



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**
UNIVERSITY OF WEST ATTICA

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

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΩΝ
ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΠΟ ΜΑΙΑ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»**

Ειρήνη Ηλιοπούλου

A.M.: 22014

**Επιβλέπουσα: Βικτωρία Βιβιλάκη,
Καθηγήτρια**

Αθήνα, 2024



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**
UNIVERSITY OF WEST ATTICA

**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY**

MSc in Advanced and Evidence-Based Midwifery Practice

Diploma Thesis

**«A systematic review of the benefits of community midwife home
visiting»**

ILIOPOULOU EIRINI

Registration number: 22014

**Supervisor: VICTORIA VIVILAKI,
Professor**

Athens, 2024



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**
UNIVERSITY OF WEST ATTICA

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

**«ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΩΝ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ
ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΠΟ ΜΑΙΑ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	ΒΙΒΙΛΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)	
	ΠΑΛΑΣΚΑ ΕΡΜΙΟΝΗ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ (ΜΕΛΟΣ)	
	ΗΛΙΑΔΟΥ ΜΑΡΙΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ (ΜΕΛΟΣ)	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ του ΔΙΟΝΥΣΙΟΥ, με αριθμό μητρώου 22014 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ του Τμήματος ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ της Σχολής ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

Η Δηλούσα

ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ, ΜΑΙΑ



ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑΣ

Περίληψη

Σκοπός: Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αποσκοπεί να διερευνήσει τα οφέλη των κατ' οίκον επισκέψεων από μαιές και μαιευτές σε όλα τα στάδια της περιγεννητικής περιόδου, από την κύηση μέχρι την λοχεία.

Μέθοδος: Η αναζήτηση τόσο των έντυπων όσο και των ψηφιακών βιβλιογραφικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε βιβλιοθήκες και βάσεις δεδομένων, όπως PubMed, το MEDLINE και το Google Scholar. Κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν η συγγραφή του άρθρου στην ελληνική ή την αγγλική γλώσσα, η δημοσίευση των άρθρων να χρονολογείται μεταξύ των ετών 2003 έως και 2023, ενώ αυστηρή προϋπόθεση ήταν οι μελέτες να αφορούν σε επισκέψεις κατ' οίκον που πραγματοποιήθηκαν από μαιές και μαιευτές. Η συστηματική ανασκόπηση έχει συνταχθεί σύμφωνα με τις οδηγίες του συστήματος PRISMA, ενώ αξιοποιήθηκαν 35 μελέτες.

Αποτελέσματα: Η μελέτη των βιβλιογραφικών δεδομένων αποκάλυψε πολλαπλά οφέλη των κατ' οίκον επισκέψεων από μαιές και μαιευτές. Κατά την κύηση φαίνεται πως μειώνουν τα ποσοστά πρόωρου τοκετού και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών, αυξάνουν την πιθανότητα επιτυχίας του μητρικού θηλασμού μετά τον τοκετό, μειώνουν το άγχος και

αυξάνουν την ενδυνάμωση και την ικανοποίηση των εγκύων, ακόμα και σε κήσεις υψηλού κινδύνου. Κατά τον τοκετό στο σπίτι παρατηρείται μειωμένη ανάγκη επισκληριδίου αναλγησίας, περινεϊκών ρήξεων και αιμορραγίας, ενώ αποτελεί μία οικονομικά πιο προσιτή και ασφαλή επιλογή. Κατά την λοχεία μέσω των επισκέψεων στο σπίτι αυξάνονται τα ποσοστά επίτευξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μέχρι και 6 μήνες μετά τον τοκετό, αυξάνεται η ικανοποίηση και το αίσθημα ασφάλειας του ζεύγους και οι γονείς νιώθουν πιο ενδυναμωμένοι να αναλάβουν τη φροντίδα του νεογνού.

Συμπεράσματα: Οι υπηρεσίες που παρέχονται από μαιές και μαιευτές κατ' οίκον κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου έχουν να προσφέρουν πολλαπλά και πολύπλευρα οφέλη για τη μητέρα, το νεογνό και όλη την οικογένεια. Η παροχή της δυνατότητας στις μαιές και τους μαιευτές να ασκήσουν όλο το εύρος των καθηκόντων τους θα ήταν εξαιρετικά ωφέλιμη. Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα αυτά και στον ελλαδικό χώρο.

Λέξεις κλειδιά: συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα, κατ' οίκον επισκέψεις, πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, μαιευτική φροντίδα λοχείας

Abstract

Aim: This literature review aims to explore the benefits of home visits by midwives throughout all stages of the perinatal period, from pregnancy to postpartum.

Method: Both print and digital bibliographic data were searched in libraries and databases such as PubMed, MEDLINE, and Google Scholar. Inclusion criteria for the study were articles written in Greek or English, published between 2003 and 2023, and strict requirement that the studies involved home visits by midwives. The systematic review has been conducted in accordance with the PRISMA guidelines, while 35 studies were utilized.

Results: The review of bibliographic data revealed multiple benefits of home visits by midwives. During pregnancy, they appear to reduce rates of preterm birth and low birth weight, increase the likelihood of successful maternal breastfeeding postpartum, reduce anxiety, and enhance empowerment and satisfaction of expectant mothers, even in high-risk pregnancies. During home births, there is a reduced need for epidural anesthesia, perineal tears, and bleeding, while it represents a more economically accessible and safe option. During postpartum care, home visits increase the rates of exclusive maternal breastfeeding up to 6 months postpartum, enhance the satisfaction and sense of security of the couple, and parents feel more empowered to take care of the newborn.

Conclusions: The services provided by midwives at home during the perinatal period offer multiple benefits for the mother, the newborn, and the entire family. Enabling midwives to exercise their full range of duties would be extremely beneficial. Further studies are needed to confirm these findings in the Greek context.

Key words: Midwifery continuity of care, Home visits, Primary midwifery care, Midwifery care during postpartum.

Πίνακας Περιεχομένων

Συντομογραφίες.....	8
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
1.Εισαγωγή	
1.1 Ποιότητα ζωής και προαγωγή υγείας.....	12
1.2. Ο ρόλος της μαιίας και του μαιευτή στην Κοινότητα.....	13
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	16
1. Μέθοδος.....	17
2. Αποτελέσματα.....	22
2.1 Μαιευτική φροντίδα κατ' οίκον κατά τη διάρκεια της κύησης.....	26
2.1.1 Παρακολούθηση κύησης κατ' οίκον.....	26
2.1.2 Μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας.....	34
2.2 Τοκετός στο σπίτι.....	39
2.3 Μαιευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της λοχείας στο σπίτι.....	49
3. Συμπεράσματα.....	74
4. Συζήτηση.....	80
Βιβλιογραφία.....	85
Παράρτημα 1.....	19
Πίνακας 1.....	20
Πίνακας 2.....	22
Πίνακας 3.....	41

Συντομογραφίες

WHO: World Health Organization, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

PRAMS: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, Σύστημα Παρακολούθησης της Αξιολόγησης του Κινδύνου Κύησης

CDC: Centers for Disease Control and Prevention, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

LBW: Low Birth Weight, Χαμηλού Βάρους Γέννησης

SGA: Small for Gestational Age, Μικρά για την ηλικία κύησης

CASP: Critical Appraisal Skills Programme, Πρόγραμμα Κριτικής Αξιολόγησης

EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale, Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου

COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research, Ενοποιημένα Κριτήρια για την Αναφορά Ποιοτικών Ερευνών

MNS: Midwives Notification System, Σύστημα Ενημέρωσης Μαιών-Μαιευτών

PROSPERO: International Prospective Register of Systematic Reviews, Διεθνές Προοπτικό Μητρώο Συστηματικών Ανασκοπήσεων

PICO: Population Intervention Comparison Outcome, Πλυθησμός Παρέμβαση Σύγκριση Έκβαση

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, Κατάταξη των Συστάσεων Αξιολόγησης, Ανάπτυξης και Αποτίμησης

SILC: Supporting breastfeeding In Local Communities, Υποστήριξη του Θηλασμού στις Τοπικές Κοινότητες

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο Γενικό Μέρος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης θα αναπτυχθούν ορισμένες θεματικές ενότητες που αφορούν την ποιότητα ζωής, την προαγωγή υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι έννοιες αυτές είναι ουσιώδεις για την καλύτερη κατανόηση της αξίας του επαγγέλματος στην κοινότητα και της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον. Εν συνεχεία, παρατίθενται δεδομένα σχετικά με τον ρόλο της μαιίας και του μαιευτή κατά την άσκηση της κοινοτικής μαιευτικής φροντίδας.

Η διάγνωση και επιβεβαίωση μιας αρχόμενης κύησης αποτελεί συνήθως ένα χαρμόσυνο γεγονός για τα ζευγάρια, αλλά και για το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον. Παρ'όλα αυτά, πολλές φορές μπορεί και να συνοδεύεται από συναισθήματα άγχους και φόβου για την εξέλιξη της κύησης, τη διαδικασία του τοκετού, αλλά και γενικότερα για τη μετάβαση του ζευγαριού στη γονεϊκότητα μετά τον ερχομό του νέου μέλους. Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη μητρότητα, όπως οι μαιευτήρες γυναικολόγοι, οι μαιίες και οι μαιευτές, καλούνται να αντιμετωπίσουν αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα μέσω της μαιευτικής φροντίδας. Ο προγεννητικός έλεγχος αποτελεί συνιστώσα της μαιευτικής φροντίδας και βασικός στόχος του είναι να διασφαλίσει την γέννηση ενός υγιούς νεογνού με τον ελάχιστο δυνατό κίνδυνο για την έγκυο. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός προϋπόθεσεις αποτελούν η έγκαιρη και ορθή διάγνωση της ακριβούς ηλικίας κύησης, η οποία ακολουθείται από στενή και ενδελεχή παρακολούθηση του καλώς έχειν τόσο της μητέρας, όσο και του εμβρύου, έτσι ώστε να εντοπίζεται ταχέως και εγκαίρως οποιαδήποτε παθολογία. Επιπλέον, βασική προϋπόθεση για την επιτυχία του προγεννητικού ελέγχου είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση του ζευγαριού. [1]

Οι εξετάσεις ρουτίνας που πραγματοποιούνται κατά την διάρκεια της κύησης περιλαμβάνουν τα υπερηχογραφήματα βιωσιμότητας, αυχενικής διαφάνειας, Β' επιπέδου και τα υπερηχογραφήματα ανάπτυξης και Doppler. Επιπροσθέτως, η έγκυος υποβάλλεται σε ένα σύνολο εξετάσεων αίματος και ούρων ανά τακτά χρονικά

διαστήματα, με τις κτήσεις υψηλού κινδύνου να απαιτούν πιο συστηματική και συχνή παρακολούθηση, ενώ σε περιπτώσεις ανησυχητικών υπερηχογραφικών ευρημάτων ή σε περιπτώσεις που το οικογενειακό ιστορικό του ζευγαριού περιλαμβάνει παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ανωμαλιών, δύναται να εκτελεστούν περαιτέρω εξειδικευμένες εξετάσεις. Ωστόσο, κατά την διάρκεια της κύησης απαραίτητη κρίνεται η παροχή συμβουλευτικής και οδηγιών προς τα ζευγάρια για διάφορα θέματα της καθημερινότητας, όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, οι διατροφικές συνήθειες, η άσκηση κατά την διάρκεια της κύησης, οι κανόνες υγιεινής και περιποίησης. [1]

Κατά την συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα (midwifery-led continuity of care) οι μαιές και οι μαιευτές κατέχουν κεντρικό ρόλο στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την παροχή της φροντίδας, από την πρώτη συνάντηση μέχρι την περίοδο της λοχείας. Το μοντέλο αυτό αφορά κυρίως χαμηλού κινδύνου κτήσεις και μπορεί να εφαρμοστεί τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα. Οι μαιές και οι μαιευτές σε συνεργασία με τις γυναίκες αξιολογούν τις ανάγκες, σχεδιάζουν τη φροντίδα και παραπέμπουν σε άλλους επαγγελματίες όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Το μοντέλο αυτό μπορεί να υφίσταται με τη μορφή ομάδας μαιών ή ενός επαγγελματία. Και στις δύο περιπτώσεις οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν τη φροντίδα σε όλη την πορεία προς της γονεϊκότητα, κατά την κύηση, τον τοκετό και την λοχεία. Για πολλά χρόνια, ωστόσο, υπάρχει συζήτηση σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους των μαιοκεντρικών μοντέλων φροντίδας [2].

Άλλα μοντέλα αφορούν την παρακολούθηση αποκλειστικά από μαιευτήρα γυναικολόγο ή οικογενειακό ιατρό με τις μαιές να παρίστανται μόνο στον τοκετό ή την λοχεία. Επιπροσθέτως, το μοντέλο διαμοιρασμού της φροντίδας έγκειται στην ανάληψη καθηκόντων από διαφορετικούς επαγγελματίες, όπως οι μαιές, οι μαιευτές και οι μαιευτήρες γυναικολόγοι, κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων της περιγεννητικής περιόδου. Γενικώς, η μαιευτική πρακτική παγκοσμίως ποικίλει, δεδομένου ότι σε ορισμένες χώρες η δράση των μαιών περιορίζεται σε χαμηλού κινδύνου κτήσεις, ενώ σε άλλες οι μαιές συμμετέχουν στη διαχείριση πιο σύνθετων περιστατικών από κοινού με άλλους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, σε κάποιες περιοχές οι μαιές και οι μαιευτές έχουν τη δυνατότητα παροχής κάποιου βαθμού φροντίδας στις γυναίκες, όμως η συνολική ευθύνη επιβαρύνει τους ιατρούς [2].

Η φροντίδα υπό την καθοδήγηση μαιίας έχει συσχετιστεί με ορισμένα θετικά αποτελέσματα. Όταν το μαιοκεντρικό μοντέλο συγκρίνεται με άλλα μοντέλα φροντίδας

που περιλαμβάνουν μαιευτήρες γυναικολόγους ή οικογενειακούς ιατρούς, τα ευρήματα υποδεικνύουν μειωμένη εφαρμογή ορισμένων παρεμβάσεων, όπως η επισκληρίδιος αναλγησία και η περινεοτομή, χωρίς να υποβαθμίζονται τα περιγεννητικά αποτελέσματα. Οι γυναίκες που λαμβάνουν φροντίδα υπό την καθοδήγηση μαιίας φαίνεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν κολπικά. Επιπροσθέτως, έχει παρατηρηθεί μια πιθανή μείωση, το ποσοστό της οποίας ανέρχεται στο 16%, στην απώλεια του εμβρύου πριν από τις 24 εβδομάδες και το νεογνικό θάνατο στο μοντέλο φροντίδας από μαιίες, ενώ δεν εντοπίστηκε αυξημένη πιθανότητα ανεπιθύμητων εκβάσεων για τις γυναίκες ή τα νεογνά [2].

1.1 Ποιότητα ζωής και Προαγωγή υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει, σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του [3]. Επίσης, ο ΠΟΥ όρισε την υγεία το 1948 ως την κατάσταση που συνδυάζει την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλώς την απουσία αναπηρίας ή ασθένειας. Ο ορισμός του ΠΟΥ για την υγεία θα μπορούσε να θεωρηθεί πως υπονοεί το δικαίωμα και την ικανότητα του ατόμου να ορίζει την κατάσταση της υγείας του με πολλαπλούς τρόπους [4].

Οι Hadizadeh-Talasaz et al. στην έρευνά τους το 2019 δίνουν έναν πιο εξειδικευμένο ορισμό στο περιεχόμενο του όρου της ποιότητας ζωής σύμφωνα με τον οποίο πρόκειται για έναν πολυδιάστατο όρο και περιλαμβάνει τόσο την σωματική υγεία όσο και την ψυχολογική ευεξία, τις υγιείς κοινωνικές σχέσεις και τη σεξουαλική ικανοποίηση του ατόμου [5].

Συνεπώς, τόσο η ποιότητα ζωής, όσο και η υγεία απαιτούν την εκπλήρωση πολλαπλών προϋποθέσεων. Οι διαστάσεις αυτές περιλαμβάνουν τη μηχανιστική λειτουργία του σώματος, την ικανότητα διαλογής και λογικής σκέψης, την ικανότητα αναγνώρισης και διαχείρισης των συναισθημάτων, το σεβασμό της κουλτούρας και των πεποιθήσεων, αλλά και την υγεία του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου μέσα στο οποίο

δραστηριοποιείται το άτομο. Η άποψη αυτή αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα της υγείας και εισάγει την ολιστική προσέγγιση της υγείας κατά την οποία ο επαγγελματίας

που προσφέρει υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να συνυπολογίζει τις παραπάνω παραμέτρους ώστε να διασφαλιστεί το «καλώς έχειν» του ατόμου. Στα ίδια πλαίσια εντάσσεται και ο όρος «Προαγωγή υγείας». Το περιεχόμενο του όρου αυτού αφορά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των ατόμων και κοινοτήτων με ταυτόχρονη πρόοδο, ενθάρρυνση και τοποθέτηση της υγείας σε υψηλότερο επίπεδο από τις προσωπικές και κρατικές προτεραιότητες. Η προαγωγή υγείας κρίνει ως αναγκαία την εμπλοκή του ατόμου και την αύξηση του ελέγχου του πάνω στην υγεία τους, με σκοπό να τη βελτιώσουν [6].

Τα προγράμματα αγωγής υγείας μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις βαθμίδες υγείας. Ωστόσο, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας αποτελεί εύφορο έδαφος, καθώς απευθύνεται σε υγιή άτομα και αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας υγείας και κατ' επέκταση της ποιότητας ζωής τους. Η δουλειά με την κοινότητα έγκειται στη συνεργασία του επαγγελματία υγείας με ομάδες του πληθυσμού που παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά, όπως είναι ο τόπος κατοικίας ή καταγωγής, το επάγγελμα, ο τρόπος ζωής ή η κύηση. Ο λειτουργός της κοινότητας είναι ειδικός και προσφέρει τις υπηρεσίες του επί πληρωμή με διάφορους τρόπους. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να αναπτύξει προγράμματα ή εκστρατείες ενημέρωσης των πολιτών, να παράσχει πληροφορίες υγείας, να συνεργαστεί με άλλους οργανισμούς και φορείς και να αναπτύξει δίκτυα συνεργασίας με συναδέλφους. Αξιοσημείωτο είναι πως ο επαγγελματίας δεν περιορίζει τη δράση του στη δομή υγείας όπου εργάζεται, αλλά έχει τη δυνατότητα να συναντήσει τα άτομα στο χώρο που βρίσκονται, όπως για παράδειγμα στην οικία τους, αντί να περιμένει να πάνε σε αυτόν [7].

1.2 Ο ρόλος της μαίας και του μαιευτή στην Κοινότητα

Οι μαίες και οι μαιευτές είναι οι κατάλληλα καταρτισμένοι και εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν τις απαραίτητες επιστημονικές, θεωρητικές και κλινικές γνώσεις σε θέματα που αφορούν την κύηση, τον τοκετό, τη λοχεία και τη φροντίδα του νεογνού. Οι μαίες και οι μαιευτές μπορούν να εργαστούν αυτοδύναμα ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα. Αναλόγως με την ηλικία και την κατάσταση της υγείας των γυναικών που απευθύνονται σε αυτή,

η μαία έχει πολλαπλά επαγγελματικά καθήκοντα και δικαιώματα, όπως είναι η συμβουλευτική υγιεινής και διατροφής, η εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού, η παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας της κύησης και η συμβουλευτική για το μητρικό θηλασμό. Τα καθήκοντά της και η παροχή ολοκληρωμένης μαιευτικής φροντίδας μπορούν να ασκηθούν είτε σε νοσοκομειακές μονάδες είτε κατ' οίκον. Επιπλέον, η μαία μπορεί να εργαστεί σε όλες τις βαθμίδες της υγείας, στον εκπαιδευτικό τομέα και να ασκήσει τα επαγγελματικά της δικαιώματα ως ελεύθερος επαγγελματίας [7].

Η παρουσία της μαίας και του μαιευτή στην Κοινότητα έχει ως άξονα το σεβασμό, την επικοινωνία και την ανταπόκριση στις ανάγκες των γυναικών, ενώ η κοινοτική μαιευτική φροντίδα είναι ωφέλιμη για την προαγωγή της υγείας των γυναικών και των οικογενειών τους. Η κοινοτική μαία μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας της γυναίκας, την περιγεννητική φροντίδα και παρακολούθηση της χαμηλού κινδύνου εγκύου, συνταγογραφώντας και λαμβάνοντας τα δείγματα για τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις της κύησης, την προετοιμασία της οικογένειας για τη μητρότητα. Όλες οι εκφάνσεις του επαγγέλματος πραγματοποιούνται εφαρμόζοντας τα διεθνή επιστημονικά πρωτόκολλα και τις κατευθυντήριες οδηγίες προκειμένου να διασφαλιστεί η υγεία των γυναικών, των εμβρύων και των οικογενειών. Σημαντική φαίνεται πως είναι η παρουσία της κοινοτικής μαίας στην πρόληψη της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και οι κατ' οίκον επισκέψεις κατά την περιγεννητική περίοδο, ώστε η γυναίκα να έχει ομαλότερη μετάβαση στη γονεϊκότητα [8].

Ενώ σε ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Σουηδία και η Γαλλία, τόσο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όσο και το μαιευτικό επάγγελμα χαίρουν σεβασμού και αναγνώρισης και αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία του εθνικού συστήματος υγείας, η ελληνική πραγματικότητα δε συνάδει με αυτό το μοτίβο. Το μοντέλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αγγλία και την Δανία αποτελεί πρότυπο, παρότι πραγματοποιείται με ιδιωτική πρωτοβουλία, ελεγχόμενη όμως από το κράτος. Οι μαίες εκεί αναλαμβάνουν υπ' ευθύνη τους το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών κατά την περιγεννητική περίοδο. Αντιθέτως, το υπάρχον μαιευτικό δυναμικό δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών όλου το πληθυσμού [8].

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, καθίσταται σαφές πως η μαία μπορεί να προσφέρει μεγάλο εύρος υπηρεσιών στην κοινότητα, οι οποίες δύνανται να λάβουν χώρα στο σπίτι των παραληπτών της φροντίδας. Κατά το ειδικό μέρος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης που έπεται θα παρατεθούν επιστημονικά δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας σχετικά με την αξία των υπηρεσιών κατ' οίκον από τη μαία και το μαιευτή.

Η μελέτη των βιβλιογραφικών δεδομένων αποσκοπεί πρωτίστως να διερευνήσει τα οφέλη της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον από τη μαία ή το μαιευτή τόσο στη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των γυναικών και των οικογενειών τους, αλλά και τα οφέλη για τη δημόσια υγεία. Δευτερευόντως, θα μπορούσαν να αποσαφηνιστούν ορισμένα πρακτικά ζητήματα που σχετίζονται με τις διαδικασίες παροχής φροντίδας στο σπίτι, τις προϋποθέσεις, τον εξοπλισμό και άλλα. Απώτερο σκοπό αποτελεί η ενίσχυση της άποψης που υποστηρίχθηκε και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και προτρέπει τα κράτη να επενδύσουν σε μαίες και μαιευτές, καθώς η συμβολή τους μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της επιβίωσης των γυναικών και των νεογνών τους κυρίως σε χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα [9].

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μέθοδος

Η παρούσα Διπλωματική εργασία αποτελεί μία συστηματική ανασκόπηση με τίτλο «Συστηματική ανασκόπηση για τα οφέλη των κατ'οίκον επισκέψεων από μαία στη κοινότητα». Για την εκπόνηση της ανασκόπησης μελετήθηκε εκτενώς η παγκόσμια, επιστημονική, έντυπη και ψηφιακή βιβλιογραφία σχετική με την κοινοτική μαιευτική φροντίδα. Βασική προϋπόθεση ένταξης των μελετών στην ανασκόπηση ήταν η διαθεσιμότητα τους είτε στην αγγλική είτε στην ελληνική γλώσσα δεδομένης της καλής τους γνώσης από τη συγγραφική ομάδα. Επιπλέον, η μελέτη επικεντρώθηκε στα δεδομένα των τελευταίων είκοσι ετών, ώστε να παρατηρηθεί η πορεία και η εξέλιξη των δεδομένων μέχρι και σήμερα.

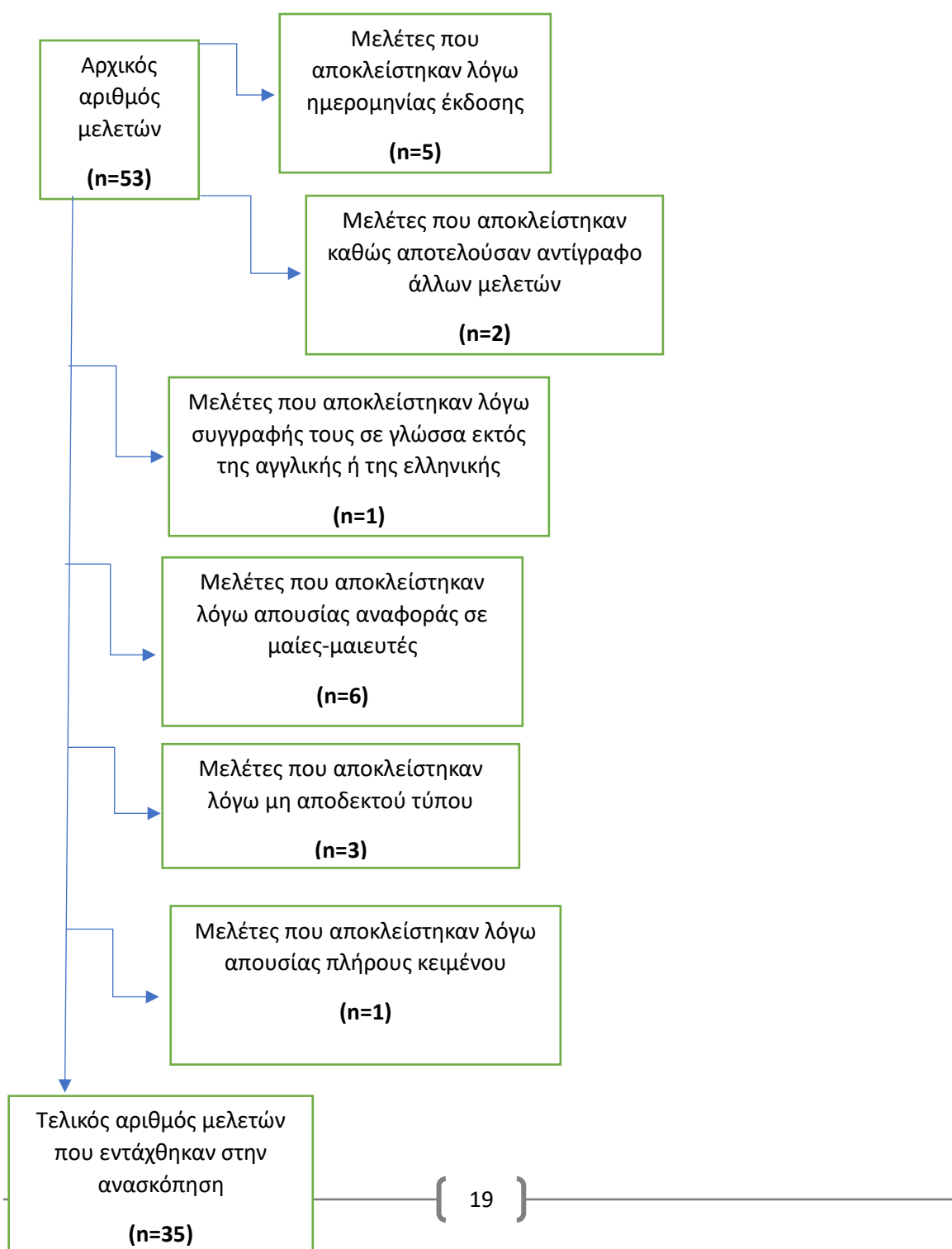
Η αναζήτηση και συλλογή των επιστημονικών δεδομένων διενεργήθηκε σε βάσεις δεδομένων, επιστημονικά περιοδικά, ακαδημαϊκά συγγράμματα και επίσημες ιστοσελίδες οργανισμών, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, πληροφορίες ανασύρθηκαν από βάσεις δεδομένων και μηχανές αναζήτησης, όπως το Pubmed, το Google Scholar, το MEDLINE, το Open Science Directory και το Free Medical Journals. Ορισμένες λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ήταν «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», «κοινοτική μαιευτική φροντίδα», «τοκετός κατ'οίκον», «προαγωγή υγείας» και «μητρικός θηλασμός». Η παράθεση των βιβλιογραφικών αναφορών έγινε με το βιβλιογραφικό σύστημα Vancouver στο τελευταίο μέρος της εργασίας.

