



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ
www.ouc.ac.cy

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ MASTER

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ
ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΑΠΟ ΜΑΙΑ ΣΕ ΛΕΧΩΙΑΔΑ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΠΡΩΙΜΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ**

Σκρέκη Ίρις

**Επιβλέπων Καθηγητής
Γεώργιος Κοντέος**

Ιούνιος 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή Γεώργιο Κοντέο για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής διατριβής μου. Η πολύτιμη βοήθειά του σε κάθε βήμα μου, σε συνάρτηση με την αδιάκοπη και ευγενική προσήλωσή του στην τεκμηρίωση της επιστημονικής γνώσης και την εμπειρία του στη συγγραφή επιστημονικών συγγραμμάτων, αποκάλυψαν σε μένα ένα θησαυρό νέων γνώσεων, και με δίδαξαν τόσο σε επίπεδο επιστημονικό, όσο και ηθικό. Επιπρόσθετα, η συμπαράσταση και η κατανόησή του, μου έδιναν θάρρος για να συνεχίσω και να ολοκληρώσω αυτήν την εργασία.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Δρ. Ηλία Κατσίκη, χωρίς τη βοήθεια του οποίου η διεξαγωγή της έρευνας θα ήταν αδύνατη. Χάρης όμως την ευγενική του διάθεση και το πρωτοποριακό του πνεύμα για αναβάθμιση της επιστημονικής γνώσης και εφαρμογής της στην κλινική πράξη, έγινε εφικτή η προσέγγιση του πληθυσμού μελέτης και η εκμείευση συμπερασμάτων.

Επιπλέον θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου, σε όλες τις γυναίκες που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα και με βοήθησαν να αναζητήσω πτυχές της μαιευτικής φροντίδας και των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες είναι απαραίτητες για την λεχωίδα και την οικογένειά της στο σπίτι τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές και συμφοιτητές μου στη διάρκεια των δύο ετών της φοίτησής μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου για όλα όσα πολύτιμα έμαθα κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....2

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....3

ABSTRACT.....4

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....6

A. ΓΕΝΙΚΟ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΛΟΧΕΙΑ - ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ
ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ.....7

2. ΛΟΧΕΙΑ – ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΛΟΧΕΙΑΣ.....15

3. ΠΡΩΙΜΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....19

4. ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ.....34

B. ΕΙΔΙΚΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ
ΕΡΕΥΝΑΣ.....48

6. ΑΝΑΛΥΣΗ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....52

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....53

8. ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ – ΠΕΡΙΟΣΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ
ΕΡΕΥΝΑΣ.....83

9. ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....84

10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....88

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....90

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....93

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή εξετάζει την πρώιμη έξοδο της υγιούς λεχωίδας και του τελειόμηνου νεογνού από το μαιευτήριο τις πρώτες 48 ώρες μετά τον τοκετό, σε συνδυασμό με την κατ' οίκον παρακολούθησή τους από μαία. Η προσέγγιση της υπηρεσίας αυτής έγινε βιβλιογραφικά και ερευνητικά.

Στο γενικό μέρος ή βιβλιογραφικό, αναπτύσσονται οι ανατομικές/ φυσιολογικές αλλαγές στην περίοδο της λοχείας, καθώς και η πιθανή παθολογία ή νοσηρότητα που μπορεί να εμφανιστεί σωματικά και ψυχολογικά στην κρίσιμη και παραμελημένη αυτή περίοδο. Επίσης, αναλύονται εκτενώς μελέτες που έχουν διεξαχθεί όσον αφορά την πρώιμη περιγεννητική έξοδο, αναφέρονται οι κατευθυντήριες οδηγίες Ινστιτούτων και μαιευτικών Οργανισμών, συστήνονται κριτήρια για διαλογή λεχωίδων που πληρούν τις προϋποθέσεις μεταξύ άλλων και παραθέτει την συνιστώμενη κλινική εξέταση και τις κατάλληλες οδηγίες ευεξίας πριν την πρώιμη έξοδο. Επιπρόσθετα, όσον αφορά την κατ' οίκον παρακολούθηση αναπτύσσονται ο ρόλος και η φροντίδα της μαίας στη λοχεία/κατ' οίκον επίσκεψη για τη μητέρα και το νεογνό, η αποτελεσματικότητα της κοινοτικής μαιευτικής και η εξέταση λοχείας.

Στο ειδικό μέρος, η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, περιλαμβάνει τη συλλογή δεδομένων από δείγμα 41 γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό-κολπικό τοκετό υγιή νεογνά και πληρούσαν τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης. Ο πληθυσμός μελέτης ήταν περιορισμένος, καθώς η υπηρεσία δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Ως τόπος διεξαγωγής της έρευνας ορίστηκε ο Νομός Θεσσαλονίκης και περιχώρων, στις οποίες περιοχές κατοικούσαν μόνιμα οι λεχωίδες. Η έρευνα διεξήχθη το 2015, περιλαμβάνοντας λεχωίδες που γέννησαν από τον Ιανουάριο του 2015 έως και τον Μάρτιο του 2015. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μη σταθμισμένο ερωτηματολόγιο με τηλεφωνική συνέντευξη, κατά την οποία έγιναν και διευκρινήσεις. Τα κύρια ευρήματα αφορούσαν στην ικανοποίηση της λεχωίδας από τις υπηρεσίες της μαίας κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση, και την γενικότερη άποψή τους για την ποιότητα της υπηρεσίας, ανάλογα και με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γυναίκες με ελληνική καταγωγή που διαμένουν μόνιμα στον Νομό Θεσσαλονίκης, προτιμούν περισσότερο την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης, σε σχέση με τις αλλοδαπές και τους κατοίκους των περιχώρων. Οι γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επιλέγουν περισσότερο την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης, σε σχέση με τις γυναίκες ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Οι γυναίκες ξεκινούν το θηλασμό με ενδιαφέρον κατά 78,04% του συνόλου των λεχωίδων, αλλά τελικά αδυνατούν να συνεχίσουν για επαρκές διάστημα τον μητρικό θηλασμό. Τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζουν είναι ικανά να προλάβουν ψυχολογικές μεταπτώσεις και καταθλιπτικές συμπεριφορές. Η πλειονότητα των λεχωίδων που συμμετείχαν ήταν πρωτοτόκες και τελικά πιο δεκτικές σε νέες υπηρεσίες. Αποτελεί ασφαλή πρακτική για τις υπηρεσίες υγείας καθώς τα ποσοστά επανεισαγωγής είναι ελάχιστα και δεν σχετίζονται πάντα με την κύηση και τον τοκετό. Τέλος, οι λεχωίδες παρουσίασαν πολύ υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις παροχές της πρώιμης εξόδου και της κατ' οίκον παρακολούθησης.

Λέξεις Κλειδιά: Λοχεία, Λεχωίδα, Νεογνό, Πρώιμη περιγεννητική έξοδος, Κατ' οίκον παρακολούθηση, Κατ' οίκον φροντίδα, Μαία.

ABSTRACT

This paper examines the early discharge of healthy women and full-term newborn from the hospital at the first 48 hours after birth, combined with home follow-up visits by midwife. The approach includes literature review and field research.

In the general section, there were developed the anatomical / physiological changes in the period of confinement, and the possible pathology or morbidity that may appear physically and psychologically in this neglected and critical period. Also, some detailed studies about early discharge are presented, along with guidelines from obstetric Institutes and Organizations, established criteria for screening women qualified for early discharge, lists of the recommended clinical examination and the appropriate guidance for wellness before early discharge. Additionally, the role and health care of midwives at home visiting for the mother and newborn, the effectiveness of Community midwifery and the clinical examination at the 4th -6th week after birth.

In the research section, we present method used, which included a sample of 41 women who had a normal-vaginal birth, with healthy babies and met all the conditions for early exit and home based follow up. Women had their residence in Thessaloniki and other close areas and gave birth between January 2015 and March 2015. The main findings included, maternal satisfaction, and overall opinion according to their demographic characteristics.

The results showed that women with Greek origin who lived in Thessaloniki, were more likely to elect early exit. Women with low social-economic status were also more likely to elect the service. A high percentage of women attempted to establish breastfeeding but finally many could not keep it for a proper time period. There are numerous psychological advantages of the service for the woman and it may prevent depression. Most women had their first baby, and were more receptive to new services. It seems to be a safe postpartum practice, while very little number of women and newborns returned back to the maternity ward. Finally, women were very satisfied from the quality of overall service.

Key words: Postpartum, Women after Birth, Newborn, Early Discharge, Home visiting, Home care, Midwife.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες υπάρχει έκδηλη η τάση παγκοσμίως για συντομότερη παραμονή της λεχωίδας και του νεογνού στο μαιευτήριο. Παρ' όλα αυτά ο αριθμός των σχετικών ερευνών είναι ανεπαρκής ώστε να βγουν συμπεράσματα τα οποία να μπορούν να γενικευτούν στον γενικό πληθυσμό. Ο αυξανόμενος αριθμός μελετών μπορεί να συμβάλλει στην ανάλυση του φαινομένου και στη εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες που να ερευνούν την πρώιμη έξοδο και την κατ' οίκον παρακολούθηση και επομένως με την παρούσα εργασία παρέχεται ερευνητικό υλικό που μπορεί να προάγει την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, και να βοηθήσει στην υιοθέτηση νέων πρακτικών που προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες στις λεχωίδες. Έτσι, λοιπόν, κρίνεται πολύ σημαντική η διερεύνηση της κατ' οίκον φροντίδας μετά από πρώιμη περιγεννητική έξοδο από τη μαία/μαιευτή, καθώς ο συγκεκριμένος τομέας της Μαιευτικής επιστήμης αναπτύσσεται συνεχώς. Επιπλέον, ο τομέας της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία αποτελεί αποκλειστικό προνόμιο για τη μαία/μαιευτή που έχει την ευθύνη της ανάπτυξής του με βάση την ερευνητική τεκμηρίωση.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθεί ο πληθυσμός που συμμετείχε στο πρόγραμμα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης, να αξιολογηθεί η ασφάλεια και η λειτουργικότητά της και να αναδυθούν τα πλεονεκτήματα ή τα μειονεκτήματα της υπηρεσίας αυτής. Ακόμη σκοπός της είναι να ερμηνευθούν οι σκέψεις και οι απόψεις των γυναικών σε σχέση με την υπηρεσία.

Επίσης, τα αποτελέσματά της να μπορέσουν να προάγουν την Υγεία, να διευρύνουν τους ορίζοντες των επαγγελματιών υγείας, να εφαρμοστεί η επιλογή για πρώιμη έξοδο ευρύτερα στην Ελλάδα και τελικά η κάθε γυναίκα να έχει την επιλογή της πρώιμης περιγεννητικής εξόδου σε συνδυασμό με την κατ' οίκον φροντίδα. Με αυτόν τον τρόπο άλλωστε μπορεί να αναπτυχθεί η πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας η οποία έχει παραγκωνιστεί και παρακμάσει ενώ η σύγχρονη τάση επιτάσσει τη στήριξη του συστήματος υγείας σε αυτή, καθώς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της Εθνικής Πολιτικής Υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρώιμη περιγεννητική έξοδος της μητέρας και του νεογνού από το Μαιευτήριο, η σύντομη παραμονή στο μαιευτήριο και η μονοήμερη παραμονή στο μαιευτήριο είναι όροι που αναφέρονται παγκοσμίως στην περιγραφή της σύντομης παραμονής των μητέρων και των νεογνών τους στο νοσοκομείο, μετά από κοιλικό τοκετό χαμηλού κινδύνου. Τα τελευταία χρόνια, σε χώρες με οργανωμένες υπηρεσίες υγείας στην λοχεία, οι λεχιάδες παραμένουν στο νοσοκομείο από λίγες ώρες ως 2-3 μέρες, με την προϋπόθεση να μην εμφανίσουν επιπλοκές (Sweet & Tiran 2003). Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για το μέσο χρόνο παραμονής των λεχιάδων στο νοσοκομείο ή την κλινική μετά τον τοκετό. Η εικόνα όμως που υπάρχει, δείχνει ότι (αν και όχι τόσο διαδεδομένα) η έξοδος της μητέρας και του νεογνού από το μαιευτήριο γίνεται με τη συμπλήρωση του τρίτου 24ώρου. Γενικά, η συνήθης πολιτική που ακολουθείται από τα μαιευτήρια και τα δημόσια νοσοκομεία περιλαμβάνει την παραμονή της λεχιάδας για τουλάχιστον τέσσερα 24ωρα μετά τον τοκετό. Όμως, καθώς η τάση για βραχεία νοσηλεία αυξάνεται τα τελευταία χρόνια η πρώιμη περιγεννητική έξοδος φαίνεται να κερδίζει συνεχώς έδαφος και να αποτελεί προτεραιότητα στη σύγχρονη αντίληψη για τη δημόσια υγεία. Προσφέρει μείωση των δαπανών του Συστήματος Υγείας, παράλληλα ικανοποιεί την απαίτηση των πολιτών για μειωμένη ιατρική παρέμβαση και φροντίδα περισσότερο επικεντρωμένη στην οικογένεια. Επίσης, είναι πολύ διαδεδομένο και ασφαλές η πρώιμη έξοδος της λεχιάδας να συνδυάζεται με κατ' οίκον φροντίδα και παρακολούθηση από μαία. Ο συνδυασμός αυτός προσφέρει στη λεχιάδα την άνεση, την ασφάλεια και ψυχολογικά οφέλη από την επαφή με το οικογενειακό/φιλικό υποστηρικτικό περιβάλλον, το οποίο λειτουργεί προστατευτικά για την ψυχική της υγεία. Ακολουθώντας άλλωστε, τις σύγχρονες απαιτήσεις στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας, κάθε ιατρική-νοσηλευτική πράξη θα πρέπει να αποδεικνύεται ως η καλύτερη δυνατή και να αιτιολογείται ερευνητικά (τεκμηρίωση), και όχι απλώς να αναπαράγονται άκριτα οι καθεστηκυίες και επικρατούσες πρακτικές. Για το λόγο αυτό, κρίνεται πολύ σημαντική η διερεύνηση και η ανάπτυξη της κατ' οίκον φροντίδας μετά από πρώιμη περιγεννητική έξοδο από τη μαία-τη, καθώς ο συγκεκριμένος τομέας της Μαιευτικής επιστήμης αναπτύσσεται συνεχώς και επιπλέον αποτελεί επαγγελματική αποκλειστικότητα της μαίας-τή. Η κατ' οίκον άσκηση μαιευτικής φροντίδας προσφέρει αμφίδρομα οφέλη στη μαία-τη και στους αποδέκτες της παρεχόμενης φροντίδας. Στο γενικό μέρος της παρούσας εργασίας αναλύονται τα οφέλη αυτά ενώ στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται πιλοτική έρευνα που εφαρμόστηκε σε γυναίκες που πήραν μέρος σε πρόγραμμα πρώιμης εξόδου από το μαιευτήριο.

A. ΓΕΝΙΚΟ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΛΟΧΕΙΑ – ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Έχει παρατηρηθεί από πολλούς μελετητές ότι η περίοδος της εγκυμοσύνης και ο τοκετός μονοπωλούν συχνά το ενδιαφέρον, επιστημονικό και μη, των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα όσων επανδρώνουν την περιγεννητική ομάδα, αλλά και πλήθους γυναικών. Η περίοδος της λοχείας ωστόσο κρίνεται εξίσου σημαντική κατά τη μετάβαση στη μητρότητα και απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή για την περιφρούρηση και υποστήριξη της υγείας μητέρας-νεογνού και της οικογένειας. Ταυτόχρονα, κατά την περίοδο αυτή παρατηρείται αυξημένη νοσηρότητα στη μητέρα και στο νεογνό, ακολουθούμενη από δυσάρεστη συμπτωματολογία που στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να μην κλυδωνίζει την υγεία τους σε σημαντικό βαθμό αλλά προσθέτει ταλαιπωρία, κόυραση, νοσηλεία και μείωση της ικανοποίησης. Ως εκ τούτου στην παρούσα ανάλυση δίνεται ιδιαίτερα έμφαση στην περίοδο που ακολουθεί την υστεροτοκία. Συγκεκριμένα, η λοχεία ή η περίοδος μετά τον τοκετό γενικά διαρκεί 6-12 εβδομάδες και αναφέρεται σε εκείνο το χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό, κατά το οποίο αντιστρέφονται οι ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές που σημειώθηκαν στη διάρκεια της κύησης και το σώμα επιστρέφει στη φυσιολογική προ της εγκυμοσύνης κατάσταση. Η περίοδος μετά τον τοκετό διακρίνεται, αυθαίρετα, στην **άμεση λοχεία**, που αφορά τις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό, όπου μπορεί να εμφανισθούν οξείες επιπλοκές που αφορούν την αναισθησία ή τον ίδιο τον τοκετό. Την **πρώιμη λοχεία**, που αναφέρεται στην πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και την **όψιμη λοχεία**, που αφορά το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την παλινδρόμηση των γεννητικών οργάνων και την επιστροφή της εμμηνου ρύσης. Συνήθως φτάνει τις 6 εβδομάδες σε γυναίκες που δεν θηλάζουν, αλλά και την επιστροφή στο φυσιολογικό του καρδιαγγειακού συστήματος και των άλλων ψυχολογικών, που μπορεί να χρειασθεί μήνες (Alan H. DeCherney & Lauren Nathan, 2011).

1.1 Ανατομικές και Φυσιολογικές αλλαγές στη διάρκεια της Λοχείας

Παλινδρόμηση της μήτρας

Η μήτρα αυξάνει σημαντικά τόσο σε μέγεθος όσο και σε βάρος στη διάρκεια της κύησης (περίπου στο δεκαπλάσιο της μη εγκυμονούσας μήτρας, φθάνοντας σε βάρος περίπου τα 1.000 g), αλλά παλινδρομεί ταχύτατα μετά τον τοκετό φθάνοντας το βάρος των 50-100 g που είχε πριν από την κύηση.

Αμέσως μετά τον τοκετό, η μήτρα ζυγίζει περίπου ένα κιλό και το μέγεθός της πλησιάζει αυτό που είχε στην 20^η εβδομάδα της κύησης (στο ύψος του ομφαλού). Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας της λοχείας έχει φθάσει σε μέγεθος που αντιστοιχεί σε αυτό μιας κύησης 12 εβδομάδων και είναι μόλις ψηλαφητή στο ύψος της ηβικής σύμφυσης.

Στη παλινδρόμηση της μήτρας συμβάλλουν συσπάσεις του μυομητρίου ή υστερόπονοι. Αυτές οι συσπάσεις παρουσιάζονται στη διάρκεια των 2-3 πρώτων ημερών της λοχείας και προκαλούν μεγαλύτερη ενόχληση στις πολυτόκους, παρά στις πρωτοτόκους. Οι πόνοι αυτοί επιτείνονται στη διάρκεια του θηλασμού, ως αποτέλεσμα της έκκρισης οξυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της. Στη διάρκεια των πρώτων 12 ωρών μετά τον τοκετό, οι συσπάσεις της μήτρας είναι ρυθμικές, δυνατές και συντονισμένες. Η ένταση, η συχνότητα και η ρυθμικότητα των συσπάσεων αυτών ελαττώνονται μετά την πρώτη μέρα της λοχείας, καθώς έχουν προχωρήσει σημαντικά οι διαδικασίες παλινδρόμησης της μήτρας, η οποία έχει σχεδόν ολοκληρωθεί περίπου στο τέλος της 6^{ης} εβδομάδας και σε εκείνη τη χρονική στιγμή το όργανο αυτό ζυγίζει λιγότερο από 100 g. Η αύξηση της ποσότητας του συνδετικού ιστού και της ελαστικής τόσο στο μυομήτριο όσο και στα αιμοφόρα αγγεία, αλλά και η αύξηση του αριθμού των κυττάρων είναι μόνιμες, μέχρι κάποιο βαθμό, με αποτέλεσμα η μήτρα να παραμένει σχετικά μεγαλύτερη μετά το τέλος της κύησης (Μαμόπουλος & Δαβίδ Χ. Ρούσσο, 2011).

Αλλαγές στην πλακουντική άλω

Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα παρατηρείται σύσπαση της πλακουντικής άλω, έτσι ώστε το τελικό μέγεθος να έχει περίπου τη μισή διάμετρο από αυτή, του αντίστοιχου πλακούντα. Τόσο αυτή η σύσπαση της μήτρας όσο και η σύσπαση των λείων μυϊκών ινών των αρτηριακών τοιχωμάτων καταλήγουν σε αιμόσταση. Στη διάρκεια της παλινδρόμησης παρατηρείται αναγέννηση του ενδομητρίου από τους αδένες και το στρώμα στην περιοχή του φυσιολογικού φθαρτού.

Η αναγέννηση του ενδομητρίου στο ύψος της πλακουντικής άλω ολοκληρώνεται περίπου 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τα αιματηρά λόγια είναι τα πρώτα που εμφανίζονται φυσιολογικά μετά τον τοκετό και περιέχουν αίμα, τμήματα ιστού και φθαρτού. Η ποσότητα που αποβάλλεται ελαττώνεται γρήγορα και το χρώμα αλλάζει προς μια ερυθρόφαια απόχρωση μέσα στις επόμενες 3-4 ημέρες. Τα λόγια ονομάζονται ορώδη, όταν η υφή τους γίνεται ορώδης προς βλεννώδης, το χρώμα τους είναι πιο ωχρό, ενώ συχνά είναι και δύσσομα. Κατά τη διάρκεια της 2^{ης} ή 3^{ης} εβδομάδας μετά τον τοκετό, τα λόγια αποκτούν παχύτερη και βλεννώδη υφή, καθώς και ένα κιτρινόλευκο χρώμα (λευκά λόγια), γεγονός που συμπίπτει με την εμφάνιση κυρίως λευκοκυττάρων και εκφυλισμένων κυττάρων του φθαρτού. Συνήθως η έκκριση των λοχίων σταματά κατά την 5^η ή 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, οπότε έχει σχεδόν ολοκληρωθεί η διαδικασία επούλωσης του τραύματος (Μαμόπουλος & Ρούσσο, 2011).

Αλλαγές στον τράχηλο, στον κόλπο και στα μυϊκά τοιχώματα των πυελικών οργάνων

Ο τράχηλος, στη διάρκεια της λοχείας, κλείνει σταδιακά και στο τέλος της πρώτης εβδομάδας παρουσιάζει διαστολή λίγο περισσότερο από 1 cm. Το έξω τραχηλικό στόμιο έχει πάρει το σχήμα εγκάρσιας σχισμής και αυτό ξεχωρίζει τις γυναίκες που έχουν γεννήσει από την κολπική οδό, από αυτές που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή ή που δεν έχουν γεννήσει ποτέ. Οριστική επούλωση και επαναεπιθηλιοποίηση συμβαίνει 6-12 εβδομάδες αργότερα. Τα τραύματα του

τραχήλου επουλώνονται στις περισσότερες μη επιπλεγμένες περιπτώσεις, αλλά η συνέχεια του ιστού μπορεί να μην αποκατασταθεί και έτσι στην περιοχή τραυματισμού μπορεί να παρατηρείται μια ουλώδης εγκοπή.

Μετά τον κοιλιακό τοκετό, ο υπερδιατεταμένος και με λεία τοιχώματα κόλπος επιστρέφει στην προ της κύησης εμφάνιση σε διάστημα περίπου τριών εβδομάδων. Η πάχυνση του βλεννογόνου, η παραγωγή της τραχηλικής βλέννης και άλλες οιστρογονοεξαρτώμενες αλλαγές μπορεί να καθυστερήσουν στις γυναίκες που θηλάζουν. Ο κατεστραμμένος παρθενικός υμένας επουλώνεται και αποκτά τη μορφή ινωδών οζιδίων του βλεννογόνου, που ονομάζονται μύρτα.

Δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό, οι σάλπιγγες βρίσκονται ακόμη σε κατάσταση ελαττωμένης επίδρασης οιστρογόνων και χαρακτηρίζονται από ατροφία του επιθηλίου. Οι φυσιολογικές αλλαγές που παρατηρούνται στην πύελο μετά από έναν μη επιπλεγμένο τελειόμηνο κοιλιακό τοκετό περιλαμβάνουν τη διάταση της ηβικής σύμφυσης και των ιερολαγόνιων συνδέσμων και την περιστασιακή ανεύρεση φυσαλλίδων αέρα μέσα σε αυτές τις συναρθρώσεις.

Η ωοθυλακιορρηξία προκύπτει όχι νωρίτερα από την 27^η ημέρα της λοχείας, με μέσο χρόνο εμφάνισης τις 70-75 ημέρες σε γυναίκες που δεν θηλάζουν και τους έξι μήνες σε γυναίκες που θηλάζουν. Στις τελευταίες, η διάρκεια της περιόδου ανωοθυλακιορρηξίας εξαρτάται τελικά από τη συχνότητα θηλασμού, τη διάρκεια του κάθε γεύματος και τον αριθμό των συμπληρωματικών γευμάτων. Η καταστολή της ωοθυλακιορρηξίας οφείλεται στα υψηλά επίπεδα προλακτίνης, τα οποία παραμένουν έτσι μέχρι περίπου τρεις εβδομάδες μετά τον τοκετό σε γυναίκες που δεν θηλάζουν και έξι εβδομάδες σε γυναίκες που θηλάζουν. Παρόλα αυτά τα επίπεδα των οιστρογόνων πέφτουν αμέσως μετά τον τοκετό σε όλες τις μητέρες και παραμένουν κατεσταλμένα σε εκείνες που θηλάζουν. Η έμμηνος ρύση επιστρέφει στις επτά εβδομάδες στο 70% και μέχρι το τέλος της 12^{ης} εβδομάδας σε όλες τις μη θηλάζουσες μητέρες, ενώ στο 70% των μητέρων που θηλάζουν η περίοδος μπορεί να καθυστερήσει μέχρι και 36 μήνες.

Οι γραμμωτοί μύες του πυελικού εδάφους και των υποστηρικτικών δομών της πύελου επανακτούν σταδιακά τον τόνο τους κατά τη διάρκεια της λοχείας. Διάρρηξη ή υπερδιάταση του μυϊκού χιτώνα ή της περιτονίας στη διάρκεια του τοκετού προδιαθέτει στην εμφάνιση κηλών των γεννητικών οργάνων. Η υπερδιάταση του κοιλιακού τοιχώματος στη διάρκεια της κύησης μπορεί να καταλήξει στη διάσπαση των ελαστικών ινών της υποδερμίδας, σε μόνιμες ραγάδες και στην διάσταση των ορθών κοιλιακών μυών (Μαμόπουλος & Ρούσσο, 2011).

Ουροποιητικό σύστημα

Στην περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό, ο βλεννογόνος της ουροδόχου κύστης εμφανίζεται οιδηματώδης, ως αποτέλεσμα αυτής της εργώδους διαδικασίας. Επιπρόσθετα, αυξάνεται και η περιεκτικότητα της κύστης. Συνεπώς, η υπερδιάταση και ατελής κένωση της κύστης, με παρουσία υπολειμματικής ποσότητας ούρων, είναι συνήθη προβλήματα. Η ελαττωμένη λειτουργία της ουροδόχου κύστης μετά τον τοκετό δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το βάρος του νεογνού και από τη διενέργεια ή μη περινεοτομής, αλλά ίσως να ελαττώνεται προσωρινά λόγω της επισκληρίδιου αναισθησίας και του παρατεταμένου τοκετού. Σχεδόν το 50% των ασθενών παρουσιάζει ήπια πρωτεϊνουρία 1-2 ημέρες μετά τον τοκετό.

Στη διάρκεια της κύησης παρατηρείται αύξηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, περίπου κατά 50%. Η τιμή αυτή επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα ή και

ακόμη χαμηλότερα στη διάρκεια της 8^{ης} εβδομάδας της λοχείας. Όμοια, επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα, στο ίδιο χρονικό διάστημα και η ενδογενής κάθαρση της κρεατινίνης. Η γλυκοζουρία, που εμφανίζεται φυσιολογικά στην εγκυμοσύνη, εξαφανίζεται. Η ουρία του ορού αυξάνεται στη διάρκεια της λοχείας και στο τέλος της πρώτης εβδομάδας μετά τον τοκετό πλησιάζει τα 20 mg/dl, συγκρινόμενη με τα 15 mg/dl που είναι η συνήθης τιμή στη διάρκεια του τρίτου τριμήνου (Μαμόπουλος & Ρούσσοι, 2011).

Ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών

Στη διάρκεια του τοκετού και αμέσως μετά από αυτόν παρατηρείται, κατά μέσο όρο, ελάττωση του μητρικού βάρους της τάξης των 5-6 kg, λόγω της απώλειας αμνιακού υγρού και αίματος, αλλά και λόγω της εξόδου του νεογνού και του πλακούντα. Η μέση λεχωίδα μπορεί να χάσει επιπρόσθετα άλλα 4 kg διάρκεια της λοχείας και των επόμενων έξι μηνών, ως αποτέλεσμα της αποβολής των υγρών και των ηλεκτρολυτών που συσσωρεύθηκαν στη διάρκεια της κύησης. Αντίθετα με την κοινά διαδεδομένη αντίληψη, ο θηλασμός έχει ελάχιστη επίδραση στην απώλεια βάρους μετά τον τοκετό.

Κατά μέσο όρο παρατηρείται απώλεια τουλάχιστον δύο λίτρων υγρών στη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας, ενώ στις επόμενες πέντε εβδομάδες αποβάλλεται επιπρόσθετα άλλο 1,5 λίτρο. Η απώλεια ύδατος που παρατηρείται στη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά τον τοκετό, αντιπροσωπεύει κυρίως απώλεια εξωκυττάριου υγρού. Πρέπει να αναμένεται η εμφάνιση αρνητικού ισοζυγίου που υπολογίζεται περίπου στα 100 mEq χλωρίου για κάθε χιλιόγραμμο βάρους σώματος που χάνεται στην πρώιμη λοχεία (Μαμόπουλος & Ρούσσοι, 2011).

Μεταβολικές και χημικές αλλαγές

Τα ολικά λιπαρά οξέα και τα μη εστεροποιημένα λιπαρά οξέα επιστρέφουν στα προ της κύησης επίπεδα περίπου τη δεύτερη ημέρα της λοχείας. Οι συγκεντρώσεις τόσο της χοληστερόλης όσο και των τριγλυκεριδίων ελαττώνονται σημαντικά το πρώτο 24ωρο μετά τον τοκετό και αυτή η αλλαγή αφορά όλα τα κλάσματα των λιποπρωτεϊνών. Τα τριγλυκερίδια του πλάσματος εξακολουθούν να ελαττώνονται και πλησιάζουν τις προ της κύησης τιμές 6-7 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αντίθετα, ο ρυθμός ελάττωσης της χοληστερόλης του πλάσματος είναι πιο αργός και τα επίπεδα της LDL παραμένουν πάνω από τα προ της κύησης επίπεδα τουλάχιστον για επτά εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ο θηλασμός δεν επηρεάζει τα επίπεδα των λιπιδίων, αλλά, αντίθετα με ότι συμβαίνει στη διάρκεια της κύησης, η υπερλιπιδαιμία της λοχείας επηρεάζεται από τη διαίτα.

Στη διάρκεια της πρώιμης λοχείας, η συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα (τόσο σε νηστεία όσο και μετά το γεύμα) ελαττώνεται σε επίπεδα χαμηλότερα από αυτά που παρατηρούνται στη διάρκεια της κύησης και του τοκετού. Αυτή η ελάττωση είναι ιδιαίτερα εκσεσημασμένη τη δεύτερη και την τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό. Ανάλογα ελαττώνονται και οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη για τους διαβητικούς λεχωίδες. Αξιόπιστες μετρήσεις, που αφορούν την ευαισθησία στην ινσουλίνη και τις συγκεντρώσεις της γλυκόζης και που χαρακτηρίζουν τη μη έγκυο πια γυναίκα, μπορούν να γίνουν μόνο μετά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας. Συνεπώς, αν προσπαθήσει κανείς να ερμηνεύσει μια καμπύλη ανοχής γλυκόζης που

πραγματοποιείται στη πρώιμη λοχεία, με βάση τιμές που αφορούν μη εγκύους γυναίκες, τότε μπορεί να καταλήξει σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Η συγκέντρωση των ελεύθερων αμινοξέων του πλάσματος αυξάνεται μετά τον τοκετό. Αυτή προσεγγίζει τα προ της κύησης επίπεδα την 2^η ή 3^η ημέρα της λοχείας και είναι μάλλον αποτέλεσμα ελαττωμένης χρήσης τους και ανόδου της νεφρικής ουδού (Μαμόπουλος & Ρούσος, 2011).

Μεταβολές του καρδιαγγειακού

A. Μηχανισμός πήξης του αίματος

Κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας αυξάνεται η παραγωγή τόσο της προστακυκλίνης (PGI₂), που είναι αναστολέας της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων, όσο και της θρομβοξάνης A₂, που είναι επαγωγέας της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων, αλλά και αγγειοσυσπαστικός παράγοντας. Πιθανόν η ισορροπία μεταξύ θρομβοξάνης A₂ και PGI₂ να κλίνει προς την πλευρά της επικράτησης της θρομβοξάνης A₂, στη διάρκεια της λοχείας, αφού σε εκείνη τη χρονική περίοδο είναι αυξημένη η αντιδραστικότητα των αιμοπεταλίων. Τόσο στο σύστημα πήξης όσο και στο ινωδολυτικό σύστημα παρατηρούνται ταχείες και δραματικές αλλαγές αμέσως μετά τον τοκετό. Αμέσως μετά την αποκόλληση του πλακούντα, παρατηρείται ελάττωση των αιμοπεταλίων, αλλά τις επόμενες μέρες παρατηρείται δευτεροπαθής αύξησή τους, που συνοδεύεται και από αύξηση της συγκολλητικότητάς τους. Η συγκέντρωση του ινωδογόνου του πλάσματος αρχίζει να ελαττώνεται στη διάρκεια του τοκετού και φθάνει στα κατώτερα επίπεδα την πρώτη ημέρα της λοχείας. Στη συνέχεια, τα επίπεδα του ινωδογόνου ανέρχονται και προσεγγίζουν τις τιμές που είχαν πριν από τον τοκετό, την 3^η ή 5^η ημέρα της λοχείας. Αυτή η δευτερογενής αύξηση της δραστηριότητας του ινωδογόνου διατηρείται μέχρι την δεύτερη εβδομάδα της λοχείας και, στη συνέχεια, κατέρχεται αργά φθάνοντας τα φυσιολογικά, προ κύησης επίπεδα, μέσα στις επόμενες 7-10 ημέρες.

B. Αλλαγές στον όγκο του αίματος

Ο ολικός όγκος του αίματος ελαττώνεται φυσιολογικά από 5-6 λίτρα που ήταν στη διάρκεια της κύησης, στα 4 περίπου λίτρα, που ήταν πριν από την κύηση και αυτή η αλλαγή συμβαίνει στη διάρκεια του τοκετού και αμέσως μετά από αυτόν, ενώ μια παραπλήσια ποσότητα έχει χαθεί μέχρι το τέλος της πρώτης εβδομάδας μετά τον τοκετό. Επιπρόσθετες μεταβολές συμβαίνουν στη διάρκεια του θηλασμού. Η υπερογκαιμία της κύησης μπορεί να θεωρηθεί ένας προστατευτικός μηχανισμός που επιτρέπει, στις περισσότερες γυναίκες, να ανταπεξέλθουν στις σημαντικές απώλειες αίματος που παρατηρούνται στη διάρκεια του τοκετού. Η ποσότητα αίματος που χάνεται στη διάρκεια του τοκετού καθορίζει γενικά τον όγκο του αίματος και τον αιματοκρίτη στη διάρκεια της λοχείας. Στον φυσιολογικό τοκετό ενός νεογνού χάνονται περίπου 400 ml αίματος. Ο φυσιολογικός τοκετός διδύμων ή τριδύμων αυξάνει τις απώλειες αίματος σε επίπεδα ανάλογα εκείνων των επεμβατικών τοκετών, αλλά στη διάρκεια της πολύδυμης κύησης παρατηρείται μια αντιρροπιστική αύξηση τόσο του όγκου του μητρικού πλάσματος όσο και της μάζας των ερυθροκυττάρων. Αμέσως μετά τον τοκετό παρατηρούνται ταχείες και δραματικές αλλαγές στο αγγειακό σύστημα της μητέρας, έτσι ώστε η αντίδραση στην απώλεια του αίματος, που παρατηρείται στη διάρκεια της πρώιμης λοχείας, είναι διαφορετική από αυτήν που συμβαίνει στη μη έγκυο γυναίκα. Ο τοκετός οδηγεί σε απόφραξη της χαμηλής αντίστασης μητροπλακουντικής κυκλοφορίας και αυτή, με τη σειρά της, καταλήγει σε

ελάττωση κατά 10-15% του μεγέθους του μητρικού αγγειακού δένδρου. Επίσης, η απώλεια του πλακούντα ως ενδοκρινικού οργάνου καταλήγει στην άρση ενός ερεθίσματος, που είχε ως αποτέλεσμα την αγγειοδιαστολή.

Γ. Αιμοποίηση

Η μάζα των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνεται περίπου κατά 30% στη διάρκεια της κύησης, ενώ η απώλεια ερυθρών αιμοσφαιρίων στη διάρκεια του τοκετού κυμαίνεται, κατά μέσο όρο, περίπου στο 14%. Συνεπώς, η μάζα των ερυθρών αιμοσφαιρίων μετά τον τοκετό θα είναι περίπου 15% μεγαλύτερη, σε σύγκριση με την αντίστοιχη πριν από την κύηση.

Ο μυελός των οστών παρουσιάζει αυξημένη δραστηριότητα στη διάρκεια της κύησης και της πρώιμης λοχείας και είναι ικανός να απελευθερώσει μεγάλο αριθμό νεαρών κυττάρων στο περιφερικό αίμα. Η προλακτίνη μπορεί να παίζει και αυτή έναν ήσσονα ρόλο στη διέγερση του μυελού των οστών.

Τόσο στη διάρκεια του τοκετού όσο και στην πρώιμη λοχεία παρατηρείται εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση. Στη διάρκεια των πρώτων 24ωρών μετά τον τοκετό, τα λευκά αιμοσφαίρια μπορεί να φθάνουν στις 25.000/ml, με αυξημένο ποσοστό κοκκιοκυττάρων. Είναι άγνωστο το ερέθισμα που οδηγεί σε αυτήν την λευκοκυττάρωση, αλλά είναι πιθανόν να αντιπροσωπεύει την απελευθέρωση παγιδευμένων κυττάρων, ως απάντηση στο stress του τοκετού.

Τα επίπεδα σιδήρου το ορού είναι ελαττωμένα, ενώ η ανταλλαγή του σιδήρου του πλάσματος αυξάνεται μεταξύ της τρίτης και πέμπτης ημέρας της λοχείας. Η επιστροφή στα φυσιολογικά επίπεδα συμβαίνει τη δεύτερη εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Οι περισσότερες γυναίκες, που ανέχονται μια μέση απώλεια αίματος κατά τον τοκετό και οι οποίες έπαιρναν συμπληρωματικά σίδηρο στη διάρκεια της κύησης, παρουσιάζουν σχετική ερυθροκυττάρωση στη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας της λοχείας. Εφόσον δεν υπάρχει κάποια ένδειξη αυξημένης καταστροφής των ερυθροκυττάρων στη διάρκεια της λοχείας, όλα τα επιπλέον ερυθρά αιμοσφαίρια που προστέθηκαν στη διάρκεια της κύησης θα εξαφανιστούν σταδιακά, σύμφωνα με τη φυσιολογική διάρκεια ζωής τους. Συνεπώς μια μέτρια αύξηση των ερυθροκυττάρων αμέσως μετά τον τοκετό μπορεί να καταλήξει σε αύξηση των αποθηκών σιδήρου. Δεν απαιτείται η επιπλέον λήψη σιδήρου για τις φυσιολογικές λεχωίδες, εφόσον ο αιματοκρίτης ή τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης, 5-7 ημέρες μετά τον τοκετό, είναι ίσα ή μεγαλύτερα από μια φυσιολογική, προ της κύησης, τιμή. Στην όψιμη λοχεία παρατηρείται σταδιακή ελάττωση της μάζας των ερυθροκυττάρων στα προ της κύησης επίπεδα, καθώς επιστρέφει στο φυσιολογικό ο ρυθμός της ερυθροποίησης.

Δ. Αιμοδυναμικές αλλαγές

Οι αιμοδυναμικές αλλαγές που παρατηρούνται στη λοχεία εξαρτώνται, σε μεγάλο βαθμό, από την εξέλιξη και την έκβαση του τοκετού, π.χ. θέση της μητέρας, τρόπος τοκετού, μέθοδος αναισθησίας ή αναλγησίας και απώλεια αίματος. Η αύξηση της ποσότητας του αίματος που διακινεί η καρδιά φθάνει στη μέγιστη τιμή της αμέσως μετά τον τοκετό και αντιστοιχεί περίπου σε αύξηση μέχρι και 80% των αντίστοιχων τιμών που ίσχυαν κατά τη διάρκεια της κύησης. Στη διάρκεια μιας σύσπασης της μήτρας παρατηρείται αύξηση στην κεντρική φλεβική πίεση, στην αρτηριακή πίεση και στον όγκο παλμού και, σε απουσία πόνου και άγχους, αντανακλαστική πτώση των σφυγμών. Αυτές οι αλλαγές μεγιστοποιούνται στην ύπτια θέση. Ελάχιστες είναι οι αλλαγές που συμβαίνουν γιατί η έγκυος βρίσκεται σε πλάγια θέση, εξαιτίας της απρόσκοπτης φλεβικής επιστροφής και απουσίας πίεσης της

αορτής και της κοινής λαγόνιας αρτηρίας από τη μήτρα που συσπάται (φαινόμενο Poseiro). Η επισκληρίδιος αναισθησία τροποποιεί την προοδευτική αύξηση του όγκου αίματος της καρδιάς στη διάρκεια του τοκετού και ελαττώνει την απόλυτη αύξηση που παρατηρείται αμέσως μετά τον τοκετό, ενδεχομένως περιορίζοντας τον πόνο και το άγχος.

Παρόλο που στη χρονική περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό συμβαίνουν μείζονες αιμοδυναμικές ανακατατάξεις, ακόμη και στην πρώιμη λοχεία παρατηρείται μια επιστροφή, που πλησιάζει στη μη έγκυο κατάσταση. Η τάση που εμφανίζεται ακόμη και στις φυσιολογικές γυναίκες να αυξάνεται ήπια η αρτηριακή πίεση στη διάρκεια των πέντε πρώτων ημερών μετά τον τοκετό αντανακλά την αυξημένη αντίσταση του αγγειακού δένδρου της μήτρας και προσωρινό πλεόνασμα του όγκου του πλάσματος. Ένα μικρό ποσοστό παρουσιάζει διαστολική αρτηριακή πίεση της τάξης των 100mmHg. Η καρδιακή παροχή ελαττώνεται στη διάρκεια των δύο εβδομάδων μετά τον τοκετό, κατά 28% σε σχέση με τις μέγιστες τιμές που παρατηρούνται την 38^η εβδομάδα της κύησης. Αυτή η αλλαγή σχετίζεται με ελάττωση κατά 20% του όγκου παλμού και με μικρότερη ελάττωση των δεικτών μυοκαρδιακής σύσπασης. Η αναστροφή της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας μετά τον τοκετό διαρκεί περισσότερο από τις λειτουργικές αλλαγές που συμβαίνουν στην ίδια χρονική περίοδο (DeCherney & Nathan, 2011).

Αλλαγές στο αναπνευστικό

Οι πνευμονικές λειτουργίες, που αλλάζουν με ταχύτατο ρυθμό, είναι αυτές που επηρεάζονται από τις μεταβολές των περιεχομένων της κοιλιακής κοιλότητας και της χωρητικότητας του θωρακικού κλωβού. Οι μεταβολές του όγκου του πνεύμονα, στη διάρκεια της λοχείας, συγκρίνονται με αυτές που συμβαίνουν στη διάρκεια της κύησης. Ο υπολειπόμενος όγκος αυξάνεται, αλλά η ζωτική ικανότητα και οι εισπνευστικές χωρητικότητες ελαττώνονται. Η μέγιστη αναπνευστική χωρητικότητα ελαττώνεται, επίσης, μετά τον τοκετό. Στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της λοχείας μπορεί να επιμένει μια αύξηση του αερισμού ηρεμίας και της κατανάλωσης οξυγόνου, καθώς και μια λιγότερο αποτελεσματική απάντηση οξυγόνου στην άσκηση. Συγκρίσεις της ικανότητας απάντησης στην αερόβια άσκηση πριν από την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό υποδεικνύουν ότι η απώλεια της δραστηριότητας και η πρόσληψη βάρους συμβάλλουν στην περιορισμένη φυσική κατάσταση που παρουσιάζει η γυναίκα 4-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό (DeCherney & Nathan, 2011).

Σχέσεις υπόφυσης-ωοθήκης

Τα επίπεδα των πλακουντικών ορμονών στο πλάσμα ελαττώνονται ταχύτατα μετά τον τοκετό. Το ανθρώπινο πλακουντικό γαλακτογόνο έχει χρόνο ημίσειας ζωής περίπου 20 λεπτά και τα επίπεδά του στο αίμα προσεγγίζουν μη ανιχνεύσιμα επίπεδα στη διάρκεια της πρώτης ημέρας μετά τον τοκετό. Η ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG) έχει χρόνο ημίσειας ζωής περίπου εννέα ώρες. Η συγκέντρωσή της στο πλάσμα μειώνεται κάτω από 1.000 mIU/ml μέσα σε 48-96 ώρες μετά τον τοκετό και κάτω από 100 mIU/ml την έβδομη ημέρα. Η ανοσοενεργή ωχρινότροπος ορμόνη (LH)- hCG φθάνει σε επίπεδα ανάλογα της ωχρινικής φάσης, στη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας μετά τον τοκετό. Ανοσοραδιενεργοί τεχνικές υψηλής ευαισθησίας και εξειδίκευσης για την ανίχνευση της β-υποομάδας της hCG δείχνουν

ότι η τελευταία πρακτικά εξαφανίζεται από το μητρικό πλάσμα μεταξύ της 11^{ης} και της 16^{ης} ημέρας μετά από φυσιολογικό τοκετό.

