

Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία

Βικτωρία Βιβιλάκη*
Μαρία Δάγλα**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο άρθρο αυτό προσδιορίζονται οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ποιότητα της κατ' οίκον φροντίδας στην περίοδο της λοχείας. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στη νοσοκομειακή φροντίδα στη λοχεία και στην επιλογή και διάρκεια των επισκέψεων στο σπίτι από την κοινοτική μαία. Περιγράφεται η νοσηρότητα στη λοχεία, ενώ δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην επιλόχεια κατάθλιψη. Στη συνέχεια αναπτύσσονται ο μητρικός θηλασμός και η αντισύλληψη ως πρωταρχικοί τομείς δράσης για την προαγωγή της υγείας των γυναικών και των οικογενειών τους. Τέλος, παρουσιάζεται μια σειρά μελετών, που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία από την κοινοτική μαία.

Λέξεις κλειδιά: μαία, επιλόχεια κατάθλιψη, κατ' οίκον φροντίδα στη λοχεία, μητρικός θηλασμός, αντισύλληψη.

Φροντίδα στο Νοσοκομείο

Το διάστημα που οι λεχωίδες παραμένουν στο Νοσοκομείο ή στην Κλινική που γέννησαν, έχει άμεση σχέση με τη φροντίδα στο σπίτι μετά τον τοκετό. Σε χώρες με οργανωμένες υπηρεσίες υγείας στη λοχεία, οι λεχωίδες παραμένουν στο Νοσοκομείο από λίγες ώρες μέχρι 2-3 ημέρες αν ο τοκετός ήταν χωρίς επιπλοκές (Sweet και συν., 2003). Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τη μέση παραμονή των λεχωίδων στο Νοσοκομείο ή την Κλινική μετά τον τοκετό.

Η σύγχρονη τάση για μείωση των ημερών νοσηλείας στο Νοσοκομείο μετά τον τοκετό για τις γυναίκες που έχουν γεννήσει, καθιστά πιο αναγκαία και πιο σημαντική τη φροντίδα της λεχωίδας στην κοινότητα με τρόπο αποτελεσματικό και προσαρμοσμένο στις ανάγκες των γυναικών και των οικογενειών τους (HTA, 2003). Στην ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας η μαία έχει την κύρια ευθύνη για τη φροντίδα της λεχωίδας και του νεογνού μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο.

Επιλογή και διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων στη λοχεία

Παραδοσιακά, η φροντίδα στη λοχεία αφορά κυρίως μετρήσεις και κλινική εξέταση της παλινδρόμησης της μήτρας, των λοχιών, της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης των λεχωίδων σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα επίσημα έγγραφα που αφορούν την περίοδο αυτή, είναι διαγράμματα για την παρακολούθηση των παραπάνω

* Κοινοτική Μαία, RM, PgCert, MMedSc, PhDc, Κέντρο Υγείας Σπηλίου Ρεθύμνου Κρήτης

** Μαία, Φοιτήτρια Π.Μ.Σ. Πανεπιστημίου Κρήτης

παραμέτρων και έτσι η κλινική πρακτική των μαιών συνήθως είναι προσαρμοσμένη σ' 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 τη μαία της κοινότητας (Royal College of Midwives Standing Practice Group, 1994). Υπάρχει πιθανότητα η μαία να αναγκαστεί να μειώσει τη συχνότητα και τη διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων της στη λεχвіδα. Η επιλογή των κατ' οίκον επισκέψεων ανάλογα με τις ανάγκες θα δώσει τη δυνατότητα στη μαία να επικεντρώσει την προσοχή της στις λεχвіδες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη τη φροντίδα της, καθώς και όπου υπάρχει ανάγκη για συνέχιση της φροντίδας στη λοχεία από την ίδια μαία ή για να αποφευχθούν προβλήματα συγκρουόμενων επιστημονικών απόψεων (Sweet και συν., 2003, Bennett και συν., 1999).

