

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ*“ΕΛΕΥΘΩ”, 4: 139-149, 2012*

Θεωρητική προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού.

Χατζηγεωργίου Ελένη*Μαία, PhD, Μαιευτική Εκπαίδευση,
Ειδικό Εκπαιδευτικό προσωπικό,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.***ΠΕΡΙΛΗΨΗ:**

Εισαγωγή: Ο τοκετός είναι ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας, και η διερεύνηση της σχετικής με τις εμπειρίες των γυναικών από τον τοκετό τους θεωρίας είναι σημαντική για καθοδήγηση της έρευνας σε θέματα περιγεννητικής φροντίδας.

Σκοπός: Η διερεύνηση θεωριών που αναφέρονται στους παράγοντες που έχουν αποδειχθεί καθοριστικοί στην επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού.

Υλικό και Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, CINAHL, EMBASE COCHRANE από το 1995 και μετά. Η ανεύρεση τους έγινε με τις λέξεις κλειδιά: childbirth theory, empowerment, birth place, partnership, midwifery model, medical model, women’s experiences.

Αποτελέσματα: Η θεωρία που εντοπίστηκε και προσδιορίζει με σαφήνεια παράγοντες που επηρεάζουν την γυναίκα να επιλέξει τον τόπο που θα γεννήσει το παιδί της είναι η θεωρία “Επικράτεια της Γέννησης”. Η θεωρία αυτή βασίστηκε στη θεωρία της ενδυνάμωσης, της εταιρικής σχέσης, του φεμινισμού και του Φουκώ. Η θεωρία του πατερναλισμού έχει προστεθεί διότι συνδέεται άμεσα με το διερευνώμενο θέμα.

Συμπεράσματα: Η θεωρία “Επικράτεια της Γέννησης” δίνει τη δική της επιστημονική εξήγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της. Η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για επιλογή τόπου τοκετού κρίνεται απαραίτητη για τη δημιουργία νέας γνώσης στη περιγεννητική φροντίδα.

Λέξεις κλειδιά: childbirth theory, empowerment, birth place, partnership, midwifery model, medical model, women’s experiences.

Abstract

Introduction: Childbirth is one of the most important events in women's life and birthplace has a significant impact on women's experience. Theory relevant to maternity care is important. Therefore, identification of theories on women's perceptions for birth place choices has scientific interest.

Purpose: To investigate theories concentrate on factors proved to be decisive on women's birth place choices.

Material and Method: The method used was the search of existing literature databases MEDLINE, CINAHL, EMBASE COCHRANE from 1995 onwards. The identification was done by keywords: childbirth theory; empowerment; birth place; partnership; midwifery model; medical model; women's perceptions.

Results: Theory of Birth Territory clearly identifies factors influencing women to choose where to give birth. This theory was based on the theory of empowerment, partnership, feminism and Foucault. The theory of paternalism added due to its relevance to the study issue.

Conclusions: The theory of Birth Territory explains the factors that influence women's birth place choices and has been identified that the most decisive factor is the influence of obstetric and medical model. Exploring the views of women towards birth place choices is needed to create knowledge for perinatal care.

Key words: childbirth theory, empowerment, birth place, partnership, midwifery model, medical model, women's experiences.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεωρία σε μια επιστήμη εξασφαλίζει την επαγγελματική αυτονομία κατευθύνοντας την εκπαίδευση, την άσκηση και την έρευνα σε κάθε επάγγελμα (Ραγιά, 2000). Η Μαιευτική επιστήμη σχετικά με άλλες επιστήμες, έχει ελλιπή θεωρία για καθοδήγηση της μαιευτικής εκπαίδευσης, πρακτικής και έρευνας (Fahy and Parrat, 2006). Η δημιουργία θεωρητικού και εννοιολογικού πλαισίου σε

μελέτες που άπτονται μαιευτικών θεμάτων αποτελεί πρόκληση και επίπονο έργο. Η επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού αποτελεί επίκαιρο, σημαντικό και κοινωνικό θέμα διότι επηρεάζει άμεσα την υγεία της γυναίκας, του νεογνού και της οικογένειας (Kitzinger, 2005, Cheyney, 2008, Lundreng, 2010). Ο εντοπισμός θεωριών σχετικών με την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού ειδικά και καθοδήγηση της φροντίδας μητρότητας γενικά, έχει επιστημονικό ενδιαφέρον και ουσιαστική χρησιμότητα.

Σκοπός:

Η διερεύνηση θεωριών που αναφέρονται στους παράγοντες που σχετίζονται με την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού.

Υλικό και Μέθοδος:

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, CINAHL, EMBASE και COCHRANE από το 1995 και μετά. Ως χρονικό ορόσημο έχει τοποθετηθεί το 1995, οπότε τότε είχε δημιουργηθεί η θεωρία της εταιρικής σχέσης που έχει υιοθετηθεί και από τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών. Η ανεύρεσή τους έγινε με τις λέξεις κλειδιά: childbirth theory, empowerment, birth place, partnership, midwifery model, medical model, women's perceptions. Η αρχική αναζήτηση κατέληξε σε 250 μελέτες. Από τη μελέτη του τίτλου είχαν απορριφθεί 150 μελέτες διότι δεν ήταν σχετικές. Αφού μελετήθηκαν οι περιλήψεις των υπολοίπων παρατηρήθηκε ότι 8 ήταν δημοσιευμένες σε δυο περιοδικά. Στη συνέχεια ακολούθησε έλεγχος των μελετών ως προς το μεθοδολογικό τους επίπεδο σε συνδυασμό με τα κριτήρια εισόδου και η αξιολόγηση οδήγησε στον αποκλεισμό 70 μελετών. Από την αναζήτηση προέκυψαν μελέτες εκ των οποίων οι 18 πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής: 1. Να ήταν γραμμένες στα ελληνικά ή αγγλικά. 2. Να είναι δημοσιευμένες σε έγκυρα περιοδικά 3. Να εστιάζονται σε θεωρίες που αναφέρονται σε παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα των μελετών αναλύθηκαν με την μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου και έχουν αναδείξει ότι η θεω-

ρία “Επικράτεια της Γέννησης” προσδιορίζει με σαφήνεια παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο που θα γεννήσει το παιδί της. Η θεωρία “Επικράτεια της Γέννησης” αποτελείται από δυο βασικές έννοιες: την έννοια της Δικαιοδοσίας και την έννοια της Επικράτειας. Η έννοια της Επικράτειας αποτελείται από τις υποέννοιες της Αίθουσας Επιτήρησης και του Ιερού και η Δικαιοδοσία από τις υποέννοιες: Ενοποιητική Δύναμη, Πειθαρχική Δύναμη, Κηδεμονία και Κυριαρχία. Όλα αυτά τα στοιχεία παρουσιάζονται από τις Fahy and Parrat (2006) ότι περιβάλλουν και επηρεάζουν τη γυναίκα στην επιλογή της για τον τόπο και την έκβαση του τοκετού της.

Η Επικράτεια δηλώνει τον τόπο, τα φυσικά χαρακτηριστικά και τη γεωγραφική έκταση των επιμέρους χώρων του τόπου γέννησης, συμπεριλαμβανομένων των επίπλων και των αντικειμένων που η γυναίκα θα χρησιμοποιήσει κατά τον τοκετό της και αποτελείται από δύο επιμέρους έννοιες την Αίθουσα επιτήρησης και το Ιερό. Οι έννοιες αυτές ορίζουν δυο αντίθετες προσεγγίσεις της θεωρίας, όπου το Ιερό, ορίζεται ως ο χώρος όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να ενωθεί με την εσωτερική του δύναμη και σχετίζεται με την πνευματικότητα.