Τα οιστρογόνα του πλάσματος δεν φθάνουν σε επίπεδα ωοθυλακικής φάσης πριν από την 19^η-21^η ημέρα της λοχείας σε γυναίκες που δεν θηλάζουν. Αντίθετα, σε γυναίκες που θηλάζουν, η επιστροφή των οιστρογόνων του πλάσματος σε φυσιολογικά επίπεδα καθυστερεί ακόμη περισσότερο. Σε γυναίκες που θηλάζουν και στις οποίες εμφανίζεται αυτόματα η έμμηνος ρύση, τα επίπεδα οιστραδιόλης είναι αντίστοιχα της ωοθυλακικής φάσης 60-80 ημέρες μετά τον τοκετό. Γυναίκες που θηλάζουν και δεν έχουν έμμηνου ρύση εμφανίζουν σημαντική υποοιστρογοναιμία στη διάρκεια των πρώτων 180 ημερών μετά τον τοκετό. Η έναρξη της συμφόρησης του μαστού, παρατηρείται την 3^η-4^η ημέρα της λοχείας, συμπίπτει με σημαντική πτώση των οιστρογόνων και αυτό το στοιχείο υποστηρίζει την άποψη ότι τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων καταστέλλουν την γαλουχία.

Τα επίπεδα της προλακτίνης στο μητρικό αίμα αυξάνονται στη διάρκεια της κύησης και η συγκέντρωσή της μπορεί να ξεπεράσει τα 200ng/ml. Μετά τον τοκετό και στις επόμενες δύο εβδομάδες, η προλακτίνη ελαττώνεται με ακανόνιστο τρόπο για να φθάσει τα προ κύησης επίπεδα σε μη θηλάζουσες γυναίκες. Στις γυναίκες που θηλάζουν, η βασική συγκέντρωση προλακτίνης παραμένει υψηλότερη σε σχέση με τα προ της κύησης επίπεδα και αυξάνεται δραματικά ως απάντηση στον ερεθισμό της θηλής. Καθώς προχωρά ο θηλασμός, η ποσότητα της προλακτίνης που απελευθερώνεται σε στιγμιότυπο απομύζησης ελαττώνεται. Όταν η μητέρα θηλάζει μόνο 1-3 φορές κάθε ημέρα, τότε τα επίπεδα της προλακτίνης επιστρέφουν στα φυσιολογικά βασικά επίπεδα μέσα σε έξι μήνες μετά τον τοκετό. Όταν ο θηλασμός συμβαίνει περισσότερο από 6 φορές κάθε ημέρα, τότε οι υψηλές βασικές συγκεντρώσεις της προλακτίνης διατηρούνται για περισσότερο από έναν χρόνο. Ο ημερήσιος ρυθμός της συγκέντρωσης της προλακτίνης στο περιφερικό αίμα (με το ναδίρ να εμφανίζεται στη διάρκεια της ημέρας και να ακολουθείται από το ζενίθ στη διάρκεια της νύχτας) εξαφανίζεται προς το τέλος της κύησης, αλλά επανεμφανίζεται την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό στις μητέρες που δεν θηλάζουν.

Οι συγκεντρώσεις στον ορό της FSH και της LH είναι πολύ χαμηλές σε όλες τις γυναίκες τις πρώτες 10-12 ημέρες της λοχείας είτε θηλάζουν είτε όχι. Τα επίπεδά τους αυξάνουν τις επόμενες ημέρες και φθάνουν τις συγκεντρώσεις της ωοθυλακικής φάσης στη διάρκεια της τρίτης εβδομάδας της λοχείας. Η πρώτη έμμηνος ρύση μετά τον τοκετό συνήθως εμφανίζεται στο τέλος ενός ανωοθυλακιωρρηκτικού κύκλου ή ενός κύκλου που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή λειτουργία του ωχρού σωματίου (DeCherney & Nathan, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΛΟΧΕΙΑ – ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

2.1 Παθολογία στην λοχεία

Σύγχρονες έρευνες διαπίστωσαν την έκταση, στην οποία ορισμένες γυναίκες υποφέρουν από μακροχρόνια προβλήματα υγείας ως συνέπεια του τοκετού τους (Yelland J, Krastev A, Brown S, 2001, Bennett R. & Brown L. 1999). Ένα κοινό εύρημα σε πολλές έρευνες είναι ότι πολλές λεχνοίδες δεν δηλώνουν τα προβλήματα τους στους επαγγελματίες υγείας είτε την περίοδο της λοχείας, είτε αργότερα και τα προβλήματα αυτά δεν προσδιορίστηκαν από τις υπηρεσίες υγείας (HTA 2003, Sweet B. & Tiran D, 2003, Bennett & Brown, 1999).

Σύμφωνα με την έρευνα των (Yelland et al, 2001), με δείγμα 898 λεχνοίδων, το 93% από τις νέες μητέρες, ταλαιπωρούνται από προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με τον τοκετό κατά τους 3 πρώτους μήνες. Τα πέντε πιο συχνά προβλήματα που αναφέρθηκαν, αφορούσαν τον πόνο της επισιοτομής, τον πόνο στην πλάτη, τις επώδυνες θηλές και τη δυσκοιλιότητα. Μετρήθηκε, λοιπόν, η συχνότητα εμφάνισης και συμπερασματικά φανήκαν να είναι ως εξής:

- ✓ Το 50,3% ένιωθε πόνο στην περιοχή της επισιοτομής.
- ✓ Το 48,4 ένιωθε πόνο στην πλάτη.
- ✓ Το 36,4% ένιωθε τις θηλές επώδυνες.
- ✓ Το 27,8% είχε δυσκοιλιότητα.

Σύμφωνα με την έρευνα των MacArthur et al 1991, το 47% 11.701 λεχνοίδων δήλωσαν ότι είχαν ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας μετά τον τοκετό, τα οποία συνέχισαν να υπάρχουν και 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και ορισμένα και για μεγάλο χρονικό διάστημα αργότερα. Οι Glazener et al 1995, επίσης διαπίστωσαν ότι το 76% από 1249 λεχνοίδες είχαν τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και έως την 8η εβδομάδα λοχείας. Τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα υγείας είναι: πρόβλημα στην ούρηση, πόνος περινέου, προβλήματα στους μαστούς, πόνος στην μέση, αιμορροΐδες, δυσκοιλιότητα και λιγότερα συχνά προβλήματα στην σεξουαλική ζωή και ημικρανία, τα οποία όμως και πάλι δεν είναι σπάνια (HTA 2003, σελ. 1). Πολύ συχνά αναφερόταν επιλόχεια κατάθλιψη και κόπωση (HTA 2003, Sweet & Tiran 2003, Bennett & Brown, 1999). Μερικά από τα παραπάνω, μπορεί να γίνουν χρόνια προβλήματα υγείας όπως: πόνος στην μέση, τραυματισμός του πυελικού εδάφους, ακράτεια ούρων ή συχνοουρία, αιμορροΐδες, αγκώδης διαταραχή. (MacArthur et al 1991, HTA 2003, Sweet & Tiran 2003, Bennett & Brown, 1999). Επίσης, το τραύμα του περινέου μετά από περινεοτομή ή ρήξη μπορεί να προκαλέσει ενοχλήσεις και δυσφορία και να επηρεάσει την σεξουαλική ζωή του ζευγαριού για πολλούς μήνες (Sleep 1991).

Αυξανόμενες στον αριθμό έρευνες, που έγιναν για πιο ειδικά προβλήματα υγείας των λεχνοίδων, όπως κολπική δυσπαρέυνεια, πόνος περινέου, προβλήματα στην ούρηση και την αφόδευση, διαπιστώνουν επίμονη και συχνά άγνωστη για τις υπηρεσίες υγείας νοσηρότητα (HTA 2003, Barrett et al 2000, Fynes et al 1999, MacArthur et al 1997, Sleep et al 1984, Wilson et al 1996). Μερικά προβλήματα υγείας, όπως η δυσπαρέυνεια, ο πόνος περινέου και η ακράτεια σχετίζονται περισσότερο με τον τοκετό ή με συγκεκριμένες παραμέτρους του τοκετού και υπάρχουν και άλλα προβλήματα υγείας όπως ο πόνος της μέσης και η ημικρανία, τα

οποία κυρίως σχετίζονται με τις αυξημένες ανάγκες της φροντίδας του νεογνού, αλλά ακόμα και αυτά φαίνονται να σχετίζονται με τον τοκετό (MacArthur et al 1993, MacArthur et al 1990, Stride & Cooper 1993, Glazener et al 1995, Brown & Lumley 1998, HTA 2003).

Η παρουσία σημαντικής νοσηρότητας, η οποία δεν δηλώνεται στις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και συνεχίζει να υπάρχει μετά την έξοδο της λεχιάδας από το νοσοκομείο έχει διαπιστωθεί σε πολλές χώρες (MacArthur et al 1991, Glazener et al 1995, Garcia et al 1998, Saurel-Cubizolles 2000, Bick & MackArthur 1995, Brown & Lumley 1998).

Σε γενικές γραμμές, η νοσηρότητα που διαπιστώνεται, μπορεί να μην είναι επικίνδυνη για την ζωή της λεχιάδας, όμως έχει σημαντικές επιδράσεις στην ζωή των γυναικών και των οικογενειών τους (Saurel-Cubizolles 2000, Bick & MackArthur 1995, HTA 2003). Σε μερικές περιπτώσεις είναι δύσκολη η αντιμετώπιση τους και η ολική επίλυση τους, όμως η ανακούφιση, η πληροφόρηση, η συζήτηση και η διαβεβαίωση από ένα επαγγελματία υγείας βοηθάει την λεχιάδα να αισθανθεί καλύτερα (Trevelyan 1994).

2.2 Ψυχολογική παθολογία στη λοχεία

Ψυχολογία της λεχιάδας

Κατά τη λοχεία είναι φυσιολογικό να εμφανίζονται αλλαγές στη διάθεση της μητέρας. Η ανατροφή του παιδιού και η μετάβαση στη γονεϊκότητα είναι μια συχνή πηγή εμφάνισης άγχους. Επίσης, συχνή είναι και η ανησυχία της μητέρας για την εμφάνισή της. Όταν όμως επιμένει η εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων θα πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα παθολογίας (NHS Postnatal Depression).

Πρόσφατη έρευνα των Jelland και συν, (2010) θέλησε να μετρήσει τα ποσοστά γυναικών που εμφάνισαν άγχος, κατάθλιψη και ταυτόχρονη ύπαρξη των δυο προηγούμενων. Η έρευνα διεξήχθη με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων σε δείγμα 4.336 λεχιάδων στη Νότιο Αυστραλία και Βικτώρια, έξι μήνες μετά τον τοκετό. Το ποσοστό των λεχιάδων, που η ψυχολογία τους κρίθηκε πέρα από τα φυσιολογικά όρια της κλίμακας DASS-21, όσον αφορά το άγχος κυμαινόταν μόλις στο 12,7%, ως προς την κατάθλιψη στο 17,4% και σε συνύπαρξη και των δυο παραγόντων στο 8,1%. Σχεδόν το μισό δείγμα δήλωσε πως βίωσε εντόνως στρεσογόνα γεγονότα ή θέματα κοινωνικής υγείας μέσα στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, με το 38,3% να αναφέρει 1-2 τέτοια γεγονότα και το 8,8% παραπάνω από 3. Οι γυναίκες που αντιμετώπισαν παραπάνω από 3 ζητήματα κοινωνικής υγείας ήταν πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν άγχος της λοχείας ή κατάθλιψη ή σύγχρονη ύπαρξη του άγχους και της κατάθλιψης.

Για αυτόν ακριβώς το λόγο, οι μαίες και όλο το ιατρικό προσωπικό που περιθάλπει τη λεχιάδα θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις κοινωνικές περιστάσεις που βρίσκεται η λεχιάδα, τα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να συμβούν καθώς και την κατάσταση μεταξύ κοινωνικής και συναισθηματικής ισορροπίας. Η συντονισμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα κατά τη διάρκεια της λοχείας μπορεί να βοηθήσει στην καλή ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας. (Yelland et al, 2010).

Μελαγχολία της λοχείας

Η μελαγχολία ή η θλίψη στη λοχεία (maternity blues) θεωρείται ως φυσιολογική κατάσταση. Εμφανίζεται τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό και έχει διάρκεια μια με δύο ημέρες. Τα συμπτώματά της μπορεί να ποικίλλουν, αλλά συνήθως περιλαμβάνουν γρήγορες εναλλαγές της διάθεσης χωρίς προφανή αίτια. Οι γυναίκες συχνά απολογούνται για την συμπεριφορά τους. Ακόμη, οι γυναίκες μπορούν να διακρίνουν τη συναισθηματική κατάσταση του καταθλιπτικού επεισοδίου από τη φυσιολογική θλίψη, όπου δεν υπάρχει η αίσθηση ενός αγωνιώδους ψυχικού πόνου.

Η μαία θα τους επιβεβαιώσει ότι αυτή η συμπτωματολογία είναι φυσιολογική κατά τη μετάβαση στη μητρότητα, αλλά αν τα συμπτώματα επιμείνουν, θα πρέπει να εξετασθεί η πιθανότητα κατάθλιψης ή ψύχωσης της λοχείας (National Health Service, 2011).

Επιλόχεια κατάθλιψη

Η Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV).

Ο όρος «επιλόχεια κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στην περίοδο της λοχείας (Evins et al, 2000). Η κούραση, ο εκνευρισμός, οι διαταραχές συγκέντρωσης, η αδιαφορία για το νεογνό, οι παράλογες φοβίες, η απώλεια ευχαρίστησης, ο φόβος ότι θα βλάψει το νεογνό, η αυπνία, τα αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής και ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι συμπτώματα της κατάθλιψης (NHS Postnatal Depression).

Στην πιο ακραία εκδήλωση της κατάθλιψης, η λεχωίδα θα αισθάνεται ότι είναι επικίνδυνη η παρουσία της για το νεογνό και ότι αυτό ανά πάσα στιγμή θα πεθάνει, θα χάνει τον προσανατολισμό της και την αίσθηση του χώρου και του χρόνου, θα παρουσιάζει διπολική συμπεριφορά (NHS Depression).

Η εμφάνισή της δεν είναι σπάνια κατά τη λοχεία. Σύμφωνα με τις υπάρχουσες έρευνες, εμφανίζεται συχνά, μπορεί και στο 15% των λεχωίδων (Lavender et al, 1998, Sweet & Tiran, 2003, HTA, 2003). Τα αίτια της μπορεί να εντοπίζονται στο οικογενειακό ιστορικό της λεχωίδας, σε παλιά ψυχικά τραύματα, προηγούμενη αποβολή, επιπλοκές στην κύηση ή τη λοχεία, απουσία οικογενειακού στηρικτικού πλαισίου, απουσία κοινωνικού στηρικτικού πλαισίου, κακή σχέση με τη μητέρα της λεχωίδας, η ύπαρξη άλλων παιδιών κάτω των πέντε ετών, οι αρνητικές σκέψεις, και οι αλλαγές στη ζωή μετά τον τοκετό. Η εμφάνισή της μπορεί να καθυστερήσει και τρεις εβδομάδες από την έναρξη της λοχείας (NHS Postnatal Depression).

Σε αντίθεση με τις σημαντικές ερευνητικές πρωτοβουλίες που έχουν σχεδιαστεί για την κατάθλιψη, γενικά έχει εκτιμηθεί ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 10% μέχρι 53% των λεχωίδων (Μωραΐτου 2000).

Σε πρόσφατη έρευνα των Βιβιλάκη, Δαφέρμος, Κογεβίνας, Βίτσιος & Λιόνης σε δείγμα 120 ελληνίδων κατά τη διάρκεια της λοχείας, καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισε το 50% εκ των οποίων το 6,7% εμφάνισε κατάθλιψη σοβαρής μορφής, το 11,7% εμφάνισε κατάθλιψη μέτριας μορφής και το 31,7% εμφάνισε κατάθλιψη ελαφριάς μορφής (Vivilaki, Dafermos, Kogevinas, Bitsios & Lionis, 2009).

Η επιλόχεια κατάθλιψη συνήθως παραμένει αδιάγνωστη (McArthur et al, 2002). Αισθήματα αναξιοτήτας, ενοχής, και έλλειψη κινητοποίησης αποτρέπουν τα άτομα από το να ζητήσουν βοήθεια. Η επιλόχεια κατάθλιψη πολύ σπάνια είναι απειλητική για την ζωή της γυναίκας, όμως οι λεχωίδες δηλώνουν πολλά δυσμενή αποτελέσματα για την ποιότητα της ζωής τους (Saurel-Cubizolles et al 2000, Bick & MacArthur 1995, Trevalyan 1994, MacArthur et al 2002) και έχει συσχετιστεί η επιλόχεια κατάθλιψη με προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται στην λοχεία (Brown & Lumley 2000). Εκτός από τις συνέπειες που έχει η επιλόχεια κατάθλιψη για την ψυχολογία της μητέρας, έχει επιπτώσεις και στο νεογνό, με συχνότερη την ανασφάλεια του παιδιού αναφορικά με την σχέση τους στη ηλικία των 18 μηνών (HTA 2003, O'Hara & Swain 1996). Άλλες συνέπειες που έχουν βρεθεί, είναι η μειωμένη γνωστική ανάπτυξη στην ηλικία 4 ετών (ειδικά μεταξύ των αγοριών των κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερων μητέρων) και οι διαταραχές συμπεριφοράς σε ηλικία 5 ετών (Cooper et al 1988, Cox et al 1982, Kumar & Robson 1984, O'Hara & Swain 1996, HTA 2003). Η συμβουλευτική και η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, είναι σημαντική και αποτελεσματική, όμως το πρώτο βήμα είναι πάντα η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο (Ray & Hodnett 2000, Clement & Elliot 1999, MacArthur et al 2002).

Η θέση της μαίας είναι πολύ σημαντική, καθώς η πρόωμη διάγνωση, στήριξη και παραπομπή για θεραπεία είναι τα στοιχεία που θα κρίνουν την αντιμετώπισή της (McArthur et al, 2002, Ray et al, 2000 NHS, 2004). Η παρακολούθηση της γυναίκας από τη μαία κατ'οίκον για έξι και πλέον εβδομάδες σχετίζεται με περισσότερο ομαλή μετάβαση της γυναίκας στην περίοδο αυτή (Lavender et al, 1998, McArthur et al, 2002, Dennis, 2005). Επίσης δεν έχει βρεθεί αρνητική συσχέτιση με την πρόωμη έξοδο και κατ' οίκον παρακολούθηση (Brown et al, 2011). Τέλος, η συνέχιση της κατ' οίκον φροντίδας στην λοχεία από την κοινοτική μαία, πέραν των 6 εβδομάδων έχει σημαντικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των γυναικών, ενώ η επιλόχεια κατάθλιψη μειώνεται σημαντικά (Persson et al, 2011, MacArthur et al 2002, Lavender & Walkinshaw 1998, Mitchell & Doyle 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΩΙΜΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ

3.1. Ανασκόπηση ερευνών

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες υπάρχει έκδηλη η τάση παγκοσμίως για συντομότερη παραμονή της λεχωίδας και του νεογνού στο μαιευτήριο. Αυτή η ιδέα διαδόθηκε σε δημόσια και μη νοσοκομεία-μαιευτήρια και ενστερνίστηκε από πολλούς λόγω της επιτακτικής αναγκαιότητας τους για περικοπή των εξόδων και την παροχή όλο και πιο ελκυστικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση και την ποιότητα που αποτελούν πλέον επιτυχώς προτεραιότητες της φροντίδας υγείας. Ακόμη αξίζει να σημειωθεί ότι το μοντέλο της βραχείας νοσηλείας άρχισε να εφαρμόζεται γενικότερα σε πολλούς και διάφορους νοσηλευτικούς τομείς με καλά αποτελέσματα (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, Canadian Pediatric Society, 2009).

Ως συντομότερη παραμονή για τη λεχωίδα και το νεογνό στο μαιευτήριο ορίστηκε αυτή των 48 ωρών μετά τον τοκετό, η οποία αφορά κήσεις και αποκλειστικά φυσιολογικούς-κολπικούς τοκετούς χωρίς επιπλοκές και με σύγχρονη απουσία παθολογικών ευρημάτων (SCOG, CPS, 2009). Η έξοδος για τη μητέρα και το νεογνό με τη συμπλήρωση των 48 ωρών ξεκίνησε αρχικά ως πρωτοβουλία των οικογενειών, και δευτερογενώς, ως πρωτοβουλία των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

Σε ανασκόπηση της Cochrane (2002), εκτιμήθηκε η πρώιμη περιγεννητική έξοδος σε λεχωίδες και τελειόμηνα νεογνά. Οι συγγραφείς επανεξέτασαν 9 παράγοντες περιλαμβάνοντας το βαθμό υγείας της λεχωίδας και του νεογνού, την επιλόχειο κατάθλιψη, το άγχος της μετάβασης στη γονεϊκότητα, τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού και τα προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν, την ικανοποίηση της μητέρας και τις οικονομικές επιπτώσεις (National Institute of Clinical Excellence, 2002). Σε οχτώ δοκιμασίες με 3600 γυναίκες να πληρούν τα κριτήρια βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα.:

- Ο βαθμός επανεισαγωγής των γυναικών και των νεογνών ήταν μικρός και στατιστικά όμοιος με την προηγούμενη μελέτη.
- Η συναισθηματική κατάσταση των λεχωίδων αξιολογήθηκε θετικά αν και δεν χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένες έγκυρες μέθοδοι διάγνωσης της επιλόχειας κατάθλιψης.
- Οι γονείς φάνηκαν να έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση στη φροντίδα του νεογνού μετά από πρώιμη έξοδο.
- Οι γυναίκες που έλαβαν κατ' οίκον φροντίδα από μαία έδειξαν να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από αυτές που δεν έλαβαν την υπηρεσία μετά από πρώιμη έξοδο.
- Καμία αρνητική επίδραση της πρώιμης εξόδου δεν ανευρέθηκε σε καμία από τις αναθεωρήσεις (NICE, 2002).

Ανασκόπηση της Medline για την επίδραση της πρώιμης περιγεννητικής εξόδου (έξοδος από το μαιευτήριο πριν τις 48 ώρες μετά από φυσιολογικό/κολπικό τοκετό) στις επιπλοκές μητρικής και νεογνικής προέλευσης, στην ανησυχία της μητέρας, στην ικανοποίηση της μητέρας και στις οικονομικές επιπτώσεις, έδειξε παρόμοια αποτελέσματα με την παραπάνω (Grullon & Grimes 1997; Johnson et al, 1993).

Σε παρόμοια ανασκόπηση που έλαβε χώρα στον Καναδά (Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec, 1997) συμπεριλήφθηκε και η αξιολόγηση του κόστους, η οποία έδειξε πως τα έξοδα μπορούν να μειωθούν για το ζευγάρι σε περίπτωση που δεν υπάρχουν μητρικές ή νεογνικές επιπλοκές.

Σε σύνοψη ερευνών του SCOG & CPS (2009) φάνηκε πως οι μητέρες που διάλεξαν την πρώιμη έξοδο, έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν πολυτόκες, να ζητούν την υπηρεσία 24ωρης παραμονής με το παιδί τους στον ίδιο θάλαμο - "rooming in"- και να πιστεύουν περισσότερο στις προσωπικές τους ικανότητες για τη φροντίδα του νεογνού και του εαυτού τους σε σχέση με τις ικανότητες επαγγελματιών υγείας ή οικογενειακών προσώπων. Επίσης οι περισσότερες από αυτές είχαν πληροφορηθεί για τη δυνατότητα πρώιμης εξόδου από έντυπο υλικό και όχι τόσο από το προσωπικό του μαιευτηρίου. Ακόμη, η πρώιμη έξοδος σε συνδυασμό με κατ' οίκον παρακολούθηση επιβεβαιώνεται ως ασφαλής και αποτελεσματική πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης (SCOG, CPS, 2009) που είναι ικανή να προσφέρει πολλά ψυχολογικά οφέλη στις οικογένειες.

Στον Καναδά, παρόλο που η σύντομη παραμονή στο μαιευτήριο είναι συνηθισμένη πρακτική, οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί είναι περιορισμένου δείγματος και τα αποτελέσματά τους δεν μπορούν να γενικευθούν (Braveman et al, 1995). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (Committee on Fetus and Newborn, 1995) έχει δημοσιεύσει κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) για τη συγκεκριμένη παροχή μαιευτικής φροντίδας με σκοπό να τροποποιήσει τη νομοθεσία, ώστε οι ασφαλιστικοί φορείς να καλύπτουν πλήρως την παραμονή μητέρας-νεογνού στο νοσοκομείο για τις πρώτες 48 ώρες μετά από φυσιολογικό τοκετό και τις πρώτες 96 ώρες για τοκετό μετά από καισαρική τομή (AAP News, 1996).

Επιπρόσθετα, τα νεογνά που χρειάζεται να προσαρμοστούν στην εξωμήτριο ζωή μετά από φυσιολογικό-κολπικό τοκετό είναι πολύ λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα που απαιτούν νοσηλεία στο νοσοκομείο για πάνω από 3 ημέρες μετά τη γέννησή τους σε σχέση με νεογνά που χρειάστηκε να προσαρμοστούν μετά από καισαρική τομή (Britton et al, 1984). Οπότε ένα νεογνό μετά από φυσιολογικό-κολπικό τοκετό στη χειρότερη και όχι τόσο πιθανή περίπτωση, μπορεί να χρειαστεί περαιτέρω νοσηλεία από τις προβλεπόμενες 48 ώρες. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί η μητέρα να επιστρέψει στο σπίτι και να επανέρχεται κατά τις ώρες θηλασμού στα ειδικά διαμορφωμένα δωμάτια, ώστε να το επισκέπτεται και να το θηλάζει. Άλλοτε πάλι να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα από μαία κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση, όταν αυτό είναι δυνατό, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης.

Η σημασία της εξατομικευμένης αξιολόγησης και φροντίδας όσον αφορά την πρώιμη έξοδο και την κατ' οίκον παρακολούθηση πρέπει να τονίζεται και να εφαρμόζεται ανελλιπώς καθώς η επιτυχία του προγράμματος οφείλεται σε αυτές τις παραμέτρους (Britton et al, 1994). Γυναίκες που τους δόθηκε εξιτήριο πρώιμης εξόδου χωρίς τη θέλησή τους είναι πιο πιθανό να είναι δυσαρεστημένες και να έχουν περισσότερα προβλήματα από γυναίκες που πήραν εξιτήριο πρώιμης εξόδου εθελούσια (McLachlan et al, 2006). Συμπερασματικά, η θέληση της γυναίκας να εξέλθει πρώιμα από το μαιευτήριο, αποτελεί σημαντική συνιστώσα της ομαλής πορείας της υγείας στην ενότητα μητέρα-παιδί, και πρέπει να είναι προϋπόθεση για την πρώιμη έξοδό της.

Μετά από φυσιολογικό-κολπικό τοκετό και πρώιμη περιγεννητική έξοδο, οι γυναίκες φαίνεται να είναι λιγότερο πιθανό να έχουν προβλήματα που απαιτούν

επανεισαγωγή στο μαιευτήριο (περίπου 1,8 % για λοίμωξη). Ενώ για τα νεογνά ο πιο συνηθής λόγος επανεισαγωγής είναι ο νεογνικός ίκτερος (μέχρι και 10,9% με πιο σύνηθες το 2%-3%) (Conrad et al, 1989, Norr et al, 1987).

Σύμφωνα με Καναδικές βάσεις δεδομένων φαίνεται ότι συντελείται μείωση στις ημέρες παραμονής στο μαιευτήριο μετά τον τοκετό από μέση τιμή 4,5 ημέρες σε 2,7 ημέρες, χωρίς κατ' οίκον παρακολούθηση σχετίζεται με αυξημένη επανεισαγωγή στο νοσοκομείο ειδικά για υπερχολερυθριναιμία και αφυδάτωση. Από αυτά που επανεισάχθηκαν στα Νοσοκομεία, σημειώθηκαν τουλάχιστον δύο νεογνικοί θάνατοι (Lee et al, 1995). Η εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού θα μπορούσε πιθανόν να μειώσει την ανάγκη για επανεισαγωγή, καθώς η ανεπαρκής πρόσληψη του μητρικού γάλακτος είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αυξημένη εμφάνιση νεογνικού ίκτερου. Η εκπαίδευση και υποστήριξη των γυναικών που θηλάζουν είναι καταλυτική για την εδραίωση του μητρικού θηλασμού, και πιο συγκεκριμένα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, που από αυτόν προκύπτει και η θωράκιση της υγείας των νεογνών και των μητέρων τους, σε μεγάλο βαθμό σύγχρονα και μεταγενέστερα. Επιτυχημένα κέντρα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου παρέχουν οργανωμένα και συστηματικά εξωνοσοκομειακά προγράμματα φροντίδας υγείας με κοινοτική υποστήριξη (Conrad et al, 1989, Rush et al, 1993, Stern, 1991, Arnold et al, 1991, Zwergel et al, 1989, Norr et al 1989). Σύμφωνα με την αρχή της φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια και τη συνεχή διευκόλυνση-υποστήριξη του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού είναι σημαντικό η μητέρα και το νεογνό να παραμένουν μαζί ακόμη και όταν ένας εκ των δύο χρειαστεί επανεισαγωγή στο νοσοκομείο (Family-Centred Maternity and Newborn Care, 1987). Τα νοσοκομεία, ιδεωδώς, πρέπει να διασφαλίσουν ότι οι κανόνες εισαγωγής τους πρέπει να διευκολύνουν την πιθανή επανεισαγωγή νεογνών για τις πρώτες 7 τουλάχιστον ημέρες της ζωής τους. Αυτό μπορεί να απαιτεί τη δημιουργία εγκαταστάσεων σύντομης παραμονής για τις μητέρες που τα νεογνά τους χρειάστηκε να επανεισαχθούν.

Ένας άλλος παράγοντας που θα πρέπει να εξεταστεί είναι ο οικονομικός. Σε μελέτη των (Norr et al, 1989), λεχωίδες με χαμηλό εισόδημα που πήραν εξιτήριο μαζί με τα νεογνά τους τις πρώτες 24 με 47 ώρες μετά τον τοκετό, δεν έδειξαν αυξημένη μητρική ή νεογνική θνησιμότητα τις πρώτες 15 ημέρες μετά τον τοκετό σε σύγκριση με τις λεχωίδες που παρέμειναν κατά παράδοση τις 48-72 ώρες στο μαιευτήριο κατά την ίδια περίοδο. Χωρίς όμως να προκαλεί την έκπληξη, αξίζει να σημειωθεί ότι μητέρες που πήραν εξιτήριο χωρίς τα νεογνά τους είχαν περισσότερη ανησυχία και λιγότερη ικανοποίηση. Μητέρες που επέλεξαν την πρώιμη έξοδο (24 με 48 ώρες μετά τον τοκετό) αναφέρθηκε πως είχαν καλύτερη προσαρμογή στη λοχεία σε σχέση με γυναίκες που παρέμειναν στο νοσοκομείο για 5-7 ημέρες (James et al, 1987).

Παρά την αυξανόμενη επικράτηση των προγραμμάτων πρώιμης περιγεννητικής εξόδου, οι ελεγχόμενες μελέτες είναι σχετικά λίγες. (Μελέτες με πρώιμη έξοδο νεογνών χαμηλού βάρους δεν είναι σχετικές με τις κατευθυντήριες οδηγίες). Οι Waldenström et al, 1987 σε τυχαioποιημένη μελέτη κατέγραψε το πρόγραμμα πρώιμης εξόδου τις πρώτες 24-48 ώρες μετά τον τοκετό με ακόλουθη από κατ' οίκον παρακολούθηση από μαία σε σύγκριση με την παραδοσιακή παραμονή στο νοσοκομείο (6 ημέρες μετά τον τοκετό). Παρόλο που η μελέτη μπορεί να είχε σφάλμα προκατειλημμένης απάντησης, επειδή οι νοσηλευόμενοι έπρεπε να θέλουν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα πρώιμης εξόδου για να συμμετέχουν στη μελέτη αυτή, οι γονείς στο σύνολό τους δήλωσαν ότι είχαν πιο ευχάριστη εμπειρία με την πρώιμη περιγεννητική έξοδο. Επίσης βαθμολόγησαν την εμπειρία αυτή πιο υψηλά από ότι οι

γονείς που παρέμειναν στο κλασικό μοντέλο του νοσοκομείου. Άλλη έρευνα των Waldenström et al, 1987 δεν έδειξε διαφορά στη νεογνική θνησιμότητα και στα συνταγογραφούμενα φάρμακα στους πρώτους 6 μήνες μετά τον τοκετό στην ομάδα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και στην ομάδα παραδοσιακής νοσοκομειακής περίθαλψης.

Παρόμοια μελέτη από τους Carty and Bradley, 1990 έδειξε ότι η έξοδος της μητέρας και του νεογνού τις πρώτες 12-48 ώρες μετά τον τοκετό ήταν άμεσα συνδεδεμένη με αυξημένη μητρική ικανοποίηση και με θηλασμό χωρίς συμπλήρωμα. Ενώ καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε όσον αφορά τη μητρική και νεογνική θνησιμότητα, σημειώθηκε ότι το μέγεθος του πληθυσμού ήταν πολύ μικρό για να ανευρεθούν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα.

3.2 Κατευθυντήριες οδηγίες στην πρώιμη περιγεννητική έξοδο.

Η πρώιμη περιγεννητική έξοδος υγιών μητέρων και τελειόμηνων νεογνών πριν τις 48 πρώτες ώρες μετά τον τοκετό (συνήα στις 24 ώρες μετά τον τοκετό) προτείνεται και εφαρμόζεται σε πολλά μέρη του ανεπτυγμένου κόσμου κατά την τελευταία δεκαετία. Κοινά στοιχεία των θετικά αξιολογούμενων προγραμμάτων πρώιμης εξόδου περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (SCOG, CPS, 2009).:

- Φυσιολογικός κολπικός τοκετός με φυσιολογική μετάβαση στην εξωμήτριο ζωή για το νεογνό, αλλά και να μην υπάρχουν προβλήματα που απαιτούν επανεισαγωγή στο νοσοκομείο για τη μητέρα και το νεογνό.
- Επαρκή προετοιμασία της οικογένειας για την πρώιμη περιγεννητική έξοδο και διευκόλυνση στην πρόσβαση των κοινοτικών υπηρεσιών μετά τον τοκετό, που μπορεί να περιλαμβάνουν κατ' οίκον επισκέψεις από μαία και επιπλέον υπηρεσίες οικιακής μέριμνας όπου απαιτείται.
- Διευκόλυνση της επικοινωνίας μητέρας / νεογνού με το νοσοκομείο, με εξατομικευμένες αποφάσεις που περιλαμβάνουν και την πρώιμη έξοδο της μητέρας και του νεογνού.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του National Institute of Clinical Excellence (2011) όσον αφορά την προτιμώμενη διάρκεια παραμονής στο μαιευτήριο χαρακτηριστικά αναφέρουν πως:

- Σε συστηματική ανασκόπηση για την έξοδο από το μαιευτήριο, η ποιότητα των μελετών για τη διάρκεια παραμονής, φαίνεται πως είναι ανεπαρκής στο να δείξουν κάποια διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ της πρώιμης και της «συμβατικής» εξόδου, για υγιείς λεχωίδες και τελειόμηνα νεογνά.
- Σε μελέτη που διεξήχθη στη Σουηδία που περιλάμβανε φυσιολογικούς/κολπικούς τοκετούς και τοκετούς από καισαρική τομή, η έξοδος από το μαιευτήριο λεχωίδων που είχαν κυήσεις με απουσία παθολογίας, και τελικά γέννησαν κολπικά, η έξοδος από το μαιευτήριο μεταξύ πρώτων 24-48 ωρών μετά τον τοκετό, ήταν μια αποδοτική οικονομική προσέγγιση, σε σχέση με την έξοδο μετά από 4-5 ημέρες.
- Για την οικονομική αποδοτικότητα της εξόδου από το μαιευτήριο πριν τις 24 ώρες μετά τον τοκετό, δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία-επίσημα αποτελέσματα (evidence).

- Είναι αδύνατο να συγκριθούν τα οικονομικά οφέλη της περιγεννητικής εξόδου το πρώτο 24ωρο με οποιαδήποτε πιθανή «βλάβη», καθώς δεν υπάρχουν σαφείς καταμετρήσεις των επιπτώσεων λόγω της “healthy baby” προκατάληψης.

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την υποστήριξη της παραμονής της μητέρας και του νεογνού στο περιβάλλον του σπιτιού, ώστε να επικυρωθούν οι παραπάνω κατευθυντήριες οδηγίες. Η συλλογική ευθύνη εναποτίθεται στους ιατρούς, στις μαίες και στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διοικητικών υπαλλήλων και των φορέων χρηματοδότησης(πολιτικών), ώστε να διασφαλίσουν ότι η πρώιμη περιγεννητική έξοδος αφενός παρέχεται ως δυνατότητα στους πολίτες της χώρας και υλοποιείται με έναν ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο.

3.3. Προτάσεις- Συστάσεις

Με σκοπό την επιτυχία της πρώιμης εξόδου η οποία συνίσταται από απουσία επιπλοκών και παθολογικών ευρημάτων σε μητέρα και νεογνό, εδραίωση του μητρικού θηλασμού, ικανοποίηση και θετικά βιώματα, μειωμένο κόστος διατυπώθηκαν οι ακόλουθες προτάσεις, υπό το πρίσμα πάντοτε της εξατομικευμένης προσέγγισης (SCOG, CPS, 2009)..

1. Η φροντίδα της λεχωίδας και του νεογνού πρέπει να είναι εξατομικευμένη και επικεντρωμένη στην οικογένεια. Σε πολλούς μη επιπλεγμένους τοκετούς 12-48 ώρες παραμονής είναι επαρκείς, υπό την προϋπόθεση ότι η μητέρα και το νεογνό είναι καλά, η λεχωίδα μπορεί να φροντίσει τον εαυτό της και το νεογνό και φυσικά να υπάρχει μετέπειτα παρακολούθηση κατ’ οίκον από μαία. Σε απουσία αυτών των προϋποθέσεων θα πρέπει να δίνεται στη λεχωίδα η επιλογή να παραμείνει αυτή και το νεογνό στο νοσοκομείο για τουλάχιστον 48 ώρες μετά από έναν φυσιολογικό κολπικό τοκετό. Λεχωίδες με επιπλεγμένους τοκετούς, συμπεριλαμβανομένου της καισαρικής τομής, μπορεί να χρειαστεί μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο.
2. Σε πρώιμη έξοδο πριν τις 48 ώρες μετά τον τοκετό, οι κατευθυντήριες γραμμές στον Πίνακα 1 θα πρέπει να τηρούνται. Διαφορετικά νοσοκομεία μπορεί να αναγνωρίζουν διαφορετικά κριτήρια ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού και της περιοχής.
3. Όταν η πρώιμη έξοδος συμβαίνει πριν τις 48 ώρες μετά τον τοκετό, αυτή πρέπει να αποτελεί τμήμα ενός προγράμματος που διασφαλίζει τη συνεχή και κατάλληλη αξιολόγηση της λεχωίδας και του νεογνού. Η αξιολόγηση αυτή θα πρέπει να γίνεται από τον ιατρό ή τη μαία που έχουν εμπειρία στις υπηρεσίες φροντίδας της μητέρας και του νεογνού. Η προσωπική εκτίμηση του ειδικού επαγγελματία υγείας στο σπίτι είναι προτιμώμενη. Όταν η λεχωίδα πρέπει να μετακινηθεί κάθε φορά στην κλινική ή στο γραφείο του ιατρού ή της μαίας για να εξεταστεί, μπορεί η ελευθερία της αυτή να οδηγήσει σε ανεπαρκή παρακολούθηση αφενός, αφετέρου δε να δυσχεραίνει την καθημερινότητά της. Η κατ’ οίκον επίσκεψη δεν προορίζεται να αντικαταστήσει μια πλήρη αξιολόγηση από έναν ιατρό, αλλά θα πρέπει να επικεντρώνεται σε εκείνες τις πτυχές που απαιτούν έγκαιρη παρέμβαση (π.χ. διαταραχές διατροφής, ίκτερος, σημάδια φλεγμονής κ.α.). Στα προγράμματα αυτά θα πρέπει να

εξασφαλίζεται η διαθεσιμότητα της συνεχούς αξιολόγησης, ακόμη και στα σαββατοκύριακα ή στις αργίες ώστε να αξιολογούνται:

- Η σίτιση του νεογνού και η ενυδάτωση με την υποστήριξη της μητέρας για τη διατροφή του.
 - Το νεογνό για ίκτερο και άλλες ανωμαλίες που ενδέχεται να απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση ή / και την αξιολόγηση από έναν ιατρό, νωρίτερα από το αναμενόμενο.
 - Εάν έχουν ολοκληρωθεί οι δοκιμές προσυμπτωματικού ελέγχου ή και άλλης έρευνας όπως απαιτείται.
 - Η κατάσταση της μητέρας σε σχέση με τη φυσιολογική εξέλιξη της λοχείας.
 - Η ένταξη του νεογνού στην οικογένεια και το περιβάλλον του σπιτιού.
 - Σχέδια για τη μελλοντική συντήρηση της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της του προγραμματισμένου εμβολιασμού των παιδιών, αναγνώριση ασθένειας και περιοδικές αξιολογήσεις υγείας.
 - Ο σύνδεσμος της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες στήριξης της κοινότητας (π.χ. κοινωνικές υπηρεσίες, μαθήματα γονέων, συμβούλους θηλασμού) ανάλογα με τις ανάγκες.
4. Η προετοιμασία για έξοδο από το νοσοκομείο πρέπει να θεωρείται μέρος της κανονικής προγεννητικής εκπαίδευσης των εγκύων (και των οικογενειών τους), περιλαμβάνοντας πληροφορίες για τη σίτιση του νεογνού και για τον εντοπισμό νεογνικών προβλημάτων όπως η αφυδάτωση και ο ίκτερος. Αυτή η διαδικασία θα πρέπει να ενισχύεται κατά τη διάρκεια της σύντομης παραμονής στο νοσοκομείο.
 5. Τα νοσοκομεία με προγράμματα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου, θα πρέπει να συνεργαστούν με τις υπηρεσίες υγείας της κοινότητας, ώστε να ελέγχουν τα μητρικά και νεογνικά αποτελέσματα για να διασφαλιστεί ότι οι κατευθυντήριες γραμμές είναι κατάλληλες και χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά.
 6. Όταν απαιτείται επανεισαγωγή του νεογνού στο νοσοκομείο εντός επτά ημερών από τον τοκετό, το νεογνό, εάν είναι δυνατό, θα πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο της γέννησης με παροχή καταλύματος για τη μητέρα, ώστε να διατηρηθεί η δυαδική σχέση. Όταν απαιτείται επανεισαγωγή της μητέρας στο νοσοκομείο θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα το νεογνό να είναι μαζί της, ανάλογα βέβαια με την περίπτωση, όπου η υγεία του δεν τίθεται σε κίνδυνο.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι για να τηρηθεί το παραπάνω πρωτόκολλο απαιτούνται αντίστοιχα δομημένες υπηρεσίες υγείας και κοινοτικά δίκτυα άρτια συνδεδεμένα με αυτές ανά κοινότητα αναφοράς. Στην ελληνική πραγματικότητα, δεν μπορούν οι παραπάνω κατευθυντήριες οδηγίες να εφαρμοστούν με ακρίβεια, καθώς από το Εθνικό Σύστημα Υγείας τέτοιες υπηρεσίες. Στον πίνακα που ακολουθεί κατηγοριοποιούνται τα κριτήρια πρώιμης εξόδου και παρουσιάζονται συγκεντρωτικά(SCOG, CPS, 2009):

Πίνακας 1. Κριτήρια για έξοδο σε λιγότερο από 48 ώρες.	
Μητρικά	Νεογνικά
<p>ΣΚΟΠΟΣ: Για να διασφαλιστεί η ασφαλής έξοδος της μητέρας μετά τον τοκετό, θα πρέπει να πληρούνται βασικά κριτήρια και να διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για τη φροντίδα κατ' οίκον. Πριν από την έξοδο θα πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:</p>	<p>ΣΚΟΠΟΣ: Για να διασφαλιστεί η ασφαλής έξοδος του νεογνού μετά τον τοκετό, θα πρέπει να πληρούνται βασικά κριτήρια και να διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για τη φροντίδα κατ' οίκον. Το νεογνό θα πρέπει να είναι υγιές κατά την κλινική εξέταση του ιατρού και η μητέρα θα πρέπει να έχει δείξει εύλογη δυνατότητα να φροντίσει το νεογνό.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Κολπικός τοκετός • Η περιποίηση του περινέου πρέπει να έχει διασφαλιστεί • Να μην υπάρχουν επιπλοκές στον τοκετό ή μετά τον τοκετό που απαιτούν συνεχή ιατρική θεραπεία ή παρακολούθηση * • Η λεχωίδα να μπορεί να κινητοποιηθεί με επαρκή έλεγχο του πόνου • Η λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης να είναι ικανοποιητική • Να έχει χορηγηθεί η Rh ανοσοσφαιρίνη ή/ και ερυθράς εάν χρειάζεται • Να έχει αποδείξει η μητέρα ότι μπορεί να σιτίσει επιτυχώς το νεογνό, και αν θηλάζει ότι γίνεται καλή σύλληψη της θηλής και κατάποση. • Να έχει γίνει σχετική πληροφόρηση για την αντισύλληψη • Ο ιατρός ή η μαία που θα παρέχει τη συνεχιζόμενη παρακολούθηση να τον αναγνωρίζουν, και όποτε χρειαστεί, να μπορεί να ειδοποιηθεί • Η οικογένεια να είναι προσβάσιμη για την παρακολούθηση και η μητέρα να αναγνωρίζει την ανάγκη αυτή, και να είναι ενήμερη για το χρονοδιάγραμμα σε κάθε έλεγχο υγείας για το νεογνό ή για τον εαυτό της. • Αν το περιβάλλον του σπιτιού 	<ul style="list-style-type: none"> • Τελειόμηνα νεογνά (37-42 εβδομάδων) με βάρος που συμβαδίζει με την ηλικία κύησης • Φυσιολογική καρδιοαναπνευστική προσαρμογή στην εξωμήτριο ζωή • Καμία ένδειξη για σηψαιμία † • Σταθερή νεογνική θερμοκρασία (μασχαλιαία θερμοκρασία 36,1°C με 37 °C) • Χωρίς εμφανή προβλήματα σίτισης (τουλάχιστον δύο επιτυχημένες σιτίσεις να έχουν καταγραφεί) • Η φυσική εξέταση από τον ιατρό ή άλλο εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας εντός 12 ωρών πριν την έξοδο να δείχνει ότι δεν υπάρχει ανάγκη για πρόσθετη επιτήρηση ή / και θεραπεία στο νοσοκομείο • Το νεογνό να έχει ουρήσει • Να μην αιμορραγεί μετά από τουλάχιστον 2 ώρες μετά την περιτομή, εάν αυτή η επέμβαση έγινε. • Να έχει γίνει χορήγηση απαραίτητων φαρμάκων και ανοσοποίησης (π.χ. Ηπατίτιδα Β) • Να έχει γίνει μεταβολικός έλεγχος (>24 ώρες μετά τον τοκετό) ή να έχουν γίνει ικανοποιητικές ρυθμίσεις • Οι λεχωίδες να μπορούν να προσφέρουν νεογνική φροντίδα (π.χ. φροντίδα κολοβώματος ομφαλίου) και να αναγνωρίζει σημάδια αρρώστιας και άλλων

<p>(ασφάλεια, στέγη, υποστήριξη, επικοινωνία) δεν είναι επαρκής, θα πρέπει να έχουν ληφθεί μέτρα παροχής βοήθειας (π.χ. οικιακή βοήθεια, κοινωνική υπηρεσία)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η μητέρα θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει, να κατανοεί, και να μπορεί να έχει πρόσβαση στην κοινότητα και στις νοσοκομειακές πηγές υποστήριξης <p>*Οι λεχωίδες ΔΕ θα πρέπει να παίρνουν εξιτήριο αν δεν έχει σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους εάν είχαν:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σημαντική αιμορραγία μετά τον τοκετό ή συνεχιζόμενη αιμορραγία πέραν του φυσιολογικού • 38 °C θερμοκρασία (που η λήψη της έγινε τουλάχιστον 2 φορές με διαφορά μιας ώρας) κατά τη διάρκεια του τοκετού και μετά τον τοκετό • Άλλες επιπλοκές που απαιτούν συνεχή φροντίδα 	<p>νεογνικών προβλημάτων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να έχουν γίνει ρυθμίσεις για εκτίμηση της λεχωίδας και του νεογνού μέσα στις πρώτες 48 ώρες μετά τον τοκετό • Ο ιατρός ή η μαία που είναι υπεύθυνος για τη συνεχή περίθαλψη αναγνωρίζεται με τη διεξαγωγή ρυθμίσεων για παρακολούθηση εντός μιας εβδομάδας <p>†Βρέφη που απαιτείται διασωλήνωση ή τεχνητό αερισμό ή βρέφη με αυξημένο κίνδυνο για σηψαιμία θα πρέπει να παραμένουν στο νοσοκομείο για τουλάχιστον 24 ώρες</p>
--	---

Σύμφωνα με την American Academy of Pediatrics (1995) και Weekly & Neumann, (1997), τα κριτήρια της πρώιμης εξόδου εκτός από αυτά που αφορούν στη μητέρα και στο νεογνό υπάρχουν και τα γενικά κριτήρια τα οποία είναι εξίσου σημαντικά. Τα κριτήρια της πρώιμης εξόδου κατά αυτήν την κατάταξη παρουσιάζονται ως έχει:

A. Από τη μητέρα

Η μητέρα θα πρέπει να είχε μια κύηση και έναν κολπικό τοκετό χωρίς επιπλοκές, και η πορεία της λοχείας της να είναι φυσιολογική. Επίσης δεν θα πρέπει να υπάρχει στο ιστορικό της γυναίκας κάποια εμφανής πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων. Ακόμη θα πρέπει να έχει σταθεροποιημένη αρτηριακή πίεση και θερμοκρασία μέσα στα επιτρεπόμενα φυσιολογικά όρια, να περπατά χωρίς βοήθεια, να έχει αποβάλλει επαρκή ποσότητα ούρων χωρίς δυσκολία, και η αιμοσφαιρίνη της να είναι > 10g. Τέλος δε θα πρέπει να έχει κάποια σοβαρή κολπική αιμορραγία, να έχει ακέραιο περίνεο ή τίποτε περισσότερο από μια περινεοτομία δευτέρου βαθμού ή μια ρήξη που έχει αποκατασταθεί καθώς και σκληρή συνεσπασμένη μήτρα. Η μαία τότε θα παρέχει στη γυναίκα οδηγίες για αυτοφροντίδα.