Σύμφωνα με τους Griffin και Hendy η επίσκεψη της μαίας στο σπίτι της λεχвіδας διαρκεί περίπου 17 λεπτά, αλλά αυτό το χρονικό διάστημα ποικίλει ανάλογα με την περίπτωση (Griffin και συν., 1995).

Σε με έρευνα των Garcia και συν., που έγινε σε 2.406 λεχвіδες (ποσοστό απαντήσεων 67%), στις πρώτες 10 ημέρες μετά τον τοκετό η μαία επισκέφτηκε καθημερινά τη λεχвіδα σε ποσοστό 62%, ή κάθε ημέρα εκτός από μία σε ποσοστό 32% (Garcia και συν., 1998). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, για ποσοστό 45% των λεχвіδων η τελευταία επίσκεψη της μαίας ήταν την 10η ημέρα και για ποσοστό 34% μέχρι τη 15η ημέρα. Αυτή η αναλογία δεν διέφερε σε διαφορετικές περιοχές και η διακύμανση των γυναικών που είχαν την τελευταία επίσκεψη από μαία τη 10η ημέρα, κυμαινόταν από 55% έως 28%.

Για την κοινοτική μαία η συνέχιση της φροντίδας στη λοχεία πέρα από τις 6 εβδομάδες, και κατά συνέπεια η δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων με τις γυναίκες που φροντίζει στην κοινότητά της συμβάλλουν στην ικανοποίηση που λαμβάνει από της εργασία της, στοιχείο σημαντικό για την απόδοσή της και την ενεργοποίησή της (Sandall, 1997, Mitchell και συν., 2002).

Νοσηρότητα στη λοχεία

Η παρουσία σημαντικής νοσηρότητας που δεν δηλώνεται στις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και συνεχίζει να υπάρχει μετά την έξοδο της λεχвіδας από το Νοσοκομείο, έχει διαπιστωθεί σε πολλές χώρες (Garcia και συν., 1998, MacArthur και συν., 1991, Glazener και συν., 1995, Saurel-Cubizolles και συν., 2000, Bick και συν., 1995, Brown και συν., 1998). Σύγ-

χρονες έρευνες διαπίστωσαν την έκταση στην οποία ορισμένες γυναίκες υποφέρουν από μακροχρόνια προβλήματα υγείας ως συνέπεια του τοκετού τους (Bennett και συν., 1999, MacArthur και συν., 1991).

Κοινό εύρημα σε πολλές έρευνες είναι ότι πολλές λεχвіδες δεν δηλώνουν τα προβλήματά τους στους επαγγελματίες υγείας, είτε την περίοδο της λοχείας είτε αργότερα και τα προβλήματα αυτά δεν προσδιορίστηκαν από τις υπηρεσίες υγείας (Sweet και συν., 2003, HTA, 2003, Bennett και συν., 1999).

Σύμφωνα με έρευνα των MacArthur και συν., που έγινε σε 11.701 λεχвіδες, ποσοστό 47% δήλωσαν ότι είχαν ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας μετά τον τοκετό, τα οποία συνέχισαν να υπάρχουν και 6 εβδομάδες μετά απ' αυτόν, ορισμένα δε και αργότερα και για μεγάλο χρονικό διάστημα (MacArthur και συν., 1991).

Επίσης, οι Glazener και συν. διαπίστωσαν ότι το 76% από 1.249 λεχвіδες είχαν τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο και μέχρι την 8η εβδομάδα της λοχείας (Glazener και συν., 1995). Τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα υγείας είναι: πρόβλημα στην ούρηση, πόνος περινέου, προβλήματα στους μαστούς, πόνος στη μέση, αιμορροΐδες, δυσκοιλιότητα και λιγότερο συχνά προβλήματα στη σεξουαλική ζωή και ημικρανία, τα οποία όμως και πάλι δεν είναι σπάνια (HTA, 2003). Πολύ συχνά αναφερόταν επιλόχεια κατάθλιψη και κόπωση (Sweet και συν., 2003, HTA, 2003, Bennett και συν., 1999).