Κατά τη μελέτη των άρθρων καταγράφηκαν πληροφορίες σχετικά με τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, τον αριθμό και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, πιθανοί περιορισμοί και δυνατά σημεία της έρευνας, καθώς και τα κυριότερα αποτελέσματα. Κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν η συγγραφή του άρθρου στην ελληνική ή την

αγγλική γλώσσα, η δημοσίευση των άρθρων να χρονολογείται μεταξύ των ετών 2003 έως και 2023. Ένα ακόμα σημαντικό κριτήριο για την ένταξη μελετών ήταν η παρουσίαση δεδομένων διαφορετικών χωρών, ώστε να διαμορφωθεί μία πληρέστερη εικόνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των κατ' οίκον επισκέψεων από μαιείς ή μαιευτές σε διαφορετικά πολιτισμικά και κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα. Κριτήρια αποκλεισμού μελετών από την ανασκόπηση αποτέλεσαν οι πιλοτικές έρευνες μικρής κλίμακας, άρθρα σε γλώσσες εκτός της ελληνικής και της αγγλικής και άρθρα τα οποία αποτελούν γνώμες ειδικών (expert opinions) που δεν περιέχουν ρητή κριτική αξιολόγηση ή βασιζόμενη σε οικονομική θεωρία ή βασικές αρχές [10,11]. Επιπλέον, εξαιρέθηκαν Διπλωματικές εργασίες οι οποίες δεν ήταν δημοσιευμένες σε κάποιο επιστημονικό περιοδικό, λόγω αμφιβολίας σχετικά με την ποιότητα της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων που εξήχθησαν. Στη συνέχεια παρατίθεται διάγραμμα ροής επιλογής άρθρων για την ακριβέστερη παρουσίαση των άρθρων που μελετήθηκαν και εν τέλει αξιοποιήθηκαν κατά τη συγγραφή της εργασίας (Παράρτημα 1). Οι μελέτες που δε συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση παρατίθενται στον πίνακα 1.

Αξίζει να σημειωθεί πως η εκπόνηση της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης υλοποιήθηκε σύμφωνα το PRISMA 2020 checklist. Το PRISMA 2020 checklist είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται στη συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας, κυρίως στους τομείς των επιστημών της υγείας. Ο κατάλογος αυτός παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες για την αναφορά των μεθοδολογικών λεπτομερειών στα άρθρα που αφορούν συστηματικές ανασκοπήσεις. Βοηθά στη βελτίωση της διαφάνειας και της ποιότητας των ανασκοπήσεων, διευκολύνοντας τους αναγνώστες να κατανοήσουν καλύτερα τη μεθοδολογία και την προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκαν στην εκάστοτε μελέτη [12].

Παράρτημα 1. Διάγραμμα ροής επιλογής μελετών



Πίνακας 1. Μελέτες που αποκλείστηκαν από την ανασκόπηση

Συγγραφείς	Έτος δημοσίευσης	Τίτλος	Είδος μελέτης	Αιτία αποκλεισμού
Wiegers et al.	1996	Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands.	Προοπτική μελέτη	Εκτός χρονικού πλαισίου
Murphy & Fullerton	1998	Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study.	Προοπτική μελέτη	Εκτός χρονικού πλαισίου
Sikorski et al.	1996	A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project.	Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη	Εκτός χρονικού πλαισίου
Kenny et al.	1993	Satisfaction with postnatal care—the choice of home or hospital.	Μελέτη παρατήρησης	Εκτός χρονικού πλαισίου
Currie et al.	1983	Newborn home visits.	Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη	Εκτός χρονικού πλαισίου
Thies-Lagergren & Johansson	2023	Home-based postnatal midwifery care facilitated a smooth succession into motherhood: A Swedish interview study.	Ποιοτική μελέτη	Αντίγραφο
Walker et al.	2019	Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature.	Συστηματική ανασκόπηση	Αντίγραφο
Tamaki A.	2008	Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression.	Μελέτη παρέμβασης	Δεν αφορούσε σε επισκέψεις από μαιείς ή μαιευτές
Van Horne et al.	2022	A promising new model of care for postpartum depression: A randomised controlled trial of a brief home visitation program conducted in Houston, Texas, USA.	Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη	Δεν αφορούσε σε επισκέψεις από μαιείς ή μαιευτές
Aston et al.	2015	The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and	Ποιοτική μελέτη	Δεν αφορούσε σε επισκέψεις από μαιείς ή μαιευτές

		families during postpartum home visits.		
Horowitz et al.	2013	Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression.	Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη	Δεν αφορούσε σε επισκέψεις από μαίες ή μαιευτές
Dutta, A. K.	2009	Home-based newborn care: how effective and feasible?.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Δεν αφορούσε σε επισκέψεις από μαίες ή μαιευτές
Aune & Lilleengen	2013	Home visits by student midwives in the early postnatal period—a qualitative study of students' reflections.	Ποιοτική μελέτη	Δεν αφορούσε σε επισκέψεις από μαίες ή μαιευτές, αλλά σε φοιτητές μαιευτικής
Mirmolaei et al.	2011	The effect of postpartum care at home on maternal received care and satisfaction.	Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη	Μη διαθέσιμη αγγλική έκδοση
Walker et al.	2005	What were the outcomes of home follow up visits after postpartum hospital discharge?	Μελέτη διατομής δείγματος	Διαθέσιμο μόνο σε περίληψη
Ronsmans et al.	2001	Evaluation of a comprehensive home-based midwifery programme in South Kalimantan, Indonesia.	Audit	Εκτός χρονικού πλαισίου
Marnes & Hall	2013	Midwifery care: A perinatal mental health case scenario	Μελέτη περίπτωσης	Μη αποδεκτός τύπος μελέτης
Lakin et al.	2015	Newborn well-child visits in the home setting: a pilot study in a family medicine residency.	Πιλοτική μελέτη	Μη αποδεκτός τύπος μελέτης

2. Αποτελέσματα

Στην ενότητα που ακολουθεί παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν έπειτα από την ενδεδειγμένη και διεξοδική μελέτη της παγκόσμιας επιστημονικής βιβλιογραφίας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον από μαίες και μαιευτές. Προηγουμένως, παρουσιάζεται το διάγραμμα ροής, το οποίο επιτρέπει την οπτική αναπαράσταση και ένα απλό τρόπο κατανόησης της ροής των εργασιών και των συνδέσεων μεταξύ διαφόρων σταδίων ή στοιχείων. Αναλυτικότερα, η ανάπτυξη των αποτελεσμάτων θα πραγματοποιηθεί σε υποενότητες για την καλύτερη δόμηση και κατανόηση τους. Οι υποενότητες διακρίνονται σε «Μαιευτική φροντίδα κατ' οίκον κατά τη διάρκεια της κύησης», «Μαιευτική φροντίδα τοκετού κατ' οίκον», «Μαιευτική φροντίδα λοχείας κατ' οίκον», «Γυναικολογική φροντίδα κατ' οίκον». Τα αποτελέσματα των μελετών που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση παρατίθενται συνοπτικά στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Μελέτες που εντάχθηκαν στην ανασκόπηση για τις επίσκεψεις από μαίες ή μαιευτές κατ'οίκον

Συγγραφείς	Έτος δημοσίευσης	Είδος μελέτης	Περίοδος Επισκέψεων	Αριθμός δειγματος	Είδος δειγματος	Αποτελέσματα
Lutenbacher et al.	2014	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Κύηση	217	Έγκυες >24 εβδομάδα κύησης	Μείωση καισαρικών τομών, Παράταση της κύησης κατά 1,2 εβδομάδες
Hadian et al.	2018	Συστηματική ανασκόπηση – Μετα-ανάλυση	Κύηση	7 μελέτες	Έφηβες έγκυες 10-19 ετών	Ευεργετική δράση στην ψυχική υγεία, Αύξηση γνώσεων για τη γονεϊκότητα
Shah et al.	2014	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Κύηση	407	Έγκυες	Αύξηση διάρκειας κύησης, Αύξηση ποσοστών επιτυχούς θηλασμού, Μείωση LBW, Μείωση πιθανότητας ενδοοικογενειακής βίας

Goyal et al.	2013	Προοπτική μελέτη κοόρτης	Κύηση	441	Έγκυες, Πρωτοτόκες	Μικρότερη πιθανότητα πρόωρου τοκετού και SGA
Ichikawa et al.	2015	Μελέτη παρέμβασης	Κύηση	311	Έγκυες υψηλού κινδύνου στις 27 εβδομάδες κύησης	Μείωση πρόωρου τοκετού, Αποτελεσματικότερες επισκέψεις σε όψιμη ηλικία κύησης
Liu et al.	2019	Συστηματική ανασκόπηση – Μετα-ανάλυση	Κύηση	14 μελέτες	Έγκυες στη 17 ^η εβδομάδα κύησης	Μείωση LBW, Πρόληψη επίτευξης κύησης σε διάστημα μικρότερο των 24 μηνών έπειτα από τοκετό
Mohammadi et al.	2022	Ποιοτική μελέτη	Κύηση	11	Έγκυες με προεκλαμψία	Συμμετοχή της οικογένειας στη μητρική φροντίδα, Προαγωγή μητρικής υγείας, Βελτίωση αποτελεσματικότητας μαιευτικής φροντίδας, Αρνητική στάση επαγγελματιών υγείας
Janssen et al	2009	Ποιοτική μελέτη	Τοκετός	500	Γυναίκες που γέννησαν στο σπίτι	Θετική γνώμη για την παροχή πληροφοριών από τις μαίες, τη μείωση αναίτιων παρεμβάσεων, την ανταπόκριση στα τηλεφωνήματα και τη συνολική φροντίδα της οικογένειας
Kataoka et al.	2013	Αναδρομική μελέτη	Τοκετός	5474	Γυναίκες που γέννησαν στο σπίτι	Μείωση περινεϊκών ρήξεων και απώλειας αίματος >500ml στους τοκετούς στο σπίτι συγκριτικά με τα κέντρα τοκετού
Zielinski et al.	2015	Συστηματική ανασκόπηση	Τοκετός	32 μελέτες	Γυναίκες που γέννησαν στο σπίτι	Ικανοποίηση μητέρων από τη μείωση των παρεμβάσεων και των επιπλοκών και από την εμπειρία του τοκετού. Ανάγκη ύπαρξης πρωτοκόλλων για τον τοκετό στο σπίτι. Ο τοκετός στο σπίτι αποτελεί οικονομικότερη επιλογή.
Elder et al.	2016	Κριτική ανασκόπηση	Τοκετός	15 μελέτες κοόρτης	Γυναίκες που γέννησαν στο σπίτι	Κρίσιμος ο προσδιορισμός του βαθμού κινδύνου των περιστατικών. Σε

						γυναίκες χαμηλού κινδύνου σε ανεπτυγμένες χώρες ο τοκετός στο σπίτι δεν είναι πιο επικίνδυνος από τον τοκετό στο νοσοκομείο.
Boucher et al.	2009	Ποιοτική μελέτη	Τοκετός	160	Γυναίκες που γέννησαν στο σπίτι	Οι γυναίκες θεωρούν το σπίτι ως πιο ασφαλές περιβάλλον για τον τοκετό τους, Κίνητρο αποτέλεσε η μειωμένη παρεμβατικότητα,
de Cock et al.	2015	Προοπτική μελέτη κούρτης	Τοκετός	712	Γυναίκες που γέννησαν στο σπίτι ή στο νοσοκομείο	Υψηλότερα ποσοστά θηλασμού μετά από τοκετό στο σπίτι
Dahlberg et al.	2016	Ποιοτική μελέτη	Λοχεία	24	Λεχωΐδες στην 6 ^η εβδομάδα της λοχείας	Σημαντική η γνωριμία με τη μαία από την περίοδο της κύησης, Μικρότερη ανάγκη πληροφόρησης και παρακολούθησης λόγω της προσωπικής σχέσης με τη μαία
Walker et al.	2019	Ποιοτική Συστηματική ανασκόπηση	Λοχεία	33 μελέτες	Λεχωΐδες	Σημαντική η γνωριμία με τη μαία και η αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών των γυναικών. Σημαντικός ο σεβασμός του πολιτισμικού υποβάθρου
Aaserud et al.	2016	Ποιοτική μελέτη	Λοχεία	9	Λεχωΐδες	Αίσθημα ασφάλειας και ηρεμίας από τις επισκέψεις της μαίας, Σημαντική η παροχή συμβουλών και καθοδήγησης, Σημαντικός ο ρόλος του συντρόφου και η συνεχιζόμενη φροντίδα από γνωστή μαία
Milani et al.	2017	Κλινική μελέτη παρέμβασης	Λοχεία	92	Λεχωΐδες	Μείωση ποσοστών επιλόχειας κατάθλιψης, Κίνδυνος 2,25 φορές μεγαλύτερος σε μη θηλάζουσες μητέρες

Shaw et al.	2006	Ανασκόπηση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών	Λοχεία	22 μελέτες	Λεχωΐδες	Βελτίωση ποιότητας ζωής γυναικών και μείωση βαθμολογιών EPDS, Αυξημένη ικανοποίηση από τις επισκέψεις
Schwind et al.	2023	Ποιοτική μελέτη	Λοχεία	7	Λεχωΐδες	Οι γυναίκες εκτίμησαν τη συναισθηματική στήριξη από τις μαίες και την αποτελεσματικότητά τους, Οι επισκέψεις προσέφεραν ψυχολογική ανάκαμψη, Ενδυνάμωση γυναικών
Cheng et al.	2019	Συστηματική ανασκόπηση	Λοχεία	10 μελέτες	Λεχωΐδες	Αύξηση της διάρκειας του θηλασμού τουλάχιστον μέχρι τον 6 ^ο μήνα
Fenwick et al.	2010	Μελέτη διατομής δείγματος	Λοχεία	2669	Λεχωΐδες	Ικανοποίηση από τη συμβουλευτική για το θηλασμό, την υποστήριξη και τη φροντίδα του νεογνού
Johansson et al.	2010	Ποιοτική μελέτη	Λοχεία	21 άτομα (11 γυναίκες και 10 άντρες)	Λεχωΐδες και σύντροφοι	Εκτίμηση του κλίματος ηρεμίας από τις μαίες, Σημαντικό η μαία να επιδιώκει επαφή με το ζευγάρι, Ενδυνάμωση νέων γονέων, Κρίσιμη η κατανόηση των προσδοκιών των νέων γονέων
Tiruneh et al.	2019	Συστηματική ανασκόπηση	Λοχεία	14 μελέτες	Λεχωΐδες	Μείωση νεογνικής θνησιμότητας με 3 ή περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι, Αύξηση εδραίωσης αποκλειστικού θηλασμού,
Ridgway et al.	2016	Μελέτη διατομής δείγματος	Λοχεία	1043	Λεχωΐδες	Σύνηθες πρόβλημα που χρήζει συμβουλευτικής από τη μαία είναι ο θηλασμός
Johansson et al.	2023	Ποιοτική μελέτη	Λοχεία	24	Λεχωΐδες	Σημαντική η πληροφόρηση για την λοχεία πριν από τον τοκετό καθώς αυξάνει την ενδυνάμωση των γυναικών, Η φροντίδα

						στο σπίτι θεωρήθηκε ασφαλέστερη,
Baghersad et al.	2019	Μελέτη παρέμβασης	Λοχεία	64	Λεχωίδες που γέννησαν στο νοσοκομείο	Παρατηρήθηκε αύξηση της συμμετοχής των συντρόφων στη φροντίδα των μητέρων, Σημαντική η ακρόαση των αναγκών των συντρόφων
Johansson et al.	2022	Ποιοτική μελέτη	Λοχεία	16	Πατέρες	Μείωση άγχους, Εκτίμηση της προσφοράς των μαιών και οι παρεμβάσεις τους κρίθηκαν στοχευμένες, Οι πατέρες είχαν ενεργότερη συμμετοχή στο γονεϊκό ρόλο

2.1 Μαιευτική φροντίδα κατ' οίκον κατά τη διάρκεια της κύησης

Η μαία και ο μαιευτής μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της κύησης. Μερικά από τα καθήκοντα που μπορούν να ασκήσουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορούν στη διάγνωση και την παρακολούθηση της χαμηλού κινδύνου κύησης, την παροχή οδηγιών και συμβουλευτικής και την κατάρτιση προγραμμάτων ψυχοσωματικής ετοιμασίας γονέων [7].

2.1.1 Παρακολούθηση κύησης κατ' οίκον

Το 2014 οι Lutembacher και συν. μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της επιπρόσθετης κατ' οίκον φροντίδας κατά την κύηση για την πρόληψη του πρόωρου τοκετού. Το δείγμα αποτελούνταν από 217 γυναίκες, εκ των οποίων οι 104 εντάχθηκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 113 στην ομάδα παρέμβασης. Τα κριτήρια ένταξης για τη συμμετοχή στη μελέτη περιλάμβαναν επιβεβαιωμένες κύησεις οι οποίες κατά την ένταξη θα βρίσκονταν σε ηλικία κύησης μικρότερη των 24 εβδομάδων, ιστορικό πρόωρο τοκετό

σε εβδομάδα κύησης μεγαλύτερης των 20 εβδομάδων και μικρότερης των 37, γνώση ομιλίας και ανάγνωσης της αγγλικής γλώσσας και ο τόπος κατοικίας να βρίσκεται σε απόσταση μικρότερη των 90 μιλίων από το Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Vanderbilt. Επιπλέον, προϋπόθεση ήταν η συναίνεση της εγκύου στην πραγματοποίηση επισκέψεων από μαία στο σπίτι και προθυμία για τυχαίο καθορισμό στην ομάδα μελέτης. Εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο προσωπικό καθόρισε την ένταξη ή τον αποκλεισμό μεταξύ άλλων μέσω της ανασκόπησης των ιατρικών αρχείων για την τεκμηρίωση του ιστορικού πρόωρου τοκετού και της χρονολόγησης της τρέχουσας εγκυμοσύνης. Ο στόχος της μελέτης ήταν οι συμμετέχουσες στην ομάδα επέμβασης να λάβουν τουλάχιστον πέντε επισκέψεις στο σπίτι κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου, οι οποίες θα μπορούσαν να αυξηθούν σε περίπτωση που κρινόταν αναγκαίο από τη μαία. Οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης μπορούσαν να έχουν τηλεφωνική επικοινωνία με τη μαία που τους ανατέθηκε. Αντιθέτως, οι συμμετέχουσες στην ομάδα ελέγχου έλαβαν απλώς τη συμβατική προγεννητική φροντίδα [13].

Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων κατ' οίκον η μαία αξιολογούσε διάφορες παραμέτρους οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Πιο συγκεκριμένα, οι παράμετροι αυτές περιελάμβαναν την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, τη συμπτωματολογία περιοδικής κατάθλιψης, το άγχος, τη χρήση και κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, το κάπνισμα, το σχεδιασμό της γονιμότητας, την οδοντιατρική υγεία, το θηλασμό, την ενδοοικογενειακή βία, τη διατροφή, τη κατάλληλη χρήση της θεραπείας με προγεστερόνη και τις μητρικές λοιμώξεις [13].

Η στατιστική ανάλυση και τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης απέδειξαν πως η ομάδα παρέμβασης κατάφερε να επιτύχει μεγαλύτερη ηλικία κύησης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Αναλυτικότερα, η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε παράταση της κύησης κατά 1,2 εβδομάδες, ενώ η παράταση φαίνεται να είναι ανάλογη των επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν κατ' οίκον από τη μαία. Αν και το χρονικό διάστημα των 1,2 εβδομάδων μπορεί από ορισμένους να θεωρηθεί σύντομο, δε θα πρέπει να λησμονείται η εξαιρετική σημασία του για την καλύτερη πρόγνωση του πρόωρου νεογνού. Δευτερευόντως, τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστικά σημαντική μείωση των καισαρικών τομών στην ομάδα ελέγχου, αλλά και μικρότερη διάρκεια νοσηλείας της λεχωϊδας μετά τον τοκετό. Κυριότεροι περιορισμοί της συγκεκριμένης

μελέτης ήταν η εφαρμογή της μεθόδου της τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμασίας (RCT), η οποία ίσως να μην είναι η καταλληλότερη όταν πρόκειται να πραγματοποιηθούν συμπεριφορικές παρεμβάσεις, που μπορούν να επηρεαστούν από πολλές μεταβλητές, ενώ ως περιορισμός θεωρήθηκε η αποτυχία συλλογής του δείγματος των 300 γυναικών ο οποίος είχε καθοριστεί αρχικά. Από την άλλη πλευρά, δυνατά σημεία θεωρήθηκαν η συλλογή λεπτομερών πληροφοριών από τις επισκέψεις στο σπίτι που επέτρεψαν τον έλεγχο των συγκεκριμένων επιδράσεων της κατ' οίκον φροντίδας και η ανάπτυξη και χρήση ελέγχων πιστότητας των παρεμβάσεων. Οι τακτικές κλινικές συναντήσεις και οι άμεσες παρατηρήσεις στην κατοικία της εγκύου επέτρεψαν να εντοπιστούν τυχόν αποκλίσεις από τα πρωτόκολλα της παρέμβασης και στη διατήρηση της ακεραιότητας του συστήματος φροντίδας που εφαρμόστηκε [13].

Οι Hadian et al., το 2018 πραγματοποίησαν μία συστηματική ανασκόπηση και μεταανάλυση σχετικά με την επίδραση των προγεννητικών επισκέψεων κατ' οίκον σε έφηβες εγκυμονούσες ηλικίας 10 έως 19 ετών. Τα πρωτογενή αποτελέσματα αφορούσαν στην ψυχική υγεία, ενώ τα δευτερογενή στις γνώσεις για τη γονεϊκότητα, τις επαναλαμβανόμενες εγκυμοσύνες και γεννήσεις, την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό, βάρος γέννησης του νεογνού και αύξηση βάρους της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη. Σε αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση, εξετάστηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, που είχαν δημοσιευτεί στην περσική και στην αγγλική γλώσσα. Η συστηματική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε αναζητώντας σε διάφορες βάσεις δεδομένων, όπως το Web of Science, της Βιβλιοθήκης Cochrane, του Scopus, του Embase, του Google Scholar, του Ovid, του Science Direct, του SID, του Magiran, και του Barakat Knowledge Network System, ενώ η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με βάση λέξεις-κλειδιά, όπως "Εγκυμοσύνη στην εφηβεία", " Έφηβη Μητέρα" και "Επίσκεψη Στο Σπίτι". Από τις 967 μελέτες που εξετάστηκαν, οι 7 κρίθηκε ότι πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στην ανασκόπηση. Οι υπόλοιπες αποκλείστηκαν λόγω ακατάλληλης δομής και μεθοδολογίας ή λόγω απουσίας σύνδεσης ανάμεσα στον τίτλο του άρθρου και στο περιεχόμενό του [14].

Τα αποτελέσματα της μεταανάλυσης σε αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας που υποβλήθηκε σε επισκέψεις κατ' οίκον και της ομάδας ελέγχου όσον αφορά την ψυχική υγεία, αλλά δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου όσον αφορά

στην αποτροπή επόμενης κύησης και τοκετού. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε πως στις ομάδες που εφαρμόστηκαν οι επισκέψεις το γνωστικό επίπεδο σχετικά με τη γονεϊκότητα αυξήθηκε. Αν και η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική, παρατηρήθηκε πως οι έφηβες που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και άρα δεν έλαβαν κατ' οίκον επισκέψεις, γέννησαν σε πιο μικρή ηλικία κύησης, πριν τις 37 εβδομάδες και τα βάρη γέννησης των νεογνών τους ήταν επίσης χαμηλότερα. Συστήνεται να πραγματοποιηθούν περαιτέρω κλινικές μελέτες με ακριβή μεθοδολογία που να εστιάζει στην επίδραση του αριθμού και της διάρκειας των επισκέψεων κατ' οίκον [14].

Η έρευνα των Shah et al., του 2014 πραγματοποιήθηκε την αξία και αποτελεσματικότητα των επισκέψεων κατ' οίκον κατά τη διάρκεια της κύησης από επαγγελματίες υγείας, κυρίως από μαίες και μαιευτές. Το δείγμα αποτελούνταν από 407 έγκυες, εκ των οποίων οι 107 έγκυες υπεβλήθησαν σε κατ' οίκον επισκέψεις, ενώ οι 300 όχι. Για να απαντηθεί εάν οι γυναίκες που έλαβαν επισκέψεις στο σπίτι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν καλύτερα αποτελέσματα γέννησης από τις γυναίκες που δεν έλαβαν, πραγματοποιήθηκε ανάλυση δευτερευόντων δεδομένων χρησιμοποιώντας τα δεδομένα του PRAMS της Virginia για τα έτη 2007 και 2008. Το PRAMS είναι μια εθνική πρωτοβουλία που χρηματοδοτείται από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC). Πρόκειται για μια συνεχή έρευνα νέων μητέρων που πρόσφατα έφεραν ζωντανό βρέφος. Τα δεδομένα συλλέγονται, αναλύονται και διανέμονται συστηματικά, σύμφωνα με το πρωτόκολλο που καθορίζει το CDC. Ο στόχος του PRAMS είναι να βελτιώσει την υγεία των μητέρων και των βρεφών με τον περιορισμό των αρνητικών εκβάσεων και να συνδράμει στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση πολιτικών και προγραμμάτων Μητέρας και Παιδιού στη Virginia. Το PRAMS παρέχει στα κράτη έναν μηχανισμό παρακολούθησης δεδομένων υγείας μητέρας και βρέφους για τη βελτίωση του σχεδιασμού, της υλοποίησης και της αξιολόγησης προγραμμάτων και πολιτικών υγείας μητέρας και παιδιού [15].

Ως κριτήρια ένταξης ορίστηκαν ο τόπος κατοικίας να είναι η Βιρτζίνια, να έχουν γεννήσει ζωντανό βρέφος στη Βιρτζίνια, το βρέφος δε θα έπρεπε να έχει συμπεριληφθεί σε προηγούμενη δειγματοληψία και το βρέφος έπρεπε να είναι μεταξύ 2 έως 6 μηνών. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις, αφενός με ένα ερωτηματολόγιο που απεστάλη με το ταχυδρομείο και αφετέρου με μια τηλεφωνική συνέντευξη. Οι δύο βασικοί περιορισμοί της μελέτης ήταν το μικρό μέγεθος του

δείγματος, λόγω της σύντομου χρονικού διαστήματος λειτουργίας του προγράμματος PRAMS, και το γεγονός ότι κατά τη συλλογή των δεδομένων ζητούνταν στις γυναίκες να ανακαλέσουν πληροφορίες από την κήσή τους, συνεπώς υπήρχε η πιθανότητα λαθών ή δυσκολιών. Παρ' όλα αυτά, η πιθανότητα λανθασμένων απαντήσεων λήφθηκε υπόψιν κατά τη στατιστική ανάλυση, ενώ η ποικιλομορφία του δείγματος προσφέρει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι κατ' οίκον επισκέψεις κατά τη διάρκεια της κύησης συσχετίστηκε με αυξημένα ποσοστά επιτυχίας του μητρικού θηλασμού μετά τον τοκετό και μείωσε τα ποσοστά γέννησης LBW νεογνών. Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν πως οι γυναίκες που έλαβαν κατ' οίκον επισκέψεις κατά την κύηση ήταν λιγότερο πιθανό να υποστούν ενδοοικογενειακή κακοποίηση. Συνολικά, οι επισκέψεις κατ' οίκον από μαία ή μαιευτή έχει θετική επίδραση στην υγεία τόσο των γυναικών όσο και τον νεογνών τους [15].

Οι Goyal et al. το 2013 πραγματοποίησαν μία προοπτική μελέτη κοόρτης για να διερευνήσουν εάν και κατά πόσο τα προγράμματα επίσκεψης στο σπίτι προγεννητικά συμβάλλουν στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε εγκυμονούσες γυναίκες με κήσεις υψηλού κινδύνου για πρόωρο τοκετό πριν από τις 37 εβδομάδες. Πιο συγκεκριμένα, στόχο αποτέλεσε η αξιολόγηση του αντίκτυπου του αριθμού των επισκέψεων κατ' οίκον στην αποτροπή του πρόωρου τοκετού και της γέννησης SGA νεογνών. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο νοτιοδυτικό Οχάιο και εντάχθηκαν μονήρεις κήσεις που ξεκίνησαν να λαμβάνουν κατ' οίκον επισκέψεις πριν από την 26η εβδομάδα της κύησης μεταξύ των ετών 2007 έως 2010. Επιπλέον, ως προϋπόθεση για την παροχή κατ' οίκον επισκέψεων ορίστηκε η παρουσία τουλάχιστον ενός εκ των τεσσάρων κριτηρίων κινδύνου, τα οποία ήταν η γυναίκα να είναι ανύπαντρη, το χαμηλό εισόδημα, η ηλικία κάτω των 18 ετών και η μειωμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Το δείγμα αποτελούνταν από 441 πρωτοτόκες γυναίκες [16].

Έπειτα από τη στατιστική ανάλυση, τα αποτελέσματα έδειξαν πως, από τις 441 συμμετέχουσες το 10,9% οδηγήθηκε σε πρόωρο τοκετό, ενώ το 17,9% των νεογνών ήταν SGA. Η μέση εβδομάδα ένταξης στη μελέτη ήταν οι 18,9 εβδομάδες, ενώ ο μέσος αριθμός των επισκέψεων στο σπίτι κατά τη διάρκεια της κύησης ήταν 8,2. Η ανάλυση έδειξε πως οι γυναίκες που έλαβαν τουλάχιστον 8 ολοκληρωμένες επισκέψεις κατ' οίκον κατά την κύηση, συγκριτικά με εκείνες που έλαβαν 3 επισκέψεις ή λιγότερες, διέτρεχαν 0.38 μικρότερη πιθανότητα κινδύνου για πρόωρο τοκετό. Παράλληλα,

εκείνες που έλαβαν 12 ή περισσότερες επισκέψεις έως την 26η εβδομάδα κύησης, συγκριτικά με εκείνες που στο ίδιο διάστημα έλαβαν 3 ή λιγότερες, παρουσίαζαν πιθανότητα κινδύνου 0.32 για γέννηση SGA νεογνού. Συνεπώς, όσο περισσότερες επισκέψεις κατ' οίκον πραγματοποιούνται σε πρωτοτόκες γυναίκες υψηλού κινδύνου, τόσο μειώνεται ο κίνδυνος ανεπιθύμητων εκβάσεων της κύησης [16].