Σύμφωνα με τη θεωρία των Fahy and Parrat (2006) ως “Ιερό” στη φροντίδα μητρότητας χαρακτηρίζεται ο τόπος, στον οποίο εξασφαλίζεται το οικογενειακό περιβάλλον και αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της ιδιωτικής ζωής, στη διευκόλυνση και στην άνεση των γυναικών να εμπιστευτούν τον εαυτό τους. Σε αυτό το οικογενειακό περιβάλλον αναμένεται να υπάρχει ολιστική προσέγγιση, εύκολη πρόσβαση σε ατομική τουαλέτα, με βαθιά μπανιέρα και ωραία χρώματα. Περαιτέρω, αναμένεται να υπάρχει μια κλειστή πόρτα για να παρέχει στη γυναίκα ησυχία, ηρεμία και αίσθημα ασφάλειας. Όλα αυτά τα στοιχεία θα βοηθήσουν τη γυναίκα να νιώθει άνετα και οικεία στο περιβάλλον της και να αισθάνεται περισσότερη ασφάλεια. Όλοι αυτοί οι παράμετροι γεμίζουν τη γυναίκα με θετικά συναισθήματα και αυτά τα συναισθήματα θα βοηθήσουν τη γυναίκα να αποκτήσει περισσότερη αυτοπεποίθηση. Στη συνέχεια η αυξημένη αυτοπεποίθηση θα οδηγήσει στη βέλτιστη φυσιολογική λειτουργία του σώματος της γυναίκας. Η συναισθηματική ευεξία, ο αυτοέλεγχος και η αυτοπεποίθηση θα ενισχύσουν την ενοποιητική δύναμη της γυναίκας και θα τη βοηθήσουν να γεννήσει το παιδί της όπως αυτή επιθυμεί. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να σέβονται το δικαίωμα της επιλο-

γής των γυναικών και να προάγουν την αποδοχή της ευθύνης για τα αποτελέσματα των επιλογών τους. Αυτά τα στοιχεία εμπειροκλείονται στον κώδικα δεοντολογίας των Μαιών (ICM, 2011).

Αντίθετα, η Αίθουσα/δωμάτιο Επιτήρησης είναι η άλλη υπο-έννοια της Επικράτειας και συνάδει με τη φιλοσοφία του ιατρικού μοντέλου. Το περιβάλλον σύμφωνα με το Δωμάτιο Επιτήρησης σκοπό έχει να διευκολύνει την επιτήρηση της γυναίκας, να βελτιστοποιήσει την παρακολούθηση, να ενισχύσει την εξουσία και να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αυτό αποδεικνύεται διότι στα δωμάτια επιτήρησης συνήθως υπάρχει ένα κρεβάτι το οποίο βρίσκεται στο κέντρο και πόρτα με παράθυρο για να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να έχουν άμεσο έλεγχο. Αυτό το περιβάλλον δημιουργεί σε μερικές γυναίκες το αίσθημα της ανασφάλειας, μειώνει την αυτοπεποίθησή τους και τους δημιουργεί ψυχολογική ένταση. Αυτά τα στοιχεία σχετίζονται με τη δύναμη που ασκείται στον τόπο τοκετού από τους επαγγελματίες υγείας και περιγράφεται ως “Πειθαρχική Δύναμη”.

Η Πειθαρχική και η Ενοποιητική Δύναμη είναι συστατικά στοιχεία της δικαιοδοσίας μαζί με την κηδεμονία και την κυριαρχία. Η ενοποιητική δύναμη, σχετίζεται με τη Θεωρία της Ενδυνάμωσης και την Κηδεμονία που αναμένεται η γυναίκα να έχει από τους επαγγελματίες υγείας.

• Η Ενοποιητική Δύναμη και η Ενδυνάμωση της γυναίκας στην Περιγεννητική Φροντίδα.

Η έννοια της Ενδυνάμωσης και της Ενοποιητικής Δύναμης χρησιμοποιούνται σε σχέση με τις γυναίκες και άλλες ομάδες των οποίων τα θεμελιώδη δικαιώματα δεν διασφαλίζονται πλήρως (Kent, 2000). Η Ενοποιητική Δύναμη αναφέρεται από τις Fahy and Parrat (2006) ότι χρησιμοποιείται από το άτομο για επίτευξη υψηλών στόχων. Η επίτευξη Ενοποιητικής Δύναμης σχετίζεται με την Ενδυνάμωση αλλά η Ενδυνάμωση είναι μια δύσκολη έννοια για να καθοριστεί (Hegar, 1988). Αναφέρεται ότι οι έννοιες που δηλώνουν την απουσία της όπως η αδυναμία, η ανικανότητα, η αποξένωση διατυπώνονται και κατανοούνται ευκολότερα (Gibson, 1991). Η ρητορική της Ενδυνάμωσης είναι η ώθηση για ενημερωμένη επιλογή και έλεγχο στη λήψη αποφάσεων (Parrat, 2005). Η Keiffer (1984) αναφέρει ότι ο όρος Ενδυνάμωση δεν έχει σαφώς καθοριστεί και δεν χρησιμοποιείται με

συνέπεια, συνδέεται όμως με έννοιες όπως η αμοιβαία στήριξη, συστήματα υποστήριξης, οργάνωση της κοινότητας, προσωπική αποτελεσματικότητα και επάρκεια. Ο Spitzer (1995) ορίζει την Ενδυνάμωση ως τη διαδικασία της διευκόλυνσης των ατόμων να επιβληθούν στο περιβάλλον τους, να έχουν αυτοέλεγχο και να επιτύχουν την αυτοδιάθεσή τους.

Το ενδιαφέρον και η χρησιμοποίηση της έννοιας της Ενδυνάμωσης στην Περιγεννητική Φροντίδα ενισχύθηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την προαγωγή της υγείας (WHO, 1985). Η προαγωγή της υγείας καθορίζεται ως μια διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν το περιβάλλον τους και προάγει την ενδυνάμωση των ανθρώπων για αυτοφροντίδα καθώς και την προώθηση της θετικής συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, με απώτερο στόχο την διατήρηση της υγείας (Hawks, 1992, Hermansson and Martensson, 2010). Η Ενδυνάμωση λοιπόν, συνδέεται με τις παραδοσιακές έννοιες της αυτονομίας, της αυτοεκτίμησης και του αυτοπροσδιορισμού, δηλαδή με την ύπαρξη συνειδητής δυνατότητας επιλογής και δημιουργικότητας. Η Ενδυνάμωση και η Συνειδητή Επιλογή μπορούν να πραγματοποιηθούν με το κατάλληλο υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον (Jomeen, 2009).

Με βάση μια θεωρητική ανάλυση του Gibson (1991, 1995) η Ενδυνάμωση έχει οριστεί ως μια κοινωνική διαδικασία της αναγνώρισης, της προώθησης και της ενίσχυσης των ικανοτήτων των ατόμων να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες, να λύσουν τα δικά τους προβλήματα και να κινητοποιήσουν τους απαραίτητους μηχανισμούς ώστε να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους. Οι Kuokkanen και Leino-Kilpi (2000) περιγράφουν την Ενδυνάμωση ως μια έννοια ομπρέλα τόσο ευρεία που μπορεί να καταστεί συνώνυμη με την έννοια της φροντίδας. Η Ενδυνάμωση είναι μια διαδικασία που ενισχύει τους ανθρώπους να διεκδικούν τον έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία τους (Harding, 1996, 2000, Hall and Stevens, 1991). Σε αυτό το πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να εστιάσουν την προσοχή τους στη προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας. Η πραγματική υιοθέτηση όμως ενός μοντέλου Ενδυνάμωσης στο τομέα της υγείας απαιτεί ριζική αλλαγή στη στάση των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν φροντίδα (Hermansson and Martensson, 2010).