Μερικά από τα παραπάνω μπορεί να γίνουν χρόνια προβλήματα υγείας, όπως ο πόνος στη μέση, ο τραυματισμός του πυελικού εδάφους, η ακράτεια ούρων ή η συχνουρία, οι αιμορροΐδες, η αγχώδης διαταραχή (Sweet και συν., 2003, HTA, 2003, Bennett και συν., 1999, MacArthur και συν., 1991). Επίσης, το τραύμα του περινέου μετά από περινεοτομία ή ρήξη μπορεί να προκαλέσει ενοχλήσεις και δυσφορία και να επηρεάσει τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού για πολλούς μήνες (Sleep, 1991).

Αυξανόμενες στον αριθμό έρευνες που έγιναν για πιο ειδικά προβλήματα υγείας των λεχвіδων, όπως κολπική δυσπαρευνία, πόνος περινέου, προβλήματα στην ούρηση και την αφόδευση, διαπιστώνουν επίμονη και συχνά άγνωστη για τις υπηρεσίες υγείας νοσηρότητα (HTA, 2003, Barrett και συν., 2000, Fynes και συν., 1967, MacArthur και συν., 1997, Sleep και συν., 1984, Wilson και συν., 1996).

Μερικά προβλήματα υγείας, όπως η δυσπαρευνία, ο πόνος περινέου και η ακράτεια ούρων 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 κι αυτά φαίνεται να σχετίζονται με τον τοκετό (HTA, 2003, Glazener και συν., 1995, MacArthur και συν., 1993, MacArthur και συν., 1990, Stride, 1993, Brown και συν., 1998).

Σε γενικές γραμμές, η νοσηρότητα που διαπιστώνεται μπορεί να μην είναι επικίνδυνη για τη ζωή της λεχωίδας, όμως έχει σημαντικές επιδράσεις στη ζωή των γυναικών και των οικογενειών τους (HTA, 2003, Saurel-Cubizolles και συν., 2000, Bick και συν., 1995). Σε μερικές περιπτώσεις είναι δύσκολη η αντιμετώπισή τους και η ολική επίλυσή τους, όμως η ανακούφιση, η πληροφόρηση, η συζήτηση και η διαβεβαίωση από ένα επαγγελματία υγείας βοηθάει τη λεχωίδα να αισθανθεί καλύτερα (Trevalyan, 1994).

Επιλόχεια κατάθλιψη

Παρόλο που η επιλόχεια κατάθλιψη έχει απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τον επιπολασμό της στο γυναικείο πληθυσμό. Όπως ορίστηκε από τον Pitt, ως επιλόχεια κατάθλιψη ορίζεται η κατάσταση που βρίσκεται μεταξύ των άκρων της βαριάς επιλόχειας κατάθλιψης, με τον κίνδυνο της αυτοκτονίας και παιδοκτονίας και του τετριμμένου όρου των "blues", κάτι που εμφανίζεται συχνά (Pitt, 1968). Τα "blues" είναι μια κατάσταση πολύ λιγότερο δραματική από τη βαριά επιλόχεια κατάθλιψη, που όμως είναι ικανή να αποδιοργανώσει μακροχρόνια τη σχέση μητέρας-παιδιού.

Έρευνες υπολογίζουν τον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης περίπου στο 12-15%, ανάλογα με τον ορισμό της και τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται (Cooper και συν., 1998, O'Hara και συν., 1996, Lavender και συν., 1998).

Όπως διαπιστώνεται και στην περίπτωση άλλων προβλημάτων στην περίοδο της λοχείας, οι λεχωίδες δεν αναφέρουν συμπτωματολογία που σχετίζεται με επιλόχεια κατάθλιψη και δεν γίνεται αντιληπτή από τους επαγγελματίες υγείας και από το στενό συγγενικό τους περιβάλλον (MacArthur και συν., 1991, Glazener και συν., 1995, Saurel-Cubizolles και συν., 2000, Brown και συν., 1998, MacArthur και συν., 2002). Η συμβουλευτική και η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά είναι σημαντική και αποτελεσματική, όμως το πρώτο βήμα είναι πάντα η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο (MacArthur και συν., 2002, Ray και συν., 2000, Clement και συν., 1999).