Το 2015 οι Ichikawa et al. διερεύνησαν την επίδραση των κατ' οίκον επισκέψεων κατά τη διάρκεια της κύησης στην αποτροπή ανεπιθύμητων εκβάσεων, μέσω μιας μελέτης κοόρτης στην πόλη Κιότο της Ιαπωνίας. Η μελέτη επικεντρώθηκε σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, ως υψηλού κινδύνου θεωρήθηκαν εκείνες που αντιμετώπιζαν ή είχαν αντιμετωπίσει σωματικά ή ψυχικά προβλήματα, πρωτοτόκες κάτω των 20 ετών, πρωτοτόκες άνω των 35 με ορισμένες δυσμενείς συνθήκες, όπως η φτώχεια, γυναίκες με δίδυμη κύηση, γυναίκες που καταχώρισαν την εγκυμοσύνη τους μετά την 22η εβδομάδα ή γυναίκες που δεν ήταν ικανοποιημένες για την εγκυμοσύνη τους. Επιπλέον, συμπεριλήφθηκαν ανύπαντρες ή διαζευγμένες γυναίκες, γυναίκες που δεν κατάγονταν από την Ιαπωνία και δε μιλούσαν ικανοποιητικά Ιαπωνικά και γυναίκες που, κατά την εγγραφή τους, αξιολογήθηκαν από δημόσιους υγειονομικούς επαγγελματίες και κρίθηκε ότι έχριζαν οποιασδήποτε επιπλέον υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής, της ψυχοκοινωνικής και της διατροφικής συμβουλευτικής. Από τις 1023 γυναίκες που ορίστηκαν ως υψηλού κινδύνου, οι 594 δεν έλαβαν επισκέψεις από μαία, καθώς δεν ήταν εύκολα προσβάσιμες και το τελικό δείγμα απαρτιζόταν από 311 γυναίκες. Οι γυναίκες του δείγματος έλαβαν τουλάχιστον μία επίσκεψη κατ' οίκον από εκπαιδευμένες μαιές ή μαιευτές σε ηλικία κύησης κατά μέσο όρο 27 εβδομάδων, που διήρκεσε για περισσότερο από μία ώρα. Η επίσκεψη περιελάμβανε έλεγχο της κοινωνικής υποστήριξης των γυναικών και σύνδεσή τους με άλλες υπηρεσίες στην κοινότητα, αν απαιτείτο, παροχή πληροφοριών σχετικά με κατάλληλη διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προγεννητική φροντίδα, οδοντιατρική φροντίδα και φροντίδα παιδιών, λήψη ιστορικού τόσο για τη σωματική όσο και ψυχική υγεία. Εάν οι μαιές έκριναν ότι οι γυναίκες χρειάζονταν περισσότερη υποστήριξη, παρείχαν τηλεφωνική υποστήριξη, πραγματοποιούσαν επιπρόσθετες επισκέψεις στο σπίτι ή εισήγαγαν τις γυναίκες σε υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης [17].

Η μελέτη αυτή κατέληξε πως οι επισκέψεις κατ' οίκον από μαία κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να αποτρέψει τον πρόωρο τοκετό, όχι όμως και τη γέννηση SGA

νεογνού. Επιπλέον, φάνηκε πως οι επισκέψεις ήταν περισσότερο αποτελεσματικές όταν πραγματοποιούνταν σε όψιμη φάση της κύησης, συγκριτικά με εκείνες που πραγματοποιούνταν νωρίτερα. Ίσως το εύρημα αυτό να υποδεικνύει ότι οι επισκέψεις είναι πιο αποδοτικές όταν πραγματοποιούνται σε χρονικές στιγμές κοντά στην ημερομηνία τοκετού, αν και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση σε μελέτες μεγάλων δειγμάτων. Μεταξύ των περιορισμών αυτής της μελέτης συγκαταλέγονται το γεγονός ότι ορισμένες μεταβλητές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα, όπως οι αντιλήψεις και η προσωπικότητα της γυναίκας, δε συμπεριλήφθηκαν, καθώς επίσης και το γεγονός ότι παρά το αρχικό μεγάλο δείγμα των 1023 γυναικών, τελικά μόνο οι 311 αποτέλεσαν το τελικό δείγμα [17].

Η μεταανάλυση και συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών των Liu et al. του 2019 πραγματεύτηκε την επίδραση των κατ' οίκον επισκέψεων κατά την κύηση στον πρόωρο τοκετό και τη γέννηση χαμηλού βάρους νεογνών. Η συγκεκριμένη μελέτη βασίστηκε στο σύστημα PRISMA, όπως και η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση και η αναζήτηση της βιβλιογραφίας που αξιοποιήθηκε, ανασύρθηκε από βάσεις δεδομένων, όπως το Pubmed, το EMBASE, το Web of Science και το Cochrane Library. Κριτήρια για ένταξη στη μελέτη ήταν τα άρθρα να αφορούν σε έγκυες ή λεχωϊδες γυναίκες, που έλαβαν επισκέψεις κατ' οίκον και οι κυριότερες εκβάσεις που διερευνήθηκαν ήταν ο πρόωρος τοκετός και η γέννηση LBW νεογνών. Στην έρευνα αξιοποιήθηκαν 14 άρθρα. Το μέσο προφίλ των συμμετεχουσών αφορούσε σε μέση εβδομάδα κύησης τις 17,5 εβδομάδες, σε μέση ηλικία των συμμετεχουσών μεταξύ 18 και 29 ετών, ενώ οι περισσότερες ήταν έφηβες. Επιπλέον, οι περισσότερες ήταν γυναίκες που είχαν τουλάχιστον ένα ιατρικό ή κοινωνικό παράγοντα κινδύνου, όπως ιστορικό πρόωρου τοκετού, χαμηλό βάρος νεογνού ή γέννηση νεκρού νεογνού, ηλικία ίση ή μικρότερη των 17 ετών, ανύπαντρες, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, άνεργες ή χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη [18].

Τα αποτελέσματα της μετανάλυσης έδειξαν σημαντικά οφέλη των κατ' οίκον επισκέψεων κατά τη διάρκεια της κύησης. Τα οφέλη παρατηρήθηκαν όταν οι επισκέψεις πραγματοποιούνταν από μαίες ή μαιευτές, συγκριτικά με τις επισκέψεις άλλων ειδικοτήτων, όπως κοινωνικών λειτουργών. Οι επισκέψεις στο σπίτι φάνηκε να έχουν θετική επίδραση στη μείωση των LBW νεογνών και στην πρόληψη της επίτευξης κύησης σε διάστημα μικρότερο των 24 μηνών, έπειτα από τον προηγούμενο τοκετό. Τα δεδομένα σχετικά με την πρόληψη του πρόωρου τοκετού χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, αν και σε μία εκ των 14 μελετών, όπου οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν από μαίες, φάνηκε πως ο πρόωρος τοκετός απετράπη [18].

Η ποιοτική μελέτη των Mohammadi και συν., η οποία πραγματοποιήθηκε από το 2018 έως το 2019, εξέτασε τα δυνητικά επιτεύγματα και τα εμπόδια της παροχής φροντίδας κατ' οίκον για εγκύους με προεκλαμψία στην Ισφαχάν, στο Ιράν. Η μελέτη περιελάμβανε κέντρα υγείας και δύο δημόσια νοσοκομεία, τα Beheheshti και Alzahra, τα οποία αποτελούσαν σημαντικά κέντρα αναφοράς και θεραπείας για υψηλού κινδύνου εγκύους στην περιοχή. Το δείγμα αποτελούνταν από μαίες και μαιευτές, μαιευτήρες-γυναικολόγους και εγκύους που είχαν βιώσει προεκλαμψία [19].

Τα κριτήρια ένταξης για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας ήταν η εμπειρία εργασίας πάνω από ένα έτος, ενώ για τις εγκύους έπρεπε να μπορούν να επικοινωνούν και να μιλούν στα Περσικά και να είναι πρόθυμες να συμμετάσχουν στη μελέτη. Η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν η επιλογή με σκοπό τη μέγιστη ποικιλομορφία, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως ηλικία, αριθμός των γεννήσεων, το επάγγελμα, το επίπεδο εκπαίδευσης, το ιστορικό νοσημάτων και η επαγγελματική κατάσταση. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων, επιτρέποντας την ποιοτική, ανοιχτή εξερεύνηση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη φροντίδα στο σπίτι για την προεκλαμψία. Ένας οδηγός συνέντευξης, που αναπτύχθηκε βασιζόμενος σε βιβλιογραφικά δεδομένα και στις απόψεις των ειδικών, διευκόλυνε τις συνεντεύξεις. Οι ερωτήσεις κυμάνθηκαν από ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες των συμμετεχόντων με την υψηλή αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέχρι τις απόψεις τους για τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν από 45 έως 90 λεπτά και συνεχίστηκαν μέχρι την επαρκή κάλυψη και συλλογή των επιθυμητών δεδομένων. Οι ηχογραφήσεις των συνεντεύξεων απομαγνητοφωνήθηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τη

συμβατική ανάλυση περιεχομένου, εξασφαλίζοντας την εγκυρότητα των δεδομένων μέσω επαναληπτικών ελέγχων, τόσο εντός όσο και εκτός της ερευνητικής ομάδας [19].

Έγκριση λήφθηκε από την Επιτροπή Ηθικής του Πανεπιστημίου της Ισφαχάν, όπως γραπτή συγκατάθεση από τους συμμετέχοντες, ενώ υπήρξε πρόβλεψη για τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών και την παροχή της δυνατότητας στους συμμετέχοντες να αποσυρθούν ανά πάσα στιγμή χωρίς επιπτώσεις στη διαδικασία παροχής φροντίδας στις μητέρες [19].

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ορισμένα πιθανά επιτεύγματα και εμπόδια στην εφαρμογή της κατ' οίκον φροντίδας από μαιές σε γυναίκες με κυήσεις που επιπλέκονται από προεκλαμψία. Τα πιθανά επιτεύγματα ήταν τρία και αφορούσαν στη συμμετοχή της οικογένειας στη μητρική φροντίδα, στην ολιστική προώθηση της μητρικής υγείας και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα της εγκύου είναι σημαντική για τη βελτίωση της υγείας της μητέρας και του εμβρύου ή του νεογνού. Μέσω της κατ' οίκον φροντίδας, η οικογένεια μπορεί να ενημερωθεί για τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης και να συμμετάσχει στην περίθαλψη. Η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ μητέρας, οικογένειας και παρόχου φροντίδας είναι ένα από τα οφέλη αυτής της κατηγορίας. Επιπροσθέτως, η φροντίδα στο σπίτι στοχεύει στην προώθηση όλων των διαστάσεων της μητρικής υγείας και της αυτοφροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας της μητέρας, ενώ βελτιώνει την πρόσβαση των εγκύων σε κατάλληλες και ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες, μειώνοντας τις περιττές επισκέψεις στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία εξασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας. Αντιθέτως, τα τέσσερα βασικά εμπόδια για την παροχή κατ' οίκον φροντίδας περιελάμβαναν την προτίμηση πολλών εγκύων για την παροχή ιατρικής φροντίδας στο νοσοκομείο, τα προβλήματα που προκύπτουν σχετικά με ορισμένα πολιτισμικά ζητήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν κατά την παροχή φροντίδας, την αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας για την παροχή φροντίδας στο σπίτι και την έλλειψη υποδομών για την πραγματοποίησή της [19].

2.1.2 Μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας

Στο συγκεκριμένο εδάφιο γίνεται μια σύντομη παρουσίαση των βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με την παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας γονεϊκότητας, τα οποία καταρτίζονται και δομούνται από μαίες και μαιευτές. Τα μαθήματα αυτά μπορούν να πραγματοποιηθούν είτε σε οργανωμένο χώρο, όπως τα κέντρα μαιευτικής φροντίδας, είτε κατ' οίκον σε ατομικές συναντήσεις.

Το 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(Π.Ο.Υ) εξέδωσε ένα εγχειρίδιο οδηγιών για τον τοκετό. Μεταξύ των διαφόρων οδηγιών και συστάσεων, συμπεριλαμβάνεται και υπογραμμίζεται η αξία της συνεχιζόμενης μαιευτικής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, συστήνεται οι έγκυες να συμμετέχουν σε προγράμματα προετοιμασίας και εκπαίδευσης που θα οργανώνονται από μαίες και μαιευτές. Οι ίδιοι επαγγελματίες που θα φροντίζουν προγεννητικά τις γυναίκες είναι σημαντικό να τις συνοδεύουν και κατά τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας [20].

Σε μία μελέτη κούρτης των Fabian και συν. στη Σουηδία το 2005 υπογραμμίζεται η σημασία των μαθημάτων προγεννητικής ετοιμασίας στις περιγεννητικές εκβάσεις. Η ψυχοπροφύλαξη αποτελεί πεδίο έρευνας για τους Σουηδούς επιστήμονες, περιλαμβάνοντας την στις οδηγίες τους από το 1978 κιόλας. Οι γυναίκες που παρακολούθησαν τα μαθήματα προετοιμασίας ήταν περισσότερο και πιο ολοκληρωμένα ενημερωμένες για τις επιλογές ανακούφισης του πόνου, τις οποίες και αξιοποίησαν κατά τη διάρκεια του τοκετού τους. Ιδιαίτερη προτίμηση φάνηκε να παρουσιάζουν για τη χρήση του νερού και του μονοξειδίου του αζώτου. Η αποτελεσματικότητα των μαθημάτων ήταν ανάλογη του αριθμού τους, συνεπώς όσο περισσότερα μαθήματα παρακολουθεί ένα ζευγάρι, τόσο πιο βοηθητικά φαίνεται να είναι. Οι γυναίκες που δεν προετοιμάζονται προγεννητικά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να υποβληθούν σε επείγουσα καισαρική τομή, ενώ τα ζευγάρια φαίνεται να νιώθουν πιο έτοιμα για τη μετάβαση στη γονεϊκότητα. Οι μαίες και οι μαιευτές ενημέρωσαν τις γυναίκες που αναλάμβαναν για τη μελέτη κατά την πρώτη προγραμματισμένη τους επίσκεψη στην αρχή της εγκυμοσύνης, διανέμοντας ένα ενημερωτικό φυλλάδιο και ρωτώντας αν ενδιαφέρονταν να συμμετάσχουν. Οι γυναίκες συναινούσαν υπογράφοντας σε ένα έντυπο που περιλάμβανε τον αριθμό εθνικής εγγραφής και στοιχεία επικοινωνίας. Τα δεδομένα για την τρέχουσα μελέτη συλλέχθηκαν με τρία ερωτηματολόγια που απεστάλησαν με ταχυδρομείο στην αρχή της εγκυμοσύνης μετά τη λήψη των ονομάτων των γυναικών, και 2 μήνες και 1 χρόνο

μετά την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού. Στις συμμετέχουσες που δεν ανταποκρίνονταν, αποστέλλονταν επιστολές υπενθύμισης, με τη δεύτερη υπενθύμιση να περιλαμβάνει ένα νέο ερωτηματολόγιο [21].

Τα ερωτηματολόγια κάλυπταν κοινωνικοοικονομικά στοιχεία, μαθήματα για τη γέννηση και τη γονιμότητα, συναντήσεις με συμμετέχοντες στα μαθήματα, παρακολούθηση μαθημάτων, τεχνικές ανακούφισης από τον πόνο, εμπειρίες κατά τη διάρκεια του τοκετού, διάρκεια του θηλασμού και απόψεις για τις γονικές δεξιότητες. Στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το SPSS 11.0 για Windows. Περιορισμός της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι περιελάμβανε μόνο πρωτότοκες γυναίκες, εξαιρώντας τυχόν επιρροές από προηγούμενες εμπειρίες εγκυμοσύνης και το γεγονός ότι εξαιρέθηκαν οι γυναίκες που δεν ομιλούσαν τη σουηδική γλώσσα, περιορίζοντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων μόνο σε αυτόν τον πληθυσμό [21].

Σύμφωνα με την μελέτη των Ricchi και συν του 2020 τα μαθήματα προγεννητικής ετοιμασίας γονέων πραγματοποιούνται σε προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων από μαίες και μαιευτές και αποτελούν εργαλείο για την προαγωγή της υγείας των εγκύων και την ενδυνάμωσή τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι γυναίκες που παρακολούθησαν μαθήματα προετοιμασίας είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε καισαρική τομή, ενώ πέτυχαν καλύτερη διαχείριση του πόνου του τοκετού με εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης, αποφεύγοντας τη χρήση επισκληριδίου αναισθησίας. Επιπροσθέτως, οι γυναίκες αυτές είχαν αυξημένες πιθανότητες να επιτύχουν αποκλειστικό θηλασμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά τη λοχεία και διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών κατά τη μεταγεννητική περίοδο. Γενικώς οι γυναίκες που παρακολούθησαν μαθήματα προγεννητικής ετοιμασίας ήταν περισσότερο χαλαρές και χαρούμενες καθ' όλη την περιγεννητική περίοδο [22].

Η μελέτη περιλαμβάνει γυναίκες μετά τον τοκετό που γέννησαν στο Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena από τον Φεβρουάριο του 2017 έως τον Οκτώβριο του 2017. Αποκλείστηκαν οι γυναίκες που δεν μιλούσαν ιταλικά. Καθεμία γυναίκα μετά τον τοκετό κλήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων για τα μαθήματα εκπαίδευσης για τον τοκετό. Τα μαθήματα αποτελούνταν από 8 συνεδρίες που οργανώθηκαν από μαίες και περιελάμβαναν μια συνεδρία με παιδίατρο και μια με αναισθησιολόγο. Τα αποτελέσματα της μαιευτικής φροντίδας

καθορίστηκαν ανατρέχοντας στα κλινικά αρχεία των γυναικών που γέννησαν κατά την περίοδο αυτή. Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες για σύγκριση, με την ομάδα Α να αποτελείται από γυναίκες που παρακολούθησαν τουλάχιστον ένα προγεννητικό μάθημα και την ομάδα Β από γυναίκες που δεν παρακολούθησαν. Οι περιορισμοί της μελέτης περιλαμβάνουν τη μείωση του μεγέθους του δείγματος λόγω της αποκλειστικής συμμετοχής γυναικών με καλή κατανόηση της ιταλικής γλώσσας, καθώς το 40% των γυναικών που γεννούν στο Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena είναι ξένες υπήκοοι. Ένας άλλος περιορισμός αφορά στο γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε δεν είχε επικυρωθεί. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο δεν περιλάμβανε συνεντεύξεις με τους συντρόφους, ενώ λίγες μελέτες έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα της συμπερίληψης των συντρόφων στη διαδικασία προγεννητικής εκπαίδευσης ως στρατηγική για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για μητέρα και νεογέννητο [22].

Οι Mueller και συν σε μια έρευνα του 2020 διαπίστωσαν πως οι γυναίκες που παρακολούθησαν μαθήματα προετοιμασίας παρουσίασαν μικρότερα ποσοστά καισαρικής τομής, πρόκλησης τοκετού και χρήσης φαρμακευτικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου του τοκετού. Επιπλέον, οι έγκυες αυτές ήταν περισσότερο ευχαριστημένες από την εμπειρία του τοκετού τους, υπέστησαν λιγότερες ανεπιθύμητες παρεμβάσεις και πέτυχαν υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού κατά τη λοχεία. Η μελέτη αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της επίδρασης των μαθημάτων εκπαίδευσης για τον τοκετό στα αποτελέσματα του τοκετού και της γέννας, καθώς και στην ικανοποίηση των μητέρων σε πρωτότοκες γυναίκες. Το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στον περιορισμό των ιατρικών παρεμβάσεων όπως οι επεμβάσεις με καισαρική τομή, οι επιταχύνσεις, η χρήση οκυτοκίνης, η τεχνητή ρήξη των μεμβρανών, οι επεμβάσεις στο δεύτερο στάδιο, η επισκληρίδιος αναισθησία και η χρήση αναλγητικών φαρμάκων, καθώς και στην ενίσχυση της ικανοποίησης της μητέρας. Η έρευνα έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας [23].

Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα συγκριτικό σχέδιο για την αξιολόγηση των επιπτώσεων, και οι συμμετέχουσες γυναίκες προήλθαν από ένα μεσαίου μεγέθους αστικό νοσοκομείο στην Αλάσκα με 2,006 γεννήσεις το 2017, εκ των οποίων το 38.7% ήταν πρωτότοκες. Συνολικά, συλλέχθηκαν 208 χαμηλού κινδύνου πρωτότοκες γυναίκες, με 11 αποκλείσεις, καθώς και 197 γυναίκες για την τελική ανάλυση. Οι

συμμετέχουσες επέλεξαν αυτόνομα σε ποια ομάδα να ανήκουν, ανάλογα με τη συμμετοχή ή μη σε μαθήματα εκπαίδευσης για τον τοκετό που προσφέρονταν από το νοσοκομείο, ενώ τους δόθηκε δωροεπιταγή των 5 δολαρίων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων που αξιολογούσαν τη συμμετοχή, τα δημογραφικά στοιχεία και την ικανοποίηση της μητέρας. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε κατηγορίες που σχετίζονταν με την αντίληψη των μητέρων για τον έλεγχο κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, και το Cronbach's alpha έδειξε καλή αξιοπιστία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τα ιατρικά φύλλα γεννήσεων για τη χρήση ιατρικών παρεμβάσεων και τον τύπο της γέννησης. Η συγκεκριμένη μελέτη δεν ανέφερε δυνατά σημεία και περιορισμούς της [23].

Μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας του 2017 των O'Kelly και συν. προσπάθησε να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ των προγεννητικών μαθημάτων προετοιμασίας και των περινεϊκών τραυμάτων που ενδεχομένως να προκληθούν κατά τη διάρκεια του τοκετού. Μερικές από τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να προκύψουν μετά από ένα περινεϊκό τραύμα είναι η αιμορραγία, η ακράτεια και η δυσπαρεύνια και η παρουσία του μπορεί να προκαλέσει δυσφορία και άγχος στις γυναίκες. Οι επαγγελματίες υγείας ίσως να έχουν έναν σημαντικό ρόλο, προετοιμάζοντας τις έγκυες πριν από τον τοκετό για την φροντίδα που απαιτείται σε περίπτωση που προκύψει κάποια ρήξη στο περίνεο και ενημερώνοντας τους συντρόφους για τη βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν. Με τον τρόπο αυτό ενδεχομένως να μειωθεί ο αρνητικός αντίκτυπος του περινεϊκού τραύματος. Η αναζήτηση των δεδομένων έγινε στο Μητρώο Δοκιμασιών της Cochrane Pregnancy and Childbirth, στο ClinicalTrials.gov και στη Διεθνή Πλατφόρμα Κλινικών Δοκιμών του ΠΟΥ για μη δημοσιευμένες, προγραμματισμένες και εν εξελίξει αναφορές δοκιμών [24].

Μια ακόμα έρευνα του 2022 υποστηρίζει πως οι γυναίκες και οι σύντροφοι τους που έλαβαν προγεννητική εκπαίδευση παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους και στρες. Οι έγκυες ήταν σε θέση να διαχειριστούν καλύτερα τον πόνο του τοκετού και ένιωθαν πιο ικανές και με περισσότερη πίστη στις ικανότητές τους. Μάλιστα οι γυναίκες που παρακολούθησαν τα μαθήματα τα οποία συνδυάζονταν με σωματική άσκηση διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Ωστόσο, τα μαθήματα προετοιμασίας συστήνεται να διδάσκονται από καταρτισμένους και πιστοποιημένους επαγγελματίες υγείας [25].

Η μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια των μαθημάτων τοκετού που πραγματοποιήθηκαν στο Πανεπιστημιακό Κλινικό Νοσοκομείο της Βρότσλαβ. Η μελέτη περιλάμβανε 152 έγκυες που εγγράφηκαν στα μαθήματα τοκετού και πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης, όπως ενημερωμένη συγκατάθεση για συμμετοχή στη μελέτη, εγκυμοσύνη 21-31 εβδομάδων, συγκατάθεση του παρακολουθούντος ιατρού, καθώς και φυσιολογική εγκυμοσύνη. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν η προηγούμενη γέννα και οι προηγούμενες εγκυμοσύνες που κατέληξαν σε αποβολή. Το σύνολο των 101 γυναικών ολοκλήρωσε τη μελέτη. Η μείωση του μεγέθους του δείγματος οφείλεται σε αποχωρήσεις κατά τη διάρκεια της μελέτης, σε γυναίκες που δεν παρακολούθησαν τα μαθήματα τοκετού και σε πρόωρο τοκετό. Χρησιμοποιήθηκαν μόνο πλήρεις συμμετοχές για τη στατιστική ανάλυση. Η ανάλυση δεδομένων περιλάμβανε στατιστικές δοκιμές, όπως οι ελέγχοι Wilcoxon, ο Student, ο Mann-Whitney U, και ο Cohen's d, με επίκεντρο τη μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης, της αυτοαποτελεσματικότητας, του αντιληπτού στρες και του άγχους. Η παρούσα μελέτη είχε αρκετούς περιορισμούς. Οι διενεργηθέντες έλεγχοι είχαν φύση ελέγχου και δεν σχετίζονταν με τη διάγνωση, όπως για παράδειγμα διαταραχές άγχους. Οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε ένα μάθημα τοκετού και επομένως, τα αποτελέσματα δε μπορούν να γενικευθούν. Επιπλέον, ο χρόνος παρακολούθησης θα μπορούσε να παραταθεί έως τον τοκετό και τη μετέπειτα εγκυμοσύνη [25].

Η αξία των προγεννητικών μαθημάτων υποστηρίζεται και από τη μελέτη των Spiby και συν. του 2022. Σύμφωνα με αυτή οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δομούν προγράμματα προετοιμασίας τα οποία να καλύπτουν πλήρως τις γνωστικές ανάγκες του ζευγαριού και να αποτελούν απαραίτητη πολιτική προαγωγής της ψυχικής υγείας. Τα μαθήματα αυτά κατά προτίμηση πρέπει να πραγματοποιούνται δια ζώσης, ενώ χρήσιμη μπορεί να είναι η διοργάνωσή τους με ομάδες ζευγαριών [26].

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε για να εξετάσει τους λόγους που οι γυναίκες παρακολουθούν μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό και τις αντιλήψεις τους μετά την εμπειρία του τοκετού. Επιλέχθηκαν τέσσερις οργανισμοί του NHS που εξυπηρετούν ποικίλους εθνικούς πληθυσμούς. Συμμετείχαν 82 γυναίκες από τρεις ομάδες: 36 από το γενικό πληθυσμό, 27 γυναίκες εθνικών μειονοτήτων και 19 νέες

γυναίκες. Η συλλογή δεδομένων περιλάμβανε συνεντεύξεις, καταγραφή σε ηλεκτρονική μορφή και ανάλυση με τη μέθοδο της Template Analysis. Αναδείχθηκαν τρία κύρια θέματα: οι λόγοι παρακολούθησης των μαθημάτων, οι προσδοκίες προς τους συντρόφους και τα θέματα που προτιμούσαν να μην συμπεριληφθούν. Η μελέτη είχε ως περιορισμούς τη μικρή γεωγραφική κάλυψη και τον περιορισμένο αριθμό συμμετεχουσών, ενώ προτάθηκε η αναπαραγωγή της για επέκταση του δείγματος και μεγαλύτερη χρονική διάρκεια παρακολούθησης [26].

2.2 Τοκετός στο σπίτι

Ο τοκετός στο σπίτι αποτελεί μια πιθανή επιλογή για τις γυναίκες που επιθυμούν να βιώσουν μια πιο εξανθρωπισμένη και λιγότερο ιατροκοιμημένη εμπειρία του τοκετού. Παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά του τοκετού κατ' οίκον στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά χαμηλά, το νομοθετικό πλαίσιο καλύπτει τον τοκετό, ανεξαρτήτως του τόπου διεξαγωγής. Ο τοκετός στο σπίτι, εφόσον πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις και απουσιάζουν οι αντενδείξεις, έχει πολλαπλά οφέλη για την εγκυμονούσα, το νεογνό, την οικογένεια αλλά και για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Για την πραγματοποίηση του τοκετού κατ' οίκον η εγκυμονούσα πρέπει να έχει συνεχιζόμενη παρακολούθηση από 2 τουλάχιστον επαγγελματίες μαίες ή μαιευτές, οι οποίοι να έχουν λάβει εξειδικευμένη εκπαίδευση και συνήθως πραγματοποιούν επισκέψεις σε τακτικά χρονικά διαστήματα στο σπίτι της εγκυμονούσας. Στο επίκεντρο της φροντίδας θα πρέπει να βρίσκεται το ζευγάρι και οι αποφάσεις που θα ληφθούν θα πρέπει να συνυπολογίζουν τις επιθυμίες και τις σκέψεις τους. Όσον αφορά στους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν το συγκεκριμένο καθήκον, θα πρέπει να φέρουν μαζί τους όλον τον απαραίτητο εξοπλισμό, τα έγγραφα και κατάλληλους σάκους απόρριψης αποβλήτων. Συνοπτικά, για την πραγματοποίηση του τοκετού στο σπίτι, η κύηση θα πρέπει να είναι χαμηλού κινδύνου και τα κριτήρια για τον ακριβή προσδιορισμό της παρατίθενται στον πίνακα 3 [8,27].