Στο πλαίσιο της φροντίδας μητρότητας, η έννοια της Ενδυνάμωσης έχει περιγραφεί, αλλά δεν έχει αναλυθεί πλήρως (Parrat, 2005). Στη μαιευτική οι Malin και Teasdale (1991) είχαν περιγράψει την σχέση μεταξύ των εννοιών της φροντίδας και της χειραφέτησης των δικαιωμάτων, ως διάκριση μεταξύ δύο επιπέδων, μικροεπίπεδο και μακροεπίπεδο, στο οποίο μπορεί να λειτουργήσει η ενδυνάμωση. Η προσωπική όμως σημασία της Ενδυνάμωσης ποικίλλει ανάλογα με το άτομο, και το επίπεδο της Ενδυνάμωσης μέσα στο οποίο το άτομο λειτουργεί (Hermansson and Martensson, 2010). Το μικροεπίπεδο περιλαμβάνει την εταιρική σχέση, με την οποία ο επαγγελματίας υγείας βάζει τις δεξιότητες και τις γνώσεις του στη διάθεση της γυναίκας, για να λάβει η ίδια υπεύθυνη απόφαση. Σε μακροεπίπεδο, οι προσδοκίες της Ενδυνάμωσης από την οργάνωση και τη διαχείριση είναι εκτεταμένες, συμπεριλαμβανομένης της ελευθερίας και της αυτονομίας να επιλέξουν οι γυναίκες που θα γεννήσουν τα παιδιά τους. Βασική συνιστώσα για την επίτευξη ορθολογιστικής επιλογής των γυναικών είναι η σχέση που αναπτύσσει η γυναίκα με τους επαγγελματίες υγείας. Η σχέση αυτή ονομάστηκε Εταιρική Σχέση και έχει αναπτυχθεί στη μαιευτική βιβλιογραφία από τη δεκαετία του 1980 (Fahy, 2002).

• Εταιρική Σχέση μεταξύ γυναίκας και Μαιών.

Η Εταιρική Σχέση ανήκει στο μικροεπίπεδο της Ενδυνάμωσης, είναι ένα φεμινιστικά εμπνευσμένο παράδειγμα της ισότιμης εταιρικής σχέσης μεταξύ των μαιών και των γυναικών (Fleming, 200). Η σχέση αυτή περιγράφεται ότι θέτει τα θεμέλια για δημιουργία ενός νέου μοντέλου μαιευτικής φροντίδας, το οποίο εστιάζεται στην εξατομικευμένη φροντίδα (Sandall, 1995). Η έννοια της Εταιρικής Σχέσης έχει συζητηθεί σε βάθος σε περιβάλλοντα των επιχειρήσεων και των διαχειρίσεων και τη δεκαετία του 1990 είχε διερευνηθεί σε επαγγέλματα όπως τη Μαιευτική και τη Νοσηλευτική (Fahy, 2002). Οι Guilliland και Pairman (1995) ήταν οι δημιουργοί της Εταιρικής Σχέσης και είχαν τονίσει ότι η ισότητα είναι το θεμέλιο για αυτή την σχέση. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές δεν θεωρούν την ισότητα ως κεντρικό στοιχείο της Εταιρικής Σχέσης εξηγώντας ότι η ανισορροπία δύναμης, είναι σχεδόν αναπόφευκτη στη φροντίδα μητρότητας, διότι οι εταίροι έχουν διαφορετικά επίπεδα γνώσεων και διαφορετικές οπτικές γωνίες (Skinner, 1999, Timperley και Robinson,

2002). Στον τομέα της μαιευτικής η αντίληψη της Εταιρικής Σχέσης εξετάζεται επίσης ως ένα εναλλακτικό μοντέλο για το πώς θα μπορούσε η εξουσία να επηρεαστεί (Thomas, 2000).

Οι Guilliland και Pairman (1995) είχαν τονίσει ότι η Εταιρική Σχέση, θα ήταν καλό να αναπτύσσεται μεταξύ της μητέρας και της μαιίας και να χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη και αμοιβαία κατανόηση. Η Pairman (1999) όμως, είχε θέσει μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη φροντίδα που παρέχει το Μαιευτικό μοντέλο και την εταιρική σχέση. Οι βασικοί προβληματισμοί της ήταν: «Τι σημαίνει πραγματικά η Εταιρική Σχέση στη Μαιευτική επιστήμη». Επίσης είχε διερωτηθεί αν οι μαιίες και οι γυναίκες κατανοούν την Εταιρική Σχέση με τον ίδιο τρόπο και πώς οι μαιίες θα προωθήσουν την πρακτική της Εταιρικής Σχέσης. Στο τέλος είχε θέσει τον προβληματισμό αν για την επίτευξη αυτής της Εταιρικής Σχέσης χρειάζεται αλλαγή, στο πλαίσιο των υπηρεσιών της μητρότητας.

Η Skinner (1999) είχε ασχοληθεί και αυτή με την Εταιρική Σχέση στη μαιευτική πρακτική και είχε δηλώσει ότι μια από τις κυριότερες ανησυχίες της για το μοντέλο των Guilliland and Pairman (1995), είναι ότι δεν αναφέρεται ρητά στην πλήρη έκταση της διαφοράς ισχύος μεταξύ της μαιίας και της γυναίκα. Ειδικότερα, η Skinner (1999) ήταν της άποψης ότι η διαφορά γνώσης μεταξύ μαιών και γυναικών επηρεάζει την Εταιρική Σχέση και προσπάθησε να προσθέσει νέες έννοιες όπως τη σημαντικότητα της ατομικής διαπραγμάτευσης, της ισότητας, της συνυπευθυνότητας, της ενδυνάμωσης, της ενημερωμένη επιλογής και της συναίνεσης. Οι Timperley και Robinson (2002) σχετικά με την έννοια της Εταιρικής Σχέσης είχαν αναφέρει ότι η μικροπολιτική μέσα σε μια σχέση μπορεί να προκαλέσει ανισότητες και είχαν αναφέρει ότι κατά τη λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων, η εξουσία είναι συνήθως άνιση. Οι Timperley και Robinson (2002) αναφέρουν ότι η ίση δύναμη καθιστά την παραδοχή, ότι οι εταίροι οι οποίοι έχουν διαφορετικούς ρόλους, εμπειρογνωμοσύνη, νομικές ευθύνες, ενδιαφέροντα δεν μπορούν να έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Επιπρόσθετα, η ισότητα είναι σημαντική κατά τη διαπραγμάτευση και η δύναμη μπορεί να μοιραστεί, προβάλλοντας το επιχειρήματα ότι οι σχέσεις μπορούν να καθοριστούν με τρόπο όπου η ισχύς θα διανέμεται (Timperley και Robinson, 2002). Με τη χρήση της Εταιρικής Σχέσης οι Tully et al (1998) προέβλεψαν το επιχειρήματα ότι η μαιία είναι σε θέση να προάγει τα δικαιώματα της γυναίκας και να είναι συ-

νήγορος της. Σε αυτή την θέση η Leap (2000) εξηγεί ότι είναι επιτακτική ανάγκη η Εταιρική Σχέση να υιοθετηθεί από τους επαγγελματίες υγείας και την είχε περιγράψει ως σχέση μεταξύ ίσων, των μαιών και των γυναικών.