Η επιλόχεια κατάθλιψη πολύ σπάνια είναι απειλητική για τη ζωή της γυναίκας, όμως οι λεχωίδες δηλώνουν πολλά δυσμενή αποτελέσματα για την ποιό-

τητα της ζωής τους (MacArthur και συν., 2002, Ray, 2000, Clement και συν., 1999). Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται στη λοχεία (Brown και συν., 2000).

Εκτός από τις συνέπειες που έχει η επιλόχεια κατάθλιψη στην ψυχολογία της μητέρας έχει επιπτώσεις και στο νεογνό, με συχνότερη την ανασφάλεια του παιδιού αναφορικά με τη σχέση τους στην ηλικία των 18 μηνών (HTA, 2003, O'Hara και συν., 1996). Άλλες συνέπειες που έχουν βρεθεί είναι η μειωμένη γνωστική ανάπτυξη στην ηλικία των 4 ετών (ειδικά μεταξύ των αγοριών των κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερων μητέρων) και οι διαταραχές συμπεριφοράς στην ηλικία των 5 ετών (HTA, 2003, O'Hara και συν., 1996).

Σήμερα υπάρχουν στοιχεία υπέρ της αποτελεσματικότητας ορισμένων παρεμβάσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως η οργάνωση υποστηρικτικών δικτύων για μητέρες που γέννησαν στην κοινότητα με τη βοήθεια μαιών ή άλλων επαγγελματιών υγείας (κοινωνική λειτουργό ή ψυχολόγο) (Lavender και συν., 1998). Η συζήτηση με την κοινοτική μαία και η χρήση EPDS (Κλίμακα Κατάθλιψης Λοχείας του Εδιμβούργου), (Cox και συν., 1987) για τη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σε πολλές περιπτώσεις θεραπευτική για τη λεχωίδα (HTA, 2003, Lavender και συν., 1998). Επίσης, η συνέχιση από την κοινοτική μαία της κατ'οίκον φροντίδας στη λοχεία πέραν των 6 εβδομάδων έχει σημαντικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των γυναικών, ενώ η επιλόχεια κατάθλιψη μειώνεται σημαντικά (Mitchell και συν., 2002, Lavender και συν., 1998, MacArthur και συν., 2002).

Ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες μόνο μια μειοψηφία ανθρώπων, που πάσχουν από κατάθλιψη, ζητούν ή λαμβάνουν θεραπεία. Αυτό εν μέρει εξηγείται λόγω των ίδιων των συμπτωμάτων. Αισθήματα αναξιοσύνης, ενοχής και έλλειψη κινητοποίησης αποτρέπουν τα άτομα από το να ζητήσουν βοήθεια. Επιπλέον, οι πάσχοντες δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν τα ευεργετήματα της θεραπείας. Οι οικονομικές δυσκολίες και ο φόβος του στιγματισμού είναι επίσης αποτρεπτικοί παράγοντες. Εκτός από τους ίδιους τους ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην αναγνωρίσουν τα συμπτώματα ή να μη δώσουν τη σωστή θεραπεία, γιατί δεν έχουν το χρόνο ή τα μέσα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002).

Μητρικός θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στην υγεία της μητέρας και του νεογνού (WHO,

2003α, WHO, 2003β, WHO, 2003γ). Από διάφορες μελέτες έχουν παρουσιαστεί διαφορετικά μοντέλα υποστήριξης του μητρικού θηλασμού στην κοινότητα κατά την περίοδο της λοχείας, με στόχο τη μείωση του χρονικού διαστήματος που η λεχώρα παραμένει στο Νοσοκομείο/Κλινική μετά τον τοκετό (Winterburn και συν., 2000). Η υποστήριξη που μπορεί να παρέχει η κοινοτική μαία στη μητέρα ώστε να ξεπεράσει τυχόν προβλήματα στο μητρικό θηλασμό, είναι πολύ αποτελεσματική και σημαντική για την προαγωγή της υγείας της μητέρας και του νεογνού μακροπρόθεσμα (Sweet και συν., 2003, Hoddinott και συν., 2000, Quinlivan και συν., 2003).