Η προετοιμασία του χώρου στον οποίο θα πραγματοποιηθεί ο τοκετός ξεκινά κατά προσέγγιση από τις 36 εβδομάδες της κύησης. Θα πρέπει να επιβεβαιωθεί η ασφάλεια του χώρου, η εφαρμογή των κανόνων υγιεινής, ενώ ύψιστης σημασίας είναι η απόστασή του από το κοντινότερο νοσοκομείο να μη ξεπερνά τα 30 λεπτά με το

αυτοκίνητο ή το ασθενοφόρο. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες μαίες και μαιευτές που αναλαμβάνουν τη διεκπεραίωση του τοκετού θα πρέπει να έχουν δομημένο, ολοκληρωμένο και κοινοποιημένο στο ζευγάρι πλάνο έκτακτης ανάγκης, καθώς και οι δύο σύντροφοι θα πρέπει να υπογράψουν έγγραφο συγκατάθεσης στο οποίο θα συμφωνούν πως έλαβαν γνώση για την ασφάλεια, του παράγοντες κινδύνου και τις ενδείξεις μεταφοράς στο νοσοκομείο και πως θα συμμορφώνονται στις οδηγίες των επαγγελματιών [8,27].

Ο τοκετός στο σπίτι είναι μια πιθανή επιλογή που συνεπάγεται τις όσο το δυνατόν λιγότερες παρεμβάσεις και η φροντίδα που παρέχεται κατά τη διάρκεια των σταδίων του τοκετού γίνεται με σεβασμό και διακριτικότητα. Αξιοποιούνται φυσικές μέθοδοι ανακούφισης του πόνου, όπως μασάζ, βοτανοθεραπεία και αναπνοές χαλάρωσης, η εξώθηση πραγματοποιείται σε στάσεις και θέσεις που βολεύουν την επίτοκο, ενώ η μητέρα κρατά απευθείας το νεογνό της και δεν το αποχωρίζεται. Η μαιευτική ομάδα παραμένει στο σπίτι για την καθιερωμένη παρακολούθηση της λοχείας και εφόσον επιβεβαιωθεί το καλώς έχειν όλης της οικογένειας, αποχωρούν [8,27].

Πίνακας 3. Κριτήρια επιλογής τοκετού στο σπίτι

Κεφαλική προβολή εμβρύου
Τελειόμηνη κύηση (37-42 εβδομάδες)
Φυσιολογικά υπερηχογραφήματα κύησης
Φυσιολογική θέση πλακούντα και βάρους εμβρύου
Απουσία αιμορραγίας κατά την κύηση
Φυσιολογικές τιμές μικροβιολογικών και βιοχημικών εξετάσεων (κυρίως αιμοσφαιρίνης, σακχάρου και αιμοπεταλίων)
Φυσιολογική αρτηριακή πίεση
Απουσία προηγηθείσας καισαρικής τομής
Ακεραιότητα αμνιακού σάκου ή ρήξη του για <24 ώρες

Το 2009 οι Janssen et al. πραγματοποίησαν μια ποιοτική μελέτη η οποία διερευνούσε τις εμπειρίες 500 γυναικών που γέννησαν στο σπίτι με τη βοήθεια μαιών στον Καναδά. Σε όλες τις συμμετέχουσες χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο από τις μαίες που

πραγματοποίησαν τον τοκετό το οποίο έπρεπε να συμπληρωθεί πριν από την 6η εβδομάδα της λοχείας και η πρώτη ερώτηση ήταν «Παρακαλούμε χρησιμοποιήστε αυτόν τον χώρο για οποιαδήποτε σχόλια θέλετε να κάνετε σχετικά με τη φροντίδα της εγκυμοσύνης σας, συμπεριλαμβανομένων των πτυχών που σας άρεσαν ή αυτών όπου θα θέλατε να δείτε βελτίωση.». Έπειτα, η μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν η περιγραφική ανάλυση κατά την οποία όλες οι απαντήσεις αναγιγνώσκονταν τουλάχιστον δύο φορές, όλα τα τμήματα της απάντησης κατηγοριοποιήθηκαν αναλόγως με το περιεχόμενό τους, ώστε να απορριφθούν επαναλήψεις της διατύπωσης, ενώ ο κεντρικός στόχος της ανάλυσης ήταν ο εντοπισμός του γενικού πλαισίου των εμπειριών των γυναικών. Η μέση ηλικία των συμμετεχουσών ήταν μεταξύ 25 και 29 ετών, όλες μιλούσαν αγγλικά, η συντριπτική πλειοψηφία ήταν πρωτοτόκες και πολύ λίγες γυναίκες ήταν μονογονεϊκές οικογένειες [28].

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δομήθηκαν σύμφωνα με τη «μέση» απάντηση των γυναικών, δηλαδή τους άξονες γύρω από τους οποίους κινήθηκαν οι απαντήσεις της πλειοψηφίας των συμμετεχουσών. Αρχικά, ένα κυρίαρχο θέμα στις απαντήσεις των συμμετεχουσών ήταν οι ικανότητες και δεξιότητες των μαιών που ανέλαβαν τον τοκετό. Οι γυναίκες αναγνώριζαν την αξία της φροντίδας που στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα (evidence-based) και θεωρούσαν σημαντικό η μαιευτική ομάδα να λαμβάνει υπόψιν τις προτιμήσεις τόσο της επιτόκου όσο και του ή της συντρόφου. Οι γυναίκες ένιωθαν ότι μπορούν να κρίνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβαν, καθώς στην Βρετανική Κολούμπια του Καναδά η ανεύρεση μαιών ήταν δύσκολη, επομένως οι γυναίκες ήταν περισσότερο ενημερωμένες. Ένα ακόμα θέμα που φάνηκε να έχει ιδιαίτερη αξία ήταν η συμμετοχή των επιτόκων στην λήψη αποφάσεων και το αίσθημα δύναμης τις βοήθησε να χαλαρώσουν και ζήσουν την εμπειρία του τοκετού τους. Οι μαίες κατάφεραν να εγκαταστήσουν επιτυχώς αυτό το κλίμα ενδυνάμωσης. Εν συνεχεία, έγινε εκτενής αναφορά στην παράμετρο της συναισθηματικής υποστήριξης. Οι γυναίκες δήλωσαν πως δέχτηκαν φροντίδα, σεβασμό και υποστήριξη και για τον λόγο αυτό ένιωθαν αυτοπεποίθηση και πως βίωσαν μια θεραπευτική ή πνευματική εμπειρία. Οι περισσότερες γυναίκες ανέφεραν πως θα τους λείψουν οι μαίες τους μετά το πέρας της περιόδου της λοχείας [28].

Οι γυναίκες εκτίμησαν την παροχή πληροφοριών από τις μαίες, καθώς και το γεγονός ότι οι μαίες μπορούσαν να αφιερώσουν πολύ περισσότερο χρόνο σε αυτές και τους

συντρόφους τους, γεγονός που τις έκανε να νιώσουν απογοήτευση όταν δεν έλαβαν την ίδια φροντίδα από τους ιατρούς. Η αυξημένη πρόσβαση στη φροντίδα, η εγκατάσταση περιβάλλοντος οικειότητας, η αποφυγή αναίτιων παρεμβάσεων, η διακριτικότητα και η ιδέα του τοκετού επικεντρωμένου στην οικογένεια είναι μερικά από τα συστατικά της ολιστικής φροντίδας που αναφέρθηκαν από τις γυναίκες. Η εμπιστοσύνη προς τις μαιές ενισχύονταν από την άποψη πως εκείνες θα ανταποκρίνονταν στα τηλεφωνήματα των γυναικών. Η γυναίκες δήλωσαν προτίμηση για τη μαιευτική φροντίδα, συγκριτικά με την ιατρική, εξαιτίας της μειωμένης παρεμβατικότητας. Τέλος, σημαντική θεωρήθηκε και η παροχή βοήθειας κατά τις πρώτες ώρες της λοχείας. Η πλειοψηφία των απαντήσεων των γυναικών αφορούσαν σε θετικές εμπειρίες τοκετού κατ' οίκον. Μόνο λίγες γυναίκες δήλωσαν μη ικανοποιημένες και αυτό εξαιτίας της κακής επικοινωνίας μεταξύ των δύο μαιών και της έλλειψης οργάνωσης των επαγγελματιών [28].

Η αναδρομική μελέτη των Kataoka και συν διεξήχθη στο Τόκιο της Ιαπωνία και διερεύνησε τις πρακτικές 19 ανεξάρτητων μαιών και μαιευτών από το συνολικό αριθμό των 43 που εργάζονταν στην πόλη τον Ιούλιο του 2006. Μερικοί από τους λόγους για τους οποίους αρνήθηκαν να συμμετάσχουν οι υπόλοιποι 24 ήταν το αυξημένο φόρτο εργασίας και ανησυχίες για την εμπιστευτικότητα. Το δείγμα περιλάμβανε 6101. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε στον επαγγελματικό χώρο των συμμετεχόντων μαιών και μαιευτών και τα δεδομένα σχετικά με τη μητρική φροντίδα και τις εκβάσεις των τοκετών καταγράφονταν σε τυποποιημένα ιατρικά αρχεία από τον Σύνδεσμο Μαιών-Μαιευτών της Ιαπωνίας. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών χαρακτηριστικών των μητέρων, του ιστορικού της κύησης, του ιστορικού φροντίδας των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της διαδικασίας και των μεθόδων τοκετού, της διάρκειας των σταδίων του τοκετού, της απώλειας αίματος κατά τον τοκετό και της κατάστασης της υγείας του νεογνού. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του SPSS 17.0. Οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στη μελέτη, αφού έλαβαν πλήρη ενημέρωση, έδωσαν τη συγκατάθεσή τους, ενώ λήφθηκαν αυστηρά μέτρα για τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας, της εμπιστευτικότητας και της ασφάλειας των δεδομένων, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης υπολογιστών με κωδικοποιημένη πρόσβαση και αυστηρών πρακτικών αποθήκευσης δεδομένων. Η έρευνα ξεκίνησε μετά

τη λήψη έγκρισης από την Επιτροπή Ηθικής Αξιολόγησης του Κολεγίου Νοσηλευτικής St. Luke του Τόκιο [29].

Από τις συνολικά 6.101 γυναίκες, 627 εξαιρέθηκαν λόγω μετακίνησης εκτός πόλης ή μεταφοράς σε νοσοκομείο πριν τον τοκετό και το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 5.474 γυναίκες εκ των οποίων 4.592 (83,9%) γέννησαν σε κέντρα τοκετού και 882 γέννησαν στο σπίτι. Τα περιγεννητικά αποτελέσματα έδειξαν απουσία θνησιμότητας μητέρων, ισχιακών τοκετών ή πολύδυμων. Οι φυσιολογικοί τοκετοί επετεύχθησαν χωρίς τη χρήση επισκληριδίου αναλγησίας. Η διάρκεια του πρώτου και δεύτερου σταδίου του τοκετού ήταν μέσος όρος 14,9 και 6,2 ώρες αντίστοιχα, για πρωτότοκες και πολυτόκες. Η θέση των μητέρων κατά τον τοκετό ποίκιλλε, με προτίμηση σε πλάγιες και γονατιστές θέσεις. Μετά τον τοκετό, μερικές γυναίκες εμφάνισαν αδύναμες συσπάσεις της μήτρας, που χειρίστηκαν κυρίως με εισαγωγή γαζών ή φαρμάκων. Τα αποτελέσματα για τα νεογέννητα έδειξαν απουσία θνησιμότητας. Η μέση ηλικία κύησης ήταν 39,8 εβδομάδες, με χαμηλό ποσοστό πρόωρων γεννήσεων (0,6%) και παρατασιακών γεννήσεων (1,3%). Τα περισσότερα νεογνά γεννήθηκαν με φυσιολογικό βάρος [29].

Κατά τη σύγκριση των τοκετών στα κέντρα γεννήσεων με τους τοκετούς στο σπίτι, παρατηρήθηκαν διαφορές στην απώλεια αίματος και στις περινεϊκές ρήξεις τόσο στις πρωτότοκες όσο και στις πολυτόκες, με χαμηλότερα επίπεδα επικινδυνότητας να παρατηρείται στην ομάδα των γυναικών του τοκετού στο σπίτι. Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των πρωτότοκων, η ομάδα του κέντρου τοκετού είχε περισσότερες περιπτώσεις απώλειας αίματος που υπερέβαινε τα 500ml σε σύγκριση με την ομάδα κατ' οίκον, με ποσοστά 27,2% έναντι 17,6% αντίστοιχα. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των πολυτόκων, σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες που γέννησαν στα κέντρα τοκετού είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν απώλεια αίματος που ξεπερνούσε τόσο τα 500ml όσο και τα 1000ml, σε σύγκριση με τις πολυτόκες γυναίκες που γέννησαν στο σπίτι. Επιπροσθέτως, όσον αφορά στις ρήξεις του περινέου, οι γυναίκες στην ομάδα του κέντρου τοκετού είχαν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης πρώτου ή δεύτερου βαθμού ρήξεων, αν και η διαφορά δεν ήταν σημαντική [29].

Η ανασκόπηση των Zielinski και συν. επικεντρώθηκε στη σύγκριση μεταξύ των γεννήσεων στο σπίτι και στο νοσοκομείο σε ανεπτυγμένες χώρες. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας περιελάμβανε πρωτογενείς μελέτες, μετα-αναλύσεις και άρθρα γνώμης

που προέρχονταν από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως το PubMed, το CINAHL και το ProQuest. Όροι αναζήτησης όπως "homebirth", "home birth" και "out of hospital birth" χρησιμοποιήθηκαν, με έμφαση στο "homebirth". Η αναζήτηση περιορίστηκε σε αγγλόφωνες δημοσιεύσεις εντός επιστημονικών περιοδικών. Συμπεριλήφθησαν συνολικά 23 πρωτογενείς ποσοτικές αναφορές που επικεντρώθηκαν κυρίως σε αποτελέσματα ασφάλειας, ενώ εννέα ποιοτικές μελέτες εστίασαν στην ικανοποίηση των μητέρων ή τα κίνητρα για την επιλογή τοκετού στο σπίτι [30].

Η συζήτηση γύρω από τον προγραμματισμένο τοκετό κατ' οίκον είναι πολυδιάστατη, παρουσιάζοντας αντικρουόμενες μελέτες και απόψεις. Ενώ ορισμένες έρευνες υπογραμμίζουν μια μικρή αλλά σημαντική αύξηση στη νεογνική θνησιμότητα και στις ανεπιθύμητες εκβάσεις, η πλειοψηφία των μελετών σε διάφορες χώρες δείχνει ότι δεν υπάρχει αύξηση στη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα στους τοκετούς στο σπίτι. Τα μητρικά αποτελέσματα εμφανίζονται συνεχώς ευνοϊκά για τον τοκετό στο σπίτι, περιλαμβάνοντας λιγότερες παρεμβάσεις και λιγότερες επιπλοκές, ενώ η ικανοποίηση με την εμπειρία της γέννησης είναι ιδιαίτερος αυξημένη. Η ασφάλεια του τοκετού κατ' οίκον εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, καθώς η παροχή υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την τοποθεσία, ακόμη και εντός των χωρών. Βρέθηκε ότι η εμπειρία και το επίπεδο άνεσης για την παροχή υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας στο σπίτι διαφέρουν μεταξύ των μαιών, καθώς και το μέγεθος της υποστήριξης και της υποδομής που είναι διαθέσιμη για να υποστηρίξει τον τοκετό στο σπίτι [30].

Η ύπαρξη ομοιόμορφων και οριζόντιων κατευθυντήριων οδηγιών που να προσδιορίζουν την επιλεξιμότητα των γυναικών για την πραγματοποίηση τοκετού κατ' οίκον φαίνεται πως είναι σημαντική προϋπόθεση για την ασφάλειά τους. Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι όταν οι οδηγίες υλοποιούνται και τηρούνται, και όταν ο τοκετός στο σπίτι περιορίζεται σε γυναίκες με χαμηλότερο κίνδυνο, τα αποτελέσματα είναι τουλάχιστον τόσο καλά, ή ακόμη καλύτερα, από αυτά των γυναικών που γεννούν στο νοσοκομείο. Αντιθέτως, όταν γυναίκες με παράγοντες κινδύνου, όπως η ανώμαλη θέση του εμβρύου ή η πολύδυμη γέννηση, επιλέγουν τον τοκετό στο σπίτι, αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος νοσηρότητας και θνησιμότητας και συνεπώς η συγκεκριμένη επιλογή πρέπει να προσφέρεται μόνο σε γυναίκες με χαμηλό κίνδυνο. Αν και οι οδηγίες μπορεί να διαφέρουν στον ορισμό του χαμηλού κινδύνου, η συνεπής εφαρμογή και

χρήση των οδηγιών έχει χαρακτηριστεί ως σημαντικό στοιχείο για τη βελτίωση της ασφάλειας [30].

Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι ο τοκετός κατ' οίκον είναι οικονομική επιλογή και σε πολλές περιπτώσεις σημαντικά πιο οικονομική από τον τοκετό στο νοσοκομείο. Ωστόσο, σε πολλές περιοχές δεν αποτελεί μέρος του συστήματος ασφάλισης μητρότητας, καθιστώντας τον τοκετό στο σπίτι οικονομικά απρόσιτο για γυναίκες με χαμηλό εισόδημα. Παρά τις ανησυχίες που έχουν εκφραστεί για τις προκλήσεις στην εξασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ του κινδύνου, του κόστους και της πρόσβασης στη φροντίδα, οι γυναίκες θα πρέπει να λαμβάνουν ολοκληρωμένη ενημέρωση σχετικά με όλο το εύρος των επιλογών τους αναφορικά με τη μέθοδο του τοκετού, του χώρου πραγματοποίησής του, αλλά και σχετικά με τους διαθέσιμους επαγγελματίες που μπορούν να αναλάβουν τη φροντίδα των γυναικών κατά των τοκετό, δεδομένου ότι στις κτήσεις χαμηλού κινδύνου, τόσο οι μαιέες και οι μαιευτές όσο και οι μαιευτήρες γυναικολόγοι αποτελούν πιθανές επιλογές [30].

Η κριτική ανασκόπηση των Elder et al. αξιολογεί τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς σε 15 μελέτες κοόρτης που συνέκριναν τις εμπειρίες τοκετού στο σπίτι με αυτές στο νοσοκομείο αναφορικά με συγκεκριμένα περιγεννητικά νεογνικά αποτελέσματα. Ενώ τα υπάρχοντα δεδομένα επικεντρώνονται συνήθως στη θνησιμότητα, αυτή η ανασκόπηση επικεντρώνεται μοναδικά στις μεθοδολογικές πτυχές των μελετών που περιλαμβάνονται. Η ανάλυση αποκαλύπτει σημαντική ετερογένεια που αποδίδεται σε μεθοδολογικούς περιορισμούς και διαφορές τοποθεσίας εκπόνησης των μελετών [31].

Ένας κύριος προβληματισμός είναι η παρουσία λαθών κατηγοριοποίησης της έκθεσης, ειδικά όταν η προδιάθεση των απρογραμμάτιστων γεννήσεων στο σπίτι και των μεταφορών είναι άγνωστη. Στο πλαίσιο αυτών των μελετών, η ελλιπής κατηγοριοποίηση της έκθεσης μπορεί να προκύψει από τη συμπερίληψη απρογραμμάτιστων γεννήσεων στο σπίτι ή την αδυναμία υπολογισμού των μεταφορών, όταν επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες τοποθεσίες γέννησης. Η αδυναμία ταυτοποίησης του επαγγελματία που αναλαμβάνει τον τοκετό κατ' οίκον δυσκολεύει περισσότερο την ερμηνεία, καθώς οι διαφορές στην εκπαίδευση και τις προσεγγίσεις των επαγγελματιών μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα [31].

Ο προσδιορισμός του επιπέδου κινδύνου του τοκετού κατ' οίκον είναι επίσης κρίσιμος, δεδομένου ότι οι επαγγελματίες που τον εκτελούν συνήθως αναλαμβάνουν περιστατικά γυναικών με χαμηλό κίνδυνο για να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο αρνητικών αποτελεσμάτων. Ωστόσο, ορισμένες γυναίκες με μέτριο ή υψηλό κίνδυνο μπορούν να βρουν επαγγελματία για να αναλάβει τον τοκετό τους στο σπίτι. Η συμπερίληψη γεννήσεων υψηλού κινδύνου στις αναλύσεις θα προκαλούσε υπερεκτίμηση του κινδύνου αρνητικών αποτελεσμάτων για την πλειονότητα των γυναικών που επιλέγουν να γεννήσουν στο σπίτι [31].

Σοβαρά αρνητικά αποτελέσματα για μητέρες και βρέφη είναι σπάνια σε ανεπτυγμένες χώρες, επομένως, οι μελέτες με επαρκή στατιστική ισχύ για τον εντοπισμό των αρνητικών αποτελεσμάτων θα απαιτούσαν πολύ μεγάλα δείγματα. Ως αποτέλεσμα, οι μελέτες τείνουν να χρησιμοποιούν υπάρχουσες βάσεις δεδομένων. Οι καταγραφές μπορεί να ολοκληρωθούν μέσω ιατρικών αρχείων ή φορμών που συμπληρώνονται από τις μαιές και τους μαιευτές που αναλαμβάνουν τον τοκετό κατ' οίκον. Αυτό μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της φροντίδας ή να συμπληρώνεται μετά τη γέννηση. Οι πληροφορίες μέσα στα πιστοποιητικά γέννησης μπορεί να είναι περιορισμένες και λιγότερο αξιόπιστες από εναλλακτικές καταγραφές, ωστόσο, εθνικά μητρώα ή βάσεις δεδομένων μαιευτικής δεν είναι πάντα διαθέσιμα [31].

Η κριτική ανασκόπηση συμβάλλει στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για τις γεννήσεις στο σπίτι, επισημαίνοντας κύρια σημεία ενδυνάμωσης και περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την ερμηνεία των ευρημάτων των μελετών και την καθοδήγηση μελλοντικών έρευνών. Οι κύριες μεταβλητές που μπορούν να ενισχύσουν τις μελλοντικές μελέτες είναι η ταυτοποίηση του επαγγελματία υγείας, ο προσδιορισμός του τύπου γέννησης και ο καθορισμός του επιπέδου κινδύνου της κύησης. Είναι επίσης κρίσιμο να διατηρηθεί ομοιομορφία στη συλλογή δεδομένων και να ελαχιστοποιηθεί η απουσία πληροφοριών. Κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, είναι ζωτικής σημασίας όχι μόνο να ληφθούν υπόψη αυτά τα κύρια χαρακτηριστικά, αλλά και να αναγνωριστούν πιθανές διαφοροποιήσεις λόγω γεωγραφικής θέσης, καθώς οι διαφορές στην τοποθεσία και τα συστήματα υγείας μπορεί να συμβάλλουν στις παρατηρούμενες διακυμάνσεις. Παρά τις αντιφατικές ενδείξεις για τις βαθμολογίες Apgar, υπάρχει σημαντική υποστήριξη για το συμπέρασμα ότι, στις ανεπτυγμένες χώρες, οι γυναίκες με χαμηλό κίνδυνο εγκυμοσύνης που προγραμματίζουν να γεννήσουν στο σπίτι με τη

βοήθεια μαιών και μαιευτών και έχουν σχέδιο μεταφοράς σε περίπτωση επιπλοκών, δεν έχουν υψηλότερο κίνδυνο νεογνικής θνησιμότητας σε σύγκριση με γυναίκες που γεννούν σε νοσοκομείο [31].

Η ποιοτική περιγραφική μελέτη των Boucher και συν. διερεύνησε τους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής επιλέγουν τον τοκετό κατ' οίκον. Η μελέτη αποτελούσε μια δευτερεύουσα ανάλυση περιεχομένου ενός ερωτηματολογίου που περιλάμβανε μια ερώτηση από ένα μεγαλύτερο σύνολο δεδομένων, το οποίο συλλέχθηκε για μια μελέτη με τίτλο "Μια Νέα Ματιά στον Τοκετό στο Σπίτι στις Ηνωμένες Πολιτείες", από τη Rixa Freeze στο Πανεπιστήμιο της Αϊόβα. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής του Πανεπιστημίου της Ιλινόις στο Σικάγο και του Πανεπιστημίου της Αϊόβα. Το δείγμα συνιστούσαν 160 γυναίκες από 272 που συμπλήρωσαν ένα Online ερωτηματολόγιο σχετικά με τον τοκετό στο σπίτι. Οι συμμετέχουσες επιλέχθηκαν με βάση το αν η γυναίκα είχε προγραμματίσει να γεννήσει τουλάχιστον μία φορά στο σπίτι στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το αρχικό Online ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 30 ερωτήσεις που συνέταξε η Rixa Freeze. Το υποσύνολο δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε για αυτήν τη μελέτη περιλάμβανε μια ανοικτή ερώτηση "Γιατί επιλέξατε τον τοκετό στο σπίτι;" και έξι δημογραφικές ερωτήσεις. Οι απαντήσεις στην ερώτηση "Γιατί επιλέξατε τον τοκετό στο σπίτι;" αναλύθηκαν [32].

Οι λόγοι που αναφέρονται ως η βασική αιτία για τον προγραμματισμό μιας γέννησης στο σπίτι από τις ανταποκρινόμενες γυναίκες αναφέρονται κατά 24% στην πεποίθησή τους ότι το σπίτι αποτελεί το ασφαλέστερο μέρος για τη γέννηση και επιτρέπει καλύτερα αποτελέσματα υγείας. Μόνο τρεις από τις 38 γυναίκες που ανέφεραν την ασφάλεια και τα καλύτερα αποτελέσματα ως λόγο για την επιλογή της γέννησης στο σπίτι ανέφεραν επίσης αρνητική προηγούμενη εμπειρία στο νοσοκομείο. Επτά από τις 38 γυναίκες ανέφεραν ότι ήταν καλύτερο για την υγεία του μωρού να γεννηθεί στο σπίτι. Το άλλο πιο συχνά αναγνωρισμένο θέμα αφορούσε τη χρήση παρεμβάσεων κατά τον τοκετό και τη γέννηση. Το 24% (n = 38) των ανταποκρινόμενων συζήτησαν την επιθυμία τους να αποφεύγουν ιατρικές παρεμβάσεις, συνήθεις διαδικασίες και παρεμβολές που είναι συνηθισμένες στα νοσοκομεία [32].

Η φύση της έρευνας που διεξήχθη μέσω διαδικτύου περιορίζει τη διαθεσιμότητα της έρευνας κυρίως σε άτομα που έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο. Τα δημογραφικά

χαρακτηριστικά του δείγματος δεν παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία. Το δείγμα ενδέχεται, επομένως, να μην είναι αντιπροσωπευτικό όλων των γυναικών που επιλέγουν τον τοκετό στο σπίτι. Η μελέτη περιορίζεται επίσης σε ένα αυτοεπιλεγθέν δείγμα γυναικών που προέβησαν σε συζήτηση σχετικά με την επιλογή τους για τη γέννα στο σπίτι. Αυτές οι γυναίκες μπορεί να είχαν έντονα προκατειλημμένες απόψεις για την επιλογή τους. Τα αρχικά δεδομένα περιλάμβαναν ένα μικρό σύνολο γυναικών που επέλεξαν το νοσοκομείο για τη γέννηση, αλλά αυτές εξαιρέθηκαν από τη δευτερεύουσα ανάλυση [32].

Η έρευνα των de Cock και συν. που διεξήχθη στην Ολλανδία, εξετάζει τον αντίκτυπο του τόπου γέννησης στη συχνότητα του αποκλειστικού θηλασμού μεταξύ γυναικών χαμηλού κινδύνου. Η βασική μαιευτική φροντίδα για τις γυναίκες χαμηλού κινδύνου στην Ολλανδία παρέχεται από μαίες, και η μελέτη εξέτασε γυναίκες με μονήρη κύηση σε κεφαλική προβολή, που εισήχθησαν σε φυσιολογικό τοκετό μεταξύ των 37 και 42 εβδομάδων, και χωρίς την παρουσία οποιουδήποτε ιατρικού παράγοντα κινδύνου που να απαιτεί δευτεροβάθμια φροντίδα. Σε περίπτωση επιλοκών, οι γυναίκες ανατίθενται σε φροντίδα υπό την επίβλεψη ενός μαιευτήρα σε νοσοκομειακές μονάδες. Η μελέτη χρησιμοποίησε δεδομένα από την ολλανδική μελέτη DELIVER, μια προοπτική μελέτη συλλογής δεδομένων που στοχεύει στην αξιολόγηση της ποιότητας, της οργάνωσης και της προσβασιμότητας της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας στην Ολλανδία. Η πληθυσμιακή μελέτη περιλαμβάνει γυναίκες που συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σε

διάφορα στάδια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, και έγινε προσπάθεια εντοπισμού της συσχέτισης μεταξύ τόπου γέννησης και θηλασμού. Το πρώτο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε πριν από τις 35 εβδομάδες κύησης, το δεύτερο μεταξύ των 35 εβδομάδων κύησης και του τοκετού, και το τρίτο κατά μέσο όρο 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι έγκυες γυναίκες εντάχθηκαν στη μελέτη από τον Σεπτέμβριο του 2009 έως τον Απρίλιο του 2011 από μαίες [33].