Οι Carolan and Hodnett (2007) είχαν αναφέρει ότι η «εταιρική σχέση» και η προσέγγιση «μαζί με τη γυναίκα» είναι καινούργιες έννοιες στη φροντίδα μητρότητας και θα ήταν σημαντικό να αξιολογηθεί η χρησιμότητά τους. Έτσι, αποφάσισαν με τη βοήθεια της κριτικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης να διερευνήσουν τις απόψεις των γυναικών και των μαιών για την Εταιρική Σχέση. Βασικό συμπέρασμα ήταν η διαπίστωση ότι η έμφαση που δίνεται από τις μαιίες για τη φυσιολογία, την εταιρική σχέση και την προώθηση του φυσιολογικού τοκετού είχε δημιουργήσει πρόβλημα στη φροντίδα μητρότητας. Η εξήγηση που δόθηκε ήταν ότι οι γυναίκες τον 21ο αιώνα αποκτούν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία και η μεγάλη ηλικία κατά την εγκυμοσύνη είναι ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές. Σε αυτές τις περιπτώσεις η γυναίκα παρακολουθείται από ομάδα ειδικών και αναμένεται να γεννήσει στο νοσοκομείο και στο νοσοκομείο είναι δύσκολο να λειτουργήσει η Εταιρική Σχέση. Παράλληλα, είχαν τονίσει ότι η Εταιρική Σχέση με τους πελάτες στους τομείς της υγείας μπορεί να οριστεί ως ένα σεβαστό μέσο για διαπραγμάτευση και δράση. Το μέσο αυτό με συντονισμένη διαπραγμάτευση και μέσο συντονισμένης δράσης θα επιτρέψει στο χρήστη των υπηρεσιών υγείας να έχει επιλογή, συμμετοχή και ισότητα. Αυτές οι συνιστώσες μπορούν να εξασφαλισθούν μέσα από μια ειλικρινή, σχέση εμπιστοσύνης που βασίζεται στην ενσυναίσθηση, την υποστήριξη και την αμοιβαιότητα (Gambetta, 1988).

Απόρροια όσων έχουν διατυπωθεί είναι ότι η Εταιρική Σχέση διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη φροντίδα των γυναικών και οι γυναίκες αναμένεται να την επιζητούν ως ένα από τα καλύτερα μοντέλα φροντίδας. Το καλύτερο μοντέλο φροντίδας μητρότητας είναι αυτό που απαιτεί υψηλού επιπέδου διαπροσωπικές σχέσεις και δεξιότητες επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας και αυτές οι σχέσεις και δεξιότητες δημιουργούν το περιβάλλον με την ονομασία Ιερό (Fahy and Parrat, 2006). Το ιερό και η θρησκεία δίνουν στο άτομο δύναμη η οποία πηγάζει από μια ανώτερη δύναμη, η οποία έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο και συνάδει με τη φιλοσοφία του μαιευτικού μοντέλου (Parrat, 2005, Parrat and Fahy, 2008).

Αυτή η διαπίστωση έχει διαψευστεί από τη μελέτη της

Fleming (1998), η οποία με διαχρονική μελέτη τριών χρόνων είχε διερευνήσει τις απόψεις των μαιών και των γυναικών για την Εταιρική Σχέση. Βασικό συμπέρασμα αυτής της μελέτης ήταν ότι οι γυναίκες δεν είχαν αναφέρει την ψυχολογική στήριξη των μαιών και γενικά τη σχέση τους με τις μαιές ως πολύ σημαντική παράμετρο στη φροντίδα τους. Αντίθετα, οι μαιές είχαν αναφέρει ότι ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός διότι οι γυναίκες χρειάζονται τις μαιές για να τους παρέχουν ψυχολογική στήριξη. Αυτά τα ευρήματα ενισχύθηκαν περαιτέρω με τις απόψεις της Shaw (2006), η οποία είχε ασκήσει κριτική στο τρόπο που χρησιμοποιείται η Εταιρική Σχέση από τις μαιές εξηγώντας ότι οι μαιές αντιλαμβάνονται αυτή την σχέση διαφορετικά από τη γυναίκα. Συγκεκριμένα, είχε αναφέρει ότι υπάρχουν γυναίκες που δεν θέλουν την Εταιρική Σχέση και επιθυμούν οι ειδικοί να αποφασίζουν για αυτές.

Ως εκ τούτου, υπάρχουν γυναίκες που απορρίπτουν το Ιερό και επιζητούν φροντίδα σύμφωνα με το Δωμάτιο Επιτήρησης. Αυτές οι διαπιστώσεις προτρέπουν τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα, εντοπίζοντας τις ατομικές ανάγκες της κάθε γυναίκας. Βασική παράμετρος για σωστή αξιολόγηση και εντοπισμό των αναγκών της γυναίκας είναι η ενσυναίσθηση η οποία είναι συστατικό στοιχείο της εταιρικής σχέσης αλλά και της ποιοτικής φροντίδας (Parrat and Fahy, 2003, Parrat, 2005).

Καταληκτικά, η θεωρία της Επικράτειας, της Ενδυνάμωσης και της Εταιρικής Σχέσης σχετίζονται άμεσα και έχουν στόχο να βοηθήσουν τη γυναίκα να αναλάβει τον έλεγχο του τοκετού της και να προβεί στη καλύτερη επιλογή (McAllister, 2008). Για επίτευξη αυτού του στόχου αναμένεται η γυναίκα να έχει τη κοινωνική θέση που της αναλογεί και εύστοχα οι Fahy and Parrat (2006) στη θεωρία τους αναφέρονται στο Φεμινισμό. Ο Φεμινισμός έχει δημιουργηθεί με βασικό σκοπό την αντιμετώπιση της γυναικείας υποτέλειας (Sandal, 1996). Επιπρόσθετα έχει αναφερθεί ότι η πλειονότητα των μαιών είναι γυναίκες και αυτό έχει επηρεάσει αρνητικά το μαιευτικό επάγγελμα διότι οι γυναίκες δεν είναι διεκδικητικές όπως τους άντρες (Davies, 1995, Davies et al, 1996). Πολλές μελέτες στη προσπάθειά τους να εξηγήσουν τα προβλήματα των μαιών έχουν χρησιμοποιήσει την ιδεολογία του Φεμινισμού (Fahy, 2002).

• Μαιευτικό μοντέλο και Φεμινισμός

Η φιλοσοφία του μαιευτικού μοντέλου στηρίζεται στην φυσιολογία, στην ιδεολογία του Φεμινισμού, στην ενδυνάμωση της γυναίκας και προτρέπει τη γυναίκα να χρησιμοποιήσει τη γυναικεία της σοφία και δύναμη αφενός για να γεννήσει φυσικά και αφετέρου να έχει ομαλή σύνδεση με το παιδί της (Kennedy, 2000, Kennedy and Kennedy, 2004). Αυτή η περιγραφή ανταποκρίνεται στη περιγραφή του Ιερού της θεωρίας της Επικράτειας. Περαιτέρω, το μαιευτικό μοντέλο προσβέυει ότι το επίκεντρο στη φροντίδα μητρότητας είναι η γυναίκα, προάγει την αυτονομία της και παρέχει ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών της γυναίκας, του νεογνού και της οικογένειας (Coyle et al, 2001, Downe and McCourt, 2004). Ο φεμινισμός ως ιδεολογία καθοδηγεί τη γυναίκα να διεκδικεί τα δικαιώματά της, να έχει επιλογή στη φροντίδα της και έλεγχο σε όλα τα στάδια της ζωής της (Fahy and Parrat, 2006).