Η εγκατάσταση της γαλουχίας μπορεί να χρειαστεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από εκείνο που η μαία της κοινότητας θα είναι σε θέση να επισκέπτεται κατ' οίκον τη μητέρα, όμως η ευθύνη αυτή έχει άμεση σχέση με το ρόλο του λειτουργήματός της.

Παρά τα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, μεγάλο είναι το ποσοστό των γυναικών στη χώρα μας που δεν θηλάζει (Ζάχου και συν., 2003). Οι επισκέπτριες υγείας που διαδέχονται τη μαία στη φροντίδα της μητέρας και του νεογνού, δεν έχουν επαρκή εμπειρία ή γνώσεις για να εκπληρώσουν αυτό τον καθοριστικό ρόλο (Bennett και συν., 1999).

Αντισύλληψη στη λοχεία

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ο τελικός έλεγχος στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό μπορεί να γίνει από τη μαία ή το γενικό ιατρό (HTA, 2003, Garcia και συν., 1998). Σ' αυτή την επίσκεψη γίνεται συνήθως και συζήτηση για αντισύλληψη, αλλά οι μισές περίπου γυναίκες έχουν ήδη σεξουαλική δραστηριότητα (HTA, 2003, Garcia και συν., 1998).

Οι Sharif και Jordan προτείνουν να γίνεται μια επίσκεψη στις 2-3 εβδομάδες για να συζητηθούν θέματα αντισύλληψης, μέθοδοι διατροφής του νεογνού και συχνά προβλήματα υγείας των πρώτων ημερών και να ακολουθήσει μια επίσκεψη στις 10-12 εβδομάδες μετά τον τοκετό, για να προσδιοριστούν μακροχρόνια προβλήματα υγείας (Sharif και συν., 1995).

Όμως, μια πιο σύγχρονη έρευνα στην Αυστραλία σε τυχαίο δείγμα, αποκάλυψε ότι η συμβουλευτική από γενικό ιατρό μια εβδομάδα μετά τον τοκετό δεν έχει πρόσθετα οφέλη για την υγεία (Gunn και συν., 1998). Η συμβουλευτική στο πλαίσιο της κατ' οίκον φροντίδας από μαία βελτιώνει το γνωστικό επίπεδο των λεχωίδων όσον αφορά την αντισύλληψη (Quinlivan και συν., 2003).

Αποτελεσματικότητα της κοινοτικής μαιευτικής

Φέρνοντας το επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας στο σπίτι, η κατ' οίκον φροντίδα από κοινοτική μαία βοηθάει στη δημιουργία κοινωνικών δικτύων και ενδυναμώνει τη φροντίδα που παρέχεται στα άτομα και στην κοινότητα (Mitchell και συν., 2002, Quinlivan και συν., 2003, DoH, 2000). Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία από κοινοτική μαία (HTA, 2003, MacArthur και συν., 2002, Quinlivan και συν., 2003, Morrell και συν., 2000, Reid και συν., 2002).