Η μελέτη σχεδιάστηκε επιλέγοντας γυναίκες που συμπλήρωσαν συγκεκριμένα ερωτηματολόγια, ήταν χαμηλού κινδύνου και λάμβαναν πρωτοβάθμια φροντίδα κατά την περίοδο έναρξης του τοκετού. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν οι περιπτώσεις όπου ο τόπος γέννησης ήταν άγνωστος, το νεογνό εμφάνιζε κάποια συγγενή ανωμαλία, η συμπλήρωση του τρίτου ερωτηματολογίου να πραγματοποιήθηκε πριν την πρώτη

εβδομάδα της λοχείας, καθώς ο θηλασμός έπρεπε να διαρκεί για τουλάχιστον μια εβδομάδα, ή μετά από έξι μήνες μετά τον τοκετό [33].

Έπειτα από τον αποκλεισμό 171 γυναικών από το δείγμα της έρευνας διότι δεν είχαν την πρόθεση να θηλάσουν το νεογνό τους, το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 712 γυναίκες που είχαν συμπληρώσει όλα τα ερωτηματολόγια. Από αυτές, 547 γυναίκες είχαν γεννήσει στο σπίτι, ενώ 165 γυναίκες είχαν γεννήσει σε νοσοκομείο. Από τις 712 γυναίκες, 679 είχαν τη δυνατότητα να θηλάσουν το μωρό τους εντός της πρώτης ώρας μετά τον τοκετό. Οι λόγοι για τους οποίους δεν υπήρξε αυτή η δυνατότητα αφορούσαν σε επιπλοκές του νεογνού ή της μητέρας, την παράταση του τρίτου σταδίου του τοκετού, αυξημένη διάρκεια συρραφής τυχόν ρήξεων ή απουσία επιθυμίας της μητέρας να θηλάσει. Μετά τη συμπλήρωση του τρίτου ερωτηματολογίου, συνολικά 73,5% των νεογνών θήλαζε αποκλειστικά, 8,1% σιτίζονταν μικτά τόσο με μητρικό γάλα όσο και με γάλα φόρμουλα, 16,9% θήλασαν μόνο τις πρώτες μέρες ή εβδομάδες και 1,5% δεν θήλασαν καθόλου. Η συχνότητα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ήταν υψηλότερη μεταξύ εκείνων των γυναικών που γέννησαν στο σπίτι σε σύγκριση με εκείνες που έγιναν μητέρες στο νοσοκομείο [33].

2.3 Μαιευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της λοχείας στο σπίτι

Οι μαιές και οι μαιευτές κατά τη διάρκεια της λοχείας μπορούν να συμβάλλουν ποικιλοτρόπως στη φροντίδα των λεχωϊδών και των οικογενειών τους μετά τον τοκετό. Η παροχή βοήθειας και συμβουλευτικής για το μητρικό θηλασμό, η φροντίδα του νεογνού και η αξιολόγηση της ψυχικής και σωματικής υγείας της νέας μητέρας είναι μερικά από τα καθήκοντα που μπορούν να εκτελεστούν από τις μαιές και τους μαιευτές.

Η έρευνα των Dahlberg και συν. πραγματοποιήθηκε τις εμπειρίες των γυναικών από τις κατ' οίκον επισκέψεις μαιών κατά τη διάρκεια της λοχείας. Στη Νορβηγία, η διάρκεια της νοσηλείας μετά τον τοκετό έχει μειωθεί από πέντε σε δύο ημέρες τις τελευταίες δεκαετίες, με την πρόωμη έξοδο από το μαιευτήριο να πραγματοποιείται συχνά 6-24 ώρες μετά τον τοκετό. Η Νορβηγική Διεύθυνση Υγείας τονίζει τη σημασία της συνέχειας και των ολοκληρωμένων υπηρεσιών για βέλτιστα αποτελέσματα. Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που βιώνουν μοντέλα συνεχιζόμενης φροντίδας, όπως η "φροντίδα ενός προς έναν", όπου μια μαιά σχεδιάζει και παρέχει φροντίδα, είναι πιο ικανοποιημένες. Η συνεχιζόμενη φροντίδα, ορίζεται ως μια συνεχής θεραπευτική

σχέση, ενισχύει τη συνοχή και τη σύνδεση σε μια σειρά γεγονότων υγείας, συμβαδίζοντας με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς [34].

Η έρευνα που εκπονήθηκε ήταν ποιοτική με δείγμα 24 γυναικών που προσφέρθηκαν εθελοντικά για να συμμετάσχουν σε μια ομαδική συνέντευξη έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Πραγματοποιήθηκαν έξι ομαδικές συνεντεύξεις, με τέσσερις γυναίκες σε κάθε ομάδα. Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν γυναίκες να απέκτησαν υγιές νεογνό και να μπορούν να κατανοήσουν τη νορβηγική γλώσσα. Οι γυναίκες έλαβαν πρόσκληση για συμμετοχή στη μελέτη κατά τη διάρκεια της επίσκεψης της μαίας τους, δύο έως έξι ημέρες μετά τον τοκετό. Τους δόθηκαν γραπτές και προφορικές πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και έπειτα υπέγραψαν μια γραπτή συγκατάθεση. Η μελέτη εγκρίθηκε από τη Περιφερειακή Επιτροπή Ηθικής Έρευνας (2014/56). Οι συμμετέχουσες ήταν τόσο πρωτοτόκες όσο και πολυτόκες, ηλικίας 22-37 ετών, και ζούσαν με τους συντρόφους τους. Όλες οι συμμετέχουσες είχαν γεννήσει σε μαιευτήριο που είχε ευθύνη για περίπου 4000 γεννήσεις ετησίως. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ένα πανεπιστημιακό ίδρυμα. Δεν υπήρχε προσωπική σχέση μεταξύ του υπευθύνου ερευνητή για τις συνεντεύξεις και των γυναικών. Κάθε συνέντευξη διήρκεσε περίπου 60 λεπτά και ένας οδηγός συνέντευξης με ανοικτές ερωτήσεις προετοιμάστηκε εκ των προτέρων. Οι ερωτήσεις προήλθαν από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το θέμα και βασίστηκαν στην επαγγελματική γνώση και εμπειρία. Ο οδηγός χρησιμοποιήθηκε για να περιορίσει τη συζήτηση σε σχετικές θεματικές ενότητες αντί για συγκεκριμένες ερωτήσεις. Οι δύο πρώτοι συγγραφείς ήταν παρόντες κατά τη διάρκεια όλων των συνεντεύξεων [34].

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι γυναίκες που γνώριζαν τη μαία από την εγκυμοσύνη και εκείνες που δεν τη γνώριζαν υπογράμμισαν τη σημασία της επίσκεψης από μια γνωστή μαία. Η εμπειρία παρείχε μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας όταν υπήρχε προσωπική σχέση με τη μαία, καθώς η μαία είχε συνοδεύσει τη γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτές οι γυναίκες είχαν λιγότερη ανάγκη για πληροφορίες και παρακολούθηση, καθώς η μαία γνώριζε τις ανάγκες τους. Σε περιπτώσεις προβλημάτων κατά την εγκυμοσύνη, ήταν εύκολο να συζητηθεί το θέμα και να συζητηθούν οι ανάγκες της γυναίκας. Αυτό οδήγησε σε αποτελεσματικότερη επικοινωνία και εμπιστοσύνη, και οι γυναίκες ένιωθαν ηρεμία και αυτοπεποίθηση. Οι

επισκέψεις στο σπίτι διαμορφώθηκαν ως προσωπική σχέση, όπου οι γυναίκες αισθάνονταν ότι η μαία είχε χρόνο για αυτές και ενδιαφερόταν προσωπικά για το τι συνέβαινε στις οικογένειές τους. Η επίσκεψη στο σπίτι θεωρήθηκε επίσης ως ένας καλός τρόπος να ολοκληρωθεί η σχέση. Οι γυναίκες πίστευαν ότι, αν ερχόταν μια άλλη μαία, η εμπειρία δεν θα ήταν η ίδια. Η διαθεσιμότητα και η προσωπική σχέση με τη μαία ήταν σημαντικές, ενώ η δυνατότητα επικοινωνίας μετά την επίσκεψη εξάλειψε το άγχος και προσέφερε βοήθεια σε επιπλέον ερωτήσεις και συμβουλές σχετικά με το μητρικό θηλασμό και τη φροντίδα του μωρού [34].

Οι γυναίκες επιθυμούσαν να συζητήσουν την εμπειρία τους από τον τοκετό, ακόμη και όταν η διαδικασία είχε εξελιχθεί ομαλά, καθώς ακόμα κι αν και ο τοκετός δεν ήταν χωρίς επιπλοκές, αποτελούσε μια συναισθηματική εμπειρία που χρειάζονταν να μοιραστεί με άλλους ανθρώπους. Οι γυναίκες προτιμούσαν να μιλούν με τη μαία που τις υποστήριξε κατά τη διάρκεια του τοκετού. Κατά τη διάρκεια παραμονής στο μαιευτήριο, αν και οι περισσότερες γυναίκες ήταν πρόθυμες να συζητήσουν την εμπειρία τους με μια μαία που δεν είχαν συναντήσει ποτέ προηγουμένως, η συζήτηση επικεντρωνόταν κυρίως σε ιατρικά και πρακτικά θέματα, με λιγότερη έμφαση στη συναισθηματική πτυχή της εμπειρίας της γυναίκας. Οι γυναίκες θεώρησαν ότι το προσωπικό της κλινικής ήταν πολύ απασχολημένο και ότι δεν δινόταν η δέουσα έμφαση στη σημασία της μετέπειτα συζήτησης, ενώ του δημιουργούσαν την αίσθηση άγχους για να βιαστούν όταν μιλούσαν για την εμπειρία τους. Παρατήρησαν ότι η συζήτηση λάμβανε χώρα λίγο πριν το εξιτήριο από το τμήμα υγείας, σε ένα χρονικό σημείο όπου είχαν άλλα πράγματα στο μυαλό τους. Σε αντίθεση με αυτό, κατά τις επισκέψεις στο σπίτι, όταν οι γυναίκες γνώριζαν τη μαία από την εγκυμοσύνη, υπήρχε αρκετός χρόνος για να συζητηθεί η εμπειρία της γέννας και ήταν ευκολότερο να μιλήσουν για αυτήν με απόσταση από το γεγονός. Σε περιπτώσεις όπου η γυναίκα είχε ζήσει μια τραυματική εμπειρία, υπογράμμισε ότι ήταν πολύ σημαντικό η μαία κατά την επίσκεψη στο σπίτι να φαίνεται ήρεμη και να αφήνει την εντύπωση ότι ενδιαφερόταν για την εμπειρία της γυναίκας [34].

Οι γυναίκες αντιμετώπιζαν προκλήσεις και ανασφάλειες σχετικά με τον μητρικό ρόλο και την έναρξη του θηλασμού και η λήψη επιβεβαίωσης ότι όλα ήταν φυσιολογικά ήταν αναγκαία, ενώ ορισμένες επιθυμούσαν να επιστρέψουν γρήγορα στο σπίτι για να λάβουν τη στήριξη της οικογένειας, ιδίως όταν υπήρχαν άλλα παιδιά. Κατά τη διάρκεια

των επισκέψεων στο σπίτι, η μαία εστίαζε στη συναισθηματική πτυχή της γονικής εμπειρίας, εκδηλώνοντας ενδιαφέρον για την κατάσταση της γυναίκας και του συντρόφου της. Τέλος, ορισμένες γυναίκες χρειάστηκαν περισσότερες επισκέψεις για να αντιμετωπίσουν προβλήματα με τον θηλασμό, βρίσκοντας ότι η στήριξη της μαίας είναι σημαντική. Αν και το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν σχετικά περιορισμένο, γεγονός που σημαίνει ότι τα αποτελέσματά της δε μπορούν να γενικευθούν, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν πλούσια σε πληροφορίες, καθώς όλες οι γυναίκες συζήτησαν εκτενώς τα θέματα και προσέφεραν σφαιρικές περιγραφές για τις εμπειρίες τους. Αυτό μας επέτρεψε την εξαγωγή συσχετίσεων των ευρημάτων με διάφορα πλαίσια. Ωστόσο, μελλοντικά απαιτείται μια πιο εκτενής μελέτη [34].

Οι Walker και συν. το 2019 εκπόνησαν μια ποιοτική συστηματική ανασκόπηση, σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στη μετάβαση στη γονεϊκότητα και με την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον μαιευτικής φροντίδας και υποστήριξης στην λοχεία. Ο σχεδιασμός αυτός επέτρεπε μια συστηματική προσέγγιση στην επιλογή και ανάλυση της βιβλιογραφίας σχετικά με το θέμα. Η στρατηγική αναζήτησης περιλάμβανε τη χρήση λέξεων-κλειδίων σχετικών με τα ερευνητικά ερωτήματα και τον εντοπισμό φίλτρων για το συντονισμό των αναζητήσεων. Αφού καθορίστηκαν η στρατηγική αναζήτησης και τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη, πραγματοποιήθηκαν αναζητήσεις σε Cochrane, Pubmed, CINAHL, Google Scholar, Wiley Online και ProQuest Central για τον εντοπισμό σχετικών ερευνητικών άρθρων που δημοσιεύτηκαν μεταξύ των ετών 2013 και 2018. Αυτή η χρονική περίοδος επιλέχθηκε για να αντιστοιχεί με την πιο πρόσφατη ενημέρωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις συστάσεις για τη μεταγεννητική φροντίδα των μητέρων και των νεογνών. Ορισμένες λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν "postnatal midwifery home care" και "postnatal transition". Μετά την εφαρμογή του φίλτρου της ημερομηνίας, το τελικό αποτέλεσμα ήταν 33 άρθρα. Επιλέχθηκαν μόνο ποιοτικές ερευνητικές μελέτες προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι ανθρωποκεντρικές έννοιες που σχετίζονται με το τι χρειάζονται οι γυναίκες για μια επιτυχημένη μετάβαση στη μητρότητα κατά την πρώιμη μεταγεννητική περίοδο θα ανακαλυφθούν. Η αξιολόγηση των 33 επιλεγέντων ερευνητικών άρθρων πραγματοποιήθηκε από τουλάχιστον δύο μέλη της ομάδας χρησιμοποιώντας τον έλεγχο ποιοτικής έρευνας του Προγράμματος Κριτικής Αξιολόγησης (CASP). Η χρήση αυτού του ελέγχου επέτρεψε μια δομημένη προσέγγιση

στην αξιολόγηση κάθε ερευνητικού άρθρου, καθώς περιλάμβανε μια σύνθετη λίστα ερωτήσεων σχετικών με την ποιοτική έρευνα [35].

Η ποιοτική συστηματική ανασκόπηση εντόπισε τέσσερα θέματα που είναι ουσιώδη για να έχουν οι γυναίκες μια επιτυχημένη μετάβαση στη μητρότητα κατά την πρώιμη λοχεία. Η σύνδεση των γυναικών με τις μαίες ήταν κρίσιμη για την ικανοποίηση των γυναικών από τη φροντίδα που έλαβαν. Οι επισκέψεις στο σπίτι από γνωστές μαίες προτιμούνταν έναντι των επισκέψεων σε δομές υγείας και αποδείχτηκαν αποτελεσματικές στην υποστήριξη των γυναικών κατά τη μετάβασή τους στη μητρότητα. Η εξατομικευμένη επικοινωνία μεταξύ γυναικών και μαιών μέσω προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι μείωσε σημαντικά τις περιπτώσεις μεταγεννητικών επιπλοκών, όπως κατάθλιψη, άγχος και στρες [35].

Η αναγνώριση και η κάλυψη των αναγκών των γυναικών ήταν, επίσης, κρίσιμες για μια επιτυχημένη μετάβαση στη μητρότητα. Οι υπηρεσίες μητρότητας συχνά αντιμετώπιζαν έλλειψη κάλυψης σε περιοχές. Ορισμένες ανάγκες των γυναικών αφορούσαν στην υγεία μετά τον τοκετό, στη φροντίδα του νεογνού, στην υποστήριξη του θηλασμού και στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Οι επισκέψεις των μαιών στο σπίτι κρίθηκαν ως η πιο αποτελεσματική πρακτική για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών και την υποστήριξη της μετάβασης στη μητρότητα [35].

Επιπροσθέτως, οι μαίες και οι μαιευτές πρέπει να λαμβάνουν υπόψη πολιτισμικές και οικογενειακές επιρροές κατά τον προσδιορισμό και την κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν μετά τον τοκετό. Πολιτιστικά και οικογενειακά στοιχεία όπως πρακτικές για την λοχεία, εκπαίδευση προαγωγής υγείας και η στήριξη από οικογένεια και φίλους επηρεάζουν την ευημερία των γυναικών. Η μαιευτική φροντίδα στο σπίτι από μαίες ήταν πιο αποτελεσματική όταν οι μαίες εργάζονταν εντός του πολιτισμικού και οικογενειακού πλαισίου των γυναικών. Τέλος, η εκπαίδευση και η υποστήριξη ήταν κρίσιμες για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια του θηλασμού, την ανάπτυξη της μητρικής αυτοπεποίθησης και την αποκατάσταση κατά την πρώιμη λοχεία. Οι γυναίκες αισθάνθηκαν υποστηριγμένες όταν συνδέονταν αποτελεσματικά με τις μαίες και λάμβαναν εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στο σπίτι [35].

Αυτή η ποιοτική συστηματική ανασκόπηση είχε δυνατά σημεία, όπως η ενσωμάτωση βιβλιογραφίας από διάφορες χώρες, η χρήση μιας δομημένης μεθόδου για τον

εντοπισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας της έρευνας και η συμπερίληψη ομογενών ερευνητικών εργασιών. Ωστόσο, υπήρχαν και περιορισμοί, όπως ο αποκλεισμός άρθρων που δημοσιεύτηκαν σε γλώσσες εκτός της αγγλικής. Επιπλέον, υπήρξαν περιορισμοί σχετικά με τον αριθμό των ερευνητικών εργασιών που επικεντρώνονταν ειδικά στην πρώιμη μεταγεννητική περίοδο. Επιπλέον, δεδομένου ότι πολλές από τις ερευνητικές εργασίες που ήταν διαθέσιμες για ανασκόπηση επικεντρώνονταν σε γυναίκες που ζουν σε αστικά περιβάλλοντα, οι γυναίκες από αγροτικές και περιφερειακές περιοχές είχαν περιορισμένη εκπροσώπηση στα εξεταζόμενα άρθρα. Η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων μπορεί να περιορίζεται λόγω ποικιλίας στις μεθοδολογίες και στις έρευνες που παρουσιάζονται σε κάθε άρθρο. Παρ' όλα αυτά, η παρούσα ποιοτική συστηματική ανασκόπηση έχει εντοπίσει πεδία περαιτέρω έρευνας, συμπεριλαμβανομένης της εξέτασης της επίδρασης της μαιευτικής φροντίδας στο σπίτι από μαίες στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική υγεία των γυναικών που ζουν σε περιφερειακές και αγροτικές περιοχές. Επίσης, προτείνεται η διερεύνηση της διαθεσιμότητας, της πρόσβασης και της χρήσης των μαιευτικών υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι κατά την περίοδο της λοχείας από τις γυναίκες, καθώς και τον καθορισμό των βέλτιστων πρακτικών για τις μαίες, ώστε να συμβάλλουν σε μία επιτυχή μετάβαση στη μητρότητα [35].

Η έρευνα των Aaserud και συν. πραγματοποίησαν μία ποιοτική μελέτη που αποσκοπούσε να διερευνήσει τις αντιλήψεις των γυναικών για τη νέα τους ζωή μετά τον τοκετό, τις εμπειρίες τους σχετικά με τη διαχείριση της πρώιμης λοχείας, αλλά και τις αντιλήψεις και εμπειρίες που αφορούν στις επισκέψεις κατ' οίκον και τη σχέση που αναπτύχθηκε με τη μαία. Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν περιγραφικός. Διεξήχθησαν εννέα ημιδομημένες ατομικές συνεντεύξεις. Η μελέτη έχει αναφερθεί στο Νορβηγικό Κέντρο Ερευνών Δεδομένων (NSD) και έχει υλοποιηθεί σύμφωνα με τις οδηγίες για την ηθική της έρευνας. Οι γυναίκες επιλέχθηκαν μέσω συνεχόμενου δειγματοληπτικού (15). Ο πρώτος συγγραφέας ζήτησε από τις μαίες του δημοσίου να εντάξουν συμμετέχουσες μετά την πραγματοποίηση της προγραμματισμένης επίσκεψης, προκειμένου να αποφευχθεί η εκλεκτική ένταξη γυναικών. Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη περιελάμβαναν τη γέννηση υγιούς, τελειόμηνου νεογνού, η πραγματοποίηση επίσκεψης από τη μαία μία έως έξι ημέρες μετά τον τοκετό, τη γνώση και κατανόηση της νορβηγικής γλώσσας. Οι συμμετέχουσες περιλάμβαναν έξι πρωτοτόκες και τρεις πολύτοκες γυναίκες. Οι επισκέψεις στο σπίτι πραγματοποιήθηκαν από τέσσερις

διαφορετικές μαίες. Συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στα σπίτια των γυναικών κατά την περίοδο από το Νοέμβριο του 2013 έως τον Ιανουάριο του 2014. Μόνο η μητέρα και το παιδί ήταν παρόντες κατά τις συνεντεύξεις, οι οποίες διήρκεσαν κατά μέσο όρο μία ώρα. Οι συνεντεύξεις μαγνητοσκοπήθηκαν και έπειτα καταγράφηκαν [36].

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γυναίκες έκριναν ότι η επίσκεψη της μαίας στο σπίτι βοήθησε να νιώσουν ασφάλεια και ηρεμία σε μεγάλο μέρος της μεταγεννητικής περιόδου. Πολλές από αυτές προσδοκούσαν με ανυπομονησία την επίσκεψη της μαίας. Οι γυναίκες γνώριζαν τι μπορούσε να παρέχει η μαία, και ότι η επίσκεψη ήταν προαιρετική και είχε συμφωνηθεί εκ των προτέρων. Έτσι, οι γυναίκες ένιωθαν ότι ήταν προετοιμασμένες για την επίσκεψη και είχαν έλεγχο στην κατάσταση. Πριν από την επίσκεψη στο σπίτι, πολλές από τις γυναίκες λανθασμένα είχαν πιστέψει ότι η επίσκεψη θα περιλάμβανε έλεγχο ή αξιολόγηση του σπιτιού και των ίδιων ως γονείς. Όλες οι γυναίκες περιέγραψαν την αίσθηση ασφάλειας και το πλεονέκτημα της λήψης βοήθειας βασισμένης στις δικές τους ανάγκες ως το κύριο στοιχείο της επίσκεψης στο σπίτι. Οι γυναίκες περιέγραψαν διάφορες εμπειρίες που σχετίζονταν με διαδικασίες, όπως ο θηλασμός και χάρη στη βοήθεια της μαίας ένιωσαν ενδυναμωμένες να τις φέρουν εις πέρας [36].

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο σπίτι, είναι κρίσιμο να λαμβάνουν οι γυναίκες απαντήσεις στις ερωτήσεις τους, συμβουλές και καθοδήγηση. Οι συμμετέχουσες περιέγραψαν τη συνομιλία με τη μαία σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό ως ουσιώδη για την κατανόηση και την επιβεβαίωσή τους. Ο ρόλος του συντρόφου κατά την επίσκεψη στο σπίτι υπογραμμίστηκε ως σημαντικός, επειδή ο σύντροφος μπορούσε να υποστηρίξει τη γυναίκα, ενώ οι ερωτήσεις και οι εμπειρίες του συντρόφου λήφθηκαν υπόψιν. Η ανάγκη των γυναικών για συμβουλές και καθοδήγηση ποίκιλλε από απλές συμβουλές και επιβεβαίωση ότι όλα βαίνουν καλώς έως πιο συνολικές οδηγίες σχετικά με θέματα όπως ο θηλασμός ή τρόποι αντιμετώπισης του άγχους. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν πιο ασφαλείς στον νέο τους ρόλο μετά από την υποστήριξη και την επιβεβαίωση που λάμβαναν από τη μαία. Η συνέχεια στη σχέση μεταξύ της γυναίκας και της μαίας φάνηκε χρήσιμη καθώς η μαία γνώριζε την κατάστασή της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι συνομιλίες ξεκινούσαν αμέσως. Πολλές από τις γυναίκες ανέφεραν ότι ένιωθαν αυτοπεποίθηση στο να συζητούν τα συναισθήματά τους και τις εμπειρίες τους με τη μαία. Η σχέση με τη μαία ήταν σημαντική και φάνηκε

να βοηθά στην ενίσχυση της αίσθησης της γυναίκας για το πώς αντιμετωπίζει την κατάσταση. Μία από τις γυναίκες δεν γνώριζε προηγουμένως τη μαία, αλλά περιέγραψε πώς ένιωσε ότι η επίσκεψη ήταν χρήσιμη λόγω της βοήθειας και της υποστήριξης που της προσέφερε [36].

Οι Milani και συν. πραγματοποίησαν μια κλινική μελέτη αποτελούμενη από δύο στάδια που στόχευαν στην αντιμετώπιση του κενού στη φροντίδα μετά τον τοκετό, ιδίως στο πλαίσιο της επιλόχειας κατάθλιψης. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των οδηγιών και των πρακτικών που σχετίζονται με τις επισκέψεις στο σπίτι μετά τον τοκετό, χρησιμοποιώντας διάφορες βάσεις δεδομένων. Δεδομένης της απουσίας συγκεκριμένων οδηγιών για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής κατάθλιψης στο Ιράν, έγιναν τροποποιήσεις στις υπάρχουσες οδηγίες με συνεργασία ειδικών υγείας. Στη συνέχεια, σχεδιάστηκε ένα πρωτόκολλο φροντίδας μετά τον τοκετό, παρόμοιο με τις Εθνικές Οδηγίες του Ιράν για τη μητρική και νεογνική φροντίδα μετά τον τοκετό, με έμφαση στη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα. Η έρευνα χρησιμοποίησε την Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) για την αξιολόγηση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Οι συμμετέχουσες, επιλεγμένες από τα νοσοκομεία που συνδέονται με το Πανεπιστήμιο Shahid Beheshti, υποβλήθηκαν σε έλεγχο, με εκείνες που σημείωναν βαθμολογία που ξεπερνούσε το 10 στην κλίμακα EPDS να παραπέμπονται σε ψυχίατρο. Η φάση παρέμβασης περιλάμβανε έναν τυχαίο κλινικό πειραματισμό, όπου μαίες παρείχαν φροντίδα υγείας στο σπίτι την 3η-5η και 13η-15η μέρα μετά τον τοκετό, σύμφωνα με τον οδηγό. Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 278 γυναίκες. Η ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από 92 γυναίκες και λάμβανε εξατομικευμένη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης εκπαίδευσης για την υγεία, προτάσεων για φυσική δραστηριότητα και οδηγίες για διατροφή, ενώ η ομάδα ελέγχου ακολουθούσε τις συνηθισμένη φροντίδα μετά τον τοκετό [37].

Τα κριτήρια ένταξης περιλάμβαναν γυναίκες χωρίς χρόνιες παθήσεις, ιρανικής υπηκοότητας, που γέννησαν υγιές νεογνό, με βαθμολογία EPDS κάτω του 10, χωρίς ιστορικό κατάθλιψης και χωρίς λήψη αντικαταθλιπτικών. Τα κριτήρια εξαιρέσεως περιλάμβαναν τη μη επιθυμία συνέχισης συμμετοχής στη μελέτη και την μετανάστευση από την περιοχή της μελέτης. Η μελέτη έλαβε έγκριση. Στατιστική ανάλυση περιλάμβανε ανεξάρτητα t-tests, δοκιμές Chi-square, δοκιμές Fisher exact και

αναλύσεις παλινδρόμησης. Τα ευρήματα συμβάλλουν στην ενίσχυση των πρακτικών υγείας μετά τον τοκετό και ενδέχεται να έχουν επιπτώσεις σε ευρύτερες στρατηγικές φροντίδας μητέρας και νεογνού [37].

Η μέση ηλικία των συμμετεχουσών ήταν τα 27 έτη. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου ως προς την ηλικία, τον αριθμό των κηύσεων, των τεχνητών διακοπών κύησης, την επαγγελματική κατάσταση των μητέρων και των συζύγων τους, καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Τα ποσοστά της επιλόχειας κατάθλιψης ήταν 7,6% στην ομάδα παρέμβασης και 19% στην ομάδα ελέγχου την 60η ημέρα μετά τον τοκετό, με στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι πιθανότητες κατάθλιψης ήταν 2,1 φορές υψηλότερες στην ομάδα ελέγχου. Μεταξύ άλλων, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε το δεδομένο ότι οι μητέρες που δε σίτιζαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα το νεογνό τους είχαν πιθανότητες κατάθλιψης 2,25 φορές υψηλότερες από τις μητέρες που θήλαζαν αποκλειστικά [37].

Οι Shaw και συν. πραγματοποίησαν μία ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών που αξιολογούν την επίδραση των παρεμβάσεων υποστήριξης μετά τον τοκετό. Η αναζήτηση περιελάμβανε βάσεις δεδομένων όπως το MEDLINE, το Cinahl, το PsycINFO και η Βιβλιοθήκη Cochrane και επικεντρώθηκε σε μελέτες που διενεργήθηκαν στη Βόρεια Αμερική, την Ευρώπη, την Αυστραλία ή τη Νέα Ζηλανδία. Ως παρέμβαση ορίστηκε η υποστήριξη μετά τον τοκετό με τις ατομικές συναντήσεις από επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων τηλεφωνικών κλήσεων, επισκέψεων στο σπίτι ή ομαδικών επισκέψεων σε κλινική. Τα αποτελέσματα που εξετάστηκαν περιλάμβαναν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητες των μητέρων σχετικά με την γονεϊκότητα, την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και τη σωματική υγεία. Από την αρχική αναζήτηση, εντοπίστηκαν 140 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, εκ των οποίων 22 μελέτες συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση. Η μεθοδολογική ποιότητα αυτών των μελετών αξιολογήθηκε με την κλίμακα Jadad. Οι μελέτες ταξινομήθηκαν με βάση τις κλινικές ερωτήσεις που σχετίζονταν με τα αποτελέσματα για την γονεϊκότητα, την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής, τη σωματική υγεία και την ικανοποίηση των μητέρων από τη φροντίδα μετά τη γέννηση [38].