Ο Φεμινισμός στηρίζεται στην αντίληψη ότι η συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στις γυναίκες είναι άδικη και καταπιεστική. Αναλύει τις αιτίες και τις διαστάσεις της καταπίεσης των γυναικών και προσπαθεί να αφυπνίσει και να ενεργοποιήσει τις γυναίκες για να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους (Fahy, 2002). Ως κοινωνικό κίνημα, ο Φεμινισμός εστιάζεται κατά πολύ στον περιορισμό της φυλετικής ανισότητας και στην προώθηση των δικαιωμάτων, των συμφερόντων και των γυναικείων προβλημάτων στην κοινωνία (Nusbaum, 2006). Ο Φεμινισμός ως ιδεολογία και κοινωνικό κίνημα αμφισβητεί την αντίληψη ότι οι γυναίκες δεν είναι ίσες με τους άντρες και θεωρεί τις πατριαρχικές δομές, τον ρατσισμό, τον σεξισμό, το χειρισμό της διαφορετικότητας ως παράγοντες που οδηγούν στην ανισότητα και στις κοινωνικές διακρίσεις. Η πρώτη φεμινιστική σκέψη επικεντρώθηκε στη διεκδίκηση πολιτικών δικαιωμάτων των γυναικών. Επιτομή των διεκδικήσεων αυτών ήταν το πρώτο συνέδριο για τα δικαιώματα των γυναικών στο Seneca Falls, στη Νέα Υόρκη, το 1848 (Lazarus, 1994). Μερικές φεμινίστριες εστιάζονται στην τεκμηρίωση της ανισότητας φύλου και των αλλαγών στην κοινωνική θέση και στην εκπροσώπηση των γυναικών. Άλλες ισχυρίζονται πως το κοινωνικό φύλο και το βιολογικό φύλο, είναι κοινωνικές κατασκευές και αναπτύσσουν εναλλακτικά μοντέλα μελέτης των κοινωνικών σχέσεων (Sandal, 1996).

Το φεμινιστικό κίνημα γενικά προσπαθεί να αντιμετω-

πίσει το φαινόμενο της γυναικείας υποτέλειας. Για τη κατανόηση της οικουμενικότητας της γυναικείας υποτέλειας, ενδιαφέρουσες είναι οι απόψεις της Ortner (1994), η οποία προτείνει ότι η γυναικεία υποτέλεια είναι κοινωνικό δημιούργημα. Στη προσπάθεια της να το εξηγήσει είχε υποστηρίξει ότι για να διαμορφωθεί αυτή η εξουσιαστική σχέση μεταξύ γυναικών και αντρών, οι γυναίκες ταυτίζονται συμβολικά με τη φύση, σε αντίθεση με τους άντρες που ταυτίζονται με τον πολιτισμό. Παράλληλα, η κοινωνική κινητικότητα της γυναίκας, σε κάποιες χρονικές περιόδους της ζωής της είναι ελάχιστη διότι οι βιολογικές της λειτουργίες όπως ο θηλασμός και η φροντίδα των παιδιών γενικότερα την περιορίζουν από την προσωπική της ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα αναφέρει ότι το σώμα της γυναίκας αφιερώνεται για περισσότερο χρόνο στην αναπαραγωγή του είδους, σε αντίθεση με τον άντρα του οποίου το σώμα έχει περισσότερο χρόνο να ασχοληθεί με το πολιτισμό και τη τεχνολογία. Έτσι, με τη πάροδο του χρόνου τα δίπολα θηλυκό/αρσενικό, φύση/πολιτισμός έχουν μετατραπεί σε εξουσιαστικές κατηγορίες που νομιμοποιούν τη κοινωνική θέση της γυναίκας στη δυτική κοινωνία (Αλεξιάς, 2006).

Τη θεωρία του Φεμινισμού έχουν χρησιμοποιήσει ανθρωπολόγοι για να εξηγήσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες και οι μαιές, τα οποία συνδέονται με την ιατρικοποίηση του τοκετού (Davis Floyd, 2003). Συγκεκριμένα είχαν αναλύσει τον τοκετό, ως ένα μικρόκοσμο της ευρύτερης κουλτούρας. Η ευρύτερη κουλτούρα εμπιστεύεται περισσότερο το ιατρικό μοντέλο από το μαιευτικό μοντέλο. Παράλληλα, το ιατρικό μοντέλο προσφέρεται από μαιευτήρες που οι περισσότεροι είναι άντρες και το μαιευτικό μοντέλο προσφέρεται από μαιές/μαιευτές αλλά ελάχιστοι είναι οι άνδρες μαιευτές. Κατά συνέπεια το μαιευτικό επάγγελμα έχει προβλήματα που σχετίζονται με το φαινόμενο της γυναικείας υποτέλειας (Kirkham, 1996, 1999).

Η φεμινιστική προσέγγιση και το μαιευτικό μοντέλο προσπαθούν να ενδυναμώσουν τις γυναίκες. «Να Ζουν και να ενεργούν με ενημερωμένο και υπεύθυνο τρόπο» (Fahy, 2002:55). Οι μαιές ως επαγγελματίες υγείας αναμένεται να ενεργούν με γνώμονα το όφελος των γυναικών, της μαιευτικής επιστήμης, ενδυναμώνοντας τους εαυτούς τους και τις γυναίκες (Fleming, 2000). Βασικός στόχος των μαιών είναι η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και ενδυνάμωση της γυναίκας να έχει έλεγχο στο τοκετό της (Downe et al, 2008). Περαιτέρω, σύμφωνα με τις

μελέτες των Fleming (2000) και Carolan and Hodnett (2007), πολλές γυναίκες είχαν δηλώσει ότι νοιώθουν περισσότερη ασφάλεια οι επαγγελματίες υγείας να αποφασίζουν για αυτές και να είναι υπό επιτήρηση. Αυτή τη διαπίστωση είναι σύμφωνη με τη θεωρία του Φουκώ η οποία έχει χρησιμοποιηθεί στη θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης» για να αναλυθεί η Πειθαρχική Δύναμη και η Ανάγκη της Επιτήρησης. Αυτοί οι παράμετροι χρησιμοποιούνται από τις μαιές και τους μαιευτήρες που αποδέχονται την ιατρικοποίηση του τοκετού.

• Το ιατρικό μοντέλο, η θεωρία του Φουκώ και του Πατερναλισμού.

Ο Illich (1990), έχει περιγράψει την ιατρικοποίηση σε τρία επίπεδα: στο κλινικό, στο κοινωνικό και στο πολιτιστικό. Η ιατρικοποίηση, δηλαδή, αναφέρεται στις παθήσεις που προκαλεί η ίδια η ιατρική, στις ιατρικοποιητικές επιπτώσεις της θεσμικής μορφής της φροντίδας υγείας στην κοινωνία και ειδικότερα στην οικειοποίηση της υγείας που επηρεάζει γενικά τον πολιτισμό. Ο Zola (1987) ορίζει με παρόμοιο τρόπο την ιατρικοποίηση και δίνει έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία ο καθένας. Ο πρώτος υποστηρίζει ότι η ιατρικοποίηση συμβαίνει μέσα από διατήρηση της εικόνας που έχουν οι γιατροί στην κοινωνία ότι οι παρεμβάσεις τους γίνονται μόνο για το καλό του ασθενή (Johanson et al, 2002).