Σε τυχαίοποιημένη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία, 1.087 λεχωίδες αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης την οποία σύμφωνα με συγκεκριμένο πρωτόκολλο φρόντισε κατ' οίκον η κοινοτική μαία, και 977 λεχωίδες αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου, η οποία είχε τη συνηθισμένη κατ' οίκον φροντίδα από μαία στη λοχεία. Στους 4 και 12 μήνες μετά τον τοκετό, οι λεχωίδες της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία τους. Επίσης, η χρήση των υπηρεσιών υγείας μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης. Οι απόψεις των λεχωίδων για τη φροντίδα τους ήταν καλύτερη. Οι μαίες που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης ήταν πιο ευχαριστημένες σε σύγκριση μ' αυτές της ομάδας ελέγχου. Επίσης, η παρέμβαση ήταν αποδοτική όσον αφορά το κόστος, αφού δεν διέφερε σ' αυτό και τα αποτελέσματα για την υγεία ήταν καλύτερα. Ταυτόχρονα, στη Γλασκώβη, σε τυχαίοποιημένη μελέτη που αφορούσε τη συνεχόμενη φροντίδα από μαία στην κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία, βρέθηκε ότι η κατ' οίκον φροντίδα από μαία στη λοχεία βελτιώνει το γενικό επίπεδο της υγείας των λεχωίδων. Σύμφωνα με τις λεχωίδες, η συνεχόμενη φροντίδα στη λοχεία από την ίδια μαία τις προετοίμαζε καλύτερα σχετικά με τα προβλήματα στη λοχεία. Επίσης, θεωρούσαν ότι αποκτούσαν καλύτερες δεξιότητες στη φροντίδα τους και τη φροντίδα του νεογνού (Shields και συν., 1997).

Σε μια άλλη τυχαίοποιημένη μελέτη, που αφορούσε έγκυες με ιστορικό νεογνού με χαμηλό βάρος γέννησης, έγινε παρέμβαση (3 επιπλέον κατ' οίκον επισκέψεις από τη μαία της κοινότητας κατά τη διάρκεια της κύησης, με επιπλέον υποστήριξη –τηλεφωνικά ή κατ' οίκον– σε όσες έγκυες ήταν απαραίτητο) και συνεχόμενη φροντίδα κατ' οίκον στη λοχεία από την ίδια μαία (Oakley και συν., 1990).

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 στο γενικό ιατρό (27% σε αντίθεση με 32%). Με διαφορετικές μελέτες ένα χρόνο μετά και 7 χρόνια μετά, διαπιστώθηκε ότι οι ίδιες λεχвіδες ανέφεραν καλύτερη υγεία και ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, σε συνάρτηση των συνεχιζόμενων πλεονεκτημάτων αναφορικά με την υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών τους (Oakley, 1992, Oakley, 1996).

Στο Σέφιλντ ολοκληρώθηκε μια τυχαίοποιημένη μελέτη για το κόστος και τα πλεονεκτήματα των φροντιστών στη λοχεία αναφορικά με την υγεία των γυναικών (Morrell και συν., 2000). Οι υπηρεσίες των εκπαιδευμένων φροντιστών χρηματοδοτήθηκαν και αφορούσαν 10 τρίωρες επισκέψεις τις πρώτες 28 ημέρες, για να παρέχουν υποστήριξη σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο προκειμένου να βοηθήσουν στην ξεκούραση και την ανάρρωση της λεχвіδας. Από τις 311 λεχвіδες που είχαν συμφωνήσει να συμμετάσχουν σ' αυτή τη μελέτη, μόνο το 15% ζήτησαν να τις επισκεφτούν και τις 10 φορές οι φροντιστές, ενώ το 12% αρνήθηκαν τις επισκέψεις. Το 54% είχε 6 ή περισσότερες επισκέψεις. Η υπηρεσία στην οποία οι φροντιστές αφιέρωναν περισσότερη ώρα ήταν οι δουλειές του σπιτιού (μ.ο. ανά επίσκεψη 53,9 λεπτά). Η πιο συχνή υπηρεσία που προσέφεραν ήταν το τάισμα του νεογνού με μπουκάλι. Δεν φάνηκαν διαφορές στην υγεία των λεχвіδων μετά την παρέμβαση, αλλά οι γυναίκες δήλωναν ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες των φροντιστών. Σε μια άλλη μελέτη σε συνδυασμό με την παροχή υπηρεσιών από τους φροντιστές, προσκλήθηκαν οι λεχвіδες σε υποστηρικτικές ομάδες λεχвіδων ή τους εστάλη ταχυδρομικά ένα εγχειρίδιο για τη λοχεία ή και τα δυο. Μικρός αριθμός λεχвіδων συμμετείχε στις υποστηρικτικές ομάδες λεχвіδων και οι παραπάνω παρεμβάσεις δεν φαίνεται να έχουν αποτελέσματα στην υγεία των λεχвіδων (Reid και συν., 2002).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο ρόλος της μαιάς είναι πολύ σημαντικός για την προάσπιση της υγείας των λεχвіδων και των νεογνών. Υπάρχει πλήθος μελετών που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της κοινοτικής μαιάς, τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της νοσηρότητας στη λοχεία. Είναι λοιπόν ζητούμενο της πολιτικής της υγείας να στελεχώνει με επαρκή αριθμό μαιών την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόσο στα Κέντρα Υγείας σε αστικό όσο και σε μη αστικό περιβάλλον, προκειμένου να υπάρχουν αυτές οι τεκμηριωμένα αποτελεσματικές δράσεις στην περίοδο της λοχείας. Επίσης, οι μαιές που εργάζο-