Σχετικά με τα αποτελέσματα για την ανάληψη του γονεϊκού ρόλου, οκτώ μελέτες αξιολογήθηκαν, αλλά καμία δεν έδειξε σημαντικές βελτιώσεις στις γνώσεις ή τις

στάσεις για τη φροντίδα του νεογνού. Δεκαπέντε μελέτες αφορούσαν την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και τη σωματική υγεία και μια εξ αυτών εφάρμοσε μια στρατηγική υποστήριξης βασισμένη στις ανάγκες των γυναικών. Τα αποτελέσματά της έδειξαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των μητέρων και μείωση των βαθμολογιών στην κλίμακα EPDS. Η ικανοποίηση των μητέρων από τη φροντίδα μετά τη γέννα εξετάστηκε σε τέσσερις μελέτες, με υψηλότερη ικανοποίηση να παρατηρείται στις ομάδες παρέμβασης που περιλάμβαναν επισκέψεις από μαία στο σπίτι. Αν και συνολικά, παρατηρήθηκε θετική επίδραση της επίσκεψης από μαία κατ' οίκον κατά τη διάρκεια της λοχείας, οι ερευνητές υπογράμμισαν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση [38].

Η έρευνα των Schwind και συν., που διεξήχθη στη Βασιλεία της Ελβετίας, αξιολόγησε μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων γυναίκες που ανήκαν σε ευάλωτες οικογενειακές καταστάσεις μετά τον τοκετό και έλαβαν υποστήριξη στο σπίτι από μαίες του προγράμματος Familystart. Η ομάδα έρευνας, συνδεδεμένη με το Ελβετικό Ινστιτούτο Τροπικής και Δημόσιας Υγείας της Βασιλείας, έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής της Βορειοδυτικής Ελβετίας. Η έρευνα ήταν ποιοτική και τήρησε τις οδηγίες των Ενοποιημένων Κριτηρίων για την Αναφορά Ποιοτικών Ερευνών (COREQ). Η θεματική ανάλυση των συνεντεύξεων αποκάλυψε εισηγήσεις σχετικά με την αντίληψη των συμμετεχουσών για την περίοδο της λοχείας, τη φροντίδα που έλαβαν από τις μαίες και τους μαιευτές. Επιπλέον, η θεματική ανάλυση, με τη μεθοδολογία των Braun και Clarke, πραγματοποιήθηκε μέσω του λογισμικού ανάλυσης δεδομένων MAXQDA 2018. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 7 γυναίκες [39].

Η ανάλυση των συνεντεύξεων αποκάλυψε τρεις θεματικούς άξονες ο καθένας από τους οποίους παρουσίαζε ορισμένες υποενότητες. Οι άξονες αυτοί ήταν «Περίπλοκες καταστάσεις κατά την λοχεία», «Ολοκληρωμένη φροντίδα κατά την λοχεία» και «Ψυχολογική ανακούφιση και ενδυνάμωση». Αναφορικά με τον πρώτο άξονα, ορισμένες πτυχές που εντοπίστηκαν ήταν η "κατάσταση υγείας", η "κοινωνική κατάσταση", η "ψυχοκοινωνική κατάσταση" και οι "οικονομικές και υλικές καταστάσεις". Η περίοδος της λοχείας κρίθηκε ως περίπλοκη από τις γυναίκες λόγω της συνύπαρξης καταστάσεων που αφορούσαν την υγεία της μητέρας και του νεογνού, αλλά και την επισφαλή κοινωνική και οικονομική κατάσταση των οικογενειών [39].

Στο δεύτερο άξονα, οι γυναίκες μοιράστηκαν τις εμπειρίες τους με τη φροντίδα που έλαβαν από τις μαίες, αποκαλύπτοντας δύο υποενότητες, "τι περιελάμβανε" και "ποια η σημασία της". Στο πρώτη υποενότητα "τι περιελάμβανε", προέκυψαν τα στοιχεία της "φροντίδας μητέρας-παιδιού", "παρουσίας της μαίας", "συντονισμού και δικτύωσης" και "υλικής υποστήριξης". Η "φροντίδα μητέρας-παιδιού" αφορούσε σε τυπικά καθήκοντα μαιευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της λοχείας, ενώ η "παρουσία της μαίας" υπογράμμισε τον κρίσιμο ρόλο της προσβασιμότητας και της διαθεσιμότητας. Οι γυναίκες τόνισαν την ανεπιφύλακτη και συνεχή φύση της μαιευτικής φροντίδας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης ή δύσκολων καταστάσεων στο σπίτι [39].

Η υποκατηγορία "συντονισμού και δικτύωσης" παρουσίασε τις μαίες ως μεσολαβητές που οργάνωναν και συντόνιζαν διάφορες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης συμβουλευτικής γονέων, υποστήριξης του θηλασμού και υπηρεσιών φροντίδας μητέρας και νεογνού στο σπίτι. Οι μαίες διαδραμάτισαν κεντρικό ρόλο στη δικτύωση με επαγγελματίες, οργανισμούς και άλλες μητέρες, δημιουργώντας ένα υποστηρικτικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση πολύπλοκων καταστάσεων. Η υλική υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένης της βοήθειας για την απόκτηση αναγκαίων αντικειμένων όπως πάνες και θήλαστρα, αποτέλεσε επίσης σημαντικό κομμάτι της φροντίδας [39].

Οι γυναίκες περιέγραψαν τη φροντίδα μετά τον τοκετό όχι μόνο ως εκτενή αλλά και ως κάτι που γέμιζε ένα κενό στο συνολικό σύστημα υγείας. Οι μαίες ήταν σε θέση να αντιμετωπίσουν πολλαπλά προβλήματα, επικεντρώνοντας την προσοχή τους τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό. Οι γυναίκες εκτίμησαν τον τρόπο που αντιμετώπιζε η μαία τις συναισθηματικές τους ανάγκες, σε αντίθεση με τη φροντίδα των ιατρών. Εκτιμούσαν την μεγάλη ευθύνη που αναλάμβαναν οι μαίες, υπογραμμίζοντας τον ρόλο τους στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας μετά τον τοκετό που ενώνει τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές πτυχές [39].

Ο τελευταίος άξονας "Ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές επιπτώσεις" παρουσίασε τις υποενότητες "ψυχοκοινωνική ανακούφιση", "ενδυνάμωση" και "αίσθηση ευγνωμοσύνης". Αυτό που παρατηρήθηκε ως σημαντικό για τις συμμετέχουσες ήταν ότι η λήψη φροντίδας από τις μαίες ήταν εξατομικευμένη, συναισθηματική και ανθρώπινη, ενώ τους προσέφερε ψυχολογική ανάκαμψη και χαλάρωση. Οι γυναίκες δεν αισθάνονταν μόνες λόγω της παρουσίας της μαίας και της διαπροσωπικής σχέσης,

κάτι που τις βοήθησε να αντιμετωπίσουν καλύτερα την περίοδο της λοχείας και δήλωσαν πόσο σημαντικό ήταν για αυτές να δομήσουν μία σχέση εμπιστοσύνης με τη μαία, ενισχύοντας έτσι τον ανακουφιστικό και χαλαρωτικό χαρακτήρα της φροντίδας. Επίσης, προέκυψε ότι οι γυναίκες δεν αισθάνθηκαν μόνο ανακουφισμένες από την ολοκληρωμένη φροντίδα της μαίας, αλλά αισθάνθηκαν ενδυναμωμένες για να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής. Η παρουσία των μαιών παρείχε ασφάλεια και αυτοπεποίθηση για καλύτερη αντιμετώπιση και αποδοχή της τρέχουσας κατάστασης και για τον λόγο αυτό οι γυναίκες δήλωσαν πως ένιωθαν ευγνωμοσύνη [39].

Συνολικά, οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν τη φροντίδα από τις μαίες ως ένα κρίσιμο και ολοκληρωμένο σύστημα υποστήριξης που ξεπερνούσε τις ιατρικές εργασίες, γεμίζοντας κενά στη φροντίδα μετά τον τοκετό και αντιμετωπίζοντας τις συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές πτυχές της εμπειρίας της μητρότητας. Η συγκεκριμένη έρευνα, αν και είχε μικρό αριθμό συμμετεχουσών, κατάφερε σε έναν βαθμό να εντοπίσει και να καταγράψει την πολυπλοκότητα της φροντίδας που χρήζουν γυναίκες κατά την περίοδο της λοχείας, ιδιαίτερος όταν ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες [39].

Δεδομένου ότι η περιγεννητική ψυχική υγεία, ιδίως στην Ελλάδα, αμελείται και πολλές φορές υποδιαγιγνώσκεται, οι μαίες και οι μαιευτές που δραστηριοποιούνται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορούν με πολλούς τρόπους να συμβάλλουν στη φροντίδα των γυναικών κατά τη διάρκεια της λοχείας. Η υποστήριξη και φροντίδα των κοινοτικών μαιών μπορεί να οργανωθεί κατ' οίκον, κοντά στο νεογνό και στα οικεία προς τη μητέρα πρόσωπα, γεγονός που δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Αφενός, οι μαίες μπορούν προληπτικά να παράσχουν ολοκληρωμένη εκπαίδευση και πληροφόρηση σχετικά με τις ψυχολογικές μεταβολές που ενδεχομένως να προκύψουν μετά τον τοκετό. Η κατανόηση από την πλευρά των μητέρων για τις διάφορες συναισθηματικές αντιδράσεις που μπορεί να αντιμετωπίσουν, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος, είναι βασική για την πρόληψη. Αφετέρου, μέσω ανοικτών συζητήσεων, μπορούν να υποστηρίξουν τις μητέρες να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να αντιληφθούν ότι δεν είναι μόνες. Η ενθάρρυνση της συναισθηματικής αποσυμφόρησης μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών.

Επιπροσθέτως, εάν ανιχνευθούν πιθανές ψυχολογικές διαταραχές, οι μαίες μπορούν να καθοδηγήσουν τις μητέρες προς τους κατάλληλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας προκειμένου να λάβουν εξειδικευμένη ψυχολογική υποστήριξη, καθώς η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει στην αποτροπή της επιδείνωσης των προβλημάτων. Τέλος, οι μαίες μπορούν να προσφέρουν βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες που μπορεί να επηρεάζονται από την ψυχολογική κατάσταση, όπως η φροντίδα του νεογνού ή οι οικιακές εργασίες [8].

Οι Cheng και συν. πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση που διερευνούσε την αποτελεσματικότητα των κατ' οίκον επισκέψεων για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Η ανασκόπηση αξιοποίησε διάφορους τύπους μελετών, συμπεριλαμβανομένων επιστημονικών άρθρων, κεφαλαίων βιβλίων και διατριβών, που εντοπίστηκαν κυρίως μέσω διαδικτυακών βάσεων δεδομένων, όπως το MEDLINE, το CENTRAL, το PsycInfo, το EMBASE και το clinicaltrials.gov. Οι όροι αναζήτησης περιλάμβαναν λέξεις όπως "θηλασμός", "νοσηλευτική", "απογαλακτισμός" και "κλινική δοκιμή". Τα κριτήρια επιλογής προϋπέθεταν οι μελέτες να αφορούν σε κατ' οίκον επισκέψεις από επαγγελματίες, όπως ιατροί και μαίες, για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και να ελέγχεται η επίδραση των επισκέψεων στην αποκλειστικότητα και στη διάρκεια του θηλασμού. Αντιθέτως, τα κριτήρια αποκλεισμού περιλάμβαναν παρεμβάσεις που σχεδιάστηκαν ειδικά για πρόωρα νεογνά, νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης, νεογνά που γεννήθηκαν από μητέρες που έκαναν χρήση ναρκωτικών ουσιών ή νεογνά που για οποιονδήποτε λόγο χρειάστηκε να νοσηλευθούν στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Επιπλέον, αποκλείστηκαν άρθρα που δεν σχετίζονταν ειδικά με το θηλασμό. Ο συνολικός αριθμός των μελετών που αξιοποιήθηκαν ήταν 14 [40].

Από τις 14 μελέτες που εξετάστηκαν για τον αποκλειστικό θηλασμό, 10 έδειξαν σημαντική αύξηση, ειδικά τους πρώτους 6 μήνες όταν υπήρχε κατ' οίκον επίσκεψη από επαγγελματία υγείας. Η υποστήριξη αφορούσε στην παροχή οδηγιών και συμβουλευτικής για την κατάλληλη θέση κατά τη διάρκεια του θηλασμού και εκπαίδευση για τα οφέλη του θηλασμού. Σε ομάδες γυναικών που εφαρμόστηκε η ίδια παρέμβαση παρατηρήθηκε αύξηση της διάρκειας του θηλασμού έως και 6 μήνες, δεδομένο που εντοπίστηκε σε 7 μελέτες. Οι επιτυχείς παρεμβάσεις για την υποστήριξη

του μητρικού θηλασμού διήρκεσαν για περισσότερο χρονικό διάστημα, που κυμαίνονταν από 1 ημέρα έως 6 μήνες μετά τον τοκετό [40].

Οι Fenwick και συν. πραγματοποίησαν μία μελέτη διατομής δείγματος, όπου τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς από τις γυναίκες για να εξετάσει τις αντιλήψεις, τη συναισθηματική και τη συμβουλευτική υποστήριξη που παρείχαν οι μαίες και οι μαιευτές κατά την περίοδο της πρώιμης λοχείας. Οι λεχωΐδες συλλέχθηκαν μέσω του Συστήματος Ενημέρωσης Μαιών-Μαιευτών της Δυτικής Αυστραλίας μεταξύ Φεβρουαρίου και Ιουλίου 2006. Τα ενημερωτικά πακέτα που εστάλησαν περιλάμβαναν επιστολή πρόσκλησης από το Υπουργείο Υγείας εκ μέρους των ερευνητών, φυλλάδιο πληροφοριών, ερωτηματολόγιο και έναν προπληρωμένο ταχυδρομικό φάκελο. Κάθε εβδομάδα αντλούνταν μια λίστα από τη βάση δεδομένων με τις γυναίκες που είχαν γεννήσει. Τα πακέτα αποστέλλονταν στις γυναίκες 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό από το Υπουργείο Υγείας. Τα ερωτηματολόγια επιστρέφονταν στο Υπουργείο Υγείας, όπου τα παρέλαβε η ομάδα έρευνας. Εξαιρέθηκαν οι γυναίκες που ήταν κάτω των 16 ετών, είχαν εμπειρία περιστατικού ενδομήτριου θανάτου ή το νεογνό τους απαιτούσε εκτεταμένη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών για περισσότερο από 7 ημέρες. Η ανάλυση των δεδομένων περιλάμβανε περιγραφικές στατιστικές, κατανομές συχνοτήτων και στατιστικά τεστ όπως το Chi-square, το t-test και το Wilcoxon Signed Rank test. Το δείγμα αντιπροσώπευε το 10% των 26,538 γεννήσεων που καταγράφηκαν στη Δυτική Αυστραλία τον προηγούμενο χρόνο. Η μελέτη είχε ως στόχο την εντοπισμό διαφορών στις ανάγκες των γυναικών κατά την περίοδο της πρώιμης λοχείας βάσει της ετερογένειας του τύπου των υπηρεσιών υγείας που έλαβαν και της γεωγραφικής τοποθεσίας. Η έρευνα έλαβε έγκριση από Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας [41].

Κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης, απεστάλησαν πακέτα σε 5.538 γυναίκες, με τις 2.669 να συμπληρώνουν και να επιστρέφουν έγκυρο ερωτηματολόγιο, με ποσοστό ανταπόκρισης 48,2%. Η πλειονότητα των συμμετεχουσών βρισκονταν στο ηλικιακό εύρος μεταξύ 26 και 35 ετών. Σχεδόν το 78% των γυναικών δήλωσε πως ήταν ευχαριστημένες ή πολύ ευχαριστημένες με τη συνολική φροντίδα που έλαβαν μετά τον τοκετό από τις μαίες στο μαιευτήριο, χωρίς να υπάρχουν σημαντικές διαφορές αναλόγως με τον αριθμό των γεννήσεων, τον τόπο γέννησης ή την τοποθεσία του νοσοκομείου. Οι γυναίκες κατά γενικό κανόνα αξιολόγησαν θετικά το μοτίβο της

μαιευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο. Τα τρία στοιχεία που αξιολογήθηκαν πιο θετικά από όλες τις γυναίκες, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 87%, ήταν η παροχή πληροφοριών για το θηλασμό, η βοήθεια με το θηλασμό και η υποστήριξη των αποφάσεων των γυναικών σχετικά με τη φροντίδα του νεογνού και του εαυτού τους. Τα τρία στοιχεία της φροντίδας που οι γυναίκες ήταν λιγότερο ικανοποιημένες ήταν η παροχή πληροφοριών σχετικά με τον τρόπο αναγνώρισης προβλημάτων υγείας και η βοήθεια στο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σχετικά με τον τοκετό. Επίσης, η καθυστέρηση στην παροχή συμβουλευτικής, η έλλειψη χρόνου για ακρόαση και οι δυσκολίες επικοινωνίας με τις μαίες αποτέλεσαν μερικούς ακόμα λόγους δυσαρέσκειας [41].

Η μελέτη υπονοεί μια συσχέτιση μεταξύ της καθυστέρησης στην παροχή συμβουλευτικής και βοήθειας και της περιορισμένης χρονικής διαθεσιμότητας των μαιών. Παρά την γενική θετική αντίληψη των γυναικών απέναντι στις μαίες στο μαιευτήριο, θεωρώντας τις φιλικές, προσιτές και ενθαρρυντικές, ταυτόχρονα τις χαρακτήρισαν ως απασχολημένες, βιαστικές και δύσκολες στην επικοινωνία. Ως αποτέλεσμα, οι μαίες φαίνεται να μην έχουν τον χρόνο να παράσχουν πληροφορίες και συμβουλές που αφορούν τις ατομικές ανάγκες της κάθε γυναίκας. Οι πρωτοτόκες γυναίκες και αυτές που βρίσκονταν σε ιδιωτικά νοσοκομεία φάνηκε να ήταν λιγότερο ικανοποιημένες [41].

Η μαιευτική φροντίδα στο σπίτι έλαβε υψηλές αξιολογήσεις, με πάνω από 88% να απαντούν δηλώνοντας ευχαριστημένες για τις περισσότερες πτυχές της φροντίδας. Δεν υπήρξαν διαφορές ανάμεσα σε πρωτοτόκες και πολυτόκες ή ανάλογα με τη γεωγραφική τοποθεσία. Στη σύγκριση της μαιευτικής φροντίδας στο σπίτι με εκείνη στο νοσοκομείο, οι γυναίκες αξιολόγησαν το μοντέλο φροντίδας που λάμβαναν στο σπίτι ως πιο θετικό σε όλες τις πτυχές. Για τις γυναίκες που είχαν μαιευτική φροντίδα στο σπίτι, περισσότερο από το 80% χρησιμοποίησε την απάντηση 'καλά/εξαιρετικά' για όλες τις πτυχές της φροντίδας. Οι πολυτόκες γυναίκες αξιολόγησαν θετικότερα την ποιότητα της φροντίδας από τις πρωτοτόκες. Γενικά, οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν την ποιότητα της φροντίδας τους ως καλύτερη στο σπίτι σε σχέση με το νοσοκομείο, εκτός από την πτυχή της πρακτικής βοήθειας στη φροντίδα του μωρού, την οποία οι γυναίκες θεωρούσαν ελάχιστα καλύτερα όταν παρεχόταν στο μαιευτήριο από ό,τι στο σπίτι.

Παρά το μεγάλο αριθμό συμμετεχουσών, η πληθυσμιακή σύνθεση είχε κλίση προς μεγαλύτερες ηλικίες, υψηλότερη εκπαίδευση και υψηλότερα εισοδήματα, περιορίζοντας τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Οι γυναίκες που δε μιλούσαν την αγγλική γλώσσα και οι έφηβες δεν εκπροσωπούνταν στο δείγμα. Παρά ταύτα, η μελέτη παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη μαιευτική φροντίδα στη Δυτική Αυστραλία, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για προσαρμοσμένα μοντέλα μαιευτικής φροντίδας. Συνοψίζοντας, παρά το γεγονός ότι λιγότερο από το 50% των γυναικών σε αυτήν τη μελέτη ανέφεραν ότι έλαβαν μαιευτική φροντίδα στο σπίτι κατά τη διάρκεια της πρώιμης λοχείας, τόσο το μοντέλο όσο και η ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας σε αυτό το περιβάλλον αξιολογήθηκαν πιο θετικά για όλες τις εκφάνσεις της σε σχέση με το μαιευτήριο [41].

Η μελέτη των Johansson και συν. που διεξήχθη μεταξύ Απριλίου και Σεπτεμβρίου 2005 στο Νοσοκομείο του Πανεπιστημίου της Ουψάλα, εξέτασε τις εμπειρίες 21 γονέων που αποφάσισαν να λάβουν φροντίδα στο σπίτι, αφού έλαβαν εξιτήριο εντός 24 ωρών από τον τοκετό τους. Από τις 46 γυναίκες που είχαν πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο, 25 πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Τα κριτήρια συμμετοχής περιλάμβαναν άτομα που έγιναν γονείς για πρώτη φορά με χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη, υγιή και τελειόμηνα νεογνά, ζευγάρια που ομιλούσαν και κατανοούσαν τη σουηδική γλώσσα, είχαν πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο εντός 24 ωρών από τον τοκετό και συγκατοικούσαν με τόπο διαμονής την Ουψάλα. Οι οικογένειες που πληρούσαν τα κριτήρια επικοινωνούσαν με τον πρώτο συγγραφέα και έλαβαν γραπτή και προφορική πληροφόρηση σχετικά με τον σκοπό της μελέτης, με τη συμμετοχή να είναι εθελοντική. Πραγματοποιήθηκαν τρεις ομαδικές συνεντεύξεις και στη συνέχεια ατομικές συνεντεύξεις για τη συγκέντρωση ποιοτικών δεδομένων, ενώ η θεματική ανάλυση ανέδειξε τρεις κύριους άξονες, "Οικογενειακή στρατηγική", "Αυτοπεποίθηση και δύναμη" και "Επαγγελματική υποστήριξη στο σπίτι". Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 21 άτομα, 11 γυναίκες και 12 άντρες [42].

Τα συμμετέχοντα ζευγάρια, αφού έλαβαν ενημέρωση για τις επιλογές τους από την προγεννητική περίοδο, είτε αποφάσισαν κατά τη διάρκεια της κύησης να επιλέξουν την πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο είτε δήλωσαν πως θα αποφάσιζαν μετά τον τοκετό εφόσον όλα έβαιναν καλά. Πολλοί γονείς θεωρούσαν την επιστροφή στο σπίτι ως ιδανική επιλογή για την ξεκούραση της οικογένειας. Η προτίμηση για πρώιμη

επιστροφή στο σπίτι υπογράμμισε την ελευθερία της επιλογής, με τις οικογένειες να εκτιμούν την ευελιξία να αλλάξουν γνώμη, ακόμα και αν αρχικά είχαν προγραμματίσει να μείνουν στο μαιευτήριο. Το σπίτι παρείχε μια αίσθηση ασφάλειας και οικειότητας, παρά τα αντιφατικά συναισθήματα, όπως η ανασφάλεια για τη φροντίδα του νεογνού. Παράλληλα οι γονείς ένιωθαν πως μετά την επιστροφή στο σπίτι θα έπρεπε να στηριχθούν στις δικές τους δυνάμεις. Μετά την επιστροφή στο σπίτι παρατηρήθηκε διαμοιρασμός των εργασιών, με τους συντρόφους να αναλαμβάνουν τις οικιακές δουλειές, ώστε οι μητέρες να έχουν χρόνο για ξεκουραστούν και να θηλάσουν τα νεογνά τους, αν και από ορισμένες συμμετέχουσες ο μητρικός θηλασμός κρίθηκε ως βαρετός, χρονοβόρος, δύσκολος ή απλώς υποχρεωτικός [42].

Όσον αφορά στον ρόλο των μαιών και των μαιευτών, τα περισσότερα ζευγάρια χαρακτήρισαν τους επαγγελματίες ως συμβούλους, ενώ εκτιμήθηκε η παρουσία τους και η λήψη πρωτοβουλιών με ηρεμία και γαλήνη. Ένα ακόμα πλεονέκτημα της μαιευτικής φροντίδας ήταν το γεγονός ότι οι μαιές επισκέπτονταν τα ζευγάρια αμέσως μετά το αίτημα τους, χωρίς να ζητούν περαιτέρω πληροφορίες. Η πρωτοβουλία, η επαφή και η προσφορά επισκέψεων στο σπίτι από τη μαία θεωρήθηκαν ευπρόσδεκτες. Οι γυναίκες διστάζουν να καλέσουν τη μαία, αφού δεν θέλουν να την ενοχλήσουν. Φαίνεται σημαντικό η μαία να επιζητά επαφή με την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό. Ο ρόλος τους ως υποστηρικτικός παράγοντας συνέβαλε στην ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης των νέων γονέων, ενώ όταν οι μαιές επισκέπτονταν τα ζευγάρια τους αφιέρωναν όσο χρόνο χρειάζονταν, χωρίς βιασύνη. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κατανόηση των προσδοκιών των γονέων σχετικά με τη φροντίδα μετά τον τοκετό στο σπίτι είναι κρίσιμη, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για εξατομικευμένη στήριξη και επιπλέον έρευνα σε αυτόν τον τομέα [42].

Η συστηματική ανασκόπηση των Tiruneh και συν. είχε ως στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας των επισκέψεων στο σπίτι μετά τον τοκετό στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα στην πρακτική του αποκλειστικού, μητρικού θηλασμού και στη νεογνική θνησιμότητα. Οι ερευνητές διαμόρφωσαν εκ των προτέρων τις μεθόδους της ανασκόπησης και κατέγραψαν το πρωτόκολλο στο PROSPERO. Τα κριτήρια συμπερίληψης περιλάμβαναν τυχαιοποιημένες δοκιμές και ημιτυχαιοποιημένες μελέτες που αναφέρουν την αποτελεσματικότητα ή την οικονομική αποδοτικότητα των εν λόγω επεμβάσεων στο

σπίτι για την πρακτική του αποκλειστικού θηλασμού και τη νεογνική θνησιμότητα ή μελέτες οικονομικής αξιολόγησης, που συγκρίνουν τις επισκέψεις στο σπίτι με τη συνήθη φροντίδα. Επιλέχθηκαν άρθρα στην αγγλική γλώσσα χωρίς περιορισμό ημερομηνίας δημοσίευσης [43].

Οι επεμβάσεις που εξετάστηκαν περιλάμβαναν διάφορες μορφές φροντίδας στο σπίτι μετά τον τοκετό, όπως συμβουλευτικές συνεδρίες, εξετάσεις και διαχείριση, παρεχόμενες από επαγγελματίες υγείας ή εργαζομένους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εντός έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό. Η ομάδα σύγκρισης περιλάμβανε την καθιερωμένη μεταγεννητική φροντίδα που παρέχεται σε υγειονομικά κέντρα. Η στρατηγική αναζήτησης περιλάμβανε τη συνδυαστική χρήση όρων που σχετίζονται με τη μαιευτική φροντίδα λοχείας, τη φροντίδα του νεογνού και τις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, χρησιμοποιώντας το ακρωνύμιο PICO [43].

Μετά από τη διαδικασία επιλογής, συμπεριλήφθηκαν 14 επιστημονικά άρθρα στην τελική σύνθεση. Ο κίνδυνος σφάλματος κάθε μελέτης που συμπεριλήφθηκε, αξιολογήθηκε με βάση τα κριτήρια της Συνεργασίας του Cochrane για την παρατήρηση σε τυχαιοποιημένες δοκιμές. Η ποιότητα των στοιχείων σχετικά με τα αποτελέσματα αξιολογήθηκε με τη χρήση της μεθόδου GRADE, με βάση περιορισμούς των μελετών, συνέπειας των αποτελεσμάτων, αμεσότητας των αποδείξεων και πιθανής προκατάληψης της δημοσίευσης. Παράλληλα, οι ερευνητές αναγνώρισαν την ύπαρξη ετερογένειας μεταξύ των μελετών και πραγματοποίησαν αναλύσεις ευαισθησίας για να λάβουν υπόψη τις διαφορές στον σχεδιασμό των μελετών [43].