B. Από το νεογνό

Το νεογνό θα πρέπει να είναι τελειόμηνο (38-42 εβδ.) με ανάλογο βάρος για την ηλικία κύησης και φυσιολογικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση. Η θερμοκρασία, οι αναπνοές και η καρδιακή συχνότητα θα πρέπει να βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά όρια και να είναι σταθεροποιημένα για τουλάχιστον 12 ώρες πριν από την έξοδο. Ακόμη θα πρέπει να έχουν επιτευχθεί δύο σιτίσεις (με μητρικό θηλασμό και κατάποση), και μία τουλάχιστον ούρηση και κένωση. Επίσης το νεογνό δε θα πρέπει να εμφανίσει σοβαρό ίκτερο κατά τις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό, όπως και να μην εμφανίσει υπερβολική αιμορραγία εάν γίνει περιτομή για τουλάχιστον 2 ώρες. Απαραίτητα θα πρέπει να διεξαχθούν δοκιμασίες προσυμπτωματικού ελέγχου διαλογής σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία, δοκιμασίες που πρέπει να επαναληφθούν στις επισκέψεις παρακολούθησης εάν έγιναν πριν τη συμπλήρωση ενός 24ώρου από τη γέννηση του νεογνού. Θα πρέπει επίσης να γίνει ο πρώτος εμβολιασμός για Ηπατίτιδα Β ή προγραμματισμός του εμβολίου για την πρώτη επίσκεψη παρακολούθησης. Τέλος θα πρέπει να γίνει επανεξέταση των εργαστηριακών αποτελεσμάτων για σύφιλη και Ηπατίτιδα Β της μητέρας, αποτελέσματα ελέγχων για ομάδα αίματος νεογνού ή λώρου και δοκιμασίας Coombs εάν ενδείκνυται.

Γ. Γενικά Κριτήρια αποτελούν:

- Η απουσία κοινωνικών, οικογενειακών ή περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου.
- Η διαθεσιμότητα οικογένειας ή υποστηρικτικού προσώπου για τη βοήθεια της μητέρας και του νεογέννητου στο σπίτι.
- Η προγραμματισμένη επίσκεψη παρακολούθησης μέσα σε μια βδομάδα εάν η έξοδος πραγματοποιήθηκε πριν συμπληρωθούν 48 ώρες από τον τοκετό.
- Η τεκμηρίωση των δεξιοτήτων της μητέρας στη σίτιση (θηλασμός ή τεχνητή σίτιση), φροντίδα κολοβώματος ομφαλίου λώρου και περινέου, ασφάλεια του νεογνού (κάθισμα αυτοκινήτου, θέσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου) και αναγνώριση παθολογικών σημείων και συνηθισμένων προβλημάτων του νεογνού.

3.4. Κλινική εξέταση πριν από το εξιτήριο και οδηγίες

Η κλινική εξέταση της λεχωίδας περιλαμβάνει, εκτίμηση της γενικής κλινικής κατάστασης της λεχωίδας, εξέταση του στήθους, της κοιλιακής της χώρας, της τομής της, των λόχειων, των κάτω άκρων, των ζωτικών σημείων. Πρέπει να ελεγχθούν πριν τα εξιτήριο, ο βαθμός της παλινδρόμησης της μήτρας και πιθανά ευαίσθητα σημεία, αλλά και να γίνει ψηλάφηση των κνημών και των μηρών για να αποκλισθεί πιθανή θρομβοφλεβίτιδα. Πρέπει να εξετασθεί το σημείο της περινεοτομής για να διαπιστωθεί η ικανοποιητική επούλωσή της. Επίσης είναι απαραίτητο να δρομολογηθούν και να εκτιμηθούν εργαστηριακοί δείκτες όπως αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, λευκά αιμοσφαίρια κ.α. Η κολπική εξέταση δεν είναι απαραίτητη εκτός και αν η λεχωίδα αναφέρει κάποιο ασυνήθιστο σύμπτωμα από την πύελο. Πρέπει να είναι σαφές ότι η λεχωίδα μπορεί και ουρεί φυσιολογικά, ότι ο αερισμός και η κινητοποίηση του εντέρου έχουν συμβεί, και ότι είναι έτοιμη από άποψη φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης να αναλάβει τις νέες της ευθύνες στο σπίτι.

Η λεχωίδα θα χρειαστεί κάποιες συμβουλές σχετικά με τις δραστηριότητές της, όταν επιστρέψει στο σπίτι. Η υγιεινή είναι, ουσιαστικά, η ίδια με εκείνη που απαιτείται και στο νοσοκομείο, με προτεραιότητα στην καθαριότητα. Βέβαια το περιβάλλον του Νοσοκομείου θεωρείται περισσότερο επικίνδυνο για λοιμώξεις από το σπίτι, εφόσον η συρροή του κόσμου σε αυτό είναι μεγάλη, και είναι ένα περιβάλλον, όπου η έκθεση σε μολυσματικά υγρά-παράγοντες και η ταυτόχρονη αθρόα χρήση αντιβιοτικών, ενισχύουν την ανάπτυξη και μετάδοση λοιμώξεων.

Η λεχωίδα πρέπει να αναπαύεται τουλάχιστον για δύο ώρες στη διάρκεια της ημέρας και οι συνήθειες δραστηριότητές της, που αφορούν το νοικοκυριό, πρέπει να περιορισθούν. Οι δραστηριότητες, η άσκηση και η επιστροφή της στη δουλειά πρέπει να εξατομικευθούν. Η νόμιμη αναρρωτική άδεια μετά τον τοκετό διαρκεί έξι εβδομάδες. Διάφορες μορφές κοινωνικής υποστήριξης είναι πολύ σημαντικές για τις μητέρες, ειδικά για εκείνες που εργάζονται έξω από το σπίτι χρειάζονται διαθέσιμοι και υψηλής ποιότητας βρεφονηπιακοί σταθμοί, γονικές άδειες τόσο για τις μητέρες όσο και για τους πατέρες και υποστήριξη από το χώρο εργασίας με τη μορφή ευέλικτου ωραρίου, της ευκαιρίας να θηλάσει η μητέρα, του βρεφονηπιακού σταθμού στο χώρο εργασίας και της φροντίδας για τα άρρωστα παιδιά. Η λεχωίδα που επισκεπτόταν συχνά το γυναικολόγο της στη διάρκεια της κύησης μπορεί να αισθανθεί αποκομμένη από τον ιατρό στη διάρκεια του διαστήματος που παρεμβάλλεται μεταξύ του εξιτηρίου και της πρώτης επίσκεψης της λοχείας. Θα αισθανθεί ασφάλεια στη διάρκεια αυτής της περιόδου, αν λάβει την κατ' οίκον παρακολούθηση από τη μαία και τις κατάλληλες οδηγίες σχετικά με το τι επιτρέπεται να κάνει και το τι να περιμένει όταν επιστρέψει στο σπίτι. Πρέπει να ελέγχει τη θερμοκρασία της δύο φορές την ημέρα και να ειδοποιήσει τον ιατρό ή τη μαία σε περίπτωση πυρετού, κολπικής αιμόρροιας ή οσφυαλγίας. Την ώρα του εξιτηρίου η λεχωίδα πρέπει να ενημερωθεί ότι θα παρατηρήσει μια ποσότητα λοχιών που επιμένει, αλλά συνεχώς ελαττώνεται και αυτό θα διαρκέσει περίπου τρεις εβδομάδες και πιθανόν για ένα σύντομο χρονικό διάστημα στη διάρκεια της 4^{ης} ή 5^{ης} εβδομάδας μετά τον τοκετό.

3.5 Οδηγίες για τη λοχεία και την αντιμετώπιση προβλημάτων

Έξοδος στην πρόωμη λοχεία

Οι περισσότερες λεχωίδες χρειάζεται να παραμείνουν στο νοσοκομείο για 2-4 ημέρες μετά τον τοκετό. Μόνο το 3% των γυναικών που έχουν γεννήσει με κολπικό τοκετό θα εμφανίσουν κάποια επιπλοκή σχετιζόμενη με τον τοκετό που απαιτεί παρατεταμένη νοσηλεία ή επανεισαγωγή. Παρόλο που στη διάρκεια της λοχείας παρατηρείται συμπτωματική νοσηρότητα (πόνος στο περίνεο, δυσκολίες στο θηλασμό, ουρολοιμώξεις, ακράτεια ούρων και κοπράνων και κεφαλαλγία), οι περισσότερες γυναίκες μπορούν με ασφάλεια σήμερα να επιστρέψουν εντός δυο ημερών στο σπίτι τους μετά από φυσιολογικό τοκετό. Αυτό είναι καλό να γίνει, εφόσον έχει προηγηθεί σωστή εκπαίδευση και έχουν δοθεί οι ανάλογες οδηγίες, αν η μητέρα έχει αυτοπεποίθηση σχετικά με τη φροντίδα και τη διατροφή του νεογνού και, φυσικά, εφόσον υπάρχει επαρκής υποστήριξη στο σπίτι. Η αυτοπεποίθηση της μητέρας, όπως έχει ήδη υπογραμμισθεί, εξαρτάται άμεσα από την υποστήριξη του ιατρικού-μαιευτικού προσωπικού και της οικογένειάς της και από τις ικανότητες που η ίδια αναπτύσσει, όταν έχει εξασφαλιστεί η υγεία της και η υγεία του νεογνού. Αυτοί οι παράγοντες, ωστόσο, επηρεάζονται από το αν αντιμετωπίζεται η κάθε γυναίκα

εξατομικευμένα, από το αν δίνονται συνεχώς σχετικές πληροφορίες και ενισχυτικά μηνύματα σε αυτήν, από το αν έχει προετοιμαστεί η γυναίκα για την άμεση και πρώιμη λοχεία- η προετοιμασία της γυναίκας αποτελεί τη Λυδία λίθο για την επιτυχία έκβαση της πορείας της στο σπίτι-. Επίσης από το αν γνωρίζει σε ποιον να απευθυνθεί για τις απορίες της ή τα τυχόν προβλήματα που θα αντιμετωπίσει, από το αν υπάρχει σύντροφος/ σύζυγος ή κάποιο υποστηρικτικό πρόσωπο, από το αν υπάρχουν διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι, από το αν έχει διασφαλιστεί η υγεία τη και φυσικά αν έχει ήδη σχεδιαστεί παρακολούθηση του νεογέννητου στο σπίτι για τη διασφάλιση της υγείας του (Persson et al, 2011).Εξιτήριο σε χρονικό διάστημα μικρότερο από αυτό των 2 24ώρων είναι αποδεκτό, σε ορισμένες μητέρες και νεογνά που εξέρχονται μετά από φυσιολογικό τοκετό χωρίς επιπλοκές. Πρέπει να πληρούνται τα απαραίτητα κριτήρια για το εξιτήριο και να παρέχεται φροντίδα για τη συνέχεια. Η ιδανική φροντίδα περιλαμβάνει επισκέψεις μαίας στο σπίτι, μέχρι την τέταρτη ημέρα της λοχείας. Τα μειονεκτήματα της σύντομης εξόδου από το νοσοκομείο είναι οι αυξημένοι κίνδυνοι επανεισαγωγής και νοσηλείας ορισμένων νεογνών που πάσχουν από υπερχολερυθριναιμία και νεογνική λοίμωξη (π.χ. από στρεπτόκοκκο ομάδας B) (Persson et al, 2011).

Δραστηριότητες και ανάπαυση

Η πολιτική της έγκαιρης κινητοποίησης μετά τον τοκετό ωφελεί την λεχωίδα. Η έγκαιρη κινητοποίηση της δίνει την αίσθηση ότι είναι υγιής, επιταχύνει την παλινδρόμηση της μήτρας, βελτιώνει την παροχέτευση των λοχείων και ελαττώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας στη λοχεία. Εφόσον ο τοκετός ήταν χωρίς επιπλοκές, η λεχωίδα μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι, μόλις αισθανθεί ότι είναι ικανή. Έγκαιρη κινητοποίηση δεν σημαίνει άμεση επιστροφή στη φυσιολογική δραστηριότητα ή στην εργασία. Συνήθως οι μητέρες παραπονούνται για λήθαργο και κόπωση. Συνεπώς, η ανάπαυση είναι απαραίτητη μετά τον τοκετό και οι απαιτήσεις από τη μητέρα πρέπει να είναι περιορισμένες, έτσι ώστε να της αφήσουν αρκετό χρόνο για ανάπαυση και προσαρμογή στις νέες της ευθύνες. Η γυναίκα είναι καλό να ακολουθεί το πρόγραμμα του νεογέννητου. Γι'αυτό λόγο αυτό εάν είναι δυνατόν υποστηρίζεται η παρουσία ατόμου που μπορεί να αναλάβει την φροντίδα του νεογνού ή και του σπιτιού συμπληρωματικά. Ο θεσμός της doula έχει σχετισθεί θετικά με την υποστήριξη και την ικανοποίηση των γυναικών. Η doula είναι γυναίκα που μπορεί να παρίσταται στον τοκετό και να υποστηρίζει τη γυναίκα και μετά να τη βοηθά στο σπίτι. Όταν αυτό κοιμάται να ξεκουράζεται και αυτή, ακόμη και κατά τη διάρκεια της ημέρας. Βοηθά πολύ τη μητέρα η εξασφάλιση ορισμένων ωρών κάθε ημέρα για ανάπαυση. Πολλές μητέρες δεν κοιμούνται καλά για πολλές νύχτες μετά τον τοκετό και είναι εκπληκτικό πόσο μεγάλο μέρος της ημέρας καταλαμβάνεται από τη φροντίδα του νεογέννητου.

Σε μη επιπλεγμένους τοκετούς, η μητέρα μπορεί να αναλάβει πιο έντονη δραστηριότητα, όπως ανάβαση σκαλοπατιών, άρση βαρέων αντικειμένων, οδήγηση ή ταξίδι με αυτοκίνητο και ασκήσεις τόνωσης των μυών, χωρίς καθυστέρηση. Οι ειδικές οδηγίες πρέπει να εξατομικεύονται. Οι πρόσφατες από το Αμερικάνικο Κολέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων υποστηρίζουν τη σταδιακή επιστροφή στη σωματική άσκηση, όταν αυτό είναι ασφαλές από ιατρική άποψη, αφού μπορεί να έχει ατονήσει ο οργανισμός στη διάρκεια της κύησης. Καμία γνωστή μητρική επιπλοκή δεν σχετίζεται με σωματική δραστηριότητα, ακόμη και στις γυναίκες εκείνες που επιλέγουν να επιστρέψουν σε αυτήν σε διάστημα λίγων ημερών. Η άσκηση στη

διάρκεια της λοχείας δεν επηρεάζει το θηλασμό και την πρόσληψη βάρους του νεογνού. Αντίθετα, μπορεί να ωφελεί ελαττώνοντας τα επίπεδα του άγχους και τη συχνότητα κατάθλιψης της λοχείας (Μαμόπουλος & Δαυίδ Χ. Ρούσσο, 2011).

Σεξουαλική δραστηριότητα στη διάρκεια της λοχείας

Η επιστροφή στη φυσιολογική, προ της κύησης, σεξουαλική συμπεριφορά και δραστηριότητα καθυστερεί μετά τον τοκετό. Παρόλα αυτά, είναι ασφαλές η δραστηριότητα αυτή να ξεκινήσει όταν η γυναίκα δεν παραπονείται για πόνο στο περίνεο και έχει ελαττωθεί η αιμορραγία. Παρόλο που ο μέσος χρόνος επανάληψης της σεξουαλικής επαφής μετά τον τοκετό είναι έξι εβδομάδες και η φυσιολογική σεξουαλική συμπεριφορά εμφανίζεται περίπου στις δώδεκα εβδομάδες, τόσο η σεξουαλική διάθεση όσο και η δραστηριότητα ποικίλλουν πάρα πολύ μεταξύ των γυναικών. Οι περισσότερες γυναίκες αναφέρουν ελάχιστη ή και καθόλου σεξουαλική διάθεση κατά τη διάρκεια της πρώιμης λοχείας και το αποδίδουν αυτό στην κόπωση, στην αδυναμία, στον πόνο κατά τη διείσδυση, στη δύσσομη κολπική έκκριση ή στο φόβο τραυματισμού. Σχεδόν το 50% των γυναικών αναφέρουν επιστροφή στη σεξουαλική δραστηριότητα 2-3 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Παρά την ύπαρξη ελάχιστης διάθεσης σε ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, σχεδόν όλες αναφέρουν σεξουαλική επαφή 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Περίπου το 20% των γυναικών δεν αναφέρουν καμία επιθυμία για σεξουαλική δραστηριότητα μέχρι και τρεις μήνες μετά τον τοκετό, ενώ ένα επιπλέον 21% φθάνει να χάσει τελείως αυτή τη διάθεση ή και να εμφανίσει αποστροφή. Η ποικιλία, όσον αφορά τον βαθμό της σεξουαλικής επιθυμίας, εξαρτάται από το σημείο και την κατάσταση του τραύματος του περινέου ή του κόλπου, την επιστροφή της λίμπιντο και την κολπική ατροφία, που είναι αποτέλεσμα του θηλασμού. Οι γυναίκες που θηλάζουν, παρόλα αυτά, αναφέρουν αυξημένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, σε σύγκριση με αυτές που δεν θηλάζουν.

Η συζήτηση σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα είναι καλό να διεξάγεται πριν την έξοδο της μητέρας από το Νοσοκομείο. Καλό είναι να προηγηθεί συζήτηση για τις φυσιολογικές μεταβολές επί του σεξουαλικού ενδιαφέροντος που συμβαίνουν στη διάρκεια της λοχείας, καθώς και προτάσεις για σεξουαλικές δραστηριότητες που δεν περιλαμβάνουν τη συνουσία, αλλά επιτείνουν την έκφραση της αμοιβαίας ικανοποίησης και αγάπης. Πρέπει να τονισθεί η σημασία του ύπνου και της ανάπαυσης και ο ρόλος του συντρόφου στη συναισθηματική και φυσική στήριξη. Αν η έκκριση γάλακτος στη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής απασχολεί τη μητέρα, τότε μπορεί να βοηθήσει ο θηλασμός του βρέφους πριν από αυτήν. Γενικά, οι σεξουαλικές σχέσεις μπορούν να ξεκινήσουν περίπου την τρίτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, εφόσον υπάρχει επιθυμία. Ένα υδατοδιαλυτό λιπαντικό ή μια κολπική κρέμα οιστρογόνων βοηθά τις μητέρες που θηλάζουν και παρουσιάζουν αμηνόρροια και στις οποίες μπορεί να εμφανισθεί ατροφία του κόλπου, συνήθως λόγω των χαμηλών επιπέδων οιστρογόνων. Οι λεχαιίδες πρέπει να ενημερωθούν ότι περίπου το 50% των γυναικών που αναφέρουν συνουσία μέχρι την έκτη εβδομάδα θα βιώσουν δυσπαρεύνια, η οποία μπορεί να διαρκέσει μέχρι και έναν χρόνο. Η δυσπαρεύνια, επίσης, εμφανίζεται σε γυναίκες μετά από καισαρική τομή και σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά από το στόμα και δεν θηλάζουν (Μαμόπουλος & Δαυίδ Χ. Ρούσσο, 2011).

Διατροφή

Η φυσιολογική διατροφή επιτρέπεται μόλις η λεχωίδα ξαναβρεί την όρεξή της και δεν ενοχλείται από τις παρενέργειες των αναλγητικών και των αναισθητικών. Συνιστώνται τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, φρούτα, λαχανικά, γαλακτοκομικά και αυξημένη πρόσληψη υγρών, ειδικά σε μητέρες που θηλάζουν. Παρόλα αυτά, ακόμη και οι γυναίκες που θηλάζουν δεν χρειάζονται περισσότερες από 2.600-2.800 θερμίδες την ημέρα. Δεν είναι λάθος να συστήσει κανείς τη συνέχεια καθημερινής λήψης συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων στη διάρκεια της πρώιμης λοχείας. Πραγματικά, η πρόωρη σίτιση, όταν είναι ανεκτή από την λεχωίδα, έχει αποδειχθεί ότι είναι ασφαλής και ότι διευκολύνει την ταχεία επιστροφή της στη φυσιολογική δίαιτα και λειτουργία του εντέρου (Μαμόπουλος & Δαυίδ Χ. Ρούσσο, 2011).

Φροντίδα της ουροδόχου κύστης

Οι περισσότερες γυναίκες αδειάζουν την κύστη ή καθετηριάζονται στη διάρκεια του τοκετού. Ακόμη κι έτσι, όμως, μπορεί να εμφανισθεί σημαντική διάταση της κύστης τις πρώτες 12 ώρες. Ο παρατεταμένος και δύσκολος τοκετός ή η χρήση εμβρυουλκών μπορεί να τραυματίσει τη βάση της κύστης και να εμποδίσει τη φυσιολογική κένωσή της. Σε μερικές περιπτώσεις η υπερδιάταση της κύστης μπορεί να σχετίζεται με τον πόνο ή τη ραχιαία αναισθησία. Η εκσεσημασμένη πολυουρία, που παρατηρείται τις πρώτες ημέρες της λοχείας, προκαλεί την πλήρωση της κύστης σε μικρό χρονικό διάστημα (Μαμόπουλος & Δαυίδ Χ. Ρούσσο, 2011).

Λειτουργία του εντέρου

Η εγκυμοσύνη σχετίζεται με ταχύτερη κένωση του στομάχου, αλλά η γαστρεντερική κινητικότητα συνήθως επιβραδύνεται μετά τον τοκετό. Ο ήπιος ειλεός, που συνοδεύει τον τοκετό μαζί με τον πόνο του περινέου και την απώλεια υγρών από άλλες οδούς, προδιαθέτει στην εμφάνιση δυσκοιλιότητας στη διάρκεια της λοχείας. Η απόφραξη του κόλου από τη μήτρα που βρίσκεται σε οπίσθια κλίση και κάμψη είναι μια σπάνια επιπλοκή της λοχείας. Αν έγινε υποκλυσμός πριν από τον τοκετό, τότε δεν είναι πιθανόν η λεχωίδα να εμφανίσει για 1-2 ημέρες μετά απ' αυτόν. Χορήγηση από το στόμα 15-20 ml γάλακτος μαγνησίας το βράδυ της δεύτερης ημέρας της λοχείας συνήθως προκαλεί την εμφάνιση κένωσης μέχρι το επόμενο πρωινό. Αν δεν συμβεί κάτι τέτοιο, μπορεί να χορηγηθεί ένα υπόθετο, όπως bisacodyl, ή ένα μικρό κλύσμα με νερό βρύσης ή ελαιώδες διάλυμα. Όταν η δίαιτα περιέχει αρκετές ίνες, απαιτείται ηπιότερος ερεθισμός του εντέρου. Τα φάρμακα που μαλακώνουν τα κόπρανα, όπως το dioctyl sodium sulfosuccinate, μπορεί να διευκολύνουν τις πρώτες κενώσεις. Ο πόνος από τις αιμορροΐδες είναι ένα συνηθισμένο παράπονο των λεχωίδων και συνήθως αντιμετωπίζεται συντηρητικά με επιθέματα, υπόθετα που περιέχουν κορτικοστεροειδή, τοπικά αναισθητικά σπρέι και λουτρά κάτω από τη μέση. Σπάνια απαιτείται η χειρουργική αντιμετώπιση των αιμορροΐδων στη διάρκεια της λοχείας, εκτός και αν υπάρχει εκτεταμένη θρόμβωση.

Ο επεμβατικός κολπικός τοκετός και τα τραύματα που περιλαμβάνουν το σφιγκτήρα του πρωκτού αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανίσει η γυναίκα ανεπάρκεια κοπράνων. Παρόλα αυτά, το 5% περίπου των εγκύων παρουσιάζουν κάποιου βαθμού ανεπάρκεια κοπράνων στη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό. Τα παράπονα γι' αυτό το πρόβλημα συνήθως διατυπώνονται καθυστερημένα λόγω συστολής. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι παροδικές, πλην όμως, περιπτώσεις όπου το πρόβλημα επιμένει για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών απαιτούν διερεύνηση και πιθανόν θεραπεία (Μαμόπουλος & Δαβίδ Χ. Ρούσσοσ, 2011).

Μπάνιο

Μόλις η λεχωίδα μπορεί να κινηθεί, μπορεί να κάνει ένα ντους. Λουτρά κάτω από τη μέση ή μπάνια σε μπανιέρα είναι πιθανώς ασφαλή εφόσον γίνονται σε καθαρό περιβάλλον, επειδή το νερό του μπάνιου δεν μπαίνει στον κόλπο, εκτός και αν υπάρχει εσκεμμένη εισαγωγή. Οι περισσότερες λεχωίδες προτιμούν τα ντους από τα μπάνια λόγω της εκσεσημασμένης ροής των λοχιών αμέσως μετά τον τοκετό. Παρόλα αυτά, τα λουτρά κάτω από τη μέση μπορεί να ανακουφίζουν τον πόνο του περινέου. Οι κολπικές πλύσεις αντενδείκνυνται στη διάρκεια της πρώιμης λοχείας. Ταμπόν μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν η λεχωίδα αισθάνεται άνετα με αυτά. Παρόλα αυτά, η χρήση τους πρέπει να περιορισθεί στη διάρκεια της ημέρας, προκειμένου να αποφευχθεί η πολύωρη χρήση τους ή η αναπόφευκτη ολοκληρωτική εισδοχή τους στον κόλπο (Μαμόπουλος & Δαβίδ Χ. Ρούσσοσ, 2011).

Φροντίδα του περινέου

Η φροντίδα του περινέου μετά τον τοκετό, ακόμη και σε λεχωίδες που είχαν μη επιπλεγμένο τοκετό και τραυματισμό ή περινεοτομή που διορθώθηκε ικανοποιητικά, δεν απαιτεί συνήθως τίποτα περισσότερο από τη συνηθισμένη καθαριότητα με μπάνιο ή ντους και παυσίπονα.

Αμέσως μετά τον τοκετό, η επίθεση κρύων επιθεμάτων (συνήθως πάγου) στο περίνεο ελαττώνει το οίδημα και τον πόνο από τον τραυματισμό. Η περιοχή του περινέου πρέπει να καθαρίζεται με απαλές κινήσεις και με τη χρήση ενός απλού σαπουνιού τουλάχιστον 1-2 φορές την ημέρα και μετά από την ούρηση ή την κένωση του εντέρου. Εφόσον το περίνεο διατηρείται καθαρό, η ίαση του τραύματος επέρχεται πολύ γρήγορα. Τα κρύα ή παγωμένα λουτρά κάτω από τη μέση μπορεί να προσφέρουν μεγαλύτερη ανακούφιση του πόνου του περινέου, σε ορισμένες λεχωίδες, σε σύγκριση με τα θερμά λουτρά κάτω από τη μέση. Η λεχωίδα πρέπει να μπει σε μπανιέρα με χλιαρό νερό, όπου έχουν προστεθεί κομμάτια πάγου πριν από 20-30 λεπτά. Το κρύο βοηθά στην ανακούφιση του πόνου ανεβάζοντας τον ουδό διέγερσης των νευρικών απολήξεων, ελαττώνοντας την αγωγιμότητα των νεύρων και προκαλώντας τοπικά αγγειοσύσπαση που ελαττώνει το οίδημα, εμποδίζει το σχηματισμό αιματώματος και περιορίζει τη διεγερσιμότητα και το σπασμό των μυών. Ο πόνος από την περινεοτομή ελέγχεται εύκολα με τη χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, τα οποία φαίνεται να υπερέχουν της ακεταμινοφαίνης ή της προποξυφαίνης.

Η περινεοτομή ή οι συρραφείσες ρήξεις του περινέου πρέπει να ελέγχονται καθημερινά. Η λεχωίδα με μέση-πλάγια περινεοτομή, με τραύμα 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού ή επέκτασή του ή με εκτεταμένες εκχυμώσεις ή οίδημα μπορεί να υποφέρει από σημαντικό πόνο στο περίνεο. Στις περιπτώσεις εκείνες που η λεχωίδα αναφέρει κάποιο επίμονο ή ασυνήθιστο πόνο πρέπει να εξετάζεται από τον κόλπο ή και από το ορθό, προκειμένου να αναγνωρισθεί η ύπαρξη αιματώματος, επιμόλυνσης του περινέου ή κάποιων δυνητικά επικίνδυνων για τη ζωή καταστάσεων, όπως το αγγειακό οίδημα, η νεκρωτική περιτονίτιδα ή η κυτταρίτιδα του περινέου. Οι περινεοτομές σπάνια μολύνονται, κάτι ιδιαίτερα περίεργο αν σκεφτεί κανείς τη δυσκολία της αποφυγής επιμόλυνσης της συγκεκριμένης περιοχής. Σε τέτοια περίπτωση, όμως, συνήθως αρκούν, για την αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής, η τοπική εφαρμογή θερμότητας και η παροχέτευση και πλύση. Είναι πιθανόν να χρειασθεί η χορήγηση της κατάλληλης αντιβίωσης, αν δεν παρατηρηθεί άμεση απάντηση σε αυτά τα μέτρα. Σε σπάνιες περιπτώσεις πρέπει να γίνει ευρεία διάνοιξη του τραύματος και αφαίρεση των ραμμάτων, προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποιητική παροχέτευση (Μαμόπουλος & Δαυίδ Χ. Ρούσσο, 2011).

Μητροσυσπαστικοί παράγοντες

Η προφυλακτική χορήγηση οξυτοκίνης μετά το δεύτερο στάδιο του τοκετού ή μετά την έξοδο του πλακούντα, παρουσιάζει οφέλη ως προς την πρόληψη της αιμορραγίας της λοχείας και της ανάγκης χρήσης μητροσυσπαστικών παραγόντων θεραπευτικά. Η χρήση, σε ρουτίνα, παραγώνων της εργοταμίνης ή προσταγλανδινών μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με την οξυτοκίνη, αλλά έχει σημαντικά περισσότερες παρενέργειες. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την προφυλακτική χρήση οξυτοκικών παραγόντων πέρα από την άμεση περίοδο της λοχείας. Η χρήση αυτών των φαρμάκων πρέπει να περιορίζεται σε λεχωίδες που έχουν συγκεκριμένες ενδείξεις, όπως η αιμορραγία της λοχείας ή ατονία της μήτρας (Μαμόπουλος & Δαυίδ Χ. Ρούσσο, 2011).

Συναισθηματικές αντιδράσεις

Διάφορες συναισθηματικές αντιδράσεις παρατηρούνται σχεδόν σε κάθε γυναίκα που γέννησε ένα φυσιολογικό μωρό. Το πρώτο συναίσθημα μιας γυναίκας είναι αυτό της υπερβολικής ανακούφισης, ακολουθούμενο από αίσθηση ευτυχίας και ευγνωμοσύνης για την ασφαλή γέννηση του βρέφους. Στη μητέρα εμφανίζεται μια συνηθισμένη μορφή συμπεριφοράς αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού. Η αφή, το αγκάλιασμα και η περιποίηση του νεογνού, κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, ενισχύουν με ταχύ ρυθμό τους δεσμούς μεταξύ μητέρας και νεογνού. Παρόλα αυτά, δεν αντιδρούν όλες οι μητέρες με αυτόν τον τρόπο και μερικές μπορεί να αισθανθούν ακόμη και απόμακρες από το νεογέννητο. Αυτές οι αντιδράσεις ποικίλλουν από τη συνηθισμένη, φυσιολογική, σχετικά ήπια και παροδική μελαγχολία της λοχείας, που επηρεάζει περίπου το 50-70% των λεχωίδων, μέχρι τις πιο σοβαρές αντιδράσεις που περιλαμβάνουν την κατάθλιψη και τη σπάνια ψύχωση της λοχείας.

Η μελαγχολία της λοχείας εμφανίζεται μέχρι και στο 70% των λεχωίδων και φαίνεται να είναι μια φυσιολογική ψυχολογική προσαρμογή ή απάντηση. Χαρακτηρίζεται γενικά από ευσυγκινησία, άγχος και εκνευρισμό. Αυτή η συμπτωματολογία μπορεί να ποικίλλει αρκετά και να περιλαμβάνει κατάθλιψη,

αισθήματα ανεπάρκειας, έπαρσης, μεταβολές θυμικού, σύγχυση, δυσκολίες στη συγκέντρωση, κεφαλαλγία, αφηρημάδα, αϋπνία, διαφορετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και αρνητικά αισθήματα για το παιδί. Αυτά τα παροδικά συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται μέσα στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό και εξαφανίζονται την δέκατη ημέρα της λοχείας. Επίσης, μπορεί η λεχνοίδα να παρουσιάζει κρίσεις κλάματος για εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η μελαγχολία αυτή είναι αυτοπεριοριζόμενη και μπορεί να ελαττωθεί με ξεκούραση και επιβεβαίωση. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η παραμονή του νεογνού μαζί με τη μητέρα στη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο ελαττώνει το μητρικό άγχος και καταλήγει σε πιο αποτελεσματικό θηλασμό (Μαμόπουλος & Δαβίδ Χ. Ρούσσος, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Οι συνεχείς εξελίξεις και μεταρρυθμίσεις στην φροντίδα υγείας σε πολλές χώρες όπως και στις Η.Π.Α., καθώς και προηγούμενες αλλαγές που προκλήθηκαν από τις ομάδες που ασχολούνται με τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, συνιστούν την αυξημένη ανάγκη για κατ' οίκον φροντίδα υγείας (Karen M. Stolte, 2005).

Το Συμβούλιο Επιστημονικών Υποθέσεων της Αμερικάνικης Ιατρικής Ένωσης (1990) αναφέρει την ενσωμάτωση της κατ' οίκον φροντίδας υγείας στο πρόγραμμα των ιατρικών σχολών και στα προγράμματα διαμονής. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι σχολές επαγγελματιών υγείας πρέπει να αξιολογήσουν την κλινική εμπειρία που απαιτείται να διαθέτουν προκειμένου να παρέχουν βοήθεια στους ασθενείς που χρειάζονται κατ' οίκον φροντίδα. (Karen M. Stolte, 2005)

Πολλά νοσοκομεία μειώνουν τον αριθμό των κρεβατιών, ενώνουν τις μονάδες και μειώνουν το προσωπικό για να ελαχιστοποιήσουν το κόστος. Οι διαμονές στο νοσοκομείο περιορίζονται σε όλες τις υπηρεσίες και οι ασθενείς επιστρέφουν στα σπίτια τους ή πηγαίνουν σε εγκαταστάσεις πααρατεταμένης φροντίδας. (Karen M. Stolte, 2005)

Εξαιτίας αυτών των τάσεων, η ανάγκη για φροντίδα κατ' οίκον ή σε άλλα κέντρα της κοινότητας έχει αυξηθεί. Οι μαίες της κοινότητας και οι μαίες που δρουν κατ' οίκον αναφέρουν πως τώρα φροντίζουν γυναίκες που πριν μερικά χρόνια θα νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο. Χρησιμοποιώντας ως βάση για την φροντίδα τα χαρακτηριστικά ευεξίας (αξιολόγηση δυνατών σημείων), η μαία θα βοηθήσει τη γυναίκα, να επικεντρωθεί στην υγεία και όχι στην ασθένεια, και ίσως τελικά να αντιμετωπίσει προβλήματα που μπορεί να προκύψουν. (Karen M. Stolte, 2005)

4.1 Ο ρόλος και οι υποχρεώσεις της μαίας στην λοχεία

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 351/14-6/1989, η μαία έχει την ευθύνη της παρακολούθησης και φροντίδας της λεχωίδας στο σπίτι μέχρι και 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η συνεχής παρακολούθηση της λεχωίδας και του νεογνού της από την μαία συνιστάται να είναι για όχι λιγότερο από 10 μέρες, αλλά ούτε περισσότερο από 28 ημέρες (UKCC 1993).

Η μαία φροντίζει την λεχωίδα και το νεογνό σύμφωνα με τις παρακάτω βασικές αρχές (Bennett & Brown 1999):

- Προώθηση της φυσικής και ψυχικής υγείας της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας ως μονάδα της κοινωνίας.
- έγκαιρη επισήμανση των παρεκκλίσεων από την φυσιολογική φυσική και ψυχολογική πορεία, με άμεση παραπομπή, όπου είναι αναγκαίο.
- Ενθάρρυνση των επιστημονικά αποδεκτών μεθόδων για την φροντίδα και την διατροφή του νεογνού και προώθηση της ανάπτυξης μίας υγιούς σχέσης γονέων – νεογνού.
- Υποστήριξη και ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης της γυναίκας και του συντρόφου της, διευκολύνοντας την μετάβαση τους στον γονεϊκό τους ρόλο μέσα στην συγκεκριμένη οικογένεια και στ συγκεκριμένο περιβάλλον (ευαισθησία στην κουλτούρα).
- Προώθηση της αγωγής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αγωγής για τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Σύμφωνα με τους Bennett & Brown 1999, «οι παραπάνω αρχές διέπουν την κλινική πρακτική της μαϊας, η οποία προσαρμόζεται κατάλληλα, όταν είναι αναγκαίο σε ειδικούς πληθυσμούς (ειδικές ομάδες γυναικών), όπως για παράδειγμα μετά τον θάνατο ενός μωρού. Επειδή οι γυναίκες διαφέρουν στις ανάγκες τους, στις προσδοκίες τους και στις συμπεριφορές τους, όπως επίσης και τα νεογνά στην ανάπτυξη κάποιου προτύπου διατροφής και ύπνου, είναι ζωτικής σημασίας η φροντίδα της μαϊας να ανταποκριθεί σε αυτήν την διαφορετικότητα των αναγκών».

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια η δημιουργία ενός περιβάλλοντος αρμονίας και χαλάρωσης συμβάλει στην διαμόρφωση εποικοδομητικής σχέσης με την γυναίκα και την οικογένεια της. Σε περιόδους αλλαγής και άγχους, τα άτομα είναι πιο ευαίσθητα και επηρεάζονται από τους άλλους, και η ποιότητα της φροντίδας, που παρέχεται από την μαία, μπορεί να επηρεάσει το αποτέλεσμα για την υγεία της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας (Ball, 1994). Ο ρόλος της μαϊας είναι κυρίως συμβουλευτικός και σχετίζεται άμεσα με την προώθηση της υγείας. Βασική μέριμνα είναι ο σεβασμός και η στήριξη της επιλογής της γυναίκας και όχι η λήψη αποφάσεων για λογαριασμό της γυναίκας (Bennett & Brown 1999, Sweet & Tiran 2003).

4.2 Ο ρόλος και η Φροντίδα της μαϊας στις κατ' οίκον επισκέψεις στην λοχεία

Η μαία κατά τις πρώτες ημέρες των επισκέψεών της, συνήθως τις δέκα, εξετάζει σχολαστικά τη λεχίαιδα, ώστε να εκτιμήσει τη φυσική και τη ψυχολογική της κατάσταση. Η εξέταση περιλαμβάνει τη παρατήρηση μέσω των αισθήσεων (οσμή, χρώμα δέρματος, γλώσσα του σώματος), κλινική εξέταση και επικοινωνία.

Για την κλινική εξέταση χρειάζεται τα εξής εργαλεία:

- Πιεσόμετρο
- Θερμόμετρο
- Μεζούρα
- Ακουστικά
- Σετ αλλαγής τραύματος
- Αποστειρωμένα γάντια
- Ζυγαριά μέτρησης νεογνικού βάρους (Βρεφοζυγό)
- Ανεκκτήρα μητρικού γάλακτος
- Θήλαστρα

Η ενημέρωση των λεχιδίων σχετικά με την ιδιότητα της και τον ρόλο της στην λοχεία, είναι προτεραιότητα για την κοινοτική μαία. Επίσης, είναι σημαντική η οργάνωση από την μαία ενός προγράμματος επισκέψεων στο σπίτι της μητέρας βασιζόμενη στις παραπάνω αρχές και δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στους παράγοντες που ακολουθούν (WHO 2003, Bennett & Brown 1999, Sweet & Tiran 2003):

- Στην προσωπική αντίληψη της μητέρας για τον βαθμό εμπειρίας, που έχει για την φροντίδα του μωρού της,
- στις ανάγκες ιδιαίτερης φροντίδας της μητέρας, λόγω κάποιου προβλήματος που παρουσιάστηκε στην κύηση ή τον τοκετό, όπως αναιμία, προεκλαμψία, τραύμα περινέου ή αιμορραγία,

- στις ειδικές ανάγκες όπως π.χ. ανύπανδρες μητέρες ή μητέρες που έχουν περισσότερο από το φυσιολογικό άγχος όπως για παράδειγμα εκείνες που είχαν στον παρελθόν κάποια δυσάρεστη εμπειρία (γέννηση νεκρού νεογνού, αποβολή κτλ),
- στις πολιτισμικές, γλωσσικές και θρησκευτικές ανάγκες της μητέρας,
- στις ειδικές ανάγκες της μητέρας λόγω φυσικής, συναισθηματικής ή μμαθησιακής δυσκολίας
- στην περίπτωση που ο παράγοντας Rhesus είναι αρνητικός ή εάν είναι γνωστό ότι έχει αναπτύξει αντισώματα,
- στην λήψη αναγκαίων screening tests, όπως π.χ. τιμές αιμοσφαιρίνης για την μητέρα, εξετάσεις μεταβολισμού για το νεογνό κ.λπ.
- στις ανάγκες της οικογένειας και θέματα που αφορούν την εργασία της μητέρας.

Τα καθήκοντα της μαίας στις κατ' οίκον επισκέψεις στην λοχεία αφορούν (WHO 2003, Bennett & Brown 1999, Sweet & Tiran 2003):

- Στην προαγωγή της ανάρρωσης της μητέρας από τον τοκετό,
- την υγιή ανάπτυξη του νεογνού,
- την ενθάρρυνση της μητέρας να ανεξαρτητοποιηθεί στην δική της φροντίδα και την φροντίδα του νεογνού,
- την υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας στους νέους ρόλους τους σε σχέση με το νεογνό.

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη νοσηρότητα στη λοχεία, η οποία συνήθως μένει αδιάγνωστη κατά την παραμονή στο νοσοκομείο και η κατ' οίκον παρακολούθηση είναι μια καλή ευκαιρία για διάγνωση τέτοιων προβλημάτων με την κλινική εξέταση και τη συζήτηση με τη λεχωίδα (Saurel – Cubizoles et al, 2000, Garcia et al, 1998).

Η αλληλεπίδραση της μαίας και της μητέρας μέσω της συζήτησης είναι πολύ σημαντική, διότι μπορεί να αποκαλύψει προβλήματα τα οποία δε φαίνονται μέσω της κλινικής εξέτασης. Χαρακτηριστικό είναι ότι πολλές λεχωίδες αποφεύγουν να δηλώσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στους επαγγελματίες υγείας, παρόλο που αυτά μπορεί να συνεχίζονται για πάνω από έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό (HTA, 2003, Sweet & Tiran, 2003).

Συχνά τα προβλήματα των λεχωίδων σχετίζονται με τον τοκετό και μπορεί να είναι πόνος στο περίνεο, δυσκοιλιότητα, προβλήματα ούρησης, αιμορροΐδες, δυσπαρέυνια και πόνος στη μέση. Κάποια από αυτά μπορεί να εξελιχθούν σε χρόνια προβλήματα υγείας, όπως η ακράτεια ούρων και η συχνουρία (HTA, 2003, Sweet & Tiran, 2003). Γενικά δεν αποτελούν τα περισσότερα από αυτά απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή της γυναίκας, αλλά σίγουρα επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη καθημερινότητά της για να παραμείνουν χωρίς αντιμετώπιση (Saurel – Cubizoles et al, 2000, HTA, 2003).

Ακόμη, πρόσφατη έρευνα στη Σουηδία έδειξε πως η αίσθηση ασφάλειας που νιώθει η λεχωίδα κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, επηρεάζεται άμεσα από την υποστήριξη της μαίας και της οικογένειάς της. Η λεχωίδα χρειάζεται να την αντιμετωπίζουν ως ξεχωριστή προσωπικότητα, να της δίδονται πληροφορίες συνεχώς, να προετοιμάζεται από τη μαία για τη λοχεία, να της παρέχεται η υποστήριξη που χρειάζεται ανά πάσα στιγμή και να έχουν προγραμματιστεί εκ των προτέρων επισκέψεις παρακολούθησης του νεογνού (Persson et al, 2011).

4.2.1 Φροντίδα της μητέρας

Μερικές γυναίκες βιώνουν σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, ως αποτέλεσμα του τοκετού τους και η φροντίδα που παρέχεται από μαία στην λοχεία μπορεί να προσφέρει ανακούφιση σε τέτοιες περιπτώσεις. Ίσως η μητέρα επιθυμεί να μιλήσει για τον τοκετό της (debriefing of birth) και η μαία της κοινότητας είναι το ιδανικό πρόσωπο για να την ακούσει και αν χρειαστεί να την βοηθήσει (Bennett & Brown, 1999, Sweet & Tiran 2003).

Κάθε κατ' οίκον επίσκεψη πρέπει πάντα να έχει ένα ξεκάθαρο σκοπό. Τα προβλήματα μπορούν να διαπιστωθούν από την παρατήρηση και την εξέταση της μητέρας και του νεογνού και με την προσεκτική ακρόαση των ανησυχιών της μητέρας. Είναι πολύ σημαντική η συνεργασία της μητέρας με την μαία και γι' αυτό τον λόγο τόσο η φροντίδα της μαίας στο σύνολο της όσο και η επιλογή του κατάλληλου χρόνου για τις επισκέψεις κατ' οίκον, πρέπει να διαπραγματεύονται και να συζητούνται από την αρχή.

Εάν η γυναίκα γέννησε στο σπίτι ή πήρε εξιτήριο από το νοσοκομείο πρόιμα \, αρχικά θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην φυσική ανάρρωση της μητέρας. Με την εξέταση θα πρέπει να διαπιστώνεται:

- Ικανοποιητική παλινδρόμηση της μήτρας
- Η ποσότητα και η ποιότητα των λοχίων (οσμή, χρώμα)
- Η επούλωση του τραύματος του περινέου
- Η αποκατάσταση της λειτουργίας της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου
- Η φυσιολογική οξυγόνωση και κυκλοφορία του αίματος
- Η απώλεια συμπτωμάτων λοίμωξης

Η επίτευξη των παραπάνω χρειάζονται απαραίτητα ύπνο και ξεκούραση από τη λεχώιδα. Ο σκοπός της φυσικής εξέτασης από τη μαία είναι να αξιολογηθεί η ανάρρωση και να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα. Η μαία πρέπει να εξετάσει:

- τη θερμοκρασία,
- το σφυγμό,
- την αρτηριακή πίεση,
- την αιμοσφαιρίνη στη λοχεία,
- τους μαστούς,
- τη μήτρα,
- το περίνεο.

Σύγχρονες έρευνες διαπιστώνουν πως γυναίκες μετά τον τοκετό αποκτούν μακροχρόνια προβλήματα που δεν είναι εμφανή απαραίτητα στην άμεση και πρόιμη λοχεία. Μερικά από αυτά μπορεί να είναι ο πόνος στη μέση, ο τραυματισμός του πυελικού εδάφους, η ακράτεια ούρων ή συχνοουρία, αιμορροΐδες, αγγώδης διαταραχή. Σύμφωνα με τους (MacArthur et al 1992) το 47% των γυναικών που ερωτήθηκαν είχαν τουλάχιστον ένα από τα παραπάνω προβλήματα υγείας. Το τραύμα του περινέου μπορεί να προκαλέσει ενόχληση και δυσφορία, καθώς και να επηρεάσει τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού για πολλούς μήνες (Sleep 1991). Όλα τα παραπάνω επηρεάζουν τη δυνατότητα της γυναίκας να ανταπεξέλθει στα νέα καθήκοντά της για το νεογνό και δημιουργούν δυσχέρεια στις σχέσεις της οικογένειας.

Η μαία πρέπει σε τέτοιες περιπτώσεις να δώσει πρακτικές συμβουλές/λύσεις στη γυναίκα και το ζευγάρι, αν και πολλές φορές τα προβλήματα αυτά επιμένουν και συνεχίζουν να υφίστανται και μετά το πέρας των κατ' οίκον επισκέψεων.

Επίσης, η μαία οφείλει να προάγει τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και όπου κρίνει απαραίτητο να παρακολουθεί τις αλλαγές στους μαστούς, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την υγεία της μητέρας και του νεογνού. Τέλος είναι αναγκαίο να παρακολουθείται η μητέρα όταν θηλάζει για να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα ή δυσκολίες κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το σχέδιο φροντίδα της μαίας κατά τη βασική κατ' οίκον παρακολούθηση στη λοχεία των 6 εβδομάδων πρέπει να περιλαμβάνει (WHO,2009, WHO Regional Office for Europe, 2009, ICM, 2002) :

- Αξιολόγηση ευεξίας
- Πρόληψη και εντοπισμός επιπλοκών (αιμορραγία, λοίμωξη κ.λπ.)
- Πρόληψη, έλεγχος και αντιμετώπιση αναιμίας (φολικό οξύ & σίδηρος)
- Συμβουλευτική σε θέματα διατροφής
- Συμβουλευτική σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
- Προετοιμασία και συμβουλευτική για ενδεχόμενο επιπλοκών
- Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας για τη λοχεία

Σε γυναίκες που χρειάζονται πρόσθετη φροντίδα λόγω επιπλοκών ή μετριοπαθούς εκδήλωσης ασθένειας η μαία θα πρέπει επιπρόσθετα να παρέχει :

- Θεραπεία σε περιπτώσεις αναιμίας ή επιλόχειας δυσθυμίας
- Πρώτες Βοήθειες και άμεση Διακομιδή σε περιπτώσεις σοβαρής αιμορραγίας, σήψης κ.λπ.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις ευεξίας

Η μαία είναι υπεύθυνη να διασφαλίσει ένα ασφαλές περιβάλλον κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση και να διεξάγει νοσηλευτικές διαγνώσεις για την ευεξία της λεχωίδας που αφορούν τους εξής τομείς (Karen M. Stolte, 2005) :

- Διατήρηση της τρέχουσας κινητικότητας και προοδευτική αποκατάσταση της κινητικής κατάστασης.
- Αύξηση αποδοχής της ευθύνης για αυτοφροντίδα.
- Αύξηση συμμόρφωσης με τη συνιστώμενη θεραπεία σε περιπτώσεις που χρειάζεται.
- Αυξανόμενη γνώση για την επαρκή διατροφή.
- Συμμόρφωση με τη συνιστώμενη διαίτα, ειδικά στον θηλασμό.
- Αυξανόμενη κοινωνική αλληλεπίδραση.
- Γνώση για τις προβλεπόμενες ανάγκες σε υγρά, ειδικά για τον θηλασμό.
- Αποδοτικός θηλασμός.
- Έναρξη αποδοχής της αλλαγής ρόλου.
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος που συμβάλλει στη φροντίδα υγείας.
- Προσαρμογή στην κατ' οίκον φροντίδα και ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοφροντίδας, περιποίησης νεογνού και χρήσης ιατρικού εξοπλισμού/τεχνολογίας (π.χ. θήλαστρο, διαδικασία αποστείρωσης, χρήση φωτοθεραπείας, πιεσόμετρο κ.λπ.).
- Κινητοποίηση προσπαθειών για ικανοποίηση προσωπικών/οικογενειακών αναγκών.
- Έναρξη προσαρμογής στην κατάσταση φροντίδας.
- Σχεδιασμός ευέλικτης ρουτίνας φροντίδας.

- Αύξηση χρήσης των κοινοτικών πόρων.

Η ξεκούραση και ο ύπνος θα βοηθήσουν στην φυσική ανάρρωση της λεχωίδας. Επίσης, σκόπιμο είναι να εξεταστεί, η θερμοκρασία, ο σφυγμός, η αρτηριακή πίεση, η αιμοσφαιρίνη, οι μαστοί, η μήτρα και το περίνεο. Σε ειδικά προβλήματα όπως επίπονο τραύμα περινέου, ίσως είναι αναγκαίο να δοθούν πρακτικές συμβουλές-λύσεις. Μερικά προβλήματα μπορεί να συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά το πέρας του κύκλου των κατ' οίκον επισκέψεων της μαίας (28 μέρες μετά τον τοκετό).

Έναρξη προσαρμογής στους πολλαπλούς ρόλους

Στον σύγχρονο κόσμο, οι γυναίκες έχουν συχνά πολλαπλούς ρόλους, όντας σύζυγοι, μητέρες και επαγγελματίες. Η γυναίκα που προγραμματίζει να επιστρέψει στην εργασία της εκτός σπιτιού, πρέπει να ισορροπήσει την ανάγκη της να διατηρήσει την καριέρα της, με την ανάγκη να δώσει συνεχή φροντίδα στο μωρό. Η αναδιοργάνωση του καταμερισμού χρόνου, ο καθορισμός των προτεραιοτήτων, η αφομοίωση του μητρικού ρόλου στην ταυτότητά της και η εύρεση βρεφονηπιακών σταθμών για τη φροντίδα του παιδιού, είναι μερικά από τα έργα που πρέπει η γυναίκα να ολοκληρώσει πριν επιστρέψει στη δουλειά της. Οι πρώτοι μήνες στη δουλειά είναι μια πρόκληση, καθώς όλοι αυτοί οι πολλαπλοί ρόλοι γίνονται ένα σύνολο. Στις ερωτήσεις αξιολόγησης θα μπορούσαν να περιλαμβάνονται οι εξής (Karen M. Stolte, 2005):

- Ποιες είναι οι προσδοκίες της γυναίκας από το ν εαυτό της, έχοντας να εκπληρώσει τόσους ρόλους ταυτόχρονα;
- Πόσο καλά μπορεί να συνδυάσει η γυναίκα τις δραστηριότητές της, ώστε να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του κάθε ρόλου της;
- Μπορεί η γυναίκα να παραιτηθεί από μερικές δραστηριότητές, για να αφιερώσει χρόνο στον εαυτό της, στο νεογνό και την οικογένειά της;
- Αν επιστρέψει στην εργασία της, τι σχέδια υπάρχουν για τη φροντίδα του παιδιού;
- Πόσο εύκολο είναι για τη γυναίκα να αναπροσαρμόσει τις προτεραιότητες;

Χαρακτηριστικά, σε έρευνα των (Johansson et al, 2010) αναφέρεται από τα ζευγάρια που συμμετείχαν πως η μαία αντιμετωπίζεται ως υποστηρικτικός σύμβουλος και επαγγελματίας. Όταν οι ρόλοι των γονέων μέσα τους συγκρούονται η μαία είναι αυτή που θα ξεκαθαρίσει και θα οδηγήσει τους νέους γονείς στην έναρξη της γονεϊκότητας.

4.2.2. Φροντίδα νεογνού

Το νεογνό θα πρέπει να εξετάζεται για προβλήματα που μπορεί να αφορούν :

- 1) Τη διατροφή (Μητρικός θηλασμός – Τεχνητή διατροφή)
- 2) Τη γενικότερη συμπεριφορά του νεογνού
- 3) Την αναπνοή-καρδιακοί παλμοί και την οξυγόνωση
- 4) Τη θερμοκρασία
- 5) Το κολόβωμα του ομφαλού
- 6) Λοίμωξη
- 7) το βάρος, το ύψος και η περίμετρος κεφαλής του νεογνού

- 8) και να διασφαλίζεται η έγκαιρη πραγματοποίηση όλων των απαραίτητων προληπτικών εξετάσεων (screening tests) με τη σύμφωνη γνώμη των γονέων.
- 9) Η καθημερινή πλήρης γενική κλινική εξέταση του νεογνού, επισκόπηση, αντανάκλαστικά, ψηλάφηση, έλεγχος για χολερυθρίνη κτλ. Παρακολούθηση διούρησης και κενώσεων κ.α.

Έρευνα των (Abdullah H Baqui, Saifuddin Ahmed, Shams El Arifeen, Gary L Darmstadt, Amanda M Rosecrans, Ishtiaq Mannan, Syed M Rahman, Nazma Begum, Arif B A Mahmud, Habibur R Seraji, Emma KWilliams, Peter J Winch, Mathuram Santosham, Robert E Black, 2005) που έλαβε χώρα στο Bangladesh και περιλάμβανε 9211 γεννήσεις έδειξε πως η επίσκεψη κατ' οίκον μια μέρα μετά τον τοκετό μπορεί να μειώσει την πιθανότητα νεογνικού θανάτου κατά 67%. Η μελέτη αυτή, καθιστά τουλάχιστον την πρώτη επίσκεψη της μαίας μετά τον τοκετό απαραίτητη, καθώς οι λοιπές επισκέψεις δεν έδειξαν πως μπορούν να μειώσουν τους νεογνικούς θανάτους.

Αναλυτικά:

Η επαρκής και σωστή λήψη τροφής για το νεογνό αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη και στην υγεία του, γεγονός που την καθιστά προτεραιότητα για την κοινοτική μαία. Η μητέρα έχει το δικαίωμα της επιλογής μεταξύ του μητρικού θηλασμού και της τεχνητής διατροφής και η μαία οφείλει να την υποστηρίξει σε αυτή της την επιλογή. Παρ' όλα αυτά η μαία οφείλει να την ενημερώσει για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και να τον επιβραβεύσει, αφού ο θηλασμός μπορεί να επηρεάσει μακροπρόθεσμα την υγεία της μητέρας και του νεογνού. Για αυτόν τον λόγο είναι αναγκαίο κατά την κατ' οίκον επίσκεψη να παρακολουθείται η μητέρα όταν θηλάζει για να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα κατά την διάρκεια του θηλασμού.

Το βάρος ενός φυσιολογικού τελειόμηνου νεογνού κατά προσέγγιση κυμαίνεται μεταξύ 3000-3200 γραμμαρίων. Τις 3 πρώτες μέρες μετά τον τοκετό υπάρχει φυσιολογική απώλεια βάρους περίπου 5-10% του βάρους γέννησης σε ένα τελειόμηνο νεογνό (χάνονται περίπου 30 γρ/ημέρα). Επανέρχεται στο αρχικό βάρος γέννησης του την 7^η-10^η ημέρα (προστίθενται 30 γρ/ημέρα). Το υγιές τελειόμηνο το 1^ο τρίμηνο παίρνει 25-30 γρ/ημέρα και 750-900 γρ/μήνα.

Το ύψος του νεογνού υπολογίζεται ως η απόσταση από την κορυφή του κεφαλιού μέχρι τη φτέρνα. Το μέσο ύψος κατά τη γέννηση του νεογνού είναι περίπου 51 εκ. Τον πρώτο μήνα αυξάνει σε μήκος περίπου 4 εκ. και φτάνει τα 55 εκ.

Η περίμετρος γύρω από το μέτωπο και το ινιακό όγκωμα κατά τη γέννηση είναι περίπου 35 εκ. και κατά τον πρώτο μήνα αυξάνει περίπου κατά 2 εκ. Στο τριχωτό της κεφαλής λόγω πίεσης που ασκείται στο κρανίο κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι δυνατό να διακρίνουμε: προκεφαλή (οίδημα που δεν διακόπτεται από τις ραφές του κρανίου) και κεφαλαιμάτωμα (εμφανίζεται 2-3 24ωρα μετά τη γέννηση και πρόκειται για μια υποπεριοριστική συλλογή αίματος σαφώς αφοριζόμενη από τις ραφές του κρανίου που περιορίζεται σε ένα οστό).

Η θερμοκρασία αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού είναι περίπου 37,8°C (37°-39°C), δηλαδή περίπου 1°C υψηλότερη από τη θερμοκρασία της μητέρας του. Η θερμοκρασία στη μασχάλη του τελειόμηνου θεωρείται φυσιολογική μεταξύ 36,4°C έως 37,2°C. Όταν μετρηθεί στο ορθό είναι 4 δέκατα του βαθμού χαμηλότερη.

Η αναπνοή στο νεογνό είναι διαφραγματική-κοιλιακή. Φυσιολογικά μετρώνται 35-45 αναπνοές ανά λεπτό και δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 60 αναπνοές ανά λεπτό. Συχνά μπορεί να είναι άρρυθμη. Παρατηρείται έκπτυξη του θώρακα, η οποία πρέπει να είναι συμμετρική, χωρίς εισολκή. Οι καρδιακοί παλμοί είναι 129-160

σφύξεις ανά λεπτό. Είναι λιγότερες κατά τη διάρκεια του ύπνου και περισσότερες σε κλάμα. Η αρτηριακή πίεση είναι 85/60 mmHg.

Στην περιοχή του ομφαλού η μαία ελέγχει για πιθανή μόλυνση, η οποία εκδηλώνεται με ερυθρότητα, δυσσομία, πυώδη έκκριση και σκλήρυνση του δέρματος γύρω από τον ομφαλό. Η μαία συστήνει στη μητέρα το μπάνιο του νεογνού να γίνεται σε τρεχούμενο νερό και όχι στάσιμο, και να καθαρίζεται το ομφαλικό κολόβωμα, μέχρι η πληγή του ομφαλού να κλείσει εντελώς. Το ομφαλικό κολόβωμα πέφτει την 4^η-10^η ημέρα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η μαία στην κατ' οίκον παρακολούθηση της λοχείας των 6 εβδομάδων πρέπει να περιλαμβάνει το εξής σχέδιο φροντίδας για το νεογνό (WHO,2009, WHO Regional Office for Europe, 2009, ICM, 2002):

- Εκτίμηση ευεξίας
- Εκτίμηση ικανότητας θηλασμού
- Εντοπισμό επιπλοκών και ανταπόκριση στις ανησυχίες της μητέρας
- Συμβουλευτική/Πληροφόρηση σε θέματα φροντίδας του νεογνού
- Πρόσθετες επισκέψεις (follow up) σε νεογνά υψηλού κινδύνου (πρόωρα, με επιπλοκές, μετάβαση από τον μητρικό θηλασμό)

Ακόμη, η μαία οφείλει σε νεογνά με ένδειξη επιπλοκών και μετριοπαθούς εκδήλωσης ασθένειας να:

- ❖ Διαχειρίζεται:
 - Μικρά ή μετριοπαθή προβλήματα.
 - Δυσκολίες στον θηλασμό.
- ❖ Παρέχει τις Πρώτες Βοήθειες και να διακομίζει σοβαρά περιστατικά όπως:
 - Με αιφνίδιους σπασμούς
 - Αδυναμία σίτισης
- ❖ Υποστηρίζει ψυχολογικά και ηθικά την οικογένεια που αντιμετώπισε νεογνικό θάνατο.

Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης της μητέρας ως προς τις δεξιότητες φροντίδας του νεογνού.

Για τη φροντίδα του νεογνού χρειάζονται επιπρόσθετες δεξιότητες, όπως ο χειρισμός του νεογνού, η ικανότητα ανακούφισης του νεογνού όταν νιώθει ανησυχία, το μπάνιο και η αλλαγή πάνας. Για να αισθάνεται επαρκής η γυναίκα ως μητέρα, χρειάζεται να διαθέτει αυτοπεποίθηση σε αυτούς τους τομείς. Μία θετική ανταπόκριση από το νεογνό θα ενισχύσει αυτά τα αισθήματα αυτοπεποίθησης. Η αξιολόγηση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τις ακόλουθες ερωτήσεις (Karen M. Stolte, 2005):

- Πόσο καλά χειρίζεται η μητέρα το νεογνό;
- Ξέρει η μητέρα πώς να ελέγχει το κεφάλι του νεογνού;
- Πως περιγράφει η μητέρα το νόημα του κλάματος του μωρού;
- Αισθάνεται η μητέρα άνετα όταν κάνει μπάνιο το νεογνό, όταν το αλλάζει και όταν το ταΐζει;
- Πόσο ρεαλιστικές είναι οι προσδοκίες της μητέρας για το μωρό της;
- Πώς αντιδρά το νεογνό στο άγγιγμα της μητέρας του;

Οι νέοι πατέρες χρειάζεται επίσης να αναπτύξουν τις δεξιότητες φροντίδας του νεογνού. Εντούτοις, η μητέρα είναι εκείνη που καθορίζει πόσο συχνά και με ποιον τρόπο πατέρας αναμιγνύεται στη φροντίδα του νεογνού. Έτσι η μαία/της πρέπει να ενθαρρύνει τη μητέρα να βρει τρόπους ώστε να συμμετέχει και ο πατέρας στη φροντίδα του νεογνού.

Έναρξη ενσωμάτωσης του νεογνού μέσα στην οικογένεια

Μία άλλη διαδικασία για την οικογένεια με παιδί, είναι να ενσωματώσει το νεογνό στην οικογένεια. Οι πολύτοκες γυναίκες συχνά εκφράζουν ανησυχία για το πόσο καλά τα άλλα παιδιά της οικογένειας θα δεχτούν το καινούριο μωρό. Συχνά αναζητούνται από τις εγκύους γυναίκες τρόποι μείωσης της αντιπαλότητας ανάμεσα στα αδέρφια. Η αναγνώριση του παιδιού ως μέλος της οικογένειας, η ενσωμάτωση των αναγκών και του προγράμματος του νεογνού στην καθημερινότητα και η αποδοχή του καινούριου μωρού από τα άλλα παιδιά, είναι τρόποι με τους οποίους το νεογνό αφομοιώνεται στη δομή της οικογένειας. Μερικές ερωτήσεις αξιολόγησης είναι οι ακόλουθες (Karen M. Stolte, 2005):

- Πώς τα άλλα παιδιά επικοινωνούν με το νεογνό;
- Αναγνωρίζουν οι γονείς ή τα άλλα μέλη της οικογένειας στο παιδί οικογενειακά χαρακτηριστικά ή αντιδράσεις; Αν ναι, ποια είναι αυτά;
- Πόσο ομαλά συνεχίζονται οι δραστηριότητες της οικογένειας με την εμφάνιση του καινούριου μωρού;
- Τι είδους αλλαγές/μετατροπές έκανε η οικογένεια μετά τη γέννηση του μωρού;

4.2.3 Επιλογή και διάρκεια των επισκέψεων κατ' οίκον στην λοχεία

Παραδοσιακά, η φροντίδα στην λοχεία αφορά κυρίως μετρήσεις και κλινική εξέταση σε τακτά χρονικά διαστήματα της παλινδρόμησης της μήτρας, των λοχιών, της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης των λεχωίδων. Τα περισσότερα επίσημα έγγραφα που αφορούν την περίοδο αυτή, είναι διαγράμματα για την παρακολούθηση των παραπάνω παραμέτρων και έτσι η κλινική πρακτική των μαιών, συνήθως είναι προσαρμοσμένη σε αυτά τα πρότυπα (HTA 2003).

Ο αριθμός των κατ' οίκον επισκέψεων, όπως και οι επιπλέον επισκέψεις που ίσως είναι αναγκαίες σε κάποιες περιπτώσεις, καθορίζονται από την μαία της κοινότητας. (RCM 1994). Υπάρχει πιθανότητα η μαία να αναγκαστεί να μειώσει την συχνότητα και την διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων της στην λεχωίδα. Η επιλογή των επισκέψεων κατ' οίκον ανάλογα με τις ανάγκες θα δώσει την δυνατότητα στην μαία να επικεντρώσει την προσοχή της στις λεχωίδες, που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη την φροντίδα της και υπάρχει ανάγκη για συνέχεια στην φροντίδα στην λοχεία από την ίδια μαία ή για να αποφευχθούν προβλήματα συγκρουόμενων επιστημονικών απόψεων (Sweet & Tiran 2003, Bennett & Brown, 1999)

Σύμφωνα με τους (Griffin & Hendy, 1995) η επίσκεψη της μαίας στο σπίτι της λεχωίδας διαρκεί περίπου 17 λεπτά, αλλά αυτό το χρονικό διάστημα ποικίλει ανάλογα με την περίπτωση. Σύμφωνα με έρευνα σε 2406 λεχωίδες (67% ποσοστό απαντήσεων) των Garcia et al 1998 η μαία επισκέφτηκε την λεχωίδα καθημερινά

σε ποσοστό (62%) ή κάθε μέρα εκτός από μία μέρα σε ποσοστό (32%) τις πρώτες 10 μέρες μετά τον τοκετό. Η τελευταία επίσκεψη της μαιίας σύμφωνα με την ίδια έρευνα ήταν την 10η μέρα για το 45% των λεχωίδων και έως την 15η μέρα για το 34%. Αυτή η αναλογία δεν διέφερε σε διαφορετικές περιοχές και η διακύμανση των γυναικών που είχε την τελευταία επίσκεψη από μαιία την 10η μέρα κυμαινόταν από 55% έως 28%.

Για την κοινοτική μαιία, η συνέχιση της φροντίδας στην λοχεία πέρα από τις 6 εβδομάδες, και κατά συνέπεια, η δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων με τις γυναίκες που φροντίζει στην κοινότητα της, συμβάλλει στην ικανοποίηση που λαμβάνει από της εργασίας της, στοιχείο σημαντικό για την απόδοση της και την ενεργοποίηση της (Sandal 1997, Mitchell & Doyle 2002).

4.2.4 Θηλασμός

Ο θηλασμός έχει πολλά οφέλη για την υγεία της μητέρας και του νεογνού (WHO 2003α, WHO 2003β, WHO 2003γ, WHO 2000, WHO 1999, Campell 1996). Από διάφορες μελέτες έχουν παρουσιαστεί διαφορετικά μοντέλα υποστήριξης του μητρικού θηλασμού στην κοινότητα την περίοδο της λοχείας, με στόχο την μείωση του χρονικού διαστήματος που η λεχωίδα παραμένει στο νοσοκομείο / κλινική μετά τον τοκετό (Refrew 1993, Winterburn & Fraser 2000, Carty & Bradley 1990, Waldenstrom 1989, Sjolín et al 1979, Jones & West 1985, Moore et al 1985, Lynch et al 1986, Frank et al 1987, Grossman et al 1987). Η υποστήριξη που μπορεί να παρέχει η κοινοτική μαιία στην μητέρα, ώστε να ξεπεράσει τυχόν προβλήματα στον θηλασμό είναι πολύ αποτελεσματική και σημαντική για την προαγωγή της υγείας της μητέρας και του νεογνού μακροπρόθεσμα (WHO 2003, Bennett & Brown 1999, Sweet & Tiran 2003, Hoddinott & Pill 2000, Quinlivan et al 2003).

Έρευνα των (Johansson et al, 2010), αναφέρει πως ο θηλασμός περιγράφεται ως το κυρίως θέμα της κατ' οίκον παρακολούθησης από τους γονείς που συμμετείχαν σε αυτή στη Σουηδία, καθώς επίσης χαρακτηριστικά δηλώνουν ότι πρόκειται για μια αμφίδρομη διαδικασία μεταξύ μαιίας και λεχωίδας κατά την οποία η μαιία παρέχει τις γνώσεις και την υποστήριξη ενώ η λεχωίδα εφαρμόζει και εκφράζει τους προβληματισμούς της.

Έρευνα των Backstrom et al, 2010 χαρακτηριστικά αναφέρει πως οι εμπειρίες και οι εντυπώσεις των γυναικών που θηλάζουν και των μαιών που τις καθοδηγούν οδηγούν σε μία και μοναδική ιδέα: Ότι η εξατομικευμένη παροχή φροντίδας στον θηλασμό, αυξάνει την αυτοπεποίθηση και την ικανοποίηση (Backstrom et al, 2010).

Ακόμη πρόσφατη έρευνα με συμμετοχή 4.489 λεχωίδων έδειξε πως η πρόωμη έξοδος και η κατ' οίκον παρακολούθηση δεν έχει αρνητική επίδραση στα ποσοστά των γυναικών που θηλάζουν και χαρακτηριστικά αναφέρει πως τα ποσοστά των λεχωίδων που θηλάζουν μετά από πρόωμη έξοδο, είναι ίδια με αυτά των γυναικών που έλαβαν τη συμβατική (νοσοκομειακή) μαιευτική φροντίδα (Brown et al, 2011).

Εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού

Η εγκατάσταση της γαλουχίας μπορεί να χρειαστεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από εκείνο που η μαιία της κοινότητας θα είναι σε θέση να επισκέπτεται κατ' οίκον την μητέρα, όμως η ευθύνη αυτή έχει άμεση σχέση με τον ρόλο του λειτουργήματός της. Παρά τα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα του θηλασμού,

μεγάλο είναι το ποσοστό των γυναικών στην χώρα μας που δεν θηλάζει (Ζάχου & Σοφατζής 2003). Οι επισκέπτριες υγείας, που διαδέχονται την μαία στην φροντίδα της μητέρας και του νεογνού δεν έχουν επαρκή εμπειρία ή γνώσεις για να εκπληρώσουν αυτόν τον καθοριστικό ρόλο (Bennett & Brown 1999).

Για τους παραπάνω λόγους η μαία της κοινότητας καλείται να υποστηρίξει ακόμη πιο σθεναρά τον μητρικό θηλασμό και να προάγει την εγκατάστασή του κατά αποκλειστικότητα. Έτσι, λοιπόν, η μαία μετά τον τοκετό θα πρέπει να διδάξει στην λεχωίδα εξατομικευμένα τον θηλασμό ώστε η νέα μητέρα να αποκτήσει εμπιστοσύνη στις ικανότητές της για την φροντίδα του νεογνού (Backstrom et al, 2010, Persson et al, 2011). Για την έξοδο της λεχωίδας από το μαιευτήριο προϋπόθεση είναι να επιτύχει αποδεδειγμένα τη σίτιση του νεογνού της, είτε αυτή είναι ο αποκλειστικός θηλασμός είτε η τεχνητή διατροφή (φόρμουλα).

Μία νοσηλευτική διάγνωση ευεξίας που σχετίζεται με τον θηλασμό στη βιβλιογραφία, είναι ο αποδοτικός θηλασμός, ο οποίος ορίζεται ως το στάδιο κατά το οποίο η δυάδα μητέρα-παιδί/οικογένεια επιδεικνύει επαρκή γνώση και ικανοποίηση από τη διαδικασία του θηλασμού (NAN-DA 1994). Ο θηλασμός είναι μια διαδικασία που μαθαίνεται με το χρόνο. Επειδή ο θηλασμός αφορά τη δυάδα μητέρας-παιδιού, πρόκειται για μια διαδικασία την οποία θα πρέπει να μάθουν και τα δύο μέρη. Η αξιολόγηση του θηλασμού περιλαμβάνει την παρακολούθηση μητέρας-νεογνού.

Παραδείγματα ερωτήσεων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην αξιολόγηση είναι (Karen M. Stolte, 2005):

- Καταπίνει το νεογνό το γάλα;
- Σε ποιες στάσεις μπορεί η μητέρα να θηλάσει αναπαυτικά;
- Πόσο καλά προσκολλάται το νεογνό στο στήθος;
- Εκφράζει η μητέρα ικανοποίηση από το θηλασμό;
- Κερδίζει το νεογνό βάρος;
- Ενυδατώνεται σωστά το νεογνό;

4.2.5 Αντισύλληψη στη λοχεία

Ο τελικός έλεγχος στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μπορεί να γίνει από την μαία ή τον γενικό ιατρό (Garcia et al 1998, HTA 2003, Glazener 1997). Σε αυτήν την επίσκεψη, γίνεται συνήθως και συζήτηση για αντισύλληψη, αλλά περίπου οι μισές γυναίκες έχουν ήδη σεξουαλική δραστηριότητα (Garcia et al 1998, HTA 2003, Glazener 1997). Οι Sharif & Jordan 1995, προτείνουν να γίνεται μία επίσκεψη στις 2-3 εβδομάδες για να συζητηθούν θέματα αντισύλληψης, μέθοδος διατροφή του νεογνού και συχνά προβλήματα υγείας των πρώτων ημερών και να ακολουθήσει μία επίσκεψη στις 10-12 εβδομάδες μετά τον τοκετό για να προσδιοριστούν μακροχρόνια προβλήματα υγείας, μία όμως πιο σύγχρονη έρευνα στην Αυστραλία σε τυχαίο δείγμα, Gunn et al 1998, αποκάλυψε ότι η συμβουλευτική από Γενικό Ιατρό μία εβδομάδα μετά τον τοκετό δεν έχει πρόσθετα οφέλη για την υγεία. Η συμβουλευτική, στα πλαίσια της κατ'οίκον φροντίδα από μαία, βελτιώνει το γνωστικό επίπεδο των λεχωίδων όσο αφορά την αντισύλληψη (Quinlivan et al 2003).

4.3. Αποτελεσματικότητα της Κοινοτικής Μαιευτικής

Η κατ' οίκον φροντίδα από κοινοτική μαία, φέρνοντας το επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας στο σπίτι, βοηθάει στην δημιουργία κοινωνικών δικτύων και ενδυναμώνει την φροντίδα που παρέχεται στα άτομα και στην κοινότητα (Quinlivan et al 2003, Mitchell & Doyle 2002, Anonymus 1989, DoH 1993, DoH 1999a, DoH 1999b, DoH 2000). Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον φροντίδας στην λοχεία από κοινοτική μαία (HTA 2003, Morrell et al 2000, Reid et al 2000, Shields et al 1997, Turnbull et al 1996, Oakley et al 1996, Oakley 1992, Oakley et al 1990, Kormacher et al 1999, Quinlivan et al 2003, MacArthur et al 2002).

Σε τυχαιοποιημένη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Μεγάλη Βρετανία 1087 λεχωίδες αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης, στην οποία η κοινοτική μαία σύμφωνα με συγκεκριμένο πρωτόκολλο φρόντισε κατ'οίκον τις λεχωίδες και 977 λεχωίδες αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου, η οποία είχε την συνηθισμένη κατ' οίκον φροντίδα από μαία στην λοχεία. Στους 4 και 12 μήνες μετά τον τοκετό, σύμφωνα με (EPDS& MCS& PCS), οι λεχωίδες στην ομάδα παρέμβασης, είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία τους. Επίσης, η χρήση των υπηρεσιών υγείας μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης. Οι απόψεις των λεχωίδων για την φροντίδα τους ήταν καλύτερη. Οι μαίες, που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης ήταν πιο ευχαριστημένες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, η παρέμβαση ήταν αποδοτική όσο αφορά το κόστος, αφού δεν διέφερε στο κόστος και τα αποτελέσματα για την υγεία ήταν καλύτερα.

Ταυτόχρονα, στην Γλασκώβη σε τυχαιοποιημένη μελέτη (Shields et al 1997, Turnbull et al 1996) που αφορούσε την συνεχόμενη φροντίδα από μαία στην κύηση, τον τοκετό και την λοχεία, βρέθηκε ότι η κατ' οίκον φροντίδα από μαία στην λοχεία, βελτιώνει το γενικό επίπεδο της υγείας των λεχωίδων. Σύμφωνα με τις λεχωίδες, η συνεχόμενη φροντίδα στην λοχεία από την ίδια μαία, τις προετοιμάζε καλύτερα σχετικά με τα προβλήματα στην λοχεία. Επίσης, θεωρούσαν ότι αποκτούσαν καλύτερες δεξιότητες στην φροντίδα τους και την φροντίδα του νεογνού.

Σε μία άλλη τυχαιοποιημένη μελέτη (Oakley et al 1990), που αφορούσε έγκυες με ιστορικό νεογνού με χαμηλό βάρος γέννησης, έγινε παρέμβαση (3 επιπλέον επισκέψεις κατ' οίκον κατά την διάρκεια της κύησης από την μαία της κοινότητας με επιπλέον υποστήριξη σε όσες έγκυες ήταν απαραίτητο, τηλεφωνικά ή κατ' οίκον) και συνεχόμενη φροντίδα κατ'οίκον στην λοχεία από την ίδια μαία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε μεγαλύτερο βάρος γέννησης στην ομάδα παρέμβασης, καλύτερη υγεία των λεχωίδων (39% σε αντίθεση με 30%), μικρότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης (40% σε αντίθεση με 47%) και λιγότερες επισκέψεις στον Γενικό Ιατρό (27% σε αντίθεση με 32%). Οι ίδιες λεχωίδες 1 χρόνο μετά (Oakley 1992) και 7 χρόνια μετά (Oakley et al 1996) διαπιστώθηκε με διαφορετικές μελέτες ότι ανέφεραν καλύτερη υγεία και ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, σε συνάρτηση των συνεχιζόμενων πλεονεκτημάτων, αναφορικά με την υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών τους.

Στο Σέφιλντ ολοκληρώθηκε μια τυχαιοποιημένη μελέτη (Morrell et al 2000), για το κόστος και τα πλεονεκτήματα των φροντιστών στην λοχεία αναφορικά με την υγεία των γυναικών. Οι υπηρεσίες των εκπαιδευομένων φροντιστών ρηματοδοτήθηκαν από το NHS και αφορούσαν 10 τρίωρες επισκέψεις τις πρώτες 28 μέρες, για να παρέχουν υποστήριξη σε πρακτικό και συναισθημάτικο επίπεδο, προκειμένου να βοηθήσουν στην ξεκούραση και την ανάρρωση της λεχωίδας. Από τις 311 λεχωίδες που είχαν συμφωνήσει να συμμετάσχουν σε αυτήν την μελέτη, μόνο

το 15% ζήτησαν οι φροντιστές να τις επισκεφτούν και τις 10 φορές, ενώ 12% αρνήθηκαν να τις επισκεφτούν οι φροντιστές. Το 54% είχε 6 ή περισσότερες επισκέψεις. Η υπηρεσία στην οποία οι φροντιστές αφιέρωναν περισσότερη ώρα, ήταν δουλειές του σπιτιού (μ.ο. ανά επίσκεψη 53,9λεπτά). Η πιο συχνή υπηρεσία που προσέφεραν ήταν το ταΐσμα του νεογνού με μπουκάλι. Δεν φάνηκαν διαφορές στην υγεία των λεχωίδων μετά την παρέμβαση, αλλά οι γυναίκες δήλωναν ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες των φροντιστών.

Σε μία άλλη μελέτη (Reid et al 2000), σε συνδυασμό με την παροχή υπηρεσιών από τους φροντιστές προσκλήθηκαν οι λεχωίδες σε υποστηρικτικές ομάδες λεχωίδων ή τους εστάλη ταχυδρομικά ένα εγχειρίδιο για την λοχεία ή και τα δύο. Μικρός αριθμός λεχωίδων συμμετείχαν στις υποστηρικτικές ομάδες λεχωίδων και οι παραπάνω παρεμβάσεις δεν φαίνεται να έχουν αποτελέσματα στην υγεία των λεχωίδων.

4.4. Εξέταση Λοχείας

Στην εξέταση της λοχείας, που γίνεται την 4^η -6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, πρέπει να ελέγχονται το βάρος και η αρτηριακή πίεση της λεχωίδας. Οι περισσότερες λεχωίδες διατηρούν περίπου το 60% του βάρους που υπερβαίνει τα 11 kg και που αποκτήθηκε στη διάρκεια της κύησης. Αν η λεχωίδα δεν έχει επιστρέψει, περίπου, στο βάρος που είχε πριν από την κύηση, θα πρέπει η μαία να της συστήσει μια κατάλληλη διαίτα. Αν η λεχωίδα ήταν αναιμική κατά την έξοδό της από το νοσοκομείο ή αιμορραγούσε κατά τη διάρκεια της λοχείας, πρέπει να διενεργηθεί απαραίτητα μια γενική αίματος.

Η μαία θα πρέπει να εξετάσει τους μαστούς, την επαρκή υποστήριξή τους, διάφορες ανωμαλίες των θηλών ή του θηλασμού και να αναζητηθεί η πιθανή παρουσία κάποιας μάζας. Πρέπει να δοθούν οδηγίες σχετικά με την αυτοεξέταση μαστών, ενώ είναι απαραίτητη και μια πλήρης κλινική εκτίμηση στο ορθό και στον κόλπο.

Στις μητέρες που θηλάζουν το κοιλιακό επιθήλιο μπορεί να έχει όψη ελαττωμένης επίδρασης οιστρογόνου. Η μαία μπορεί να συστήσει μια οποιαδήποτε κοιλιακή κρέμα, που περιέχει οιστρογόνα, την οποία η λεχωίδα θα εφαρμόζει προ από τον ύπνου και θα προσφέρει σημαντική ανακούφιση τόσο από την τοπική ξηρότητα, όσο και από τον πόνο που προκαλείται πιθανώς κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Ακόμη, η εξέταση συμπεριλαμβάνει λήψη τεστ Παπανικολάου με επισκόπηση του τραχήλου από τη μαία της κοινότητας στη διάρκεια της λοχείας.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να εξετασθεί η περινεοτομή και κάθε άλλο κοιλιακό τραύμα, καθώς και η επάρκεια πυελικής και περινεϊκής στήριξης. Υπάρχει ένδειξη να γίνει αμφίχειρη εξέταση της μήτρας και των εξαρτημάτων. Την ώρα αυτής της εξέτασης, οι περισσότερες λεχωίδες παρουσιάζουν κάποιου βαθμού οπίσθια μετατόπιση της μήτρας, αλλά αυτό σύντομα διορθώνεται μόνο του χωρίς κάποιο πρόβλημα.

Εφόσον η πορεία της λεχωίδος μέχρι τη στιγμή αυτής της εξέτασης δεν παρουσίασε επιπλοκές, τότε αυτή μπορεί να επιστρέψει στην εργασία της και σε πλήρη φυσική δραστηριότητα. Για ακόμη μια φορά είναι καλό να μην παραληφθούν συμβουλές και συζήτηση σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού, για το λόγο ότι ο μητρικός θηλασμός δεν προστατεύει απόλυτα από νέα σύλληψη και δεν είναι καλό για τον οργανισμό της γυναίκας να υποστεί νέα κύηση εντός μηνών από την ολοκλήρωση της προηγούμενης. Ενδεδειγμένη

αντισύλληψη στη λοχεία αποτελεί η χρήση προφυλακτικού, ενδομητρικού σπειράματος, καθώς και ορμονική αντισύλληψη με προγεστερόνη.

Η επίσκεψη μετά τον τοκετό στο σπίτι και όταν σταθεροποιηθεί η καλή υγεία και το πρόγραμμα της μητέρας και του βρέφους, σε δεύτερο σκοπό είναι μια σημαντική ευκαιρία, να συζητηθούν γενικές διαταραχές όπως η οσφυαλγία, οι υστερόπονοι, τυχόν καταθλιπτικά συναισθήματα, αλλά και ζητήματα που απασχολούν έντονα τη λεχίδα σχετικά και τη σίτιση του νεογνού, την φροντίδα του, την ερμηνεία του κλάματος και της συμπεριφοράς του και πολλά άλλα. Η ομαλή μετάβαση στη μητρότητα αποτελεί στόχο της κοινοτικής μαίας και είναι πεδίο που θα πρέπει να παρουσιάσει και να τεκμηριώσει την αποστολή της.

B. ΕΙΔΙΚΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ & ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα κατοχυρώνει την εμβάθυνση στην επιστήμη και την εξέλιξη της γνώσης, θεμελιώνοντας νέα δεδομένα για τον τρόπο θεώρησης, εξάσκησης και αξιολόγησης του εκάστοτε γνωστικού αντικειμένου ή των εφαρμογών που αυτό έχει. Η σημαντικότητα της διεξαγωγής έρευνας καταφαίνεται στο γεγονός ότι χωρίς αυτήν δεν τίττεται κανένα καινού συμπέρασμα και καινού προϊόν που θα προσφέρει οφέλη στην ποιότητα της ζωής, στην υγεία και την καθημερινότητα του ανθρώπου. Ο τρόπος που επιλέγεται το ερευνητικό θέμα, ο τρόπος και η μεθοδολογία της έρευνας, τα εργαλεία της, ο πληθυσμός της, είναι καθοριστικοί παράγοντες για να έχει η έρευνα όσο το δυνατό αντικειμενικά και ενδιαφέροντα αποτελέσματα.

Το θέμα της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε εφόσον στη χώρα μας το μοντέλο της κατ' οίκον φροντίδας ούτε είναι διαδεδομένο ούτε έχει δοκιμασθεί, ενώ ειδικά στη μαιευτική φροντίδα της λοχειάς τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα από άλλες χώρες φαίνεται να υπόσχονται μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις γυναίκες και την οικογένεια ,μειωμένη νοσηρότητα σε μητέρα και παιδί, και εξοικονόμηση χρημάτων για την πολιτεία. Στα πλαίσια της εργασίας δεν ήταν δυνατό να συγκεντρωθεί ιδιαίτερα μεγάλο ερευνητικό δείγμα προκειμένου να εξαχθούν πιο αντικειμενικά αποτελέσματα, λόγω μειωμένου χρόνου. Γίνεται απόπειρα ωστόσο να παρουσιασθεί ένα ενδιαφέρον και ολοκληρωμένο ερευνητικό εγχείρημα.

5.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στη μελέτη είναι :

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης.
- Αν η λεχωίδα επιλέγει τον μητρικό θηλασμό για τη σίτιση του νεογνού.
- Τα ποσοστά επανεισαγωγής της λεχωίδας και του νεογνού στο μαιευτήριο.
- Η πηγή ή οι πηγές ενημέρωσης των γυναικών για την ύπαρξη της υπηρεσίας.
- Οι λόγοι που ώθησαν την λεχωίδα να διαλέξει την υπηρεσία.
- Ο βαθμός ικανοποίησης τελικά από το πρόγραμμα.
- ο βαθμός ασφάλειας που ένιωσε η λεχωίδα.
- Η ύπαρξη ή όχι ψυχολογικής ωφέλειας από το πρόγραμμα.
- Η ύπαρξη ή όχι κούρασης και άγχους με τη χρήση του προγράμματος.
- Αν οι λεχωίδες νιώθουν ότι έχουν περισσότερο χρόνο με το νεογνό με αυτόν τον τρόπο.
- Αν έμειναν τελικά ευχαριστημένες ώστε να το επιλέξουν ξανά σε επόμενη εγκυμοσύνη
- Αν θα το σύστηναν στο κοινωνικό/φιλικό περιβάλλον.
- Και αν έχουν κάποιες παρατηρήσεις/σχόλια ως αρνητικά χαρακτηριστικά.

Με τη διατύπωση των παραπάνω ερωτημάτων διευκολύνθηκε να ορισθεί το ερευνητικό πλάνο και η σύνταξη του ερωτηματολογίου, του εργαλείου της μελέτης.

5.2 Σκοπός και αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί ο πληθυσμός που συμμετείχε στο πρόγραμμα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης, να αξιολογηθεί η ασφάλεια και η λειτουργικότητά της και να αναδυθούν τα πλεονεκτήματα ή τα μειονεκτήματα της υπηρεσίας αυτής. Ακόμη σκοπός της είναι να ερμηνευθούν οι σκέψεις και οι απόψεις των γυναικών σε σχέση με την υπηρεσία.

Επίσης, τα αποτελέσματά της να μπορέσουν να προάγουν την Υγεία, να διευρύνουν τους ορίζοντες των επαγγελματιών υγείας, να εφαρμοστεί ευρύτερα στην Ελλάδα και τελικά η κάθε γυναίκα να έχει την επιλογή της πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και της κατ' οίκον φροντίδας.

Με αυτόν τον τρόπο άλλωστε μπορεί να αναπτυχθεί η πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας η οποία έχει παραγκωνιστεί και παρακμάσει ενώ η σύγχρονη τάση επιτάσσει τη στήριξη του συστήματος υγείας σε αυτή, καθώς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της Εθνικής Υγείας.

5.3 Πληθυσμός μελέτης & Μέθοδοι

Ο πληθυσμός που μελετήθηκε είναι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό-κολπικό τοκετό και πληρούσαν όλες τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης. Ο πληθυσμός μελέτης είναι περιορισμένος καθώς επίσης η υπηρεσία δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη και η ανεύρεση γυναικών που να πληρούν τις προϋποθέσεις είναι λιγοστές. Ως τόπος διεξαγωγής της έρευνας ορίστηκε ο Νομός Θεσσαλονίκης και περιχώρων στις οποίες περιοχές κατοικούσαν μόνιμα οι λεχώιδες που έλαβαν μέρος στην έρευνα για την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον παρακολούθηση από μαιά.

5.3.1. Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία έγινε ανάμεσα σε γυναίκες που εντάσσονταν στον πληθυσμό μελέτης, βρίσκονταν στην όψιμη λοχεία και είχαν προηγουμένως λάβει εξ ολοκλήρου την υπηρεσία αυτή. Όμως αυτό που καθόρισε το δείγμα ήταν ο τρόπος πρόσβασης σε αυτό καθώς αποτελεί δύσκολο πληθυσμό μελέτης λόγω του μειωμένου αριθμού. Έτσι λοιπόν χρειάστηκε η βοήθεια μαιευτήρα ιατρού για τη συλλογή του δείγματος. Με αυτόν τον τρόπο τελικά συλλέχθηκε το δείγμα, έτσι ώστε να επιτευχθεί η επικοινωνία με τον πληθυσμό αυτό.

Στην έρευνα τελικά συμμετείχαν 41 λεχώιδες που πήραν μέρος στο πρόγραμμα πρώιμης εξόδου, σε ιδιωτικό μαιευτήριο της Θεσσαλονίκης, και γέννησαν με φυσιολογικό κολπικό τοκετό από τον Ιανουάριο του 2015 έως το Μάρτιο του 2015 και είχαν κοινό ιατρό. Καμία από αυτές δεν διατύπωσε άρνηση συμμετοχής. Η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν εθελοντική. Η επαφή με τη γυναίκα έγινε με τηλεφωνική επικοινωνία.

Η τηλεφωνική επικοινωνία μεταξύ της συνεντεύτριας και των γυναικών ξεκινούσε με τη γνωστοποίηση της ταυτότητας και ιδιότητας της συνεντεύτριας και του σκοπού της επικοινωνίας. Ακολουθώς υπογραμμίζονταν η ανωνυμία της συμμετοχής, σύμφωνα με τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και συζητιόταν εάν υπάρχει η δυνατότητα για της μικρής χρονικής διάρκειας επικοινωνία.

Εν συνεχεία οι γυναίκες καλούνταν να απαντήσουν σε σειρά ερωτήσεων που διατυπώθηκαν για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

5.3.2. Ερευνητικό Εργαλείο, Τηλεφωνική Συνέντευξη

Δομή και περιγραφή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε σύμφωνα με τους αντικειμενικούς στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, όπως έχουν διατυπωθεί στην ενότητα 5.1 και 5.2

Το ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε για τις ανάγκες της συνέντευξης, ήταν αυτοσχέδιο και αποτελείται από 25 συνολικά ερωτήσεις. Εικοσιτρείς ερωτήσεις κλειστού τύπου και δυο ανοικτού τύπου.

Οι ερωτήσεις 1 έως 7 αφορούν Δημογραφικά στοιχεία. Στις ερωτήσεις 1-3 ζητούνται η ηλικία, ο μόνιμος τόπος διαμονής και η καταγωγή των λεχωίδων. Στη συνέχεια στις ερωτήσεις 4-7 ζητούνται η βαθμίδα εκπαίδευσης, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, ο αριθμός των αδελφών τις λεχωίδας και ο αριθμός των ζώντων νεογνών που έχει γεννήσει. Με αυτά τα στοιχεία θα μπορέσουν να βγουν συμπεράσματα για τα χαρακτηριστικά των λεχωίδων που ζήτησαν ή δέχθηκαν να λάβουν μέρος στο πρόγραμμα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης. Επίσης θα μπορέσουν να γίνουν συσχετισμοί ανάμεσα στις δημογραφικές απαντήσεις και των υπολοίπων απαντήσεων, σε σημεία που θα προέκυπτε ενδιαφέρον να εξεταστούν. Η ερώτηση 5 αφορά όπως αναφέρθηκε παραπάνω αφορά το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Επειδή όμως το εισόδημα μιας οικογένειας είναι ευαίσθητη προσωπική πληροφορία έγινε προσπάθεια να μην είναι ιδιαίτερα ακριβής και να αφήνει περιθώρια διακύμανσης. Έτσι λοιπόν η κλίμακα των απαντήσεων περιλάμβανε <2000€, 2000-2500€, >2500 €. Οι λεχωίδες απαντούσαν έτσι με μεγαλύτερη ευκολία. Σύμφωνα με τους Sudman & Bradburn 1982, εξαιτίας της ύπαρξης διαφόρων προβλημάτων, οι ερωτήσεις που αφορούν το εισόδημα πολλές φορές δεν δίνουν επαρκής πληροφορίες. Συνήθως, το οικογενειακό εισόδημα δηλώνεται μικρότερο, όχι μόνο επειδή είναι ένα ευαίσθητο θέμα για πολλούς ανθρώπους, αλλά επειδή μπορεί να μη γνωρίζουν επακριβώς το εισόδημα άλλων μελών της οικογένειας ή να δηλώνουν όσα χρήματα φθάνουν στο σπίτι, αφαιρώντας τους φόρους και άλλες μειώσεις του εισοδήματος (Sudman & Bradburn 1982).

Οι ερωτήσεις 8-10 αφορούν τη Λοχεία και το Πρόγραμμα πρώιμης εξόδου. Σε αυτήν την ενότητα εξετάζεται ο βαθμός εμφάνισης του νεογνικού ίκτερου, ο αποκλειστικός ή όχι θηλασμός και η επανεισαγωγή της λεχωίδας ή του νεογνού στο μαιευτήριο. Έτσι λοιπόν μπορούν να βγουν συμπεράσματα για τη συχνότητα και το βαθμό εμφάνισης νεογνικού ίκτερου μετά από φυσιολογικό-κολπικό τοκετό και τα ποσοστά επανεισαγωγής του νεογνού λόγω της αιτίας αυτής. Στη συνέχεια μπορεί να εκτιμηθεί αν οι λεχωίδες του προγράμματος θηλάζουν αποκλειστικά ή με συμπλήρωμα και αν τελικά το πρόγραμμα τις βοηθάει σε αυτόν τον τομέα.

Οι ερωτήσεις 11-12 αφορούν την Πρώιμη έξοδος της λεχωίδας και του νεογνού. Σε αυτήν την ενότητα αναζητείται η πηγή ενημέρωσης των λεχωίδων για την ύπαρξη του προγράμματος και το αναδεικνύεται το κυριότερο πλεονέκτημα της πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης σύμφωνα με τις γυναίκες που έλαβαν μέρος σε αυτό.

Οι ερωτήσεις 13-16 αφορούν τη Μαία στην κατ' οίκον φροντίδα. Σε αυτήν την ενότητα σκοπός είναι να αξιολογηθεί κατά πόσο ήταν επαρκής η συμβουλευτική φροντίδα της μαίας κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση, η υποστηρικτική της διάθεση, ο προκαθορισμένος αριθμός επισκέψεων καθώς και η διάρκεια.

Οι ερωτήσεις 17-21 αφορούν τη ψυχολογία της Λεχωίδας & του Ζευγαριού. Σε αυτήν την ενότητα σκοπός ήταν να αξιολογηθεί ο βαθμός ασφάλειας που ένιωσε η λεχωίδα κατά την παραμονή της στο σπίτι και κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον παρακολούθησης καθώς και αν εξέλαβε κάποιο ψυχολογικό όφελος από την υπηρεσία αυτή. Στη συνέχεια αναζητείται η ύπαρξη άγχους κατά την περίοδο αυτή αλλά και ο βαθμός της κούρασης που αντιμετώπισε η λεχωίδα. Τέλος, αναζητείται η ο βαθμός ύπαρξης χρόνου για την απόλαυση του νέου μέλους της οικογένειας από τη λεχωίδα και την λοιπή οικογένεια.

Οι ερωτήσεις 22-24 αφορούν την Άποψη της λεχωίδας. Τέλος, αποκομίστηκε η άποψη της λεχωίδας για την υπηρεσία σε σχέση με την επανεκλογή της υπηρεσίας σε πιθανή επόμενη εγκυμοσύνη, με τη σύσταση της υπηρεσίας στο φιλικό/κοινωνικό τους περιβάλλον και με την δήλωση παρατηρήσεων για την βελτίωση της υπηρεσίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

6.1 Στατιστικές μέθοδοι -Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Για την ανάλυση των δεδομένων, ποσοτικών και ποιοτικών απαντήσεων χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα και πίτες με εκατοστιαία κατανομή των ποσοστών.

6.1.1.Υποθέσεις- Μεταβλητές

Η λέξη υπόθεση χρησιμοποιείται γενικά στην έρευνα για να αναφερθεί στις υποθέσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξηγήσουν τις παρατηρήσεις, είναι δηλαδή μια εικασία που έχει διαμορφωθεί με σκοπό να δοκιμαστεί (Burns 2000). Όπου διαμορφώνονται μηδενικές υποθέσεις, διατυπώνονται και εξετάζονται στην ίδια παράγραφο.

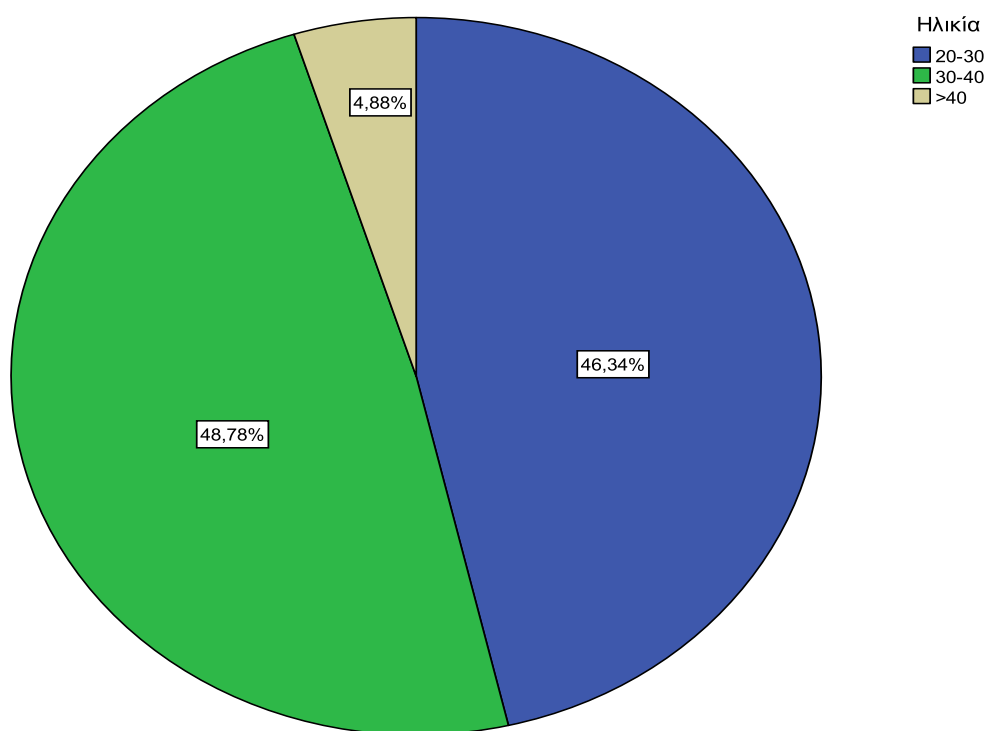
Οι κύριες μεταβλητές στην παρούσα έρευνα διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και προκωδικοποιήθηκαν, προκειμένου να μπορούν να περαστούν τα στοιχεία στο στατιστικό πρόγραμμα για την απαραίτητη στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Για τη διαμόρφωση συμπερασμάτων αναφορικά με τους αντικειμενικούς στόχους της έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν, σαν ανεξάρτητες μεταβλητές οι ερωτήσεις 1-6 και 9-24. Σαν εξαρτημένες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι ερωτήσεις που αφορούσαν τον τόκο, τον ίκτερο και την επανεισαγωγή της λεχωίδας ή του νεογνού στο μαιευτήριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται σχηματικά τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη χωρίς να παρατίθεται εκτενής σχολιασμός. Οι Πίνακες στατιστικής σημαντικότητας μεταβλητών παρουσιάζονται στο παράρτημα.

7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά λεχωίδων

7.1.1. Η ηλικιακή κατανομή των λεχωίδων που δέχθηκαν/ζήτησαν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των ηλικιακών ομάδων που δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.

Όπως φαίνεται οι ηλικίες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή μοιράζονται ως εξής:

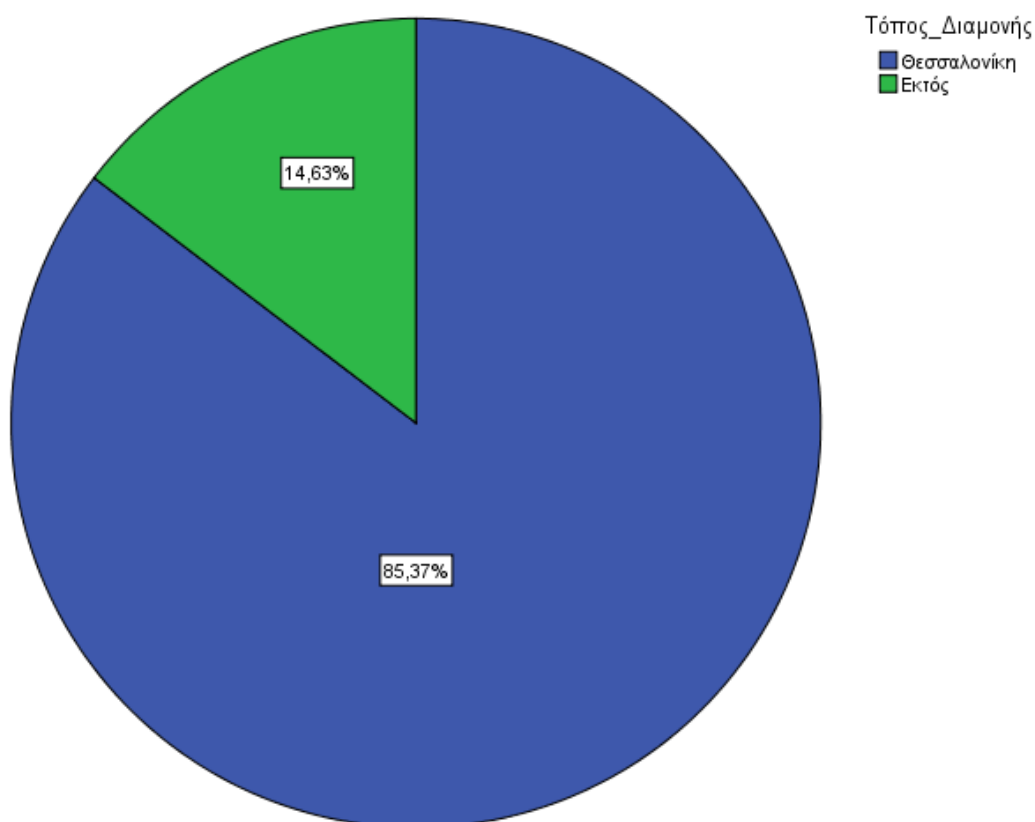
- ✓ Το 48,78% των γυναικών εντάσσονταν στην ηλικιακή ομάδα των 30-40 ετών.
- ✓ Το 46,34% των γυναικών εντάσσονταν στην ηλικιακή ομάδα των 20-30 ετών.
- ✓ Το 4,88% των γυναικών εντάσσονταν στην ηλικιακή ομάδα των >40 ετών.

Συμπέρασμα:

Δεν παρατηρείται σαφής διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 30-40 και 20-30 από άποψη προτίμησης της υπηρεσίας, ενώ παρατηρούνται πολύ μικρά ποσοστά προτίμησης στις ηλικίες άνω των 40.

Το αποτέλεσμα αυτό παρουσιάζει την κατανομή της προτίμησης της υπηρεσίας πρώιμης εξόδου ανά ηλικιακή ομάδα. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στατιστικά ο μεγαλύτερος αριθμός γεννήσεων στην Ελλάδα συμβαίνει στις ηλικιακές ομάδες των 20-30 και 30-40 ετών, γεγονός αναμενόμενο για να επηρεάζει και τα παραπάνω ποσοστά.

7.1.2. Η κατανομή του τόπου Διαμονής των λεχωίδων που δέχθηκαν/ζήτησαν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά του τόπου στον οποίο διαμένουν μόνιμα οι λεχωίδες που δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία

Όπως φαίνεται οι λεχωίδες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή μοιράζονται ως εξής:

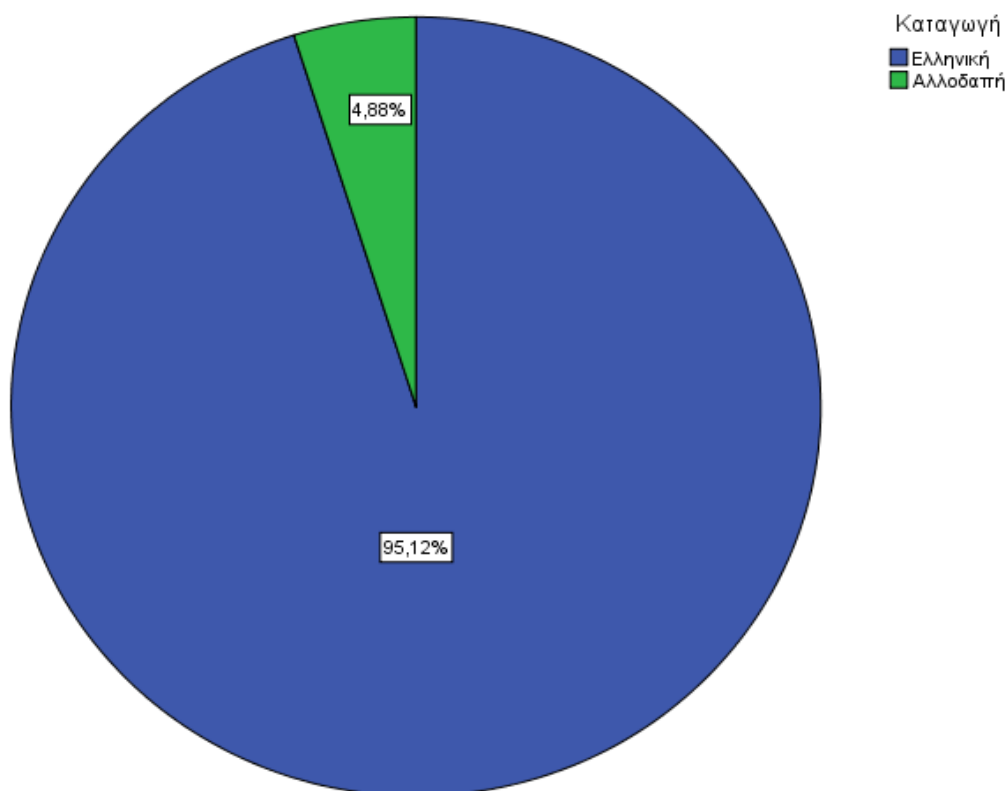
- ✓ Το 85,37% των λεχωίδων διαμένουν μόνιμα στον Ν. Θεσσαλονίκης.
- ✓ Το 14,63% των λεχωίδων διαμένουν μόνιμα Εκτός Ν. Θεσσαλονίκης.

Συμπέρασμα:

Το συντριπτικό ποσοστό των λεχωίδων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα αυτό διαμένουν μόνιμα στον Ν. Θεσσαλονίκης.

Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι γυναίκες που διαμένουν στο Ν. Θεσσαλονίκης είναι πιθανό να δείχνουν περισσότερη προτίμηση στην υπηρεσία αυτή από άποψη διαφορετικής νοοτροπίας και πληροφόρησης για την υπηρεσία αυτή. Η απόσταση του σπιτιού από την κλινική αποτελεί επιπλέον εμπόδιο για την επιλογή των υπηρεσιών πρώιμης εξόδου. Όλες αυτές είναι μεταβλητές που μπορεί να επηρεάζουν το αποτέλεσμα.

7.1.3. Η κατανομή των λεχωίδων που δέχθηκαν/ζήτησαν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας, όσον αφορά την καταγωγή τους .



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών που έχουν ελληνική και αλλοδαπή καταγωγή, που δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.

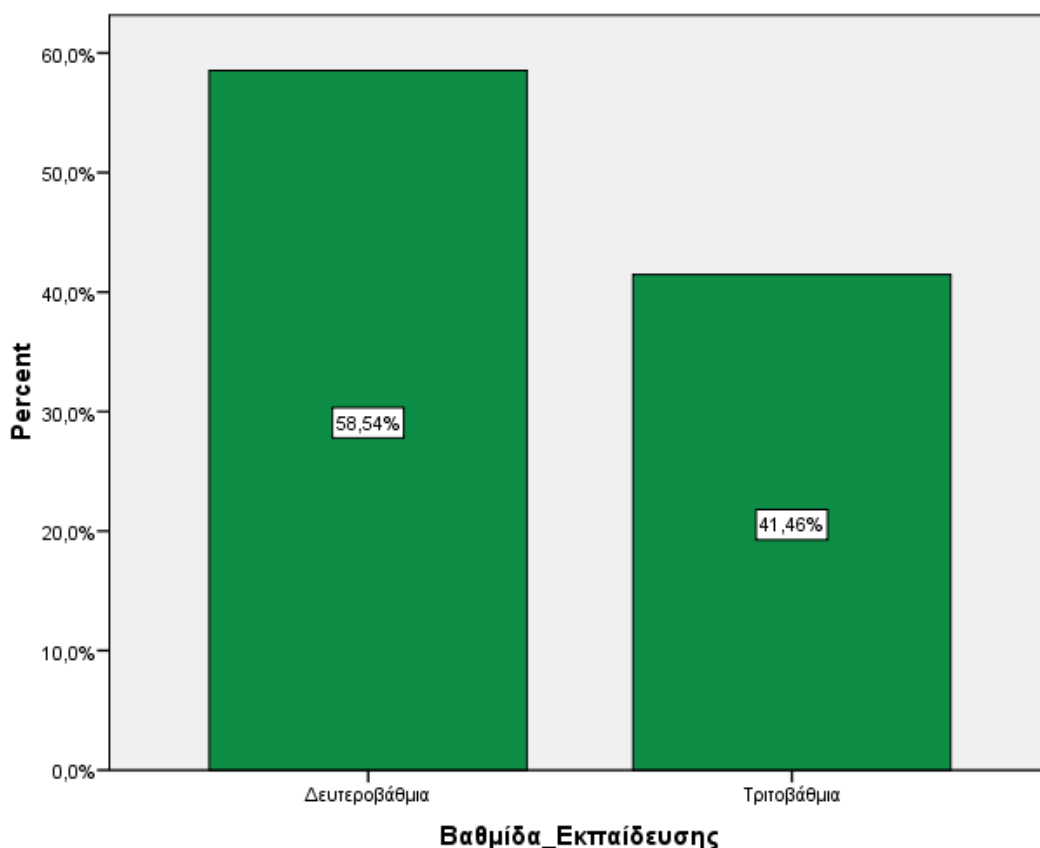
Οι λεχωίδες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή κατανέμονται ως εξής:

- ✓ Το 95,12% των γυναικών είχαν ελληνική καταγωγή.
- ✓ Το 4,88% των γυναικών είχαν αλλοδαπή καταγωγή.

Συμπέρασμα:

Το συντριπτικό αυτό αποτέλεσμα αποδεικνύει ότι οι γυναίκες με ελληνική καταγωγή προτίμησαν πολύ περισσότερο την υπηρεσία αυτή σε σχέση με γυναίκες με αλλοδαπή καταγωγή. Αυτό μπορεί να σημαίνει πως η νοοτροπία/κουλτούρα της γυναίκας με ελληνική καταγωγή έχει εξελιχθεί και έχει κατανοηθεί η ανάγκη για φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια, η ανάγκη για πρόληψη ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, η εξοικονόμηση νοσοκομειακού υλικού και χρημάτων και η φυσιολογικότητα του τοκετού ως διαδικασία. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού στη χώρα μας έχει ελληνική καταγωγή και ίσως η πληροφόρηση των γυναικών με αλλοδαπή καταγωγή είναι ενδελεχής. Ακόμη, οι άποροι μετανάστες δε θα μπορούν να εξασφαλίσουν ακόμη και το μειωμένο κόστος αυτών των υπηρεσιών για να το επιλέξουν, ως εκ τούτου προτιμούν τα δημόσια νοσοκομεία.

7.1.4. Η κατανομή των λεχωίδων σε σχέση με την Βαθμίδα Εκπαίδευσης στην οποία εντάσσονται, που δέχθηκαν/ζήτησαν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών ανάλογα με την Βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία ανήκουν και δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.

Όπως φαίνεται οι λεχωίδες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή μοιράζονται ως εξής:

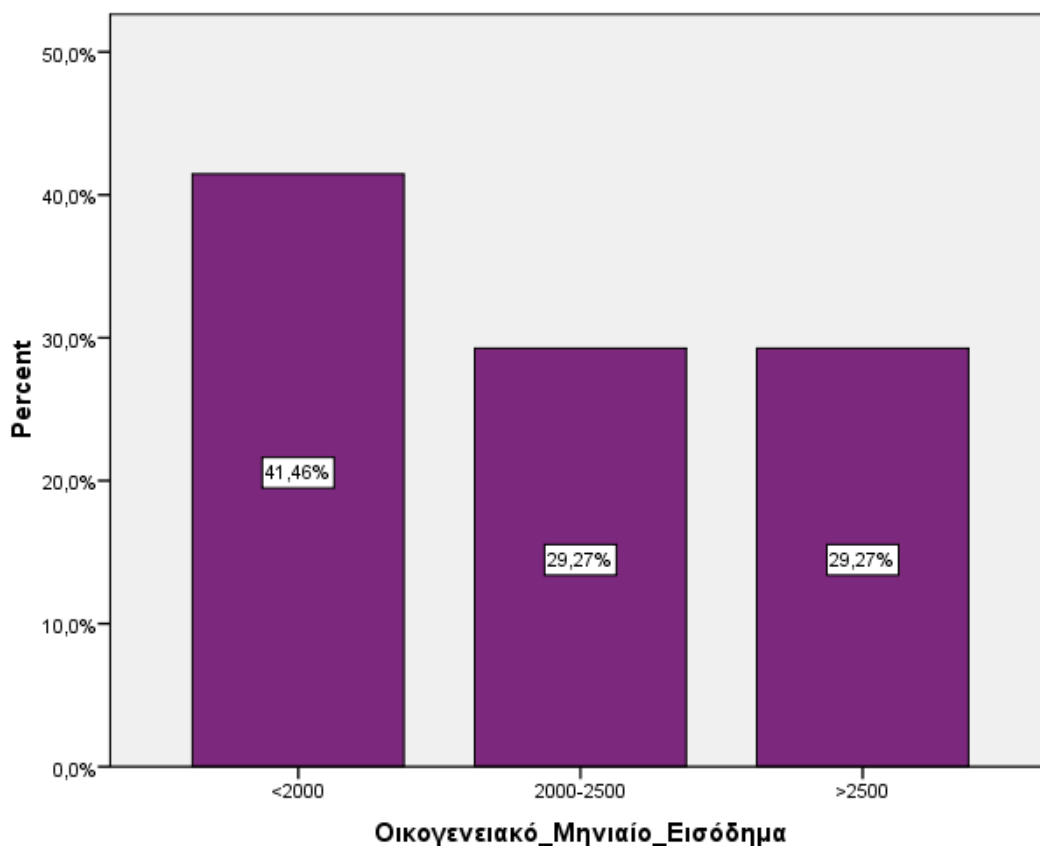
- ✓ Το 58,54% των γυναικών έχουν λάβει εκπαίδευση Δευτεροβάθμιας Βαθμίδας.
- ✓ Το 41,46% των γυναικών έχουν λάβει εκπαίδευση Τριτοβάθμιας Βαθμίδας.

Συμπέρασμα:

Τα ποσοστά αυτά παρουσιάζουν διαφορά κατά 17,08% , γεγονός που δείχνει στη μελέτη αυτή ότι γυναίκες με Δευτεροβάθμια εκπαίδευση προτιμούν ή δέχονται την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας περισσότερο από τις γυναίκες που έχουν λάβει την υψηλότερη μόρφωση και εκπαίδευση της Τριτοβάθμιας Βαθμίδας.

Θα αναμενόταν οι γυναίκες που έχουν λάβει Τριτοβάθμια Εκπαίδευση να προτιμούν σε μεγαλύτερη ποσότητα την υπηρεσία της πρώιμης εξόδου. Τα παραπάνω ποσοστά αφορούν μικρό δείγμα και δε θα έπρεπε ίσως να ερμηνευθούν αυστηρά.

7.1.5. Η κατανομή των λεχωίδων ανάλογα με το Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα που λαμβάνουν, που δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών ανάλογα με το Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα που δήλωσαν ότι λαμβάνουν και δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.

Όπως φαίνεται οι λεχωίδες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή μοιράζονται ως εξής:

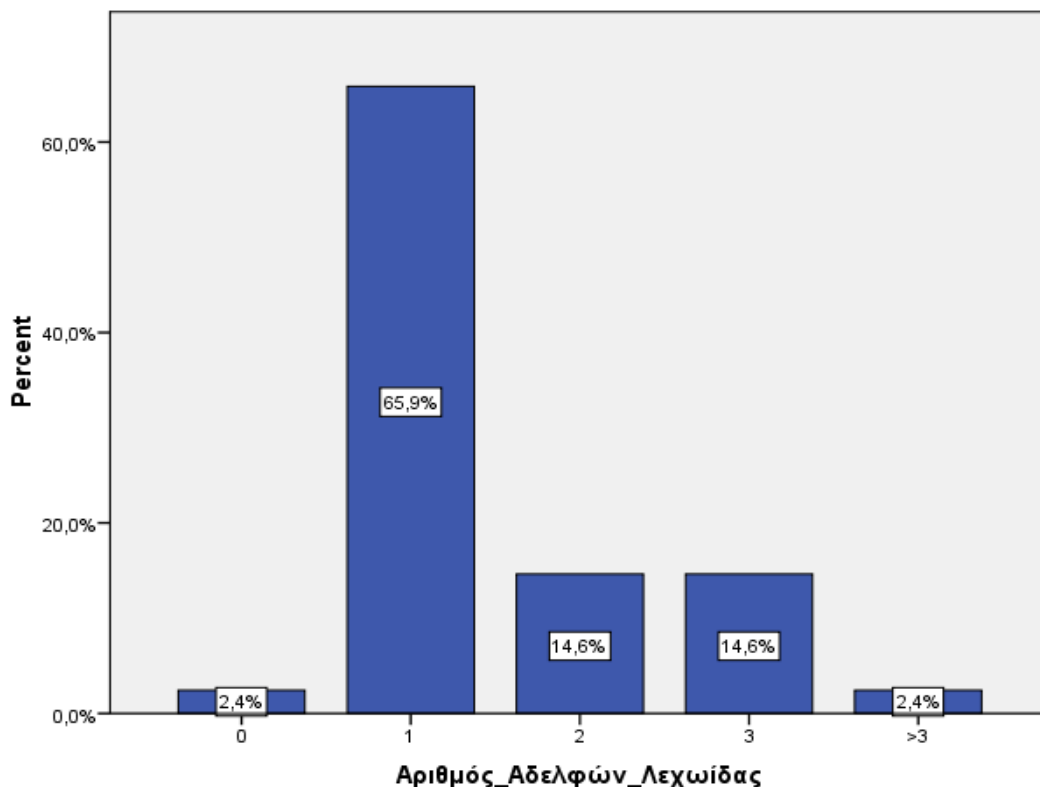
- ✓ Το 41,46% των γυναικών λαμβάνουν μηνιαία και οικογενειακά <2000€.
- ✓ Το 29,27% των γυναικών λαμβάνουν μηνιαία και οικογενειακά 2000-2500€
- ✓ Το 29,27% των γυναικών λαμβάνουν μηνιαία και οικογενειακά >2500€.

Συμπέρασμα:

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα <2000€ προτιμούν πολύ περισσότερο την υπηρεσία αυτή. Το γεγονός μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι η υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας είναι σαφώς πιο οικονομική από παραμονή σε ένα μαιευτήριο για μεγαλύτερο διάστημα και τελικά προτιμάται από οικογένειες με λιγότερες οικονομικές απολαβές.

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί πως το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης επηρεάζει τη χώρα μας, και για το λόγο αυτό οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να μειώσουν το οικονομικό κόστος τους. Η πρώιμη έξοδος της λεχωίδας και του νεογνού από το μαιευτήριο θα πρέπει να προσφέρεται από δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια εξυπηρετώντας την κατεύθυνση αυτή.

7.1.6. Η κατανομή των λεχωίδων ανάλογα με τον Αριθμό Αδελφών που είχαν, που δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών ανάλογα με το πόσα αδέρφια έχει η κάθε μία και η οποία δέχθηκε/ζήτησε την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.

Όπως φαίνεται οι λεχωίδες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή μοιράζονται ως εξής:

- ✓ Το 65,9% των γυναικών έχουν 1 αδελφό/ή.
- ✓ Το 14,6% των γυναικών έχουν 2 αδέρφια.
- ✓ Το 14,6% των γυναικών έχουν 3 αδέρφια.
- ✓ Το 2,4 % των γυναικών έχουν >3 αδέρφια.
- ✓ Το 2,4 % των γυναικών δεν έχουν καθόλου αδέρφια.

Συμπέρασμα:

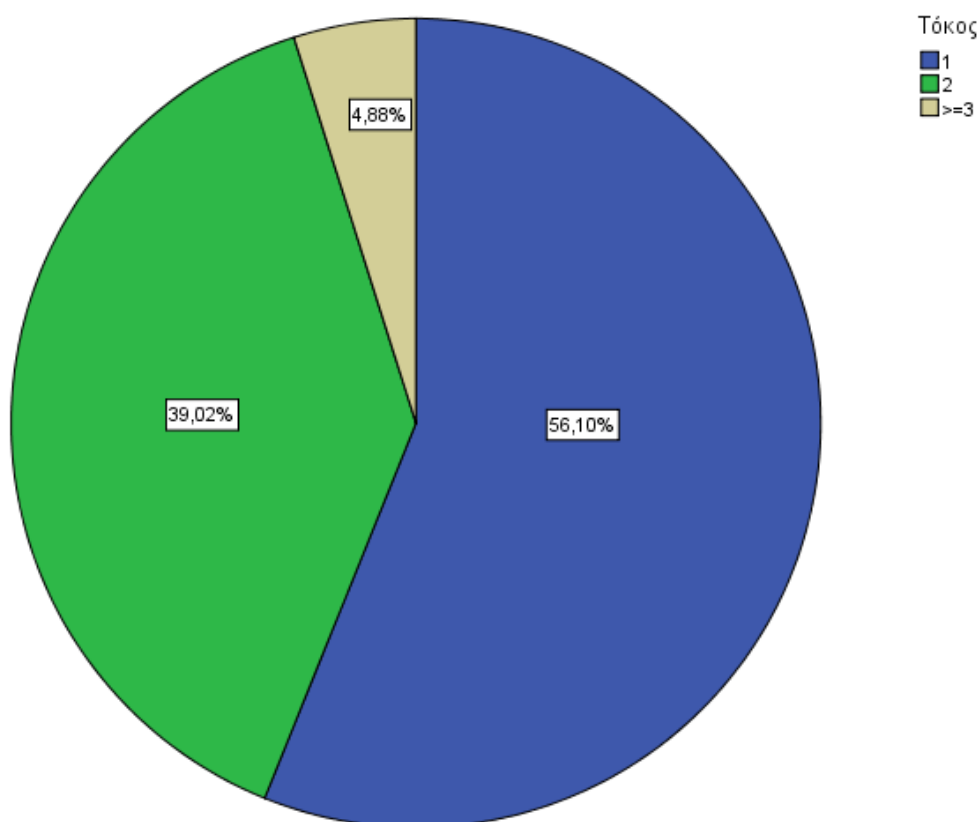
Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι γυναίκες που προτίμησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα είχαν σε συντριπτικό ποσοστό μόνο 1 αδελφό/ή.

Το γεγονός αυτό αποδεικνύει πως οι γυναίκες που διάλεξαν την υπηρεσία αυτή δεν είναι απαραίτητα εξοικειωμένες με την διαδικασία του τοκετού, τη φροντίδα παιδιών και την ανάπτυξη της οικογένειας ώστε να τις επηρεάσει στην απόφαση αυτή.

Πιο σημαντική μεταβλητή φαίνεται να είναι η ενημέρωση που λαμβάνουν πλέον και η εμπιστοσύνη στην εξέλιξη της Μαιευτικής επιστήμης και των επιστημόνων υγείας που τους περιθάλλουν.

Ακόμη θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι περισσότερες ελληνικές οικογένειες πλέον γεννούν 2 μόνο παιδιά οπότε αποτελούν την πλειονότητα του πληθυσμού.

7.1.7 Η κατανομή των λεχωίδων ανάλογα με τον Αριθμό Ζώντων Νεογνών που έχουν γεννήσει και δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών ανάλογα με το πόσα ζώντα νεογνά έχουν γεννήσει και δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.

Όπως φαίνεται οι λεχωίδες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή μοιράζονται ως εξής:

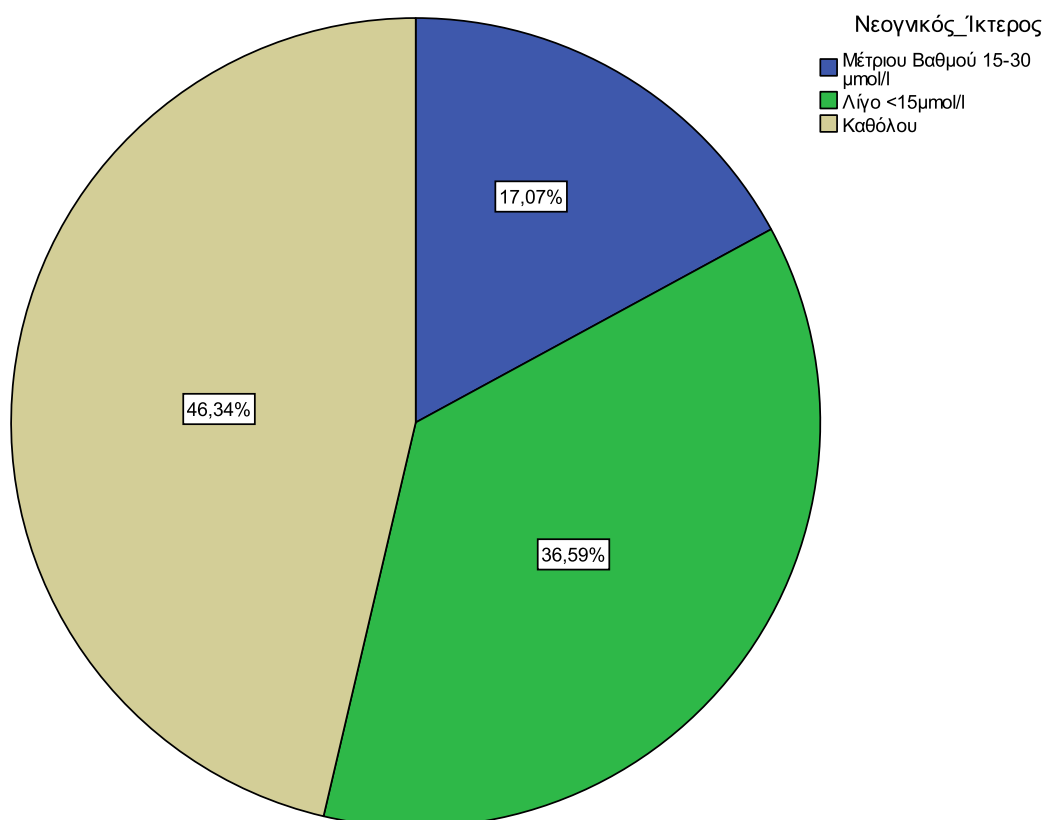
- ✓ Το 56,10% των λεχωίδων ήταν πρωτοτόκες.
- ✓ Το 39,02% των λεχωίδων ήταν δευτεροτόκες.
- ✓ Το 4,88% των λεχωίδων ήταν πολυτόκες.

Συμπέρασμα:

Το 56,10% των λεχωίδων ήταν πρωτοτόκες γεγονός που σημαίνει ότι οι γυναίκες δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία τοκετού και άρα ήταν πολύ πιο δεκτικές στο νέο αυτό μοτίβο και πρόγραμμα καθώς δεν είχαν δοκιμάσει το παλιό και γενικευμένο-συνηθισμένο πλαίσιο νοσηλείας μετά από φυσιολογικό τοκετό.

7.2. Λοχεία

7.2.1 Η κατανομή των νεογνών που εμφάνισαν ίκτερο από λεχωίδες που δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των νεογνών που εμφάνισαν ίκτερο μετά το τέταρτο κατά την κατ' οίκον φροντίδα από μαία. Τα νεογνά αυτά παρέμειναν στο περιβάλλον του σπιτιού, όπου και θεραπεύτηκαν με την χρήση φωτοθεραπείας και φυσικού ηλιακού φωτός. Ορισμένα επανεισάχθηκαν στην κλινική προληπτικά για σύντομη θεραπεία ίκτερου μέτριου βαθμού κοντά δηλαδή στα 17 μmol/l.

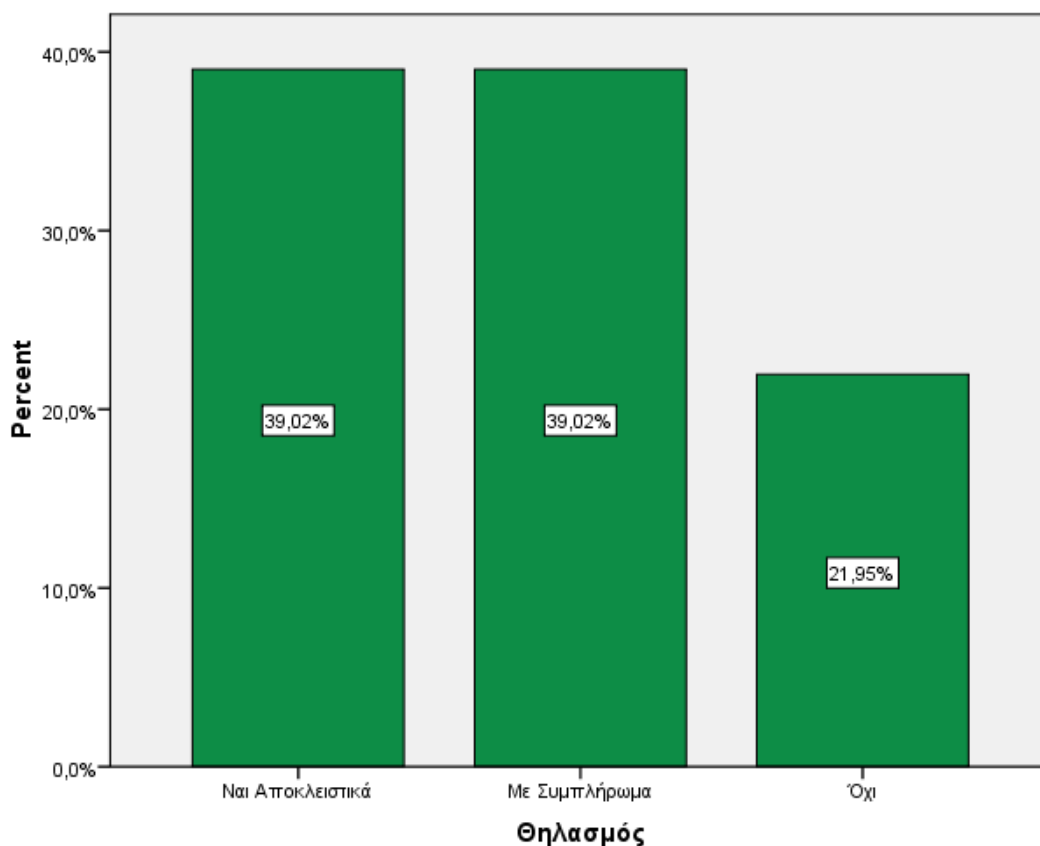
Όπως φαίνεται τα νεογνά που εμφάνισαν ίκτερο μοιράζονται ως εξής:

- ✓ Το 46,34% των νεογνών δεν εμφάνισαν καθόλου ίκτερο.
- ✓ Το 36,59% των νεογνών εμφάνισαν μέτριου βαθμού ίκτερο <15 μmol/l.
- ✓ Το 17,07% των νεογνών εμφάνισαν ίκτερο μέτριου βαθμού 15-30 μmol/l.

Συμπέρασμα:

Το 46,34% των νεογνών δεν εμφάνισαν τελικά καθόλου ίκτερο ,το 36,59% σε ελάχιστο βαθμό, γεγονός που ενισχύει τη θέση ότι τα νεογνά που αφήνουν την κλινική είναι απόλυτα υγιή και με πολύ χαμηλά ποσοστά επανεισαγωγής λόγω ίκτερου. Ακόμη και αν το νεογνό εμφανίσει μέτριου βαθμού ίκτερο δεν σημαίνει πως πρέπει να επανεισαχθεί στην κλινική ειδικά αν αυτό θηλάζει καθώς ο φυσιολογικός ίκτερος κυμαίνεται κάτω από τα 30 μmol/l και μπορεί να αντιμετωπιστεί και στο σπίτι. Γεγονός που σημαίνει συνοπτικά ότι το 100% των νεογνών δεν χρειάστηκαν απαραίτητα επανεισαγωγή για θεραπεία.

7.2.2. Η κατανομή των λεχωίδων σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό οι οποίες δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών ανάλογα με το αν θήλασαν τα νεογνά τους αποκλειστικά ή με συμπλήρωμα ή και καθόλου και θέλησαν να λάβουν την υπηρεσία της πρώιμης εξόδου και της κατ' οίκον φροντίδας.

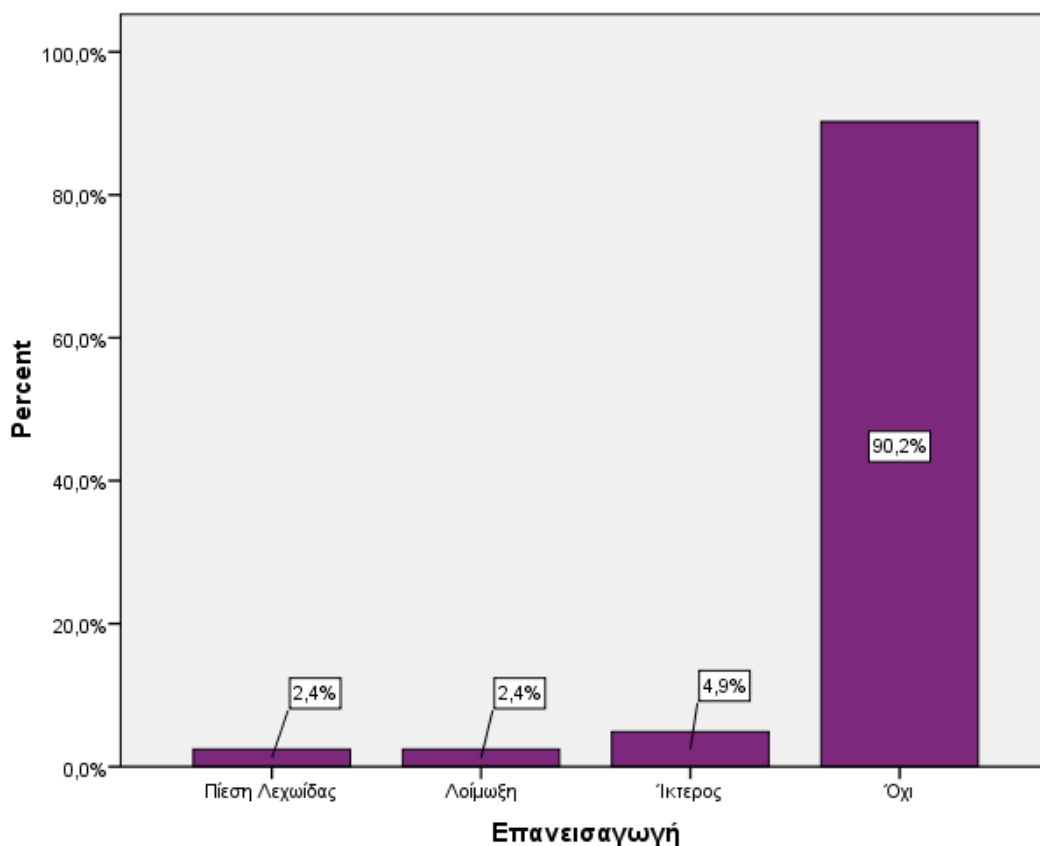
Όπως φαίνεται οι λεχωίδες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή μοιράζονται ως εξής:

- ✓ Το 39,02% των λεχωίδων προτίμησαν να θηλάσουν αποκλειστικά.
- ✓ Το 39,02% των λεχωίδων προτίμησαν να θηλάσουν σε συνδυασμό με συμπλήρωμα.
- ✓ Το 21,95% των λεχωίδων δεν θήλασαν τα νεογνά τους καθόλου.

Συμπέρασμα:

Το 78,04% των λεχωίδων θήλασαν ή προσπάθησαν να θηλάσουν γεγονός που είναι αρκετά αισιόδοξο για την εξάπλωση και εγκαθίδρυση του θηλασμού στην Ελλάδα. Παρόλα αυτά η προσπάθεια αυτή δεν είναι αξιόπιστη και πλήρως αισιόδοξη καθώς η προσπάθεια αυτή κρατάει λίγο χρονικό διάστημα σε συντριπτικό ποσοστό ενώ υπάρχουν ορισμένες ελάχιστες εξαιρέσεις που συνεχίζουν τον θηλασμό πάνω από 5-6 μήνες. Η αποτυχία του θηλασμού με λίγα λόγια δεν έγκειται στην άρνηση των γυναικών για θηλασμό αλλά στην έλλειψη καθοδήγησης και υποστήριξης για την εγκατάστασή του.

7.2.3. Η κατανομή των λεχωίδων και των νεογνών που δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία και χρειάστηκαν να επανεισαγωγή στην κλινική για διάφορους λόγους.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών και των νεογνών νεογνών που δέχθηκαν/ζήτησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα από μαία και χρειάστηκαν να επανεισαγωγή στην κλινική για διάφορους λόγους όπως η πίεση της λεχωίδας, λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, και νεογνικός ίκτερος.

Όπως φαίνεται οι λεχωίδες που προτίμησαν την υπηρεσία αυτή μοιράζονται ως εξής:

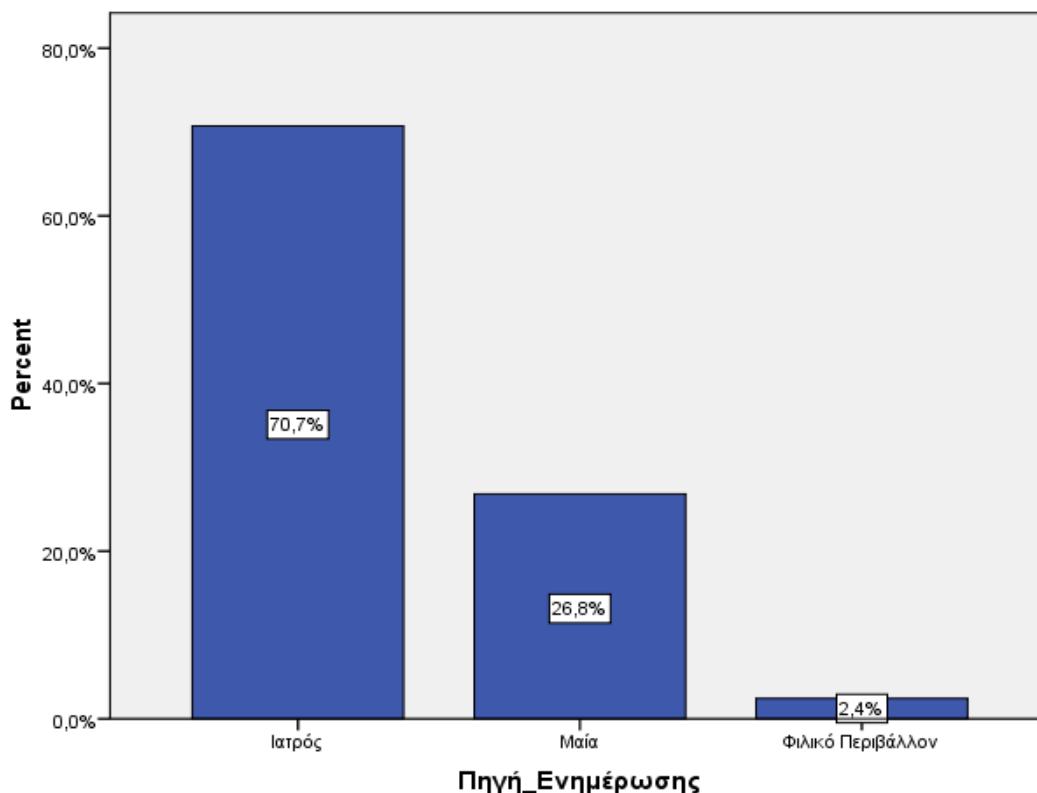
- ✓ Το 90,2% των λεχωίδων & των νεογνών τους δεν χρειάστηκαν επανεισαγωγή.
- ✓ Το 4,9% των νεογνών επανεισάχθηκαν προληπτικά λόγω ίκτερου.
- ✓ Το 2,4% των λεχωίδων επανεισάχθηκαν λόγω λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού.
- ✓ Το 2,4% των λεχωίδων επανεισάχθηκαν λόγω υψηλής πίεσης.

Συμπέρασμα:

Είναι φανερό πως μετά από την πάροδο δύο 24ώρων μέσα στην κλινική η λεχωίδα και το νεογνό είναι απόλυτα υγιή και ασφαλή ώστε να επιστρέψουν σπίτι καθώς κανένας λόγος επανεισαγωγής από τους παραπάνω δεν σχετίζεται με το περιβάλλον που βρίσκεται κάθε φορά η λεχωίδα, είναι γεγονότα που θα μπορούσαν να συμβούν είτε στην κλινική είτε στο σπίτι, άλλωστε η παρακολούθηση στο σπίτι από μαία είναι η ίδια με αυτή που θα λάμβανε στην κλινική. Η επανεισαγωγή συνολικά σχετίζεται περισσότερο με τον έλεγχο και την πρόληψη παρά με τη μορφή βαριάς θεραπείας.

7.3. Πρώιμη επιστροφή στο σπίτι της λεχωίδας και του νεογνού

7.4.1. Η προέλευση της ενημέρωσης σύμφωνα με γυναίκες που δέχθηκαν/ζήτησαν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζεται η πηγή ενημέρωσης των γυναικών που τελικά δέχθηκαν/ζήτησαν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας.

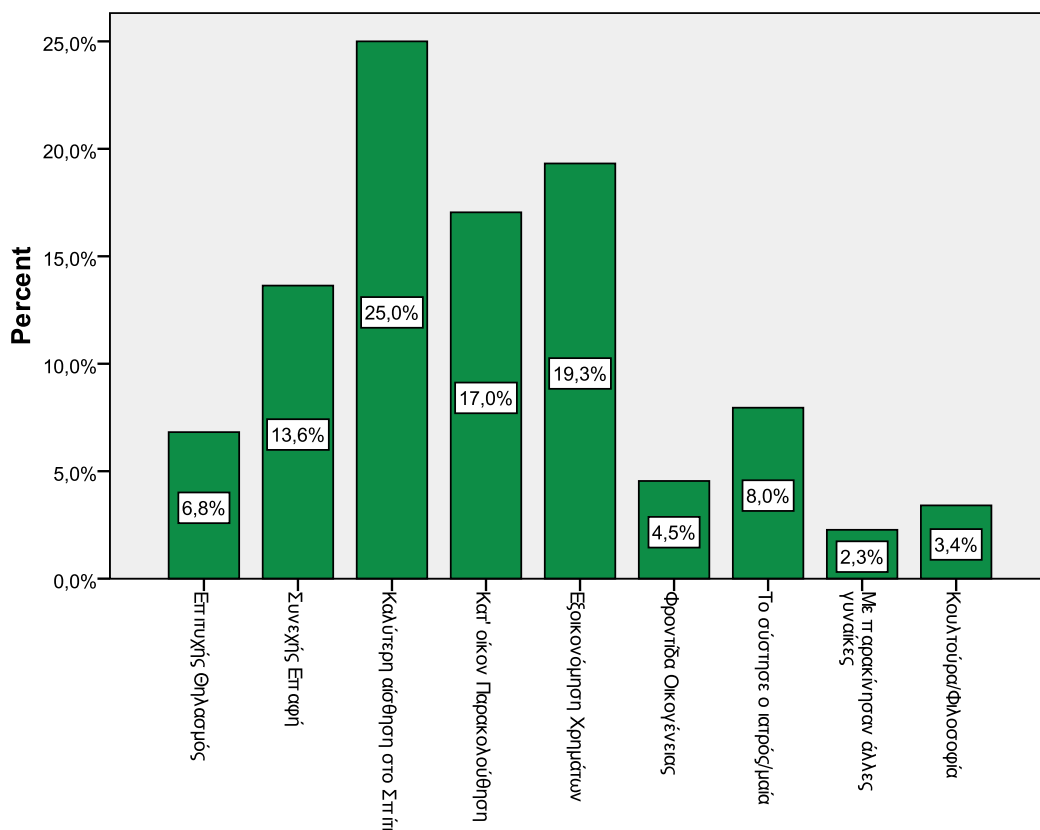
Όπως φαίνεται η προέλευση της ενημέρωσης μοιράζεται ως εξής:

- ✓ Το 70,7% της ενημέρωσης προέρχεται από τον ιατρό που τις παρακολουθούσε.
- ✓ Το 26,8% της ενημέρωσης προέρχεται από την εκάστοτε μαία της κλινικής.
- ✓ Το 2,4% της ενημέρωσης προήλθε από το φιλικό περιβάλλον.

Συμπέρασμα:

Καθώς η μαιευτική φροντίδα στη χώρα μας είναι ιατροκοιμημένη, έτσι είναι επόμενο ο μαιευτήρας ιατρός να αναλαμβάνει και να καθοδηγεί τη συνολική φροντίδα της γυναίκας. Οι μαίες έλαβαν μόνο το 26,8% της πηγής ενημέρωσης, καθώς ήρθαν σε επαφή για πρώτη φορά με τις γυναίκες όταν χρειάστηκε να προσέλθουν για ενημέρωση και επιλογή κλινικής και κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους στο μαιευτικό τμήμα. Τέλος, παρατηρείται πως το φιλικό περιβάλλον έλαβε μόνο το 2,4% της πηγής ενημέρωσης. Αυτό μπορεί να σημαίνει πως η υπηρεσία δεν είναι ιδιαίτερα γνωστή στο ευρύ κοινό μιας και αποτελεί κάτι πρωτόγνωρο και πρωτοποριακό για την ελληνική κοινωνία. Επίσης εφαρμόζεται σε μία και μοναδική κλινική στη Βόρεια Ελλάδα. Το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη πως πρέπει να περάσει επαρκής χρόνος για την προώθηση της υπηρεσίας και της διάδοσής της.

7.3.2.Οι επικρατέστεροι λόγοι για τους οποίους ζήτησαν ή δέχθηκαν οι λεχωίδες λάβουν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας.



Επικρατέστεροι_Λόγοι

Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται σε ποσοστά οι επικρατέστεροι λόγοι για τους οποίους ζήτησαν ή δέχθηκαν οι λεχωίδες λάβουν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας. Η ερώτηση αυτή ορίστηκε ως πολλαπλών απαντήσεων.

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, τα ποσοστά μοιράζονται ως εξής:

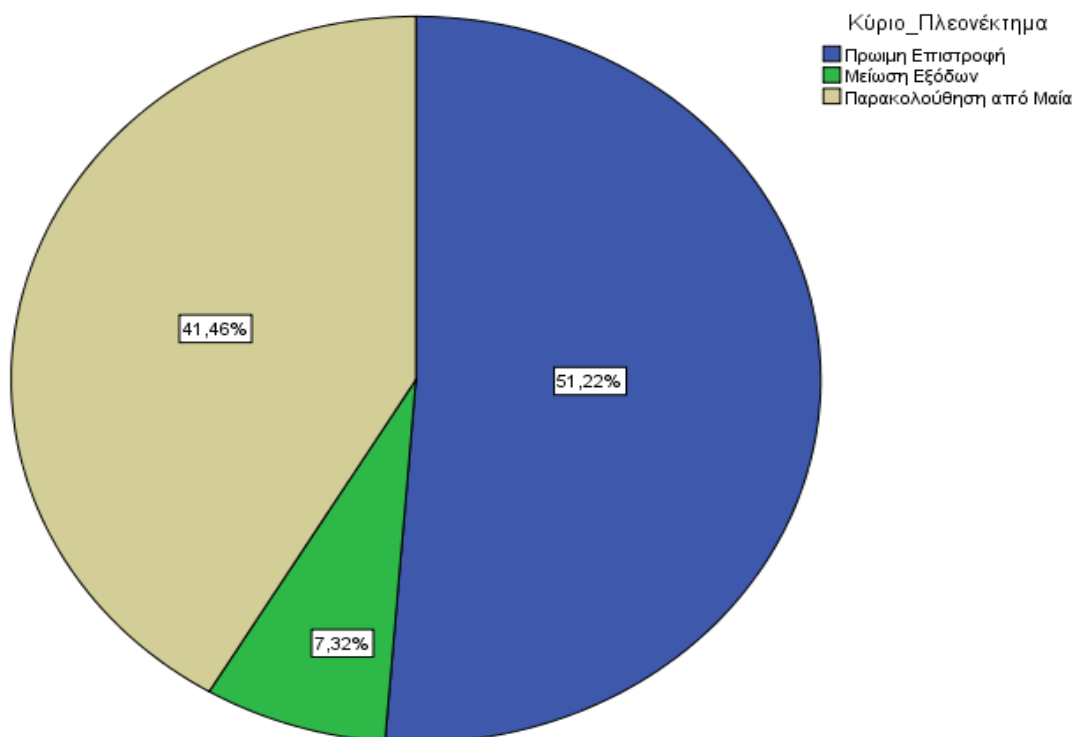
- ✓ Το 25,0 % διάλεξε την υπηρεσία επειδή ένιωθε καλύτερα στο περιβάλλον του σπιτιού.
- ✓ Το 19,3% διάλεξε την υπηρεσία επειδή θα εξοικονομούσε χρήματα.
- ✓ Το 17% διάλεξε την υπηρεσία επειδή θα είχε το πλεονέκτημα της κατ' οίκον παρακολούθησης από μαία.
- ✓ Το 13,6% διάλεξε την υπηρεσία για να έχει συνεχή επαφή και δέσιμο με το νεογέννητο.
- ✓ Το 8,0% διάλεξε την υπηρεσία επειδή τους το σύστησε ο ιατρός ή η μαία.
- ✓ Το 6,8% διάλεξε την υπηρεσία με σκοπό να εγκαταστήσει τον μητρικό θηλασμό.
- ✓ Το 4,5% διάλεξε την υπηρεσία ώστε να έχει τη δυνατότητα με την πρώιμη έξοδο να φροντίσει την οικογένειά του.
- ✓ Το 3,4% διάλεξε την υπηρεσία επειδή ήταν στην κουλτούρα/φιλοσοφία του.
- ✓ Το 2,3% διάλεξε την υπηρεσία επειδή το παρότρυναν άλλες γυναίκες που έλαβαν την ίδια υπηρεσία.

Συμπέρασμα:

Τα ποσοστά είναι φανερό πως είναι μοιρασμένα στις διάφορες μεταβλητές. Αυτό αποδεικνύει πως η υπηρεσία έχει πολλά πλεονεκτήματα και το κάθε ένα από αυτά επηρεάζει το δείγμα στην κρίση του ανάλογα με τις ανάγκες που έχει κάθε φορά και

τις αντιλήψεις του. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί πως το 25% διάλεξε την υπηρεσία επειδή ένιωθε καλύτερα στο περιβάλλον του σπιτιού, το 19,3% επειδή θα εξοικονομούσε χρήματα, και το 17% λόγω της κατ' οίκον παρακολούθησης από μαία.

7.3.3. Το κύριο πλεονέκτημα του προγράμματος πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας σύμφωνα με τις γυναίκες που έλαβαν μέρος σε αυτό.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα του προγράμματος πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας σε ποσοστιαίες μονάδες σύμφωνα με τη γνώμη των γυναικών που έλαβαν μέρος σε αυτό.

Όπως φαίνεται η άποψη των γυναικών μοιράζεται ως εξής:

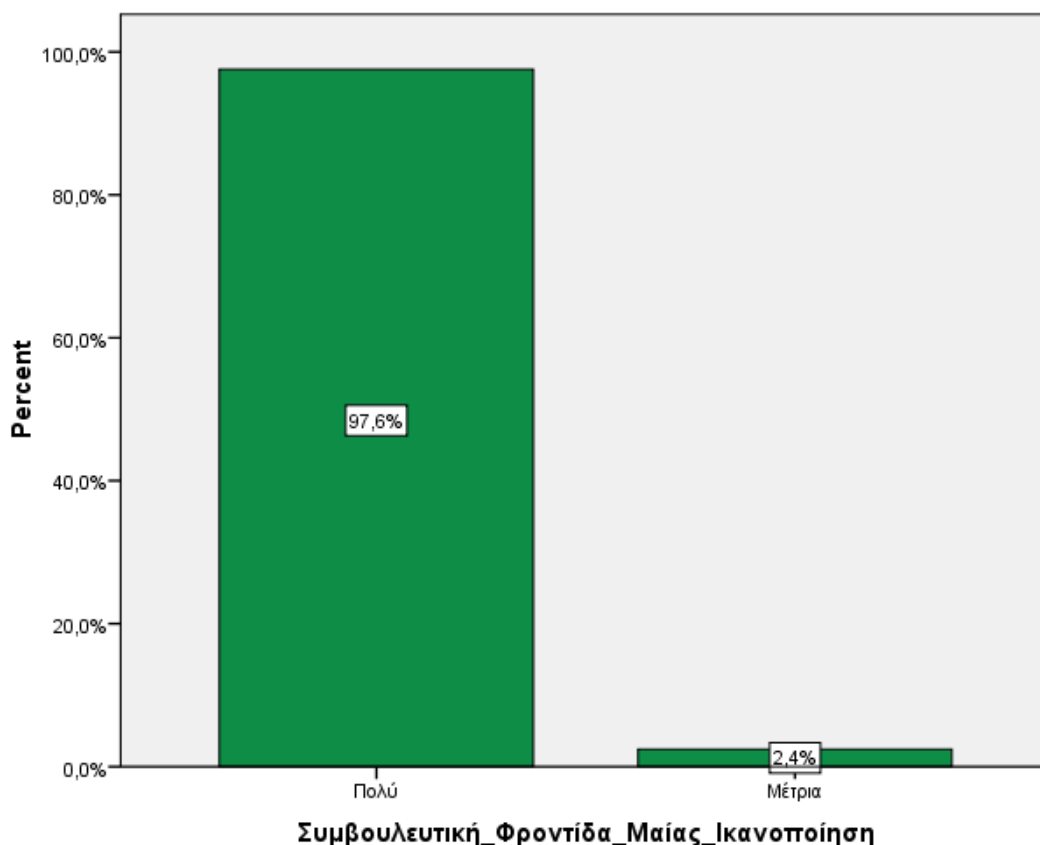
- ✓ Το 51,22% συμφώνησε πως το κύριο πλεονέκτημα είναι η πρώιμη επιστροφή.
- ✓ Το 41,46% συμφώνησε πως το κύριο πλεονέκτημα είναι η παρακολούθηση από μαία στο σπίτι.
- ✓ Το 7,32% συμφώνησε πως το κύριο πλεονέκτημα είναι η μείωση των εξόδων.

Συμπέρασμα:

Το 51,22% των γυναικών απάντησε πως το κύριο πλεονέκτημα της υπηρεσίας είναι η επιστροφή στο σπίτι, για λόγους όπως ότι είναι υγιείς και δεν χρειαζόταν επιπλέον παραμονή ή ότι νιώθουν πιο άνετα και πιο οικεία στο σπίτι τους ενώ μπορούν να περνούν περισσότερο χρόνο με το νεογνό και να αναπτύξουν τη σχέση τους. Πολύ σημαντικό ποσοστό εξίσου έλαβε και η παρακολούθηση από μαία 41,45%, χωρίς την οποία όλα τα παραπάνω δεν θα μπορούσαν να συμβούν μιας και απαραίτητη προϋπόθεση της πρώιμης επιστροφής είναι και η παρακολούθηση από μαία κατ' οίκον. Πολύ σωστά λοιπόν τα δύο αυτά ποσοστά μοιράζονται σχεδόν στη μέση. Τέλος, η μείωση των εξόδων αποτελεί και αυτή πλεονέκτημα της υπηρεσίας κατά γενική ομολογία αλλά έρχεται να ακολουθήσει την σημασία του ίδιου του προγράμματος με ποσοστό 7,32% το οποίο όμως δεν αναιρεί τη σημαντικότητά του.

7.4 Κατ' οίκον φροντίδα από μαία

7.4.1. Γραφική απεικόνιση της ικανοποίησης της λεχωίδας από τη συμβουλευτική φροντίδα της μαίας κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση με διαβάθμιση Likert.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης της λεχωίδας από την συμβουλευτική φροντίδα της μαίας κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση. Η διαβάθμιση που χρησιμοποιήθηκε ήταν: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου.

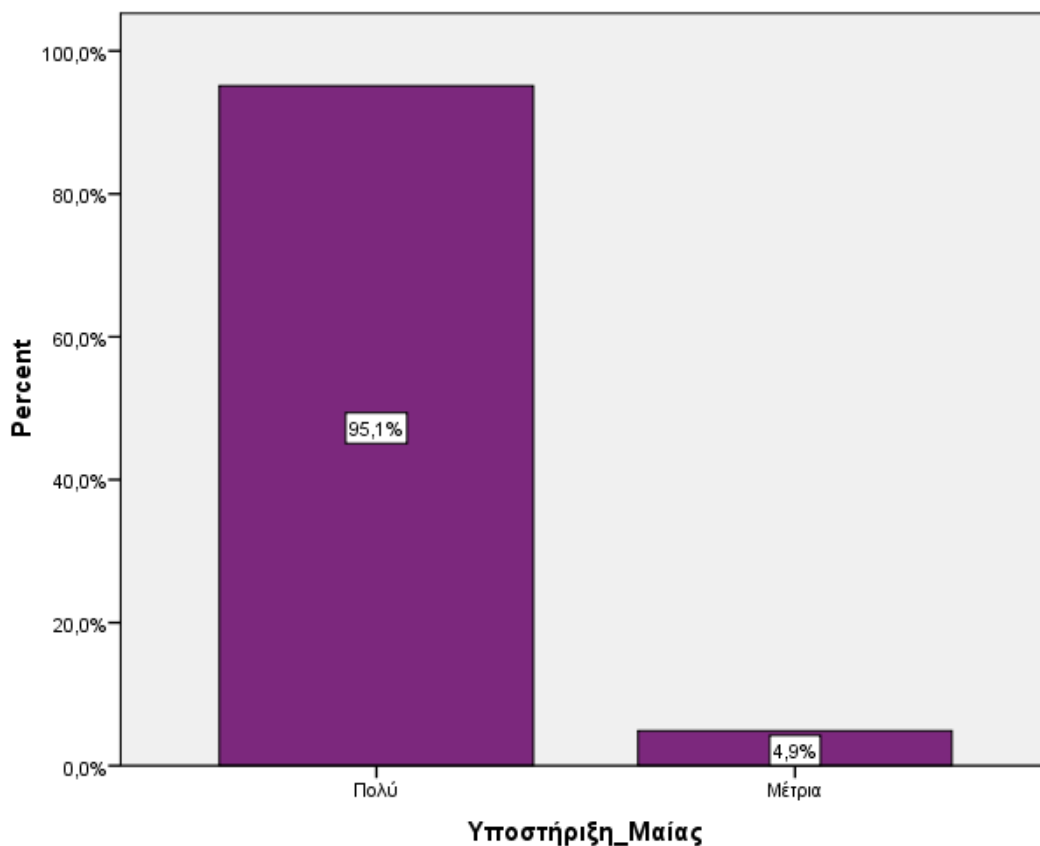
Όπως φαίνεται ο βαθμός ικανοποίησης των λεχωίδων μοιράστηκε ως εξής:

- ✓ Το 97,6% των λεχωίδων έμεινε **Πολύ** ικανοποιημένο από την συμβουλευτική φροντίδα της μαίας κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση.
- ✓ Το 2,4% των λεχωίδων έμεινε **Μέτρια** ικανοποιημένο από την συμβουλευτική φροντίδα της μαίας κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση.

Συμπέρασμα:

Το συντριπτικό αυτό αποτέλεσμα ικανοποίησης 97,6% δείχνει ξεκάθαρα πως η συμβουλευτική φροντίδα της μαίας κατ' οίκον είναι επαρκής και ικανή να στηρίξει τη νέα μητέρα μιας και φαίνεται να είναι πλήρως ικανοποιημένη από την παροχή αυτή. Ακόμη δείχνει τη σημασία και την αναγκαιότητα της μαιευτικής συμβουλευτικής φροντίδας στην άμεση λοχεία καθώς με αυτόν τον τρόπο η μητέρα αναπτύσσει δεξιότητες φροντίδας του νεογνού και του εαυτού της μαζί με την επαγγελματία μαία. Το ποσοστό του 2,4% που αποτυπώνει μέτρια ικανοποίηση αποδίδεται κυρίως στην προσωπικότητα κάθε γυναίκας και των απαιτήσεων που έχει αλλά και στον αριθμό/διάρκεια των επισκέψεων.

7.4.2. Γραφική απεικόνιση της υποστηρικτικής διάθεσης της μαίας κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση από την πλευρά της λεχωίδας με διαβάθμιση Likert.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης της λεχωίδας από το πόσο υποστηρικτική ήταν η μαία κατά τη διάρκεια των επισκέψεων κατ' οίκον. Η διαβάθμιση που χρησιμοποιήθηκε ήταν: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου. Όπως φαίνεται ο βαθμός ικανοποίησης των λεχωίδων μοιράστηκε ως εξής:

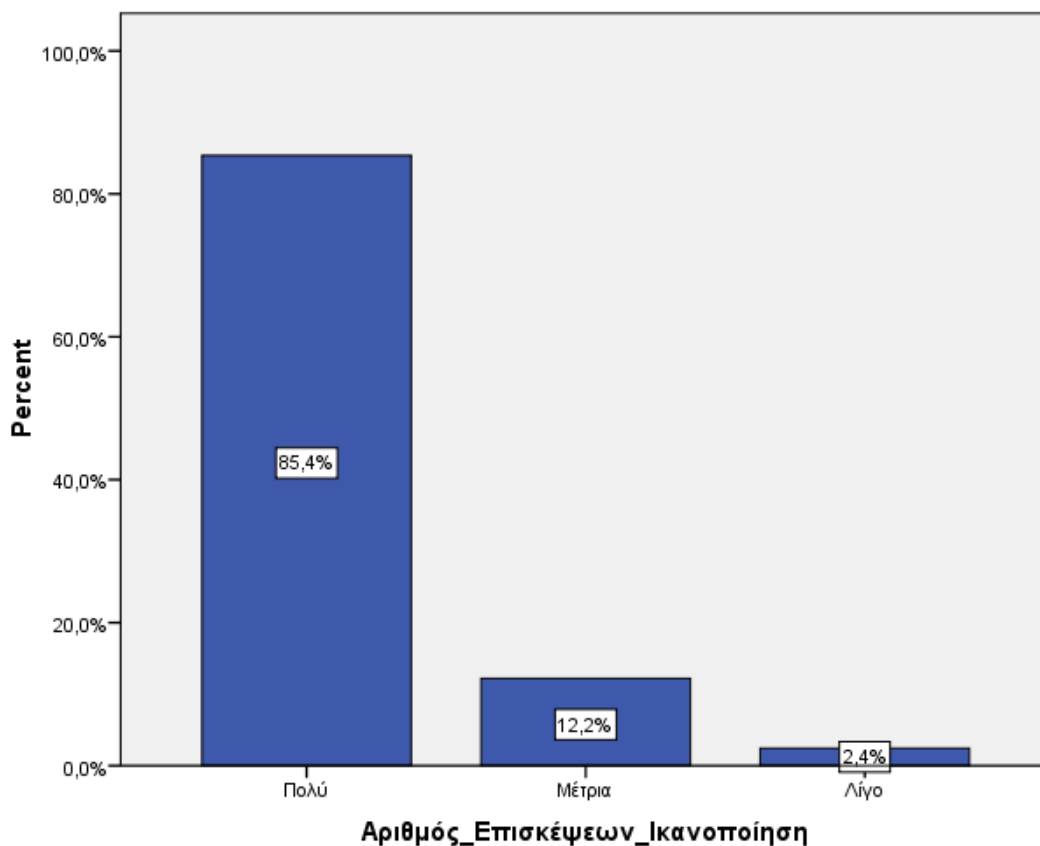
- ✓ Το 95,1% των λεχωίδων έμεινε **Πολύ** ικανοποιημένο από την υποστήριξη που έλαβε από την μαία κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση.
- ✓ Το 4,9% των λεχωίδων έμεινε **Μέτρια** ικανοποιημένο από την υποστήριξη που έλαβε από την μαία κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση.

Συμπέρασμα:

Το συντριπτικό αυτό αποτέλεσμα ικανοποίησης 95,1% στηρίζει απόλυτα την ιδέα πως η προσφορά της μαίας στην άμεση λοχεία, όσον αφορά την υποστηρικτική της δύναμη, είναι αδιαμφισβήτητη.

Το ποσοστό του 4,9% που αποτυπώνει τη μέτρια ικανοποίηση στην υποστηρικτική δράση της μαίας αποδίδεται κυρίως στην προσωπικότητα κάθε γυναίκας και των απαιτήσεων που έχει αλλά και στον αριθμό/διάρκεια των επισκέψεων.

7.4.3. Ο βαθμός ικανοποίησης των λεχωίδων από τον προκαθορισμένο αριθμό των επισκέψεων της κατ' οίκον παρακολούθησης από μαία.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης της λεχωίδας από τον προκαθορισμένο αριθμό επισκέψεων κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση από μαία. Η διαβάθμιση που χρησιμοποιήθηκε ήταν: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου.

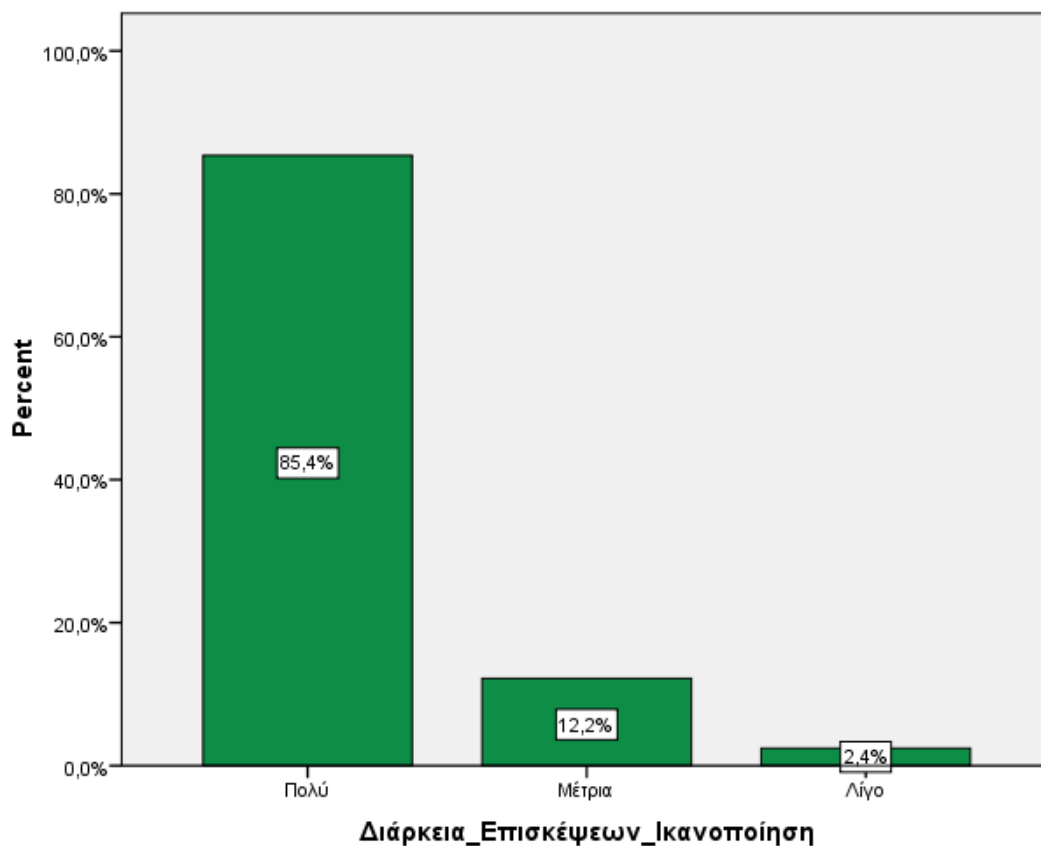
Όπως φαίνεται ο βαθμός ικανοποίησης των λεχωίδων μοιράστηκε ως εξής:

- ✓ Το 85,4% έμεινε Πολύ ικανοποιημένο από τον αριθμό των επισκέψεων.
- ✓ Το 12,2% έμεινε Μέτρια ικανοποιημένο από τον αριθμό των επισκέψεων.
- ✓ Το 2,4% έμεινε Λίγο ικανοποιημένο από τον αριθμό των επισκέψεων.

Συμπέρασμα:

Συνολικά οι λεχωίδες έμειναν ευχαριστημένες με τον αριθμό των επισκέψεων κατ' οίκον καθώς είχαν τη δυνατότητα να καλέσουν τη μαία στο σπίτι και μετά τη λήξη του προγράμματος για περαιτέρω μαθήματα , εξηγήσεις ή παρακολούθηση.

7.4.4. Ο βαθμός ικανοποίησης των λεχωίδων σε σχέση με τη διάρκεια των εκάστοτε επισκέψεων κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση από μαία.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης της λεχωίδας σε σχέση με τη διάρκεια των εκάστοτε επισκέψεων κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον παρακολούθησης από μαία. Η διαβάθμιση που χρησιμοποιήθηκε ήταν: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου.

Όπως φαίνεται ο βαθμός ικανοποίησης των λεχωίδων μοιράστηκε ως εξής:

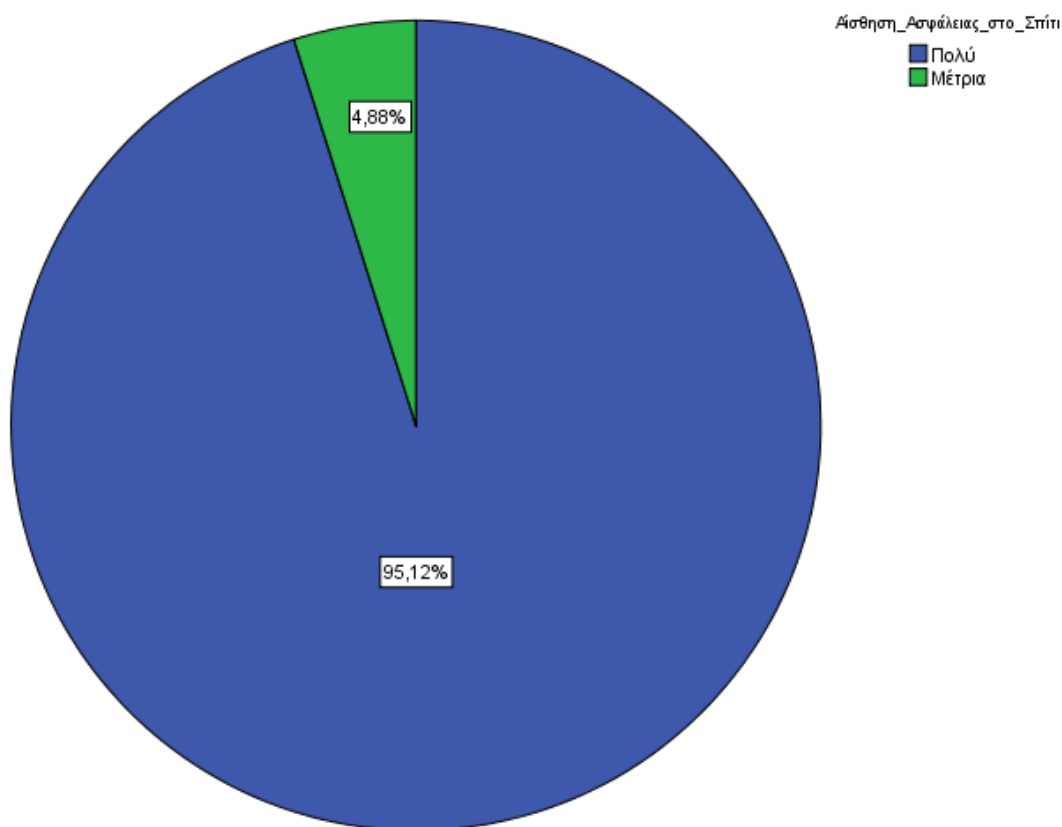
- ✓ Το 85,4% έμεινε Πολύ ικανοποιημένο από τη διάρκεια των επισκέψεων.
- ✓ Το 12,2% έμεινε Μέτρια ικανοποιημένο από τη διάρκεια των επισκέψεων.
- ✓ Το 2,4% έμεινε Λίγο ικανοποιημένο από τη διάρκεια των επισκέψεων.

Συμπέρασμα:

Συνολικά οι λεχωίδες έμειναν ευχαριστημένες με τη διάρκεια των επισκέψεων κατ' οίκον καθώς οι μαίες ήταν πρόθυμες να παρατείνουν την επίσκεψη μέχρι να καλυφθούν οι ανάγκες που προέκυπταν. Επίσης είχαν τη δυνατότητα να καλέσουν τη μαία στο σπίτι και μετά τη λήξη του προγράμματος για περαιτέρω μαθήματα, εξηγήσεις ή παρακολούθηση.

7.5. Η ψυχολογία της Λεχωίδας & του Ζευγαριού

7.5.1. Η ποσοστιαία κατανομή του βαθμού ασφάλειας που δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν οι λεχωίδες κατά την κατ' οίκον παρακολούθησή τους. Η διαβάθμιση έγινε με χρήση της κλίμακας Likert.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά του βαθμού ασφάλειας που δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν οι λεχωίδες κατά την κατ' οίκον παρακολούθησή τους. Ο βαθμός της αίσθησης ασφάλειας διαχωρίστηκε σε: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου.

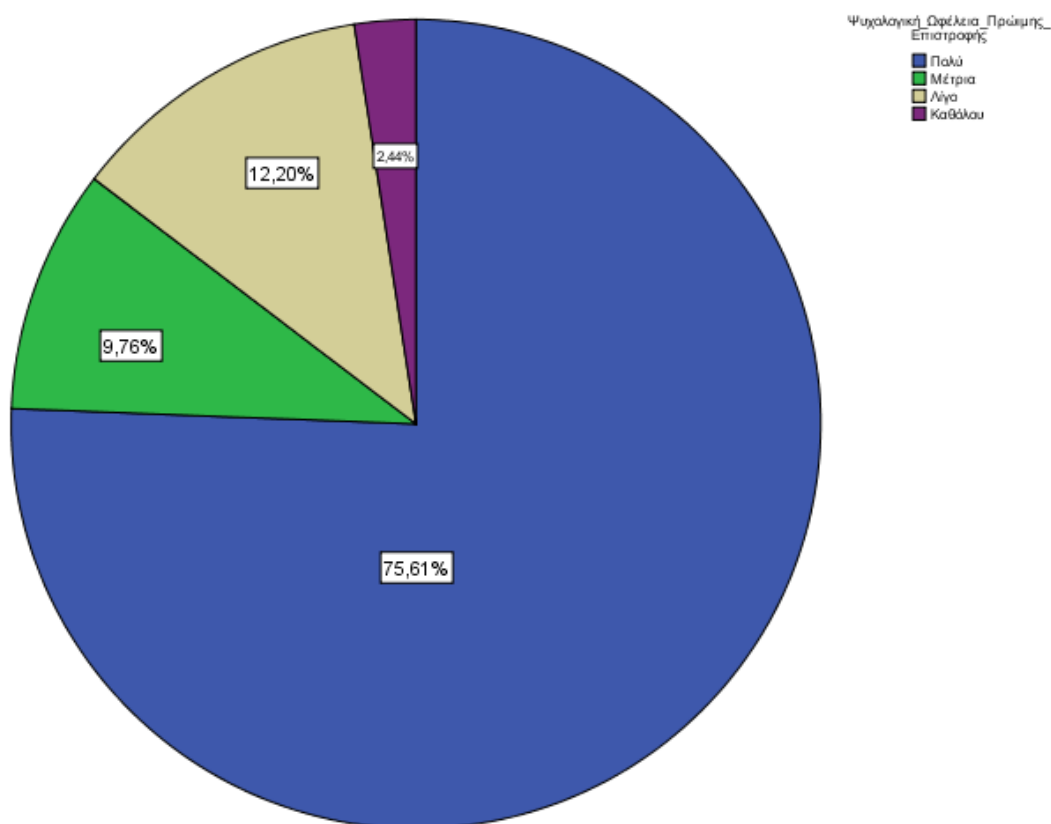
Όπως φαίνεται ο βαθμός ασφάλειας που ένιωσαν οι λεχωίδες μοιράζεται ως εξής:

- ✓ Το 95,12% των λεχωίδων αισθάνθηκε Πολύ ασφαλής κατά την παρακολούθησή τους κατ' οίκον.
- ✓ Το 4,88% των λεχωίδων αισθάνθηκε Μέτρια ασφαλής κατά την παρακολούθησή τους κατ' οίκον.

Συμπέρασμα:

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 95,12% των γυναικών που έλαβαν την υπηρεσία της πρώιμης εξόδου και της κατ' οίκον φροντίδας ένιωσαν Πολύ ασφαλείς καθόλη τη διάρκεια των επισκέψεων από μαία. Το συντριπτικό αυτό ποσοστό δείχνει πως η υπηρεσία δεν στερείται καθόλου ασφάλειας σε σχέση με την γενικευμένη μαιευτική φροντίδα. Μόλις το 4,88% δήλωσε Μέτρια ασφαλής που αποδίδεται στην πρωτοτοκία και την γενική ανασφάλεια που νιώθει μια νέα μητέρα.

7.5.2. Η ποσοστιαία κατανομή του βαθμού ψυχολογικής ωφέλειας κατά την Πρώιμη Επιστροφή στο σπίτι. Η διαβάθμιση έγινε με χρήση της κλίμακας Likert.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά του βαθμού ψυχολογικής ωφέλειας κατά την Πρώιμη Επιστροφή στο σπίτι. Ο βαθμός της ψυχολογικής ωφέλειας διαχωρίστηκε σε: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου.

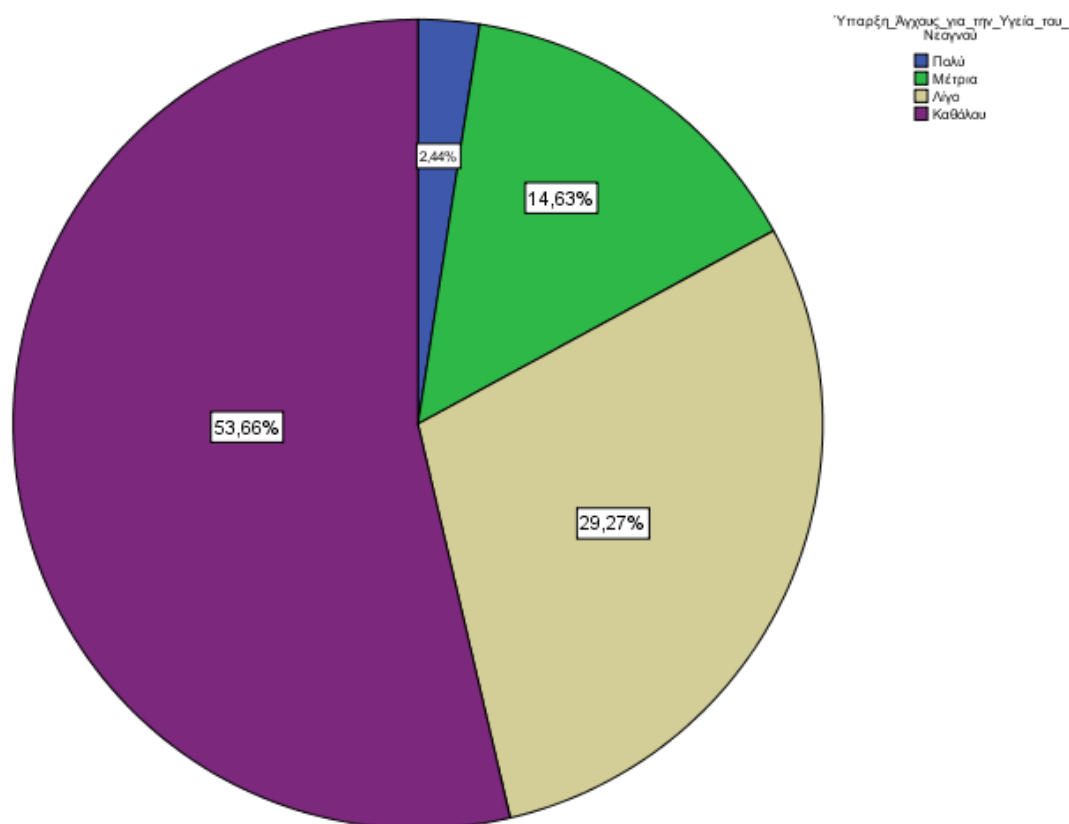
Όπως φαίνεται ο βαθμός της ψυχολογικής ωφέλειας που ένιωσαν οι λεχωίδες μοιράζεται ως εξής:

- ✓ Το 75,61% Ψυχολογικά ωφελήθηκε κατά Πολύ.
- ✓ Το 12,20% Ψυχολογικά ωφελήθηκε Λίγο.
- ✓ Το 9,76% Ψυχολογικά ωφελήθηκε Μέτρια.
- ✓ Το 2,44% Ψυχολογικά δεν ωφελήθηκε Καθόλου.

Συμπέρασμα:

Οι λεχωίδες στην πλειονότητά τους, σε ποσοστό 75,61%, διαπίστωσαν ότι η θετική επίδραση της πρώιμης επιστροφής στην ψυχολογία ή την ψυχική τους διάθεση είναι εμφανής εφόσον απάντησαν ότι ένιωσαν Πολύ ωφελημένες. Το 12,20% και το 9,76% ωφελήθηκαν Λίγο και Μέτρια αντίστοιχα. Μόνο το 2,44% δεν ανέφερε κάποια ψυχολογική ωφέλεια. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται πως η πρώιμη επιστροφή στο σπίτι συνεπάγεται καλή ψυχολογική κατάσταση για τη μητέρα. Η ψυχολογική κατάσταση της λεχωίδας μετά τον τοκετό είναι πολύ ευαίσθητη, και ίσως τα παραπάνω αποτελέσματα να καταδεικνύουν έναν τρόπο για την πρόληψη οποιασδήποτε ψυχολογικής μετάπτωσης.

7.5.3. Η κατανομή του βαθμού άγχους για την υγεία του νεογνού από τη λεχνοίδα σε ποσοστά. Η διαβάθμιση έγινε με χρήση της κλίμακας Likert.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά του βαθμού άγχους για την υγεία του νεογνού από τη λεχνοίδα σε ποσοστά. Η διαβάθμιση του άγχους ορίστηκε ως: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου.

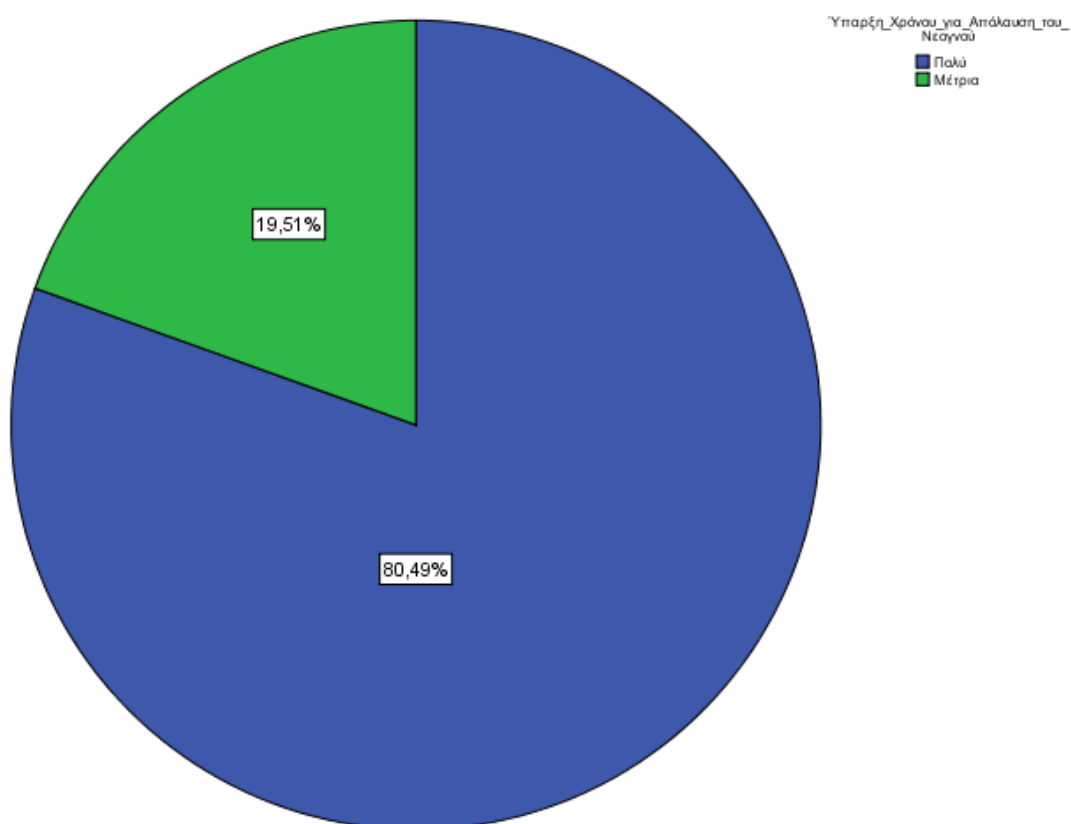
Όπως φαίνεται ο βαθμός του άγχους για την υγεία του νεογνού μοιράζεται ως εξής:

- ✓ Το 53,66% των λεχνοιδών δεν ένιωσε Καθόλου άγχος για την υγεία του νεογνού μετά την επιστροφή στο σπίτι.
- ✓ Το 29,27% των λεχνοιδών ένιωσε Λίγο άγχος για την υγεία του νεογνού μετά την επιστροφή στο σπίτι.
- ✓ Το 14,63% των λεχνοιδών ένιωσε Μέτριο άγχος για την υγεία του νεογνού μετά την επιστροφή στο σπίτι.
- ✓ Το 2,44% των λεχνοιδών ένιωσε Πολύ άγχος για την υγεία του νεογνού μετά την επιστροφή στο σπίτι.

Συμπέρασμα:

Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε Καθόλου ή Λίγο άγχος για την υγεία του νεογνού μετά την επιστροφή στο σπίτι και κατά τη διάρκεια των επισκέψεων από μαιά με ποσοστά 53,66% και 29,97% αντίστοιχα. Αυτό σημαίνει πως οι υπηρεσίες της μαιάς αναγνωρίστηκαν ως αξιόπιστες και αναπτύχθηκε εμπιστοσύνη μεταξύ της λεχνοιδας και της μαιάς. Μόλις το 14,63% ένιωσε Μέτριο άγχος και το 2,44% Πολύ, ποσοστό που επηρεάζεται από την πρωτοτοκία και την προσωπικότητα του ατόμου.

7.5.4. Η ύπαρξη περισσότερου χρόνου για απόλαυση του νεογνού από την οικογένειά του σε σχέση με την καθιερωμένη παραμονή στο μαιευτήριο. Η διαβάθμιση έγινε με χρήση της κλίμακας Likert.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά του βαθμού ύπαρξης χρόνου για απόλαυση του νεογνού από την οικογένειά του σε σχέση με την καθιερωμένη παραμονή στο μαιευτήριο. Η διαβάθμιση της ύπαρξης ορίστηκε ως: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου.

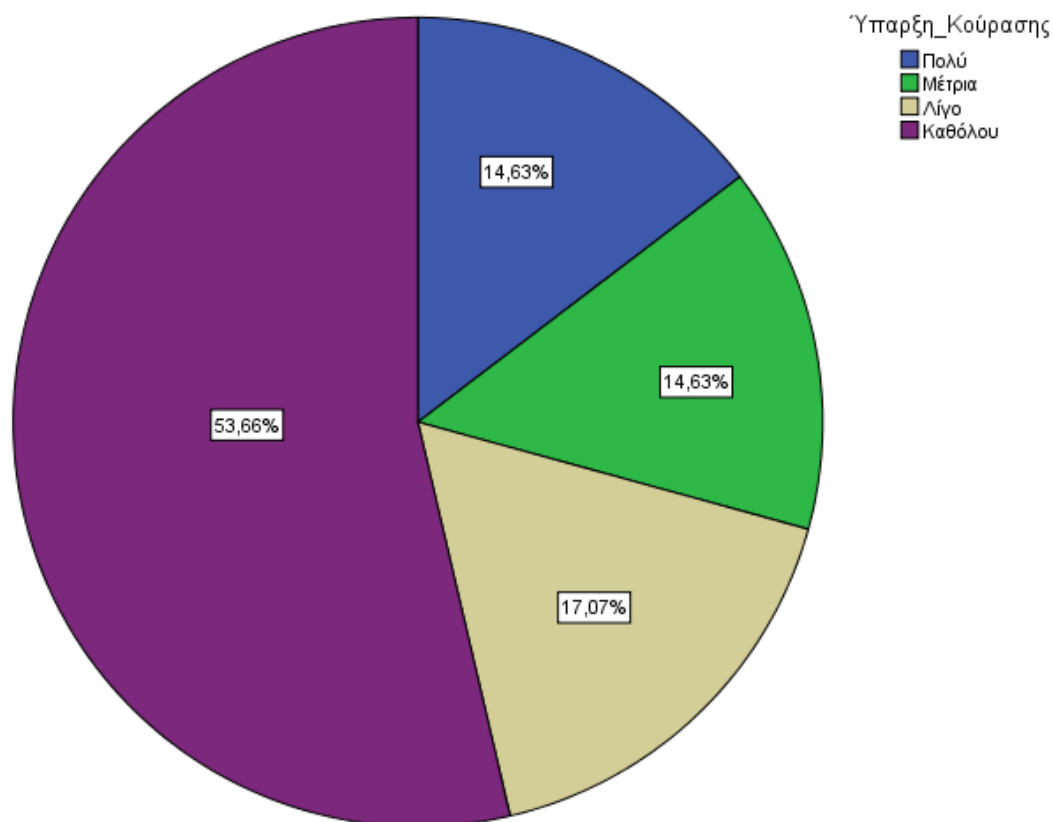
Όπως φαίνεται ο βαθμός ύπαρξης χρόνου για την απόλαυση του νεογνού μοιράζεται ως εξής:

- ✓ Το 80,49% απάντησε πως η υπηρεσία πρόσφερε Πολύ χρόνο στη λεχίδα και στην οικογένειά της για την απόλαυση του νεογνού.
- ✓ Το 19,51% απάντησε πως η υπηρεσία πρόσφερε Μέτριο χρόνο στη λεχίδα και στην οικογένειά της για την απόλαυση του νεογνού.

Συμπέρασμα:

Τα αποτελέσματα στο σύνολο έδειξαν πως υπάρχει Πολύς ή Μέτριος χρόνος (80,49% και 19,51% αντίστοιχα) για την απόλαυση του νεογνού από τη λεχίδα και την οικογένειά της ώστε να επιτευχθεί η γονεϊκή σύνδεση, η εγκατάσταση του θηλασμού, και η συναισθηματική προσκόλληση που απαιτείται.

7.5.5. Ο βαθμός κούρασης που αντιμετώπισαν οι λεχωίδες κατά την πρώτη επιστροφή στο σπίτι σε ποσοστά. Η διαβάθμιση έγινε με χρήση της κλίμακας Likert.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται τα ποσοστά του βαθμού κούρασης που αντιμετώπισαν οι λεχωίδες κατά την πρώτη επιστροφή στο σπίτι. Η διαβάθμιση της κούρασης ορίστηκε ως: Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου.

Όπως φαίνεται ο βαθμός ύπαρξης κούρασης μοιράζεται ως εξής:

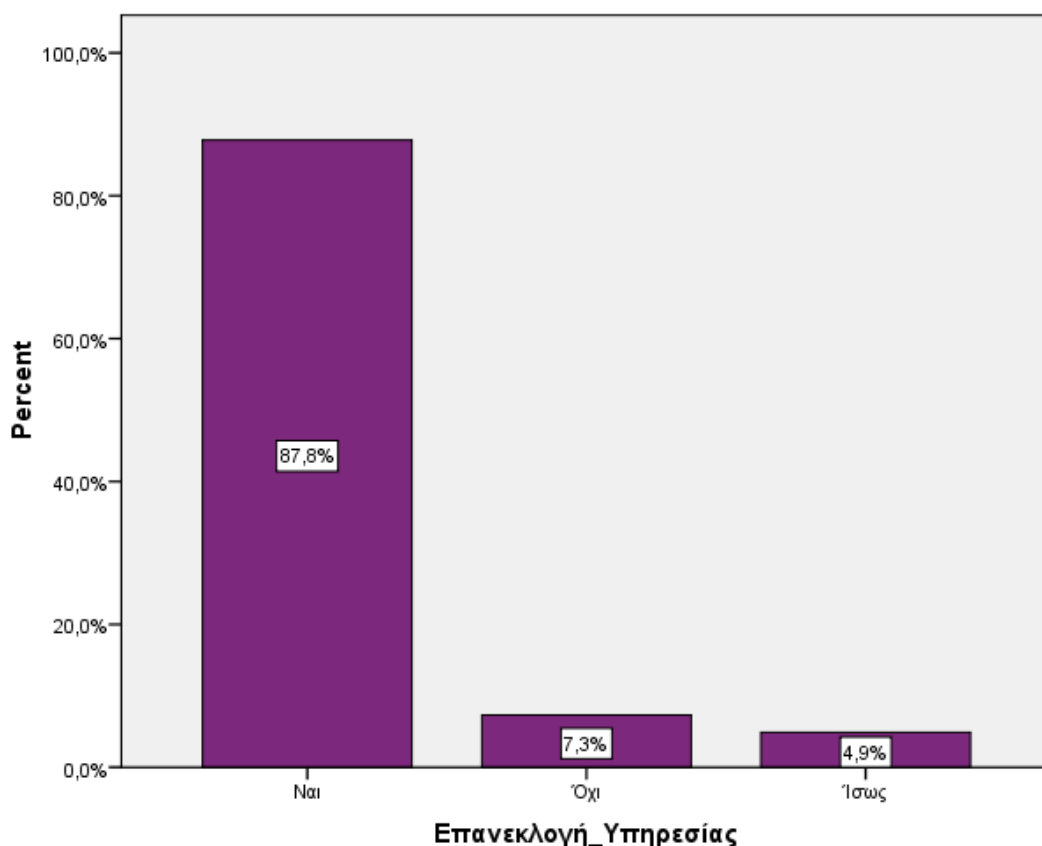
- ✓ Το 53,66% των λεχωίδων δεν κουράστηκε Καθόλου.
- ✓ Το 14,63% των λεχωίδων κουράστηκε Λίγο.
- ✓ Το 14,63% των λεχωίδων κουράστηκε Μέτρια.
- ✓ Το 17,07% των λεχωίδων κουράστηκε Πολύ.

Συμπέρασμα:

Είναι εμφανές πως η επιστροφή στο σπίτι το δεύτερο 24ωρο δεν προκαλεί επιπλέον κούραση στις λεχωίδες από την επιστροφή μετά από περισσότερες ημέρες. Οι λεχωίδες κατά μεγάλο ποσοστό δήλωσαν πως δεν ένιωσαν Καθόλου κούραση αλλά και άλλες που δήλωσαν Λίγη ή Μέτρια με επίσης καλό ποσοστό. Μόνο το 17,07% αισθάνθηκε κούραση γεγονός που μπορεί να επηρεάζεται από τον αριθμό του τόκου και την απουσία υποστηρικτικού προσώπου καθώς αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τις δουλειές στο σπίτι και τη μειωμένη ξεκούραση.

7.6 Η άποψη της Λεχωίδας

7.6.1. Πρόθεση των λεχωίδων για εκλογή της υπηρεσίας ξανά σε επόμενη εγκυμοσύνη σε ποσοστά.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζεται η πρόθεση των λεχωίδων για επανεκλογή της υπηρεσίας σε επόμενη εγκυμοσύνη.

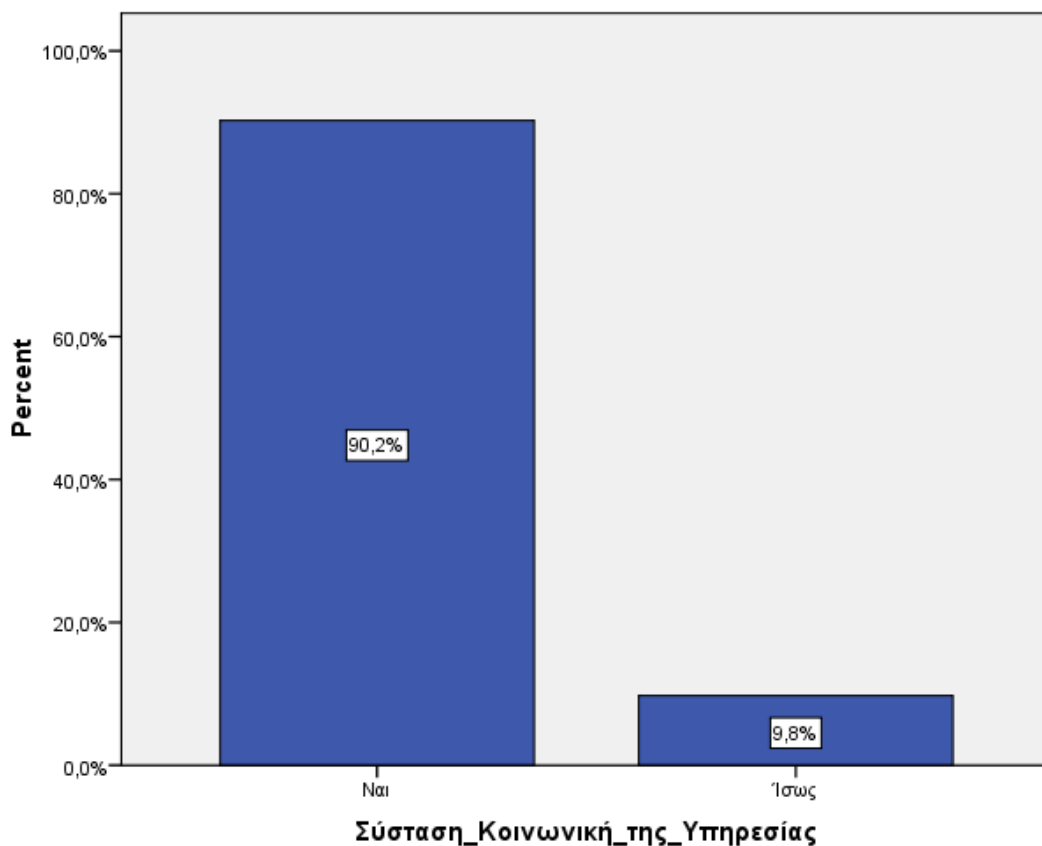
Όπως φαίνεται οι απόψεις μοιράστηκαν ως εξής:

- ✓ Το 87,8% θα επέλεγε ξανά την υπηρεσία αυτή σε πιθανή επόμενη εγκυμοσύνη.
- ✓ Το 7,3% δε θα την επέλεγε ξανά σε πιθανή επόμενη εγκυμοσύνη.
- ✓ Το 4,9% Ίσως να την επέλεγε σε πιθανή επόμενη εγκυμοσύνη.

Συμπέρασμα:

Οι γυναίκες κατά 87,8% απάντησαν πως θα επέλεγαν το πρόγραμμα αυτό για ακόμη μια φορά, γεγονός που αποδεικνύει ότι έμειναν πολύ ικανοποιημένες από αυτό. Το 7,3% δε θα ήθελε να επιλέξει ξανά την υπηρεσία, ποσοστό το οποίο επηρεάζεται από τον τόκο και τον βαθμό κούρασης που δήλωσε κάθε γυναίκα. Τέλος, το 4,9% δήλωσε πως Ίσως να την επέλεγαν ξανά, ποσοστό το οποίο επηρεάζεται και αυτό από τον τόκο και τον βαθμό κούρασης που δήλωσε κάθε γυναίκα.

7.6.2. Πρόθεση των λεχωίδων για σύσταση της υπηρεσίας στο φιλικό/κοινωνικό τους περιβάλλον σε ποσοστά.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζεται η πρόθεση των λεχωίδων για σύσταση της υπηρεσίας στο φιλικό/κοινωνικό τους περιβάλλον σε ποσοστιαίες μονάδες.

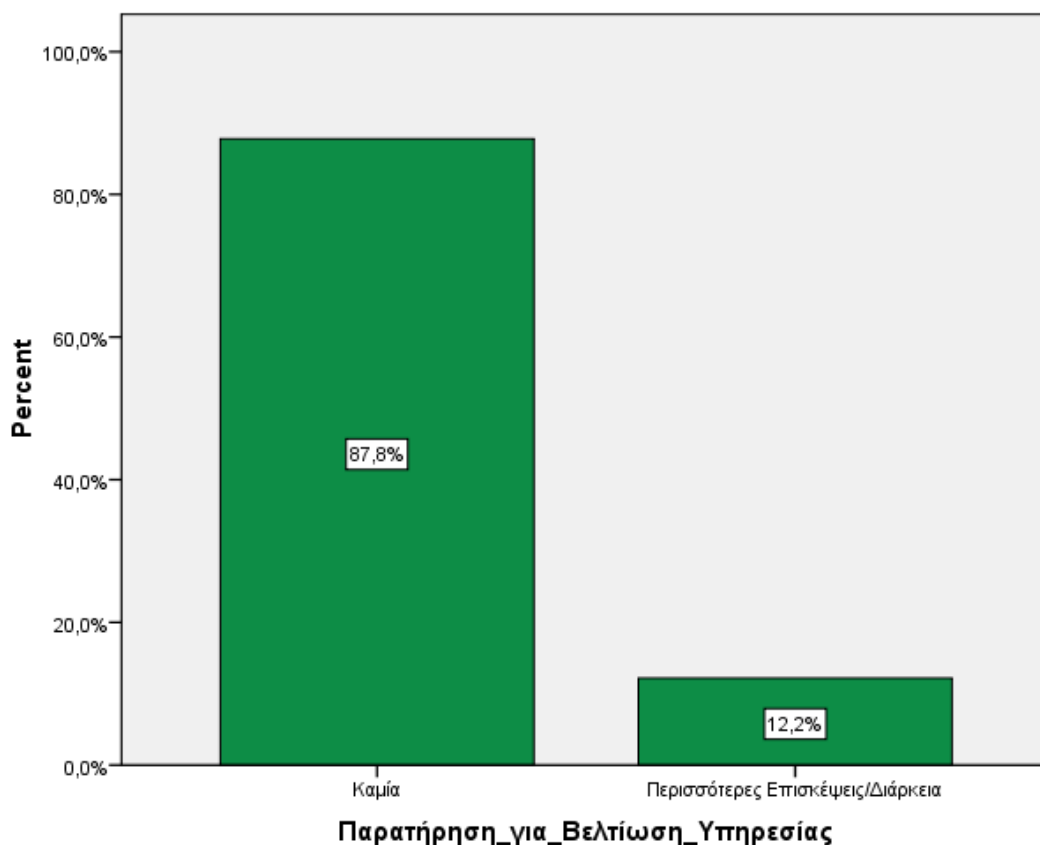
Όπως φαίνεται οι απόψεις μοιράστηκαν ως εξής:

- ✓ Το 90,2% των λεχωίδων απάντησαν θετικά ως προς τη σύσταση.
- ✓ Το 9,8% των λεχωίδων απάντησαν πως Ίσως να την σύστηναν στο φιλικό/κοινωνικό περιβάλλον τους.
- ✓ Κανείς δεν απάντησε αρνητικά.

Συμπέρασμα:

Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι γυναίκες θα σύστηναν την υπηρεσία αυτή και σε άλλες γυναίκες καθώς εκείνες έμειναν ευχαριστημένες από αυτή. Το 90,2% θα σύστηναν ανεπιφύλακτα την υπηρεσία ή κάποιες το έχουν κάνει ήδη. Το 9,8% Ίσως να την σύστηνε για το λόγο ότι διατηρούν ενδοιασμούς σχετικά με την έκβαση της εγκυμοσύνης, ή το χαρακτήρα της γυναίκας ή την κουλτούρα και όχι με λόγους που σχετίζονται με την υπηρεσία αυτή καθεαυτή.

7.6.3. Παρατηρήσεις / Σχόλια για την πιθανή βελτίωση της υπηρεσίας.



Στην παραπάνω γραφική απεικόνιση παρουσιάζονται οι πιθανές παρατηρήσεις ή σχόλια των λεχωίδων που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την υπηρεσία.

Όπως φαίνεται οι απόψεις μοιράστηκαν ως εξής:

- ✓ Το 87,8% των λεχωίδων δεν είχε να κάνει Καμία παρατήρηση ή σχόλιο.
- ✓ Το 12,2% θα ζητούσε περισσότερες επισκέψεις ή μεγαλύτερη διάρκεια επισκέψεων στα πλαίσια του προγράμματος κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση από μαία.

Συμπέρασμα:

Οι λεχωίδες έμειναν ικανοποιημένες από την υπηρεσία τόσο ώστε το 87,8% δεν είχε να σημειώσει καμία παρατήρηση, ενώ το 12,2% θα χρειαζόταν να περιλαμβάνονται περισσότερες επισκέψεις ή μεγαλύτερη διάρκεια επισκέψεων κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση στα πλαίσια του προγράμματος, χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση.

7.7. Συσχετίσεις

Μετά την ανάλυση των περιγραφικών δεικτών (μορφολογία δείγματος) προκύπτουν υποθέσεις για την πιθανή συσχέτιση κάποιων μεταβλητών σε σχέση με τον τρόπο που βίωσαν την συνολική παροχή φροντίδας στο πρόγραμμα πρώιμης περιγεννητικής εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης.

Υπάρχει άραγε συσχέτιση μεταξύ των παρακάτω μεταβλητών;

1. Τόκος και ψυχολογική ωφέλεια.
2. Τόκος και το άγχος.
3. Τόκος και ύπαρξη κούρασης.
4. Τόκος και επανεκλογή της υπηρεσίας.

1. Συσχέτιση του Τόκου και της Ψυχολογικής ωφέλειας κατά την Πρώιμη έξοδο και Κατ' οίκον παρακολούθηση.

Correlations

		Τόκος	Ψυχολογική_Ωφέλεια _Πρώιμης_Επιστροφής
Τόκος	Pearson Correlation	1	,193
	Sig. (2-tailed)		,227
	N	41	41
Ψυχολογική_Ωφέλεια_Πρώιμης_Επιστροφής	Pearson Correlation	,193	1
	Sig. (2-tailed)	,227	
	N	41	41

Ο παραπάνω πίνακας συσχετίσεων και στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ των μεταβλητών, με τον αριθμό 0,193 καταδεικνύει πως υπάρχει κάποια ένδειξη μικρής θετικής συσχέτισης μεταξύ του αριθμού του Τόκου και της Ψυχολογικής ωφέλειας. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των γεννηθέντων ζώντων νεογνών από μια γυναίκα, τόσο μεγαλύτερη είναι και η Ψυχολογική ωφέλεια κατά την Πρώιμη επιστροφή στο σπίτι. Ωστόσο, ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας που εκφράζεται με τον αριθμό 0,227 δείχνει πως δεν έχουμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ένα αποτέλεσμα ορίζεται ως στατιστικά σημαντικό εάν ο αριθμός στατιστικής σημαντικότητας είναι κάτω του 0,050. Συμπερασματικά η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται.

2. Συσχέτιση του Τόκου και της εκδήλωσης Άγχους για την υγεία του νεογνού κατά την Πρώιμη έξοδο και Κατ' οίκον παρακολούθηση.

Correlations

		Τόκος	Ύπαρξη_Άγχους_για_την_Υγεία_του_Νεογνού
Τόκος	Pearson Correlation	1	,415**
	Sig. (2-tailed)		,007
	N	41	41
Ύπαρξη_Άγχους_για_την_Υγεία_του_Νεογνού	Pearson Correlation	,415**	1
	Sig. (2-tailed)	,007	
	N	41	41

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ο παραπάνω πίνακας συσχετίσεων και στατιστικής σημαντικότητας, με τον αριθμό 0,415 ** καταδεικνύει πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού του Τόκου και της εμφάνισης Άγχους. Δηλαδή, όσο αυξάνεται ο αριθμός των γεννηθέντων νεογνών από τη γυναίκα, τόσο αυξάνεται και το άγχος για την υγεία του νεογέννητου κατά την Πρώιμη έξοδο και Κατ' οίκον παρακολούθηση. Ακόμη ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας, που εκφράζεται με τον αριθμό 0,007, δείχνει ότι το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό και μπορεί να γενικευθεί στους πληθυσμούς που λαμβάνουν την υπηρεσία αυτή. Ένα αποτέλεσμα ορίζεται ως στατιστικά σημαντικό εάν ο αριθμός στατιστικής σημαντικότητας είναι κάτω του 0,050.

3. Συσχέτιση του Τόκου με την εκδήλωση Κούρασης στο σπίτι μετά από Πρώιμη έξοδο.

Correlations

		Τόκος	Ύπαρξη_Κούρασης
Τόκος	Pearson Correlation	1	-,109
	Sig. (2-tailed)		,498
	N	41	41
Ύπαρξη_Κούρασης	Pearson Correlation	-,109	1
	Sig. (2-tailed)	,498	
	N	41	41

Ο παραπάνω πίνακας συσχετίσεων και στατιστικής σημαντικότητας, με τον αριθμό -0,109, καταδεικνύει πως δεν υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού του Τόκου και της εμφάνισης Κούρασης (Δηλαδή, όσο αυξάνεται ο αριθμός των γεννηθέντων νεογνών από τη γυναίκα, τόσο μειώνεται η κούραση που εκδηλώνει κατά την Πρώιμη έξοδο και Κατ' οίκον παρακολούθηση). Ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας, που εκφράζεται με τον αριθμό 0,498, δείχνει πως το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό και άρα δεν μπορεί να γενικευθεί. Ένα αποτέλεσμα ορίζεται ως στατιστικά σημαντικό εάν ο αριθμός στατιστικής σημαντικότητας είναι κάτω του 0,050. Συμπερασματικά η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται.

4. Συσχέτιση του Τόκου με την προθυμία για επανεκλογή της υπηρεσίας.

Correlations			
		Τόκος	Επανεκλογή_Υπηρεσίας
Τόκος	Pearson Correlation	1	,219
	Sig. (2-tailed)		,169
	N	41	41
Επανεκλογή_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	,219	1
	Sig. (2-tailed)	,169	
	N	41	41

Ο παραπάνω πίνακας συσχετίσεων και στατιστικής σημαντικότητας, με τον αριθμό 0,219, δείχνει κάποια ένδειξη μικρής θετικής συσχέτισης μεταξύ του αριθμού του Τόκου και την προθυμία για επανεκλογή της υπηρεσίας σε επόμενη εγκυμοσύνη. Ωστόσο, ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας που εκφράζεται με τον αριθμό 0,169, που δείχνει πως το αποτέλεσμα αυτό δεν μπορεί να γενικευθεί. Ένα αποτέλεσμα ορίζεται ως στατιστικά σημαντικό εάν ο αριθμός στατιστικής σημαντικότητας είναι κάτω του 0,050. Συμπερασματικά η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται.

Μετά την ανάλυση των πινάκων στατιστικής σημαντικότητας ανευρέυθησαν οι εξής συσχετίσεις που αξίζουν να αναφερθούν και να αναλυθούν:

1. Υποστήριξη από τη μαία και αίσθηση ασφάλειας κατά την πρώιμη έξοδο και την κατ' οίκον παρακολούθηση ($p < 0,01$).

2. Αριθμός επισκέψεων από τη μαία και αίσθηση ασφάλειας κατά την πρώιμη έξοδο και την κατ'οίκον παρακολούθηση($p<0,01$).
3. Αριθμός επισκέψεων από τη μαία και ψυχολογική ωφέλεια κατά την πρώιμη έξοδο και την κατ'οίκον παρακολούθηση($p<0,01$).
4. Διάρκεια επισκέψεων από τη μαία και αίσθηση ασφάλειας κατά την πρώιμη έξοδο και την κατ'οίκον παρακολούθηση($p<0,01$).
5. Διάρκεια επισκέψεων από τη μαία και ψυχολογική ωφέλεια κατά την πρώιμη έξοδο και την κατ'οίκον παρακολούθηση($p<0,01$).
6. Αριθμός αδελφιών και αίσθηση ασφάλειας κατά την πρώιμη έξοδο και την κατ'οίκον παρακολούθηση($p<0,01$).
7. Ηλικία λεχωίδων και ύπαρξη χρόνου για την απόλαυση του νεογνού από τη μητέρα και την οικογένεια κατά την πρώιμη έξοδο και την κατ'οίκον παρακολούθηση($p<0,05$).

Αναλυτικά:

1. Οι μεταβλητές υποστήριξη από τη μαία και αίσθηση ασφάλειας της λεχωίδας σύμφωνα με τα αποτελέσματα ($0,474^{**}$) φαίνεται πως είναι ανάλογες. Δηλαδή, όταν τα ποσοστά της υποστήριξης είναι αυξημένα, τότε και τα ποσοστά αίσθησης ασφάλειας θα είναι αυξημένα (όπως στην περίπτωση της έρευνας). Το κριτήριο p ($0,002$) φάνηκε πως είναι $< 0,01$, γεγονός που τις κατατάσσει στις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.
2. Οι μεταβλητές αριθμός επισκέψεων από τη μαία και αίσθηση ασφάλειας της λεχωίδας σύμφωνα με τα αποτελέσματα ($0,690^{**}$) φαίνεται πως είναι ανάλογες. Δηλαδή, όταν τα ποσοστά του αριθμού επισκέψεων είναι αυξημένα, τότε και τα ποσοστά αίσθησης ασφάλειας θα είναι αυξημένα (όπως στην περίπτωση της έρευνας). Το κριτήριο p ($0,000$) φάνηκε πως είναι $< 0,01$, γεγονός που τις κατατάσσει στις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.
3. Οι μεταβλητές αριθμός επισκέψεων από τη μαία και ψυχολογική ωφέλεια της λεχωίδας σύμφωνα με τα αποτελέσματα ($0,474^{**}$) φαίνεται πως είναι ανάλογες. Δηλαδή, όταν τα ποσοστά του αριθμού επισκέψεων είναι αυξημένα, τότε και τα ποσοστά ψυχολογικής ωφέλειας είναι αυξημένα (όπως στην περίπτωση της έρευνας). Το κριτήριο p ($0,000$) φάνηκε πως είναι $< 0,01$, γεγονός που τις κατατάσσει στις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.
4. Οι μεταβλητές διάρκεια επισκέψεων από τη μαία και αίσθηση ασφάλειας της λεχωίδας σύμφωνα με τα αποτελέσματα ($0,690^{**}$) φαίνεται πως είναι ανάλογες.

Δηλαδή, όταν τα ποσοστά της διάρκειας επισκέψεων είναι αυξημένα, τότε και τα ποσοστά αίσθησης ασφάλειας θα είναι αυξημένα (όπως στην περίπτωση της έρευνας). Το κριτήριο p (0,000) φάνηκε πως είναι $< 0,01$, γεγονός που τις κατατάσσει στις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

5. Οι μεταβλητές διάρκεια επισκέψεων από τη μαία και ψυχολογική ωφέλεια της λεχωίδας σύμφωνα με τα αποτελέσματα (0,474^{**}) φαίνεται πως είναι ανάλογες. Δηλαδή, όταν τα ποσοστά της διάρκειας επισκέψεων είναι αυξημένα, τότε και τα ποσοστά ψυχολογικής ωφέλειας είναι αυξημένα (όπως στην περίπτωση της έρευνας). Το κριτήριο p (0,000) φάνηκε πως είναι $< 0,01$, γεγονός που τις κατατάσσει στις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

6. Οι μεταβλητές αριθμός αδελφών και αίσθηση ασφάλειας της λεχωίδας σύμφωνα με τα αποτελέσματα (0,399^{**}) φαίνεται πως είναι ανάλογες. Δηλαδή, όταν τα ποσοστά αριθμού αδελφών είναι αυξημένα, τότε και τα ποσοστά αίσθησης ασφάλειας θα είναι αυξημένα (όπως στην περίπτωση της έρευνας). Το κριτήριο p (0,010) φάνηκε πως είναι $< 0,01$, γεγονός που τις κατατάσσει στις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

7. Οι μεταβλητές ηλικία της λεχωίδας και ύπαρξη περισσότερου χρόνου για απόλαυση του νεογνού σύμφωνα με τα αποτελέσματα (0,350^{*}) φαίνεται πως είναι ανάλογες. Δηλαδή, όταν τα ποσοστά της διάρκειας επισκέψεων είναι αυξημένα, τότε και τα ποσοστά ψυχολογικής ωφέλειας είναι αυξημένα (όπως στην περίπτωση της έρευνας). Το κριτήριο p (0,025) φάνηκε πως είναι $< 0,05$, γεγονός που τις κατατάσσει στις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 Δυνατά σημεία - Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα αυτή αποτελεί σημαντική προσέγγιση της πρώιμης εξόδου και της κατ' οίκον παρακολούθησης στην Ελλάδα, καθώς απέδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα αλλά και τον αριθμητικό μέσο όρο (κεντρική τάση) των μεταβλητών που ζητήθηκαν να σταθμιστούν, σύμφωνα με τις λεχωίδες που συμμετείχαν σε αυτή.

Επίσης, τα αποτελέσματά της μπορούν να συγκριθούν με παρόμοια ξένων μελετών, ενώ αρκετά από αυτά συμπίπτουν κατά προσέγγιση. Τέλος, η δυσκολία προσέγγισης το ειδικού και μη διαδεδομένου δείγματος, την καθιστά πρότυπη μελέτη και ξεχωριστή.

Παρ' όλα τα θετικά σημεία που παρουσιάζονται στην παρούσα έρευνα, υπάρχουν και περιορισμοί. Το μικρό δείγμα που συμπεριλήφθηκε σε αυτή αλλά και το μη σταθμισμένο εργαλείο προσέγγισης των μεταβλητών αποτελούν περιοριστικοί παράγοντες γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί το σφάλμα της προκατειλημμένης απάντησης, καθώς η χρήση εν μέρει κατευθυνόμενων ερωτήσεων είναι αναπόφευκτη σε ερωτήσεις αναζήτησης απόψεων και μέτρησης της ικανοποίησης. Τέλος, είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι όλες οι λεχωίδες λάμβαναν την ίδια ποιότητα υπηρεσιών από τον ίδιο ιατρό, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει τα αποτελέσματα ικανοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο : ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

▪ Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τη μελέτη των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος προέκυψαν αποτελέσματα που αξίζει να σημειωθούν. Το 95,1% των λεχωίδων που συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν ελληνική καταγωγή, ενώ το 85,37% διέμενε μόνιμα στον Νομό Θεσσαλονίκης. Αυτό μπορεί να σημαίνει πως η νοοτροπία/κουλτούρα της γυναίκας με ελληνική καταγωγή έχει εξελιχθεί ενώ παράλληλα έχει κατανοηθεί η ανάγκη για φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια, η ανάγκη για πρόληψη ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, η εξοικονόμηση νοσοκομειακού υλικού και χρημάτων και η φυσιολογικότητα του τοκετού ως διαδικασία. Ακόμη, οι γυναίκες που διαμένουν στον Ν. Θεσσαλονίκης είναι πιθανό να δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στην υπηρεσία από άποψη νοοτροπίας, πληροφόρησης και προσβασιμότητας.

Η πλειοψηφία των λεχωίδων που συμμετείχαν στην έρευνα (58,54%), είχαν λάβει Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Θα αναμενόταν οι γυναίκες που έχουν λάβει Τριτοβάθμια Εκπαίδευση να προτιμούν σε μεγαλύτερη ποσοστώςωση την υπηρεσία της πρώιμης εξόδου, παρ' όλα αυτά, η διαφορά μεταξύ τους άγγιξε το 17,08%.

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση των λεχωίδων, το 41,46% δήλωσε πως το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα που λάμβαναν ήταν <2000€. Το γεγονός μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι η υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον φροντίδας είναι σαφώς πιο οικονομική από παραμονή σε ένα μαιευτήριο για μεγαλύτερο διάστημα και τελικά προτιμάται από οικογένειες με λιγότερες οικονομικές απολαβές.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, οι γυναίκες με χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά προτιμούν περισσότερο την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης, στοιχεία τα οποία συμφωνούν με έρευνα των (Christine Kurtz Landy, Wendy Sword, Donna Ciliska, 2008) με δείγμα 1000 ατόμων που έλαβε χώρα στον Καναδά.

Ακόμη, το 65,9% των γυναικών που προτίμησαν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο και την κατ' οίκον φροντίδα δήλωσαν πως είχαν μόνο 1 αδελφό/ή. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει πως οι γυναίκες που διάλεξαν την υπηρεσία, δεν είναι απαραίτητα εξοικειωμένες με την διαδικασία του τοκετού, τη φροντίδα παιδιών και την ανάπτυξη της οικογένειας, ώστε να είναι και πιο δεκτικές σε αυτή.

Τέλος, το 56,10% των λεχωίδων ήταν πρωτοτόκες. Οι γυναίκες δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία τοκετού και δεν είχαν λάβει άλλες υπηρεσίες φροντίδας στη λοχεία γεγονός που τις καθιστά πιο δεκτικές στο νέο αυτό μοτίβο.

Σύμφωνα με έρευνα των (Catarina Johansson, Clara Aarts & Elisabeth Darz, 2010), που έλαβαν μέρος 21 ζευγάρια στη Σουηδία, φάνηκε πως οι γονείς που κάνουν για πρώτη φορά μωρό, είναι πιο «ανοιχτοί» στις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Έτσι, λοιπόν, τα στοιχεία της παρούσας έρευνας συμπίπτουν με των (Johansson et al, 2010).

▪ Στη Λοχεία

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της έρευνας, το 46,34% των νεογνών φάνηκε πως δεν εμφάνισαν καθόλου ίκτερο κατά την πρώιμη επιστροφή και κατ' οίκον παρακολούθηση, ενώ το 36,59% από αυτά σε ελάχιστο βαθμό. Τα αποτελέσματα

αυτά ενισχύουν τη θέση ότι τα νεογνά που παίρνουν εξιτήριο από την κλινική το δεύτερο 24ωρο, δεν εμφανίζουν τελικά τιμές ίκτερου που να απαιτούν επανεισαγωγή. Ακόμη και αν το νεογνό εμφανίσει μέτριου βαθμού ίκτερο δεν σημαίνει πως πρέπει να επανεισαχθεί στην κλινική ειδικά αν αυτό θηλάζει καθώς ο φυσιολογικός ίκτερος μπορεί να αντιμετωπιστεί και στο σπίτι με φωτοθεραπεία ή με φυσικό ηλιακό φως.

Το 78,04% των λεχωίδων δήλωσαν πως θήλασαν ή προσπάθησαν να θηλάσουν, γεγονός που είναι αρκετά αισιόδοξο για την εξάπλωση και εγκαθίδρυση του θηλασμού στην Ελλάδα. Παρόλα αυτά, το ποσοστό δεν είναι αξιόπιστο καθώς ο θηλασμός κρατάει λίγο χρονικό διάστημα, όπως δήλωσαν οι ίδιες σε μεγάλο ποσοστό. Αντίθετα, σημειώθηκαν ελάχιστες εξαιρέσεις στις οποίες ο θηλασμός είναι αποκλειστικός και εγκατεστημένος. Ουσιαστικά, οι λεχωίδες δείχνουν να ξεκινούν με ενδιαφέρον το θηλασμό, αλλά αποτυγχάνουν να τον συνεχίσουν.

Το 90,2% των λεχωίδων και των νεογνών τους, δεν χρειάστηκε επανεισαγωγή στην κλινική μετά την πρώιμη περιγεννητική έξοδο. Είναι φανερό πως μετά από την πάροδο δύο 24ώρων μέσα στην κλινική η λεχωίδα και το νεογνό που πληρούν τις προϋποθέσεις για πρώιμη έξοδο, είναι απόλυτα υγιείς ώστε να επιστρέψουν σπίτι, καθώς καμία αιτία επανεισαγωγής δεν σχετίστηκε με το περιβάλλον παραμονής της λεχωίδας. Άλλωστε η παρακολούθηση που θα λάμβανε στην κλινική από τη μαία θα ήταν ίδια με αυτή που θα λάμβανε στο σπίτι.

- Πρώιμη έξοδος της λεχωίδας και του νεογνού

Οι επικρατέστεροι λόγοι που οδήγησαν τη λεχωίδα και το νεογνό να προτιμήσουν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου, φάνηκαν πως ήταν κατά 25% η αίσθηση οικειότητας του σπιτιού και κατά 19,3% η εξοικονόμηση χρημάτων. Όμως το κύριο πλεονέκτημα της υπηρεσίας όπως οι ίδιες δήλωσαν, ήταν η πρώιμη επιστροφή (51,22%) και η κατ' οίκον παρακολούθηση από μαία (41,46%), δηλαδή τα χαρακτηριστικά του ίδιου του προγράμματος, παραμερίζοντας τα οικονομικά οφέλη.

- Η Μαία στην κατ' οίκον φροντίδα

Το 97,6% των λεχωίδων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, δήλωσαν πως έμειναν Πολύ ικανοποιημένες από τη συμβουλευτική φροντίδα της μαίας κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση. Ανάλογα αποτελέσματα φάνηκαν για την υποστηρικτική δράση της μαίας, καθώς το 95,1% των γυναικών δήλωσε Πολύ ικανοποιημένο. Τα συντριπτικά αποτελέσματα ικανοποίησης για τη παροχή φροντίδας της μαίας, δείχνει ξεκάθαρα πως το πρόγραμμα είναι επαρκές και ικανό να στηρίξει τη νέα μητέρα. Ακόμη δείχνει τη σημασία και την αναγκαιότητα της μαιευτικής συμβουλευτικής φροντίδας στην άμεση λοχεία καθώς με αυτόν τον τρόπο η μητέρα αναπτύσσει δεξιότητες φροντίδας του νεογνού και του εαυτού της μαζί με την επαγγελματία μαία.

Οι λεχωίδες κατά 85,37%, απάντησαν πως έμειναν Πολύ ευχαριστημένες με τον αριθμό και τη διάρκεια των επισκέψεων κατ' οίκον, καθώς είχαν επιπλέον τη δυνατότητα να καλέσουν τη μαία στο σπίτι και μετά τη λήξη του προγράμματος για περαιτέρω μαθήματα, εξηγήσεις ή παρακολούθηση.

Σύμφωνα με έρευνα των (Jennifer Fenwick, Janice Butt, Satvinder Dhaliwal, Yvonne HAUCK, Virginia Schmied, 2006) που έλαβε χώρα στη Δυτική Αυστραλία με δείγμα 2699 λεχωίδων, έδειξε πως οι λεχωίδες συνολικά έμειναν πολύ ευχαριστημένες με τις περισσότερες πτυχές της μαιευτικής φροντίδας που σχετίζονται με την

συμβουλευτική και την τη πρακτική βοήθεια, σε σχέση με τη νεογνική φροντίδα και την άμεση αποκατάσταση της λεχωίδας, τη διαθεσιμότητα της μαίας, τη συναισθηματική υποστήριξη και στην παροχή πληροφοριών για την υγεία της λοχείας, την ανοσοποίηση και τη δυσκοιλιότητα. Συγκρίνοντας την παραπάνω μελέτη με τη μελέτη της παρούσα εργασίας, διαπιστώνεται πως η συνολική ευχαρίστηση των λεχωίδων για την συμβουλευτική, την υποστήριξη και την παροχή χρόνου για επίσκεψη συμπίπτουν.

- Ψυχολογία Λεχωίδας & Ζευγαριού

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 95,12% των γυναικών που έλαβαν την υπηρεσία της πρώιμης εξόδου και της κατ' οίκον φροντίδας ένιωσαν Πολύ ασφαλείς καθόλη τη διάρκεια των επισκέψεων από μαία. Μόλις το 4,88% δήλωσε Μέτρια ασφαλής, ποσοστό που αποδίδεται στην πρωτοτοκία και την γενική ανασφάλεια που νιώθει μια νέα μητέρα.

Ακόμη, η πλειονότητα των λεχωίδων (75,61%) διαπίστωσαν πως η ψυχολογική ωφέλεια της πρώιμης επιστροφής είναι εμφανής και ένιωσαν Πολύ ωφελημένες. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται πως η πρώιμη επιστροφή στο σπίτι αποδίδει καλή ψυχολογική κατάσταση στη νέα μητέρα. Η ψυχολογική κατάσταση της λεχωίδας μετά τον τοκετό είναι πολύ ευαίσθητη, και ίσως τα παραπάνω αποτελέσματα να καταδεικνύουν έναν τρόπο για την πρόληψη οποιασδήποτε ψυχολογικής μετάπτωσης.

Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε Καθόλου ή Λίγο άγχος για την υγεία του νεογνού μετά την επιστροφή στο σπίτι και κατά τη διάρκεια των επισκέψεων από μαία με ποσοστά 53,66% και 29,97% αντίστοιχα. Αυτό σημαίνει πως οι υπηρεσίες της μαίας αναγνωρίστηκαν ως αξιόπιστες και αναπτύχθηκε εμπιστοσύνη μεταξύ της λεχωίδας και της μαίας. Μόλις το 14,63% ένιωσε Μέτριο άγχος και το 2,44% Πολύ, ποσοστό που επηρεάζεται από την πρωτοτοκία και την προσωπικότητα του ατόμου.

Επιπλέον, οι λεχωίδες εισέπραξαν πως υπάρχει Πολύς ή Μέτριος χρόνος (80,49% και 19,51% αντίστοιχα) για την απόλαυση του νεογνού από τη λεχωίδα και την οικογένειά της ώστε να επιτευχθεί η γονεϊκή σύνδεση, η εγκατάσταση του θηλασμού, και η συναισθηματική προσκόλληση που απαιτείται.

Σε έρευνα των (Helen L. McLachlan, Lisa Gold , Della A. Forster, Jane Yelland , Joanne Rayner, Sharon Rayner, 2006), που έλαβε χώρα στην Αυστραλία φάνηκε πως οι γυναίκες διατηρούσαν ενδοιασμούς για τις υπηρεσίες πρώιμης εξόδου, ενώ χαρακτηριστικά αναφέρουν πως εκδήλωσαν ανησυχία για την ασφάλεια και την υγεία των νεογνών , καθώς ένιωθαν ανασφαλής κατά τη νεογνική φροντίδα.

Η επιστροφή στο σπίτι το δεύτερο 24ωρο, σημειώθηκε πως δεν προκαλεί επιπλέον κούραση στις λεχωίδες, σε σχέση με επιστροφή μετά από περισσότερες ημέρες, καθώς κατά 53,66% δήλωσαν πως δεν ένιωσαν Καθόλου κούραση. Λίγη ή Μέτρια κούραση σημειώθηκε κατά 14,63%. Μόνο το 17,07% αισθάνθηκε κούραση, λόγω πιθανής έλλειψης υποστηρικτικού προσώπου ή αυξημένου τόκου.

- Η Άποψη της λεχωίδας

Οι νέες μητέρες, κατά 87,8%, δήλωσαν πως θα επέλεγαν για ακόμη μια φορά την υπηρεσία πρώιμης εξόδου, γεγονός που αποδεικνύει την ικανοποίησή τους. Το 7,3% δε θα ήθελε να επιλέξει ξανά την υπηρεσία, ποσοστό το οποίο επηρεάζεται από τον τόκο και τον βαθμό κούρασης που δήλωσε κάθε γυναίκα. Τέλος, το 4,9% δήλωσε πως

Ίσως να την επέλεγαν ξανά, ποσοστό το οποίο επηρεάζεται και αυτό από τον τόκο και τον βαθμό κούρασης που δήλωσε κάθε γυναίκα.

Σύμφωνα με έρευνα των De La Rosa J.A, Perry J, Johnson V, (2009), τα ζευγάρια που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν πως θα ήθελαν περισσότερες επισκέψεις από τη μαία κατ' οίκον, καθώς αυτές συνδέονται με μειωμένα προβλήματα γονεϊκότητας και συναισθηματικής σύνδεσης. Στην παρούσα έρευνα παρατηρείται η αναζήτηση περισσότερων επισκέψεων από τη μαία που μπορεί ορισμένες φορές να είναι η μοναδική δυσαρέσκεια των λεχαιδών από τις υπηρεσίες της μαίας.

Επιπρόσθετα, το 90,2% θα σύστηνε ανεπιφύλακτα την υπηρεσία σε άλλες γυναίκες. Το 9,8% Ίσως να την σύστηνε για το λόγο ότι διατηρούν ενδοιασμούς σχετικά με την έκβαση της εγκυμοσύνης, ή το χαρακτήρα της γυναίκας ή την κουλτούρα και όχι με λόγους που σχετίζονται με την υπηρεσία αυτή καθεαυτή.

Τέλος, το 87,8% δεν είχε να σημειώσει καμία παρατήρηση, ενώ το 12,2% θα επιθυμούσε περισσότερες επισκέψεις ή μεγαλύτερη διάρκεια επισκέψεων κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση στα πλαίσια του προγράμματος, χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τα παραπάνω κύρια ευρήματα της παρούσα έρευνας, προκύπτουν συμπεράσματα και προτάσεις που θα μπορούσαν να ολοκληρώσουν την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης αλλά και να την ενισχύσουν. Συμπεράσματα, λοιπόν, που προκύπτουν είναι τα εξής:

- Οι γυναίκες που έχουν ελληνική καταγωγή και διαμένουν μόνιμα στον Νομό Θεσσαλονίκης, προτιμούν περισσότερο την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης, σε σχέση με τις αλλοδαπές και τους κατοίκους των περιχώρων.
- Η μεγάλη απόσταση του σπιτιού από την κλινική, αποτελεί πιθανόν εμπόδιο για την επιλογή των υπηρεσιών πρώιμης εξόδου.
- Οι γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επιλέγουν περισσότερο την υπηρεσία πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης, σε σχέση με τις γυναίκες ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.
- Καθώς το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης επηρεάζει τη χώρα μας, οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας θα ήταν συνετό να μειώσουν το οικονομικό τους κόστος μέσω της εφαρμογής της σύντομης παραμονής στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Χαρακτηριστικά, οι επαγγελματίες υγείας παρατηρούν ότι αρκετοί νοσηλεύομενη εγκαταλείπουν το νοσοκομείο νωρίτερα, λόγω της κουλτούρας τους, αλλά και λόγω της ανεπαρκούς οικονομικής τους κατάστασης.
- Η πρώιμη έξοδος της λεχωίδας και του νεογνού από το μαιευτήριο θα πρέπει να προσφέρεται από δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια εξυπηρετώντας την παραπάνω κατεύθυνση, καθώς η υπηρεσία αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο εξοικονόμησης χρημάτων εφόσον δεν χρειαστεί επανεισαγωγή.
- Ο θηλασμός αποτελεί ένα ευαίσθητο σημείο για την ανάπτυξη της μαιευτικής, καθώς πολλά χρόνια τώρα γίνονται προσπάθειες για την προώθησή του αναλογίζοντας τα οφέλη που παρέχει. Παρ' όλα αυτά, ενώ θα περίμενε κανείς να ανθίζει κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση από μαιεία, τελικά συμπεραίνεται πως ενώ οι γυναίκες ξεκινούν τον θηλασμό με ενδιαφέρον κατά 78,04%, αδυνατούν να εγκαταστήσουν τον θηλασμό. Για να πετύχει η εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού χρειάζεται χρόνος και υποστήριξη από την επαγγελματία μαιεία, γι' αυτό θα ήταν ιδανικό να περιλαμβάνουν οι υπηρεσίες πρώιμης εξόδου και κατ' οίκον παρακολούθησης συνεχιζόμενη φροντίδα από μαιεία μετά τη συμπλήρωση των βασικών και αναγκαίων για την υγεία του ζεύγους μητέρας-νεογνού.
- Η αποτυχία του θηλασμού με λίγα λόγια δεν έγκειται στην άρνηση των γυναικών για θηλασμό αλλά στην έλλειψη καθοδήγησης για ικανό χρονικό διάστημα και υποστήριξης για την εγκατάστασή του.
- Η ψυχολογική κατάσταση της λεχωίδας μετά τον τοκετό είναι πολύ ευαίσθητη, και ίσως τα παραπάνω αποτελέσματα να καταδεικνύουν έναν

τρόπο για την πρόληψη οποιασδήποτε ψυχολογικής μετάπτωσης – καταθλιπτικής συμπεριφοράς.

- Η πλειονότητα των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν πρωτοτόκες, γεγονός που μπορεί να αποδεικνύει πως οι γυναίκες χωρίς προηγούμενη εμπειρία, είναι πιο δεκτικές σε νέες υπηρεσίες, οι οποίες θα μπορούσαν να στηρίξουν τη διάδοσή τους σε αυτή τη μέθοδο.
- Η υπηρεσία αποτελεί ασφαλή πρακτική για τις υπηρεσίες υγείας καθώς τα ποσοστά επανεισαγωγής είναι ελάχιστα και δεν σχετίζονται πάντα με την κύηση και τον τοκετό, αλλά και η αίσθηση ικανοποίησης της λεχιάδας από άποψη ασφάλειας που τη στηρίζει σθεναρά.
- Οι λεχιάδες στην πλειοψηφία τους έμειναν πολύ ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες της μαίας κατά την παρακολούθηση στο σπίτι, ενώ έλαβαν ποικίλα ψυχολογικά οφέλη από το σύνολο των υπηρεσιών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alan H. DeCherney & Lauren Nathan, (2011) Current Obstetrics & Gynaecology, Elsevier Ltd.
2. Abdullah H Baqui, Saifuddin Ahmed, Shams El Arifeen, Gary L Darmstadt, Amanda M Rosecrans, Ishtiaq Mannan, Syed M Rahman, Nazma Begum, Arif B A Mahmud, Habibur R Seraji, Emma KWilliams, Peter J Winch, Mathuram Santosham, Robert E Black, (2005) Effect of timing of first postnatal care home visit on neonatal mortality in Bangladesh: a observational cohort study.
3. American Academy of Pediatrics, (1995). Hospital stay for healthy term infants.
4. Arnold LS, Bakewell-Sachs S. (1991) Models of perinatal home follow-up. J perinatal Neonatal Nursing.
5. Arborelius E, Lindell D. (1989) Psychological aspects of early and late discharge after hospital delivery. An interview study of 44 families.
6. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A, (2011) Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants.
7. Backstrom C.A, Wahn E.I.H, Ekstrom A.C. (2010) Two sides of breastfeeding support: Experiences of women and midwives.
8. Bennett R. & Brown L. (1999) Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone. London
9. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. (1995) Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: A critical review of the literature. Pediatrics.
10. Britton JR, Britton HL, Beebe SA. (1994) Early discharge of the term newborn: A continued dilemma. Pediatrics.
11. Britton HL, Britton JR. (1984) Efficacy of early newborn discharge in a middle-class population.
12. Canadian Pediatric Society (2009) Facilitating discharge home following a normal term birth.
13. Christine Kurtz Landy, Wendy Sword, Donna Ciliska, (2008) Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey.
14. Committee on Fetus and Newborn (1995) Hospital stay for healthy term newborns. Pediatrics
15. Carty EM, Bradley CF. (1990) A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge.
16. Conrad PD, Wilkening RB, Rosenberg AA. (1989) Safety of newborn discharge in less than 36 hours in an indigent population..

17. De La Rosa J.A, Perry J, Johnson V, (2009) Benefits of increased home - visitation services: Exploring a case management model.
18. De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. (1982) Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration.
19. Family-Centred Maternity and Newborn Care (1987) National Guidelines. Ottawa: Institutional and Professional Services Division, Health Services directorate, Department of National Health and Welfare.
20. Gutenberg (2000) Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών. Αθήνα, Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης Και Κοινωνικής Πολιτικής.
21. Helen L. McLachlan, Lisa Gold , Della A. Forster, Jane Yelland , Joanne Rayner, Sharon Rayner, (2006), Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia.
22. HTA (2003) Redesigning Postnatal care: a randomized controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs.
23. Hanvey L. Obstetrics'87, (1988) the CMA report on obstetric care in Canada: What have we really learned?
24. Jelland J, Sutherland G, Brown S.J. (2010) Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of Australian women.
25. Johansson, Clara Aarts & Elisabeth Darz, (2010) First time parents experiences of home based postnatal care in Sweden.
26. James ML, Hudson CN, Gebiski VJ, (1987) An evaluation of planned early postnatal transfer home with nursing support.
27. Karen M. Stolte (2005) Ευεξία Νοσηλευτικές Διαγνώσεις για την Προαγωγή της Υγείας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού.
28. Lowdermilk & Perry (2003) Νοσηλευτική Μητρότητας. Ιατρικές Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος.
29. Lee KS, Perlman M, Ballantyne M, Elliott I, To T. (1995) Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate.
30. Malcolm I. Levene, David I. Tudehope, M. John Thearle, (2006) Βασικές Αρχές Νεογνολογίας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού.
31. National Institute of Clinical Excellence (2011) Full Guideline Postnatal Care.
32. Norr KF, Nacion KW, Abramson R. (1989) Early discharge with home follow-up: Impacts on low-income mothers and infants.
33. Norr KF, Nacion K. (1987) Outcomes of postpartum early discharge. A comparative review.
34. Persson, E.K, Fridlund B, Kvist L.J, Dykes A.K., (2011) Mothers' sense of security in the first postnatal week: Interview study.
35. Patterson PK. (1987) A comparison of postpartum early and traditional discharge groups.
36. Rush J, Hodnett E. (1993) Community support for early maternal and newborn care (the early discharge project): A report of demonstration projects in Windsor-Leamington and Sudbury. A Maternal-Newborn initiative. Toronto: Ontario Ministry of Health.
37. Sweet B. & Tiran D. (2003) Mayes Midwifery. A Textbook for Midwives. London
38. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (2009) Facilitating discharge home following a normal term birth.

39. Susan J. Weekly & Mary L. Neumann, (1997) Speaking up for baby: The case for individualized neonatal discharge plan.
40. Several states poised to pass early discharge laws. (1996) Model legislation would safeguard newborns. AAP News
41. Stern TE. (1991) An early discharge program: An entrepreneurial nursing practice becomes a hospital-affiliated agency.
42. Yelland Jane, Krastev Ann, Brown Stephanie, (2001) Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals.
43. Yanover MJ, Jones D, Miller MD. (1976) Perinatal care of low-risk mothers and infants. Early discharge with home care.
44. Zwergel J, Ende ML. (1989) Maternal-infant early discharge: Making one home visit count.
45. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G. (1987) Early and late discharge after hospital birth: Breastfeeding.
46. McIntosh ID. (1984) Hospital effects of maternity early discharge.
47. Waldenström U. (1988) Early and late discharge after hospital birth: father's involvement in infant care.
48. Waldenström U. (1989) Early discharge as voluntary and involuntary alternatives to a longer postpartum stay in hospital - effects on mothers's experiences and breast feeding. Midwifery.
49. Waldenström U. (1987) Early discharge with domiciliary visits and hospital care: Parents' s experiences of two modes of post-partum care.
50. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G. (1987) Early and late discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period.
51. WHO(2003)α Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice. Geneva
52. WHO(2003)β Atlas of Health in Europe. Copenhagen.
53. WHO(2003)γ The Solid Facts. Social Determinants of Health. International Centre for Health and Society. Denmark
54. WHO (2002) The European Health report. Copenhagen. Denmark
55. WHO (2000) World Health Report. Archives 1995-2000. Geneva
56. Αντωνίου Ε. και άλλοι (2007) Η γυναίκα και το νεογνό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας . Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
57. Μιχαήλ Α. Μαμόπουλος & Δαυίδ Χ. Ρούσσο, (2011) Σύγχρονη διάγνωση και θεραπεία στη Μαιευτική και Γυναικολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης.
58. Μωραΐτου Μ. (2005) Ψυχοσωματική ετοιμασία για τη μετάβαση στη Μητρότητα. Θεσσαλονίκη.
59. Μωραΐτου Μ. (2004) Το βίωμα της μητρότητας. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις 'Βήτα medical arts'.
60. Σαχίνη - Καρδάση Α. (2007) Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας, Εκδόσεις Βήτα medical arts.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
Τμήμα Μαιευτικής - Πτυχιακή Εργασία Με Θέμα :
Αξιολόγηση προγράμματος 24ωρης παραμονής στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό και κατ' οίκον παρακολούθησης στην άμεση λοχεία από τις γυναίκες που συμμετείχαν σ' αυτό.

Ερωτηματολόγιο

1) Ηλικία

< 20 20-30 30-40 > 40

2) Τόπος Διαμονής

Θεσσαλονίκη Εκτός

3) Καταγωγή

Ελληνική Αλλοδαπή

4) Βαθμίδα Εκπαίδευσης

Πρωτοβάθμια Δευτεροβάθμια Τριτοβάθμια

5) Οικογενειακό Εισόδημα

< 2000€ 2000€– 2500€ >2500€

6) Έχετε Αδέλφια ; Πόσα;

Κανένα 1 2 3 >3

7) Πόσα ζώντα νεογνά έχετε γεννήσει;

1 2 ≥3

8) Εμφάνισε ίκτερο το μωρό σας ;

Υψηλού βαθμού Μετρίου βαθμού Λίγο Καθόλου

9) Θηλάσατε/ζετε το μωρό σας ;

Ναι Όχι

9^α) Αν ναι

Αποκλειστικά ; Ναι Όχι

10) Χρειάστηκε να επιστρέψετε στο Νοσοκομείο –κλινική για να νοσηλευθείτε εσείς ή το μωρό σας;

Ναι Όχι

10^α) Αν ναι για ποιο λόγο

.....
.....

Ερωτήσεις

1) Πώς ενημερωθήκατε για το πρόγραμμα «Τοκετός Μιας Ημέρας» ;

Ιατρός Μαία Φιλικό Περιβάλλον ΜΜΕ

2) Ποιος ή ποιοί ήταν οι επικρατέστεροι λόγοι που ζητήσατε/ δεχθήκατε την υπηρεσία αυτή ;

(τσεκάρετε την απάντηση, μπορείτε να απαντήσετε σε περισσότερες από μια επιλογές)

Για να θηλάσω με επιτυχία

Για να έχω συνεχή επαφή και δέσιμο με το μωρό μου

Γιατί νιώθω καλύτερα στο σπίτι μου

Για τη δυνατότητα που προσφέρεται να παρακολουθεί την υγεία μας η μαία στο σπίτι και να μας συμβουλεύει

Για να εξοικονομήσω χρήματα

Για την Φροντίδα παιδιών / οικογένειας

Επειδή μου τη σύστησε ιατρός /μαία

Γιατί με παρακίνησαν άλλες γυναίκες που έδειξαν ικανοποίηση για την υπηρεσία αυτή

Γιατί ήταν στην κουλτούρα μου / φιλοσοφία μου

3) Ποιο κομμάτι του προγράμματος θεωρείτε πως είναι το πιο δυνατό του σημείο;

Η πρόωμη επιστροφή στο σπίτι

Η σημαντική μείωση των εξόδων

Η παρακολούθησή σας από τη μαία με επίσκεψη κατ' οίκον/ Η συμβουλευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ σας

4) Κρίνετε ικανοποιητική τη συμβουλευτική και τη φροντίδα της μαίας για το μωρό σας και εσάς ;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

5) Θεωρείτε ότι η παρουσία της μαίας στις επισκέψεις ήταν εν γένει υποστηρικτική ;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

6) Θεωρείτε ότι αριθμός των επισκέψεων στο σπίτι ήταν επαρκής ;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

7) Θεωρείτε ότι η διάρκεια των επισκέψεων ήταν επαρκής ;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

- 8) Νιώσατε ασφαλής στο περιβάλλον του σπιτιού με την συνολική παροχή φροντίδας κατ' οίκον ;
 Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
- 9) Θεωρείτε ότι σας βοήθησε περισσότερο στην ψυχολογία σας η πρώιμη επιστροφή στο σπίτι από το να παραμείνετε στην Κλινική για τέσσερις/πέντε ημέρες
 Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
- 10) Θεωρείτε ότι είχατε περισσότερο άγχος στο σπίτι τις πρώτες ημέρες για την υγεία του μωρού σας ;
 Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
- 11) Θεωρείτε ότι είχατε περισσότερο χρόνο να χαρείτε με το σύντροφό σας και τα λοιπά μέλη της οικογένειας τον ερχομό του μωρού σας ;
 Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
- 12) Θεωρείτε ότι σας κούρασε περισσότερο η πρώιμη επιστροφή στο σπίτι;
 Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
- 13) Σε επόμενη εγκυμοσύνη θα επιλέγατε την ίδια υπηρεσία ;
 Ναι Όχι Ίσως
- 14) Θα συστήνατε την υπηρεσία αυτή σε άλλες γυναίκες ;
 Ναι Όχι Ίσως
- 15) Εάν θα είχατε μια παρατήρηση για τη βελτίωση της υπηρεσίας ποια θα ήταν αυτή ;

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

2. ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (2-tailed)

Correlations		Ηλικία	Τόπος_Δια μονής	Καταγω γή	Βαθμίδα_Ε κπαίδευση ς	Οικογενεια κό_Μηνιαίο _Εισόδημα	Αριθμός_Α δελφών_Λε χωίδας	Τόκος
Ηλικία	Pearson Correlation	1	-,061	-,227	-,420**	,197	-,375*	,163
	Sig. (2-tailed)		,707	,153	,006	,216	,016	,310
	N	41	41	41	41	41	41	41
Τόπος_Διαμονής	Pearson Correlation	-,061	1	,547**	,212	,309*	-,235	,243
	Sig. (2-tailed)	,707		,000	,184	,049	,139	,126
	N	41	41	41	41	41	41	41
Καταγωγή	Pearson Correlation	-,227	,547**	1	,269	,305	-,129	,197
	Sig. (2-tailed)	,153	,000		,089	,052	,423	,218
	N	41	41	41	41	41	41	41
Βαθμίδα_Εκπαίδευσης	Pearson Correlation	-,420**	,212	,269	1	,361*	-,075	-,109
	Sig. (2-tailed)	,006	,184	,089		,020	,643	,499
	N	41	41	41	41	41	41	41
Οικογενειακό_Μηνιαίο_Εισόδημα	Pearson Correlation	,197	,309*	,305	,361*	1	-,326*	-,127
	Sig. (2-tailed)	,216	,049	,052	,020		,037	,428
	N	41	41	41	41	41	41	41
Αριθμός_Αδελφών_Λεχωίδας	Pearson Correlation	-,375*	-,235	-,129	-,075	-,326*	1	,301
	Sig. (2-tailed)	,016	,139	,423	,643	,037		,056
	N	41	41	41	41	41	41	41
Τόκος	Pearson Correlation	,163	,243	,197	-,109	-,127	,301	1
	Sig. (2-tailed)	,310	,126	,218	,499	,428	,056	
	N	41	41	41	41	41	41	41

Νεογνικός_Ίκτερος	Pearson Correlation	,224	-,070	,216	-,199	,018	-,148	-,104
	Sig. (2-tailed)	,158	,662	,174	,212	,909	,357	,519
	N	41	41	41	41	41	41	41
Θηλασμός	Pearson Correlation	,062	-,082	-,151	-,171	-,068	-,011	,171
	Sig. (2-tailed)	,702	,612	,346	,286	,675	,948	,284
	N	41	41	41	41	41	41	41
Επανεισαγωγή	Pearson Correlation	-,286	-,312*	,074	,125	-,162	-,097	-,588**
	Sig. (2-tailed)	,069	,047	,646	,435	,312	,548	,000
	N	41	41	41	41	41	41	41
Πηγή_Ενημέρωσης	Pearson Correlation	-,049	,147	,300	-,134	-,137	,257	,535**
	Sig. (2-tailed)	,759	,359	,056	,405	,392	,105	,000
	N	41	41	41	41	41	41	41
Κύριο_Πλεονέκτημα	Pearson Correlation	-,378*	,042	,260	,086	-,076	,473**	,300
	Sig. (2-tailed)	,015	,793	,101	,594	,636	,002	,056
	N	41	41	41	41	41	41	41
Συμβουλευτική_Φροντίδα_Μαίας_Ικανοποίηση	Pearson Correlation	-,159	,382*	-,036	-,133	-,167	-,090	-,131
	Sig. (2-tailed)	,322	,014	,824	,407	,297	,577	,415
	N	41	41	41	41	41	41	41
Υποστήριξη_Μαίας	Pearson Correlation	-,227	,227	-,051	-,191	-,239	,135	,005
	Sig. (2-tailed)	,153	,154	,750	,233	,132	,400	,977
	N	41	41	41	41	41	41	41
Αριθμός_Επισκέψεων_Ικανοποίηση	Pearson Correlation	-,009	,154	,171	,011	,192	,168	,056
	Sig. (2-tailed)	,954	,335	,285	,945	,230	,293	,730
	N	41	41	41	41	41	41	41
Διάρκεια_Επισκέψεων_Ικανοποίηση	Pearson Correlation	-,009	,154	,171	,011	,192	,168	,056
	Sig. (2-tailed)	,954	,335	,285	,945	,230	,293	,730
	N	41	41	41	41	41	41	41

Αίσθηση_Ασφάλεια ς_στο_Σπίτι	Pearson	-,227	-,094	-,051	,039	,033	,399**	,005
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,153	,560	,750	,808	,837	,010	,977
	N	41	41	41	41	41	41	41
Ψυχολογική_Ωφέλε ια_Πρώιμης_Επιστ ροφής	Pearson	,055	,391*	,167	,121	,224	-,260	,193
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,732	,011	,298	,450	,160	,100	,227
	N	41	41	41	41	41	41	41
Υπαρξη_Άγχους_γ ια_την_Υγεία_του_ Νεογνού	Pearson	-,164	,250	,183	,133	-,047	,250	,415**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,306	,115	,252	,406	,773	,115	,007
	N	41	41	41	41	41	41	41
Υπαρξη_Χρόνου_γ ια_Απόλαυση_του_ Νεογνού	Pearson	,350*	-,030	-,111	-,289	-,298	-,065	,219
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,025	,854	,488	,066	,059	,688	,169
	N	41	41	41	41	41	41	41
Υπαρξη_Κούραση ς	Pearson	-,087	-,159	-,423**	,015	,065	,128	-,109
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,587	,321	,006	,926	,686	,426	,498
	N	41	41	41	41	41	41	41
Επανεκλογή_Υπηρ εσίας	Pearson	-,094	,420**	,384*	,314*	,171	-,256	,219
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,559	,006	,013	,046	,285	,106	,169
	N	41	41	41	41	41	41	41
Σύσταση_Κοινωνικ ή_της_Υπηρεσίας	Pearson	-,048	,329*	,689**	,224	,147	-,282	,146
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,765	,036	,000	,159	,359	,074	,362
	N	41	41	41	41	41	41	41
Παρατήρηση_για_B ελτίωση_Υπηρεσία ς	Pearson	,137	-,154	-,084	-,162	,323*	-,038	-,308*
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,393	,335	,600	,310	,039	,813	,050
	N	41	41	41	41	41	41	41

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Νεογνικός _ΐκτερος	Θηλασμ ός	Επανεισα γωγή	Πηγή_Ενθ μέρωσης	Κύριο_Πλε ονέκτημα	Συμβουλε υτική_Φρο ντίδα_Μαί ας_Ικανοπ οίηση	Υποστήριξ η_Μαίας
Ηλικία	Pearson Correlation	,224	,062	-,286	-,049	-,378*	-,159	-,227
	Sig. (2-tailed)	,158	,702	,069	,759	,015	,322	,153
	N	41	41	41	41	41	41	41
Τόπος_Διαμονής	Pearson Correlation	-,070	-,082	-,312*	,147	,042	,382*	,227
	Sig. (2-tailed)	,662	,612	,047	,359	,793	,014	,154
	N	41	41	41	41	41	41	41
Καταγωγή	Pearson Correlation	,216	-,151	,074	,300	,260	-,036	-,051
	Sig. (2-tailed)	,174	,346	,646	,056	,101	,824	,750
	N	41	41	41	41	41	41	41
Βαθμίδα_Εκπαίδε υσης	Pearson Correlation	-,199	-,171	,125	-,134	,086	-,133	-,191
	Sig. (2-tailed)	,212	,286	,435	,405	,594	,407	,233
	N	41	41	41	41	41	41	41
Οικογενειακό_Μη νιαίο_Εισόδημα	Pearson Correlation	,018	-,068	-,162	-,137	-,076	-,167	-,239
	Sig. (2-tailed)	,909	,675	,312	,392	,636	,297	,132
	N	41	41	41	41	41	41	41
Αριθμός_Αδελφώ ν_Λεχωίδας	Pearson Correlation	-,148	-,011	-,097	,257	,473**	-,090	,135
	Sig. (2-tailed)	,357	,948	,548	,105	,002	,577	,400
	N	41	41	41	41	41	41	41
Τόκος	Pearson Correlation	-,104	,171	-,588**	,535**	,300	-,131	,005
	Sig. (2-tailed)	,519	,284	,000	,000	,056	,415	,977
	N	41	41	41	41	41	41	41
Νεογνικός_ΐκτερο ς	Pearson Correlation	1	,024	,314*	-,243	-,304	,151	,063
	Sig. (2-tailed)		,880	,045	,125	,054	,346	,694
	N	41	41	41	41	41	41	41

Θηλασμός	Pearson	,024	1	-,064	,030	,011	-,105	,136
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,880		,689	,852	,948	,512	,395
	N	41	41	41	41	41	41	41
Επανεισαγωγή	Pearson	,314*	-,064	1	-,474**	-,198	,052	,074
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,045	,689		,002	,214	,748	,646
	N	41	41	41	41	41	41	41
Πηγή_Ενημέρωσης	Pearson	-,243	,030	-,474**	1	,409**	-,097	,080
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,125	,852	,002		,008	,545	,617
	N	41	41	41	41	41	41	41
Κύριο_Πλεονέκτημα	Pearson	-,304	,011	-,198	,409**	1	-,149	,023
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,054	,948	,214	,008		,353	,886
	N	41	41	41	41	41	41	41
Συμβουλευτική_Φροντίδα_Μαίας_Ικανοποίηση	Pearson	,151	-,105	,052	-,097	-,149	1	,698**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,346	,512	,748	,545	,353		,000
	N	41	41	41	41	41	41	41
Υποστήριξη_Μαίας	Pearson	,063	,136	,074	,080	,023	,698**	1
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,694	,395	,646	,617	,886	,000	
	N	41	41	41	41	41	41	41
Αριθμός_Επισκέψεων_Ικανοποίηση	Pearson	-,155	,054	-,065	,085	,098	-,062	,171
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,334	,736	,685	,599	,541	,701	,285
	N	41	41	41	41	41	41	41
Διάρκεια_Επισκέψεων_Ικανοποίηση	Pearson	-,155	,054	-,065	,085	,098	-,062	,171
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,334	,736	,685	,599	,541	,701	,285
	N	41	41	41	41	41	41	41
Αίσθηση_Ασφάλειας_στο_Σπίτι	Pearson	-,242	,168	,074	,080	,260	-,036	,474**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,127	,293	,646	,617	,101	,824	,002
	N	41	41	41	41	41	41	41

Ψυχολογική_Ωφέλεια_Πρώιμης_Επιστροφής	Pearson Correlation	-,123	-,045	-,320*	-,023	,021	-,082	,024
	Sig. (2-tailed)	,443	,779	,041	,885	,896	,609	,880
	N	41	41	41	41	41	41	41
Ύπαρξη_Άγχους_για_την_Υγεία_του_Νεογνού	Pearson Correlation	-,206	,286	-,264	,323*	,261	-,066	,044
	Sig. (2-tailed)	,196	,070	,095	,039	,099	,681	,784
	N	41	41	41	41	41	41	41
Ύπαρξη_Χρόνου_για_Απόλαυση_του_Νεογνού	Pearson Correlation	,138	,157	-,052	-,184	-,271	-,078	-,111
	Sig. (2-tailed)	,390	,325	,747	,251	,086	,629	,488
	N	41	41	41	41	41	41	41
Ύπαρξη_Κούρασης	Pearson Correlation	-,210	,016	-,113	,031	,054	,127	,182
	Sig. (2-tailed)	,187	,923	,484	,848	,736	,428	,254
	N	41	41	41	41	41	41	41
Επανεκλογή_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	-,071	-,163	-,188	-,021	,296	-,055	-,079
	Sig. (2-tailed)	,661	,310	,240	,895	,060	,732	,623
	N	41	41	41	41	41	41	41
Σύσταση_Κοινωνική_της_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	,203	-,173	,107	,117	,291	-,052	-,074
	Sig. (2-tailed)	,203	,279	,504	,467	,065	,747	,644
	N	41	41	41	41	41	41	41
Παρατήρηση_για_Βελτίωση_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	,155	,151	,122	-,229	-,196	-,059	-,084
	Sig. (2-tailed)	,334	,347	,448	,149	,221	,714	,600
	N	41	41	41	41	41	41	41

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Αριθμός_Επισκέψεων_Ικανοποίηση	Διάρκεια_Επισκέψεων_Ικανοποίηση	Αίσθηση_Ασφάλειας_στο_Σπίτι	Ψυχολογική_Ωφέλεια_Πρώιμης_Επιστροφής	Ύπαρξη_Άγχους_για_την_Υγεία_του_Νεογνού	Ύπαρξη_Χρόνου_για_Απόλαυση_του_Νεογνού	Ύπαρξη_Κούρασης
--	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	---	--	-----------------

Ηλικία	Pearson Correlation	-,009	-,009	-,227	,055	-,164	,350 ⁺	-,087
	Sig. (2-tailed)	,954	,954	,153	,732	,306	,025	,587
	N	41	41	41	41	41	41	41
Τόπος_Διαμονής	Pearson Correlation	,154	,154	-,094	,391 ⁺	,250	-,030	-,159
	Sig. (2-tailed)	,335	,335	,560	,011	,115	,854	,321
	N	41	41	41	41	41	41	41
Καταγωγή	Pearson Correlation	,171	,171	-,051	,167	,183	-,111	-,423 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,285	,285	,750	,298	,252	,488	,006
	N	41	41	41	41	41	41	41
Βαθμίδα_Εκπαίδευσης	Pearson Correlation	,011	,011	,039	,121	,133	-,289	,015
	Sig. (2-tailed)	,945	,945	,808	,450	,406	,066	,926
	N	41	41	41	41	41	41	41
Οικογενειακό_Μηνιαίο_Εισόδημα	Pearson Correlation	,192	,192	,033	,224	-,047	-,298	,065
	Sig. (2-tailed)	,230	,230	,837	,160	,773	,059	,686
	N	41	41	41	41	41	41	41
Αριθμός_Αδελφών_Λεχωίδας	Pearson Correlation	,168	,168	,399 ^{**}	-,260	,250	-,065	,128
	Sig. (2-tailed)	,293	,293	,010	,100	,115	,688	,426
	N	41	41	41	41	41	41	41
Τόκος	Pearson Correlation	,056	,056	,005	,193	,415 ^{**}	,219	-,109
	Sig. (2-tailed)	,730	,730	,977	,227	,007	,169	,498
	N	41	41	41	41	41	41	41
Νεογνικός_Ίκτερος	Pearson Correlation	-,155	-,155	-,242	-,123	-,206	,138	-,210
	Sig. (2-tailed)	,334	,334	,127	,443	,196	,390	,187
	N	41	41	41	41	41	41	41
Θηλασμός	Pearson Correlation	,054	,054	,168	-,045	,286	,157	,016
	Sig. (2-tailed)	,736	,736	,293	,779	,070	,325	,923
	N	41	41	41	41	41	41	41

Επανεισαγωγή	Pearson	-,065	-,065	,074	-,320*	-,264	-,052	-,113
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,685	,685	,646	,041	,095	,747	,484
	N	41	41	41	41	41	41	41
Πηγή_Ενημέρωσης	Pearson	,085	,085	,080	-,023	,323*	-,184	,031
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,599	,599	,617	,885	,039	,251	,848
	N	41	41	41	41	41	41	41
Κύριο_Πλεονέκτημα	Pearson	,098	,098	,260	,021	,261	-,271	,054
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,541	,541	,101	,896	,099	,086	,736
	N	41	41	41	41	41	41	41
Συμβουλευτική_Φροντίδα_Μαίεσης_Κατανοποίηση	Pearson	-,062	-,062	-,036	-,082	-,066	-,078	,127
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,701	,701	,824	,609	,681	,629	,428
	N	41	41	41	41	41	41	41
Υποστήριξη_Μαίεσης	Pearson	,171	,171	,474**	,024	,044	-,111	,182
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,285	,285	,002	,880	,784	,488	,254
	N	41	41	41	41	41	41	41
Αριθμός_Επισκέψεων_Κατανοποίηση	Pearson	1	1,000**	,690**	,428**	-,233	-,052	-,233
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,005	,143	,749	,142
	N	41	41	41	41	41	41	41
Διάρκεια_Επισκέψεων_Κατανοποίηση	Pearson	1,000**	1	,690**	,428**	-,233	-,052	-,233
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,005	,143	,749	,142
	N	41	41	41	41	41	41	41
Αίσθηση_Ασφάλειας_στο_Σπίτι	Pearson	,690**	,690**	1	,024	-,095	-,111	-,020
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,880	,555	,488	,903
	N	41	41	41	41	41	41	41
Ψυχολογική_Ωφέλεια_Πρώιμης_Επιστροφής	Pearson	,428**	,428**	,024	1	-,218	,053	-,100
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,005	,005	,880		,170	,743	,534
	N	41	41	41	41	41	41	41

Υπαρξη_Αγχους_για_την_Υγεια_του_Νεογνού	Pearson Correlation	-,233	-,233	-,095	-,218	1	-,131	,070
	Sig. (2-tailed)	,143	,143	,555	,170		,415	,662
	N	41	41	41	41	41	41	41
Υπαρξη_Χρόνου_για_Απόλαυση_του_Νεογνού	Pearson Correlation	-,052	-,052	-,111	,053	-,131	1	-,317*
	Sig. (2-tailed)	,749	,749	,488	,743	,415		,043
	N	41	41	41	41	41	41	41
Υπαρξη_Κούρασ_ης	Pearson Correlation	-,233	-,233	-,020	-,100	,070	-,317*	1
	Sig. (2-tailed)	,142	,142	,903	,534	,662	,043	
	N	41	41	41	41	41	41	41
Επανεκλογή_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	-,022	-,022	-,079	,633**	-,146	,080	-,208
	Sig. (2-tailed)	,890	,890	,623	,000	,361	,620	,192
	N	41	41	41	41	41	41	41
Σύσταση_Κοινωνική_της_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	,060	,060	-,074	,345*	-,239	,046	-,468**
	Sig. (2-tailed)	,711	,711	,644	,027	,133	,777	,002
	N	41	41	41	41	41	41	41
Παρατήρηση_για_Βελτίωση_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	,538**	,538**	,262	,181	-,431**	-,183	,034
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,098	,259	,005	,251	,833
	N	41	41	41	41	41	41	41

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Επανεκλογή_Υπηρεσίας	Σύσταση_Κοινωνική_της_Υπηρεσίας	Παρατήρηση_για_Βελτίωση_Υπηρεσίας
Ηλικία	Pearson Correlation	-,094	-,048	,137
	Sig. (2-tailed)	,559	,765	,393
	N	41	41	41
Τόπος_Διαμονής	Pearson Correlation	,420**	,329*	-,154
	Sig. (2-tailed)	,006	,036	,335

	N	41	41	41
Καταγωγή	Pearson Correlation	,384*	,689**	-,084
	Sig. (2-tailed)	,013	,000	,600
	N	41	41	41
Βαθμίδα_Εκπαίδευσης	Pearson Correlation	,314*	,224	-,162
	Sig. (2-tailed)	,046	,159	,310
	N	41	41	41
Οικογενειακό_Μηνιαίο_Εισόδημα	Pearson Correlation	,171	,147	,323*
	Sig. (2-tailed)	,285	,359	,039
	N	41	41	41
Αριθμός_Αδελφών_Λεχιάδας	Pearson Correlation	-,256	-,282	-,038
	Sig. (2-tailed)	,106	,074	,813
	N	41	41	41
Τόκος	Pearson Correlation	,219	,146	-,308*
	Sig. (2-tailed)	,169	,362	,050
	N	41	41	41
Νεογνικός_Ίκτερος	Pearson Correlation	-,071	,203	,155
	Sig. (2-tailed)	,661	,203	,334
	N	41	41	41
Θηλασμός	Pearson Correlation	-,163	-,173	,151
	Sig. (2-tailed)	,310	,279	,347
	N	41	41	41
Επανεισαγωγή	Pearson Correlation	-,188	,107	,122
	Sig. (2-tailed)	,240	,504	,448
	N	41	41	41
Πηγή_Ενημέρωσης	Pearson Correlation	-,021	,117	-,229
	Sig. (2-tailed)	,895	,467	,149
	N	41	41	41
Κύριο_Πλεονέκτημα	Pearson Correlation	,296	,291	-,196
	Sig. (2-tailed)	,060	,065	,221
	N	41	41	41
Συμβουλευτική_Φροντίδα_Μαίας_Ικανοποίηση	Pearson Correlation	-,055	-,052	-,059
	Sig. (2-tailed)	,732	,747	,714
	N	41	41	41

Υποστήριξη_Μαίας	Pearson Correlation	-,079	-,074	-,084
	Sig. (2-tailed)	,623	,644	,600
	N	41	41	41
Αριθμός_Επισκέψεων_Ικανοποίηση	Pearson Correlation	-,022	,060	,538**
	Sig. (2-tailed)	,890	,711	,000
	N	41	41	41
Διάρκεια_Επισκέψεων_Ικανοποίηση	Pearson Correlation	-,022	,060	,538**
	Sig. (2-tailed)	,890	,711	,000
	N	41	41	41
Αίσθηση_Ασφάλειας_στο_Σπίτι	Pearson Correlation	-,079	-,074	,262
	Sig. (2-tailed)	,623	,644	,098
	N	41	41	41
Ψυχολογική_Ωφέλεια_Πρώιμης_Επιστροφής	Pearson Correlation	,633**	,345*	,181
	Sig. (2-tailed)	,000	,027	,259
	N	41	41	41
Υπαρξη_Άγχους_για_την_Υγεία_του_Νεογνού	Pearson Correlation	-,146	-,239	-,431**
	Sig. (2-tailed)	,361	,133	,005
	N	41	41	41
Υπαρξη_Χρόνου_για_Απόλαυση_του_Νεογνού	Pearson Correlation	,080	,046	-,183
	Sig. (2-tailed)	,620	,777	,251
	N	41	41	41
Υπαρξη_Κούρασης	Pearson Correlation	-,208	-,468**	,034
	Sig. (2-tailed)	,192	,002	,833
	N	41	41	41
Επανεκλογή_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	1	,726**	-,130
	Sig. (2-tailed)		,000	,417
	N	41	41	41
Σύσταση_Κοινωνική_της_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	,726**	1	-,123
	Sig. (2-tailed)	,000		,445
	N	41	41	41
Παρατήρηση_για_Βελτίωση_Υπηρεσίας	Pearson Correlation	-,130	-,123	1
	Sig. (2-tailed)	,417	,445	
	N	41	41	41

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