νται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης να ενισχυθούν επιστημονικά και να τους δοθούν κίνητρα προκειμένου να οργανώνουν και να πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις σε λεχвіδες και νεογνά, που βρίσκονται στα όρια της ζώνης ευθύνης του Κέντρου Υγείας στο οποίο εργάζονται.

ABSTRACT

Victoria Vivilaki, Maria Daglas: Factors that affect quality in postnatal homecare

"ELEFTHO", 1:16-21, 2007

Factors that affect the postnatal homecare have been identified. In particular, there is reference about the postnatal care in the hospital and the number and duration of postnatal home visits by the community midwife. The postnatal morbidity is described and especially postnatal depression. In addition, breastfeeding and contraception methods are mentioned as important fields of community midwifery practice for the promotion of health of women's and their families. In the end, there is a presentation of studies that evidence the effectiveness of community postnatal midwifery practice

Key words: *midwife, postnatal depression, postnatal home visiting, breastfeeding, contraception.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barrett G., Pendry E., Peacock J., Victor C., Thakar R., Manyonda I. (2000): Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107: 186-95.
- Bick D., MacArthur C. (1995): The extent, severity and effect on Health problems after childbirth. *British Journal of Midwifery*, 3(27):31.
- Brown S., Lumley J. (2000): Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107:1194-1201.
- Brown S., Lumley J. (1998): Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105: 156-61.
- Clement S., Elliot S. (1999): Psychological health before during and after childbirth. Ch 18. In Marsh G., Refrew M., eds. *Community-based maternity care*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Cooper P.J., Murray L. (1998): Postnatal Depression. *British Medical Journal*, 316:1884-1886.
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987): Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150:782-86.
- DoH (2000): *The NHS Plan*. HMSO, London.
- Fynes M., Donnelly V., Behan M., O'Connell P., O'Herlihy C. (1967): Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999;354:983-6.