Οι 14 μελέτες που αναλύθηκαν, συμπεριλαμβανομένων τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών, πραγματοποιήθηκαν μεταξύ του 1999 και του 2017. Οι δοκιμές επικεντρώνονταν σε περιοχές κυρίως αγροτικές με περιορισμένες υποδομές και συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας που παρείχαν επισκέψεις στο σπίτι για προληπτική και υποστηρικτική φροντίδα των νεογνών. Τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση της νεογνικής θνησιμότητας κατά 24% με τη φροντίδα στο σπίτι σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα. Η υποομάδα ανάλυσης έδειξε ότι περισσότερες από τρεις επισκέψεις φροντίδας στο σπίτι και επισκέψεις από εργαζόμενους υγείας της κοινότητας για την προώθηση πρακτικών φροντίδας νεογνού, συνέβαλαν σε μεγαλύτερη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Δοκιμές που διεξήχθησαν πριν από το 2008 έδειξαν

μεγαλύτερη μείωση στη θνησιμότητα σε σύγκριση με αυτές που διεξήχθησαν μετά το 2008 [43].

Όσον αφορά τα ποσοστά αποκλειστικού, μητρικού θηλασμού, οι πιθανότητες εφαρμογής και εδραίωσής του από τις μητέρες στην ομάδα επισκέψεων στο σπίτι ήταν περίπου τρεις φορές υψηλότερες σε σχέση με την ομάδα της συνήθους φροντίδας στο μαιευτήριο. Η υποομάδα ανάλυσης υποδήλωσε ότι η υψηλότερη κάλυψη μέσω επισκέψεων στο σπίτι, τα μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα παρακολούθησης και οι πιο συχνές επισκέψεις συνέβαλαν σημαντικά σε υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού. Σε ό,τι αφορά στην οικονομική αποδοτικότητα, οι τρεις δοκιμές που πραγματοποίησαν μετρήσεις κόστους-αποτελεσματικότητας υπέδειξαν ότι οι στρατηγικές φροντίδας στο σπίτι θεωρούνταν οικονομικά αποτελεσματικότερες [43].

Οι Ridgway και συν. πραγματοποίησαν μία μελέτη από δεδομένα που αντλήθηκαν από το πρόγραμμα SILC το οποίο στόχευε στην παροχή υποστήριξης για το μητρικό θηλασμό σε τοπικές κοινότητες της Βικτώριας της Αυστραλίας, συμπεριλαμβανομένων αγροτικών, περιφερειακών και αστικών περιοχών. Σε έξι από τους δέκα δήμους του SILC, η υποστήριξη του θηλασμού πραγματοποιούνταν μέσω επισκέψεων στο σπίτι ή επισκέψεων σε συνδυασμό με πρόσβαση σε κέντρα υποστήριξης θηλασμού. Τα κριτήρια επιλεξιμότητας περιλάμβαναν βρέφη που έλαβαν γάλα σε φόρμουλα ή μητρικό γάλα τις προηγούμενες 24 ώρες. Επισκέψεις προσφέρονταν επίσης εάν η γυναίκα ήταν ανήσυχη κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής επαφής ή αν οι ειδικοί εντόπιζαν κάποια ανάγκη σε προγραμματισμένη επίσκεψη. Κατά τη διάρκεια της δοκιμής, διορίστηκαν μαίες, εξειδικευμένες στην παροχή υποστήριξης του μητρικού θηλασμού. Συνολικά, 13 μαίες προσλήφθηκαν και καταρτίστηκαν για τη συμμετοχή στη μελέτη μέσω πρακτικών σεμιναρίων, για τη διατήρηση της συμμόρφωσης προς τους κανόνες του πρωτοκόλλου της δοκιμής. Η συλλογή δεδομένων περιλάμβανε φόρμα καταγραφής δεδομένων που συμπλήρωναν οι μαίες κατά την επίσκεψη στο σπίτι, καταγράφοντας θέματα που συζητήθηκαν, καθώς και αναφορές σε άλλες υπηρεσίες και παρεχόμενες πληροφορίες στις γυναίκες. Τα δεδομένα για τη διατροφή του βρέφους συλλέχθηκαν με ρωτήσεις σχετικά με τη διατροφή του βρέφους "τις τελευταίες 24 ώρες". Τα δεδομένα εισήχθησαν σε βάση δεδομένων Access, και έπειτα από έλεγχο αφαιρέθηκαν όσες συμμετοχές δεν

πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, πριν από την ανάλυση με τη χρήση του προγράμματος Stata 11 [44].

Συνολικά, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε 1.043 γυναίκες από τον Σεπτέμβριο του 2012 έως τον Μάρτιο του 2013. Η πλειονότητα των γυναικών, το 87% που λάμβαναν επισκέψεις στο σπίτι ήταν άνω των 25 ετών, με μέση ηλικία των μητέρων 30,5 ετών. Για το 64% των γυναικών, αυτό ήταν το πρώτο τους μωρό. Οι επισκέψεις των μαιών είχαν μέση διάρκεια 60 με 70 λεπτά, κατά τη διάρκεια των οποίων αντιμετωπίζονταν τυχόν ζητήματα σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Ο αριθμός των επισκέψεων ποίκιλλε, με το 73% να λαμβάνει μία επίσκεψη και το 19% δύο επισκέψεις. Οι μαίες επικεντρώθηκαν στην αντιμετώπιση επειγόντων ζητημάτων θηλασμού μέσω της διαβεβαίωσης, σε συνδυασμό με την εκπαίδευση σχετικά με τον θηλασμό και συζητήσεις για τη συμπεριφορά του νεογνού. Κατά την περίοδο πραγματοποίησης των επισκέψεων κατ' οίκον, το 21,5% των νεογνών θήλαζαν αποκλειστικά, το 61% σιτιζόταν με μητρικό γάλα και το 11% είχε λάβει γάλα σε φόρμουλα. Τα θέματα που συζητήθηκαν στις επισκέψεις περιλάμβαναν το μηχανισμό του θηλασμού, τη συχνότητα του θηλασμού, τις θέσεις και τις στάσεις, καθώς και τον κανόνα της προσφοράς και της ζήτησης. Συζητήθηκαν επίσης θέματα όπως η ανεπαρκής παραγωγή γάλακτος, η φυσιολογική συμπεριφορά του νεογνού, η προσκόλληση στο στήθος και ο πόνος στις θηλές [44].

Οι μαίες παρείχαν πληροφορίες και συμβουλευτική και εκτυπωμένο υλικό από αξιόπιστες πηγές, όπως το νοσοκομείο Royal Women's Hospital και η Ένωση Θηλασμού της Αυστραλίας. Όταν ήταν απαραίτητο, οι επαγγελματίες παρέπεμπαν τις γυναίκες σε άλλες υπηρεσίες υγείας ή υποστήριξης, με το 17% των γυναικών να λαμβάνουν μία ή περισσότερες παραπομπές. Οι συνήθεις παραπομπές έγιναν σε υπηρεσίες υποστήριξης του θηλασμού και σε γενικούς ιατρούς. Γενικώς, οι επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν κατ' οίκον από τις μαίες φάνηκε να βελτιώνουν τα ποσοστά επιτυχίας και εγκατάστασης του μητρικού θηλασμού. Η έρευνα αυτή προσέφερε μία πιο διευρυμένη οπτική σχετικά με την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού στο σπίτι, σε αντίθεση με άλλες μελέτες που μελετούσαν περιστατικά μετά από αναζήτηση βοήθειας των νέων μητέρων, ενώ ένας περιορισμός της ήταν πως η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε προκαθορισμένα φύλλα του προγράμματος, γεγονός που ενδεχομένως να εμπόδιζε την εμβάθυνση στο θέμα που ερευνήθηκε [44].

Η ποιοτική μελέτη των Johansson και συν. του 2023 περιέγραψε τις εμπειρίες γυναικών σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για το μοντέλο μαιευτικής φροντίδας που προτιμούν μετά τον τοκετό. Η φροντίδα μετά τον τοκετό μπορεί να παρασχεθεί στο μαιευτήριο ή στο σπίτι. Στη Σουηδία, δεν υπάρχουν εθνικές οδηγίες για τη φροντίδα της λοχείας και για τον λόγο αυτό διαφέρει μεταξύ των διαφόρων δομών. Σε μερικά μαιευτήρια, επιτρέπεται να μείνουν μόνο η μητέρα και το νεογνό, ενώ σε άλλα μπορούν να μείνουν και οι δύο γονείς. Συνήθως, μετά από έναν φυσιολογικό τοκετό, χωρίς επιπλοκές οι γυναίκες προτείνεται να λάβουν νωρίς εξιτήριο από το νοσοκομείο [45].

Στη Σουηδία, εφαρμόστηκε ένα μοντέλο φροντίδας από μαίες στο σπίτι από τον Σεπτέμβριο του 2015 και προσφέρθηκε σε οικογένειες που πληρούσαν τα κριτήρια για πρώιμη έξοδο από το μαιευτήριο 6 με 24 ώρες μετά τη γέννηση. Την επόμενη ημέρα από την έξοδο, μία μαία επικοινωνούσε με την οικογένεια για υποστήριξη μέσω τηλεφώνου και σχεδιασμό επισκέψεων στο σπίτι ή στο νοσοκομείο την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες μπορούσαν επίσης να χρησιμοποιήσουν μια 24ωρη γραμμή υποστήριξης στο νοσοκομείο. Τα κριτήρια ένταξης περιλάμβαναν την κατανόηση και ομιλία της σουηδικής γλώσσας από τις μητέρες, τη μονήρη χαμηλού κινδύνου κύηση, τη γέννηση υγιούς νεογνού, την πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων από μαίες και μαιευτές κατά τη διάρκεια της λοχείας και την παροχή θετικής απάντησης για συμμετοχή στη μελέτη από τις μητέρες. Κατά τη διάρκεια 12 μηνών, 180 γυναίκες συμπλήρωσαν την έρευνα, εκ των οποίων 69 ήταν διατεθειμένες για περαιτέρω συμμετοχή. Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν 1 με 3 μήνες μετά τη γέννηση. Τελικά, 35 γυναίκες κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε συνέντευξη, και 24 αποδέχθηκαν. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μεταξύ 5 και 18 εβδομάδων μετά τον τοκετό [45].

Τα δεδομένα υπέστησαν θεματική ανάλυση. Οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν, αναγνωρίστηκαν θέματα και προέκυψαν ορισμένα κύρια θέματα που αντιπροσώπευαν την εμπειρία των γυναικών σχετικά με τη φροντίδα μετά τον τοκετό στο σπίτι. Η ανάλυση ολοκληρώθηκε με την ενσωμάτωση ορισμένων παραθέσεων από τις συνεντεύξεις. Η συμμετοχή των γυναικών ήταν εθελοντική και συλλέχθηκε ενημερωμένη συγκατάθεση από όλες τις συμμετέχουσες. Οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν για την εμπιστευτικότητα και το δικαίωμα να αποσυρθούν ανά πάσα στιγμή. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε φιλικό περιβάλλον και καμία

γυναίκα δεν αποσύρθηκε από τη συμμετοχή της. Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής της Στοκχόλμης [45].

Η μελέτη ακολούθησε τις οδηγίες RATS για την ανασκόπηση ποιοτικής έρευνας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, η οποία θεωρήθηκε βολική για τις συμμετέχουσες. Παρ' όλα αυτά, η απουσία προσωπικής επαφής μπορεί να επηρέασε τη συνεργασία και να στέρησε από την επικοινωνία τη συνεισφορά των μη λεκτικών μεθόδων, επειδή όμως οι συνεντεύξεις ήταν εκτενείς και τα δεδομένα ήταν πλούσια σε περιεχόμενο, αυτά τα θέματα δεν φάνηκαν να επηρεάζουν αρνητικά τα ευρήματα. Το δείγμα περιορίστηκε σε γυναίκες με μονήρη κύηση και κυρίως πολυτόκες, άρα οι γενικεύσεις δε μπορούν να γίνουν με ασφάλεια. Παρά την εμπειρία των συγγραφέων στη μητρική φροντίδα και την ποιοτική έρευνα, δεν υπήρξε προσωπική επαφή με τις συμμετέχουσες [45].

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων ανέδειξε ως κύριο θέμα την "Υπεροχή του να δίνεται στις νέες μητέρες αυτονομία να αποφασίσουν για το μοντέλο φροντίδας που θα προτιμούσαν μετά τον τοκετό.", το οποίο εξηγήθηκε μέσω τεσσάρων κύριων υποενοτήτων. Το χρονικό σημείο λήψης πληροφοριών για τη φροντίδα μετά τον τοκετό φάνηκε να είναι σημαντικό παράγοντας, καθώς οι γυναίκες υπογράμμισαν τη σημασία της λήψης πληροφοριών για τα μοντέλα μαιευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό. Αυτές που ενημερώθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ένιωσαν πιο ενδυναμωμένες να λάβουν αποφάσεις, ενώ κάποιες που ενημερώθηκαν μετά τον τοκετό ένιωσαν λιγότερο προετοιμασμένες να αποφασίσουν. Επιπροσθέτως, ο χρόνος που παρέχεται στις γυναίκες για σκέψη για τις επιλογές φροντίδας μετά τον τοκετό είναι απαραίτητος. Οι γυναίκες επεσήμαναν τη σημασία του να έχουν αρκετό χρόνο για να σκεφτούν τις επιλογές τους. Κάποιες εκτίμησαν την προσφορά επαρκούς χρονικού διαστήματος για την λήψη αποφάσεων, ενώ άλλες ένιωσαν πίεση να αποφασίσουν βιαστικά. Οι περισσότερες γυναίκες προτίμησαν τη φροντίδα της λοχείας στο σπίτι, με βάση την απουσία επιπλοκών από τον τοκετό, τις προηγούμενες εμπειρίες της μητρότητας και την οικειότητα του περιβάλλοντος. Η μαιευτική φροντίδα κατ' οίκον θεωρήθηκε πιο απλή και ασφαλής. Οι γυναίκες εξέφρασαν, επίσης, ότι η κατανόηση των διαφορετικών μοντέλων φροντίδας τους βοήθησε να λάβουν ενημερωμένες αποφάσεις. Η δομημένη

παρακολούθηση από τις μαιές επηρέασε θετικά την επιλογή τους για την μαιευτική φροντίδα στο σπίτι μετά τον τοκετό [45].

Η κλινική μελέτη των Baghersad και συν. είχε ως στόχο να αξιολογήσει τον αντίκτυπο της κατ' οίκον φροντίδας κατά τη διάρκεια της λοχείας όσον αφορά στη συμμετοχή τη στήριξη των συζύγων στην πόλη Ισφαχάν του Ιράν. Η μελέτη, που διεξήχθη το 2016, χρησιμοποίησε ομάδες παρέμβασης και ελέγχου με πολλαπλές μεταβλητές που μετρήθηκαν σε τρία στάδια μετά τον τοκετό. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από γυναίκες που είχαν γεννήσει στο νοσοκομείο και αποτελούνταν από 64 γυναίκες. Οι συμμετέχουσες εντάχθηκαν είτε στην ομάδα παρέμβασης είτε στην ομάδα ελέγχου με βάση τον κωδικό εισαγωγής τους στην έρευνα [46].

Η ομάδα παρέμβασης έλαβε συνεδρίες φροντίδας στο σπίτι μετά τον τοκετό, υπό την καθοδήγηση εκπαιδευμένων μαιών, εστιάζοντας σε διάφορες πτυχές της μεταγεννητικής φροντίδας και στην προαγωγή της συμμετοχής των συζύγων στη στήριξη των νέων μητέρων. Αυτές οι συνεδρίες περιλάμβαναν σωματικές εξετάσεις, διαχείριση διατροφικών συμπληρωμάτων και περιεκτική εκπαίδευση σχετικά με τη φροντίδα κατά την λοχεία, το θηλασμό και τη συμβουλευτική για τη γονιμότητα και την αντισύλληψη. Η ομάδα ελέγχου έλαβε την καθιερωμένη φροντίδα λοχείας στο νοσοκομείο σύμφωνα με τις προτιμώμενες διαδικασίες και πρωτόκολλα των νοσοκομείων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε τα δημογραφικά και μαιευτικά χαρακτηριστικά των μητέρων και το επίπεδο συμμετοχής και υποστήριξης του συζύγου στο σπίτι κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό. Το ερωτηματολόγιο υπεβλήθη σε αυστηρή αξιολόγηση για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του, εξασφαλίζοντας την αξιοπιστία των συλλεχθέντων δεδομένων. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε χρησιμοποιώντας το SPSS V.18 [46].

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά στις δημογραφικές μεταβλητές. Ωστόσο, μετά τη φροντίδα στο σπίτι από μαιές, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στη συμμετοχή και υποστήριξη των συζύγων στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ειδικότερα, οι σύντροφοι στην ομάδα παρέμβασης έδειξαν περισσότερη συμμετοχή και υποστήριξη σε διάφορους τομείς, όπως η εμπιστοσύνη προς τη σύζυγο, η ακρόαση των αναγκών της, η κάλυψη των οικονομικών της

αναγκών, η επίλυση προβλημάτων, η συμμετοχή στα καθήκοντα του νοικοκυριού και η φροντίδα του νεογνού [46].

Η μελέτη των Johansson και συν. ασχολήθηκε επίσης με την επίδραση των κατ' οίκον επισκέψεων από μαία στον πατέρα εντός ενός σουηδικού μοντέλου φροντίδας μετά τον τοκετό στο σπίτι. Η μελέτη χρησιμοποίησε μια περιγραφική, ποιοτική προσέγγιση που πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσοκομείο στη Στοκχόλμη, όπου το νέο μοντέλο φροντίδας εφαρμόστηκε τον Σεπτέμβριο του 2015. Οι πατέρες που πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια, όπως η ομιλία και κατανόηση της σουηδικής γλώσσας, η λήψη επισκέψεων από μαία κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και η συμπλήρωση μιας διαδικτυακής έρευνας, συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα. Η συλλογή δεδομένων περιλάμβανε διαδικτυακές έρευνες και ημιδομημένες συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ Απριλίου 2017 και Ιανουαρίου 2018. Οι συνεντεύξεις εξέτασαν τις εμπειρίες των πατέρων κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά τη γέννηση του παιδιού τους, επικεντρωμένες στις αντιλήψεις της συμμετοχής και της ικανοποίησης από τη φροντίδα που έλαβαν. Διενεργήθηκαν συνολικά 16 συνεντεύξεις μέχρι να επιτευχθεί ο ζητούμενος αριθμός των δεδομένων. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και δόθηκε ενημερωμένη συγκατάθεση από όλους τους συμμετέχοντες. Η μελέτη ήταν μέρος του έργου «Φροντίδα μετά τη γέννηση», το οποίο έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής της Στοκχόλμης [47].

Η στατιστική ανάλυση οδήγησε σε ορισμένα αποτελέσματα σχετικά με τις αντιλήψεις των πατέρων για το μοντέλο φροντίδας κατ' οίκον από μαίες και μαιευτές μετά τον τοκετό. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν μέση ηλικία 37 έτη. Από αυτούς, τρεις έγιναν για πρώτη φορά γονείς, ενώ οι υπόλοιποι 13 είχαν ήδη την εμπειρία πατρότητας καθώς είχαν αποκτήσει από δύο έως τέσσερα παιδιά. Το 81% είχε ολοκληρώσει σπουδές σε κολέγιο ή πανεπιστήμιο. Σχεδόν όλοι εκτός από έναν ήταν ο βιολογικοί γονείς του νεογνού. Όλες οι οικογένειες είχαν λάβει εξιτήριο από το νοσοκομείο μεταξύ 6 και 24 ωρών μετά τον τοκετό, με το 81% περίπου των πατέρων να θεωρεί ότι είχαν λάβει εξιτήριο σε κατάλληλο χρόνο και είχαν ικανοποιηθεί πολύ ή πάρα πολύ από τη φροντίδα κατά τη διάρκεια της λοχείας. Οι πατέρες εκτίμησαν την επιλογή της φροντίδας στο σπίτι και την ασφάλεια που παρείχε, ενώ αναγνώρισαν αρνητικά στοιχεία στη νοσοκομειακή φροντίδα, όπως το θορυβώδες περιβάλλον και η έκθεση σε παθογόνους μικροοργανισμούς. Παράλληλα, οι ίδιοι εμφάνισαν λιγότερο άγχος. Οι

πατέρες εκτίμησαν τη δομή της υποστήριξης που παρείχαν οι μαίες στο σπίτι, αναφέροντας ότι ένιωσαν να συμπεριλαμβάνονται στη φροντίδα και η προσέγγιση που ακολουθήθηκε ταίριαζε και στα δικά τους προσωπικά χαρακτηριστικά. Οι μαίες και οι μαιευτές ως επαγγελματίες θεωρήθηκαν προσεκτικοί με στοχευμένες παρεμβάσεις. Τέλος, οι πατέρες ανέφεραν ότι η φροντίδα στο σπίτι τους βοήθησε να είναι πιο ενεργά εμπλεκόμενοι στην πατρότητα. Αφενός ήταν σε θέση να συμμετάσχουν ενεργότερα στη φροντίδα της συντρόφου τους, αφετέρου τους δόθηκε η δυνατότητα να αναπτύξουν ισχυρότερο δεσμό με το νεογνό τους, αν και αντιμετώπισαν προκλήσεις όταν προσπάθησαν να ισορροπήσουν τη φροντίδα του νεογνού και μεγαλύτερων παιδιών τους [47].

2. Συμπεράσματα

Στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης παρουσιάστηκαν ορισμένα επιστημονικά δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας που αφορούσαν στα οφέλη, τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με τις κατ' οίκον επισκέψεις από μαίες και μαιευτές κατά τη διάρκεια της πορείας τους προς

τη μητρότητα. Όπως προαναφέρθηκε, οι μαίες και οι μαιευτές αποτελούν τους καταρτισμένους και εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας που μπορούν να παράσχουν φροντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας, τόσο σε κύσεις χαμηλού κινδύνου, όσο και σε κύσεις που επιπλέκονται με κάποια παθολογία, εφόσον συνεργάζονται με το θεράποντα ιατρό, μαιευτήρα-γυναικολόγο.

Κατά τη διάρκεια της κύησης οι μαίες και οι μαιευτές μπορούν να δραστηριοποιηθούν είτε στην παρακολούθηση της κύησης είτε στην διενέργεια μαθημάτων προετοιμασίας και συμβουλευτικής για τη γονεϊκότητα. Τα καθήκοντα αυτά μπορούν να λάβουν χώρα τόσο στα μαιευτήρια, όσο και στην κοινότητα, σε κέντρα υγείας και στο σπίτι. Οι μελέτες που εξετάστηκαν κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξαν ορισμένα οφέλη της μαιευτικής φροντίδας κατ' οίκον. Γενικώς, η φροντίδα κατ' οίκον μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και να ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα της εγκύου. Ένα πρώτο όφελος των προγεννητικών κατ' οίκον επισκέψεων από μαίες που εντοπίστηκε ήταν η μείωση των ποσοστών πρόωρου τοκετού και των γεννήσεων χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών. Μάλιστα η αυξημένη συχνότητα των επισκέψεων φάνηκε να είναι περισσότερο αποτελεσματική, ενώ παράλληλα οι επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν σε πιο όψιμη φάση της κύησης είχαν, επίσης, καλύτερα αποτελέσματα στην αποτροπή δυσμενών εκβάσεων. Ταυτόχρονα, οι προγεννητικές επισκέψεις από μαίες και μαιευτές φάνηκε να έχουν μακροπρόθεσμη επίδραση, καθώς συσχετίστηκαν με υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας του μητρικού θηλασμού μετά τον τοκετό.

Επιπροσθέτως, οι κατ' οίκον επισκέψεις επέδειξαν σημαντική παράταση της κύησης κατά περίπου 1,2 εβδομάδες συγκριτικά με γυναίκες που δεν έλαβαν επισκέψεις από μαίες. Αυτή η παράταση μπορεί να έχει σημαντικές επιδράσεις στην υγεία της дуάδας μητέρας- νεογνού και ενδεχομένως να σχετίζεται εμμέσως με την πρόληψη του πρόωρου τοκετού που αναφέρθηκε προηγουμένως. Βέβαια, παρά την παρατηρούμενη παράταση της κύησης, αντίστοιχη παρατήρηση δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντικά στη μείωση των καισαρικών τομών, δεδομένο που μπορεί να υποδηλώνει ότι άλλοι παράγοντες εκτός από τη διάρκεια της κύησης επηρεάζουν την απόφαση για καισαρική τομή. Οι γυναίκες που έλαβαν επισκέψεις κατ' οίκον εμφάνισαν μικρότερη διάρκεια νοσηλείας κατά τη διάρκεια της λοχείας σε σύγκριση με εκείνες που δεν έλαβαν αντίστοιχη προγεννητική φροντίδα, πληροφορία που μπορεί να υποδεικνύει ότι η

επιπρόσθετη φροντίδα κατά την κύηση μπορεί να συμβάλει στην ταχύτερη αποκατάσταση μετά τον τοκετό.

Θετική επίδραση στην υγεία των μητέρων και των νεογνών αλλά και στη μείωση του πρόωρου τοκετού παρατηρήθηκε και σε έφηβες εγκύους. Ανήλικες εγκυμονούσες που έλαβαν επισκέψεις κατ' οίκον φάνηκε να επωφελούνται ποικιλοτρόπως, καθώς από τη μία πλευρά δύνανται να συμβάλουν στην ψυχική υγεία και ευεξία τους, ενώ από την άλλη συνδράμουν αυξάνοντας τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους για τη γονεϊκότητα.

Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των κατ' οίκον επισκέψεων σε κυήσεις υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα σε εμφάνιση προεκλαμψίας, αρχικά αξίζει να σημειωθεί πως η παρουσία των μαιών και των μαιευτών είναι επικουρική, δεδομένου ότι η παθολογία της κύησης αφορά τους ιατρούς. Ωστόσο, οι μαιές και οι μαιευτές διαθέτουν τις κατάλληλες και απαραίτητες, εξειδικευμένες γνώσεις ώστε να αναγνωρίσουν και να εντοπίσουν σημεία και συμπτώματα παθολογικών καταστάσεων σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο και να παραπέμψουν την έγκυο στον κατάλληλο ιατρό. Οι προγεννητικές κατ' οίκον επισκέψεις σε κυήσεις υψηλού κινδύνου φάνηκε να μειώνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Επιπλέον, μελέτη που αφορούσε συγκεκριμένα σε γυναίκες με προεκλαμψία υποστήριξε πως η φροντίδα των μαιών ενίσχυσε τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία των γυναικών, πυροδότησε τη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα της εγκύου, αλλά και ενδυνάμωσε την ίδια την έγκυο ώστε να λάβει ενεργότερο ρόλο στην αυτοφροντίδα της.

Τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας για τη γονεϊκότητα αποτελούν ένα καθήκον των μαιών και των μαιευτών που μπορεί να ασκηθεί σε δομές υγείας, σε οργανωμένα μαιευτικά κέντρα ή στο σπίτι. Τα μαθήματα αυτά δίνουν στις γυναίκες τη δυνατότητα να ενημερωθούν για τη διαδικασία του τοκετού, να μάθουν τεχνικές ανακούφισης από τον πόνο, και να αποκτήσουν γνώσεις για την επιλογή της φροντίδας του νεογέννητου παιδιού. Υπάρχουν διάφορες μελέτες που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα αυτών των μαθημάτων στη μείωση των καισαρικών τομών, στη βελτίωση της διαχείρισης του πόνου και της ψυχολογικής ευεξίας των εγκύων και των νέων μητέρων. Η συμμετοχή σε μαθήματα προετοιμασίας μπορεί να μειώσει τη χρήση ιατρικών παρεμβάσεων και να βελτιώσει την ικανοποίηση των μητέρων. Η συμμετοχή σε προγεννητικά μαθήματα έχει συνδεθεί με μειωμένο άγχος, καλύτερη διαχείριση του πόνου και πιο θετική εμπειρία κύησης και τοκετού. Οι έρευνες επισημαίνουν επίσης τη

σημασία της εκπαίδευσης από πιστοποιημένους επαγγελματίες υγείας. Αυτό ενισχύει την ανάγκη για εξειδικευμένη γνώση και υποστήριξη από επαγγελματίες που μπορούν να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες ανάλογα με τις ανάγκες και τις ανησυχίες των γυναικών και των συντρόφων τους.

Παρά το γεγονός ότι ο τοκετός στο σπίτι δεν είναι πλήρως εδραιωμένος στην Ελλάδα, η νομοθεσία προβλέπει και καλύπτει αυτήν την επιλογή ανεξαρτήτως του τόπου διαμονής. Ο τοκετός στο σπίτι μπορεί να προσφέρει πολλά οφέλη για τη μητέρα, το νεογέννητο παιδί, την οικογένεια και το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ωστόσο, για να πραγματοποιηθεί αυτή η επιλογή, χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση από εξειδικευμένους επαγγελματίες, μαίες και μαιευτές, ενώ ο χώρος πρέπει να είναι ασφαλής και κοντά σε νοσοκομείο. Η προετοιμασία για τον τοκετό στο σπίτι ξεκινά πολύ νωρίς στην εγκυμοσύνη, με έμφαση στην ασφάλεια του περιβάλλοντος και στη συνεννόηση με τους επαγγελματίες υγείας. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, χρησιμοποιούνται φυσικές μέθοδοι για την ανακούφιση του πόνου και δίνεται έμφαση στη στήριξη του ζευγαριού και της μητέρας. Παρά τις προκλήσεις και τις απαιτήσεις, ο τοκετός στο σπίτι μπορεί να προσφέρει μια εξαιρετικά ικανοποιητική εμπειρία γέννας, στην οποία η φροντίδα παρέχεται με σεβασμό και διακριτικότητα προς την επίτοκο. Η επιτυχής πραγματοποίηση αυτής της επιλογής απαιτεί στενή συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων μαιών και μαιευτών και της οικογένειας, καθώς και σωστή προετοιμασία και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Τα αποτελέσματα των μελετών που αναλύθηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύουν το γεγονός ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται με θετικό τρόπο τη φροντίδα που λαμβάνουν κατά τον τοκετό στο σπίτι, εκτιμώντας τις ικανότητες και την ενεργή συμμετοχή των μαιών στη γέννα τους, ενώ οι ίδιες οι μαίες αντιλήφθηκαν τη σημασία της επιστημονικής πληροφόρησης και της προσαρμογής της φροντίδας στις προτιμήσεις των γυναικών και των συντρόφων τους. Μια κυρίαρχη θεματική ήταν η συμμετοχή των επίτοκων στη λήψη αποφάσεων και η αίσθησή τους ως δυνατές και ενδυναμωμένες κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επισημάνθηκε η σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης και της πληροφόρησης που έλαβαν, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αυτοπεποίθησης τους. Επιπλέον, οι θετικές εμπειρίες ανέδειξαν τη σημασία της ολιστικής φροντίδας και της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών. Οι γυναίκες φαίνεται να εκτιμούν την προσοχή που τους δίνεται

κατά τον τοκετό κατ' οίκον, ειδικά όταν τη συγκρίνουν με την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο, ενώ δύο βασικοί λόγοι προτίμησης του τοκετού στο σπίτι είναι το αίσθημα ασφάλειας και οικειότητας και ο μειωμένος αριθμός παρεμβάσεων.

Τα δεδομένα σχετικά με τις πρακτικές και τις εκβάσεις των τοκετών στο σπίτι αναφέρουν πως τόσο η μητρική όσο και η νεογνική θνησιμότητα διατηρείται σε σχεδόν μηδενικά επίπεδα, εύρημα που αποτελεί σημαντικό δείκτη υγείας στη μητρική περίθαλψη, αλλά και μείωση της μέσης διάρκειας του πρώτου και δεύτερου σταδίου του τοκετού. Οι ανάγκες επισκληριδίου αναισθησίας μειώνονται, ενώ οι γυναίκες έχουν την ελευθερία να επιλέξουν στάσεις και θέσεις που τις βολεύουν, με τις πλάγιες και γονατιστές να υπερτερούν. Όταν οι εκβάσεις των τοκετών στο σπίτι συγκρίθηκαν με τους τοκετούς σε κέντρα τοκετού παρατηρήθηκε μειωμένη συχνότητα εμφάνισης περινεϊκών ρήξεων και απώλειας αίματος 500ml και άνω για τις γυναίκες που γέννησαν κατ' οίκον. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες που γεννούν στο σπίτι έχουν τη δυνατότητα να ξεκινήσουν το μητρικό θηλασμό εντός της πρώτης ώρας μετά τη γέννηση, γεγονός που αυξάνει τη συχνότητα εδραίωσης και εγκατάστασης του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για μεγαλύτερη διάρκεια, συγκριτικά με τις γυναίκες που γεννούν στο μαιευτήριο.

Ο τοκετός κατ' οίκον φαίνεται να είναι οικονομικά προσιτός σε πολλές περιπτώσεις, αλλά η έλλειψη οικονομικής κάλυψης από τα συστήματα ασφάλισης μητρότητας μπορεί να τον καθιστά απρόσιτο για ορισμένες γυναίκες σε διάφορα κράτη. Η ύπαρξη ομοιόμορφων και οριζόντιων κατευθυντήριων οδηγιών είναι σημαντική προϋπόθεση για την ασφάλεια του τοκετού στο σπίτι, εξαρτώμενη από πολλούς παράγοντες, όπως η τοποθεσία και η ποιότητα της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας, ενώ συστήνεται οι γυναίκες να λαμβάνουν ολοκληρωμένη ενημέρωση σχετικά με τις επιλογές τους αναφορικά με τη μέθοδο του τοκετού και τον τόπο πραγματοποίησής του, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες κινδύνου και τη διαθέσιμη υποστήριξη και υποδομή. Ωστόσο, πολλές φορές η σύγχυση που δημιουργείται σχετικά με την κατηγοριοποίηση των κινήσεων σε υψηλού ή χαμηλού κινδύνου, αλλά και την αδυναμία προσδιορισμού του επαγγελματία υγείας που αναλαμβάνει τον τοκετό κατ' οίκον, δυσκολεύει τις γυναίκες στην επιλογή του τόπου όπου θα ήθελαν να πραγματοποιηθεί ο τοκετός τους.

Τα παγκόσμια, βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τη φροντίδα των γυναικών κατ' οίκον κατά τη διάρκεια της λοχείας αποτυπώνουν την πολυπλοκότητα των εμπειριών

και των ανησυχιών των λεχωϊδών. Η κατάσταση υγείας, η κοινωνική κατάσταση, η οικονομική κατάσταση και οι ψυχοκοινωνικές πτυχές επηρεάζουν σημαντικά τις εμπειρίες των μητέρων και των οικογενειών τους κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Για τον λόγο αυτό, αντιστοίχως πολύπλευρη πρέπει να είναι και η προσέγγιση των μαιών και τον μαιευτών που αναλαμβάνουν την φροντίδα των γυναικών στο σπίτι μετά τον τοκετό.

Αρχικά, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα και η σημασία της συνεχιζόμενης μαιευτικής φροντίδας δεδομένου ότι η παρουσία μιας γνωστής μαιίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας είχε σημαντική επίδραση στην εμπειρία των γυναικών. Η αναγκαιότητα αυτή υπογραμμίζεται από το γεγονός ότι τα περισσότερα ζευγάρια επιθυμούν να λαμβάνουν εξιτήριο από το μαιευτήριο σε πρώιμο στάδιο της λοχείας, εφόσον όλα βαίνουν καλώς. Οι γυναίκες που είχαν προσωπική σχέση με τη μαιία ένιωσαν μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Η επικοινωνία και η συναισθηματική στήριξη που προσέφερε η μαιία κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στο σπίτι μετά τον τοκετό ήταν ιδιαίτερα ενδεικτική της αποτελεσματικής περίθαλψης και επιμέλειας. Η δυνατότητα και η διαθεσιμότητα των μαιών για συζήτηση, καθώς και η παροχή συμβουλών σχετικά με το μητρικό θηλασμό και τη φροντίδα του νεογνού κατά τις επισκέψεις στο σπίτι βοήθησε στην ενδυνάμωση των γυναικών και στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που παρουσιάζονται μετά τη γέννα.

Η σχέση και η σύνδεση των γυναικών με τις μαιίες αποδείχτηκε κρίσιμη για την ικανοποίηση των γυναικών από τη φροντίδα που έλαβαν. Οι επισκέψεις των μαιών στο σπίτι προτιμήθηκαν έναντι των επισκέψεων σε δομές υγείας και αποδείχτηκαν αποτελεσματικές στην υποστήριξη των γυναικών κατά τη μετάβασή τους στη μητρότητα. Η αναγνώριση και η κάλυψη των αναγκών των γυναικών είναι εξίσου σημαντική. Οι υπηρεσίες μητρότητας πρέπει να προσφέρουν εξατομικευμένη φροντίδα που να εκπληρώνει τις ανάγκες των γυναικών μετά τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής υγείας, της φροντίδας του νεογνού, της υποστήριξης του θηλασμού και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Ωστόσο, οι μαιίες και οι μαιευτές πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις πολιτιστικές και οικογενειακές επιρροές κατά τον προσδιορισμό της μεθόδου φροντίδας και κατά την κάλυψη των αναγκών των γυναικών. Αυτό συμπεριλαμβάνει τις πρακτικές για τη λοχεία, την εκπαίδευση προαγωγής υγείας και

τη στήριξη από οικογένεια και φίλους. Η εκπαίδευση και η υποστήριξη είναι κρίσιμες για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια του θηλασμού, την ανάπτυξη της μητρικής αυτοπεποίθησης και την αποκατάσταση κατά την πρώιμη λοχεία. Οι γυναίκες αισθάνονται υποστηριγμένες όταν συνδέονται αποτελεσματικά με τις μαίες και λαμβάνουν εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στο σπίτι.

Οι γυναίκες αντιλαμβάνονται την επίσκεψη αυτή ως πηγή ασφάλειας και ηρεμίας κατά τη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου. Η παροχή της δυνατότητας των γυναικών να επιλέξουν πότε χρειάζονται και επιθυμούν να λάβουν μία επίσκεψη από τη μαία επιτρέπει στις ίδιες να αισθάνονται πως έχουν τον έλεγχο και είναι προετοιμασμένες. Η παρουσία του συντρόφου κατά την επίσκεψη της μαίας στο σπίτι είναι εξίσου σημαντική, καθώς μπορεί και εκείνος να εκπαιδευτεί ώστε να προσφέρει υποστήριξη και να συμμετέχει ενεργά στη συζήτηση και στη λήψη αποφάσεων.

Τα αποτελέσματα των ερευνών υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης στη μείωση των ποσοστών κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που λαμβάνουν επισκέψεις από μαίες κατ' οίκον φαίνεται να έχουν σημαντικά μικρότερες πιθανότητες κατάθλιψης. Ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον εύρημα είναι η σχέση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού με την πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες που δεν θήλαζαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα τα νεογνά τους είχαν συγκριτικά στατιστικά μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Αυτό ενδέχεται να υποδεικνύει τη σημασία της υποστήριξης και της ενθάρρυνσης του θηλασμού ως μέρος της μετάβασης στη μητρότητα και της πρόληψης της κατάθλιψης. Παράλληλα, η επίσκεψη των μαιών κατ' οίκον κατάφερε να αυξήσει τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού μέχρι και 6 μήνες μετά τον τοκετό και τη μείωση της χρήσης φόρμουλας.

Οι συνεδρίες φροντίδας στο σπίτι που παρέχονται από εκπαιδευμένες μαίες δείχνουν ότι η συμμετοχή των συντρόφων και η υποστήριξή τους ως προς τις νέες μητέρες έχουν σημαντική αύξηση σε σύγκριση με την παραδοσιακή φροντίδα λοχείας στο νοσοκομείο. Η συμμετοχή των συζύγων περιλαμβάνει την ενίσχυση της εμπιστοσύνης προς τη σύζυγο, την ακρόαση των αναγκών της, την υποστήριξη στις οικονομικές της ανάγκες, την επίλυση προβλημάτων, τη συμμετοχή στα καθήκοντα του νοικοκυριού και τη φροντίδα του νεογνού. Οι πατέρες εκτίμησαν θετικά την επιλογή αυτής της φροντίδας, εκφράζοντας αρνητικές αντιλήψεις για τη νοσοκομειακή φροντίδα και

αναφέροντας μεγαλύτερη ικανοποίηση και λιγότερο άγχος. Παρόλα αυτά, αντιμετώπισαν προκλήσεις όταν προσπάθησαν να ισορροπήσουν τη φροντίδα του νεογνού με αυτήν των μεγαλύτερων παιδιών τους.

Γενικώς οι επισκέψεις των μαιών κατ' οίκον φάνηκε να αυξάνουν την ικανοποίηση, την αυτοπεποίθηση, την ενδυνάμωση και τις γνώσεις των γυναικών και της οικογένειας για τη φροντίδα του νέου μέλους. Παράλληλα, αυτό το μοντέλο φροντίδας ήταν οικονομικά αποδοτικότερο. Η παρουσία των μαιών σε αυτή την κρίσιμη, μεταβατική περίοδο λειτούργησε ως παράγοντας ασφάλειας, ενώ οι γονείς συχνά εξέφραζαν την ανάγκη τους να λαμβάνουν επιβεβαίωση ή διορθώσεις σχετικά με τη διεκπεραίωση διαφόρων καθηκόντων μετά τον τοκετό.

3. Συζήτηση

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε τα οφέλη και τις αντιλήψεις των γυναικών αλλά και γενικότερα των οικογενειών σχετικά με τη φροντίδα που παρέχεται από μαιές και μαιευτές κατ' οίκον. Τα δεδομένα για τη συγκεκριμένη ανασκόπηση αντλήθηκαν από την παγκόσμια, επιστημονική βιβλιογραφία, παρουσιάζοντας ευρεία ποικιλία αναφορικά με τις χώρες όπου εκπονήθηκαν οι αναλυθείσες μελέτες. Αν και ορισμένες έρευνες είχαν σχετικά μικρό δείγμα προς ανάλυση, η αθροιστική ανασκόπηση των αποτελεσμάτων τους μπόρεσε να αναδείξει ορισμένα αξιοσημείωτα ευρήματα σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που εκτελείται μέσω επισκέψεων στα σπίτια των οικογενειών.

Τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση θα ήταν ιδιαίτερος χρήσιμα να αξιοποιηθούν από την ελληνική μαιευτική κοινότητα προκειμένου να δημιουργηθούν και να οργανωθούν πρωτόκολλα και προγράμματα που να προσφέρουν στις γυναίκες και τους συντρόφους τους τη δυνατότητα λήψης

επισκέψεων κατ' οίκον από μαίες και μαιευτές. Αφενός κατά τη διάρκεια της κύησης η παρουσία της μαίας μπορεί να βελτιώσει το περιγεννητικό αποτέλεσμα και αφετέρου να ενδυναμώσει τις γυναίκες για την ανάληψη του γονεϊκού τους ρόλου μετά τον τοκετό. Ακόμα και σε περιστατικά υψηλού κινδύνου που πρωταρχικό ρόλο στη διαχείρισή τους διαδραματίζει ο μαιευτήρας γυναικολόγος, οι μαίες και οι μαιευτές διαθέτουν τις εξειδικευμένες γνώσεις για να συμβάλλουν στη φροντίδα και να μειώσουν τη σωματική και ψυχική καταπόνηση των εγκύων.

Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του τοκετού κατ' οίκον σε περιστατικά χαμηλού κινδύνου όχι μόνο είναι συγκρίσιμα με τις αντίστοιχες εκβάσεις τοκετών που διενεργούνται σε μαιευτήρια ή κέντρα τοκετού, αλλά πολλές έρευνες αναδεικνύουν αυτή την επιλογή ως ευεργετικότερη.

Κατά τη διάρκεια της λοχείας η παρουσία των μαιών και των μαιευτών στο πλευρό των οικογενειών μπορεί να επιδράσει θετικά στη βελτίωση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού, ο οποίος προσφέρει πολλαπλά οφέλη στην υγεία των μητέρων και των νεογνών, μειώνει τη συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης και αυξάνει την αυτοπεποίθηση των γονέων για τη φροντίδα του νεογέννητου.

Ένα αξιοσημείωτο ζήτημα είναι η αναβάθμιση και η βελτίωση των προγραμμάτων σπουδών που παρακολουθούν οι μαίες και οι μαιευτές. Ο εμπλουτισμός των προγραμμάτων αυτών με πρακτική εξάσκηση των φοιτητών σε πραγματικές συνθήκες κατ' οίκον επισκέψεων, πρόβλεψη που υφίσταται σε χώρες τις Ευρώπης όπως η Νορβηγία, θα παρείχε στους νέους επαγγελματίες μεγαλύτερη ενδυνάμωση, εμπειρία και εξοικείωση με τη συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα. Επιπροσθέτως, η εμβάθυνση των μαιών σε θέματα σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές της λοχείας θα μπορούσε να προσφέρει στους επαγγελματίες δυνατότητα έγκαιρης και έγκυρης παρέμβασης σε τέτοια περιστατικά, αλλά ενδεχομένως και να βελτιώνει τις εκβάσεις των περιστατικών αυτών.

Οι μαίες και οι μαιευτές που φροντίζουν και συνεργάζονται με ζευγάρια καθ' όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου θα πρέπει να εφαρμόζουν πιο συμπεριληπτικές για τον πατέρα πρακτικές. Πολλές φορές, ενώ ο πατέρας έχει τη διάθεση και τις ικανότητες να συμβάλλει στη φροντίδα της εγκύου, της επιτόκου, της λεχωϊδας και του νεογνού, δε διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις. Συνεπώς, οι επαγγελματίες θα ήταν

χρήσιμο να αφιερώνουν προσωπικό χρόνο στον πατέρα, να συζητούν απορίες και προβληματισμούς και να του αναδειξουν πεδία στα οποία μπορεί να προσφέρει τη βοήθειά του. Ιδιαίτερως χρήσιμη θα ήταν και η χρήση μέσων επικοινωνίας και τεχνολογίας, όπως για τηλεφωνικές κλήσεις ή βίντεο κλήσεις, προκειμένου να διευκολυνθεί η επικοινωνία μεταξύ των μαιών και των νέων γονέων στο σπίτι.

Μια δυσάρεστη παρατήρηση η οποία θα πρέπει να απασχολήσει την ελληνική ιατρική και μαιευτική κοινότητα είναι η απουσία ερευνών και επιστημονικών δεδομένων σε θεματικές που αφορούν τις επισκέψεις κατ' οίκον από μαιές και μαιευτές. Αυτού του είδους οι έρευνες προσφέρουν νέα γνώση στην επιστημονική κοινότητα και λειτουργούν ως ανατροφοδότηση για τις τρέχουσες πρακτικές που εφαρμόζονται. Με αυτόν τον τρόπο θα υπάρχουν εναύσματα για συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας.

Ένα ακόμα ενδιαφέρον εύρημα που εντοπίστηκε σε αρκετές μελέτες ήταν η απογοήτευση των λεχωϊδων από τη φροντίδα που λαμβάνουν μετά τον τοκετό από μαιές και μαιευτές που εργάζονται στο μαιευτήριο. Το γεγονός αυτό πολλές φορές αποδίδεται στον εξαιρετικά περιορισμένο χρόνο που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας για να αφιερώσουν σε συζητήσεις με τις γυναίκες. Η πληροφορία αυτή ίσως θα έπρεπε να κινητοποιήσει τα μαιευτήρια ώστε να προσφέρουν περισσότερες θέσεις εργασίας για μαιές και μαιευτές προκειμένου να αυξήσουν το επίπεδο και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν οι δομές τους.

Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να ενισχύσουν τα Εθνικά Συστήματα Υγείας με κονδύλια, πόρους και υποδομές τα οποία θα διατεθούν στην ανάπτυξη προγραμμάτων μαιευτικής φροντίδας. Γενικώς, η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα οδηγήσει σε αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών δομών και θα δώσει προτεραιότητα στην περίθαλψη περιστατικών που πραγματικά χρήζουν επείγουσας φροντίδας και περίθαλψης.

Η διαρκής προσπάθεια βελτίωσης των πρακτικών στον τομέα της μαιευτικής φροντίδας αποτελεί έναν σημαντικό πυλώνα της υγείας των μητέρων και των νεογνών. Τα παραπάνω δεδομένα προκαλούν τη δημιουργία νέων ερευνητικών ερωτημάτων, τα οποία αναδεικνύουν τη σημασία της κατ' οίκον φροντίδας και της υποστήριξης στο σπίτι μετά τον τοκετό. Αφενός ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η επίδραση των κατ' οίκον

επισκέψεων στο σπίτι από μαίες και μαιευτές κατά τη διάρκεια της λοχείας στη σχέση του ζεύγους συγκριτικά με τα ζευγάρια που δεν λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα, δεδομένου ότι οι γονείς που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία βιώνουν μία ομαλότερη μετάβαση προς τη γονεϊκότητα. Αφετέρου, θα άξιζε να διερευνηθούν οι διαφορές στην αποκατάσταση και την επούλωση μεταξύ της κατ' οίκον φροντίδας και της νοσοκομειακής φροντίδας, καθώς η φροντίδα στο σπίτι συνήθως παρέχεται σε ένα περιβάλλον που είναι πιο οικείο και ήρεμο από το νοσοκομείο και που μπορεί να συμβάλει στην ταχύτερη αποκατάσταση της μητέρας. Επιπλέον, η επούλωση μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική και άνετη στο σπίτι, υπό την προσωπική φροντίδα και παρακολούθηση της μαίας ή του μαιευτή.

Συνοψίζοντας, η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε τα πολύ σημαντικά και πολύπλευρα οφέλη της κατ' οίκον φροντίδας από μαίες και μαιευτές καθ' όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Επενδύοντας στις μαίες και τους μαιευτές και προσφέροντας τους το περιθώριο να ασκήσουν όλο το φάσμα των επαγγελματικών καθηκόντων τους, οι γυναίκες και τα νεογνά απολαμβάνουν ποικίλα οφέλη με ασφάλεια και ικανοποίηση.

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση επιχείρησε να παρουσιάσει τα παγκόσμια, επιστημονικά δεδομένα αναφορικά με τις επισκέψεις από μαίες και μαιευτές κατ' οίκον. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Πρώτον, ο αριθμός των πολύ πρόσφατων μελετών, των 2-3 τελευταίων ετών, είναι σχετικά περιορισμένος με αποτέλεσμα να μην είναι πολύ ξεκάθαρη η εικόνα για την επικρατούσα κατάσταση μετά την πανδημία της COVID-19. Δεύτερον, ορισμένες από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν έχουν πραγματοποιηθεί σε διαφορετικά πλαίσια ή περιβάλλοντα, επηρεάζοντας τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλες κοινωνίες ή περιοχές. Τέλος, παρά την προσεκτική επιλογή των στατιστικών δεδομένων, είναι δυνατόν να υπάρχουν πτυχές που δεν καλύφθηκαν λόγω περιορισμένης διαθεσιμότητας πληροφοριών ή μη εναρμονισμένων μεθοδολογιών μεταξύ των μελετών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λουτράδης Δ., Δεληγεώργου Ε., Παπαντωνίου Ν., Παππά Κ. Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, 2018, σελ: 88-97
2. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 28;4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. PMID: 27121907; PMCID: PMC8663203.
3. WHOQOL: Measuring Quality of Life, 2012; March 1 Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
4. World Health Organization, 1948, Constitution
5. Hadizadeh-Talasaz Z, Sadeghi R, Khadivzadeh T Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019; 58:737-747.
6. Ewles L., Simnett I., Προάγοντας την Υγείας: ένας πρακτικός οδηγός, 2011, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, BROKEN HILLS Publishers LTD, p.29-63
7. Άρθρο 2 Προεδρικού Διατάγματος 351, 14-6- 1989 , ΦΕΚ 159, Τεύχος Πρώτο Επαγγελματικά δικαιώματα Πτυχιούχοι του τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας Αθήνα, 1989, p.1879-1880
8. Βιβιλάκη Β., Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα: Η μαία στην Π.Φ.Υ, 2016, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, BROKEN HILLS Publishers LTD
9. World Health Organization, Investing in midwife-led interventions could save 4.3 million lives per year, new study finds, 2020, Available from: <https://www.who.int/news/item/03-12-2020-investing-in-midwife-led-interventions-could-save-4.3-million-lives-per-year-new-study-finds>
10. Oxford Center for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (Μάρτιος 2009). <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medical-levels-evidence-march-2009/> 5)
11. de Leon J. Ιατρική Βασισμένη σε Αποδείξεις έναντι Εξατομικευμένης Ιατρικής - Είναι Εχθροί; J Clin Psychopharmacol 2012; 32:153-164

12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Available from: www.prisma-statement.org
13. Lutenbacher, M., Gabbe, P.T., Karp, S.M. et al. Does Additional Prenatal Care in the Home Improve Birth Outcomes for Women with a Prior Preterm Delivery? A Randomized Clinical Trial. *Matern Child Health J* 18, 1142–1154 (2014). <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1344-4>
14. Hadian, T., Mirghafourvand, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Ghanbari-Homayi, S., Nahaeii, J., & Meedya, S. (2018). The Effect of Prenatal Home Visiting for Adolescent Mothers on Maternal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis.
15. Shah MK, Austin KR. Do home visiting services received during pregnancy improve birth outcomes? Findings from Virginia PRAMS 2007-2008. *Public Health Nurs.* 2014 Sep-Oct;31(5):405-13. doi: 10.1111/phn.12103. Epub 2014 Jan 20. PMID: 24438361.
16. Goyal, N. K., Hall, E. S., Meizen-Derr, J. K., Kahn, R. S., Short, J. A., Van Ginkel, J. B., & Ammerman, R. T. (2013). Dosage effect of prenatal home visiting on pregnancy outcomes in at-risk, first-time mothers. *Pediatrics*, 132(Supplement_2), S118-S125.
17. Ichikawa, K., Fujiwara, T., & Nakayama, T. (2015). Effectiveness of home visits in pregnancy as a public health measure to improve birth outcomes. *PLoS One*, 10(9), e0137307.
18. Liu, N., Li, P., Wang, J., Chen, D., Sun, W., & Zhang, W. (2019). Effects of home visits for pregnant and postpartum women on premature birth, low birth weight and rapid repeat birth: a meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Family Practice*, 36(5), 533-543.
19. Mohammadi F, Kohan S, Yarmohammadian M, Savabi-Esfahani M, Rastegari Z. Exploring Potential Achievements and Barriers to Provide Homecare for Women with Preeclampsia: A Qualitative Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2022 Jan;10(1):30-41. doi: 10.30476/IJCBNM.2021.89368.1605. PMID: 35005039; PMCID: PMC8724724.
20. WHO labour guide: user's manual. Geneva: World Health Organization;2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>

21. Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 May;84(5):436-43.
22. Ricchi A, La Corte S, Molinazzi MT, Messina MP, Banchelli F, Neri I. Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. *Clin Ter.* 2020 Jan-Feb;170(1):e78-e86.
23. Mueller CG, Webb PJ, Morgan S. The Effects of Childbirth Education on Maternity Outcomes and Maternal Satisfaction. *J Perinat Educ.* 2020 Jan 1;29(1):16-22.
24. O'Kelly SM, Moore ZE. Antenatal maternal education for improving postnatal perineal healing for women who have birthed in a hospital setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Dec 4;12(12):CD012258.
25. Kowalska J, Dulnik M, Guzek Z, Strojek K. The emotional state and social support of pregnant women attending childbirth classes in the context of physical activity. *Sci Rep.* 2022 Nov 11;12(1):19295
26. Spiby H, Stewart J, Watts K, Hughes AJ, Slade P. The importance of face to face, group antenatal education classes for first time mothers: A qualitative study. *Midwifery.* 2022 Jun;109:103295.
27. Μωραΐτου Μ., Ψυχοσωματική ετοιμασία για τη μητρότητα, Αθήνα, 2007, *Επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΗΣΙΑΝΟΥ*
28. Janssen, P. A., Henderson, A. D., & Vedam, S. (2009). The experience of planned home birth: views of the first 500 women. *Birth*, 36(4), 297-304.
29. Kataoka, Y., Eto, H., & Iida, M. (2013). Outcomes of independent midwifery attended births in birth centres and home births: a retrospective cohort study in Japan. *Midwifery*, 29(8), 965-972.
30. Zielinski, R., Ackerson, K., & Kane Low, L. (2015). Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International journal of women's health*, 361-377.
31. Elder, H. R., Alio, A. P., & Fisher, S. G. (2016). Investigating the debate of home birth safety: A critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 297-308.
32. Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *Journal of midwifery & women's health*, 54(2), 119-126.

33. de Cock, T. P., Manniën, J., Geerts, C., Klomp, T., & de Jonge, A. (2015). Exclusive breastfeeding after home versus hospital birth in primary midwifery care in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 1-8.
34. Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57-62.
35. Walker, S. B., Rossi, D. M., & Sander, T. M. (2019). Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*, 79, 102552.
36. Aaserud, T. G., Tveiten, S., & Gjerlaug, A. K. (2016). Home visits by midwives in the early postnatal period. *Sykepleien*, 2.
37. Milani, H. S., Amiri, P., Mohsey, M., Monfared, E. D., Vaziri, S. M., Malekkhahi, A., & Salmani, F. (2017). Effect of health care as the “home visiting” on postpartum depression: A controlled clinical trial. *International Journal of Preventive Medicine*, 8.
38. Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczorowski, J., & McMaster University Postpartum Research Group. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210-220.
39. Schwind, B., Zemp, E., Jafflin, K., Späth, A., Barth, M., Maigetter, K., ... & Kurth, E. (2023). “But at home, with the midwife, you are a person”: experiences and impact of a new early postpartum home-based midwifery care model in the view of women in vulnerable family situations. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-11.
40. Cheng LY, Wang X, Mo PK. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: a systematic review. *Int J Public Health*. 2019 Sep;64(7):999-1014. doi: 10.1007/s00038-019-01266-5. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31197407.
41. Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y., & Schmied, V. (2010). Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and birth*, 23(1), 10-21.

42. Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E. (2010). First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Upsala journal of medical sciences*, 115(2), 131-137.
43. Tiruneh, G. T., Shiferaw, C. B., & Worku, A. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 19, 1-19.
44. Ridgway, L., Cramer, R., McLachlan, H. L., Forster, D. A., Cullinane, M., Shafiei, T., & Amir, L. H. (2016). Breastfeeding support in the early postpartum: Content of home visits in the SILC trial. *Birth*, 43(4), 303-312.
45. Johansson M, Thies-Lagergren L. Women's experience of the decision-making process for home-based postnatal midwifery care when discharged early from hospital: A Swedish interview study. *Eur J Midwifery*. 2022 Sep 9;6:60. doi: 10.18332/ejm/152547. PMID: 36132189; PMCID: PMC9460929.
46. Baghersad, Z., Mokhtari, F., & Bahadoran, P. (2019). Effect of home care on husband's support during the postpartum period. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, 29(4), 210-217.
47. Johansson, M., Östlund, P., Holmqvist, C., & Wells, M. B. (2022). Family life starts at home: Fathers' experiences of a newly implemented Swedish home-based postnatal care model—an interview study. *Midwifery*, 105, 103199.