Ο Purdy (2001), εξηγεί ότι η ιατρικοποίηση λαμβάνει χώρα σε διαφορετικό επίπεδο το εννοιολογικό και το θεσμικό. Στο εννοιολογικό ο γιατρός με τη χρήση ιατρικών όρων παρουσιάζει ένα πρόβλημα. Στο θεσμικό, όταν οι γιατροί δρουν ως νομιμοποιητές της ιατρικοποίησης και παρέχουν ιατρική διάγνωση και θεραπεία μόνο για το πρόβλημα που έχει αναφερθεί χωρίς να αξιολογούν ολιστικά τον ασθενή. Συνάγεται λοιπόν σε αυτή την περίπτωση ότι οι γιατροί αντιλαμβάνονται τον ασθενή ως μια παθητική οντότητα, που συνθλίβεται κάτω από το βάρος της ιατρικής αυθεντίας (Αλεξιάς, 2006). Ο Gabe (2004) επισημαίνει ότι η ιατρικοποίηση σύμφωνα με την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, δίνει έμφαση στην παραγωγή «πειθήνιων σωμάτων», δηλαδή ατόμων που θα ακολουθούν τις οδηγίες αυτών που έχουν εξουσία χωρίς διαμαρτυρία. Για τα πειθήνια σώματα έχει αναφερθεί και ο Φουκώ στη δική του θεωρία η οποία επικεντρώθηκε στις μεγάλες μεταμορφώσεις των δυτικών κοινωνιών, που έλαβαν χώρα στα τέλη του 18ου

και τις αρχές του 19ου αιώνα. Αποτέλεσμα αυτών των μεταμορφώσεων ήταν η ανάδυση μιας νέας μορφής ισχύος, που η άσκησή της εστιάζοταν στα σώματα των ατόμων τα οποία μετατρέπονταν σε πειθήνια σώματα. Η πειθαρχική ισχύς, όπως την αποκάλυψε ο Φουκώ, εκδηλώθηκε μέσω των διαδικασιών της κανονικοποίησης και της πειθαρχησης. Μέσω των επιστημών, είχε εφαρμοσθεί η πειθαρχική ισχύς κατά την οποία επέβαλλε στα σώματα ότι θα πρέπει να είναι πειθήνια (Foucault, 1977).

Ο Φουκώ (1977) είχε εξηγήσει ότι η ιατρική αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου μηχανισμού πειθαρχησης, ο οποίος αναπτύχθηκε στη διάρκεια του 19ου αιώνα και πρόκειται για ένα μηχανισμό που σχετίζεται άμεσα με το πανόπτιο. Το πανόπτιο ήταν μια δακτυλοειδής φυλακή που σχεδίασε ο Bentham το 1787 στην Αγγλία και αποτελεί ένα αρχιτεκτονικό δημιουργήμα βασισμένο στην απλή συλλογιστική της αόρατης και συνεχούς παρακολούθησης των κρατουμένων από την εξουσία. Η «πανοπτική» παρακολούθηση των σωμάτων καθιστά το άτομο αντικείμενο πληροφόρησης και πηγή γνώσης και όχι υποκείμενο επικοινωνίας (Foucault, 1977). Η εξουσία για τον Φουκώ δεν κατέχεται και δεν ασκείται από μια ομάδα ή κοινωνική τάξη, αλλά είναι διάχυτη και διαπερνά τις κοινωνικές σχέσεις (Foucault, 1977). Η εξουσία ρέει μέσω πρακτικών όπως ο σχεδιασμός της φροντίδας, όπου οι επαγγελματικοί λόγοι προσδιορίζουν ανάγκες, υπολογίζουν κινδύνους και σχεδιάζουν παρεμβάσεις (Fahy, 2002). Η επαγγελματική αυθεντία συγκροτείται μέσω της επένδυσης της επαγγελματικής δραστηριότητας με μια ηθική ανωτερότητα, η οποία δικαιολογεί τις παρεμβάσεις στη ζωή των ανθρώπων (Gilbert, 2005).

Σχετικά με τις παρεμβάσεις στη ζωή της γυναίκας, η Fahy (2002) στη έρευνα της είχε μελετήσει πως η ιατροποίηση επηρεάζει τη γυναίκα ως άτομο. Βασικό ερευνητικό πόρισμα ήταν ότι με την εισαγωγή της στο νοσοκομείο, η γυναίκα μετατρέπεται σε άβουλο άτομο στο οποίο εξασκούνται πάνω του εξουσιαστικοί λόγοι. Οι εξουσιαστικοί λόγοι εξασκούνται από τους επαγγελματίες υγείας διότι έχουν την περισσότερη δύναμη (Friedson, 1985, 1988). Οι επαγγελματίες υγείας που περιγράφονται ότι έχουν περισσότερη δύναμη είναι οι γιατροί /μαιευτήρες. Ο Foucault (1977) εξηγεί αυτό το φαινόμενο διατυπώνοντας την άποψη ότι η γνώση, η δύναμη και η εξουσία συνυπάρχουν και αλληλοσυμπληρώνονται. Οι γιατροί οι οποίοι έχουν γνώση, έχουν δύναμη και εξουσία. Αυτή η εξουσία χρησιμοποιείται από τους γιατρούς ή τις μαιέες

στο νοσοκομείο όπου με τη γνώση και τη δύναμη τους, σε μερικές περιπτώσεις επιβάλλουν στις γυναίκες τις απόψεις τους. Συγκεκριμένα, για το τοκετό διατείνονται ότι είναι μια φυσιολογική διαδικασία αλλά μπορεί να έχει επιπλοκές. Αυτή η προσέγγιση έχει ως αποτέλεσμα να γίνονται παρεμβάσεις για να αποφευχθούν οι πιθανές επιπλοκές με αποτέλεσμα να ενισχύεται περισσότερο το φαινόμενο της ιατροποίησης και η μετατροπή μιας φυσιολογικής διαδικασίας όπως ο τοκετός σε ασθένεια (Davis-Floyd, 1994). Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο υποστηρίζουν ότι θέλουν να προστατέψουν τη γυναίκα και το νεογνό και αυτό το φαινόμενο εξηγείται με τη θεωρία του Πατερναλισμού.

Ο Πατερναλισμός είναι η απρόσκλητη προστασία που βασίζεται στο ενδιαφέρον για τη ζωή και στις επιλογές ενός άλλου ανθρώπου και η φιλοσοφία του σχετίζεται με τον πατέρα και το παιδί. Ο πατέρας ενδιαφέρεται για το καλό των παιδιών του και θα επέμβει όταν αυτό είναι αναγκαίο, ακόμη και με τη βία, για να τα προστατεύσει. Όταν η «πατρική προστασία» έχει ως στόχο ενήλικους ανθρώπους, ονομάζεται Πατερναλισμός (Gabe, 2004). Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό ο ιατρός ουσιαστικά παίρνει τις αποφάσεις για τον καθορισμό της θεραπείας του ασθενούς με μικρή έως και καθόλου συμμετοχή του τελευταίου. Ο Πατερναλισμός ταυτίζεται συχνά με τον ελιτισμό και εμφανίζεται σε φιλοσοφικά κείμενα του Πλάτωνα και συγκεκριμένα την Πολιτεία.

Από την εποχή του Πλάτωνα πολλές θεωρίες και πολλοί διανοούμενοι παρουσίασαν μοντέλα κοινωνικής οργάνωσης με κυρίαρχο το πατερναλιστικό πνεύμα (Fahy, 2002). Αναφέρονται δύο είδη Πατερναλισμού, ο ισχυρός και ο ήπιος. Όταν το άτομο δρα με τη θέλησή του, έχει ορθή κρίση για τις ικανότητές του ή την πληροφόρηση που διαθέτει, αλλά παρόλα αυτά ο πατερναλιστής θεωρεί πως πρέπει να επέμβει στις επιλογές του, χαρακτηρίζεται ως Ισχυρός Πατερναλισμός. Όταν όμως ο πατερναλιστής επεμβαίνει μόνο όταν θεωρεί ότι το άτομο δρα παρά τη θέλησή του, τότε ο Πατερναλισμός του θεωρείται Ήπιος. Ο Πατερναλισμός αναφέρεται ότι είναι συμβατός με τον ωφελιμισμό και τη συνεπειοκρατία (Johanson et al, 2002).

Ο Πατερναλισμός είχε επικρατήσει μέχρι τη δεκαετία του 1970 διότι δινόταν έμφαση στην ισχύ του ιατρικού επαγγέλματος και στην παραγωγή πειθήνιων σωμάτων όπου οι ασθενείς ακολουθούσαν πιστά τις οδηγίες των γι-

ατρών (Gabe, 2004). Οι εξελίξεις στο δημόσιο πεδίο της πολιτικής, της φροντίδας υγείας και του μεταβαλλόμενου πολιτιστικού περιβάλλοντος, έδωσαν τα τελευταία χρόνια ώθηση στη εφαρμογή διαφορετικής προσέγγισης από τους ιατρούς και περισσότερο έλεγχο αν ακολουθούν τον δεοντολογικό κώδικα συμπεριφοράς του επαγγέλματός τους (Lothian, 2009). Ο κώδικας συμπεριφοράς ωθεί τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν τις σχέσεις τους με τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (ICM, 1999). Η σχέση όμως χαρακτηρίζεται από ασυμμετρία της γνώσης διότι οι επαγγελματίες υγείας είναι οι αυθεντίες και βρίσκονται σε θέση ισχύος απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Wagner, 2000).

• ΣΥΖΗΤΗΣΗ / ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεωρία της Επικράτειας της Γέννησης έχει δημιουργήσει επιστημονική γνώση για τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού και έχει παρουσιάσει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει το περιβάλλον και η σχέση των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας. Κυρίαρχο ρόλο στην επιλογή των γυναικών διαδραματίζει η σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας και η σχέση αυτή χαρακτηρίστηκε ως Εταιρική Σχέση. Η Εταιρική Σχέση έχει χρησιμοποιηθεί στη ανάπτυξη μοντέλων φροντίδας μητρότητας και ανήκει στο μικροεπίπεδο της θεωρίας της Ενδυνάμωσης (Coyle et al, 2001, Homer et al, 2002). Έχει τεκμηριωθεί ότι αυτή η σχέση ενισχύει την αυτοπεποίθηση των γυναικών προωθώντας την ισότητα που πρέπει να υπάρχει μεταξύ επαγγελματιών υγείας και γυναικών. Μερικές μελέτες όμως, είχαν αναφέρει μειονεκτήματα της εταιρικής σχέσης, με βασικότερο μειονέκτημα ότι η σχέση αυτή είναι παραπλανητική και προβάλλεται μόνο από τις μάϊες (Skinner, 1999, Fleming, 2000). Σύμφωνα με τους Carolan and Hodnett, (2007) χαρακτηρίστηκε ως παραπλανητική διότι οι γυναίκες σήμερα παντρεύονται σε μεγαλύτερη ηλικία, δεν είναι χαμηλού κινδύνου και χρειάζονται προσεκτική παρακολούθηση και όχι φροντίδα με εταιρική σχέση.

Οι προσδοκίες των γυναικών για τη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας, σχετίζονται άμεσα με τα δυο βασικά μοντέλα φροντίδας το μαιευτικό και το ιατρικό. Παράλληλα και οι υποένοιες της Θεωρίας της Επικράτειας της Γέννησης σε Ιερό και Αίθουσα Επιτήρησης σχετίζονται με τη φιλοσοφία των δύο μοντέλων. Το μαιευτικό μοντέλο

μπορεί να συνδυαστεί με το Ιερό, ανήκει σε χώρους των θρησκειών και της ενδυνάμωσης. Η θρησκεία έχει τις ρίζες της στη θεμελιώδη ανθρώπινη ανάγκη να ανιχνεύσει το απώτερο νόημα της ύπαρξης, που έχει στο κέντρο την έννοια μιας ανώτερης δύναμης η οποία χαράσσει τις κατευθυντήριες γραμμές για την ηθική και την κοινωνική συμπεριφορά του ανθρώπου (Kotrotsiou-Barbouts, 2006). Στη περιγεννητική φροντίδα αυτό αντιπροσωπεύει τη πνευματικότητα και την ενδυνάμωση της γυναίκας για αύξηση της αυτοπεποίθησης και διεκδικητικότητας. Αντίθετα το Δωμάτιο Επιτήρησης μπορεί να συνδυαστεί με την άσκηση της εξουσία / δύναμης και τη φιλοσοφία του ιατρικού μοντέλου.

Συμπερασματικά, οι θεωρίες που έχουν χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει το τόπο τοκετού της, αναλύουν τους παράγοντες με τη βοήθεια μοντέλων φροντίδας. Παράλληλα, τα μοντέλα φροντίδας που παρέχουν φροντίδα μητρότητας επηρεάζονται άμεσα από τις θεωρίες αυτές. Το μαιευτικό μοντέλο λόγω της σφαιρικότητας των δραστηριοτήτων του έχει τη δυνατότητα να αναπτύσσει με τη γυναίκα εταιρική σχέση και να της παρέχει φροντίδα, ένα υποστηρικτικό περιβάλλον το οποίο την ενδυναμώνει για να βιώσει τον τοκετό της όπως αυτή επιθυμεί. Υπάρχουν όμως γυναίκες που δεν μπορούν να έχουν αυτή την επιλογή ή δεν επιθυμούν αυτή την επιλογή και επιλέγουν το ιατρικό μοντέλο. Το ιατρικό μοντέλο με το Δωμάτιο Επιτήρησης παρέχει στη γυναίκα συνεχή παρακολούθηση με στόχο την ασφάλεια. Οι θεωρίες έχουν δώσει το δικό τους επιστημονικό φως, και έχουν καταδείξει ότι η επιλογή τόπου τοκετού είναι σύνθετη, πολύπλοκη διεργασία και η γυναίκα χρειάζεται να έχει την ανάλογη φροντίδα. Η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για επιλογή τόπου τοκετού κρίνεται απαραίτητη για χάραξη νέας πολιτικής φροντίδας μητρότητας που να εστιάζεται στις ανάγκες των γυναικών και να είναι ποιοτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αλεξιάς Γ.: Κοινωνιολογία του σώματος. Αθήνα : Ελληνικά γράμματα, 2006.

Ραγιά Α.Χ.: Βασική Νοσηλευτική: Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές. Αθήνα.: ΒΗΤΑ, 2000.

ENH

- Carolan M., Hodnett E.: With woman' philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*. 2007;14: 140–152.
- Cheyney M.J.: Homebirth as Systems Challenging Praxis: Knowledge, Power and Intimacy in the Birth place. *Qualitative Health research*. 2008 ; 18 : 254-260.
- Coyle K., Hauck Y., Percivaland. P., Kristjanson. L.: Normality and collaboration: mothers' perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery* , 2001 ; 17: 182-193.
- Davies C.: *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Buckingham: Open University Press, 1995.
- Davies J., Hey E., Reid W., Young G.: Prospective regional study of planned home births. *Home Birth Study Steering Group. BMJ*. 1996 ; 313:1302–6.
- Davis-Floyd R.B.: The technocratic body : American childbirth .As cultural expression department of anthropology, university of Texas at Austin, Sot. Sci. Med. 1994 ; 38, 8 : 1125-1140.
- Davis-Floyd R.: Home births in emergency in US and in Mexico: The trouble with transport. *Social science and Medicine*. 2003 ; 56:1911-1931.
- Downe S., McCourt C.: From being to becoming : reconstructing childbirth knowledges. In Downe S. (Ed). *Normal childbirth: Evidence and debate*. London: Churchill Livingston, 2004.
- Fahy K.: Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. *Australian Journal of Midwifery*. 2001 ; 15: 5–13.
- Fahy K., Parratt J. : Birth territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth* . 2006 ; 19 (2) : 45–50.
- Fleming V.: The midwifery partnership in New Zealand; past history or a new way forward? In: Kirkham, M. (Ed.), *The Midwife–Mother Relationship*. MacMillan Press Ltd., Basingstoke, 2000.
- Foucault M.: *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Penguin, Harmondworth, 1977.
- Freidson E.: «The reorganization of the medial profession», *Medical Care Review*.1985; 42: 11-35.
- Freidson E.: *Profession of medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago : The University of Chicago Press,1988.
- Gabe J.: «Medicalization» In Gabe J., Bury M., Elston, M. A. (eds), *Key concepts in Medical Sociology*. London: Sage, 2004.
- Gambetta D.: «Can we trust?», D. Gambetta (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford : Basil Blackwell,1988.
- Gibson C.H.: A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16 : 354–361.
- Gibson C.H.: The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 1995 ; 21: 1201–1210.
- Gilbert T.P.: «Impersonal trust and professional authority: Exploring the dynamics», *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 49, (6):568-577.
- Guilliland K., Pairman S. :*The Midwifery Partnership*. Victoria University, Wellington. 1995.
- Harding S.: *The science question in feminism*. Cornell University Press, Ithaca. 1986.
- Harding D.: Making choices in childbirth. In: Page, L.A. (Ed.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh. 2000.
- Hawks J.H.: Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing*.1992: 17:609–618.
- Hegar R.L., Hunzeker, J.M. *Moving toward empowerment—base practice in public child welfare*. *Social Work*, 1988;33:499–502.
- Hermansson E., Martensson L.: Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery* , 2010, doi:10.1016/j.midw.2010.08.005.
- Harper B. :*Gentle Birth Choices: Making Informed Decisions*. Rochester, VT: Healing Arts Press. 2005.
- Homer C., Gregory, K., Cooke, M., Barclay, L.: Womens' expectations of Continuity of Midwifery Care in a randomised controlled trial. *Australia Midwifery* 2002;18:102-112.
- ICM (International Confederation of Midwives) Code of Ethics for Midwives 1999 [retrieved September , 2009]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org>.
- ICM (International Confederation of Midwives) (2011). Position statement. Partnership between women and Midwives. [retrieved September , 2011]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org>
- Johanson R. , Newburn M., Macfarlane A.: Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*. 2002; 324 ,7342: 892–895.
- Jomeen J. : Choices for Childbirth: Answer or Problem? *Midwifery Matters* 2009; 17:15-19
- Keiffer C.H.: Citizen empowerment: a developmental perspective. *Canadian Nurse* . 1984;85: 23–28.
- Kennedy H.P.: A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *J Midwifery & Women's Health*, 2000; 45 :4-19.
- Kennedy H., Kennedy, H.P. : The landscape of Midwifery care. A narrative study of Midwifery practice. *J Midwifery & Women's Health*, 2004;48: 14-23.
- Kent J. : *Social Perspectives on Pregnancy and Childbirth for Midwives, Nurses and the Caring Professions*. Buckingham: Open University Press.2000.
- Kirkham M.: The culture of midwifery in the national health service in England. *Journal of Advanced Nursing*.1999; 30:732–739.
- Kitzinger S.: *The politics of birth*. Oxford: Elsevier. 2005.
- Kotrotsiou-Barbouts E., Sapountzi-Krepia D., Roupadavaki Z., Psychogiou M., Dimitriadou A., Paralikas T.: The meaning of spirituality as perceived by hospitalized elderly people in a small city of Greece. *ICUS Nurs Web*2006; J ::28
- Kuokkanen L., Leino-Kilpi H. :Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 31: 235–241.
- Lazarus E. : *What Do Women Want?: Issues of Choice*,

- Control, and Class in Pregnancy and Childbirth *Medical Anthropology Quarterly*, 1994; 8:1,3-127.
- Leap N.: 'The less we do, the more we give'. In: Kirkham, M. (Ed.), *The Midwife-Mother Relationship*. MacMillan Press Ltd, Basingstoke, 2000.
- Lothian J. : Ethics and Maternity Care: From Principles to Practice. *Journal of Perinatal Education*.. 2009; 18,1:1-4.
- Malin N., Teasdale K.: Caring versus empowerment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1991; 16: 657-662.
- McAllister E.: Transparency in Maternity Care: Empowering Women to Make Educated Choices *Journal of Perinatal Education*..2008; 17: (4) 8-11,
- Nusbaum J.: Childbirth in Modern Athens: The Transition from Homebirth to hospital birth. *Penn. Bioethics Journal*, 2006; 37-42.
- Ortner S. : *Making Gender: The Politics and Erotics of Culture*. Boston: Beacon Press Books, 1996.
- Parratt J.: Stories of the embodied self during childbirth. Self published collection: PO Mandurang Australia, 2005; 3551
- Parratt J., Fahy K. : Trusting enough to be out of control: A pilot study of women's sense of self during childbirth. *Australian Journal of Midwifery*, 2003; 16(1): 15-22.
- Parratt J., Fahy K.: Including the non rational is sensible midwifery. *Women and Birth* ,2008; 21(1): 37-42.
- Pairman S. :Partnership revisited: towards midwifery theory. *New Zealand College of Midwives Journal*, 1999; 21:6-12.
- Purdy L.: Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine *Researcher*. 2001; 10, 2: 50-6.
- Sandall J.: Choice, continuity and control: Changing midwifery towards a sociological perspective. *Midwifery*, 1995; 11:201-209.
- Shaw D.: Women's right to health and the Millennium Development Goals: Promoting partnerships to improve access. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.2006; 94 :207-215.
- Spitzer MC.: Birth centers. Economy, safety and empowerment. *J Nurse Midwifery*. 1995; 40:371-375.
- Skinner J. : Midwifery partnership: individualism contractualism or feminist praxis? *New Zealand College of Midwives Journal*, 1999; 21: 14-17.
- Timperley H., Robinson V: Partnership: focusing the relationship on the task of school improvement. *New Zealand Council for Educational Research*, Wellington, 2002.
- Thomas B.G. : Be nice and don't drop the baby. In: Page, L.A. (Ed.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh., 2000.
- Tully L., Daellenbach, R., Guilliland, K. : Feminism, partnership and midwifery. In: Du Pleiss, R., Alice, L. (Eds.), *Feminist Thought in Aotearoa /New Zealand*. Oxford University Press, Auckland, 1998.
- Wagner M.: Fish can't see the water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.2001;75:525-537.
- World Health Organization.: Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 1985; 2(8452), 436-437.164.
- Zola I.K.: Bringing Our bodies and Ourselves Back In: Reflections on Past, present and Future Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*. 1991; 32: 1-16