- Garcia J., Redshaw M., Fitzsimons B., Keene J. (1998): First class delivery. A national survey on women's views of maternity care. London: Audit Commission.
- Glazener C., Abdalla M., Stroud P., Templeton A., Russell I. (1995): Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal Obstetrics and Gynaecology*, 102:282-7.
- Griffin B., Hendy M. (1995): A community assessment: patient dependency, midwives and mothers needs. *Midwives Chronicle*, 108(1289):184-187.
- Gunn J., Lumley J., Chondros P., Young D. (1998): Does an early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian General Practice. *British Journal Obstetrics Gynaecology*, 105:991-7.
- Hoddinott P., Pill R. (2000): A qualitative study on women's views about how health professionals communicate about infant feeding. *Health Expectations*, 3:224-233.
- 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.
- Lavender T., Walkinshaw S. (1998): Can Midwives reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomised Trial. *Birth*, 25:215-219.
- MacArthur C., Bick D., Keighley M. (1997): Faecal incontinence after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104:46-50.
- MacArthur C., Lewis M., Knox E., Crawford J. (1990): Epidural anaesthesia and long term backache after childbirth. *BMJ*, 301:9-12.
- MacArthur C., Lewis M., Knox E. (1991): Health after childbirth. London: HMSO.
- MacArthur C., Lewis M., Knox E. (1993): Accidental dural puncture in obstetric patients with long term symptoms. *BMJ*, 306:883-5.
- MacArthur C., Winter H., Bick D. et al (2002): Effects of redesigned community postnatal care on women's health problems 4 months after birth: a cluster randomized controlled trial. *Lancet*, 359:378-385.
- Mitchell M., Doyle M. (2002): Evaluating a new course in postnatal care. *British Journal of Midwifery*, 10(12):746-750.
- Morrell C., Spiby H., Stewart P., Walters S., Morgan A. (2000): Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321:593-8.
- O'Hara M., Swain A. (1996): Rates and risk of postpartum depression a-metanalysis. *Int Rev Psychology*, 8:37-54.
- Oakley A., Hickey D., Rajan L., Rigby A. (1996): Social support in pregnancy: does it have long-term effects? *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 14:7-22.
- Oakley A., Rajan L., Grant A. (1990): Social support and pregnancy outcome. *British Journal of Objectrics Gynaecology*, 97:155-62.
- Oakley A. (1992): Social support in pregnancy: methodology and findings of a one year follow-up study. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 10:219-31.
- Pitt B. (1968): "A typical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114:1325.
- Quinlivan J., Box H., Evans S. (2003): Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 361:893-900.
- Ray K., Hodnett E. (2000): Caregiver support for postpartum depression (Cohrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Reid M., Glazener C., Murray G., Taylor G. (2002): A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support. *British Journal of Obstetric*.
- Royal College of Midwives Standing Practice Group (1994): Paper 2 – Community postnatal visiting. *Midwives Chronicle*, 107(1277):23.
- Sandall J. (1997): Midwives burnout and continuity of care. *British Journal of Midwifery*, 5(2):106-111.
- Saurel-Cubizolles M.-J., Romito P., Lelong N., Ancel P.-V. (2000): Women's health after childbirth: a longtinal study in France and Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107:1202-9.
- Sharif K., Jordan J. (1995): The six week postnatal visit-are we doing it right? *British Journal of Hospital Medicine*, 54:7-10.
- Shields N., Reid M., Cheyne H., Holmes A., McGinley M., Turnbull D. (1997): Impact of midwife-managed care in the postnatal period: an exploration of psychosocial outcomes. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 15: 91-108.
- Sleep J. (1991): Perineal care: a series of five randomised controlled trials.
- Sleep J., Grant A., Garcia J., Elbourne D., Spencer J., Chalmers I. (1984): West Berkshire perineal management trial. *BMJ*, 289:587-90.
- Stride P., Cooper G. (1993): Dural taps revisited: a 20-year survey from Birmingham Maternity Hospital. *Anaesthesia*, 43:247-55.
- Sweet B., Tiran D. (2003): *Mayes Midwifery. A Textbook for Midwives*. London.
- Trevalyan J. (1994): *Women' health:Please tell mother*. *Nursing Times*, 90:38-39.
- WHO (2003) α : *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice*. Geneva.
- WHO (2003) β : *Atlas of Health in Europe*. Copenhagen.
- WHO (2003) γ : *The Solid Facts. Social Determinants of Health*. International Centre for Health and Society. Denmark.
- Wilson P., Herbison R., Herbison G. (1996): Obstretic practice and the prevelance of urinary incontinence three months after delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996;103:154-61
- Winterburn S., Fraser R. (2000): Does the duration of postnatal stay influence breast-feeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5):1152-1157.
- Bennett R., Brown L. (1999): *Myles Textbook for Midwives*. Churchill Livingstone. London.
- Ζάχου Θ., Σοφατζής Ι. (2003): Συμβουλές Μητρικού Θηλασμού. Εκπαιδευτικά Σεμινάρια Μητρικού Θηλασμού του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για Επαγγελματίες Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2002): Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα.