



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ**  
**ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ**

**ΤΗΣ**  
**ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΣΠΑΡΤΗ 2018**

Copyright © ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με θέμα <<ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ>> στο Τμήμα Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

## **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Τζιαφέρη Στυλιανή: Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (επιβλέπουσα)

Καλοκαιρινού Αθηνά: Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Τζαβέλλα Φωτεινή: Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

## **ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Τζιαφέρη Στυλιανή: Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (επιβλέπουσα)

Καλοκαιρινού Αθηνά: Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Τζαβέλλα Φωτεινή: Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Παναγιώτης Πρεζεράκος: Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Παναγιώτου Ασπασία: Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Περδικάρης Παντελεήμων: Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Κολοβός Πέτρος: Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

## Περίληψη

Η περίοδος της λοχείας είναι η περίοδος που ξεκινάει αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού και έχει διάρκεια 40 ημερών. Κατά τη διάρκεια αυτής της σημαντικής περιόδου η λεχwoίδα αναρρώνει από τις αλλαγές που υπέστη το σώμα της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και αναλαμβάνει το νέο της ρόλο, της μητέρας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εκτιμήσει τις υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της λοχείας. Οι έρευνες που εξετάζουν την περίοδο της λοχείας είναι πολύ λιγότερες από τις αντίστοιχες που εξετάζουν τις περιόδους της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Η παρούσα μελέτη ξεκινάει με μία εκτενή συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία PRISMA για τον προσδιορισμό των γνώσεων ως αναφορά στις βέλτιστες πρακτικές για την παροχή μαιευτικής φροντίδας σε γυναίκες μετά τον τοκετό.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 300 λεχwoίδες οι οποίες γέννησαν σε ένα ελληνικό επαρχιακό δημόσιο νοσοκομείο από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Ιούλιο του 2017, συμπληρώνοντας ερωτηματολόγια 40 ημέρες μετά τον τοκετό τους. Οι ερωτήσεις που απάντησαν οι μητέρες εξετάζαν την ικανοποίησή τους από τη φροντίδα που έλαβαν στη λοχεία, την επιλόχειο κατάθλιψη, δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Εκ παραλλήλου πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις σε 24 λεχwoίδες, 12 εκ των οποίων έλαβαν τη συνήθη φροντίδα στο νοσοκομείο και 12 εκ των οποίων δέχτηκαν επιπλέον κατ' οίκον επισκέψεις στη διάρκεια της λοχείας. Βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και εκείνες που δεν θήλασαν ήταν πολύ πιθανότερο (t-test p-value μικρότερο από 0,05) να παρουσιάσουν επιλόχειο κατάθλιψη. Οι λεχwoίδες που δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες από τη φροντίδα που έλαβαν από τους επαγγελματίες υγείας είχαν σημαντικά χαμηλότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν επιλόχειο κατάθλιψη. Οι διαστάσεις ικανοποίησης με τις υψηλότερες βαθμολογίες ήταν “υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας”, “υποστήριξη από τον σύζυγο/ σύντροφο” και “χρόνος αφιερωμένος στη λεχwoίδα” που δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε αυτούς τους τομείς. Οι διαστάσεις “πόνος μετά τον τοκετό” και “υγεία της λεχwoίδας” είχαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης δείχνοντας ότι εάν οι περιοχές αυτές βελτιωθούν θα αυξηθεί η γενική ικανοποίηση των γυναικών. Χρησιμοποιήθηκε θεματική ανάλυση για την επεξεργασία των

σημειώσεων που κρατήθηκαν από τις συνεντεύξεις με τις λεχωίδες. Τα βασικά θέματα που προέκυψαν από την ανάλυση και θεωρήθηκαν ουσιαστικής σημασίας για τις μητέρες ήταν η υποστήριξη των λεχωίδων από την οικογένειά τους, η υποστήριξη από το προσωπικό του νοσοκομείου και η ιατρική φροντίδα. Τα αποτελέσματα από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης ανάμεσα στις δύο ομάδες. Ωστόσο οι μέσες βαθμολογίες ικανοποίησης, όπως μετρήθηκαν από τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια των μητέρων που δέχτηκαν κατ' οίκον επισκέψεις στη διάρκεια της λοχείας, ήταν σταθερά υψηλότερες.

## **Abstract**

The postnatal period is the period commencing immediately after the birth of the baby and has duration of 40 days. During this important time, the woman recovers from the changes and stresses her body went through during pregnancy and delivery and assumes her new role for the care and nurture of her baby. Sadly, postnatal care is frequently not given as much research attention as pregnancy and labour. The objective of this research is to assess health services during the postnatal period. The thesis starts with an extensive systematic literature review using the PRISMA methodology to determine the known best practice for providing care to women postpartum.

A total of 300 women who gave birth in a regional Greek public hospital were surveyed 40 days after the birth of their baby using self-administered questionnaires. These covered postnatal satisfaction, postnatal depression, demographic and clinical information about the women. 24 women were also interviewed using semistructured interviews. 12 of the women interviewed were given postnatal home visits in addition to their standard hospital care to investigate the use of this intervention. It was found that women who had complications during pregnancy or labour and those that did not breastfeed were significantly more likely (t-test p-value less than 0,05) to have postnatal depression. Women with a greater satisfaction of the professional support they received had significantly lower depression. The postnatal satisfaction dimensions with the higher scores were “Professional support”, “Partner support” and “Time with the woman” which indicate a higher satisfaction in these areas. The dimensions “Pain after Birth” and “Woman’s health” had lower satisfaction scores indicating that these are areas which if improved would raise the general satisfaction of the women. Thematic analysis was used to analyse the field notes of the interviews in order to identify the patterns within the responses from the women. The key themes the women mentioned as important were the women’s support network, support from hospital staff and professional medical care. Whilst the results from the semi-structured interviews did not show any conclusive indication of increased levels of satisfaction, the average satisfaction scores from the postnatal questionnaire of the women who had postnatal home visits were consistently higher.

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Dr Lindsey Smith από το East Somerset Research Consortium για την παραχώρηση των ερωτήσεων από την κλίμακα ικανοποίησης της λοχείας, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Χαρά Τζαβάρα για την καθοδήγησή της με ορισμένες από τις στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν στο κεφάλαιο 5.

Η καθοδήγηση και η βοήθεια από τα μέλη της τριμελούς επιτροπής κυρία Στυλιανή Τζιαφέρη (επιβλέπουσα καθηγήτρια), κυρία Αθηνά Καλοκαιρινού και κυρία Φωτεινή Τζαβέλλα αναγνωρίζεται με μεγάλη ευγνωμοσύνη και εκτίμηση.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω και να εκφράσω την μεγάλη μου εκτίμηση προς όλες τις νέες μητέρες που πολύ ευγενικά συμφώνησαν να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη, με εμπιστεύτηκαν και μου αφιέρωσαν λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τον σύζυγό μου για τη συνεχή υποστήριξη και ενθάρρυνση. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα δύο παιδιά μου για την ενθάρρυνση, την υπομονή και την κατανόησή τους. Θα ήθελα να ευχαριστήσω και τους γονείς μου που στέκονται πάντα πλάι μου.



## Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή .....	11
2	Συστηματική Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας.....	12
2.1	Εισαγωγή .....	12
2.2	Αποτελέσματα Συστηματικής Ανασκόπησης.....	13
2.3	Χαρακτηριστικά της Βάσης Δεδομένων των άρθρων που επιλέχθηκαν .....	18
2.4	Προσδιορισμός Κύριων Θεμάτων .....	19
2.5	Βασικά Ευρήματα κάθε Κατηγορίας.....	21
2.5.1	Μέτρηση της Ικανοποίησης / Αντιλήψεων των γυναικών από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας κατά την περίοδο της Λοχείας.....	21
2.5.2	Οργάνωση και Τρόποι Παροχής Υπηρεσιών Υγείας κατά την περίοδο της Λοχείας .....	23
2.5.3	Προαγωγή Υγείας κατά τη διάρκεια της Λοχείας .....	31
2.5.4	Γονεϊκότητα και Φροντίδα του Βρέφους.....	34
2.5.5	Μητρικός Θηλασμός.....	35
2.5.6	Δίαιτα, Άσκηση και Απώλεια Βάρους στη Λοχεία .....	41
2.5.7	Διαχείριση Ασθενειών - Προβλημάτων Υγείας των Λεχωίδων και Εμβολιασμός των Βρεφών.....	43
2.5.8	Αντιμετώπιση Επιπλοκών στην περίοδο της Λοχείας.....	45
2.5.9	Επιλόχειος Κατάθλιψη, Κόπωση και Συναισθηματική/ Ψυχολογική Υποστήριξη.....	47
2.5.10	Κάπνισμα και Υποστήριξη Διακοπής Καπνίσματος στη Λοχεία.....	51
2.5.11	Υποστήριξη Ευάλωτων Ομάδων στη Λοχεία.....	52
2.5.12	Φροντίδα στην Περίοδο της Λοχείας, Γενική Κατηγορία.....	54
2.6	Συμπεράσματα .....	57
3	Εξέταση των Περιστατικών Επιλόχειας Κατάθλιψης σε Λεχωίδες που γέννησαν σε ένα Επαρχιακό Δημόσιο Νοσοκομείο.....	58
3.1	Εισαγωγή .....	58
3.2	Μεθοδολογία, Δειγματοληψία.....	58
3.3	Αποτελέσματα.....	63
3.4	Συμπεράσματα .....	69

4	Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Μαιών & στην Παροχή Μαιευτικών Υπηρεσιών στην Περίοδο της Λοχείας .....	70
4.1	Εισαγωγή .....	70
4.2	Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας .....	71
4.3	Συνθήκες Εργασίας στην Οικονομική Κρίση.....	74
4.4	Συμπεράσματα .....	75
5	Εξέταση της Ικανοποίησης των Λεχωίδων από τη Φροντίδα που λαμβάνουν στην Περίοδο της Λοχείας.....	77
5.1	Εισαγωγή .....	77
5.2	Μεθοδολογία, Δειγματοληψία.....	77
5.3	Αποτελέσματα.....	79
5.4	Συμπεράσματα .....	87
6	Συνεντεύξεις των Μητέρων στην Περίοδο της Λοχείας.....	88
6.1	Εισαγωγή .....	88
6.2	Μεθοδολογία, Δειγματοληψία.....	88
6.3	Αποτελέσματα.....	90
6.4	Ομάδα Ελέγχου –Γενικές Παρατηρήσεις .....	95
6.5	Ομάδα Παρέμβασης –Γενικές Παρατηρήσεις .....	96
6.6	Συζήτηση.....	97
7	Συμπεράσματα και Προτάσεις.....	98
8	Βιβλιογραφία .....	102
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – Δημοσιεύσεις στο πλαίσιο εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής .....	134
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – Δημοσιευμένο άρθρο με τα αποτελέσματα της Ποσοτικής Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής.....	136
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – Δημοσιευμένο άρθρο με τα αποτελέσματα της Ποιοτικής Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής .....	151
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 – Ερευνητικό Πρωτόκολλο .....	168
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5 – Πρωτόκολλο Συστηματικής Ανασκόπησης της Βιβλιογραφίας	176
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6 – Άρθρα που μελετήθηκαν στη Συστηματική Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας.....	180
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7 – Ερωτηματολόγιο .....	222
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8 – Έγκριση άδειας συλλογής δεδομένων από την 6 <sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ....	237

# 1 Εισαγωγή

Οι πρώτες ώρες, ημέρες και εβδομάδες μετά τον τοκετό είναι πάρα πολύ σημαντικές για τη λεχωίδα και το νεογνό. Δυστυχώς, στη φροντίδα της λοχείας δεν δίνεται τόσο μεγάλη έμφαση όσο στη φροντίδα της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Στην παρούσα έρευνα γίνεται προσπάθεια να διερευνηθεί η φροντίδα της λοχείας περισσότερο και να εντοπιστούν σημαντικές παράμετροί της. Το κεφάλαιο 2 εξετάζει τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία πάνω στο ερευνητικό πεδίο, ώστε να προσδιοριστούν τα κύρια θέματα και να μελετηθούν οι υπάρχουσες κλινικές πρακτικές. Ένα από τα κύρια θέματα που απασχολούν τη διεθνή βιβλιογραφία κατά την περίοδο της λοχείας είναι η επιλόχειος κατάθλιψη. Στο κεφάλαιο 3 περιγράφεται η έρευνα που έγινε στην παρούσα μελέτη αναφορικά με την επιλόχειο κατάθλιψη. Το κεφάλαιο 4 αναφέρεται στην επίδραση της οικονομικής κρίσης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των μαιών. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σχετικά με την ικανοποίηση των λεχωίδων από τη φροντίδα που έλαβαν κατά τη διάρκεια της λοχείας παρουσιάζονται και αναλύονται στο κεφάλαιο 5. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων από τις συνεντεύξεις που έγιναν σε λεχωίδες παρουσιάζεται στο κεφάλαιο 6. Συζήτηση των ευρημάτων που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη, προτάσεις για αλλαγές στην κλινική πράξη καθώς και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα αναφέρονται στο κεφάλαιο 7. Οι βιβλιογραφικές αναφορές καταχωρήθηκαν στο κεφάλαιο 8. Οι δημοσιεύσεις στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής παρουσιάζονται στο Παράρτημα 1. Το δημοσιευμένο άρθρο με τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής καταχωρήθηκε στο Παράρτημα 2. Το δημοσιευμένο άρθρο με τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής καταχωρήθηκε στο Παράρτημα 3. Το ερευνητικό πρωτόκολλο για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής παρουσιάζεται στο Παράρτημα 4. Το πρωτόκολλο για τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταχωρήθηκε στο Παράρτημα 5. Η βάση δεδομένων με τα άρθρα που μελετήθηκαν για τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δίδεται στο Παράρτημα 6. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται στο Παράρτημα 7. Η έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων από την 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. καταχωρείται στο Παράρτημα 8.

## 2 Συστηματική Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας

### 2.1 Εισαγωγή

Η περίοδος της λοχείας ξεκινάει αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού και έχει διάρκεια 40 ημερών. Σε αυτή την περίοδο πολλές μεταβολές συμβαίνουν στο σώμα της λεχωίδας, ώστε να αποκατασταθούν οι αλλαγές που υπέστη το σώμα της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Η λεχωίδα επιπλέον αναλαμβάνει τον νέο της ρόλο, αυτόν της μητρότητας. Οι γονείς, με τον ερχομό του μωρού στη ζωή τους, βιώνουν μία μεταβατική περίοδο προσαρμογής στη νέα οικογενειακή ζωή. Οι σημαντικότερες αλλαγές ως προς τη φυσιολογία της λοχείας περιλαμβάνουν την παλινδρόμηση της μήτρας μετά τον τοκετό, την επούλωση της επισιτομής ή της τομής της καισαρικής, την εμφάνιση των λοχιών και την εγκατάσταση της γαλουχίας για τις μητέρες που επιλέγουν να θηλάσουν τα μωρά τους. Οι ψυχολογικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της λοχείας μπορεί να έχουν πολύ μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ αγάπης και χαράς ή ενοχών, φόβου, πανικού ή κατάθλιψης. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επικεντρωθούν στην προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας της λεχωίδας, του νεογνού και της νέας οικογένειας (Creatas 1998, Bennett *et al.* 1999, Henderson & Jones 1997). Πρέπει να εντοπίζουν άμεσα και να προχωρούν στις κατάλληλες παρεμβάσεις σε κάθε περιστατικό απόκλισης από τη φυσιολογική σωματική ή ψυχολογική προσαρμογή στην περίοδο της λοχείας. Είναι απαραίτητο να ενθαρρύνουν την εφαρμογή των πιο σωστών μεθόδων για τη διατροφή και τη φροντίδα του νεογνού και να προάγουν την ανάπτυξη υγιών σχέσεων ανάμεσα στους γονείς και το βρέφος. Οφείλουν να υποστηρίξουν και να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση της νέας μητέρας και του νέου πατέρα και να διευκολύνουν τη μετάβασή τους στο ρόλο των γονέων (Wilkins 2006, Emmanuel *et al.* 2011).

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζεται η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για να προσδιοριστούν οι καλύτερες πρακτικές παροχής φροντίδας στην περίοδο της λοχείας, με σκοπό να βελτιωθεί η ικανοποίηση των γυναικών από τη φροντίδα που λαμβάνουν. Χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία PRISMA (Moher *et al.* 2009) για να μελετηθούν τριακόσια πενήντα άρθρα με μεγάλη λεπτομέρεια.

## **2.2 Αποτελέσματα Συστηματικής Ανασκόπησης**

Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ώστε να καθοριστούν οι αποτελεσματικότερες πρακτικές στην κλινική πράξη για την παροχή μαιευτικής φροντίδας στην περίοδο της λοχείας. Έγινε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Medline, Cochrane library, Bio Med Central και Google Scholar. Άλλες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων στις οποίες έγιναν αναζητήσεις ήταν οι ASSIA (Applied Social Sciences Index and Abstracts) και psycinfo (American Psychological Association), αλλά καθώς διαπιστώθηκε ότι δεν παρείχαν επιπλέον συναφή αποτελέσματα δεν χρησιμοποιήθηκαν και δεν αναφέρονται περαιτέρω.

Αφού έγιναν αναζητήσεις με έναν μεγάλο αριθμό όρων αναζήτησης, τελικά επιλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν επτά όροι αναζήτησης που σχετίζονται με τη μαιευτική, την προαγωγή της υγείας και την περίοδο της λοχείας. Ο Πίνακας 1 περιλαμβάνει τους 7 όρους αναζήτησης μαζί με τον αριθμό των άρθρων που βρέθηκαν για κάθε όρο αναζήτησης. Οι αναζητήσεις περιορίστηκαν αρχικά στον τίτλο και στην περίληψη των άρθρων για να μειωθεί ο αριθμός των άρθρων σε εφικτούς αριθμούς και να διασφαλιστεί ότι μόνο τα περισσότερα σχετικά άρθρα με το θέμα θα αναλύονταν. Η επιλογή περιορισμού της αναζήτησης σε τίτλο και περίληψη δεν υπήρχε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar, ωστόσο ήταν δυνατό η αναζήτηση να γίνει ανάμεσα σε όλο το κείμενο του άρθρου ή στον τίτλο του άρθρου. Χρησιμοποιήθηκαν και οι δύο επιλογές προκειμένου να καθοριστούν τα άρθρα που επιλέχθηκαν. Η αναζήτηση με τις λέξεις κλειδιά σε όλο το κείμενο στο Google συνήθως δίνει αρκετές χιλιάδες αποτελέσματα. Για τον παραπάνω λόγο χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά μόνο ως προς τον τίτλο για να επιλεγούν τα πιο σχετικά άρθρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αναζήτηση στο Google είναι πιο δύσκολη εν συγκρίσει με τις ιατρικές ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, στις οποίες γίνονται αναζητήσεις βάση της περίληψης των άρθρων. Το τελευταίο αιτιολογεί τον λόγο που τα αποτελέσματα που αντλήθηκαν από την Google ήταν αρκετά λιγότερα σε αριθμό. Η ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar αποδείχτηκε πολύ χρήσιμο εργαλείο αναζήτησης καθώς τα άρθρα που βρέθηκαν σε άλλες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων ήταν διαθέσιμα και στο Google Scholar υποδειλώνοντας ότι έχει πρόσβαση σε πολλές βάσεις δεδομένων. Επιπλέον, τα αποτελέσματα από την Google ήταν εξαιρετικά συναφή και συχνά το πλήρες κείμενο ήταν διαθέσιμο χωρίς χρέωση.

Συνολικά βρέθηκαν 678 άρθρα, από τα οποία 193 ήταν διπλές εγγραφές, αφήνοντας συνολικά 485 άρθρα για περαιτέρω μελέτη, Πίνακας 1. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένες διπλές εγγραφές βρέθηκαν κατά την αναζήτηση των ίδιων όρων κλειδιών στην ίδια βάση δεδομένων, υποδεικνύοντας ότι ορισμένες βάσεις δεδομένων (κυρίως η βιβλιοθήκη Cochrane) περιέχουν πολλαπλές καταχωρίσεις για το ίδιο άρθρο.

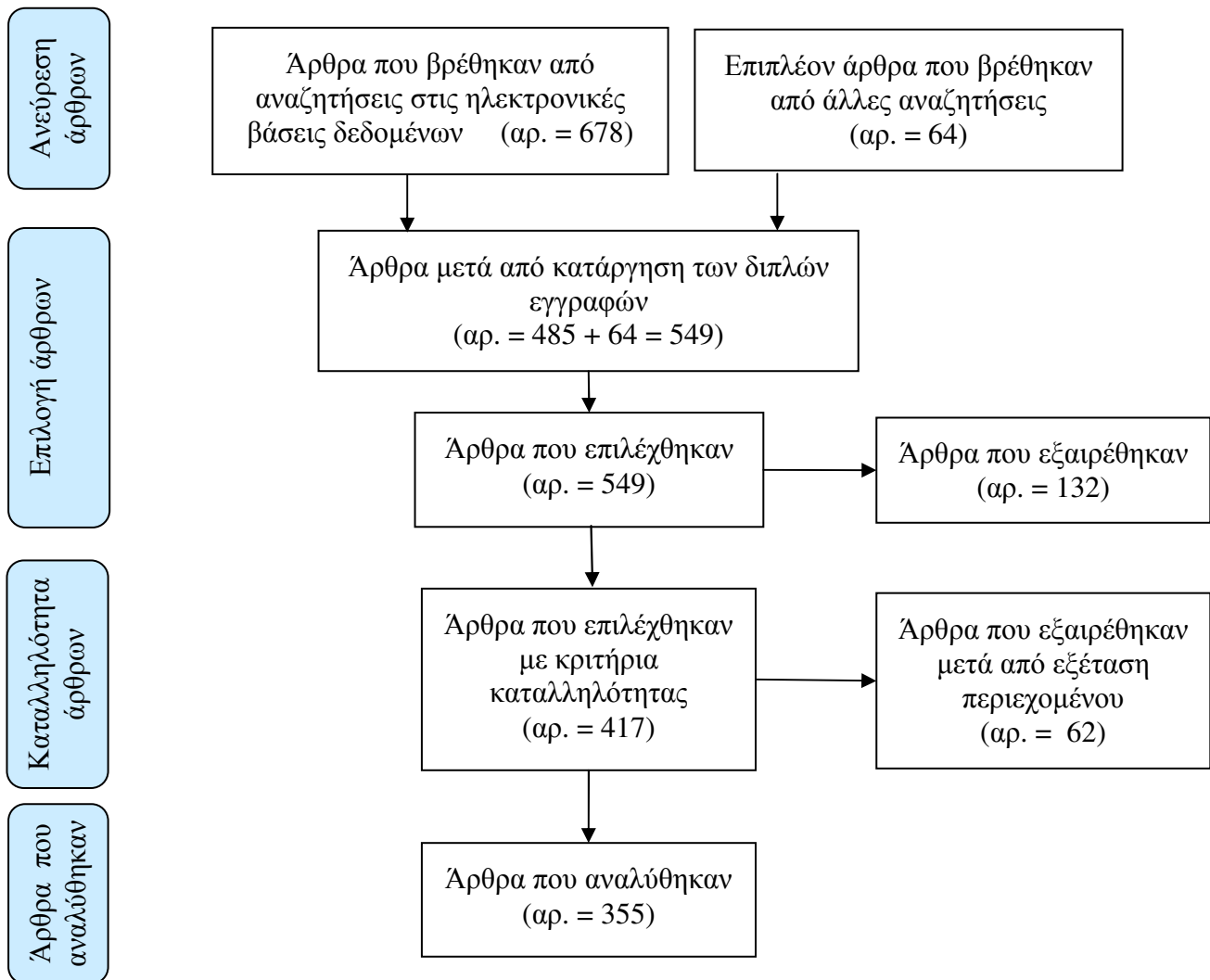
**Πίνακας 1 – Αριθμός άρθρων από κάθε βάση δεδομένων για κάθε όρο αναζήτησης**

Λέξεις κλειδιά	Pubmed/ Medline	Cochrane	BioMed	Google Scholar		Διπλές εγγραφές	Σύνολο
				All text	Title		
“Midwifery Care” & “postnatal”	42	26	4	5650	12	15	84-15= <b>69</b>
“Midwifery Care” & “postpartum”	46	30	8	5820	10	18	94-18= <b>76</b>
“Community midwifery” & “postnatal”	5	5	1	1050	2	4	13-4= <b>9</b>
“Community midwifery” & “postpartum”	3	3	0	1030	0	1	6-1= <b>5</b>
“Health Promotion” & “postnatal”	46	103	22	24700	2	17	173-17= <b>156</b>
“Health Promotion” & “postpartum”	64	142	24	24600	16	18	246-18= <b>228</b>
“Women’s views” & “Postnatal care”	34*	14	3	452	11	10	62-10= <b>52</b>
Αριθμός διπλών εγγραφών	22	81	5	-	2	193 (all combined)	
<b>Σύνολο</b>	240-22= <b>238</b>	323-81= <b>242</b>	62-5= <b>57</b>	-	53-2= <b>51</b>		678-193= <b>485</b>

Οι ιατρικές βάσεις δεδομένων όπου έγινε αναζήτηση σε τίτλο & περιλήψη εκτός από εκείνες που σημειώθηκαν με \*, όπου η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε όλα τα πεδία

Μετά την αρχική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων κάθε ένα άρθρο ελέγχθηκε με λεπτομέρεια ώστε να επιλεγούν τα πιο κατάλληλα. Το πρώτο στάδιο επιλογής αφορούσε τον έλεγχο του τίτλου του άρθρου ώστε να εξαιρεθούν άρθρα που δεν είχαν άμεση σχέση με το αντικείμενο της παρούσας μελέτης (την παροχή ή την αξιολόγηση της φροντίδας των γυναικών στην περίοδο της λοχείας). Μετά από αυτή τη διαδικασία 132 άρθρα που δεν είχαν άμεση σχέση εξαιρέθηκαν. Έτσι μειώθηκε ο

αριθμός των άρθρων από 485 σε 353. Σε αυτά προστέθηκαν άλλα 64 σχετικά άρθρα που προέκυψαν από τη χρήση άλλων όρων αναζήτησης. Οπότε ο συνολικός αριθμός των άρθρων που επιλέχθηκαν έφτασε τα 417. Από αυτά εξαιρέθηκαν 62 άρθρα, που δεν αφορούσαν πρωτοβάθμια έρευνα. Έτσι διαμορφώθηκε ο αριθμός των άρθρων που αναλύθηκαν σε 355, Σχήμα 1.



**Σχήμα 1 – PRISMA (Moher *et al.* 2009) Διάγραμμα ροής που παρουσιάζει τη μεθοδολογία και τα άρθρα που αναλύθηκαν σε κάθε στάδιο**

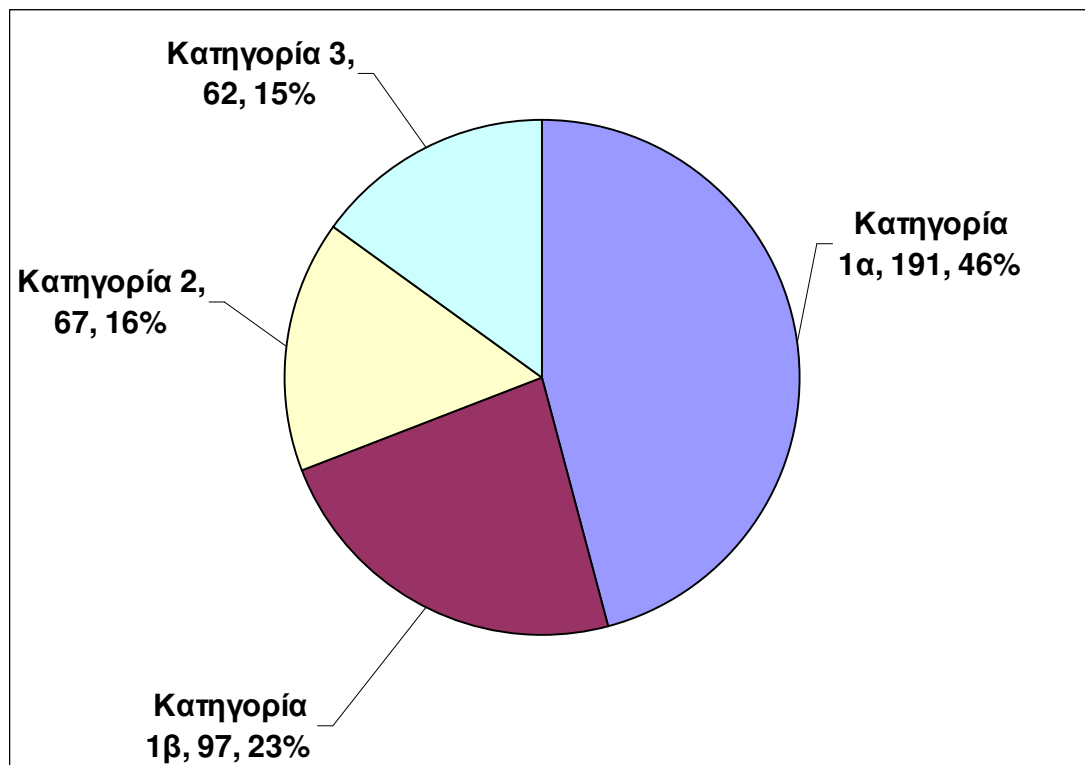
Τα άρθρα που επιλέχθηκαν μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις γενικές κατηγορίες:

- Ερευνητικά άρθρα-πρωτότυπες εργασίες (κατηγορία 1)



- Βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις/ Μετα-αναλύσεις (κατηγορία 2)
- Άρθρα χωρίς άμεση σύνδεση με την πρωτοβάθμια έρευνα π.χ. άρθρα που περιλαμβάνουν σχόλια ή κρίσεις, περιγραφές νέων τρόπων εργασίας ή προτάσεις για νέες μελέτες (κατηγορία 3)

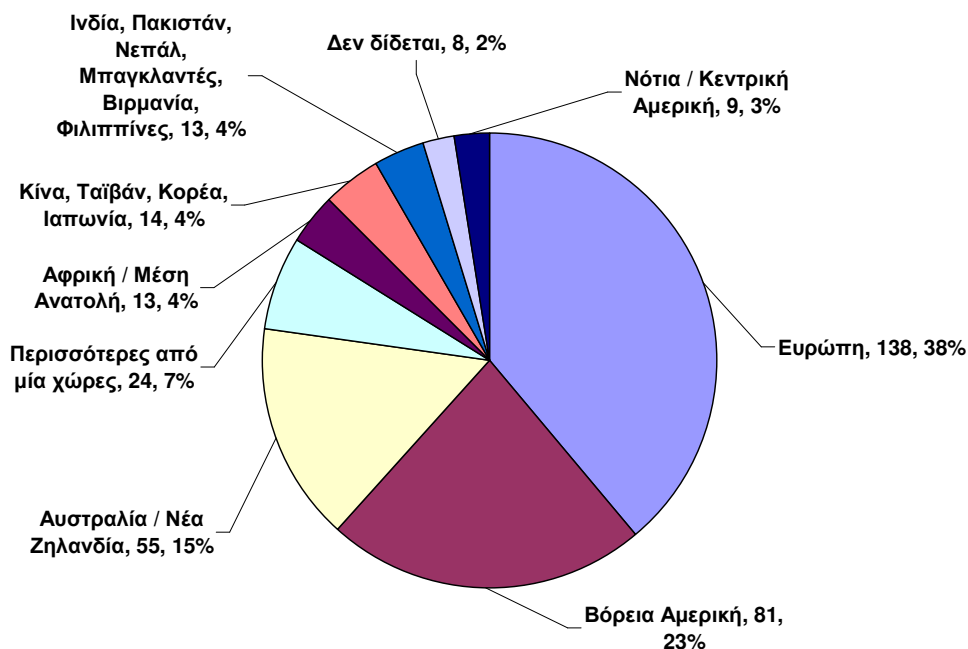
Η κατηγορία 1 χωρίστηκε περαιτέρω σε δύο υποκατηγορίες. Την κατηγορία 1α όπου η έρευνα περιελάμβανε ποσοτικά αποτελέσματα και την κατηγορία 1β όπου η έρευνα, τυπικά από μικρό αριθμό δείγματος, περιελάμβανε ποιοτικά αποτελέσματα. Ο διαχωρισμός των άρθρων με βάση την κατηγορία που κατατάσσονται παρουσιάζεται στο Σχήμα 2. Τα 62 άρθρα της κατηγορίας 3, τα οποία δεν είχαν άμεση σύνδεση με την πρωτοβάθμια έρευνα εξαιρέθηκαν, με αποτέλεσμα να διαμορφωθεί μία βάση δεδομένων με 355 άρθρα, τα οποία αναλύθηκαν.



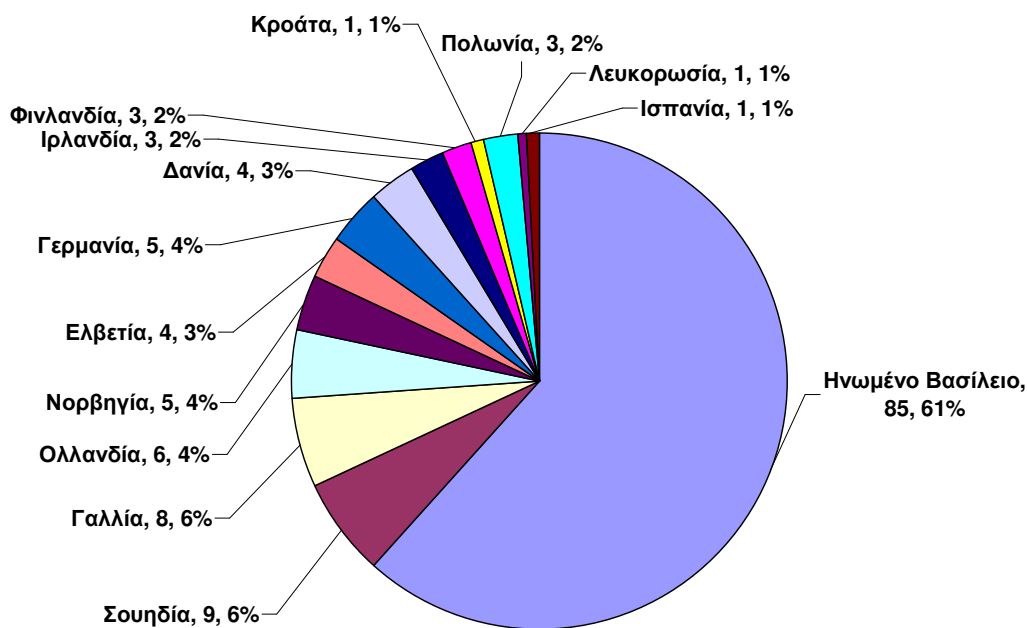
**Σχήμα 2 – Κατηγορίες στις οποίες ομαδοποιήθηκαν τα άρθρα που επιλέχθηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας**

## 2.3 Χαρακτηριστικά της Βάσης Δεδομένων των άρθρων που επιλέχθηκαν

Αυτή η ενότητα περιγράφει τα χαρακτηριστικά της βάσης δεδομένων των 355 άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη. Όπου ήταν δυνατόν, σημειώθηκε η χώρα προέλευσης κάθε άρθρου, ώστε να εντοπιστούν οι κύριες χώρες που πραγματοποιούν έρευνα πάνω στον τομέα της λοχείας. Αυτή η τακτική αποκάλυψε ότι παρόλο που οι έρευνες ήταν από όλο τον κόσμο, υπάρχει ένας μεγάλος όγκος μελετών από την Ευρώπη (39%), τη Βόρεια Αμερική (23%) και από την Αυστραλία / Νέα Ζηλανδία (15%), Σχήμα 3. Όταν εξετάστηκε η κατανομή των ερευνών ανά την Ευρώπη, Σχήμα 4, η κυριαρχία των μελετών όπου η αγγλική είναι η μητρική γλώσσα γίνεται σαφής, με πάνω από 60% όλων των μελετών να προέρχονται από αγγλόφωνες χώρες. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ένας πιθανός παράγοντας που μπορεί να οδήγησε στα παραπάνω συμπεράσματα είναι ότι η βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε χρησιμοποιώντας βάσεις δεδομένων και όρους αναζήτησης στην αγγλική γλώσσα. Ωστόσο, στην παρούσα ανασκόπηση έχει συμπεριληφθεί επαρκής αριθμός μελετών από άλλες χώρες, μη αγγλόφωνες, με σκοπό να υπάρχει πιο αντικειμενική κάλυψη του θέματος.



Σχήμα 3 – Χώρες πρέλευσης των ερευνών ανά τον κόσμο



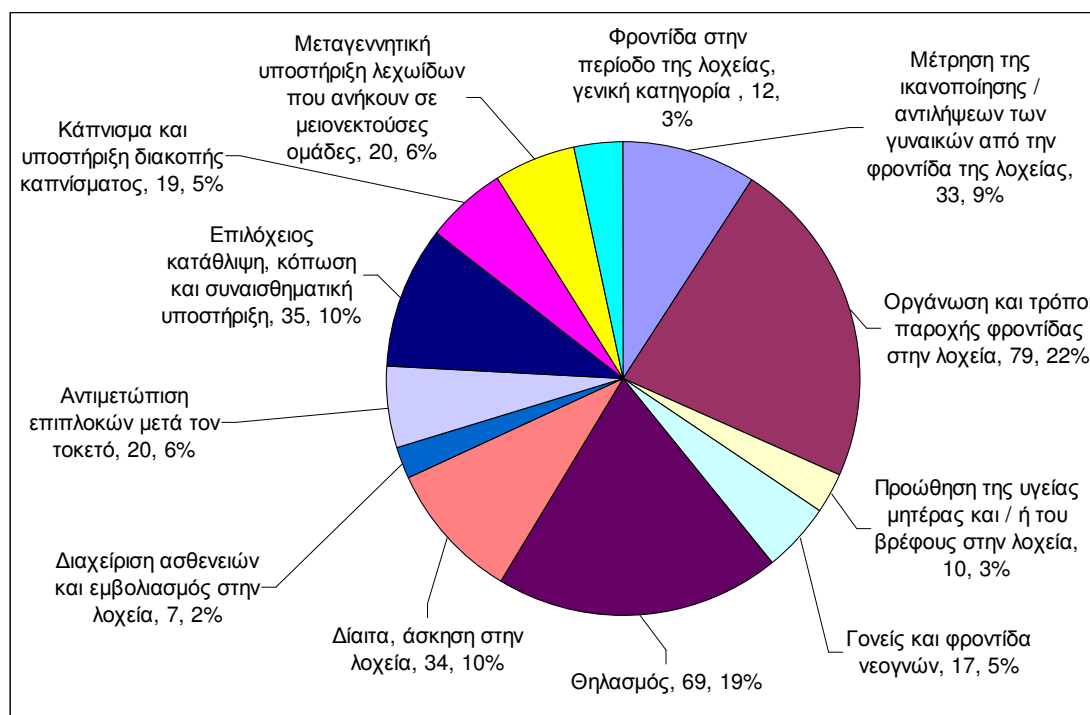
Σχήμα 4 – Χώρες πρέλευσης των ερευνών ανά την Ευρώπη

## 2.4 Προσδιορισμός Κύριων Θεμάτων

Συνολικά αναλύθηκαν 355 δημοσιεύσεις και ταυτοποιήθηκαν τα κύρια θέματα που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας στις νέες μητέρες στην περίοδο της λοχείας. Έπειτα από τον προσδιορισμό του κύριου θέματος που ερευνά κάθε άρθρο ακολούθησε τοποθέτησή του στην κατάλληλη θεματική κατηγορία. Οι θεματικές κατηγορίες καθώς και ο αριθμός των σχετικών άρθρων είναι οι ακόλουθες και παρουσιάζονται στο Σχήμα 5.

1. Μέτρηση της ικανοποίησης / αντιλήψεων των γυναικών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας κατά την περίοδο της λοχείας, 33 άρθρα (9%).
2. Οργάνωση και τρόποι παροχής υπηρεσιών υγείας κατά την περίοδο της λοχείας, 79 άρθρα (22%).
3. Υγεία και προαγωγή της υγείας της νέας μητέρας και / ή του βρέφους στην περίοδο της λοχείας, 10 άρθρα (3%).
4. Γονεϊκότητα και φροντίδα του βρέφους, 17 άρθρα (5%).
5. Θηλασμός, 69 άρθρα (19%).
6. Δίαιτα, άσκηση και απώλεια βάρους στη λοχεία, 34 άρθρα (10%).

7. Διαχείριση προβλημάτων υγείας- ασθενειών των λεχωίδων και εμβολιασμός των βρεφών, 7 άρθρα (2%).
8. Αντιμετώπιση επιπλοκών μετά τον τοκετό π.χ. αιμορραγίες της λοχείας, φλεγμονές, πόνος στο περίνεο, πονοκέφαλος μετά από επισκληρίδιο ή ραχιαία αναισθησία, επιπλοκές από το ουροποιητικό, 20 άρθρα (6%).
9. Επιλόχειος κατάθλιψη, κόπωση και συναισθηματική/ψυχολογική υποστήριξη, 35 άρθρα (10%).
10. Κάπνισμα και υποστήριξη διακοπής καπνίσματος στη λοχεία, 19 άρθρα (5%).
11. Μεταγεννητική υποστήριξη γυναικών που ανήκουν σε ευάλωτες και μειονεκτούσες ομάδες π.χ. με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, χρηστών ναρκωτικών, θύματα ενδοοικογενειακής βίας, 20 άρθρα (6%).
12. Περίθαλψη στην περίοδο της λοχείας, γενική κατηγορία που περιλαμβάνει έρευνες οι οποίες δεν κατηγοριοποιούνται στις προηγούμενες θεματικές ενότητες, 12 άρθρα (3%).



**Σχήμα 5 – Αριθμός άρθρων ανά θεματική κατηγορία**

Επιτεύχθη μία πολύ καλή αντιπροσώπευση άρθρων ανά θεματική κατηγορία, με τον αριθμό των δημοσιεύσεων να κυμαίνεται από 7 έως 79 σε κάθε θεματική ενότητα. Τα άρθρα καμίας θεματικής κατηγορίας δεν υπερβαίνουν το 25% του συνολικού αριθμού των άρθρων που αναλύθηκαν. Τα άρθρα σε κάθε θεματική κατηγορία εξετάστηκαν και συνοψίζονται στις ακόλουθες ενότητες. Συστάσεις για την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών στην κλινική πράξη κατά την περίοδο της λοχείας δίνονται για κάθε θεματική κατηγορία.

## **2.5 Βασικά Ευρήματα κάθε Κατηγορίας**

Οι ακόλουθες ενότητες συνοψίζουν τα κύρια ευρήματα από τις αναλύσεις των άρθρων σε κάθε θεματική κατηγορία.

### **2.5.1 Μέτρηση της Ικανοποίησης / Αντιλήψεων των γυναικών από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας κατά την περίοδο της Λοχείας**

Έχουν δημοσιευτεί διάφορα εργαλεία που μετράνε την ικανοποίηση / αντιλήψεις των νέων μητέρων για τη φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας, μεταξύ των οποίων τα ακόλουθα:

- WOMen's views of Birth Postnatal Satisfaction Questionnaire (WOMBPN SQ) [Smith (2011)]
- The Mother-Generated Index (MGI) [Symon *et al.* (2003)]
- Postnatal Morbidity Index (PNMI) [Glazner *et al.* (1995)]
- Postnatal version of the Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA) scale [Kumar *et al.* (1984)]
- Cohen perceived stress scale (PSS) [Cohen *et al.* 1983 and Chaaya (2010)]

Πολλά από αυτά τα εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιούν δηλώσεις που απαιτούν από τις συμμετέχουσες να κυκλώσουν μία απάντηση σε μία Κλίμακα Αθροιστικής Βαθμολόγησης (Likert scale). Για παράδειγμα, μία κλίμακα Likert επτά σημείων περιλαμβάνει απαντήσεις οι οποίες υποδηλώνουν διαφορετικό βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με την πρόταση (ευνοϊκή ή δυσμενή σε σχέση με το υπό μελέτη ζήτημα) όπως: 'συμφωνώ απόλυτα', 'συμφωνώ πολύ', 'συμφωνώ', 'είμαι ουδέτερη',

‘διαφωνώ’, ‘διαφωνώ πολύ’ και ‘διαφωνώ απόλυτα’. Αυτό επιτρέπει την αριθμητική αξιολόγηση και τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Τα ερευνητικά εργαλεία έχουν μεταφραστεί σε διαφορετικές γλώσσες και χρησιμοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες από διαφορετικούς ερευνητές. Παρακάτω συνοψίζονται τα βασικά αποτελέσματα από τις μελέτες των ερευνητών όπου χρησιμοποιήθηκαν αυτά τα εργαλεία και ανοιχτές ερωτήσεις οι οποίες επιτρέπουν στις μητέρες να περιγράψουν τις εμπειρίες και τις απόψεις τους για τη φροντίδα που έλαβαν στην περίοδο της λοχείας:

- Οι νέες μητέρες συχνά στερούνται εκπαίδευσης και γνώσης για την περίοδο της λοχείας (Martin *et al.* 2014, Bailey 2010, Fenwick *et al.* 2010, Rudman & Waldenström 2007, Cronin 2003, Stamp & Crowther 1994, Smith 1989).
- Υπάρχει συχνά έλλειψη συνέχειας ή απουσία επαρκούς φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας κατά την περίοδο της λοχείας (Martin *et al.* 2014, Bailey 2010, Rudman & Waldenström 2007, Cronin 2003, Stainton *et al.* 1999, Stamp & Crowther 1994).
- Οι επισκέψεις κατ’ οίκον στην περίοδο της λοχείας εκτιμώνται θετικά από τις νέες μητέρες (Bailey 2010, Smith 1989), αν και μερικές λεχνοίδες προτιμούν μία μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο με λιγότερες ή καθόλου επισκέψεις κατ’ οίκον μετά τον τοκετό (Kenny *et al.* 1993).
- Μπορεί να παρέχονται ελλειπίες ή αντιφατικές συμβουλές για το μητρικό θηλασμό (Beake *et al.* 2010, Bailey 2010, Hildingsson 2007, Rudman & Waldenström 2007, Cronin 2003, Stainton *et al.* 1999, Smith 1989).
- Οι νέες μητέρες συχνά δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένες από τη φροντίδα που έλαβαν στην περίοδο της λοχείας σε σύγκριση με τη φροντίδα που έλαβαν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στον τοκετό τους (Guest & Stamp 2009, Brown *et al.* 2005).
- Υπάρχει ανάγκη ευελιξίας και εξατομίκευσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της λοχείας για τις νέες μητέρες και τις οικογένειές τους (McLachlan *et al.* 2009, Hildingsson 2007, Stainton *et al.* 1999, Smith 1989).
- Πρέπει να δοθεί από τους επαγγελματίες υγείας η δέουσα προσοχή και υποστήριξη στον νέο πατέρα για να τον βοηθήσουν να προσαρμοστεί και να στηρίξει την οικογένειά του (Rudman & Waldenström 2007, Stainton *et al.* 1999, Smith 1989). Είναι σκόπιμο να αναγνωριστεί ότι οι οικογένειες είναι

διαφορετικές, έτσι ο ρόλος και το επίπεδο συμμετοχής του πατέρα είναι διαφορετικός σε διαφορετικές οικογένειες (Hildingsson 2007).

- Οι συμβουλές που δίνονται σε κάθε γονέα ανάλογα με τις δικές του ανάγκες στην περίοδο της λοχείας είναι συνήθως οι συμβουλές που εκτιμώνται περισσότερο (Stainton *et al.* 1999).
- Συμβουλές που σχετίζονται με συμπτώματα της λεχωίδας, ιδιαίτερα όταν έχουν να κάνουν με αντιμετώπιση του πόνου, είναι σημαντικό να δίνονται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, ιδιαίτερα κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό (Stainton *et al.* 1999, Smith 1989).
- Η νοσηρότητα μετά τον τοκετό είναι εκτεταμένη και πολλές φορές παθολογικά συμπτώματα υποδιαγιγνώσκονται με αποτέλεσμα να μην χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία στις λεχωίδες. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν μέτρα για τη μείωση της νοσηρότητας μετά τον τοκετό (Glazener *et al.* 1995).

## **2.5.2 Οργάνωση και Τρόποι Παροχής Υπηρεσιών Υγείας κατά την περίοδο της Λοχείας**

Αυτή η υποενότητα χωρίζεται σε πέντε επιμέρους θέματα που καλύπτουν τις διάφορες πτυχές οργάνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της λοχείας όπως αυτές παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Αυτά είναι:

- Παροχή υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της λοχείας στο νοσοκομείο ή κατ' οίκον
- Τύποι φροντίδας στην περίοδο της λοχείας
- Φροντίδα στην περίοδο της λοχείας όπου κύριο ρόλο στην οργάνωσή της έχουν οι γιατροί ή οι μαίες ή μία μαία η οποία έχει αναλάβει τη φροντίδα της γυναίκας από τη στιγμή που μένει έγκυος έως τον τοκετό της και τη λοχεία
- Χρήση της τεχνολογίας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- Διαθεσιμότητα και παροχή μεταγεννητικής φροντίδας

### 2.5.2.1 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας κατά τη διάρκεια της Λοχείας στο Νοσοκομείο ή Κατ' οίκον

Παρατηρείται μία αυξανόμενη τάση στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου (Yoshid & Sandall 2013) και της Ελβετίας (Blöchlinger *et al.* 2014) να παρέχεται μεταγεννητική φροντίδα κατ' οίκον παρά στο νοσοκομείο. Οι Blöchlinger *et al.* 2014, διαπίστωσαν ότι η σχέση που χτίζεται μεταξύ της νέας μητέρας και της μαίας αποτελεί σημαντική στήριξη για τη λεχωίδα. Οι λεχωίδες δήλωσαν πολύ πιο ικανοποιημένες όταν η μαία αντιλαμβανόταν τις ανάγκες τους, σεβόταν την αυτονομία τους και τους αφιέρωνε αρκετό χρόνο. Οι Yoshid & Sandall 2013, βρήκαν ότι υπήρχε μεγαλύτερος βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης στις μαίες που εργάζονταν στην κοινότητα σε σύγκριση με τις μαίες που εργάζονταν στο νοσοκομείο, εν μέρει λόγω του πιο εκτεταμένου ωραρίου εργασίας. Διαπίστωσαν ότι η επαγγελματική αυτονομία και η στήριξη της ισορροπίας προσωπικής- επαγγελματικής ζωής από τη διοίκηση του νοσοκομείου αποτελούν παράγοντες πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα.

Οι Yonemoto *et al.* (2013) εξέτασαν τα αποτελέσματα 12 τυχαιοποιημένων μελετών με δεδομένα για περισσότερες από 11.000 λεχωίδες και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μεταγεννητικές επισκέψεις στο σπίτι προάγουν την υγεία των βρεφών και την ικανοποίηση της νέας μητέρας. Ωστόσο, η συχνότητα, ο χρόνος και η διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων στην περίοδο της λοχείας πρέπει να βασίζονται στις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε γυναίκας. Οι Gagnon *et al.* 2002 έκαναν μία τυχαιοποιημένη μελέτη σε λεχωίδες οι οποίες έλαβαν μεταγεννητική φροντίδα στο νοσοκομείο έναντι λεχωίδων οι οποίες έλαβαν μεταγεννητική φροντίδα στο σπίτι. Δεν διαπίστωσαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην καθημερινή συχνότητα μητρικού θηλασμού ή στην ημερήσια αύξηση του βάρους του βρέφους ανάμεσα στις δύο ομάδες. Οι Boulvain *et al.* 2004, ολοκλήρωσαν επίσης μία μελέτη μεταξύ λεχωίδων που έλαβαν φροντίδα στο νοσοκομείο έναντι λεχωίδων που έλαβαν κατ' οίκον επισκέψεις. Διαπίστωσαν ότι οι λεχωίδες στην κατ' οίκον ομάδα φροντίδας είχαν μικρότερη διαμονή στο νοσοκομείο (65 έναντι 106 ωρών,  $p < 0,001$ ) και περισσότερες κατ' οίκον επισκέψεις από τη μαία (4,8 έναντι 1,7 επισκέψεων,  $p < 0,001$ ) από τις λεχωίδες στην ομάδα νοσοκομειακής φροντίδας. Τα ποσοστά θηλασμού 28 ημέρες μετά τον τοκετό ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο ομάδων (90%



έναντι 87%,  $p = 0,30$ ), αλλά οι λεχωίδες στην κατ' οίκον ομάδα φροντίδας ανέφεραν λιγότερα προβλήματα με το θηλασμό και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη βοήθεια που έλαβαν. Δεν βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά την ικανοποίηση από την περίθαλψη, τις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο, τα ποσοστά κατάθλιψης και την γενική κατάσταση της υγείας της λεχωίδας. Υψηλότερο ποσοστό νεογνών στην κατ' οίκον ομάδα φροντίδας επανεισήχθη στο νοσοκομείο κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά τον τοκετό (12% έναντι 4,8%,  $p = 0,004$ ). Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε εγκυμοσύνες και τοκετούς χαμηλού κινδύνου, ένα σύντομο εξιτήριο από το νοσοκομείο και επισκέψεις των μαιών κατ' οίκον στην περίοδο της λοχείας αποτελεί αποδεκτή πρακτική φροντίδας της λοχείας έναντι μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας στο νοσοκομείο. Οι προτιμήσεις των νέων μητέρων και οι οικονομικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την επιλογή του τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της λοχείας. Σε μία σχετική μελέτη οι Petrou *et al.* 2004, διαπίστωσαν ότι μία πολιτική σύντομου εξιτηρίου από το νοσοκομείο, σε συνδυασμό με κατ' οίκον μαιευτική φροντίδα, μειώνει σημαντικά το κόστος χωρίς να μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τη λεχωίδα και το νεογνό.

### **2.5.2.2 Τύποι Φροντίδας στην περίοδο της Λοχείας**

Οι Fryer & Weaver (2014) μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας διαπίστωσαν ότι ήταν πολλές οι μελέτες που συνιστούσαν ότι σε όλες τις λεχωίδες πρέπει να δίνεται η ευκαιρία να συζητήσουν την εμπειρία του τοκετού τους με τη μαία κατά την περίοδο της λοχείας. Ένα ευρέως αναφερόμενο συμπέρασμα στη βιβλιογραφία σχετικά με τον απολογισμό των εμπειριών των λεχωίδων από τον τοκετό τους, τις συμβουλευτικές συνεδρίες και άλλες παρεμβάσεις αυτού του τύπου είναι ότι η πλειοψηφία των νέων μητέρων θέλει και χρειάζεται να μιλήσει για την εμπειρία του τοκετού τους. Όταν τους δίνεται η ευκαιρία να μιλήσουν για την εμπειρία του τοκετού, οι λεχωίδες αναφέρονται πολύ θετικά σε αυτό.

Οι Forster *et al.* (2014), ολοκλήρωσαν μία μελέτη σε 109 γυναίκες και διαπίστωσαν ότι οι μητέρες ήταν πολύ θετικές σχετικά με τον εξατομικευμένο προγραμματισμό της φροντίδας της λοχείας που άρχιζε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δεδομένου ότι η παραμονή στο νοσοκομείο μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους κλινικούς παράγοντες, συνιστούν ότι ο εξατομικευμένος προγραμματισμός περίθαλψης πρέπει να συνεχίζεται στην περίοδο της λοχείας, ώστε να ληφθούν υπόψη περιστάσεις που

δεν μπορούν να προγραμματιστούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό το εύρημα υποστηρίζει και η σύσταση του Ινστιτούτου NICE (The National Institute for Health and Care Excellence in the UK) ότι «Το εξατομικευμένο πρόγραμμα φροντίδας της λοχείας της νέας μητέρας και του νεογνού πρέπει να εξετάζεται και να τεκμηριώνεται σε κάθε επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τη λεχωίδα μετά τον τοκετό» (NICE, 2013).

Οι Christie & Bunting (2011), ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη μελέτη σχετικά με την ενδεδειγμένη συχνότητα των κατ' οίκον επισκέψεων στη διάρκεια της λοχείας. Διαπίστωσαν ότι ενώ πολλοί παράγοντες παρέμειναν αμετάβλητοι, οι λεχωίδες που έλαβαν εβδομαδιαίες επισκέψεις σημείωσαν μικρότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης (όπως μετράται με την Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου, EPDS) από εκείνες που έλαβαν μία επίσκεψη μετά από 7 έως 8 εβδομάδες ύστερα από τον τοκετό τους.

Οι Rayner *et al.* (2008), σύγκριναν τη φροντίδα της λοχείας που παρέχεται σε ιδιωτικά και σε δημόσια νοσοκομεία στην Αυστραλία. Διαπίστωσαν μεγάλες οργανωτικές διαφορές μεταξύ των δύο φορέων. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν πιο πιθανό να έχουν ξεχωριστή κλινική λοχείας με μονόκλινα δωμάτια και μπορούσαν να φιλοξενήσουν τη νύχτα τον σύζυγο/σύντροφο της λεχωίδας. Πάρα πολύ λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία εφάρμοζαν πολιτική συστέγασης λεχωίδας και βρέφους (infant rooming-in) και τα περισσότερα διέθεταν θαλάμους νεογνών (well-baby nurseries). Τα ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν επίσης πιο πιθανό να απασχολούν προσωπικό εκτός από μαίες, για παροχή μαιευτικών υπηρεσιών, στην περίοδο της λοχείας. Τα μόνιμα στελέχη ευθύνης που ασχολούνταν με τη φροντίδα της λοχείας ήταν λιγότερα και υπήρχε μεγαλύτερη εξάρτηση από προσωρινό προσωπικό στην παροχή φροντίδας μετά τον τοκετό.

Οι Homer *et al.* (2002), έβγαλαν το συμπέρασμα από την έρευνά τους ότι η αναδιοργάνωση των μαιευτικών υπηρεσιών, ώστε να δοθεί στις νέες μητέρες η δυνατότητα συνέχειας της περίθαλψής τους (continuity of care) στη λοχεία από την ίδια μαία που παραβρέθηκε στον τοκετό τους έχει πολλά οφέλη για τις λεχωίδες. Οι Farquhar *et al.* (2000), απέδειξαν με την έρευνά τους ότι η παροχή συνέχειας στην περίθαλψη από τους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επεκταθεί και στην περίοδο της λοχείας.

### **2.5.2.3 Παροχή Μαιευτικής Φροντίδας στη Λοχεία με επικεφαλή τον Γιατρό ή τη Μαία & Caseload Μαιευτική Φροντίδα**

Πολλές μελέτες συγκρίνουν τη μαιευτική φροντίδα που επικεφαλής είναι η μαία (midwifery-led) με τη μαιευτική φροντίδα που επικεφαλής είναι ο γιατρός (medical-led). Τα μοντέλα παροχής μαιευτικής φροντίδας συνέχειας, όπου επικεφαλής είναι η μαία, αποσκοπούν στη στήριξη των γυναικών να βιώσουν μία υγιή εγκυμοσύνη και έναν φυσιολογικό τοκετό. Παρέχεται φροντίδα από μία γνωστή και έμπειρη μαία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Στα μοντέλα παροχής μαιευτικής φροντίδας συνέχειας, όπου επικεφαλής είναι η μαία, παρέχονται μαιευτικές υπηρεσίες στα πλαίσια ενός πολυεπιστημονικού δικτύου διαβούλευσης και παραπομπής μαζί με άλλους παρόχους υγείας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ιατρικά μοντέλα φροντίδας, όπου ο επικεφαλής και υπεύθυνος της μαιευτικής φροντίδας είναι ο μαιευτήρας ή ο οικογενειακός γιατρός. Στα μοντέλα από κοινού παροχής φροντίδας (shared-care), η ευθύνη παροχής μαιευτικής φροντίδας στη λοχεία κατανέμεται μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών υγείας. Η εξέταση των δύο μοντέλων φροντίδας με επικεφαλή τον γιατρό ή τη μαία από τους Sandall *et al.* (2013), τους οδήγησε στο συμπέρασμα ότι στις περισσότερες λεχνοίdes θα πρέπει να προσφέρεται το μοντέλο συνέχειας μαιευτικής φροντίδας που παρέχεται από τη μαία. Ωστόσο, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή αυτής της συμβουλής σε γυναίκες που είχαν σημαντικές μαιευτικές επιπλοκές, όπου το ιατρικό μοντέλο φροντίδας κρίνεται καταλληλότερο.

Η Stimson (1995), σύγκρινε δύο ομάδες μαιών που προσέφεραν caseload midwifery (μία μαία για μία γυναίκα) σε περίπου 250 μητέρες από τη στιγμή που έμειναν έγκυες έως και 28 ημέρες μετά τον τοκετό τους. Διαπίστωσε ότι τα λειτουργικά έξοδα για την παροχή caseload μαιευτικής περίθαλψης ήταν συγκρίσιμα με εκείνα των καθιερωμένων συστημάτων περίθαλψης. Συμπέρανε επίσης ότι η παροχή φροντίδας, μία μαία για μία γυναίκα, είχε πολλά οφέλη για τις μαιές:

- Παρουσιάστηκαν ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη
- Ενισχύθηκε η συνεργασία της μαιάς με άλλους επαγγελματίες υγείας
- Η μαία είχε την ευκαιρία να συζητήσει διάφορα προβλήματα στη δουλειά της με συναδέλφους της και να παραδεχτεί αμφιβολίες ή δυσκολίες χωρίς να αισθάνεται ότι θα κατηγορηθεί ή ότι απειλείται

Παρόμοια συμπεράσματα αναφέρθηκαν επίσης από τους McCourt *et al.* (2012) που πήραν συνεντεύξεις από επαγγελματίες υγείας, νέες μητέρες και τους συντρόφους τους. Οι Beake *et al.* (2013) πήραν συνεντεύξεις από 24 γυναίκες που προέρχονταν από διαφορετικό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Από τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη, 12 έλαβαν caseload care και οι υπόλοιπες 12 έλαβαν τη συνήθη μαιευτική φροντίδα. Διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες από διαφορετικές κοινωνικές και εθνικές ομάδες είχαν παρόμοιες απόψεις και επιθυμούσαν να λάβουν παρόμοια φροντίδα κατά τη διάρκεια της λοχείας. Πολλές από τις λεχωίδες που έλαβαν caseload φροντίδα τόνισαν τη στενή σχέση που είχαν με τη μαία και ως αποτέλεσμα αισθάνονταν περισσότερο άνετα να συζητήσουν τις ανησυχίες τους μαζί της. Οι εξατομικευμένες υπηρεσίες υγείας δημιούργησαν συνθήκες όχι μόνο για να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και να βελτιωθεί το αίσθημα ασφάλειας της νέας μητέρας.

Στη μελέτη των Tracy *et al.* (2013) συμμετείχαν 1748 γυναίκες, οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα γυναικών, 871 έλαβε caseload φροντίδα και η άλλη ομάδα γυναικών 877 έλαβε τη συνήθη μαιευτική φροντίδα. Διαπίστωσαν ότι για τις γυναίκες που είχαν εγκυμοσύνες υψηλού ή χαμηλού κινδύνου, η caseload μαιευτική φροντίδα ήταν ασφαλής και οικονομικά αποδοτική.

Οι McCourt *et al.* 2012, πήραν συνεντεύξεις από 86 επαγγελματίες υγείας, διοικητές τμημάτων και νοσοκομείων, 64 γυναίκες, 6 συζύγους, σε συνδυασμό με 50 κλινικές παρατηρήσεις και ανάλυση 200 ιατρικών ιστορικών. Διαπίστωσαν από την έρευνά τους ότι η παροχή μαιευτικής φροντίδας από τις κοινοτικές μαίες ήταν ιδιαίτερα ανησυχητική. Οι κοινοτικές μαίες και οι μανάτζερς εξέφρασαν τη δυσκολία τους στη διαθεσιμότητα για να καλύψουν ειδικότερα τους τοκετούς στο σπίτι, με εξαίρεση το μοντέλο μαιευτικής φροντίδας caseload midwifery. Οι συνεντεύξεις με τις κοινοτικές μαίες και τις λεχωίδες έδειξαν ότι πολλές κοινοτικές μαίες δεν είχαν επαρκή εμπειρία και αυτοπεποίθηση στην εκτέλεση τοκετού στο σπίτι. Οι μαίες που εργάζονταν σε μαιευτήρια εξέφρασαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής υποστήριξης και αυτοπεποίθησης.

Οι Iida *et al.* (2014), σύγκριναν τη μαιευτική φροντίδα για γυναίκες χαμηλού κινδύνου όπου η μαία ήταν επικεφαλής της φροντίδας έναντι του μοντέλου όπου ο μαιευτήρας ήταν επικεφαλής της φροντίδας, στην Ιαπωνία. Συμπέραναν ότι η μαιευτική φροντίδα, όπου η μαία ήταν επικεφαλής, θεωρήθηκε από τις γυναίκες ως ευεργετική και δεν είχε αρνητικά αποτελέσματα σε σύγκριση με τη φροντίδα με

επικεφαλή τον μαιευτήρα. Τα βασικά ευρήματά τους ήταν ότι (1) η αντίληψη ότι η γυναίκα ήταν στο επίκεντρο της περίθαλψης ήταν υψηλότερη (2) τα ποσοστά πρόωρης ρήξης των υμενών ήταν μικρότερα και τα αποτελέσματα Apgar των νεογνών ήταν παρόμοια (3) επιτεύχθη έναρξη και διατήρηση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο και έναν μήνα μετά τον τοκετό (4) η βαθμολογία θλίψης της μητέρας της κλίμακας Stein (Stein's maternity blues scale scores) ήταν χαμηλότερη στις λεχώιδες που έλαβαν φροντίδα με επικεφαλή τη μαία από εκείνες που έλαβαν φροντίδα με επικεφαλή τον μαιευτήρα.

Διαπιστώθηκε από τους Morgan *et al.* (1998) ότι τα προγράμματα μαιευτικής φροντίδας όπου η μαία ήταν επικεφαλής είτε βασίζονταν σε μοντέλα από κοινού παροχής φροντίδας είτε σε μοντέλα caseload care ήταν εξίσου αποδεκτά από τις γυναίκες. Οι πιο σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας και της ικανοποίησης των γυναικών ήταν το ήθος της φροντίδας, η συνέπεια της φροντίδας, η καλή επικοινωνία και η συμμετοχής στις αποφάσεις.

Οι Daley *et al.* (2015) ολοκληρώνοντας τη μελέτη τους διαπίστωσαν ότι ο επανασχεδιασμός της μαιευτικής περίθαλψης έτσι ώστε η μαία να είναι επικεφαλής της φροντίδας, η μαιευτική φροντίδα να είναι ευέλικτη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες των γυναικών, θα μπορούσε να συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των λεχωίδων και στη μείωση των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό.

Η έρευνα των Yelland *et al.* (2009) αφορούσε στη μελέτη των απόψεων χιλίων γυναικών πριν και μετά από μία μεταρρύθμιση των μαιευτικών υπηρεσιών σε τρία μεγάλα νοσοκομεία της Αυστραλίας. Διαπίστωσαν ότι οι προσεγγίσεις που αξίζει να εξεταστούν περιλαμβάνουν τις προσπάθειες διασφάλισης της συνέπειας και της συνέχειας της περίθαλψης μέσω σωστής στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας, κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων. Κρίθηκε σκόπιμο να δοθεί έμφαση στον προγραμματισμό της φροντίδας της λοχείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης, να χρησιμοποιηθούν τα ερευνητικά δεδομένα τόσο στην παροχή πληροφοριών και συμβουλών στις γυναίκες όσο και στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας στην κλινική πράξη. Τέλος κρίθηκε απαραίτητο να δοθούν ευκαιρίες βελτίωσης επαγγελματικών δεξιοτήτων για τους επαγγελματίες υγείας πάνω στη διαχείριση θεμάτων της φροντίδας της λοχείας και στην αποτελεσματική επικοινωνία.

Οι Brodribb *et al.* (2013) πήραν συνεντεύξεις από 88 νέες μητέρες και 6 γενικούς ιατρούς. Διαπίστωσαν ότι ο γενικός ιατρός αποτελεί σημαντική πηγή φροντίδας για τις νέες μητέρες κατά τη διάρκεια της λοχείας και παρέχει τη βάση για συνεχή υποστήριξη της οικογένειας. Οι σαφέστερες κατευθυντήριες οδηγίες και η καλύτερη συνεργασία με άλλους παρόχους φροντίδας θα ωφελούσαν τόσο τις νέες μητέρες όσο και τους γενικούς ιατρούς.

#### **2.5.2.4 Χρήση της Τεχνολογίας κατά τη διάρκεια της Λοχείας**

Οι Poorman *et al.* (2014) διαπίστωσαν ότι τα μηνύματα text4baby είναι κατάλληλα για μητέρες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, ιδιαίτερα καθώς αυτός ο πληθυσμός μπορεί να έχει περισσότερες ανθυγιεινές συνήθειες. Οι επιστήμονες που σχεδιάζουν προγράμματα υγείας που απευθύνονται σε πληθυσμούς με χαμηλή υγειονομική παιδεία, όπως τα μηνύματα text4baby, πρέπει να αναγνωρίζουν τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους αυτοί οι πληθυσμοί χρησιμοποιούν τα κινητά τηλέφωνα. Συγκεκριμένα ανταλλάσσουν τα κινητά τους τηλέφωνα, πράγμα που σημαίνει ότι οι συμμετέχουσες στο πρόγραμμα παρέμβασης πολλές φορές δεν θα λάβουν μηνύματα ή δεν διαφυλάσσονται τα προσωπικά τους δεδομένα. Επιπλέον, συχνά αλλάζουν τους αριθμούς των κινητών τους, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε υψηλότερους αριθμούς διακοπής της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα. Τέλος, η αποστολή μηνυμάτων κειμένου σε έναν πληθυσμό που λαμβάνει πολλά μηνύματα καθημερινά μειώνει την αποτελεσματικότητά τους.

Παρά ορισμένα ενθαρρυντικά ευρήματα, οι Lavender *et al.* (2013) επανεξέτασαν τη βιβλιογραφία και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρχαν επαρκή ερευνητικά δεδομένα που να συνιστούν τη χρήση τηλεφωνικής υποστήριξης σε λεχώιδες, καθώς τα αποτελέσματα από τις έρευνες δεν ήταν ούτε ισχυρά ούτε συνεπή. Παρόλο που διαπιστώθηκαν οφέλη όσον αφορά τη μείωση των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης, την αύξηση της διάρκειας του θηλασμού και την αύξηση της συνολικής ικανοποίησης των λεχωίδων, τα αποτελέσματα των ερευνών δεν παρείχαν στατιστικά σημαντικά στοιχεία που να δικαιολογούν την επένδυση σε πόρους.

Οι Walker *et al.* (2012) διαπίστωσαν ότι γενικά, οι γυναίκες με χαμηλότερο εισόδημα είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδιαφέρον να λάβουν συμβουλές γονεϊκότητας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από εκείνες υψηλότερων εισοδημάτων. Ενώ οι γυναίκες με υψηλότερα εισοδήματα είχαν περισσότερες

πιθανότητες να εκφράσουν ενδιαφέρον να λάβουν πληροφορίες σχετικά με την απώλεια βάρους και τη γονεϊκότητα μέσω διαδικτύου.

Η ανασκόπηση επτά μελετών από τους Dale *et al.* (2008) τους οδήγησε στη διαπίστωση ότι οι τηλεφωνικές κλήσεις υποστηρίξης από νέες μητέρες σε νέες μητέρες είχαν τη δυνατότητα να μειώσουν τα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης σε λεχνοίδες διαγνωσμένες με κατάθλιψη της λοχείας και να αυξήσουν την αυτοπεποίθησή τους με το μητρικό θηλασμό.

### **2.5.2.5 Διαθεσιμότητα και Παροχή Μαιευτικής Φροντίδας στην περίοδο της Λοχείας**

Η διαθεσιμότητα και η λήψη μαιευτικής φροντίδας στην περίοδο της λοχείας από τις νέες μητέρες ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Οι Khanal *et al.* 2014, διαπίστωσαν ότι η πλειοψηφία των λεχνοίδων στο Νεπάλ δεν έλαβε μεταγεννητική φροντίδα, τη στιγμή που οι κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας συνιστούν εντατική φροντίδα της λοχείας τουλάχιστον για τις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό και κατόπιν μία επίσκεψη κατ' οίκον την πρώτη εβδομάδα μετά τη γέννηση (WHO, 2013). Το κόστος και η έλλειψη γνώσης σχετικά με τη διαθεσιμότητα της φροντίδας της λοχείας αποτελούσαν παράγοντες που συνετέλεσαν στη μείωση της λήψης μαιευτικής φροντίδας από τις λεχνοίδες στην Ινδονησία όπως αναφέρθηκε από τους Titaley *et al.* 2010. Οι οδηγίες από το Ινστιτούτο της Αγγλίας National Institute for Health and Care Excellence (NICE) προχωρούν παραπέρα από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δεδομένου ότι συνιστούν οι λεχνοίδες να λαμβάνουν εξατομικευμένο πρόγραμμα μεταγεννητικής φροντίδας το οποίο να επανεξετάζεται και να καταγράφεται σε κάθε μεταγεννητική επίσκεψη (NICE 2013).

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι επισκέψεις κατ' οίκον από τους επαγγελματίες υγείας στις νέες οικογένειες στην περίοδο της λοχείας μειώνουν το ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας στην υποσαχάρια Αφρική και στη νότια Ασία (Kirkwood *et al.* 2013).

### **2.5.3 Προαγωγή Υγείας κατά τη διάρκεια της Λοχείας**

Οι Lassi & Bhutta (2015) πραγματοποίησαν ανασκόπηση σε 26 μελέτες που κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων στον χώρο της υγείας. Βρήκαν

ενθαρρυντικά στοιχεία ότι οι παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα μειώνουν τη νοσηρότητα των γυναικών, τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα των βρεφών και βελτιώνουν τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ιδίως στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Επισημαίνουν την αξία της ενσωμάτωσης της φροντίδας της λεχωίδας και του νεογέννητου στην κοινότητα μέσω μίας σειράς παρεμβάσεων στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν πολλοί επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στον χώρο της κοινότητας καθώς και ομάδες προαγωγής υγείας. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η αξία της παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και ιατρικών-νοσηλευτικών υπηρεσιών που προσφέρονται στον χώρο του νοσοκομείου για τη φροντίδα της λεχωίδας και του νεογέννητου. Υπάρχουν ωστόσο επαρκή ερευνητικά δεδομένα, που υποστηρίζουν τη διεύρυνση της παροχής φροντίδας της λοχείας στην κοινότητα, μέσω μίας σειράς παρεμβάσεων που μπορούν να υλοποιηθούν από επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων στην κοινότητα.

Ο Ahn (2004) αξιολόγησε τις επιπτώσεις ενός προγράμματος συστηματικής παρακολούθησης για την προαγωγή της υγείας και τη μείωση του κινδύνου σε 64 βρέφη υψηλού κινδύνου (high-risk infants, HRI), συμπεριλαμβανομένων των πρόωρων βρεφών και των μητέρων τους. Μέτρησε την κατάσταση της υγείας των βρεφών υψηλού κινδύνου αξιολογώντας τη φυσική τους κατάσταση, τους τύπους προβλημάτων υγείας, τα αντανακλαστικά, το ιστορικό επισκέψεων στο νοσοκομείο, την ανοσοποίηση, την αξιολόγηση της σίτισης, το ποσοστό νοσηρότητας των νεογνών κ.λπ. Η αυτοεκτίμηση της νέας μητέρας, η επιλόχειος κατάθλιψη και η λειτουργικότητα της οικογένειας μετρήθηκαν με τη χρήση της κλίμακας maternal self-report inventory (MRI), της κλίμακας EPDS και της βαθμολογίας argar οικογένειας (Fargar), αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε ότι ένα συστηματικό πρόγραμμα παρακολούθησης της υγείας της νέας μητέρας και του βρέφους με ιστορικό υψηλού κινδύνου στην κοινότητα, είναι επωφελές για την προαγωγή της υγείας και τη μείωση των προβλημάτων στην υγεία μητέρας-νεογνού.

Οι Geller *et. al.* (2006) παρουσίασαν ένα περιγραφικό μοντέλο για τη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ολοκλήρωσαν μία ποιοτική ανάλυση των δεδομένων για τον εντοπισμό και την κατηγοριοποίηση διαφορετικών τύπων γεγονότων που οδήγησαν σε μητρική νοσηρότητα ή θνησιμότητα και μπορούσαν να προληφθούν. Διαπίστωσαν ότι οι πιο συνηθισμένοι τύποι λαθών στην κλινική πράξη που μπορούσαν να προληφθούν αφορούσαν στην ανεπαρκή διάγνωση / αναγνώριση



περιστατικών υψηλού κινδύνου (54,4%), χορήγηση μη κατάλληλης θεραπείας (38%) και μη επαρκούς / σωστής συμπλήρωσης των φακέλων των ασθενών (30,7%).

Μία μεγάλη έρευνα έλαβε χώρα στην Κίνα που αφορούσε 3000 νοσηλευτικά ιδρύματα, 148.920 επαγγελματίες υγείας, 60.000 μαίες και 462.000 παραϊατρικό προσωπικό σε αγροτικές περιοχές (He (1993)). Προγεννητικός έλεγχος, περιγεννητικές και μεταγεννητικές ειδικές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν για την ανίχνευση γενετικών ανωμαλιών και τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας του πληθυσμού. Τα συμπεράσματα που βγήκαν από τη μελέτη έδειξαν βελτίωση στην υγεία της μητέρας και των παιδιών τα τελευταία 40 χρόνια. Αυτό επιτεύχθηκε με την κατασκευή δημοσίων μονάδων υγείας, τον διορισμό προσωπικού για την προαγωγή της μητρικής και παιδικής υγείας, την παροχή νομικών συμβουλών για τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας των παιδιών "quality of children" και την έμφαση στις παροχές υγείας στις αγροτικές απομακρυσμένες περιοχές, που ήταν φτωχές και είχαν πληθυσμό από εθνικές μειονότητες. Συγκεκριμένα, το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας μειώθηκε από 15/1000 το 1949 σε 0,95/1000 το 1993. Η παιδική θνησιμότητα μειώθηκε από 200/1000 σε 40/1000 κατά την ίδια περίοδο. Το μέσο βάρος των παιδιών αυξήθηκε κατά 3% μεταξύ 1975 και 1985 και το μέσο ύψος αυξήθηκε κατά 1-2%.

Οι Brown *et al.* (2014) διαπίστωσαν ότι η αποστολή μηνυμάτων κειμένου στα κινητά τηλέφωνα για την προαγωγή της υγείας μπορούν να βελτιώσουν τη συμμόρφωση με τις οδηγίες υγείας των μητέρων εκτός γάμου, με χαμηλό εισόδημα, από εθνικές μειονότητες και των εφήβων μητέρων. Αναφέρονται για παράδειγμα η τήρηση από τις νέες μητέρες των συνιστώμενων εμβολιασμών για τα βρέφη, των συνιστώμενων επισκέψεων από τις μητέρες και τα βρέφη στις υπηρεσίες υγείας και η επιτυχία του μητρικού θηλασμού. Ωστόσο, μετά την ολοκλήρωση της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, οι Vodopivec-Jamsek *et al.* (2012) βρήκαν πολύ περιορισμένες ενδείξεις ότι σε ορισμένες περιπτώσεις οι παρεμβάσεις ανταλλαγής μηνυμάτων μέσω κινητού τηλεφώνου μπορούν να υποστηρίξουν την πρόληψη στην υγεία, να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας και να βελτιώσουν τη συμμόρφωση με τις οδηγίες προαγωγής της υγείας. Λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων σε τρεις από τις μελέτες που εξέτασαν, σε συνδυασμό με τους περιορισμούς των μελετών όπως τον κίνδυνο μεροληψίας και την έλλειψη αποδεδειγμένης αιτιότητας, τα αποτελέσματα των μελετών για αυτές τις επιπτώσεις κρίνονται χαμηλής έως μέτριας ποιότητας. Εν αντιθέσει βρήκαν στοιχεία υψηλής ποιότητας και σημαντικά

αποτελέσματα σε μελέτες για παρεμβάσεις μέσω μηνυμάτων κειμένου που στόχευαν στη διακοπή του καπνίσματος.

#### **2.5.4 Γονεϊκότητα και Φροντίδα του Βρέφους**

Οι Kendrick *et al.* (2013) εξέτασαν 22 μελέτες, συμπεριλαμβανομένων 16 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών, σχετικά με την εκπαίδευση γονέων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις συναφείς υπηρεσίες υποστήριξης γονεϊκότητας. Συμπέραναν ότι η παροχή εκπαίδευσης στους γονείς σχετικά με θέματα όπως οι κίνδυνοι στο σπίτι, οι πρακτικές ασφαλείας (συμπεριλαμβανομένων των σωστών πρακτικών νυχτερινού ύπνου για τα βρέφη) και τα μέτρα ασφάλειας στο σπίτι, ήταν αποτελεσματικά στη μείωση των τραυματισμών πιο ελαφρών ή πιο σοβαρών που χρήζουν ιατρικής θεραπείας σε βρέφη και μικρά παιδιά.

Οι Stremler *et al.* (2013) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε 246 λεχωίδες, σχετικά με τα οφέλη της συζήτησης θεμάτων και στρατηγικών για τον ύπνο του νεογνού. Στην ομάδα παρέμβασης συζητήθηκαν ζητήματα και στρατηγικές ύπνου με νέες μητέρες για περίπου 45 έως 60 λεπτά και δόθηκε ένα φυλλάδιο σχετικό με το θέμα (διαθέσιμο στο <http://www.stremlerresearch.com/tips/>). Η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνήθη φροντίδα χωρίς καθοδήγηση για τον ύπνο του βρέφους. Η ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων δεν κατέληξε σε σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε κανένα από τα αποτελέσματα. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι αυτή η παρέμβαση ήταν αναποτελεσματική στη βελτίωση του ύπνου της λεχωίδας και του βρέφους ή άλλων θετικών αποτελεσμάτων υγείας κατά τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό.

Έχουν γίνει πολλές μελέτες σχετικά με την υποστήριξη που χρειάζονται οι νέες μητέρες, όταν γεννούν το πρώτο τους μωρό (Barlow *et al.* 2011, Leahy-Warren 2007, Wilkins 2006, Wheatley *et al.* 2003). Οι Barlow *et al.* (2011) διαπίστωσαν αύξηση της αλληλεπίδρασης της μητέρας και του μωρού και αύξηση της ανταπόκρισης του μωρού στη μητέρα σε έφηβες μητέρες, οι οποίες έλαβαν γονεϊκή καθοδήγηση. Η Leahy-Warren (2007) συμπέρανε ότι οι λεχωίδες έχουν διαφορετικά δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης και τα χρησιμοποιούν σε διαφορετικό βαθμό ανάλογα με τον χαρακτήρα της κάθε γυναίκας. Επιπλέον, η υποστήριξη που παρέχεται στις λεχωίδες από το προσωπικό του νοσοκομείου είναι πολύ σημαντική. Η Wilkins (2006) πήρε συνεντεύξεις από 8 λεχωίδες που γέννησαν το πρώτο τους μωρό και μελέτησε το

ταξίδι τους στη γονεϊκότητα μέσα από τη διαίσθησή τους. Συμπέρανε ότι η ενασχόληση με πρακτικά θέματα της καθημερινότητας, η υποστήριξη και η γνώση που μοιράζονται οι νέες μητέρες μεταξύ τους διευκολύνουν την τελειοποίηση των λεχωίδων στο ρόλο του γονέα και τη διαίσθηση της μητρότητας. Σε όλη τη διάρκεια της μετάβασης στη μητρότητα, η κυρίαρχη ανησυχία των νέων μητέρων ήταν να αναπτύξουν αυτοπεποίθηση και ικανότητες για να προσφέρουν τη βέλτιστη φροντίδα στο μωρό τους. Οι Wheatley *et al.* (2003) διερεύνησαν τους λόγους της μη παρακολούθησης από τους γονείς μαθημάτων γονεϊκότητας και διαπίστωσαν ότι οι γονείς που δεν επισκέφθηκαν το νοσοκομείο κατά τη διάρκεια των 12 μηνών πριν από τη γέννηση του παιδιού τους ήταν λιγότερο πιθανό να παρακολουθήσουν μαθήματα γονεϊκότητας.

Οι Ngai *et al.* (2011) διερεύνησαν τις εμπειρίες των λεχωίδων στην Κίνα τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό τους. Τα συμπεράσματά τους τονίζουν τη σημασία της κατανόησης των κινεζικών πολιτισμικών αντιλήψεων στην ικανότητα των λεχωίδων να φροντίζουν το μωρό τους και να αναπτύξουν και να τελειοποιήσουν το ρόλο της μητρότητας. Οι νέες μητέρες στην Κίνα χρειάζονταν πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα του νεογνού, θετικές εμπειρίες βρεφικής φροντίδας, κοινωνική υποστήριξη και σαφείς πληροφορίες για την ενίσχυση της ικανότητάς τους στο ρόλο της μητέρας.

### **2.5.5 Μητρικός Θηλασμός**

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί ένα από τα πιο συχνά αναφερόμενα θέματα σε έρευνες και δημοσιεύσεις για τη φροντίδα της λοχείας. Ο θηλασμός αναγνωρίζεται ευρέως ως ο καλύτερος τρόπος σίτισης του μωρού και στη βιβλιογραφία αναφέρονται ποικιλία τεχνικών για την αύξηση της διάρκειας και της αποκλειστικότητας του θηλασμού. Οι Kramer *et al.* (2001) έκαναν αναφορά στην παρέμβασή τους για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, the PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Διαπίστωσαν ότι η παρέμβασή τους αύξησε τη διάρκεια και το βαθμό (αποκλειστικότητα) του θηλασμού και μείωσε τον κίνδυνο εμφάνισης μολύνσεων από το γαστρεντερικό σωλήνα και ατοπικού εκζέματος κατά το πρώτο έτος της ζωής των μωρών. Οι Rajan & Oakley (1990) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη σε 459 λεχωίδες με ιστορικό γέννησης νεογνού χαμηλού βάρους και συμπέραναν ότι η κοινωνική υποστήριξη από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και άλλους στην περίοδο της λοχείας μπορεί να

αυξήσει τα ποσοστά επιτυχίας του μητρικού θηλασμού. Η Rossiter (1994) μελέτησε 182 έγκυες γυναίκες με καταγωγή από το Βιετνάμ που ζούσαν στην Αυστραλία. Τα αποτελέσματα της μελέτης της έδειξαν ότι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχεδιασμένο για τη συγκεκριμένη κουλτούρα, στη μητρική γλώσσα των γυναικών, είχε σημαντικές επιπτώσεις στη γνώση, στις συμπεριφορές, στη σχεδιαζόμενη και τελική συμπεριφορά των γυναικών από το Βιετνάμ προς το μητρικό θηλασμό. Ωστόσο, τα αποτελέσματα του εκπαιδευτικού αυτού προγράμματος δεν είχαν επίδραση στη συμπεριφορά των λεχωίδων 6 μήνες μετά τον τοκετό. Οι Gross *et al.* (1998) διαπίστωσαν ότι η συμβουλευτική αγωγή και η προβολή βιντεοκασετών με θέμα το μητρικό θηλασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αύξησαν τη διάρκεια του θηλασμού σε συμμετέχουσες στο πρόγραμμα αφροαμερικανές γυναίκες στην περίοδο της λοχείας. Οι Hattori & Hattori (1999) συμπέραναν ότι οι μητέρες διδύμων νεογνών αντιμετώπιζαν περισσότερες δυσκολίες στο θηλασμό και για αυτόν το λόγο οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να τους προσφέρουν εξατομικευμένη φροντίδα και υποστήριξη.

Οι Bailey & Pain (2001) παρουσίασαν τα συμπεράσματα από την ποιοτική μελέτη που έκαναν σχετικά με τις αποφάσεις για τη σίτιση των νεογνών στην Αγγλία, όπου οι επαγγελματίες υγείας επιδίωκαν ενεργά να αυξήσουν τα ποσοστά έναρξης και διάρκειας του μητρικού θηλασμού. Τα ευρήματά τους υποδηλώνουν ότι για να είναι αποτελεσματικές οι πρωτοβουλίες για την προαγωγή της υγείας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, πρέπει να υπάρξει (i) κοινωνικο-πολιτισμική κατανόηση της πρόσβασης και της ερμηνείας των διαφόρων κοινωνικών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας που έχουν στόχο την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού πριν και μετά τον τοκετό και (ii) μεγαλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ανεπίσημα δίκτυα υποστήριξης των μητέρων επηρεάζουν την πρόσβασή τους, την ερμηνεία και τη χρήση των επίσημων φορέων υποστήριξης θηλασμού. Οι Sciacca *et al.* (1995) διαπίστωσαν στη μελέτη τους ότι η προσφορά κινήτρων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσελκύσουν πρωτοτόκες γυναίκες από χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, μαζί με τους συντρόφους τους, να συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην προαγωγή του θηλασμού. Η συμμετοχή των ζευγαριών σε δραστηριότητες προώθησης του θηλασμού μπορεί να αυξήσει δραματικά τα ποσοστά και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Οι Fein & Roe (1998) συμπέραναν ότι η εργασία με μερική απασχόληση είναι μία αποτελεσματική στρατηγική που βοηθάει τις νέες μητέρες να συνδυάσουν το θηλασμό και την

επαγγελματική δραστηριότητα. Διαπίστωσαν ότι η πλήρης απασχόληση 3 μήνες μετά τον τοκετό μειώνει τη διάρκεια του θηλασμού κατά μέσο όρο κατά 8,6 εβδομάδες ( $p < 0,001$ ) σε σχέση με τη μη εργασία. Ωστόσο, η εργασία μερικής απασχόλησης τεσσάρων ή λιγότερων ωρών ημερησίως δεν επηρέασε τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Η μερική απασχόληση άνω των τεσσάρων ωρών ημερησίως μείωσε τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, αλλά λιγότερο από την πλήρη απασχόληση.

Οι Morrow & Guerrero (2001) πραγματοποίησαν μία μελέτη σε νέες μητέρες στο Μεξικό, όπου οι περισσότερες λεχωίδες ξεκινούν το θηλασμό, αλλά ελάχιστες θηλάζουν τα μωρά τους αποκλειστικά. Εξέτασαν την αποτελεσματικότητα των επισκέψεων κατ' οίκον από τους συμβούλους μητρικού θηλασμού για να αυξήσουν τον αποκλειστικό θηλασμό των μητέρων σε μία περιφερειακή περιοχή του Μεξικού. Οι γυναίκες εντάχθηκαν σε μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη τριών ομάδων: ομάδα που δεν έλαβε καμία παρέμβαση (ομάδα ελέγχου), ομάδα που έλαβε τρεις επισκέψεις και ομάδα που έλαβε έξι επισκέψεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και νωρίς μετά τον τοκετό. Τρεις μήνες μετά τον τοκετό, αποκλειστικός θηλασμός εφαρμοζόταν μόνο από το 12% της ομάδας ελέγχου έναντι 52% στην ομάδα των τριών επισκέψεων και 67% στην ομάδα των έξι επισκέψεων ( $p < 0,001$ ). Κατά τους πρώτους τρεις μήνες μετά τον τοκετό σημαντικά ( $p = 0,037$ ) λιγότερα νεογνά από τις ομάδες παρέμβασης, έναντι των νεογνών από την ομάδα ελέγχου, είχαν ένα επεισόδιο διάρροιας (11% έναντι 26% αντίστοιχα). Η μελέτη αυτή κατέδειξε στατιστικά σημαντική αύξηση του αποκλειστικού θηλασμού και σημαντική μείωση της βρεφικής νοσηρότητας σε μία αστική κοινότητα μέσω της καλά σχεδιασμένης μητρικής υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης της έγκαιρης παρέμβασης και της επαναλαμβανόμενης επαφής. Σε μία παρόμοια μελέτη 200 νέων μητέρων, οι Labarere *et al.* (2005) διαπίστωσαν βελτίωση των ποσοστών θηλασμού με υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, μέσω της εφαρμογής προληπτικής επίσκεψης ρουτίνας των μητέρων στα ιατρεία εκπαιδευμένων γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι Pugh *et al.* (2010) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που έλαβε χώρα στην κοινότητα για τη βελτίωση των ποσοστών θηλασμού σε μητέρες με χαμηλό εισόδημα. Συμπεράναν ότι η ομάδα παρέμβασης ήταν πιο πιθανό να θηλάζει έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό σε σύγκριση με την ομάδα συνήθους φροντίδας. Ωστόσο, η διαφορά στα ποσοστά μητρικού θηλασμού ανάμεσα στις δύο ομάδες στις 12 και 24 εβδομάδες μετά τον τοκετό δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Οι Haider *et al.* (2000) εξέτασαν τα αποτελέσματα μίας παρέμβασης σε 513 γυναίκες από το Μπαγκλαντές. Περίπου το ήμισυ των συμμετεχουσών κατατάχθηκαν στην ομάδα παρέμβασης, όπου μητέρες που είχαν θηλάσει και είχαν λάβει εκπαίδευση υποστήριξαν και συμβούλεψαν τις νέες μητέρες στην κοινότητα και το άλλο ήμισυ κατατάχθηκε στην ομάδα ελέγχου και έλαβε τη συνήθη φροντίδα. Συμπέραναν ότι η παροχή συμβουλευτικής από γυναίκες που έχουν θηλάσει οι ίδιες σε νέες μητέρες βελτιώνει σημαντικά τις πρακτικές του θηλασμού στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε παρόμοιες μελέτες, τόσο οι Charman *et al.* (2004) και οι Dyson *et al.* (2005) καταδεικνύουν ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες οι σύμβουλοι μητρικού θηλασμού, που είναι μητέρες που και οι ίδιες έχουν θηλάσει τα μωρά τους, μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τα ποσοστά έναρξης, διατήρησης και αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού. Οι Kronborg *et al.* (2007) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη σε 1600 νέες μητέρες. Διαπίστωσαν ότι οι επισκέψεις στο σπίτι κατά τις πρώτες 5 εβδομάδες μετά τον τοκετό μπορεί να παρατείνουν τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού. Η υποστήριξη στην περίοδο της λοχείας πρέπει να επικεντρώνεται τόσο στις ψυχοκοινωνικές όσο και στις πρακτικές πτυχές του θηλασμού. Οι Kang *et al.* (2008) στη μελέτη που ολοκλήρωσαν συμπέραναν ότι η παροχή προγραμμάτων ενδυνάμωσης του θηλασμού για να βοηθήσουν τις νέες μητέρες να εντοπίσουν και να λύσουν τα προβλήματα από μόνες τους μπορούν να βελτιώσουν την αυτοπεποίθηση των λεχωίδων με το θηλασμό και τα ποσοστά των γυναικών που επιλέγουν να θηλάσουν. Ωστόσο, η εικόνα με τα αποτελέσματα των ερευνών δεν είναι πάντα ξεκάθαρη. Για παράδειγμα, οι McInnes *et al.* (2000) μελέτησαν τα αποτελέσματα μίας παρέμβασης στην κοινότητα σε 995 λεχωίδες, με σκοπό την αύξηση του ποσοστού των γυναικών που θηλάζουν. Διαπίστωσαν ότι ο αντίκτυπος της παρέμβασης δεν διατηρήθηκε ούτε για τη μέτρια διάρκεια των έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό. Οι Kools *et al.* (2005) ολοκλήρωσαν επίσης μία μελέτη για ένα πρόγραμμα υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και διαπίστωσαν ότι το πρόγραμμα αυτό δεν βελτίωσε το ποσοστό του θηλασμού στις λεχωίδες.

Οι DeOliveira, Camacho & Tedstone (2001) και Guise *et al.* (2003) έκαναν ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Συμπέραναν ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα που συνδυάζουν πληροφορίες, καθοδήγηση και υποστήριξη ήταν τα πιο αποτελεσματικά για την αύξηση του χρόνου που οι μητέρες θηλάζουν τα μωρά τους. Τα προγράμματα υποστήριξης του μητρικού θηλασμού που διεξάγονται τηλεφωνικά, αυτοπροσώπως ή και τα δύο, έχουν σαν αποτέλεσμα την

αύξηση της διάρκειας του θηλασμού. Αντίθετα, τα γραπτά υλικά όπως τα φυλλάδια δεν αύξησαν σημαντικά τη διάρκεια του θηλασμού. Οι Sandy *et al.* (2009) έκαναν μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη για να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα ενός μοντέλου παρέμβασης για οικογένειες της Αμερικής με καλή υγεία (Healthy Families America). Η παρέμβασή τους έγινε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για την αύξηση των ποσοστών θηλασμού μεταξύ λατίνων μεταναστών που κατοικούσαν σε μία φτωχή κοινότητα της Νέας Υόρκης. Η παρέμβαση δεν αύξησε σημαντικά τον αριθμό των λεχωίδων που θήλασαν την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, αλλά αύξησε τον αριθμό των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά. Οι Skouteris *et al.* (2014), Feferbaum (2014), Ibanez *et al.* (2012), Hall (2011) και Lumbiganon *et al.* (2012) ανέλυσαν παρεμβάσεις για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Όλοι συμπέραναν ότι η υλοποίηση παρεμβάσεων για την προαγωγή του θηλασμού, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής από μητέρες που οι ίδιες είχαν θηλάσει, μπορούν να αυξήσουν σημαντικά τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού και αποτελούν επομένως έναν σημαντικό τρόπο προώθησης του θηλασμού. Οι πιο επιτυχείς παρεμβάσεις ήταν συνήθως αυτές που διεξήχθησαν στην περίοδο της λοχείας και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι Petrova *et al.* (2009) εξέτασαν ένα πρόγραμμα προαγωγής του θηλασμού στο οποίο συμμετείχαν 104 γυναίκες χαμηλού εισοδήματος. Διαπίστωσαν ότι η συμμετοχή στο πρόγραμμα παρέμβασης σχετιζόταν με μία ασήμαντη αύξηση του ποσοστού αποκλειστικού θηλασμού κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών μηνών μετά τον τοκετό. Οι Hoddinott *et al.* (2009) συμπέραναν ότι μία πολιτική συγκρότησης ομάδων μητρικού θηλασμού σε οικονομικά ασθενέστερες περιοχές της Σκωτίας δεν βελτίωσε τα ποσοστά θηλασμού 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Οι Bošnjak *et al.* (2004) και Gau (2004) αξιολόγησαν την εφαρμογή της πολιτικής για τον μητρικό θηλασμό του Π.Ο.Υ./UNICEF "Δέκα βήματα για τον επιτυχή θηλασμό" (<http://www.unicef.org/newsline/tenstps.htm>). Και οι δύο μελέτες επιβεβαίωσαν ότι η εφαρμογή των βημάτων είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση των γνώσεων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό και τη μεγαλύτερη διάρκεια του θηλασμού.

Οι Walburg *et al.* (2010) σύγκριναν μητέρες που θήλαζαν τα μωρά τους με καταγωγή από τη Γερμανία και τη Γαλλία. Βρήκαν ότι το 96% των γυναικών στη Γερμανία άρχισαν να θηλάζουν αμέσως μετά τη γέννηση του μωρού τους και το 83% θήλαζαν 3 μήνες μετά τον τοκετό. Από τις Γαλλίδες μητέρες το 67% άρχισε να θηλάζει αμέσως μετά τη γέννηση του μωρού τους και το 34% θήλαζαν 3 μήνες μετά τον

τοκετό. Η μελέτη των Pannu *et al.* (2011) αναφέρει μία θετική σχέση ανάμεσα στη λήψη εξατομικευμένων πληροφοριών για το θηλασμό τόσο στην προγεννητική όσο και στη μεταγεννητική περίοδο και τα αποτελέσματα του θηλασμού.

Οι Racine *et al.* (2009) διεξήγαγαν σε βάθος συνεντεύξεις σε 44 νέες μητέρες με χαμηλό εισόδημα που θηλάζαν τα μωρά τους και διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες μπορούσαν να καταταγούν σε τρεις ομάδες: με ενδογενή κίνητρα, εξωγενή κίνητρα και επιτυχημένη εμπειρία τόσο με ενδογενή όσο και με εξωγενή κίνητρα. Οι μητέρες που είχαν επιτυχημένη εμπειρία είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν έως 6 μήνες. Οι γυναίκες με εσωτερικά κίνητρα εκτιμούσαν το θηλασμό, αλλά συχνά απαιτούσαν πληροφορίες και οδηγίες για να φτάσουν στους στόχους του θηλασμού. Οι γυναίκες με εξωτερικά κίνητρα ήταν λιγότερο πιθανό να συνεχίσουν το θηλασμό ακόμη και με υποστήριξη και οδηγίες. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εξετάζουν τις πεποιθήσεις των νέων μητέρων για να καθορίσουν την εμπειρία και τα κίνητρά τους και στη συνέχεια να προσαρμόσουν ανάλογα τις παρεμβάσεις τους. Οι γυναίκες με εσωτερικά κίνητρα μπορεί να χρειάζονται υποστήριξη και διδασκαλία, οι γυναίκες με εξωτερικά κίνητρα μπορεί να ωφεληθούν από την κινητοποίηση μέσω συνεντεύξεων και οι γυναίκες με επιτυχημένες εμπειρίες μπορεί να χρειάζονται μόνο ελάχιστη συμβουλευτική για το θηλασμό. Οι Labarère *et al.* (2011) μελέτησαν τη χρήση μίας παρέμβασης με CD-ROM για θηλάζουσες μητέρες. Συμπέραναν όμως ότι αυτή η παρέμβαση δεν παρείχε κανένα πρόσθετο όφελος σε σχέση με τη συνήθη μεταγεννητική φροντίδα. Τόσο οι Carlsen *et al.* (2013) και οι Hoddinott *et al.* (2012) ολοκλήρωσαν τυχαιοποιημένες μελέτες τηλεφωνικής υποστήριξης για παχύσαρκες και γυναίκες που ζούσαν σε υποβαθμισμένες περιοχές αντίστοιχα. Και οι δύο προηγούμενες ομάδες γυναικών παρουσίαζαν χαμηλότερο από τον μέσο όρο ποσοστό θηλασμού. Τα αποτελέσματα και των δύο μελετών έδειξαν ότι η φροντίδα που περιελάμβανε τηλεφωνική υποστήριξη των νέων μητέρων ήταν μία αποτελεσματική παρέμβαση για τη βελτίωση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού.

Οι Brown *et al.* (2011) ανέλυσαν τους λόγους για τους οποίους οι νεαρές μητέρες θηλάζουν τα μωρά τους. Βρήκαν ότι είναι σημαντικό να δοθεί βοήθεια στις νεαρές μητέρες να θεωρήσουν το θηλασμό φυσιολογική διαδικασία, δημιουργώντας ένα περιβάλλον όπου ο θηλασμός γίνεται αποδεκτός. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνσης τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από άλλες μητέρες που έχουν θηλάσει, ώστε να συνεχίσουν οι νέες μητέρες το



θηλασμό. Οι Howell *et al.* (2014) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη μελέτη στην οποία συμμετείχαν 540 μαύρες και λατίνες μητέρες και διαπίστωσαν ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση στη συμπεριφορά των γυναικών αύξησε τη διάρκεια του θηλασμού μεταξύ των μαύρων και λατίνων μητέρων με χαμηλό εισόδημα έξι μήνες μετά τον τοκετό τους. Οι Sikander *et al.* (2015) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη δοκιμή ελέγχου με συμμετοχή τετρακοσίων πενήντα γυναικών και διαπίστωσαν ότι η γνωστική-συμπεριφορική συμβουλευτική βελτιώνει τα ποσοστά θηλασμού σε σύγκριση με τη συνήθη παροχή συμβουλών.

### **2.5.6 Δίαιτα, Άσκηση και Απώλεια Βάρους στη Λοχεία**

Η σημασία της υγιεινής διατροφής, της άσκησης και της απώλειας βάρους μετά τον τοκετό αναφέρονται ευρέως στη βιβλιογραφία. Οι Ruhkala *et al.* (2013) έδειξαν πως η αύξηση του βάρους κατά 3,4 kg ή περισσότερο μετά τον τοκετό επηρεάζουν την υγεία της λεχωίδας. Η αύξηση των τιμών των οξειδωμένων λιπιδίων LDL (Oxidized LDL lipids), τα οποία σχετίζονται με ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, μεταβολικό σύνδρομο και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι αποτέλεσμα της αύξησης του βάρους της λεχωίδας. Σε μία ποιοτική μελέτη 25 γυναικών με κατάθλιψη ή αυξημένο βάρος, οι Sterling *et al.* (2009) διαπίστωσαν ότι η διατήρηση του βάρους μετά τον τοκετό επηρέασε αρνητικά την αυτοεκτίμηση των λεχωίδων και την εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας. Επιπλέον, συμπέραναν ότι η επιλόχειος κατάθλιψη οδήγησε τις νέες μητέρες να αισθάνονται απομονωμένες αλλά και ταυτόχρονα απρόθυμες να ζητήσουν βοήθεια.

Πολλοί ερευνητές συμπεριλαμβανομένων των Hagberg *et al.* (2014), Thomson *et al.* (2014), Huang *et al.* (2011), Østbye *et al.* (2008), Michie *et al.* (2009), Albright *et al.* (2012), Tuffery & Scriven (2005), O'Toole *et al.* (2003) και Sagedal *et al.* (2013) αναφέρθηκαν σε μελέτες, οι οποίες περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά προγράμματα που προάγουν τη φυσική άσκηση και / ή την υγιεινή διατροφή. Οι περισσότεροι αναφέρουν θετική επίδραση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων παρέμβασης στην υγεία των νέων μητέρων. Οι Olayiwola *et al.* (2013) αναφέρθηκαν στο πρόγραμμα "Living Smart, Living Fit", το οποίο στόχευε στη βελτίωση των περιγεννητικών αποτελεσμάτων σε έναν πληθυσμό στην κοινότητα, που παρακολουθείται στο κέντρο υγείας. Συμπέραναν ότι οι έγκυες γυναίκες με κατάθλιψη ή παχυσαρκία / αυξημένο βάρος μπορούσαν να επωφεληθούν από τη στοχευμένη φροντίδα και τη δημιουργία

ενός χαρτοφυλακίου δραστηριοτήτων για ψυχική και σωματική ευεξία. Οι Keller *et al.* (2014) αξιολόγησαν μία παρέμβαση κοινωνικής υποστήριξης για μείωση του σωματικού βάρους. Διαπίστωσαν ότι η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους που χρησιμοποιήθηκε για την αύξηση της αερόβιας σωματικής άσκησης οδήγησε σε μείωση του ποσοστού του σωματικού λίπους στις λεχwoίδες που συμμετείχαν στη μελέτη.

Η χρήση της τεχνολογίας, για την ενθάρρυνση της σωματικής άσκησης και της απώλειας βάρους, αποτελεί ένα άλλο δημοφιλές θέμα έρευνας. Οι Triplette *et al.* (2014) διερεύνησαν την παροχή κονσολών Nintendo Wii με το παιχνίδι Wii Fit Plus για σαράντα ημέρες σε λεχwoίδες σε μία προσπάθεια αύξησης της σωματικής τους δραστηριότητας. Συμπέραναν από τα δεδομένα του χρόνου που αφιέρωσαν στο παιχνίδι οι λεχwoίδες, ότι δεν υπήρξε σύγκρουση με τις δραστηριότητες φροντίδας του βρέφους και ότι τα παιχνίδια προώθησαν τη σωματική δραστηριότητα, προκάλεσαν μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας και μετέπειτα οδήγησαν σε μείωση του σωματικού βάρους. Οι Fjeldsoe *et al.* (2010 & 2013) αναφέρθηκαν στην παρέμβαση που έκαναν με τη χρήση κινητών τηλεφώνων (the Mobile Mums intervention). Τα μηνύματα SMS που στάλθηκαν στις λεχwoίδες αναφέρονταν σε πληροφορίες σχετικά με την άσκηση και τις ευκαιρίες για σωματική δραστηριότητα σε τοπικό επίπεδο. Διαπίστωσαν ότι υπήρξαν βελτιώσεις στις δεξιότητες καθορισμού στόχων από τις λεχwoίδες και ότι οι γυναίκες ξεκίνησαν αλλαγές στις καθημερινές τους συνήθειες με την ένταξη στο πρόγραμμά τους μέτριας έως έντονης σωματικής δραστηριότητας. Οι Kernot *et al.* (2013) αναφέρθηκαν στην τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που έκαναν για τη δημιουργία ενός πρωτοκόλλου σχετικά με την αποτελεσματικότητα μίας παρέμβασης που θα παρείχαν μέσω Facebook για την αύξηση της σωματικής άσκησης σε λεχwoίδες. Οι Reinhardt *et al.* (2012) ολοκλήρωσαν μία ποιοτική μελέτη σε 38 γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης, εφαρμόζοντας τηλεφωνική εκπαίδευση με βάση συνήθειες του καθημερινού τρόπου ζωής και χρησιμοποιώντας συνεντεύξεις ενθάρρυνσης, για να διαπιστώσουν εάν θα μπορούσαν να μειώσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στον σακχαρώδη διαβήτη κύησης να εξελιχθεί σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Κατά την εξάμηνη παρακολούθηση, η ομάδα παρέμβασης που έλαβε τηλεφωνική συμβουλευτική σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (που έλαβε μόνο τη συνήθη πληροφόρηση και φροντίδα) μείωσε σημαντικά τη συνολική πρόσληψη λίπους κατά -19 g / d, τη συνολική πρόσληψη υδατανθράκων κατά -42 g / d και το γλυκαιμικό φορτίο κατά -26 μονάδες. Αυτές οι γυναίκες

αύξησαν επίσης το χρόνο της σωματικής τους άσκησης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου κατά 11 λεπτά / ημέρα.

Οι Watson *et al.* (2005) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή σε ομάδα περπατήματος με το καροτσάκι του μωρού 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό (12-week program walking group) για νέες μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη βελτίωσε τη φυσική τους κατάσταση και μείωσε τα συμπτώματα μεταγεννητικής κατάθλιψης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που έλαβε μόνο κοινωνική υποστήριξη. Ως μορφή σωματικής άσκησης, το περπάτημα με το καροτσάκι του μωρού σχεδιάστηκε για να ξεπεραστούν τα εμπόδια της μη συμμετοχής των γυναικών σε φυσική δραστηριότητα, λόγω της φροντίδας του βρέφους, του κόστους, του χρόνου και της κοινωνικής απομόνωσης που αντιμετωπίζουν οι περισσότερες νέες μητέρες μετά τον τοκετό τους.

Πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με μελέτες για την υγεία και τη διατροφή των μειονεκτουσών οικογενειών. Οι Black *et al.* (2012) εξέτασαν τη βιβλιογραφία και διαπίστωσαν ότι η βελτίωση της πρόσληψης στοχευμένων θρεπτικών συστατικών και τροφίμων, όπως τα φρούτα και τα λαχανικά, θα μπορούσε να μειώσει το ποσοστό των ασθενειών σχετιζόμενων με τη διατροφή. Τέλος, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα προγράμματα προαγωγής της υγιεινής διατροφής για εγκύους, λεχωίδες και παιδιά πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών σε μακροπρόθεσμη βάση. Οι Ebbeling *et al.* (2007) ολοκλήρωσαν μία παρέμβαση υγιεινής διατροφής και σωματικής άσκησης για λεχωίδες με χαμηλό εισόδημα. Διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχουσες εξέφρασαν την επιθυμία τους για έναν σύμβουλο υγείας, όχι για κάποιον που τις καταπιέζει, ή τις αγχώνει και ότι είναι απαραίτητη η διαμόρφωση εξατομικευμένου προγράμματος προαγωγής υγείας για κάθε μητέρα.

### **2.5.7 Διαχείριση Ασθενειών - Προβλημάτων Υγείας των Λεχωίδων και Εμβολιασμός των Βρεφών**

Αρκετές μελέτες αναφέρονται στη διαχείριση των ασθενειών και τον εμβολιασμό των βρεφών στην περίοδο της λοχείας. Οι Saeterdal *et al.* (2014) και Kaufman *et al.* (2013) έκαναν ανασκόπηση των μελετών που αναφέρονται σε παρεμβάσεις που στοχεύουν να ενημερώσουν και / ή να εκπαιδεύσουν σχετικά με τον εμβολιασμό στη βρεφική ηλικία τον πληθυσμό στις κοινότητες. Οι ανασκοπήσεις παρουσίασαν περιορισμένες ενδείξεις ότι οι παρεμβάσεις που στόχευαν στην κοινότητα για ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με τον εμβολιασμό στην πρώιμη παιδική ηλικία

βελτίωσαν τη στάση των γονέων απέναντι στον εμβολιασμό και αύξησαν τον αριθμό των βρεφών που εμβολιάστηκαν. Οι Saeterdal *et al.* (2014) διαπίστωσαν επίσης ότι οι παρεμβάσεις επιτυγχάνουν το μεγαλύτερο όφελος όταν στοχεύουν σε περιοχές ή ομάδες που παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού κατά την παιδική ηλικία. Οι Lewin *et al.* (2010) μελέτησαν έρευνες σχετικά με τη χρήση ατόμων που έχουν λάβει εκπαίδευση σε θέματα υγείας (lay health workers), για την προαγωγή των εμβολιασμών στα βρέφη. Διαπίστωσαν ότι η συνεισφορά αυτών των ατόμων είναι γενικά ευεργετική και οδηγεί σε αύξηση του αριθμού των παιδιών που εμβολιάζονται. Οι γυναίκες που είχαν σακχαρώδη διαβήτη κύησης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Οι Mielke *et al.* (2013) μελέτησαν στοιχεία από μελέτες σχετικά με τη φροντίδα γυναικών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Συμπεράναν ότι 1) οι πολλαπλές υπενθυμίσεις ασθενών / επαγγελματιών υγείας για γυναίκες με προϋπάρχοντα σακχαρώδη διαβήτη κύησης είναι απαραίτητες, έτσι ώστε να πραγματοποιείται έλεγχος στην περίοδο της λοχείας και στις περιόδους ανάμεσα στις εγκυμοσύνες, 2) η παρακολούθηση του μεταβολικού (γλυκόζης) και του καρδιαγγειακού κινδύνου (λιπίδια, αρτηριακή πίεση, παχυσαρκία) πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και πιο συχνά σε γυναίκες με πρόσθετους παράγοντες κινδύνου όπως η χρήση ινσουλίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη κύησης νωρίς στην εγκυμοσύνη, η παχυσαρκία, τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και η δυσλιπιδαιμία, 3) ο θηλασμός και η χρήση μακροχρόνιας αντισύλληψης πρέπει να ενθαρρύνονται και 4) πρέπει να ενθαρρύνονται αλλαγές του τρόπου ζωής που είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη και την καθυστέρηση εκδήλωσης της νόσου του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Οι Middleton & Crowther (2014) ανέλυσαν μελέτες που υπενθύμιζαν στις γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης να εξετάζονται για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Διαπίστωσαν αποτελέσματα χαμηλής ποιότητας για τη σημαντική αύξηση της διεξαγωγής εξετάσεων για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε μητέρες που έστειλαν ταχυδρομικές υπενθυμίσεις.

Οι Thairu *et al.* (2005) πήραν συνεντεύξεις από 22 λεχρίδες θετικές στον HIV, στην υποσαχάρια Αφρική για να διερευνήσουν τις απόψεις τους σχετικά με τη διατροφή των νεογνών και την υγεία. Είναι γνωστό ότι υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV μέσω του θηλασμού και οι ερευνητές αναφέρθηκαν στον τρόπο με τον οποίο αυτή η γνώση επηρέασε τις αποφάσεις των μητέρων για τη σίτιση και τη φροντίδα των βρεφών τους. Εντόπισαν πέντε θέματα επιρροής στις αποφάσεις για το είδος της

σίτισης των νεογνών: (1) το κοινωνικό στίγμα της λοίμωξης από τον ιό HIV (οι λεχωίδες που τάζαν τα μωρά τους με μπουκάλι κινδύνευαν να θεωρηθούν από το κοινωνικό σύνολο ότι ήταν θετικές στον ιό HIV και αντιμετώπιζαν κοινωνικό στίγμα), (2) η ηλικία της μητέρας και οι επιρροές της ευρύτερης οικογένειας στη διατροφή του βρέφους, (3) οι οικονομικές συνθήκες, (4) οι πεποιθήσεις σχετικά με τη μετάδοση του HIV μέσω του μητρικού γάλακτος και (5) οι πεποιθήσεις για την ποιότητα του μητρικού γάλακτος σε σχέση με την τεχνητή διατροφή.

### **2.5.8 Αντιμετώπιση Επιπλοκών στην περίοδο της Λοχείας**

Αυτή η ενότητα εξετάζει τις έρευνες σχετικά με την αντιμετώπιση επιπλοκών κατά την περίοδο της λοχείας. Μία συχνή επιπλοκή είναι η ακράτεια ούρων στην οποία αναφέρονται πολλές μελέτες. Πολλοί ερευνητές, Sampselle *et al.* (1998), Chiarelli & Cockburn (1999), Chiarelli *et al.* (2003), Hay-Smith *et al.* (2011) και Mørkved, S., & Bø, K. (2014), απέδειξαν ότι οι ασκήσεις πυελικού εδάφους σε παροδική ακράτεια ούρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας μπορούν να μειώσουν αυτό το πρόβλημα.

Ένα άλλο πρόβλημα που συχνά αναφέρεται στη βιβλιογραφία είναι ο τραυματισμός και ο πόνος του περινέου. Η Way (2012) ολοκλήρωσε μία ποιοτική μελέτη που διερευνούσε τις εμπειρίες των λεχωίδων σχετικά με προβλήματα στην περιοχή του περινέου μετά τον τοκετό. Βρήκε ότι ένα κοινό θέμα που απασχολούσε όλες τις λεχωίδες ήταν η επιθυμία για κανονικότητα “striving for normality”, όπου οι νέες μητέρες ήθελαν να είναι σε θέση να κάνουν κανονικά πράγματα και να νιώθουν σαν τους κανονικούς τους εαυτούς σύντομα μετά τη γέννηση του μωρού τους. Οι Francisco & Vasconcellos de Oliveira (2011) διαπίστωσαν ότι ο πόνος στο περινέο σχετιζόταν σε μεγάλο βαθμό με την ηλικία της μητέρας και τη χρήση επισιοτομής στον τοκετό, αν και η συνολική αναφορά του περινεϊκού άλγους ήταν χαμηλή. Οι Steen *et al.* (2000) πραγματοποίησαν μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη όπου σύγκριναν την αποτελεσματικότητα των επιθεμάτων πάγου (ice-packs) και των μαξιλαριών γέλης για την ψύξη της περιοχής του περινέου (cooling maternity gel pads) στην ανακούφιση του τραύματος και του πόνου του περινέου μετά τον τοκετό. Βρήκαν ένα υψηλό ποσοστό λεχωίδων να έχουν οίδημα στην περιοχή του περινέου, μώλωπες και πόνο μετά από τοκετό με εμβρυουλκία, συμπτωματολογία που συνεχίστηκε για τουλάχιστον πέντε ημέρες μετά τον τοκετό, παρά την από του

στόματος χορήγηση αναλγησίας. Τα μαξιλαράκια γέλης (cooling maternity gel pads), τα οποία είχαν σχεδιαστεί ειδικά για να ψύχουν την περιοχή του περινέου, ήταν πιο αποτελεσματικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του τραυματισμού του περινέου σε σύγκριση με την αναλγησία που χορηγούσε το νοσοκομείο και αξιολογήθηκαν περισσότερο θετικά από τις γυναίκες. Οι Herron-Marx *et al.* (2007) μελέτησαν τις εμπειρίες των λεχωίδων για τη μεταγεννητική νοσηρότητα του περινέου και του πυελικού εδάφους στην περίοδο της λοχείας και διαπίστωσαν ότι η μεταγεννητική περίοδος ανάρρωσης είναι μεγαλύτερη από αυτή των 6 εβδομάδων.

Οι Ward *et al.* (2008) ολοκλήρωσαν μία μελέτη σε 5.563 γυναίκες και διερεύνησαν τη μόλυνση του χειρουργικού πεδίου μετά από καισαρική τομή. Βρήκαν πέντε παράγοντες κινδύνου που σχετίζονταν σημαντικά με την ανάπτυξη μόλυνσης από τη χειρουργική επέμβαση: δείκτης μάζας σώματος, ηλικία, απώλεια αίματος, μέθοδος που έγινε η συρραφή της τομής και επείγουσες διαδικασίες. Τα αποτελέσματά τους υποδηλώνουν ότι η καισαρική τομή συνδέεται με υψηλή νοσηρότητα μόλυνσης, η έκταση της οποίας θα υποτιμόταν σημαντικά χωρίς παρακολούθηση μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο των λεχωίδων που είχαν γεννήσει με καισαρική.

Οι Jayanna *et al.* (2014) αξιολόγησαν την ετοιμότητα 131 κέντρων υγείας και 148 νοσοκομειακών εγκαταστάσεων στην Ινδία για την αντιμετώπιση της προεκλαμψίας / εκλαμψίας και της αιμορραγίας της λοχείας που συμβάλλουν στο 40% όλων των θανάτων νέων μητέρων στη χώρα. Βρήκαν ότι το θειικό μαγνήσιο (Magnesium sulphate), το φάρμακο επιλογής για τον έλεγχο των σπασμών στην εκλαμψία ήταν διαθέσιμο στο 18% των κέντρων υγείας, το 48% των δημόσιων νοσοκομείων και το 70% των ιδιωτικών νοσοκομείων. Σε απάντηση του τρόπου αντιμετώπισης της εκλαμψίας, το 54,1% και το 65,1% των παρόχων υγείας θα χορηγούσαν αντιυπερτασικά και θειικό μαγνήσιο στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία αντίστοιχα. Το 24% θα χορηγούσαν οξυγόνο και μόνο το 18% θα παρακολουθούσαν την τοξικότητα του θειικού μαγνησίου. Στα ίδια κέντρα, στην περίπτωση αιμορραγίας της λοχείας (Postpartum haemorrhage, PPH), μόνο το 37,7% των παρόχων θα αξιολογούσε τον τόνο της μήτρας και το 40% θα αξιολογούσε σωστά την αιμορραγία. Οι Arevalo-Rodriguez *et al.* (2013) προχώρησαν στην ανάλυση 23 μελετών για τη στάση του σώματος και την πρόσληψη υγρών για την πρόληψη της κεφαλαλγίας που εμφανίζεται μετά από ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία (post-dural puncture headache PDPH). Διαπίστωσαν ότι δεν υπήρχαν επαρκείς ενδείξεις από τυχαιοποιημένες δοκιμές που να υποδηλώνουν ότι η συνήθης ανάπαυση στο κρεβάτι

μετά από ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία είναι επωφελής για την πρόληψη της εμφάνισης πονοκεφάλου μετά από περιοχική αναισθησία. Ο ρόλος της χορήγησης υγρών στην πρόληψη της κεφαλαλγίας μετά από περιοχική αναισθησία επίσης παραμένει ασαφής.

### **2.5.9 Επιλόχειος Κατάθλιψη, Κόπωση και Συναισθηματική/ Ψυχολογική Υποστήριξη**

Η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί το τρίτο πιο ευρέως αναφερόμενο θέμα στις μελέτες που εξετάστηκαν για την περίοδο της λοχείας. Πολλοί ερευνητές έχουν ολοκληρώσει βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις σχετικά με την επιλόχειο κατάθλιψη. Οι O'Connor *et al.* (2016) και Wylie *et al.* (2011) διαπίστωσαν ότι η εξέταση των εγκύων και των λεχωίδων για κατάθλιψη και η χορήγηση κατάλληλης θεραπείας μπορεί να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων στις γυναίκες με κατάθλιψη και να μειώσει τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε έναν δεδομένο πληθυσμό. Η συχνότητα εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης έχει αναφερθεί ως 13-15% από τους O'Hara and Swain (1996), 21% από τους Gavin *et al.* (2005), 23% από τον Marks (2003) και 9% από τους Evans *et al.* (2001). Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι Murray & Lopez (1996) έδειξαν ότι η κατάθλιψη θα γίνεται όλο και πιο κρίσιμο ζήτημα της μελλοντικής υγειονομικής περίθαλψης με αυτήν να αποτελεί από την τέταρτη το 1990 τη δεύτερη αιτία πρόωρου θανάτου και νοσηρότητας έως το 2020.

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι μέτρησης της κατάθλιψης και του στρες. Οι Yelland *et al.* (2010), χρησιμοποίησαν την κλίμακα κατάθλιψης, άγχους, στρες, Depression Anxiety Stress Scale (DASS) για τη μέτρηση της κατάθλιψης σε λεχωίδες. Οι Razurel *et al.* (2013) χρησιμοποίησαν το ερευνητικό εργαλείο της λοχείας για την αντίληψη του μεταγεννητικού στρες, postnatal perceived stress inventory (PNPSI), σε γαλλόφωνο πληθυσμό πρωτοτόκων γυναικών και διαπίστωσαν ότι πρόκειται για ένα χρήσιμο εργαλείο για την πρόβλεψη της κατάθλιψης. Ωστόσο, το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), που σχεδιάστηκε από τους Cox *et al.* (1987), το οποίο είναι απλό στη χρήση και αποτελεσματικό. Οι Jardri *et al.* (2010) διαπίστωσαν ότι ο

συνδυασμός κατάρτισης των μαιών και η χρήση της κλίμακας EPDS οδήγησαν σε σημαντική βελτίωση της έγκαιρης ανίχνευσης της μεταγεννητικής κατάθλιψης.

Η επιλόχειο κατάθλιψη αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα και πολλά διαφορετικά προγράμματα αναπτύχθηκαν σε διάφορες χώρες για να μειώσουν την εμφάνιση αυτής της ασθένειας. Οι Tubach *et al.* (2012) ολοκλήρωσαν την τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή CAPEDP στη Γαλλία για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής επισκέψεων κατ' οίκον για την προώθηση της ψυχικής υγείας της οικογένειας και διαπίστωσαν βελτίωση στην ψυχική υγεία του βρέφους, στις σχέσεις των μελών της οικογένειας και στη μείωση εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Οι Chen *et al.* (2007) διερεύνησαν σε μητέρες από την Ταϊβάν τις σχέσεις ανάμεσα στην επιλόχειο κατάθλιψη και την κοινωνική υποστήριξη. Συμπεράναν ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ενισχύουν την κοινωνική υποστήριξη και τον υγιή τρόπο ζωής είναι πολύ σημαντικές και μειώνουν την κατάθλιψη. Οι Dickstein *et al.* (2000) αναφέρθηκαν στο πρόγραμμα Head Start που στοχεύει στην έρευνα για την επιλόχειο κατάθλιψη στις ΗΠΑ. Ο Granado (1997) παρουσίασε τη διδακτορική του διατριβή για την προαγωγή της υγείας ως αναφορά την επιλόχειο κατάθλιψη στο Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιώντας παρεμβάσεις από επισκέπτες υγείας. Οι Deng *et al.* (2014) διερεύνησαν τον επιπολασμό και τους παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες που κατοικούσαν στην Tangxia, στην Κίνα.

Το ινστιτούτο National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) της Αγγλίας συνιστά τη διάγνωση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης θέτοντας τις ακόλουθες ερωτήσεις, οι οποίες εάν λάβουν θετικές απαντήσεις θα πρέπει να ακολουθούνται με περαιτέρω αξιολόγηση και ενδεχόμενη παραπομπή στον γενικό ιατρό ή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας:

- Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, έχετε συχνά αισθανθεί πεσμένος/η ψυχολογικά, κατάθλιψη ή απελπισία;
- Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, έχετε συχνά αισθανθεί ότι έχετε ελάχιστο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση να κάνετε πράγματα;

Το ινστιτούτο NICE (2014) συνιστά μία σειρά μέτρων για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων αυτοβοήθειας που βασίζονται στις αρχές της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (συμπεριλαμβάνοντας τις τεχνικές ενεργοποίησης συμπεριφοράς και επίλυσης προβλημάτων).



Πολλοί ερευνητές τονίζουν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στη μείωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι Leahy-Warren *et al.* (2012) εξέτασαν πρωτοτόκες μητέρες και βρήκαν σημαντική σχέση μεταξύ της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης και της μεταγεννητικής κατάθλιψης. Συστήνουν ότι οι νοσηλεύτριες και οι μαίες πρέπει να γνωρίζουν και να αναγνωρίζουν τη σημαντική συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης, ιδιαίτερα της οικογένειας και των φίλων στο να επηρεάζουν θετικά την ψυχική υγεία των πρωτοτόκων μητέρων. Οι Negron *et al.* (2013) εξέτασαν τις απόψεις των μητέρων σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη και διαπίστωσαν ότι οι προσδοκίες των γυναικών γύρω από την υποστήριξη μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητά τους να κινητοποιήσουν την κοινωνική υποστήριξη. Θεώρησαν επίσης ότι η υποστήριξη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των βασικών αναγκών των μητέρων κατά τη διάρκεια της περιόδου της λοχείας.

Οι Patton *et al.* (2015) συμπλήρωσαν μία 20ετή προοπτική μελέτη κοόρτης και συμπέραναν ότι των περιγεννητικών συμπτωμάτων κατάθλιψης προπορεύονται συνήθως προβλήματα ψυχικής υγείας που ξεκινούν πριν από την εγκυμοσύνη. Η Dennis (2012) ολοκλήρωσε μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή αξιολόγησης της επίδρασης της υποστήριξης από ομοτίμους (μητέρα σε μητέρα) με βάση την τηλεφωνική επικοινωνία για την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης μεταξύ των μητέρων υψηλού κινδύνου. Διαπίστωσε ότι η εύρεση και η διατήρηση αποτελεσματικών εθελοντών ήταν απαραίτητη για την επιτυχία αυτού του είδους της παρέμβασης. Οι Surkan *et al.* (2012) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη δοκιμή ελέγχου μίας παρέμβασης για την προαγωγή της υγείας που αποσκοπούσε στην τροποποίηση της διατροφής, της σωματικής δραστηριότητας και της κοινωνικής υποστήριξης για τη μείωση της μεταγεννητικής κατάθλιψης. Συμπέραναν ότι αυτή η παρέμβαση επισκέψεων κατ' οίκον και τηλεφωνικών κλήσεων μείωσε τα συμπτώματα κατάθλιψης 15 μήνες μετά τον τοκετό. Οι Haga *et al.* (2013) ολοκλήρωσαν μία μελέτη διαδικτυακής παρέμβασης για τη μείωση του κινδύνου της επιλόχειας κατάθλιψης και βρήκαν καλή αποδοχή του προγράμματος από τους χρήστες.

Οι Razurel *et al.* (2011) ανέλυσαν γεγονότα που προξενούν άγχος και στρατηγικές αντιμετώπισής τους από τις λεχωίδες. Στη μελέτη τους διαπίστωσαν ότι η παροχή εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η κοινωνική υποστήριξη μετά τον τοκετό φαίνεται ότι δεν ανταποκρίθηκαν στις ανάγκες και τις προσδοκίες των

λεχωίδων. Οι λεχωίδες που ερωτήθηκαν ανέφεραν ότι το εκπαιδευτικό υλικό που έλαβαν από το ιατρικό προσωπικό δεν ήταν αρκετά αποτελεσματικό και ότι θα προτιμούσαν να λάβουν συμβουλές όταν προέκυπταν τα προβλήματα.

Πολλοί ερευνητές διερεύνησαν εάν η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για τη μείωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα ευρήματά τους διαφέρουν με τις μελέτες ορισμένων συμπεριλαμβανομένων των Daley *et al.* (2015) και Wilkinson *et al.* (2002) να δείχνουν ότι η άσκηση είναι επωφελής, ενώ οι μελέτες άλλων συμπεριλαμβανομένων των Mohammadi *et al.* (2015) και SONGØYGARD *et al.* (2012) να παρουσιάζουν ευρήματα χωρίς μείωση της κατάθλιψης. Οι Brown *et al.* (2016) και Ahlqvist-Björkroth *et al.* (2016) ολοκλήρωσαν μελέτες που έδειξαν ότι οι λεχωίδες με μεταγεννητική κατάθλιψη ήταν λιγότερο πιθανό να θηλάσουν τα μωρά τους.

Οι Rowe *et al.* (2013) εξέτασαν τις συναισθηματικές ανάγκες υποστήριξης των γυναικών και των συντρόφων τους μετά τον τοκετό. Διαπίστωσαν ότι υπήρχαν διαφορετικές απόψεις ανάμεσα στα δύο φύλα, σχετικά με το εάν οι επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έπρεπε να συζητούν θέματα ψυχικής υγείας με τους γονείς - πολλοί άνδρες θεωρούσαν ότι η πρωτοβάθμια οικογενειακή φροντίδα αφορούσε τις μητέρες και όχι τους πατέρες. Επίσης οι γονείς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προέβλεπαν ρεαλιστική προσαρμογή μετά τον τοκετό και ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης. Οι Chartier *et al.* (2015) ανέφεραν ότι οι μητέρες και οι επισκέπτες υγείας θεωρούσαν ότι η ενσωμάτωση μίας στρατηγικής προαγωγής της ψυχικής υγείας σε ένα υπάρχον πρόγραμμα δημόσιας υγείας ήταν εφικτή, αποδεκτή και χρήσιμη.

Οι Woolhouse *et al.* (2014) και Gaudet *et al.* (2013) διαπίστωσαν ότι οι λεχωίδες που βίωσαν έντονο πόνο και είχαν προβλήματα υγείας μετά τον τοκετό ήταν πιο πιθανό να υποφέρουν από μεταγεννητική κατάθλιψη. Σε σύγκριση με τις μητέρες που ανέφεραν 0-2 προβλήματα υγείας τους πρώτους τρεις μήνες μετά τον τοκετό, οι μητέρες που ανέφεραν 5 ή περισσότερα προβλήματα υγείας είχαν έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ταυτόχρονα καταθλιπτικά συμπτώματα τρεις μήνες μετά τον τοκετό και τριπλάσια πιθανότητα να αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης 6-12 μήνες μετά τον τοκετό.

## 2.5.10 Κάπνισμα και Υποστήριξη Διακοπής Καπνίσματος στη Λοχεία

Πολλά άρθρα αναφέρονται στην παροχή βοήθειας στις νέες μητέρες για να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της λοχείας. Οι Baxi *et al.* (2014) σε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας διαπίστωσαν ότι οι συνεντεύξεις που αποσκοπούσαν στην ενθάρρυνση ή η εντατική παροχή συμβουλών σε κλινικό περιβάλλον ήταν αποτελεσματικές στη μείωση του καπνίσματος των γονέων και της έκθεσης των παιδιών στον καπνό. Οι Wall *et al.* (1995) απέδειξαν ότι ακόμη και μία σύντομη παρέμβαση ενός έως δύο λεπτών που παρέχεται στο πλαίσιο της συνήθους φροντίδας του νεογνού μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη διακοπή του κάπνισματος της μητέρας και ιδιαίτερα στην πρόληψη της υποτροπής. Οι Thyrian *et al.* (2010) διαπίστωσαν ότι δεν υπήρχε καμία συσχέτιση μεταξύ συμμόρφωσης σε συνεντεύξεις ενθάρρυνσης (motivational interviewing) και αλλαγής συμπεριφοράς έξι μήνες μετά την παρέμβαση, υποδεικνύοντας ότι οι λεχωίδες που καπνίζουν μετά τον τοκετό μπορεί να αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την οποία πρέπει να αναπτυχθούν ειδικές παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος.

Οι Polanska *et al.* (2005) ανέφεραν ότι περίπου το 50% των γυναικών που διέκοψαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επέστρεψαν σε αυτή τη συνήθεια μέσα σε 12 μήνες μετά τον τοκετό. Η παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βοηθάει τις γυναίκες να συνεχίσουν την αποχή από το κάπνισμα και μετά τον τοκετό. Οι Blalock *et al.* (2013) διαπίστωσαν ότι τα τραύματα, σωματικά ή ψυχικά, κατά την παιδική ηλικία αυξάνουν την πιθανότητα να μην επιτύχει η διακοπή καπνίσματος σε έγκυες καπνίστριες. Παρατήρησαν επίσης ότι μία διαπροσωπικά επικεντρωμένη θεραπεία μπορεί να είναι ευεργετική σε αυτές τις περιπτώσεις. Οι Bottorff *et al.* (2010) διερεύνησαν τη συνέχιση του καπνίσματος των ανδρών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της συντρόφου τους. Διαπίστωσαν ότι η έλλειψη παρέμβασης που να στοχεύει στην ενθάρρυνση της διακοπής του καπνίσματος των ανδρών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης στη σχέση και να ασκεί πίεση στις μητέρες να ρυθμίσουν το κάπνισμα των πατέρων.

Οι Mullen *et al.* (1997) διερεύνησαν τους παράγοντες κινδύνου να ξαναρχίσουν οι λεχωίδες το κάπνισμα. Εντόπισαν τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου που θα πρέπει να αποφεύγονται εάν είναι δυνατόν. Να καπνίζουν οι έγκυες “λίγο” προς το τέλος της εγκυμοσύνης, να έχουν φίλες που καπνίζουν κατά την πρώτη επίσκεψη

στην εγκυμοσύνη, λιγότερη αυτοπεποίθηση στη μέση της εγκυμοσύνης ότι θα μπορέσουν να συνεχίσουν τη διακοπή καπνίσματος μετά τον τοκετό και έναν σύντροφο που καπνίζει κατά την περίοδο της λοχείας. Οι Fang *et al.* (2004) ανέλυσαν έρευνες σχετικά την πρόληψη της επανέναρξης του καπνίσματος. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να ενσωματώνουν ιδιαίτερες επισημάνσεις στις λεχωίδες, να αποτελούν μέρος της συνήθους υγειονομικής περίθαλψης και να περιλαμβάνουν το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης της μητέρας, συμπεριλαμβανομένου του συντρόφου της, για μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους.

Οι Secker-Walker *et al.* (1995) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη μελέτη σε 175 γυναίκες και διαπίστωσαν ότι η ατομική συμβουλευτική υποστήριξη για την πρόληψη της επανέναρξης του καπνίσματος δεν πρόσφερε κανένα πρόσθετο πλεονέκτημα εν συγκρίσει με τη συνήθη υποστήριξη του γιατρού. Οι Coleman *et al.* (2010) στη συστηματική ανασκόπηση που έκαναν συμπέραναν ότι η φαρμακοθεραπεία (όπως βουπροπιόνη ή βαρενικλίνη) μετά τη διακοπή του καπνίσματος από τους καπνιστές, είναι αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική για την πρόληψη της επανέναρξης του καπνίσματος. Οι Song *et al.* (2010) στη μετα-ανάλυση σαράντα εννέα μελετών που έκαναν, διαπίστωσαν ότι η εκπαίδευση σε δεξιότητες για την πρόληψη της επανέναρξης του καπνίσματος αποδείχτηκε αποτελεσματική. Οι Stead *et al.* (2012) μελέτησαν τη θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης (nicotine replacement therapy (NRT)) και συμπέραναν ότι η αποτελεσματικότητά της ήταν σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη από την πρόσθετη υποστήριξη που παρέχεται στο άτομο. Η θεραπεία NRT αυξάνει το ποσοστό διακοπής καπνίσματος κατά 50% έως 70%. Οι Higgins *et al.* (2004) ολοκλήρωσαν μία πιλοτική μελέτη σχετικά με κίνητρα που βασίζονταν σε κουπόνια και διαπίστωσαν ότι η παροχή κουπονιών ήταν αποτελεσματική στη μείωση του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη και την περίοδο της λοχείας σε γυναίκες που ανήκαν σε χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

### **2.5.11 Υποστήριξη Ευάλωτων Ομάδων στη Λοχεία**

Σε αυτή την ενότητα εξετάζεται η βιβλιογραφία για την παροχή υποστήριξης σε λεχωίδες που ανήκουν σε ευάλωτες και μειονεκτούσες ομάδες, π.χ. με χαμηλό εισόδημα, θύματα ενδοοικογενειακής βίας, με προβλήματα χρήσης ναρκωτικών ή αλκοόλ, ή άλλα ζητήματα κατάχρησης.

Οι Reichenheim *et al.* (2014) έκαναν μία μελέτη σε λεχωίδες για να ερευνήσουν τον ρόλο της ενδοοικογενειακής βίας, intimate partner violence (IPV) στην περίοδο της λοχείας. Διαπίστωσαν ότι πολλές γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας δεν αισθάνονταν έτοιμες για την εμπειρία μετά τον τοκετό του νεογνού. Για τον λόγο αυτό πρέπει να δοθεί περισσότερη προσοχή στην προετοιμασία των εγκύων που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες για την περίοδο της λοχείας για βελτίωση των αποτελεσμάτων. Οι Das *et al.* (2013) διερεύνησαν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη σε φτωχογειτονιές της Βομβάης. Διαπίστωσαν ότι μία στις επτά γυναίκες έπεσε θύμα ενδοοικογενειακής βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της λοχείας. Οι Schluter *et al.* (2007) περιέγραψαν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας σε ζευγάρια που ζούσαν σε νησιά του Ειρηνικού και αυτά ήταν ανάλογα με περιστατικά σε ζευγάρια από την Νέα Ζηλανδία. Οι μητέρες ήταν το ίδιο πιθανό όσο και οι πατέρες να διαπράξουν και να γίνουν θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Οι Lazenbatt A & Thompson-Cree (2009) και Lazenbatt (2010) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ ενδοοικογενειακής βίας και παιδικής κακοποίησης. Έδειξαν ότι οι μαίες χρειάζονται ειδική εκπαίδευση για να μπορέσουν να αλληλεπιδράσουν με τις κακοποιημένες μητέρες χρησιμοποιώντας μηχανισμούς μη καταναγκαστικούς, υποστηρικτικούς και ενδυνάμωσης. Πολλές μητέρες δεν αποκαλύπτουν αυθόρμητα ζητήματα παιδικής κακοποίησης ή ενδοοικογενειακής βίας στη ζωή τους, αλλά απαντούν συχνά ειλικρινά σε μία ερώτηση που γίνεται με ευαισθησία και κατανόηση. Το ζήτημα αυτό είναι σημαντικό καθώς μόνο το 13% των επαγγελματιών υγείας ρώτησε ευθέως τη μητέρα μία ερώτηση σχετική με την ενδοοικογενειακή βία. Οι Chase *et al.* (2011) ολοκλήρωσαν μία τυχαιοποιημένη μελέτη σχετικά με τις επιπτώσεις της ανωνυμίας και της ημι-ανωνυμίας στην αποκάλυψη στοιχείων σχετικών με την κακοποίηση παιδιών μεταξύ των λεχωίδων. Διαπίστωσαν ότι η αποκάλυψη πληροφοριών οι οποίες σχετίζονταν με την κακομεταχείριση ήταν περισσότερο από δύο φορές πιο πιθανή για τις συμμετέχουσες στην ανώνυμη ομάδα. Η ημι-ανωνυμία είχε ως αποτέλεσμα παρόμοια αλλά κάπως μικρότερα ποσοστά στην αποκάλυψη πληροφοριών.

Τα αποτελέσματα για την υγεία των γυναικών με σύντομες ποινές φυλάκισης και ιστορικό χρήσης ναρκωτικών διερευνήθηκαν από τους Barkauskas *et al.* (2002). Διαπίστωσαν ότι η κοινοτική υγειονομική περίθαλψη, η επαγγελματική κατάρτιση

και η απεξάρτηση από τα ναρκωτικά βελτίωσαν τα αποτελέσματα υγείας τόσο για τις μητέρες όσο και για τα βρέφη τους, που ήταν καλύτερα από ότι θα αναμενόταν, λαμβάνοντας υπόψη τις προϋπάρχουσες συνθήκες υγείας και τους παράγοντες κινδύνου. Οι Doggett *et al.* (2005) διερεύνησαν την εφαρμογή επισκέψεων κατ' οίκον σε γυναίκες με προβλήματα χρήσης οινόπνευματος ή ναρκωτικών. Τα στοιχεία που βρέθηκαν δεν ήταν επαρκή, ώστε να προταθεί η εφαρμογή σε μορφή ρουτίνας επισκέψεων κατ' οίκον για βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας σε γυναίκες με πρόβλημα χρήσης ναρκωτικών ή οινόπνευματος.

Μία μελέτη 440 γυναικών στο Παρίσι που ανήκαν σε ευάλωτες ομάδες, ηλικίας κάτω των 26 ετών ολοκληρώθηκε από τους Saïas *et al.* (2013). Η παρέμβαση αφορούσε σε 44 επισκέψεις κατ' οίκον από το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης έως τα δεύτερα γενέθλια του παιδιού. Στόχος της παρέμβασης ήταν η προαγωγή της ψυχικής υγείας των βρεφών και η μείωση της εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε παιδιά ηλικίας δύο ετών. Στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι υπήρξε μεγάλη δυσκολία στην προσαρμογή των διεθνών συστάσεων βέλτιστης πρακτικής όσον αφορά τα προγράμματα επισκέψεων κατ' οίκον στις ιδιαιτερότητες του υφιστάμενου γαλλικού συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Οι Wilson *et al.* (2013) διερεύνησαν τις ανάγκες υποστήριξης στην περίοδο της λοχείας μητέρων με νοητική αναπηρία. Διαπίστωσαν ότι οι μητέρες εκτιμούσαν περισσότερο τη στήριξη από ανεπίσημες πηγές υποστήριξης. Ο τρόπος με τον οποίο οι μητέρες με νοητική αναπηρία αντιλαμβάνονταν την υποστήριξη επηρέαζε την αποτελεσματικότητά της και ταυτόχρονα η οικοδόμηση αποτελεσματικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας παρουσίαζε προκλήσεις.

### **2.5.12 Φροντίδα στην Περίοδο της Λοχείας, Γενική Κατηγορία**

Στην ενότητα αυτή εξετάζονται ευρείες έρευνες σχετικά με τη μεταγεννητική φροντίδα ή συγκεκριμένες μελέτες οι οποίες δεν κατατάσσονται στις κατηγορίες που έχουν ήδη συζητηθεί. Υπάρχουν πολλά βιβλία που περιλαμβάνουν κεφάλαια για τη φροντίδα της λοχείας, Byrom *et al.* (2009), Wheeler (2002). Αυτά περιλαμβάνουν την παρακάτω θεματολογία

- Η Ιστορία της Φροντίδας της Λοχείας
- Σύγχρονη Μεταγεννητική Φροντίδα στον Εικοστό Πρώτο Αιώνα

- Απόψεις των Λεχωίδων και των Μαιών για την Πρώιμη Φροντίδα της Λοχείας
- Μετάβαση στη Γονεϊκότητα: Ιδεολογία και Πραγματικότητα
- Ενδυνάμωση των Μητέρων: Ενδυνάμωση του Μέλλοντος
- Νοσηρότητα κατά τη Διάρκεια της Λοχείας: Επιπτώσεις στις Γυναίκες και την Κοινωνία
- Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη: Τι Μπορούν να Επιτύχουν
- Ευάλωτες Γυναίκες και Οικογένειες: Φροντίδα της Λοχείας
- Συνεργασία με τους Συντρόφους: Διαμόρφωση του Μέλλοντος
- Φροντίδα & Φύση: Το Υγιές Νεογνό
- Φάρμακα και Θηλασμός
- Σεξουαλική Υγεία, Φροντίδα της Λοχείας και Γονεϊκότητα
- Οδηγοί για Καθημερινές Επιλογές Τροφίμων στην Λοχεία

Ο αντίκτυπος των πακέτων παρέμβασης στην κοινότητα για την πρόληψη της μητρικής ασθένειας και του θανάτου στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των νεογέννητων στις αναπτυσσόμενες χώρες διερευνήθηκε από τον Rojahn (2011). Συμπέραναν ότι, ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας των γυναικών, των βρεφών και των παιδιών κάτω των πέντε ετών στις αναπτυσσόμενες χώρες έχουν μειωθεί σημαντικά τις τελευταίες δύο με τρεις δεκαετίες, η νεογνική θνησιμότητα έχει σχεδόν μείνει ανεπηρέαστη. Αναγνωρίστηκε ότι σχεδόν το ήμισυ των νεογνικών θανάτων μπορούσαν να είχαν προληφθεί με τη χορήγηση αντιτετανικού εμβολιασμού στις έγκυες για την προστασία των νεογέννητων από το νεογνικό τέτανο, την εφαρμογή των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας την ώρα του τοκετού, την έγκαιρη και σωστή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση του νεογνού, τον αποκλειστικό θηλασμό, τη φροντίδα του ομφαλίου λώρου και τη σωστή αντιμετώπιση των νεογνικών λοιμώξεων. Οι Thwala *et al.* (2011) πήραν συνέντευξη από 15 λεχωίδες από την αγροτική Σουαζιλάνδη για να εξετάσουν τις αξίες και τις πεποιθήσεις που υποστήριζαν στις πρακτικές των γεννήσεων. Βρήκαν ότι οι γυναίκες αγκάλισαν τις σύγχρονες βιοϊατρικές πρακτικές. Επίσης, σε μεγάλο βαθμό συμμορφώθηκαν με συνήθειες πρακτικές, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης του παραδοσιακού μοντέλου αιτίας της ασθένειας και τη χρήση των συνιστώμενων φαρμάκων κατά τη διάρκεια του τοκετού. Μία παρέμβαση που βασίστηκε στην πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ασφαλή μητρότητα για την προαγωγή της υγείας των

λεχωίδων στην Ουγκάντα μελετήθηκε από τους Gennaro *et al.* (2002). Διαπίστωσαν ότι δεν είχαν αλλάξει κάποιες πεποιθήσεις (π.χ. πίστη στη μαγία), αλλά ορισμένες πεποιθήσεις (π.χ. χρήση φυτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια του τοκετού) δεν ήταν πλέον τόσο ευρέως αποδεκτές ως αποτέλεσμα της παρέμβασης.

Οι Cheyne *et al.* (2013) ολοκλήρωσαν μία μελέτη για να προσδιορίσουν τα βασικά θέματα και τις ερωτήσεις που θέτουν οι νέες μητέρες στην περίοδο της λοχείας. Διαπίστωσαν ότι βασικά θέματα ήταν η φροντίδα της λοχείας, η φροντίδα της εγκυμοσύνης, η επικοινωνία, η παροχή πληροφοριών και οι κίνδυνοι για την υγεία. Περίπου 200 διαφορετικές ερωτήσεις τέθηκαν από τις μητέρες, για παράδειγμα: Ποιος είναι ο αντίκτυπος μιας κακής γέννας στη μεταγεννητική σωματική και ψυχική υγεία; Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να παρέχονται μαθήματα προετοιμασίας τοκετού; Ποιος είναι ο αντίκτυπος όταν οι γυναίκες αισθάνθηκαν ότι δεν ακούστηκαν οι επιθυμίες τους στον τοκετό; Πώς μπορεί να δοθεί στους πατέρες αποτελεσματική προετοιμασία για την αντιμετώπιση του τοκετού και της γέννησης και την υποστήριξη της συντρόφου τους; Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρόλο που εντοπίστηκε ευρύ φάσμα θεμάτων και ερωτήσεων, υπήρξαν αξιοσημείωτες περιοχές ομοφωνίας και σαφείς τομείς προτεραιότητας για τις γυναίκες.

Οι Woollett *et al.* (1995) εξέτασαν τις ιδέες και τις εμπειρίες της εγκυμοσύνης και του τοκετού γυναικών με καταγωγή από την Ασία και αυτών που δεν είχαν καταγωγή από την Ασία στο Ανατολικό Λονδίνο. Διαπίστωσαν ότι οι ιδέες των γυναικών από την Ασία σχετικά με τη διατροφή κατά την εγκυμοσύνη, το φύλο των παιδιών τους και τη φροντίδα της λοχείας (π.χ. η ανάγκη ανάπαυσης και ανάρρωσης και περιορισμοί στις δραστηριότητές τους) επηρεάστηκαν από τις πολιτισμικές πεποιθήσεις και πρακτικές. Παρά τις συχνές υποθέσεις σχετικά με τη βαρύτητά της, η θρησκεία δεν συνδέθηκε με τη διαφορετικότητα στις ιδέες και τις εμπειρίες των γυναικών από την Ασία. Ο τόκος ωστόσο, ήταν μία σημαντική μεταβλητή για τις ασιάτισες και για τις μη ασιάτισες γυναίκες, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πρώτη γέννηση έχει διαφορετική σημασία για τους γονείς από ότι οι επόμενες γεννήσεις. Η μελέτη τόνισε την αναγκαιότητα οι επαγγελματίες υγείας να προχωρήσουν πέρα από τις στερεότυπες απόψεις που βασίζονται στην εθνικότητα ή τη θρησκεία των γυναικών για να εξετάσουν τις εξατομικευμένες πεποιθήσεις, προτιμήσεις και τις προσωπικές ανάγκες των λεχωίδων.



## **2.6 Συμπεράσματα**

Σε αυτή τη μεγάλη ενότητα εξετάστηκαν περισσότερες από τριακόσιες πενήντα μελέτες για τη φροντίδα της λοχείας και διαπιστώθηκε ότι βασικά θέματα αποτελούν 1) η οργάνωση και οι τρόποι παροχής μεταγεννητικής φροντίδας, 2) ο θηλασμός, 3) η επιλόχειος κατάθλιψη και 4) η μεταγεννητική διαχείριση βάρους.

Τα ερευνητικά δεδομένα που υπάρχουν δείχνουν ότι μία πολιτική σύντομου εξιτηρίου από το νοσοκομείο μετά τον τοκετό σε συνδυασμό με κατ' οίκον επισκέψεις στην κοινότητα από τη μαία μειώνει το κόστος, χωρίς να υποβαθμίζει και σε μερικές περιπτώσεις βελτιώνει την ικανοποίηση, την υγεία και την ευημερία της μητέρας και του νεογνού. Ο εξατομικευμένος προγραμματισμός της φροντίδας της λοχείας εμφανίζεται να είναι βέλτιστος περιλαμβάνοντας εβδομαδιαίες επισκέψεις για περίπου πέντε εβδομάδες, όπου δίνεται στις λεχωίδες η ευκαιρία να συζητήσουν τον τοκετό τους με τη μαία, να λάβουν καθοδήγηση για το πώς να φροντίσουν το νεογνό, γίνεται προαγωγή του αποκλειστικού θηλασμού, παρέχονται συμβουλές γονεϊκότητας και υποστήριξη σε συνεργασία με τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης της μητέρας. Η συνέχιση της μαιευτικά επιβλεπόμενης φροντίδας της λοχείας στην κοινότητα είναι επωφελής όταν παρέχεται στο πλαίσιο ενός πολυεπιστημονικού δικτύου συμβουλευτικής και παραπομπής με άλλους παρόχους υγείας. Η σημασία της υγιεινής διατροφής, της άσκησης και της απώλειας βάρους μετά τον τοκετό έχει αναφερθεί ευρέως και σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί μέσο για τη μείωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η χρήση της τεχνολογίας μπορεί να είναι χρήσιμη σε ορισμένες περιπτώσεις για να συμβάλει στην προαγωγή της υγιεινής διατροφής, τη βελτίωση της κοινωνικής υποστήριξης και της σωματικής άσκησης. Ωστόσο, το πιο αποτελεσματικό μέσο επικοινωνίας για την παροχή πληροφοριών για την υγεία και την προαγωγή της υγείας είναι η πρόσωπο με πρόσωπο προφορική επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία υγείας και της λεχωίδας (Panagoroulou *et al.* 2017).

### **3 Εξέταση των Περιστατικών Επιλόχειας Κατάθλιψης σε Λεχωίδες που γέννησαν σε ένα Επαρχιακό Δημόσιο Νοσοκομείο**

#### **3.1 Εισαγωγή**

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι ένα είδος κλινικής κατάθλιψης που αντιμετωπίζει το 10% έως 20% όλων των γυναικών μετά τον τοκετό τους παγκοσμίως, ενώ μόνο μία στις τέσσερις περιπτώσεις διαγιγνώσκεται από τους επαγγελματίες υγείας και αντιμετωπίζεται. Καθώς οι επαγγελματίες υγείας γίνονται πιο έμπειροι στη θεραπεία σωματικών ασθενειών, η επόμενη μεγάλη πρόκληση είναι η αποτελεσματική θεραπεία των ψυχολογικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης της μεταγεννητικής κατάθλιψης (Murray & Lopez, 1996). Στο κεφάλαιο αυτό διερευνώνται τα περιστατικά με συμπτωματολογία επιλόχειας κατάθλιψης σε 300 γυναίκες που γέννησαν σε ένα επαρχιακό δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα. Η ερευνητική μελέτη στις λεχωίδες ολοκληρώθηκε 40 ημέρες μετά τη γέννηση του μωρού τους. Η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου, The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), χρησιμοποιήθηκε με την προσθήκη επιπλέον ερωτήσεων έτσι ώστε να μπορέσουν να εντοπιστούν οι συσχετισμοί με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά και η ικανοποίηση των γυναικών από διάφορες πτυχές της φροντίδας τους. Δύο πολύ γνωστές δημοσιευμένες μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα EPDS χρησιμοποιούνται ως σημείο αναφοράς για τη σύγκριση των περιστατικών μεταγεννητικής κατάθλιψης των μητέρων στην παρούσα ελληνική μελέτη και των μητέρων στις μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο.

#### **3.2 Μεθοδολογία, Δειγματοληψία**

Συνολικά 300 λεχωίδες που γέννησαν σε ένα επαρχιακό ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο στη Λακωνία, Νότια Ελλάδα μεταξύ Ιανουαρίου 2015 και Ιουλίου 2017 συμμετείχαν στη μελέτη 40 ημέρες μετά τη γέννηση του μωρού τους, συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις από την κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου EPDS, Cox *et al.* (1987). Κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών που είχαν γεννήσει ένα υγιές,

τελειόμηνο νεογνό. Από τις 300 λεχωίδες που συμμετείχαν στην έρευνα, 288 συμπλήρωσαν τις ερωτήσεις EPDS (ποσοστό συμμετοχής 96%). Στο ερωτηματολόγιο είχαν προστεθεί επιπλέον ερωτήσεις, ώστε να γίνουν συσχετισμοί με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά και να μελετηθεί η ικανοποίηση των λεχωίδων από τη φροντίδα που έλαβαν.

Οι λεχωίδες πληροφορήθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και ότι στην έρευνα δεν καταχωρούνται πληροφορίες προσωπικής ταυτοποίησης. Οι γυναίκες έδωσαν προφορικά ενημερωμένη συγκατάθεση προτού ολοκληρώσουν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής δόθηκε από την 6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας και την επιστημονική επιτροπή του επαρχιακού δημόσιου νοσοκομείου (18 Δεκεμβρίου 2014, αριθμός έγκρισης Φ / Γ / 2/14962).

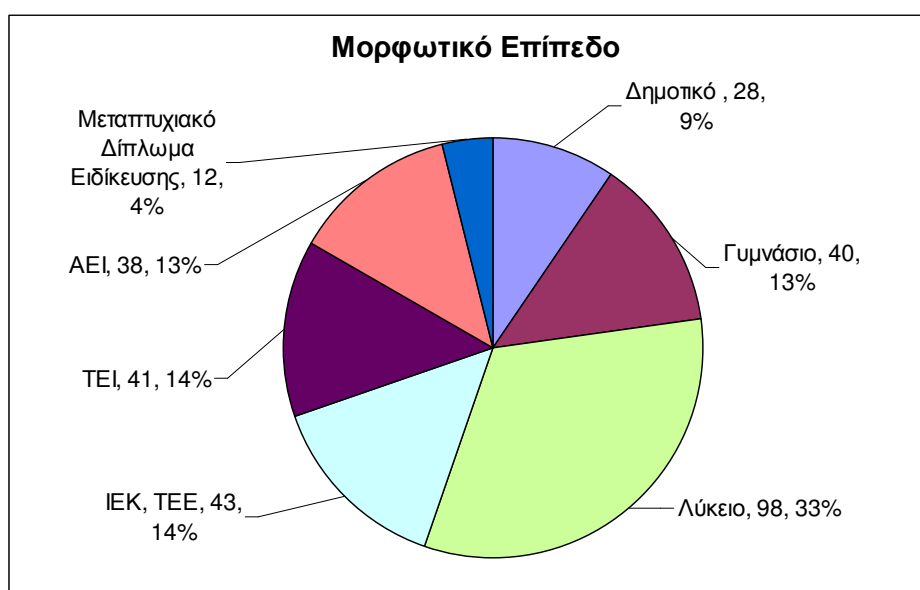
Της μελέτης είχε προηγηθεί πιλοτική εξέταση των περιστατικών με συμπτωματολογία επιλόχειας κατάθλιψης σε 80 λεχωίδες (Παναγοπούλου και συν. 2016d).

Η κλίμακα EPDS που χρησιμοποιήθηκε είχε μεταφραστεί στα ελληνικά από το Υπουργείο Υγείας της Κυβέρνησης της Δυτικής Αυστραλίας, Department of Health, Government of Western Australia, (2006). Η μεταφρασμένη κλίμακα EPDS έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες στην Ελλάδα που εξέταζαν τη συμπτωματολογία επιλόχειας κατάθλιψης. Οι Thorpe *et al.* (1992) χρησιμοποίησαν την ίδια μετάφραση της κλίμακας EPDS στη μελέτη τους με αυτή που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διατριβή. Ενώ οι Vivilaki *et al.* (2009) σε μεταγενέστερη μελέτη επίσης χρησιμοποίησαν την κλίμακα EPDS για να μελετήσουν τη συμπτωματολογία επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες στην Κρήτη. Μία κλίμακα Likert τεσσάρων σημείων χρησιμοποιήθηκε για τις ερωτήσεις EPDS και μία κλίμακα Likert επτά σημείων για τις ερωτήσεις ικανοποίησης. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις EPDS βαθμολογήθηκαν χρησιμοποιώντας την τυποποιημένη μεθοδολογία για να δώσουν συνολική βαθμολογία για κάθε γυναίκα που κυμαινόταν από το μηδέν (χωρίς επιλόχειο κατάθλιψη) με μέγιστο το τριάντα. Βαθμολογία ίση και μεγαλύτερη του δέκα θεωρήθηκε ότι δείχνει ότι η λεχωίδα πάσχει από επιλόχειο κατάθλιψη.

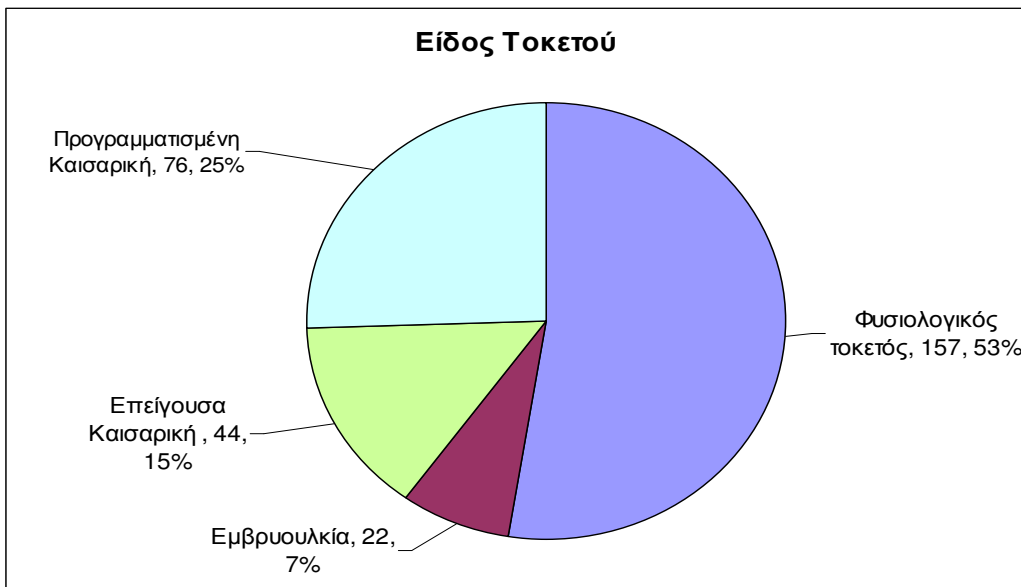
Οι μέσες τιμές (mean values) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviations (SD)) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (Absolute (N)) και οι σχετικές (relative (%)) συχνότητες χρησιμοποιούνται για να

περιγράφουν τις ποιοτικές μεταβλητές. Το t-test (Student's t-test) χρησιμοποιήθηκε για να συγκρίνει δύο ομάδες ποσοτικών μεταβλητών. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (r) (The Pearson correlation coefficient (r)) χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, η σημασία αυτής της συσχέτισης ελέγχθηκε με τον υπολογισμό της πιθανότητας “p” (probability “p”) ότι αυτή η συσχέτιση συνέβη τυχαία (the null hypothesis), τιμή πιθανότητας (p-value) μικρότερη από 0,05 θεωρείται ότι είναι στατιστικά σημαντική.

Οι λεχωίδες που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν μέση ηλικία 31 ετών και ένα ευρύ φάσμα εκπαιδευτικών επιπέδων, Σχήμα 6. Από τις μητέρες 36 % εργάζονταν και η πλειοψηφία (91%) ήταν παντρεμένες. Ο Πίνακας 2 περιέχει περισσότερα δημογραφικά στοιχεία. Αποτελεί συνήθη κλινική πρακτική η πρόκληση τοκετού για τις Ελληνίδες έγκυες, η οποία αιτιολογεί τα σχετικά υψηλά ποσοστά πρόκλησης τοκετού σε αυτή τη μελέτη (32%), έναντι, για παράδειγμα, 25% των γεννήσεων που έγιναν με πρόκληση τοκετού στην Αγγλία το 2013-2014, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας, NHS (2016). Το ποσοστό της επισκληριδίου ή της ραχιαίας αναισθησίας (27%) ήταν χαμηλότερο από άλλες χώρες. Για παράδειγμα στην Αγγλία έφτασε το 35% το 2013-14, σύμφωνα με τα στοιχεία του NHS, 2016. Από τους τοκετούς το 53% ήταν φυσιολογικοί και οι υπόλοιποι έγιναν με εμβρυουλκία (7%), προγραμματισμένη (25%) ή επείγουσα καισαρική τομή (15%), Σχήμα 7. Ο Πίνακας 3 περιέχει περισσότερα στατιστικά στοιχεία κλινικών χαρακτηριστικών.



**Σχήμα 6, Μορφωτικό Επίπεδο των Λεχωίδων στη μελέτη**



**Σχήμα 7, Είδος τοκετού των Λεχωίδων στη μελέτη**

**Πίνακας 2 – Δημογραφικά Στοιχεία των Λεχωίδων**

Αριθμός λεχωίδων που συμμετείχαν στην έρευνα	300
Ηλικία Μητέρας, mean (SD)	31 (5.4)
Οικογενειακή Κατάσταση	Αρ. (%)
Έγγαμη	272 (90.7%)
Άγαμη	28 (9.3%)
Μορφωτικό Επίπεδο,	Αρ. (%)
Δημοτικό	28 (9.3%)
Γυμνάσιο	40 (13.3%)
Λύκειο	98 (32.7%)
ΙΕΚ, ΤΕΕ	43 (14.3%)
ΤΕΙ	41 (13.7%)
ΑΕΙ	38 (12.7%)
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης	12 (4.0%)
Επαγγελματική Κατάσταση	
Εργαζόμενη, Αρ. (%)	109 (36.5%)
Άνεργη, Αρ. (%)	190 (63.5%)
Εάν εργάζεστε πόσες εβδομάδες άδεια έχετε? mean (SD)	7 (4.4)
Πόσα παιδιά έχετε συμπεριλαμβανομένου του νεογέννητου?	Αρ. (%)
1	117 (39.0%)
2	84 (28.0%)
3	37 (12.3%)
>3	9 (3.0%)

**Πίνακας 3 – Κλινικά Χαρακτηριστικά των Λεχοίδων**

Έχετε κάποια χρόνια σωματική ασθένεια?	Αρ.	(%)
Όχι	281	(95.3%)
Ναι	14	(4.7%)
Έχετε κάποια χρόνια ψυχική ασθένεια?	Αρ.	(%)
Όχι	292	(100.0%)
Ναι	0	(0.0%)
Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	Αρ.	(%)
Πολύ Καλή	178	(61.0%)
Καλή	108	(37.0%)
Μέτρια	5	(1.7%)
Κακή	0	(0.0%)
Πολύ Κακή	1	(0.3%)
Επιλόχειος Κατάθλιψη (EPDS)		
Μέση Τιμή, (SD)	4	(3.8)
Συμπτωματολογία Επιλόχειας Κατάθλιψης [EPDS>= [EPDS>=10], No. (%)	29	(10.1%)
Χωρίς Συμπτωματολογία Επιλόχειας Κατάθλιψης [EPDS<10], No. (%)	259	(89.9%)
Είδος τοκετού,	Αρ.	(%)
Φυσιολογικός τοκετός	157	(52.3%)
Εμβρυουλκία	22	(7.3%)
Επείγουσα Καισαρική	44	(14.7%)
Προγραμματισμένη Καισαρική	76	(25.3%)
Έγινε Πρόκληση τοκετού?	Αρ.	(%)
Ναι	94	(32.3%)
Όχι	197	(67.7%)
Χορηγήθηκε Επισκληριδίου Αναισθησία?	Αρ.	(%)
Ναι	78	(27.4%)
Όχι	207	(72.6%)
Θηλάζετε?	Αρ.	(%)
Ναι	269	(90.6%)
Όχι	28	(9.4%)
Εάν ναι, θηλάζετε αποκλειστικά?	Αρ.	(%)
Ναι	103	(39.9%)
Όχι	155	(60.1%)
Εάν όχι, πόσο καιρό θηλάσατε?	Mean	(SD)
	15	(19.1)
Χρειάστηκε το μωρό να νοσηλευτεί στην Παιδιατρική?	Αρ.	(%)
Ναι	13	(4.3%)
Όχι	286	(95.7%)
Πόσες μέρες μείνατε στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό?	Mean	(SD)
	4	(0.7)
Εβδομάδες κύησης στον τοκετό	Mean	(SD)
	38	(2.4)
Βάρος γέννησης του νεογνού	Mean	(SD)
	3207	(465.5)
Είχατε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη?	Αρ.	(%)
Ναι	11	(3.7%)
Όχι	289	(96.3%)
Είχατε επιπλοκές στον τοκετό?	Αρ.	(%)
Ναι	14	(4.7%)
Όχι	286	(95.3%)

Δύο πολύ γνωστές μελέτες επιλόχειας κατάθλιψης από το Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιήθηκαν ως σημείο αναφοράς για τη σύγκριση των ποσοστών EPDS των λεχωίδων στην παρούσα μελέτη έναντι των λεχωίδων στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η μελέτη των Cox *et al.* (1993) αναφέρεται σε μία σύγκριση των αποτελεσμάτων της κλίμακας EPDS 232 λεχωίδων από το Ηνωμένο Βασίλειο και της τυποποιημένης ψυχιατρικής συνέντευξης του Goldberg (Goldberg's Standardised Psychiatric Interview). Τα αποτελέσματα EPDS από τους Cox *et al.* (1993) χρησιμοποιήθηκαν ως βασικό σημείο αναφοράς για την παρούσα έρευνα. Μία πιο πρόσφατη μελέτη που περιλαμβάνει τα αποτελέσματα EPDS 50 γυναικών σε άλλο νοσοκομείο του Ηνωμένου Βασιλείου από τους Huang & Mathers (2001) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της μεταβλητότητας (inter-study variability) μεταξύ των αποτελεσμάτων EPDS στις μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο. Η καταγραφή αποτελεσμάτων από λεχωίδες που γέννησαν στο Ηνωμένο Βασίλειο σε διαφορετικές μελέτες που έγιναν σε διαφορετικές περιοχές δίνει περισσότερη εμπιστοσύνη ότι οποιαδήποτε διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης και των Cox *et al.* (1993) δεν είναι αποτέλεσμα των ιδιαίτερων περιστάσεων των λεχωίδων στη μελέτη αναφοράς, π.χ. τοπικές συνθήκες στον τομέα υγείας που μελετήθηκε.

### **3.3 Αποτελέσματα**

Από τις συμμετέχουσες λεχωίδες στην παρούσα μελέτη 10% είχαν βαθμολογία EPDS 10 ή περισσότερο και ορίστηκε ότι πάσχουν από επολόχειο κατάθλιψη. Λεχωίδες που είχαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού και εκείνες που δεν θήλασαν βρέθηκαν να είναι σημαντικά πιο πιθανό να έχουν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης μετά τον τοκετό όπως μετρήθηκαν με την κλίμακα EPDS. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (t-test p-value μεγαλύτερη από 0,05) με την επιλόχειο κατάθλιψη στην περίπτωση που οι γυναίκες ήταν εργαζόμενες, Πίνακας 4.

**Πίνακας 4 – Συσχετισμοί των αποτελεσμάτων EPDS με την επαγγελματική κατάσταση, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη ή τον τοκετό και τον θήλασμό**

	EPDS Score
Mean, λεχώιδες που εργάζονται	4.4
Mean, λεχώιδες που δεν εργάζονται	3.9
T-test, p-value*	0.334
Mean, λεχώιδες που είχαν επιπλοκές	7.6
Mean, λεχώιδες που δεν είχαν επιπλοκές	3.8
T-test, p-value*	0.00001
Mean, λεχώιδες που θήλασαν	3.9
Mean, λεχώιδες που δεν θήλασαν	5.9
T-test, p-value*	0.010

\*t-test p-value δίνει την πιθανότητα ότι η μηδενική υπόθεση (the null hypothesis) είναι σωστή, π.χ. μια τιμή μικρότερη από 0,05 δείχνει ότι η συσχέτιση είναι απίθανο να έχει συμβεί μόνο τυχαία, έτσι είναι στατιστικά σημαντική.

Πολλά άρθρα (Leahy-Warren *et al.* 2012, Negron *et al.* 2013) υποδηλώνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη ή η υποστήριξη από τον σύντροφο μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις της μεταγεννητικής κατάθλιψης. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την ικανοποίηση των γυναικών όσον αφορά την υποστήριξη από τον σύντροφο, την κοινωνική υποστήριξη και την επιλόχειο κατάθλιψη.

Επιπλέον βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση των γυναικών από την υποστήριξη που έλαβαν από τους επαγγελματίες υγείας και την επιλόχειο κατάθλιψη. Οι μητέρες που ανέφεραν ότι οι επαγγελματίες υγείας τους έκαναν να νιώσουν ανόητες, δεν τους φέρθηκαν ευγενικά ή ήταν βιαστικοί με τη φροντίδα τους είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν μεταγεννητική κατάθλιψη (στατιστικά σημαντική συσχέτιση με  $p < 0,05$ ). Μία από τις σημαντικότερες συσχετίσεις με τη μεταγεννητική κατάθλιψη βρέθηκε να είναι ο πόνος μετά τον τοκετό, όπως διαπιστώθηκε με τις λεχώιδες που απάντησαν αρνητικά σε ερωτήσεις σχετικά με τον πόνο τους μετά τη γέννηση (συντελεστής συσχέτισης πάνω από 0,3 και  $p < 0,001$ ), Πίνακας 5.



**Πίνακας 5 – Συσχετίσεις EPDS με τον πόνο μετά τον τοκετό, υποστήριξη από τον σύντροφο/σύζυγο και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας**

<b>Ερώτηση</b>	<b>Correlation coefficient with EPDS Score</b>	<b>t-test p-value*</b>
<b>Πόνος μετά τον τοκετό</b>		
Ένιωθα μεγάλο πόνο τις πρώτες ημέρες/εβδομάδες μετά τον τοκετό	0.345	<0.001
Δεν χρειάστηκα πολλά παυσίπονα μετά τον τοκετό	-0.198	0.001
Θα μπορούσα να είχα περισσότερο χρόνο για το σώμα μου να προσαρμοστεί μετά τον τοκετό πριν πάω σπίτι	0.299	<0.001
<b>Υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας</b>		
Μερικές φορές οι επαγγελματίες υγείας με έκαναν να αισθανθώ λίγο ανόητη	0.191	0.001
Οι επαγγελματίες υγείας που με φρόντιζαν στην περίοδο της λοχείας μερικές φορές βιάζονταν πάρα πολύ	0.209	<0.001
Οι επαγγελματίες υγείας που με φρόντιζαν θα έπρεπε μερικές φορές να μου έδειχναν λίγο περισσότερο σεβασμό	0.244	<0.001
Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πάντα μου συμπεριφέρονταν με τον πιο φιλικό και ευγενικό τρόπο	-0.185	0.002
<b>Κοινωνική υποστήριξη &amp; υποστήριξη από τον σύντροφο/σύζυγο</b>		
Ο σύντροφος/σύζυγός μου δεν θα μπορούσε να με είχε στηρίξει καλύτερα με οποιονδήποτε τρόπο	-0.194	0.001
Ο σύντροφος/σύζυγός μου μου έδωσε τη μεγαλύτερη βοήθεια μετά τη γέννηση του μωρού	0.024	0.690
Έκανα καινούριες φίλιες τις πρώτες ημέρες/εβδομάδες μετά τη γέννηση του μωρού	-0.153	0.009
Θα μπορούσα να είχα λίγη περισσότερη βοήθεια από τον σύντροφο/σύζυγό μου	0.128	0.030
Ήταν καθησυχαστικό να συναντήσω άλλες γυναίκες σαν εμένα μετά τη γέννηση του μωρού μου	-0.034	0.562

\*t-test p-value δίνει την πιθανότητα ότι η μηδενική υπόθεση (the null hypothesis) είναι σωστή, π.χ. μια τιμή μικρότερη από 0,05 δείχνει ότι η συσχέτιση είναι απίθανο να έχει συμβεί μόνο τυχαία, έτσι είναι στατιστικά σημαντική.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συγκρίνονται με δύο μελέτες όπου εξετάζεται η μεταγεννητική κατάθλιψη σε λεχνοίτες στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι Cox *et al.* (1993) εξέτασαν τα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης σε 232 μητέρες που έμεναν στο North Staffordshire Health District στο Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιώντας την κλίμακα EPDS. Οι Huang & Mathers (2001) παρουσίασαν τα αποτελέσματα της κλίμακας EPDS από 50 μητέρες που κατοικούσαν στην πόλη του Sheffield στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η έρευνα των Cox *et al.* (1993) χρησιμοποιήθηκε ως μελέτη αναφοράς και αποτέλεσε μέτρο σύγκρισης με τις άλλες δύο μελέτες. Όπως

φαίνεται στον Πίνακα 6 (Πίνακας 6) η μέση βαθμολογία EPDS 7,6 από τους Cox *et al.* (1993) και 7,5 από τους Huang & Mathers (2001) έχουν μεγάλη στατιστική πιθανότητα να είναι ίσες (t-test p-value = 0,876) παρουσιάζοντας ένα καλό επίπεδο συνέπειας (good level of consistency) μεταξύ των δύο μελετών του Ηνωμένου Βασιλείου. Ωστόσο, η μέση τιμή EPDS των λεχωίδων στην παρούσα μελέτη ήταν μόλις 4,1 η οποία είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετική από τις μελέτες του Ηνωμένου Βασιλείου (t-test p-value μικρότερη από 0,0001). Αυτό δείχνει σαφώς ότι οι γυναίκες στη μελέτη αυτή είχαν χαμηλότερα επίπεδα μεταγεννητικής κατάθλιψης από ότι οι γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μερικοί από τους πιθανότερους λόγους για το χαμηλότερο επίπεδο επιλόχειας κατάθλιψης δίνονται παρακάτω και στη συνέχεια συζητούνται λεπτομερέστερα:

- Το ηλιόλουστο κλίμα της Ελλάδας σε σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο
- Διαφορές στα πρωτόκολλα των κατά τόπους νοσοκομείων
- Πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα στις λεχωίδες στην Ελλάδα και στο Ηνωμένο Βασίλειο
- Διαφορές στις οικογενειακές δομές στήριξης στην Ελλάδα και στο Ηνωμένο Βασίλειο

Υπάρχει μία σειρά μελετών (Rosenthal *et al.* 1984, Rosen *et al.* 1990, Wilson 2002, Stephenson *et al.* 2012, Mirzakhani & Poursafa 2014) που συνδέουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης με χαμηλότερα επίπεδα φωτός που συνήθως απαντώνται κατά τη διάρκεια των χειμερινών μηνών σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και γενικότερα σε χώρες σε μεγαλύτερα βόρεια γεωγραφικά πλάτη. Είναι πιθανόν ότι το πιο φωτεινό και ηλιόλουστο κλίμα στην Ελλάδα βοηθάει στην πρόληψη ή στη μείωση των περιστατικών μεταγεννητικής κατάθλιψης των λεχωίδων στη χώρα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ότι οι λεχωίδες που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν χαμηλότερα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης από ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο αρχικά φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με άλλες δημοσιευμένες μελέτες πάνω στο θέμα. Για παράδειγμα, μία έρευνα με δείγμα 120 μητέρες που έλαβε χώρα σε τέσσερα νοσοκομεία της Κρήτης από τους Vivilaki *et al.* (2009), βρήκε συγκρίσιμα επίπεδα μεταγεννητικής κατάθλιψης όπως αυτά στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μία συγκριτική μελέτη ανάμεσα σε 200 ελληνίδες μητέρες από την Αθήνα και 156 αγγλίδες μητέρες από το Bristol από τους Thorpe *et al.* (1992) βρήκε ότι οι ελληνίδες μητέρες είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από ότι οι μητέρες στο

Ηνωμένο Βασίλειο. Το γεγονός ότι οι Thrope *et al.* (1992) χρησιμοποίησαν την ίδια μετάφραση της κλίμακας EPDS με αυτή που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, δείχνει ότι ούτε το κλίμα ούτε η μετάφραση της κλίμακας EPDS στα ελληνικά ήταν η αιτία των χαμηλότερων επιπέδων κατάθλιψης που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη. Η κουλτούρα και οι συνθήκες σε μικρά επαρχιακά νοσοκομεία της Ελλάδας, όπως το νοσοκομείο όπου έγινε η παρούσα έρευνα, διαφέρουν πολύ από τις συνθήκες σε μεγάλα νοσοκομεία σε πυκνοκατοικημένες περιοχές στην Ελλάδα, όπως η Αθήνα και σε νοσοκομεία στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στις επαρχιακές περιοχές της Ελλάδας οι οικογένειες έχουν συνήθως πολύ ισχυρές σχέσεις και ένα εκτεταμένο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης. Είναι σύνηθες για τη μητέρα ή την πεθερά της λεχωίδας να παραμένει με τη μητέρα στο δωμάτιο κατά τη διάρκεια της μεταγεννητικής παραμονής της στο νοσοκομείο για να την βοηθήσει με τη φροντίδα του μωρού. Είναι πολιτική του νοσοκομείου όπου διεξήχθη η έρευνα να επιτρέπει στις λεχωίδες να έχουν έναν συνοδό να μένει μαζί τους όλο το εικοσιτετράωρο κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, η οποία είναι κατά μέσο όρο 3-4 ημέρες. Αυτή η πολιτική είναι κοινή σε πολλά επαρχιακά νοσοκομεία στην Ελλάδα, καθώς βοηθάει τη νέα μητέρα να έχει συνεχή βοήθεια, υποστήριξη και παρέα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο. Στο νοσοκομείο όπου έγινε η μελέτη γίνεται προσπάθεια κάθε λεχωίδα να νοσηλεύεται μόνη της στο δωμάτιο ή μόνο μέχρι δύο λεχωίδες να μοιράζονται το ίδιο δωμάτιο. Η κατάσταση είναι πολύ διαφορετική στην Αθήνα και σε άλλες πυκνοκατοικημένες πόλεις στην Ελλάδα, όπου τα νοσοκομεία έχουν πολύ μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, τρεις έως και έξι λεχωίδες μοιράζονται πολλές φορές το ίδιο δωμάτιο και εφαρμόζονται αυστηρές ώρες επισκεπτηρίου. Το επαρχιακό νοσοκομείο όπου διεξήχθη η παρούσα έρευνα έχει μία μαιευτική κλινική, στην οποία βρίσκονται η αίθουσα τοκετού και τα δωμάτια νοσηλείας της εγκυμοσύνης και της λοχείας, όλα στον ίδιο όροφο. Οι ίδιοι επαγγελματίες υγείας παρέχουν μαιευτική φροντίδα στις γυναίκες από την ώρα που γίνεται η εισαγωγή τους στην κλινική, όταν αρχίζει ο τοκετός τους, βοηθούν τις γυναίκες να γεννήσουν και τις παρακολουθούν στη διάρκεια της λοχείας, εξασφαλίζοντας έτσι συνέχεια στην περίθαλψή τους. Από την άλλη πλευρά τα μεγάλα μαιευτήρια της Αθήνας έχουν διαφορετικά τμήματα παραλαβής της επιτόκου, διαφορετικές αίθουσες τοκετού και διαφορετικά τμήματα λοχείας, έτσι οι νέες μητέρες βλέπουν διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια διαφορετικών σταδίων της μαιευτικής φροντίδας τους. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην παροχή μαιευτικής φροντίδας και

στο Ηνωμένο Βασίλειο. Όλα τα τμήματα μαιευτικής φροντίδας είναι διαφορετικά, οπότε διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας παρέχουν φροντίδα στις γυναίκες. Ο αριθμός των λεχωίδων που μοιράζονται το ίδιο δωμάτιο μπορεί να κυμαίνεται από δύο έως έξι. Οι ώρες επισκεπτηρίου είναι πολύ αυστηρές και μόνο για λίγες ώρες καθημερινά. Ο αριθμός των επισκεπτών περιορίζεται σε δύο κάθε φορά δίπλα από το κρεβάτι της λεχωίδας. Η λεχωίδα δεν επιτρέπεται να έχει κάποιον συνοδό μαζί της όλο το εικοσιτετράωρο, ούτε καν τον σύζυγό της. Ως αποτέλεσμα, πρέπει να αναλάβει η ίδια αποκλειστικά τη φροντίδα του μωρού της χωρίς τη βοήθεια κάποιου συγγενικού της προσώπου. Έτσι, οι νέες μητέρες στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο στην περίοδο της λοχείας παραμένουν για πολλές ώρες μόνες τους.

Η διαφορετική κουλτούρα, τα διαφορετικά πρωτόκολλα των νοσοκομείων και οι ισχυρότερες δομές στήριξης της οικογένειας στην επαρχία μπορεί να είναι μερικοί από τους λόγους που παρατηρήθηκαν χαμηλότερες τιμές EPDS στην παρούσα μελέτη σε σύγκριση με μελέτες που έγιναν στο Ηνωμένο Βασίλειο και μελέτες που έγιναν σε μητροπολιτικές περιοχές της Ελλάδας. Μία άλλη πτυχή που θα μπορούσε να εξηγήσει τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι ότι η έρευνα διεξήχθη σε ένα μικρό επαρχιακό νοσοκομείο στην Ελλάδα, όπου όλοι γνωρίζουν ο ένας τον άλλον. Οι περισσότερες νέες μητέρες ήδη γνώριζαν τους επαγγελματίες υγείας πολύ πριν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό τους. Οι γυναίκες που γέννησαν σε αυτό το επαρχιακό νοσοκομείο αισθάνονται ότι βρίσκονται σε ένα γνωστό και φιλικό περιβάλλον, όπου οι επαγγελματίες υγείας είναι επίσης φίλοι και υποστηρικτές.

**Πίνακας 6 – Σύγκριση των τιμών EPDS της παρούσας μελέτης με τις μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο**

Μελέτη	Αριθμός των λεχωίδων	EPDS Mean score	EPDS Standard Deviation	t-test p-value that mean equal to that of Cox <i>et al.</i> (1993)
Cox <i>et al.</i> (1993) αποτελέσματα:	232	7.6	5.6	N/A
Huang & Mathers (2001) αποτελέσματα:	50	7.5	3.72	0.876
Αποτελέσματα παρούσας μελέτης:	288	4.1	3.85	<0.0001

### **3.4 Συμπεράσματα**

Υπάρχουν πολλά άρθρα σχετικά με την επιλόχειο κατάθλιψη στην επιστημονική βιβλιογραφία από πολλές χώρες, γεγονός που δείχνει ότι πρόκειται για ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Υπάρχουν πολλοί τρόποι μέτρησης της μεταγεννητικής κατάθλιψης, αλλά ο πιο δημοφιλής είναι η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS), η οποία χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη.

Η έρευνα που ολοκληρώθηκε για την παρούσα μελέτη δείχνει μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μητέρων που δεν θηλάζουν τα μωρά τους και μεταγεννητικής κατάθλιψης, καθώς και συσχέτιση μεταξύ υποστήριξης συντρόφου / κοινωνικής υποστήριξης και μειωμένου κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης. Αυτά τα συμπεράσματα είναι παρόμοια σε γενικές γραμμές με αντίστοιχα σε δημοσιευμένες μελέτες στην επιστημονική βιβλιογραφία.

Αυτό που γίνεται σαφές από την παρούσα μελέτη είναι η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, ο πόνος μετά τη γέννηση και η επιλόχειος κατάθλιψη. Οι μητέρες που είχαν επιπλοκές ή είχαν μεγάλο πόνο μετά τη γέννηση είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν μεταγεννητική κατάθλιψη. Οι λεχωίδες που βίωσαν επιπλοκές στην εγκυμοσύνη ή τον τοκετό τους, κατά μέσο όρο συγκέντρωσαν τη διπλάσια τιμή EPDS εν συγκρίσει με τις λεχωίδες που δεν βίωσαν επιπλοκές. Αυτό δείχνει ότι είναι σημαντικό να δίδεται από τους επαγγελματίες υγείας ιδιαίτερη προσοχή στις μητέρες που είχαν επιπλοκές και έντονο πόνο μετά τη γέννηση καθώς εκτός από τη φυσική τους κατάσταση βρίσκονται επίσης σε υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτωματολογία επιλόχειας κατάθλιψης.

Ο σημαντικός ρόλος της υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας τονίζεται επίσης από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Οι λεχωίδες που δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες από τις μαιευτικές υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας ήταν λιγότερο πιθανό να διαγνωστούν με επιλόχειο κατάθλιψη. Αυτό υποδηλώνει ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της μεταγεννητικής κατάθλιψης.

Η σύγκριση με δύο μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνει ότι τα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης που καταγράφησαν στην παρούσα μελέτη ήταν σημαντικά χαμηλότερα από τα αντίστοιχα στις μελέτες που έγιναν στο Ηνωμένο Βασίλειο. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που μπορούν να αιτιολογήσουν αυτά τα

αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένης της στενής κοινότητας γύρω από το τοπικό νοσοκομείο όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη, τα πρωτόκολλα του νοσοκομείου, το ηλιόλουστο κλίμα και μια κουλτούρα που δίνει μεγάλη αξία και προσοχή στην ύπαρξη μιας ισχυρής και υποστηρικτικής οικογένειας (Panagoroulou *et al.* 2018c).

## **4 Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Μαιών & στην Παροχή Μαιευτικών Υπηρεσιών στην Περίοδο της Λοχείας**

### **4.1 Εισαγωγή**

Ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης “Burnout” που δίδεται από το λεξικό της Οξφόρδης είναι “Φυσική ή ψυχική κατάρρευση που προκαλείται από υπερβολική εργασία ή άγχος”. Σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης αυτό συνήθως έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να εγκαταλείπει το επάγγελμα, αυξάνοντας περαιτέρω τον φόρτο εργασίας και το άγχος του υπόλοιπου προσωπικού. Οι αιτίες αυτού του φαινομένου πρέπει να εντοπίζονται και να διορθώνονται νωρίς για να αποφευχθεί ένας φαύλος κύκλος συνεχώς αυξανόμενου άγχους που οδηγεί σε απαράδεκτες συνθήκες εργασίας και ανεπαρκή παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς.

Η χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2009 – 2010 ανάγκασε την ελληνική κυβέρνηση να υπογράψει ένα μνημόνιο οικονομικής και χρηματοπιστωτικής πολιτικής με την “Τρόικα”– την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο– σε αντάλλαγμα για ένα δάνειο “διάσωσης” ύψους 110 δισ. ευρώ. Οι αρνητικές επιπτώσεις του μνημονίου στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα αναγνωρίστηκαν από τα πρώτα χρόνια. Οι Kentikelenis *et al.* (2011) δημοσίευσαν στο επιστημονικό περιοδικό The Lancet τα αποτελέσματα της μελέτης τους ότι σημειώθηκε σημαντική αύξηση στους πολίτες στην Ελλάδα που ανέφεραν ότι δεν πήγαν σε γιατρό ή οδοντίατρο παρά το ότι πίστευαν ότι ήταν απαραίτητο το 2011 σε σύγκριση με τα επίπεδα πριν από την κρίση το 2009. Τα χρόνια που ακολούθησαν η κρίση έγινε ακόμη μεγαλύτερη με τους ίδιους συγγραφείς να αναφέρουν το 2014 (Kentikelenis *et al.* 2014) ότι “οι δυσμενείς

οικονομικές επιπτώσεις της λιτότητας εκτιμήθηκαν λανθασμένα, το κοινωνικό κόστος αγνοήθηκε, με επιβλαβείς συνέπειες για τον λαό της Ελλάδας”. Οι Simou & Koutsogeorgou (2014) εξέτασαν 966 αναφορές σχετικά με αυτό το θέμα και υπογράμμισαν ότι το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας λειτουργούσε το 2014 με 10% - 40% λιγότερους εργαζόμενους των οποίων ο μισθός έχει μειωθεί κατά 40%, σε σύγκριση με τα επίπεδα πριν από την κρίση του 2009.

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μαιές, με σκοπό να εντοπιστούν οι λόγοι που οδηγούν σε αυτό το φαινόμενο. Ο λόγος που αυτό εξετάζεται είναι ότι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στη μητέρα και στο νεογνό στον μεγαλύτερο βαθμό εξαρτάται από τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν μαιευτικές υπηρεσίες. Η κακή οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα συνέβαλε στην αύξηση των επαγγελματιών υγείας με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συνθήκες εργασίας στο επαρχιακό νοσοκομείο όπου εκπονήθηκε η μελέτη περιγράφονται, ώστε να παρουσιαστεί το περιβάλλον εργασίας των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στην περίοδο της λοχείας.

## **4.2 Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας**

Υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των μαιών και άλλων επαγγελματιών υγείας με διαφορετικές μελέτες που ολοκληρώθηκαν σε διαφορετικές χώρες, όπως η Τουρκία (Cagan and Gunay 2015), το Ιράν (Keshvari *et al.* 2012 και Esfahani *et al.* 2012), η Σενεγάλη (Rouleau *et al.* 2012), η Πολωνία (Kalicinska *et al.* 2012), η Σουηδία (Hildingsson *et al.* 2013), η Δανία (Borritz *et al.* 2006) και η Αυστραλία (Newton *et al.* 2014, Jordan *et al.* 2013 και Mollart *et al.* 2013). Οι παραπάνω μελέτες δείχνουν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι ένα παγκόσμιο ζήτημα και δεν απομονώνεται σε μία μόνο χώρα ή σε ένα σύστημα υγείας. Οι Pallant *et al.* (2015) πραγματοποίησαν μία έρευνα σε 600 μαιές που εργάζονταν στη Νέα Ζηλανδία για να προσδιορίσουν τους παράγοντες που σχετίζονταν με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και που είχαν ως αποτέλεσμα οι μαιές να εξετάζουν το ενδεχόμενο να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους. Διαπίστωσαν ότι η ποιότητα της διοίκησης, οι σχέσεις μαιίας-γιατρού, η επάρκεια πόρων και οι ευκαιρίες για εξέλιξη αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης της απόφασης των

μαιών να αποχωρήσουν από το επάγγελμα με δείκτες πιθανότητας (odds ratios) OR πάνω από 2,0. Ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης ήταν η ποιότητα της διοίκησης (OR=2,6).

Οι Newton *et al.* (2014) σύγκριναν τα αποτελέσματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είκοσι μαιών που παρείχαν caseload φροντίδα και 130 μαιών που παρείχαν συνήθη μαιευτική φροντίδα. Βρήκαν ότι αρχικά οι μαιές που παρείχαν caseload φροντίδα και οι μαιές που παρείχαν συνήθη φροντίδα είχαν παρόμοιες βαθμολογίες σε όλες τις μετρήσεις για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης με εξαίρεση το σχετιζόμενο με τη γυναίκα σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο ήταν χαμηλότερο στις μαιές που παρείχαν caseload φροντίδα. Μετά από δύο χρόνια, σε σύγκριση με τις μαιές που παρείχαν συνήθη μαιευτική φροντίδα, οι μαιές που παρείχαν caseload φροντίδα είχαν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στην επαγγελματική ικανοποίηση, την επαγγελματική υποστήριξη και την αλληλεπίδραση με τις γυναίκες που παρακολουθούσαν και χαμηλότερες βαθμολογίες για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και τις επιπτώσεις του στην προσωπική ζωή, την επαγγελματική ζωή και τις σχέσεις με τις έγκυες και λεχωίδες.

Οι Yoshida & Sandall (2013) ολοκλήρωσαν μία έρευνα για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε 238 μαιές που εργάζονταν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο στην Αγγλία. Η ανάλυση που έκαναν έδειξε ότι (1) τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής αυτονομίας αποτελούσαν βασικό προστατευτικό παράγοντα για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και η επαγγελματική αυτονομία ήταν περισσότερο διαδεδομένη στις μαιές που εργάζονταν στην κοινότητα, (2) οι ώρες εργασίας συνδέονταν θετικά με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και (3) η στήριξη της ισορροπίας μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής ζωής από τη διοίκηση του νοσοκομείου είχε σημαντική προστατευτική επίδραση στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Sheen *et al.* (2014) εξέτασαν τη βιβλιογραφία σχετικά με τον αντίκτυπο της έκθεσης έμμεσα σε τραυματικές εμπειρίες στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Διαπίστωσαν ότι η έμμεση έκθεση στα τραυματικά συμβάντα που βιώνουν οι αποδέκτες της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί μερικές φορές να προκαλέσει τραυματικές αντιδράσεις στρες στους επαγγελματίες υγείας. Η έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες στο μαιευτικό περιβάλλον, θα μπορούσε να επηρεάσει δυσμενώς την ψυχοσωματική υγεία των μαιών, τη φροντίδα που παρέχεται στις γυναίκες και να συμβάλλει στην επικράτηση αρνητικού κλίματος στον χώρο



εργασίας. Το 2015 οι ίδιοι ερευνητές (Sheen *et al.* 2015) παρουσίασαν τα αποτελέσματα της μελέτης τους σε 421 μαιές που εργάζονταν στο Ηνωμένο Βασίλειο και είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες σε ένα μαιευτικό περιστατικό κατά την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης ή του τοκετού όπου βρέθηκε σε κίνδυνο η ζωή της εγκύου ή του νεογνού και προκάλεσε για τις μαιές συναισθήματα φόβου, πανικού ή τρόμου. Διαπίστωσαν ότι στις μαιές τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες συνδέονταν με αρνητικές πεποιθήσεις γενικής αντίληψης και δύο πεδία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι απαιτούνται οργανωτικές στρατηγικές, ώστε να προετοιμαστούν οι μαιές για την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα στον χώρο εργασίας. Απαιτείται υποστήριξη για τις μαιές μετά από τραυματικά περιγεννητικά συμβάντα και απαιτούνται αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τις μαιών που εκδηλώνουν σοβαρά συμπτώματα μετατραυματικού στρες.

Οι Mizuno *et al.* (2013) εξέτασαν 255 νοσηλεύτριες και μαιές που εργάζονταν στην Ιαπωνία χρησιμοποιώντας την κλίμακα ποιότητας ζωής επαγγελματιών (Professional Quality of Life Scale) και την ιαπωνική έκδοση της κλίμακας συναισθηματικής κατάστασης στην εργασία της Φρανκφούρτης (Frankfurt Emotional Work Scale). Διαπίστωσαν ότι η παροχή υπηρεσιών αμβλώσεων είναι μία εξαιρετικά δυσάρεστη εμπειρία για τις νοσηλεύτριες και τις μαιές και ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σχετιζόταν σημαντικά με τους παράγοντες στρες και τις συναισθηματικές συνθήκες στην εργασία.

Η εικόνα δεν είναι πάντα ζοφερή, η Deery (2005) ολοκλήρωσε μία έρευνα με εφαρμογή παρέμβασης με βάση τη συνεργασία και τη συμμετοχή οκτώ μαιών της κοινότητας που εργάζονταν στην ίδια ομάδα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Διαπίστωσε ότι απαιτείται αποτελεσματική στήριξη των μαιών, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσω μηχανισμών υποστήριξης όπως η κλινική εποπτεία. Κατά τη διάρκεια της κλινικής εποπτείας, προέκυψαν ισχυρά μηνύματα σχετικά με την ανάγκη να διασφαλιστεί ότι οι μαιές θα προετοιμαστούν κατάλληλα στη βασική τους εκπαίδευση για δύσκολες καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν στην εργασία τους. Παρόμοια συμπεράσματα δημοσιεύτηκαν από τους Ford *et al.* (1997) οι οποίοι πήραν συνέντευξη από 200 επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονταν στην κοινότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι χρειαζόνταν πρόσθετη κατάρτιση σε θέματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αντιμετώπισης του προσωπικού τους στρες και την αξιολόγηση και τη θεραπεία της κατάθλιψης και της διαχείρισης του

άγχους σε ασθενείς. Οι Bakker *et al.* (1996) από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους όπου συμμετείχαν 200 μαιές στην Ολλανδία διαπίστωσαν ότι οι πιθανότητες συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν χαμηλότερες σε υψηλότερο ποσοστό κατ' οίκον γεννήσεων στο σπίτι της εγκύου αντί για εισαγωγή μικρής διάρκειας στο νοσοκομείο για τον τοκετό. Η Keleher (1993) διαπίστωσε ότι η ευελιξία στην εργασία, που επιτρέπει ειδικότερα τις άδειες όταν τις χρειάζεται το προσωπικό μειώνει τα περιστατικά του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας.

### **4.3 Συνθήκες Εργασίας στην Οικονομική Κρίση**

Σε αυτή την ενότητα γίνεται περιγραφή των συνθηκών εργασίας στο γενικό επαρχιακό νοσοκομείο της νότιας Ελλάδας όπου πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα και συγκεκριμένα γίνεται περιγραφή της λειτουργίας του μαιευτικού τμήματος κατά τα έτη 2015 - 2017. Όπως διαφαίνεται από τα παρακάτω οι μαιές που εργάζονται στο νοσοκομείο αντιμετωπίζουν πολλά σοβαρά προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν την απόδοσή τους στην εργασία τους καθώς και την προσωπική τους υγεία και ζωή.

Ο αριθμός των μαιών έχει μειωθεί σε σύγκριση με τα επίπεδα πριν από την κρίση πριν από έξι χρόνια, καθώς τρεις μαιές από μία ομάδα εννέα μαιών, αποσύρθηκαν με σύνταξη και δεν αντικαταστάθηκαν ποτέ. Επί του παρόντος δεν υπάρχει προοπτική για πρόσληψη περισσότερου προσωπικού λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το υπόλοιπο προσωπικό να έχει μεγάλο φόρτο εργασίας, να εργάζεται δύο βάρδιες σε μία μέρα σε πολλές περιπτώσεις για να παρέχεται η 24ωρη υπηρεσία που απαιτείται, όταν οι συνάδελφοί τους λαμβάνουν κανονική άδεια ή είναι άρρωστοι με άδεια ασθενείας. Σε πολλές περιπτώσεις η διοίκηση δεν λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των μαιών. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα κατά τον προγραμματισμό των βαρδιών π.χ. όταν το προσωπικό ζητά να μην εργάζεται συγκεκριμένες μέρες λόγω προσωπικών περιστάσεων και οι άδειες, λόγω μειωμένου προσωπικού δεν χορηγούνται. Αυτό προκαλεί απογοήτευση, άγχος και εκνευρισμό στο προσωπικό. Τα τελευταία έξι χρόνια όλοι οι υπάλληλοι γνώρισαν μείωση του βαθμού τους κατάταξης, που έφερε σαν επακόλουθο και μείωση του μισθού τους. Αυτή η μείωση ακολουθήθηκε από πολλαπλές μειώσεις του μισθού, οι οποίες μειώνουν περαιτέρω το ηθικό των εργαζομένων στο χώρο της υγείας.

Στο επαρχιακό νοσοκομείο εργάζονται μόνο δύο παιδίατροι, έτσι μερικές ημέρες του μήνα δεν εφημερεύει παιδίατρος για να εξετάσει τα νεογνά. Αυτό προκαλεί μεγάλο άγχος στις μαίες που χρειάζεται να ασχοληθούν αρκετή ώρα τηλεφωνώντας προσπαθώντας να βρουν έναν ιδιώτη παιδίατρο να έρθει στο νοσοκομείο για να εξετάσει το νεογνό, αμέσως μετά τον τοκετό. Λόγω των περικοπών στον προϋπολογισμό για τις δαπάνες των δημοσίων νοσοκομείων, υπάρχει λιγότερο διαθέσιμο υλικό και ορισμένες φορές χαμηλότερης ποιότητας, πράγμα που δυσχεραίνει την εργασία των επαγγελματιών υγείας. Οι υπηρεσίες ασφαλείας του νοσοκομείου δεν λειτουργούν αποτελεσματικά, με αποτέλεσμα το προσωπικό να αισθάνεται ανασφαλές και να αντιμετωπίζει μόνο του βίαιους ασθενείς και συγγενείς, συνθήκες που αυξάνουν το εργασιακό στρες και τον κίνδυνο εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Panagoroulou *et al.* 2016a).

#### **4.4 Συμπεράσματα**

Διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στον χώρο της υγείας αποτελεί ένα παγκόσμιο ζήτημα, επομένως δεν περιορίζεται σε ένα συγκεκριμένο σύστημα υγείας ή σε μία χώρα. Οι κύριοι παράγοντες που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν:

- Κακής ποιότητας διοίκηση
- Κακές σχέσεις μαίας-γιατρού
- Ανεπαρκείς πόροι
- Περιορισμένες ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη
- Πολλές ώρες εργασίας
- Μετατραυματικό στρες, από αντιμετώπιση στεσογόνων περιστατικών στην εργασία.

Οι παράγοντες που μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν:

- Υψηλά επίπεδα επαγγελματικής αυτονομίας
- Υποστήριξη της ισορροπίας εργασίας-ζωής από τη διοίκηση του νοσοκομείου
- Σωματική άσκηση
- Αποτελεσματική υποστήριξη των μαιών-επαγγελματιών υγείας

- Εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας
- Εφαρμογή ευέλικτης εργασίας

Οι σημαντικές περικοπές στους μισθούς και το προσωπικό, η μείωση των πόρων που προκλήθηκαν από τη χρηματοπιστωτική κρίση στο ελληνικό σύστημα υγείας αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που συμβάλλουν στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Το τελευταίο οικονομικό σχέδιο διάσωσης της Ελλάδας το 2015 επικεντρώθηκε κυρίως στην αποπληρωμή των πιστωτών σε ξένες χώρες σε μία απεγνωσμένη προσπάθεια να κρατηθεί η χώρα στη ζώνη του ευρώ. Το πρόγραμμα των μέτρων λιτότητας αναμένεται να συνεχιστεί, δυστυχώς, με μικρή πιθανότητα βελτίωσης της χρηματοδότησης ή βελτίωσης των συνθηκών που απαιτούνται για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένου των μαιών, στην Ελλάδα αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται καθώς οι συνθήκες επιδεινώνονται (Παναγοπούλου και συν. 2016b).

## **5 Εξέταση της Ικανοποίησης των Λεχωίδων από τη Φροντίδα που λαμβάνουν στην Περίοδο της Λοχείας**

### **5.1 Εισαγωγή**

Η περίοδος της λοχείας είναι σημαντική για την υγεία της μητέρας, του νεογνού και την προσαρμογή στις νέες συνθήκες της οικογενειακής ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν βασικό ρόλο στην παροχή μεταγεννητικής φροντίδας στη μητέρα και το βρέφος. Η έρευνα που περιγράφεται σε αυτό το κεφάλαιο διερευνά την ικανοποίηση των μητέρων, που γέννησαν σε ένα ελληνικό δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο, από τη φροντίδα που έλαβαν μετά τη γέννηση του μωρού τους. Αποτελεί την πρώτη έρευνα που γίνεται στην Ελλάδα που εξετάζει τα ποσοστά ικανοποίησης των λεχωίδων από τη φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας θεωρείται σημαντικός δείκτης για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και ταυτόχρονα αποτελεί σημαντικό εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους επαγγελματίες υγείας, Faley *et al.* (2014), Al-Abri, Al-Balushi (2014).

### **5.2 Μεθοδολογία, Δειγματοληψία**

Συνολικά 300 λεχωίδες που γέννησαν σε ένα επαρχιακό ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο στη Λακωνία, Νότια Ελλάδα, μεταξύ Ιανουαρίου 2015 και Ιουλίου 2017 συμμετείχαν στη μελέτη 40 ημέρες μετά τη γέννηση του μωρού τους, συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις που είχαν σχεδιαστεί από την Dr Lindsay Smith για το WOMen's views of Birth Postnatal Satisfaction Questionnaire, WOMBPNSQ (Smith 2011). Το ερωτηματολόγιο WOMBPNSQ δεν είχε χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα ξανά και για αυτό το λόγο πραγματοποιήθηκε μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου για χρήση σε ελληνικό πληθυσμό στο πλαίσιο της διατριβής. Στο ερωτηματολόγιο της μελέτης επίσης υπήρχαν ερωτήσεις από την κλίμακα EPDS, όπως περιγράφησαν και αναλύθηκαν στο κεφάλαιο 3. Τέλος, στο ερωτηματολόγιο

είχαν προστεθεί επιπλέον ερωτήσεις, ώστε να γίνουν συσχετισμοί με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν λεχνοίδες ηλικίας άνω των 18 ετών που είχαν γεννήσει ένα υγιές, τελειόμηνο νεογνό.

Οι μητέρες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στη μαιευτική κλινική πριν την εξέταση των 40 ημερών μετά τον τοκετό, που προσφέρεται σε όλες τις λεχνοίδες ως εξέταση ρουτίνας. Μία κλίμακα Likert επτά σημείων χρησιμοποιήθηκε για τις ερωτήσεις ικανοποίησης. Οι ερωτήσεις ικανοποίησης μεταφράστηκαν στα ελληνικά από το WOMBPNSQ ψυχομετρικό πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο μεταγεννητικής ικανοποίησης. Οι ερωτήσεις που δεν χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη από το ερωτηματολόγιο WOMBPNSQ ήταν αυτές που αφορούσαν τις διαστάσεις "κατ' οίκον επισκέψεις στην περίοδο της λοχείας", "Φροντίδα από την επισκέπτρια υγείας" και "Φροντίδα από τον γενικό ιατρό", καθώς αυτές οι υπηρεσίες δεν παρέχονται συνήθως και οι επαγγελματίες αυτοί δεν συμμετέχουν γενικά στην παροχή της φροντίδας της λοχείας στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Έγινε πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου WOMBPNSQ για χρήση του σε ελληνικό πληθυσμό λεχνοίδων (Panagoroulou *et al.* 2018d).

Όπως αναφέρθηκε ήδη και στο κεφάλαιο 3, οι λεχνοίδες πληροφορήθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και ότι στην έρευνα δεν θα καταχωρούνταν σε καμία περίπτωση πληροφορίες προσωπικής ταυτοποίησης. Οι μητέρες έδωσαν προφορικά ενημερωμένη συγκατάθεση προτού ολοκληρώσουν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής δόθηκε από την 6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας και την επιστημονική επιτροπή του περιφερειακού ελληνικού δημόσιου γενικού νοσοκομείου (18 Δεκεμβρίου 2014, αριθμός έγκρισης Φ / Γ / 2/14962).

Οι μέσες τιμές (mean values) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviations (SD)) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (Absolute (N)) και οι σχετικές (relative (%)) συχνότητες χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τις ποιοτικές μεταβλητές. Το t-test (Student's t-test) χρησιμοποιήθηκε για να συγκρίνει δύο ομάδες ποσοτικών μεταβλητών. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (r) (The Pearson correlation coefficient (r)) χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, η σημασία αυτής της συσχέτισης ελέγχθηκε με τον υπολογισμό της πιθανότητας "p" (probability "p") ότι αυτή η συσχέτιση συνέβη τυχαία (the null hypothesis), τιμή πιθανότητας (p-value) μικρότερη

από 0,05 θεωρείται ότι είναι στατιστικά σημαντική. Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου δοκιμάστηκε χρησιμοποιώντας τον παράγοντα Cronbach's- $\alpha$ .

Μία πιλοτική μελέτη, με δείγμα 80 νέων μητέρων που πραγματοποιήθηκε πριν από την έρευνα (Παναγοπούλου και συν. 2016c), επαλήθευσε ότι οι ερωτήσεις έγιναν κατανοητές από τις λεχωίδες και επιβεβαίωσε ότι η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτήσεων ικανοποίησης ήταν καλή ή αποδεκτή (Cronbach's Alpha τυπικά άνω του 0,6 και μέγιστο 0,82).

Γίνεται σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και εκείνων της αγγλικής έρευνας όπου και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο WOMBPNSQ για πρώτη φορά (έρευνα αναφοράς). Η Dr Lindsay Smith, μετά από επικοινωνία μαζί της, έδωσε τη συγκατάθεσή της να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιό της WOMBPNSQ για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Μετά την μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου WOMBPNSQ για χρήση σε ελληνικό πληθυσμό λεχωίδων αυτό στάλθηκε στην Dr Lindsay Smith.

### **5.3 Αποτελέσματα**

Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των λεχωίδων που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 3.2, καθώς οι ίδιες μητέρες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της έρευνας που περιείχε ερωτήσεις τόσο για την ικανοποίηση των λεχωίδων από τη φροντίδα που έλαβαν την περίοδο της λοχείας όσο και ερωτήσεις για την ανίχνευση των περιστατικών επιλόχειας κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων ομαδοποιήθηκαν στις ίδιες διαστάσεις ικανοποίησης που χρησιμοποιήθηκαν στο αρχικό ερωτηματολόγιο WOMBPNSQ (Smith 2011). Η εσωτερική αξιοπιστία των διαστάσεων ήταν γενικά καλή, έχοντας εσωτερική αξιοπιστία Cronbach's Alpha άνω του 0,6 με μέγιστο 0,858, Πίνακας 7. Οι διασταυρούμενες συσχετίσεις (cross-correlations) των διαστάσεων διερευνήθηκαν με υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης (correlation coefficient). Υπολογίστηκε επίσης η πιθανότητα τιμής  $p$  ( $p$ -value) ότι αυτή η συσχέτιση εμφανίστηκε με τυχαία μεταβλητότητα, Πίνακας 8. Διαπιστώθηκε ότι πολλές από τις διαστάσεις αλληλοσυνδέονται μεταξύ τους και με την κλίμακα γενικής ικανοποίησης. Αυτές οι διασταυρούμενες συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές, καθώς είναι απίθανο να συνέβησαν τυχαία ( $p < 0,05$ ). Οι τρεις διαστάσεις που συσχετίζονται περισσότερο με

τη γενική ικανοποίηση είναι “χρόνος που αφιερώθηκε στη λεχωίδα”, “διατροφή του νεογνού” και “υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας”.

Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων ικανοποίησης και της ηλικίας της μητέρας, του αριθμού των παιδιών ή του βάρους του νεογνού στη γέννηση. Το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά (p-value μικρότερη από 0,0001) με τη διάσταση “υποστήριξη από τον σύζυγο/σύντροφο” με συντελεστή συσχέτισης 0,31. Αυτό δείχνει ότι οι μητέρες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι, γενικά, περισσότερο ικανοποιημένες με την υποστήριξη που λαμβάνουν από τους συντρόφους τους εν συγκρίσει με τις μητέρες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Η μέση τιμή ικανοποίησης των γυναικών που εργάζονται έναντι των γυναικών που δεν εργάζονται είναι στατιστικά σημαντική (t-test p-value μικρότερη από 0,05) για τη διάσταση ικανοποίησης “υποστήριξη από τον σύζυγο/σύντροφο” (μέση τιμή 75,6% για γυναίκες που εργάζονται έναντι 69,1% για μη εργαζόμενες γυναίκες, t-test p-value=0,006). Επίσης, οι εργαζόμενες μητέρες ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (μέση ηλικία εργαζόμενων γυναικών 32,8 έτη, έναντι 30,4 έτη γυναικών που δεν εργάζονταν, t-test p = 0,0001) και πιο μορφωμένες π.χ. πιο πιθανό να κατέχουν πτυχίο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ή μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών (t-test p <0,0001). Η ηλικία της μητέρας συσχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης με συντελεστή συσχέτισης 0,12 (t-test p = 0,047). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συνιστούν ότι οι νεότερες μητέρες είναι πιο πιθανό να θηλάσουν τα μωρά τους (μέση ηλικία των γυναικών που θήλασαν 31,5 έτη έναντι 33,5 έτη μέση ηλικία των γυναικών που δεν θήλασαν), t-test p = 0,021. Οι μητέρες που θηλάζουν συσχετίζονται επίσης θετικά με εκείνες που έδωσαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση ικανοποίησης “διατροφή του νεογνού”, μέση βαθμολογία 73,2% για εκείνες που θήλαζαν έναντι 45,8% για εκείνες που δεν θήλαζαν (t-test p = 0,002). Οι λεχωίδες που θήλαζαν είχαν επίσης μεγαλύτερη γενική ικανοποίηση (μέση βαθμολογία 69,4% έναντι 60,9%, t-test p = 0,007), μεγαλύτερη ικανοποίηση από την υποστήριξη που έλαβαν από τους επαγγελματίες υγείας (μέση βαθμολογία 79,1% έναντι 70,1%, t-test p = 0,001) και μεγαλύτερη ικανοποίηση από το χρόνο που τους αφιερώθηκε (71,1% έναντι 60,4%, t-test p = 0,0006).

Το γεγονός ότι οι πρωτοτόκες έγκυες ήταν πιο πιθανό να γεννήσουν μετά από πρόκληση τοκετού παρατηρήθηκε επίσης στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας. Οι έγκυες στις οποίες έγινε πρόκληση τοκετού είχαν στατιστικά σημαντικά (t-test p-value μικρότερη από 0,01) χαμηλότερο μέσο αριθμό



παιδιών από τις έγκυες που δεν έγινε πρόκληση τοκετού για να γεννήσουν (1,2 έναντι 1,6 αντίστοιχα).

Οι διαστάσεις “διατροφή του νεογνού” και “κοινωνική υποστήριξη” είχαν τη μικρότερη εσωτερική αξιοπιστία με Cronbach’s Alpha 0,63. Οι διαστάσεις με την υψηλότερη εσωτερική αξιοπιστία ήταν “υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας”, “υποστήριξη από τον σύντροφο/σύζυγο” και “χρόνος με τη λεχωίδα”, οι οποίες είχαν Cronbach’s Alpha άνω του 0,8. Οι διαστάσεις με την υψηλότερη μέση βαθμολογία, γεγονός που δείχνει μεγαλύτερη ικανοποίηση σε αυτές τις περιοχές, ήταν “υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας” και “συνέχεια της φροντίδας” που δείχνουν ότι οι μητέρες εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε αυτούς τους τομείς. Οι διαστάσεις “υγεία της μητέρας”, “συμβουλές αντισύλληψης” και “κοινωνική υποστήριξη” είχαν τις μικρότερες βαθμολογίες ικανοποίησης γεγονός που δείχνει ότι πρόκειται για τομείς οι οποίοι, αν βελτιωθούν, θα αυξήσουν τη γενική ικανοποίηση των λεχωίδων.

Χρησιμοποιώντας τις ίδιες διαστάσεις με την αρχική μελέτη επιτρέπει άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των γυναικών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα και των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα της Dr Smith (2011) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αυτό που είναι σαφές από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ότι οι μητέρες, που γέννησαν στο επαρχιακό νοσοκομείο της νότιας Ελλάδας, ανταποκρίθηκαν διαφορετικά από τις μητέρες στην αρχική μελέτη, Πίνακας 7. Η διαφορά αυτή ελέγχθηκε στατιστικά και διαπιστώθηκε ότι οι t -test p values ήταν όλες μικρότερες από 0,001 που δείχνει ότι είναι απίθανο να εμφανίζονται οι διαφορετικές μέσες τιμές ικανοποίησης μεταξύ των δύο μελετών λόγω τυχαίας μεταβλητότητας στα αποτελέσματα. Ωστόσο, οι τιμές της εσωτερικής αξιοπιστίας, όπως μετρήθηκαν με το Cronbach's Alpha, παρέμειναν εντός αποδεκτών ορίων, έτσι ώστε ενώ το επίπεδο ικανοποίησης των γυναικών σε κάθε μία από τις διαστάσεις ήταν διαφορετικό από εκείνες στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι ίδιες οι διαστάσεις παραμένουν ένα έγκυρο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των λεχωίδων. Γενικά, οι μητέρες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο, με αποτέλεσμα υψηλότερες μέσες τιμές σε όλες τις διαστάσεις. Οι απαντήσεις των διαφορετικών γυναικών σε αυτή τη μελέτη έδειξαν επίσης χαμηλότερη μεταβλητότητα από εκείνες στο Ηνωμένο Βασίλειο, με αποτέλεσμα χαμηλότερη τυπική απόκλιση (lower standard deviation). Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες για τις διαφορές στα αποτελέσματα των δύο

μελετών, μερικές από τις οποίες παρατίθενται παρακάτω και στη συνέχεια συζητούνται λεπτομερέστερα:

1. Διαφορές στα πρωτόκολλα και τις πολιτικές των νοσοκομείων
2. Διαφορές στη μέθοδο συλλογής των αποτελεσμάτων της έρευνας
3. Διαφορές στο επίπεδο των προσδοκιών των μητέρων
4. Διαφορές στις περιοχές που έγιναν οι μελέτες

Η πολιτική και τα πρωτόκολλα του νοσοκομείου στην ελληνική επαρχία που εκπονήθηκε η παρούσα μελέτη ενθαρρύνουν την οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, επιτρέποντας στη νέα μητέρα να έχει έναν ή δύο συνοδούς μαζί της 24 ώρες την ημέρα κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο. Είναι σύνηθες για τη μητέρα ή την πεθερά να μένει με τη λεχωίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό, για να τη βοηθήσει με τη φροντίδα του μωρού της και η λεχωίδα να ξεκουραστεί τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό της. Οι ώρες του επισκεπτηρίου καθώς και ο αριθμός των επισκεπτών παρουσιάζουν ευελιξία, έτσι οι συγγενείς και οι φίλοι επιτρέπεται να επισκέπτονται τη νέα μητέρα με τη συγκατάθεσή της όταν και για όσο η ίδια επιθυμεί. Αντιθέτως, δεν συμβαίνει το ίδιο στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η νέα μητέρα δεν επιτρέπεται συνήθως να έχει κάποιον συνοδό μαζί της 24 ώρες την ημέρα. Ακόμη και ο σύντροφός της επιτρέπεται να την επισκεφθεί μόνο κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου. Υπάρχουν συνήθως περιορισμοί ως προς τον αριθμό των επισκεπτών, οπότε η νέα μητέρα επιτρέπεται να έχει μόνο δύο επισκέπτες δίπλα της κάθε φορά την ώρα του επισκεπτηρίου. Έτσι, μετά τη γέννηση του μωρού της, η νέα μητέρα συνήθως μένει πολλές ώρες μόνη της να φροντίζει το μωρό της κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στα βρετανικά νοσοκομεία. Στην Ελλάδα, η ενθάρρυνση της υποστήριξης προς τη λεχωίδα από μέλη της οικογένειάς της και φίλους της κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο στην περίοδο της λοχείας, με την εφαρμογή ευέλικτου επισκεπτηρίου, μπορεί να συνέβαλε στα αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης που παρατηρήθηκαν στο ελληνικό επαρχιακό νοσοκομείο που εκπονήθηκε η παρούσα μελέτη σε σύγκριση με τα επίπεδα ικανοποίησης της μελέτης που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Ενώ τα ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν τα ίδια με εκείνα της Dr Smith, αν και μεταφράστηκαν στα ελληνικά, υπήρξαν διαφορές στη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των απαντήσεων της έρευνας από τις λεχωίδες. Η Dr Smith απέστειλε τα ερωτηματολόγια ταχυδρομικά στις μητέρες, οι οποίες συμπλήρωσαν τα έντυπα στο σπίτι τους και έπειτα επέστρεψαν τον προπληρωμένο

φάκελο ταχυδρομικώς. Στην παρούσα έρευνα οι λεχωίδες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στη μαιευτική κλινική του επαρχιακού νοσοκομείου, πριν τον έλεγχο ρουτίνας των 40 ημερών μετά τον τοκετό τους, που γίνεται από τον μαιευτήρα που εκτέλεσε τον τοκετό της γυναίκας. Δεν μπορεί να εκτιμηθεί σε αυτό το στάδιο εάν και πόσο η μέθοδος συλλογής των ερωτηματολογίων, είχε αντίκτυπο στα αποτελέσματα. Μία μελλοντική μελέτη θα μπορούσε να ολοκληρωθεί με τη χρήση της ταχυδρομικής μεθόδου για τις λεχωίδες στην Ελλάδα. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι το ελληνικό ταχυδρομικό σύστημα είναι λιγότερο φιλικό προς τον πελάτη από ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο και γι' αυτό εκτιμήθηκε ότι οι μητέρες στην Ελλάδα θα ήταν λιγότερο πιθανό να επιστρέψουν τα ερωτηματολόγια της έρευνας ταχυδρομικά. Οι μητέρες στο Ηνωμένο Βασίλειο έπρεπε απλά να αποστείλουν τον προπληρωμένο φάκελο σε ένα από τα πολλά ταχυδρομικά κουτιά, που βρίσκονται σε κάθε γειτονία, ενώ οι γυναίκες στην Ελλάδα ενδέχεται να έχουν μεγάλη αναμονή στο ταχυδρομείο για να επιστρέψουν τα ερωτηματολόγια ταχυδρομικώς. Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που δεν επιλέχθηκε η ταχυδρομική αποστολή και επιστροφή των ερωτηματολογίων στην παρούσα έρευνα είναι το μεγάλο κόστος που θα είχε αυτή η διαδικασία.

Στα νοσοκομεία στην Ελλάδα υπάρχει σημαντική έλλειψη προσωπικού, εξοπλισμού και ορισμένων υλικών / φαρμάκων λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Λόγω της έλλειψης προσωπικού και εξοπλισμού θα μπορούσε κάποιος να υποθέσει ότι η ικανοποίηση των λεχωίδων από τη φροντίδα τους θα ήταν χαμηλότερη στην Ελλάδα από ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά η υπόθεση αυτή διαψεύστηκε με την παρούσα μελέτη. Ίσως το γεγονός ότι οι μητέρες αντιλαμβάνονται τις δύσκολες περιστάσεις, καθώς επηρεάζονται και οι ίδιες και οι οικογένειές τους από τη χρηματοπιστωτική κρίση, μειώνει τις προσδοκίες τους για τη φροντίδα που θα λάβουν στο δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο, οι οποίες στη συνέχεια ξεπερνιούνται από τη σκληρή και φιλότιμη εργασία του προσωπικού, με αποτέλεσμα να σημειώνονται υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης Nunes *et al.* (2015), Kerasidou *et al.*(2016).

Η παρούσα έρευνα έλαβε χώρα σε ένα δημόσιο ελληνικό επαρχιακό νοσοκομείο. Η μαιευτική κλινική αυτού του νοσοκομείου περιλαμβάνει την αίθουσα τοκετού και τα δωμάτια νοσηλείας εγκύων και λεχωίδων στον ίδιο όροφο. Το προσωπικό της κλινικής αναλαμβάνει τη φροντίδα της γυναίκας από τη στιγμή που γίνεται η εισαγωγή της στην κλινική σε τοκετό, την ώρα του τοκετού και τη νοσηλεία της στην περίοδο της λοχείας. Αυτή η τακτική προσφέρει στη μητέρα συνέχεια φροντίδας

καθώς οι ίδιοι επαγγελματίες υγείας ασχολούνται με όλα τα στάδια της φροντίδας και νοσηλείας της στην κλινική. Αντιθέτως, η μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο κάλυψε ένα μεγάλο εύρος μαιευτικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων διαφορετικών μοντέλων περίθαλψης σε διαφορετικές μονάδες υγείας. Αυτό θα μπορούσε να είχε άμεση επίδραση στα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη του Ηνωμένου Βασιλείου. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι ο χώρος διεξαγωγής της παρούσας μελέτης διαφέρει πολύ από τα μεγάλα ελληνικά μαιευτήρια που βρίσκονται σε μεγάλα αστικά κέντρα, όπως στην Αθήνα. Για παράδειγμα, τα μαιευτήρια στην Αθήνα έχουν ξεχωριστές αίθουσες παραλαβής επιτόκου, αίθουσες τοκετού, κλινικές παρακολούθησης εγκυμοσύνης και κλινικές λοχείας. Οι έγκυες και λεχωίδες δέχονται φροντίδα από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας σε διαφορετικές κλινικές. Η μοναδική τοποθεσία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι ένας περιορισμός αυτής της μελέτης και είναι πιθανό να είναι τουλάχιστον μέρος του λόγου της χαμηλότερης τυπικής απόκλισης των αποτελεσμάτων σε σύγκριση με τα βρετανικά αποτελέσματα. Μία πρόταση για μελλοντική έρευνα είναι να μετρηθεί η ικανοποίηση των μητέρων από τη φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας στα μεγάλα μαιευτήρια σε μεγάλες αστικές πόλεις της Ελλάδας, όπως η Αθήνα. Αυτό θα επιτρέψει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης που έγινε σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο με την ικανοποίηση των νέων μητέρων από την φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας σε μεγάλα μαιευτήρια σε μεγάλα αστικά κέντρα. Εδώ όμως πρέπει να τονιστεί και η αξία της παρούσας έρευνας, καθώς αποτελεί την πρώτη μελέτη που διεξάγεται στην Ελλάδα, που μετράει την ικανοποίηση των μητέρων από τη φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας.

**Πίνακας 7 – Διαστάσεις ικανοποίησης και σύγκριση με τη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο**

Διάσταση ικανοποίησης	Μελέτη στην Ελλάδα (παρούσα έρευνα)			Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο (Smith 2011)			t-test p value (that Mean of Greece-UK samples different by chance)
	Mean	SD	Cronbach's Alpha	Mean	SD	Cronbach's Alpha	
Γενική ικανοποίηση	68.6	16.0	0.764	41.8	21.8	0.848	<0.001
Νοσηλεία στο νοσοκομείο	72.2	15.4	0.781	31.0	21.6	0.861	<0.001
Υγεία της μητέρας	53.9	18.9	0.757	37.3	19.8	0.825	<0.001
Συμβουλές αντισύλληψης	60.6	17.5	0.746	40.5	23.8	0.855	<0.001
Διατροφή του νεογνού	71.6	17.9	0.629	41.7	13.6	0.778	<0.001
Υποστήριξη από τον σύζυγο/σύντροφο	71.3	20.0	0.821	24.5	21.6	0.839	<0.001
Κοινωνική υποστήριξη	61.0	14.1	0.637	49.9	16.6	0.744	<0.001
Υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας	78.1	13.8	0.858	27.5	18.7	0.744	<0.001
Πόνος μετά τον τοκετό	73.1	24.7	0.731	53.9	27.8	0.779	<0.001
Χρόνος που αφιερώθηκε στη λεχώρα*	70.1	15.6	0.817	N/A*	N/A*	N/A*	N/A*
Συνέχεια στην παροχή φροντίδας	74.2	20.9	0.766	59.4	23.4	0.735	<0.001

\* Η διάσταση αυτή δεν περιλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο WOMBPQ4 που δημοσιεύτηκε από την Dr Smith (2011), περιλαμβανόταν όμως στο ερωτηματολόγιο WOMBPQ3 και χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη, επειδή κρίθηκε σημαντική.

**Πίνακας 8 - Διασταυρούμενες συσχετίσεις (Cross-correlations) των διαστάσεων ικανοποίησης, με p-τιμές πιθανότητας (p-value) να δίδονται από κάτω σε παρενθέσεις. Στατιστικά σημαντικές τιμές p δίδονται με έντονους χαρακτήρες (bold).**

Διάσταση	Γενική ικανοποίηση	Νοσηλεία	Υγεία μητέρας	Συμβουλές αντισύλληψης	Διατροφή νεογνού	Υποστήριξη συντρόφου	Κοινωνική υποστήριξη	Υποστήριξη επαγγελματιών υγείας	Πόνος μετά τον τοκετό	Χρόνος με τη λεχώρα	Συνέχεια φροντίδας
Γενική ικανοποίηση	1.000 N/A										
Νοσηλεία	0.284 <b>(&lt;0.001)</b>	1.000 N/A									
Υγεία μητέρας	0.588 <b>(&lt;0.001)</b>	0.422 <b>(&lt;0.001)</b>	1.000 N/A								
Αντισύλληψη	0.438 <b>(&lt;0.001)</b>	0.102 (0.077)	0.444 <b>(&lt;0.001)</b>	1.000 N/A							
Διατροφή νεογνού	0.692 <b>(&lt;0.001)</b>	0.504 <b>(&lt;0.001)</b>	0.714 <b>(&lt;0.001)</b>	0.360 <b>(&lt;0.001)</b>	1.000 N/A						
Υποστήριξη συζύγου/συντρόφου	0.344 <b>(&lt;0.001)</b>	0.150 (0.009)	0.260 <b>(&lt;0.001)</b>	0.158 <b>(0.006)</b>	0.044 (0.662)	1.000 N/A					
Κοινωνική υποστήριξη	0.395 <b>(&lt;0.001)</b>	0.170 <b>(0.003)</b>	0.141 <b>(0.015)</b>	0.266 <b>(&lt;0.001)</b>	0.248 <b>(0.012)</b>	0.251 <b>(&lt;0.001)</b>	1.000 N/A				
Υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας	0.698 <b>(&lt;0.001)</b>	0.333 <b>(&lt;0.001)</b>	0.495 <b>(&lt;0.001)</b>	0.333 <b>(&lt;0.001)</b>	0.699 <b>(&lt;0.001)</b>	0.348 <b>(&lt;0.001)</b>	0.409 <b>(&lt;0.001)</b>	1.000 N/A			
Πόνος μετά τον τοκετό	0.191 <b>(&lt;0.001)</b>	0.297 <b>(&lt;0.001)</b>	0.185 <b>(0.001)</b>	0.037 (0.523)	0.190 (0.057)	0.039 (0.503)	0.123 <b>(0.033)</b>	0.257 <b>(&lt;0.001)</b>	1.000 N/A		
Χρόνος με τη λεχώρα	0.733 <b>(&lt;0.001)</b>	0.305 <b>(&lt;0.001)</b>	0.583 <b>(&lt;0.001)</b>	0.460 <b>(&lt;0.001)</b>	0.691 <b>(&lt;0.001)</b>	0.365 <b>(&lt;0.001)</b>	0.426 <b>(&lt;0.001)</b>	0.746 <b>(&lt;0.001)</b>	0.237 <b>(&lt;0.001)</b>	1.000 N/A	
Συνέχεια στην παροχή φροντίδας	0.077 (0.456)	0.302 <b>(0.003)</b>	0.068 (0.513)	0.055 (0.595)	0.255 <b>(0.012)</b>	0.102 (0.321)	0.055 (0.594)	0.270 <b>(0.008)</b>	0.153 (0.136)	0.087 (0.401)	1.000 N/A

## 5.4 Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα εξετάζει την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας ενός συνόλου τριακοσίων μητέρων που γέννησαν σε ένα ελληνικό επαρχιακό δημόσιο νοσοκομείο. Οι λεχвіδες είχαν μέση ηλικία 31 ετών και ένα ευρύ φάσμα επιπέδων εκπαίδευσης. Οι διαστάσεις ικανοποίησης “υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας”, “υποστήριξη από τον σύντροφο/σύζυγο” και “χρόνος αφιερωμένος στη λεχвіδα” συγκέντρωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες γεγονός που υποδηλώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση σε αυτές τις περιοχές. Οι διαστάσεις “πόνος μετά τον τοκετό” και “υγεία της γυναίκας” συγκέντρωσαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτές είναι περιοχές στις οποίες πρέπει να γίνουν αλλαγές, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας.

Έγινε μία σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με τα αποτελέσματα της αρχικής μελέτης που εκπονήθηκε από την Dr Smith (2011) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Διαπιστώθηκε ότι οι λεχвіδες στην παρούσα μελέτη ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από αυτά των λεχвіδων στην αρχική βρετανική μελέτη. Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες για τις διαφορές στα αποτελέσματα των δύο μελετών όπως διαφορές στα πρωτόκολλα και τις πολιτικές των νοσοκομείων, διαφορές στη μέθοδο συλλογής των ερωτηματολογίων, διαφορές στο επίπεδο των προσδοκιών των μητέρων και διαφορές στις περιοχές που έγιναν οι δύο μελέτες (Panagoroulou *et al.* 2018a).

## **6 Συνεντεύξεις των Μητέρων στην Περίοδο της Λοχείας**

### **6.1 Εισαγωγή**

Αυτό το κεφάλαιο περιγράφει την ποιοτική μελέτη, που έγινε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, για την περαιτέρω διερεύνηση των αντιλήψεων, των εμπειριών και του βαθμού ικανοποίησης των λεχωίδων από τη φροντίδα τους μετά τον τοκετό. Στην ποιοτική μελέτη συμμετείχαν μητέρες, που γέννησαν στο ίδιο ελληνικό επαρχιακό δημόσιο νοσοκομείο στη Λακωνία, Νότια Ελλάδα, μεταξύ Ιανουαρίου 2015 και Ιουλίου 2017. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε 24 μητέρες, 12 εκ των οποίων έλαβαν τη συνήθη μαιευτική φροντίδα που παρέχεται από το δημόσιο νοσοκομείο και 12 εκ των οποίων δέχτηκαν επιπλέον κατ' οίκον επισκέψεις ως μέρος της φροντίδας τους στην περίοδο της λοχείας. Σκοπός της διεξαγωγής της ποιοτικής μελέτης ήταν να εξεταστούν και να κατανοηθούν πληρέστερα οι απόψεις και οι ανάγκες των μητέρων. Κρίθηκε ότι η ποιοτική προσέγγιση της διερεύνησης της φροντίδας της λοχείας θα προσδώσει αξία, θα εμπλουτίσει και θα αυξήσει την εγκυρότητα της ποσοτικής έρευνας που είχε γίνει χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια.

### **6.2 Μεθοδολογία, Δειγματοληψία**

Πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις, χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό ανοικτών και κλειστών ερωτήσεων σε 24 μητέρες, 40 ημέρες μετά τη γέννηση του μωρού τους στο δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο. Οι λεχωίδες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα που την αποτελούσαν 12 μητέρες, ήταν η ομάδα ελέγχου, και έλαβε τη συνήθη μαιευτική φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο. Η δεύτερη ομάδα που την αποτελούσαν 12 μητέρες, ήταν η ομάδα παρέμβασης, και έλαβε επιπλέον της συνήθους μαιευτικής φροντίδας που παρέχεται στο νοσοκομείο, κατ' οίκον επισκέψεις στη διάρκεια της λοχείας. Οι λεχωίδες που δέχτηκαν κατ' οίκον επισκέψεις στη διάρκεια της λοχείας πληροφορήθηκαν ότι αυτή η υπηρεσία δεν παρέχεται από το νοσοκομείο, αλλά αποτελεί μέρος της έρευνας για τη διδακτορική διατριβή. Όλες οι μητέρες της ομάδας παρέμβασης εξέφρασαν τη συμφωνία και επιθυμία τους να συμμετέχουν στην έρευνα. Οι επισκέψεις κατ' οίκον στη διάρκεια



της λοχείας ήταν προσαρμοσμένες στις ανάγκες της κάθε μητέρας ξεχωριστά, με μέσο όρο επισκέψεων μεταξύ δύο έως έξι. Και οι δύο ομάδες που επιλέχθηκαν είχαν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά, όπως ο τύπος τοκετού, ο αριθμός των γεννήσεων και ο τρόπος διατροφής του μωρού, ώστε η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων να είναι πιο αποτελεσματική και να αντληθούν πιο συνεπή αποτελέσματα. Όλες οι μητέρες και από τις δύο ομάδες που έγιναν οι συνεντεύξεις ήταν παντρεμένες, είχαν μέση ηλικία 32 ετών και 67% ήταν εργαζόμενες, σε άδεια μητρότητας.

Οι συνεντεύξεις που παραγματοποιήθηκαν ήταν ημιδομημένες, χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό ανοικτών και κλειστών ερωτήσεων. Η συγκεκριμένη διατύπωση και η σειρά των ερωτήσεων ποίκιλλαν μεταξύ των λεχωίδων, ενώ πολλές φορές διατυπώθηκαν πρόσθετα επακόλουθα ερωτήματα μετά την αρχική απάντηση για να διερευνηθούν πιο αναλυτικά οι απόψεις των γυναικών. Κάθε συνέντευξη κάλυψε τους ακόλουθους τομείς για να εξασφαλιστεί ένα γενικό επίπεδο συνέπειας στα αποτελέσματα.

- 1) το βαθμό ικανοποίησης των μητέρων από τη φροντίδα που έλαβαν από το προσωπικό της μαιευτικής κλινικής (μαίες, νοσηλεύτριες, μαιευτήρες, παιδίατροι)
- 2) τη βοήθεια και υποστήριξη που έλαβαν οι μητέρες από τον σύζυγό τους και την οικογένειά τους
- 3) τον τύπο του τοκετού, την αναλγησία μετά τον τοκετό και πιθανά προβλήματα υγείας ή ανησυχίες που αντιμετώπισαν στον τοκετό τους ή στην περίοδο της λοχείας
- 4) τον τρόπο σίτισης του νεογνού, τον τρόπο φροντίδας του νεογνού και πιθανά προβλήματα υγείας του βρέφους
- 5) την ψυχολογική κατάσταση των λεχωίδων μετά τη γέννηση του μωρού τους

Σημειώσεις πεδίου κρατήθηκαν αμέσως μετά από κάθε συνέντευξη. Θεματική ανάλυση (Attride-Stirling, 2001) χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των σημειώσεων πεδίου, ώστε να προσδιοριστούν τα μοτίβα των απαντήσεων στις δύο ομάδες λεχωίδων και να διαπιστωθεί εάν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Τα θέματα από κάθε ομάδα κωδικοποιήθηκαν από δύο διαφορετικούς ερευνητές. Η αξιοπιστία μεταξύ των κωδικοποιήσεων προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας το Cohen's kappa και βρέθηκε να είναι 0,81 δείχνοντας καλή συμφωνία μεταξύ των δύο ερευνητών. Οι διαφορές μεταξύ των κωδικοποιήσεων διορθώθηκαν μετά τον υπολογισμό του Cohen's kappa και ύστερα από διάλογο και συμφωνία των ερευνητών. Όλες οι

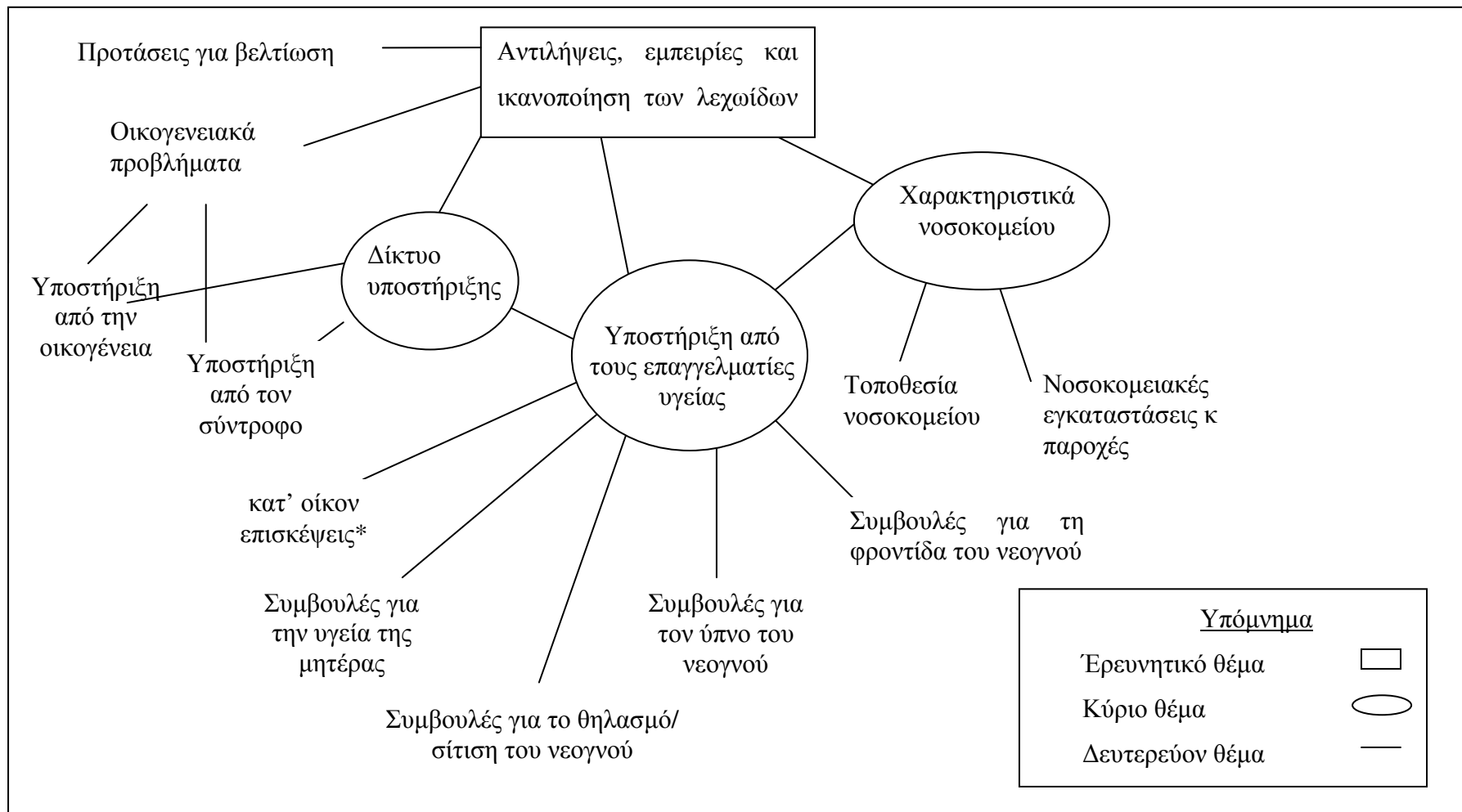
μητέρες και στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης μετά την ολοκλήρωση της συνέντευξης συμπλήρωσαν και το ερωτηματολόγιο της έρευνας, που περιείχε ερωτήσεις από το WOMBPN SQ postnatal satisfaction questionnaire (Smith 2011), την κλίμακα EPDS και ερωτήσεις δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, όπως περιγράφονται στα κεφάλαια 5 και 3 αντίστοιχα.

### **6.3 Αποτελέσματα**

Τα βασικά θέματα που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις και με τις δύο ομάδες λεχωίδων δεν ήταν σημαντικά διαφορετικά και παρουσιάζονται στο Σχήμα 8. Τα περισσότερα θέματα προέρχονταν από:

1. Τα δίκτυα υποστήριξης των λεχωίδων
2. Υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας
3. Χαρακτηριστικά του νοσοκομείου

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι καμία από τις λεχωίδες που ερωτήθηκαν δεν ανέφερε τον παράγοντα υποστήριξη από φίλους / άλλες γυναίκες που είχαν γεννήσει, κάτι που αποτελεί κοινό θέμα της ερευνητικής βιβλιογραφίας για λεχωίδες σε άλλες χώρες (Leahy-Warren *et al.* 2012, Dennis 2012, Ingram *et al.* 2010). Η σημασία της υποστήριξης από τον σύζυγο και μέλη της ευρύτερης οικογένειας είναι πολιτισμικά πιο σημαντική από την υποστήριξη από φίλους στην Ελλάδα και αυτό μπορεί να είναι ο λόγος για τον οποίο αυτός ο παράγοντας δεν αναφέρθηκε από τις μητέρες στις συνεντεύξεις. Ένας άλλος παράγοντας που προέκυψε από τις συνεντεύξεις ήταν η ύπαρξη οικονομικών ζητημάτων/προβλημάτων, ενώ αυτό αποτελεί επίσης ένα ζήτημα προβληματισμού για τις μητέρες σε άλλες χώρες, το θέμα αυτό πιθανόν να είναι πιο πειστικό για τις μητέρες στην Ελλάδα, δεδομένης της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στη χώρα. Η επίδραση της χρηματοπιστωτικής κρίσης στην Ελλάδα στην παροχή υπηρεσιών υγείας αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 4. Ο Πίνακας 9 περιλαμβάνει τα αποτελέσματα από την κωδικοποίηση των συνεντεύξεων. Διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου ως προς τα θέματα και τις απαντήσεις που αντλήθηκαν από τις συνεντεύξεις.



\* Ισχύει μόνο για την ομάδα που δέχτηκε κατ' οίκον επισκέψεις

**Σχήμα 8 - Θέματα που προέρχονται από τη Θεματική Ανάλυση Συνεντεύξεων από τις λεχωίδες**

Ενώ τα αποτελέσματα από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις δεν έδειξαν καμία στατιστικά σημαντική ένδειξη αυξημένων επιπέδων ικανοποίησης, οι μέσες βαθμολογίες ικανοποίησης από το WOMBPNSQ των λεχωίδων που δέχτηκαν επισκέψεις κατ' οίκον ήταν σταθερά υψηλότερες, Πίνακας 10. Τα αποτελέσματα των γενικών επιπέδων ικανοποίησης δεν ήταν στατιστικά σημαντικά, ώστε να έχουν ως αποτέλεσμα τιμή t-test p value μικρότερη από 0,05 αλλά το γεγονός ότι όλες οι διαστάσεις ικανοποίησης ήταν σταθερά υψηλότερες στην ομάδα παρέμβασης δείχνει ότι αυτή η ομάδα γυναικών ήταν γενικά πιο ικανοποιημένη από τη φροντίδα που έλαβαν κατά τη διάρκεια της λοχείας. Οι μητέρες που δέχτηκαν κατ' οίκον επισκέψεις βαθμολόγησαν την υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας σταθερά υψηλότερα από την ομάδα ελέγχου, με μέση βαθμολογία 90% έναντι 73% της ομάδας ελέγχου, αυτή η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική με τιμή t-test p value = 0,039. Επιπλέον στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης με τιμές t-test p value μικρότερες από 0,05 στις διαστάσεις ικανοποίησης “νοσηλεία”, “υγεία της λεχωίδας” και “υποστήριξη από τον σύζυγο”.

**Πίνακας 9 - Κωδικοί από μητέρες σε κάθε μία από τις δύο ομάδες (ο κωδικός αποδίδεται αν οι λεχωίδες ανέφεραν το θέμα κατά τη διάρκεια της συνέντευξης)**

Θέμα	Θετική ή αρνητική	Ομάδα παρέμβασης		Ομάδα ελέγχου		Σύνολο	
		Αριθμός	%	Αριθμός	%	Αριθμός	%
Υποστήριξη από οικογένεια	Θετική	1	17%	1	8%	2	11%
	Αρνητική	1	17%	0	0%	1	6%
Υποστήριξη από σύζυγο	Θετική	1	17%	2	17%	3	17%
	Αρνητική	0	0%	0	0%	0	0%
Υποστήριξη επαγγελματιών υγείας	Θετική	5	83%	10	83%	15	83%
	Αρνητική	1	17%	3	25%	4	22%
Τοποθεσία νοσοκομείου	Θετική	0	0%	3	25%	3	17%
	Αρνητική	0	0%	0	0%	0	0%
Νοσοκομειακές παροχές	Θετική	2	33%	2	17%	4	22%
	Αρνητική	2	33%	3	25%	5	28%
Συμβουλές για τη σίτιση του νεογνού	Θετική	4	67%	6	50%	10	56%
	Αρνητική	0	0%	3	25%	3	17%
Συμβουλές για τον ύπνο του νεογνού	Θετική	2	33%	1	8%	3	17%
	Αρνητική	0	0%	0	0%	0	0%
Συμβουλές για τη φροντίδα του νεογνού	Θετική	3	50%	4	33%	7	39%
	Αρνητική	0	0%	2	17%	2	11%
Συμβουλές για την υγεία της μητέρας	Θετική	3	50%	0	0%	3	17%
	Αρνητική	0	0%	0	0%	0	0%
Κατ' οίκον επισκέψεις στη λοχεία	Θετική	4	67%	Δεν έγιναν		4	67%
	Αρνητική	1	17%			1	6%
Προτάσεις για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας		3	50%	1	8%	4	22%
Οικονομικά προβλήματα		1	17%	0	0%	1	6%

**Πίνακας 10 – Αποτελέσματα από το WOMBPNSQ και την κλίμακα EPDS για τις λεχwoίδες που έλαβαν κατ' οίκον επισκέψεις και τις λεχwoίδες που έλαβαν μεταγεννητική φροντίδα μόνο στο νοσοκομείο (οι διαστάσεις με τα έντονα γράμματα έδωσαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα με t-test p values μικρότερες από 0.05)**

Διάσταση	Μέση βαθμολογία		Τυπική απόκλιση		t-test p
	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	
Γενική ικανοποίηση	86%	69%	0.182	0.187	0.076
<b>Νοσηλεία</b>	<b>84%</b>	<b>65%</b>	<b>0.159</b>	<b>0.154</b>	<b>0.026</b>
<b>Υγεία της λεχwoίδας</b>	<b>76%</b>	<b>54%</b>	<b>0.230</b>	<b>0.159</b>	<b>0.031</b>
Συμβουλές αντισύλληψης	72%	57%	0.199	0.223	0.188
<b>Υποστήριξη συζύγου</b>	<b>99%</b>	<b>77%</b>	<b>0.023</b>	<b>0.208</b>	<b>0.023</b>
Κοινωνική υποστήριξη	61%	63%	0.099	0.084	0.609
<b>Υποστήριξη επαγγελματιών υγείας</b>	<b>90%</b>	<b>73%</b>	<b>0.107</b>	<b>0.167</b>	<b>0.039</b>
Πόνος μετά τον τοκετό	49%	40%	0.255	0.314	0.552
Χρόνος με τη λεχwoίδα	81%	66%	0.204	0.156	0.110
Βαθμολογία EPDS	4.3	5.5	3.077	5.126	0.618

#### **6.4 Ομάδα Ελέγχου –Γενικές Παρατηρήσεις**

Οι λεχωίδες στην ομάδα ελέγχου, που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα στο νοσοκομείο δήλωσαν γενικά ικανοποιημένες από τη φροντίδα που έλαβαν στην περίοδο της λοχείας. Πολλές ανέφεραν ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας έκαναν το καλύτερο δυνατό για να τις βοηθήσουν. Κάθε φορά που ζήτησαν βοήθεια, έλαβαν τη βοήθεια που χρειάζονταν. Έλαβαν τις συμβουλές και τη βοήθεια που χρειάζονταν σχετικά με τη διατροφή και τη φροντίδα του νεογνού. Όταν ρωτήθηκαν πώς τα πήγαιναν με το μωρό τους στο σπίτι απάντησαν ότι είχαν μεγάλη βοήθεια από τον σύζυγό τους, τη μητέρα τους, την πεθερά τους ή άλλους συγγενείς. Ανέφεραν επίσης ότι είχαν το τηλέφωνο του μαιευτήρα που τις παρακολουθούσε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και ότι ένιωθαν άνετα να τον καλέσουν εάν προέκυπτε κάποιο πρόβλημα με την υγεία τους ή χρειάζονταν συμβουλές. Τα παραπάνω τους έδιναν ένα αίσθημα ασφάλειας και αυτοπεποίθησης ότι τα κατάφερναν καλά στο σπίτι τους μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Πολύ σημαντικός ήταν και ο ρόλος του ιδιώτη παιδίατρο, που παρακολουθούσε την υγεία του μωρού. Ο ιδιώτης παιδίατρος πραγματοποιούσε επίσκεψη στο σπίτι των νέων γονιών, για να εξετάσει το νεογνό, όταν αυτοί έφευγαν με εξιτήριο από το νοσοκομείο και πήγαιναν στο σπίτι τους. Η επίσκεψη και οι συμβουλές από τον ιδιώτη παιδίατρο είχαν καθυψευχαστικό ρόλο για τους γονείς. Επιπλέον οι νέοι γονείς γνώριζαν ότι σε περίπτωση που είχαν κάποια ανησυχία ή πρόβλημα με την υγεία του νεογνού, θα μπορούσαν να καλέσουν τον ιδιώτη παιδίατρο, που θα πήγαινε αμέσως στο σπίτι τους για να εξετάσει το μωρό τους. Σε περίπτωση που ο ιδιώτης παιδίατρος θα ήταν μακριά, οι γονείς θα μπορούσαν πάντοτε να πάνε το μωρό τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του δημοσίου επαρχιακού νοσοκομείου, όπου θα το εξέταζε ο νοσοκομειακός παιδίατρος και θα χορηγούσε την κατάλληλη θεραπεία στο μωρό. Οι νέες μητέρες ανέφεραν επίσης ότι ήταν σε συνεχή επικοινωνία με τον μαιευτήρα που ανέλαβε τον τοκετό τους και εάν είχαν κάποιο πρόβλημα στη μεταγεννητική περίοδο θα μπορούσαν να επιστρέψουν οποιαδήποτε στιγμή στο δημόσιο νοσοκομείο για να εξεταστούν.

## **6.5 Ομάδα Παρέμβασης –Γενικές Παρατηρήσεις**

Οι μητέρες που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης δήλωσαν πολύ ικανοποιημένες, από τις κατ' οίκον επισκέψεις που δέχτηκαν στην περίοδο της λοχείας. Θεώρησαν ότι οι συμβουλές από τη μαία στην περίοδο της λοχείας αποδείχτηκαν πάρα πολύ χρήσιμες, επειδή όπως ανέφεραν πολλά προβλήματα προέκυψαν μετά το εξιτήριό τους από το νοσοκομείο και όταν είχαν πάει στο σπίτι τους. Το κύριο εύρημα ήταν ότι χρειάζονταν βοήθεια και συμβουλές και στο σπίτι, ειδικά με τη διατροφή του μωρού. Προβλήματα και δυσκολίες που προέκυψαν όταν η λεχωίδα ήταν σπίτι, όπως υπερφόρτωση του στήθους για τις θηλάζουσες μητέρες αντιμετωπίστηκαν άμεσα, χωρίς να ταλαιπωρηθεί η νέα μητέρα. Ερωτήσεις και απορίες σχετικά με την επούλωση της επισιοτομής και της τομής της καισαρικής, καθώς και σχετικά με την πιο αποτελεσματική αναλγησία επίσης απαντήθηκαν. Προβλήματα με αιμορροΐδες αντιμετωπίστηκαν και δόθηκαν συμβουλές και θεραπεία. Οι μητέρες βρήκαν επίσης την ψυχολογική υποστήριξη που είχαν από τη μαία και την ασφάλεια να έχουν το τηλέφωνο ενός γνωστού επαγγελματία υγείας που θα μπορούσαν να καλέσουν οποτεδήποτε χρειάζονταν βοήθεια ή συμβουλές πολύ χρήσιμες.

Ωστόσο, οι μητέρες που είχαν γεννήσει το πρώτο τους παιδί ανέφεραν ότι η νοσηλεία τους στο νοσοκομείο μετά τη γέννηση του μωρού τους ήταν πολύ χρήσιμη και σημαντική καθώς έλαβαν τη βοήθεια και την υποστήριξη πολλών επαγγελματιών υγείας όλο το 24ωρο. Επιπλέον βρήκαν πολύ χρήσιμο τον χρόνο που πέρασαν στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό τους για να αποκτήσουν τις δεξιότητες που απαιτούνται για τη σίτιση και τη φροντίδα του νεογνού. Ανέφεραν ότι έμαθαν πολλά παρατηρώντας πώς οι επαγγελματίες υγείας τάζαν και φροντίζουν το μωρό τους. Όλες οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης δήλωσαν ότι οι επισκέψεις κατ' οίκον πραγματοποιήθηκαν σε κατάλληλη ώρα, καθώς η ώρα της επίσκεψης είχε συμφωνηθεί με τη μητέρα εκ των προτέρων. Πρακτικές συμβουλές, όπως το πώς γίνεται το μπάνιο του μωρού και η μητέρα να κάνει μπάνιο το μωρό της υπό την επίβλεψη της μαίας εκτιμήθηκαν πολύ από τους νέους γονείς. Συμβουλές για τη φροντίδα του μωρού θεωρήθηκαν πολύ χρήσιμες από τις λεχωίδες. Πρέπει να αναφερθεί ότι ο χρόνος που χρειάστηκε για την κατ' οίκον επίσκεψη κυμαινόταν από 30 λεπτά έως μία ώρα, πράγμα που σημαίνει ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να αφιερώσει πολύ χρόνο σε κάθε επίσκεψη στο σπίτι, προκειμένου να αντιμετωπίσει και να ασχοληθεί με τα θέματα που απασχολούν την καθένα οικογένεια.



## 6.6 Συζήτηση

Τα βασικά θέματα που επηρέασαν την ικανοποίηση των γυναικών όπως προέκυψαν από τις συνεντεύξεις με τις μητέρες που έλαβαν κατ' οίκον επισκέψεις και εκείνες που έλαβαν συνήθη νοσοκομειακή φροντίδα δεν ήταν σημαντικά διαφορετικά μεταξύ των δύο ομάδων. Τα βασικά θέματα που απασχολούσαν τις μητέρες αφορούσαν την υποστήριξή τους από τον σύζυγο και την οικογένειά τους, την υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας και της παροχής του νοσοκομείου που γέννησαν.

Και οι δύο ομάδες λεχαιδίων χαρακτήρισαν πολύ σημαντική την υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας. Παρόλο που στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι η γενική ικανοποίηση των γυναικών που έλαβαν κατ' οίκον επισκέψεις ήταν υψηλότερη από αυτή των γυναικών που έλαβαν τη συνήθη νοσοκομειακή περίθαλψη, αυτή η διαφορά δεν ήταν αρκετά μεγάλη για να είναι στατιστικά σημαντική. Οι μητέρες που είχαν επισκέψεις στο σπίτι, ωστόσο, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από την υποστήριξη που έλαβαν από τους επαγγελματίες υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά καθιστούν σαφές τον σημαντικό ρόλο που πρέπει να διαδραματίσουν οι επαγγελματίες υγείας για τη βελτίωση της εμπειρίας της μητέρας στη μεταγεννητική περίοδο, ανεξάρτητα από το εάν η περίθαλψη παρέχεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον ή στην κοινότητα.

Λαμβάνοντας υπόψη τη χρηματοπιστωτική κρίση στην Ελλάδα και την έλλειψη προσωπικού και πόρων, είναι πολύ δύσκολο να οργανωθεί πρόσθετη μαιευτική περίθαλψη στην κοινότητα, η οποία δεν παρέχεται σήμερα ως συνήθης πρακτική στην πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκομείων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η παροχή μαιευτικής φροντίδας στην κοινότητα απαιτεί περισσότερους πόρους όσον αφορά μεγαλύτερο αριθμό ωρών εργασίας από το προσωπικό της μαιευτικής κλινικής και χρήση αυτοκινήτων και βενζίνης. Περισσότερες μαίες θα πρέπει να διοριστούν για να καλύψουν αυτές τις ανάγκες και να προσφέρουν μαιευτικές υπηρεσίες στην κοινότητα. Λόγω των αυστηρών μέτρων λιτότητας δεν αναμένεται ότι θα καταστεί δυνατή η εφαρμογή των παραπάνω αλλαγών στην παροχή μαιευτικών υπηρεσιών. Ωστόσο, προτείνεται οι αλλαγές αυτές στην κλινική πράξη να εξεταστούν σοβαρά όταν βελτιωθεί η οικονομική κατάσταση στη χώρα. Οι μητέρες και οι σύζυγοί τους φαίνεται ότι εκτίμησαν την επαφή και την εξατομικευμένη φροντίδα από τη μαία και αυτό επιτυγχάνεται πιο αποτελεσματικά όταν οι νέοι γονείς βρίσκονται στο δικό τους

περιβάλλον, στο σπίτι τους. Οι νέοι γονείς στο σπίτι τους είναι πιο πιθανό να συζητήσουν για προβλήματα ή ανησυχίες τους και να ζητήσουν άμεσα βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας (Panagoroulou *et al.* 2018b).

## 7 Συμπεράσματα και Προτάσεις

Στη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, που πραγματοποιήθηκε στην αρχή της μελέτης, εξετάστηκαν περισσότερα από τριακόσια πενήντα άρθρα σχετικά με τη φροντίδα της λοχείας και βρέθηκε ότι τα σημαντικότερα θέματα σε αυτόν τον τομέα, που απασχολούν τους ερευνητές διεθνώς είναι 1) η οργάνωση και οι τρόποι που παρέχεται η φροντίδα της λοχείας, 2) ο μητρικός θηλασμός, 3) η επιλόχειος κατάθλιψη και 4) η απώλεια βάρους μεταγεννητικά. Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι μία πολιτική σύντομου εξιτηρίου μετά τον τοκετό από το νοσοκομείο σε συνδυασμό με την παροχή μαιευτικής φροντίδας στο σπίτι σε ορισμένες περιπτώσεις βελτιώνει την ικανοποίηση, την υγεία και την ευημερία της μητέρας και του βρέφους. Ο εξατομικευμένος προγραμματισμός της φροντίδας της λοχείας φαίνεται να είναι βέλτιστος με περίπου εβδομαδιαίες επισκέψεις κατ' οίκον για περίπου πέντε εβδομάδες, όπου οι μητέρες έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν την εμπειρία του τοκετού τους με τη μαία, να λάβουν καθοδήγηση σχετικά με τον τρόπο φροντίδας του νεογνού, συμβουλές γονεϊκότητας και βοήθεια για την εγκατάσταση του αποκλειστικού θηλασμού. Η συνέχεια της μαιευτικής φροντίδας είναι ωφέλιμη όταν παρέχεται από τη μαία στα πλαίσια ενός πολυεπιστημονικού δικτύου διαβούλευσης και παραπομπής με άλλους επαγγελματίες υγείας.

Έχουν δημοσιευτεί πολλά άρθρα σχετικά με την επιλόχειο κατάθλιψη στην επιστημονική βιβλιογραφία από πολλές χώρες, γεγονός που δείχνει ότι πρόκειται για ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Υπάρχουν αρκετά ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της επιλόχειας κατάθλιψης, αλλά το πιο διαδεδομένο είναι η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS), η οποία χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα έρευνα για να διερευνηθούν τα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης σε 300 λεχώιδες που συμμετείχαν στη μελέτη σε ένα ελληνικό δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μη θηλασμού του νεογνού και επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς και συσχέτισης μεταξύ συντρόφου/κοινωνικής υποστήριξης και μειωμένου κινδύνου εκδήλωσης

μεταγεννητικής κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτά βρέθηκε να είναι σε συμφωνία με ανάλογα της σχετικής βιβλιογραφίας. Αυτό που έγινε σαφές από τη μελέτη αυτή είναι η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, ο πόνος μετά τη γέννηση και η μεταγεννητική κατάθλιψη. Οι λεχωίδες που είχαν επιπλοκές ή έντονο πόνο μετά τον τοκετό ήταν στατιστικά σημαντικά πιο πιθανό να εκδηλώσουν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα οι μητέρες που είχαν επιπλοκές στην εγκυμοσύνη ή τον τοκετό συγκέντρωσαν κατά μέσον όρο διπλάσια βαθμολογία EPDS από εκείνες που δεν είχαν επιπλοκές. Αυτό δείχνει ότι είναι σημαντικό να δίδεται από τους επαγγελματίες υγείας ιδιαίτερη προσοχή σε γυναίκες που είχαν επιπλοκές ή έχουν μεγάλο πόνο μετά τον τοκετό τους καθώς επιπλέον των σωματικών τους συμπτωμάτων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη.

Στην παρούσα έρευνα επίσης εκτιμήθηκε η ικανοποίηση των 300 μητέρων που γέννησαν στο ελληνικό δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο από τη φροντίδα που έλαβαν την περίοδο της λοχείας. Η διερεύνηση της ικανοποίησης έγινε με χρήση ερωτήσεων από το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης της λοχείας, WOMBPNSQ postnatal satisfaction questionnaire που σχεδιάστηκε από την Dr Smith και στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα. Οι διαστάσεις ικανοποίησης “υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας”, “υποστήριξη από τον σύζυγο/σύντροφο” και “χρόνος αφιερωμένος στη λεχρίδα” συγκέντρωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες γεγονός που δείχνει μεγαλύτερη ικανοποίηση σε αυτούς τους τομείς. Οι διαστάσεις “πόνος μετά τον τοκετό” και “υγεία της λεχρίδας” συγκέντρωσαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης γεγονός που δείχνει ότι πρόκειται για τομείς, οι οποίοι χρειάζονται βελτίωση στην κλινική πράξη. Επιπλέον πραγματοποιήθηκε σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσης έρευνας και των αποτελεσμάτων της αρχικής έρευνας που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο από την Dr Smith. Από τα αποτελέσματα των δύο μελετών διαπιστώθηκε οι μητέρες στην παρούσα μελέτη ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από αυτά των μητέρων στην αρχική βρετανική μελέτη. Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες για τις διαφορές στα αποτελέσματα των δύο μελετών όπως διαφορές στα πρωτόκολλα και τις πολιτικές των νοσοκομείων στις δύο χώρες, διαφορές στη μέθοδο συλλογής των ερωτηματολογίων, διαφορές στο επίπεδο των προσδοκιών των μητέρων και διαφορές στις περιοχές που έγιναν οι δύο μελέτες.

Το τρίτο σκέλος της έρευνας αφορούσε στην ποιοτική προσέγγιση της μελέτης με τη διεξαγωγή συνεντεύξεων σε 24 λεχώιδες, που γέννησαν στο δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο, 40 ημέρες μετά τον τοκετό τους με σκοπό να εντοπιστούν και να αναλυθούν περαιτέρω τα θέματα εκείνα που επηρεάζουν την ικανοποίηση των μητέρων από τη φροντίδα που λαμβάνουν την περίοδο της λοχείας. Μετά το πέρας της συνέντευξης οι ίδιες μητέρες συμπλήρωσαν και το ερωτηματολόγιο της έρευνας. Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα ελέγχου που περιελάμβανε τις μητέρες που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα της λοχείας στο νοσοκομείο και την ομάδα παρέμβασης που περιελάμβανε τις μητέρες που έλαβαν επιπλέον επισκέψεις κατ' οίκον στη διάρκεια της λοχείας. Τα αποτελέσματα από την κωδικοποίηση των συνεντεύξεων δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ως αναφορά τα θέματα που τις απασχολούσαν. Ενώ τα αποτελέσματα από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις δεν έδειξαν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων ικανοποίησης ανάμεσα στις δύο ομάδες, οι μέσες βαθμολογίες ικανοποίησης από το ερωτηματολόγιο WOMBPNSQ των μητέρων που δέχτηκαν επισκέψεις κατ' οίκον στην περίοδο της λοχείας ήταν σταθερά υψηλότερες. Τα αποτελέσματα των γενικών επιπέδων ικανοποίησης δεν ήταν αρκετά ισχυρά ώστε να οδηγήσουν σε τιμή t-test p value μικρότερη από 0,05, αλλά το γεγονός ότι όλες οι διαστάσεις ικανοποίησης ήταν σταθερά υψηλότερες στην ομάδα που έλαβε κατ' οίκον επισκέψεις δείχνει ότι αυτή η ομάδα γυναικών ήταν γενικά πιο ικανοποιημένη από τη φροντίδα που έλαβε στην περίοδο της λοχείας. Οι μητέρες που δέχτηκαν κατ' οίκον επισκέψεις στη διάρκεια της λοχείας δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες από την ύποστηριξη που έλαβαν από τους επαγγελματίες υγείας με μέση βαθμολογία 90% έναντι 73% στην ομάδα ελέγχου. Αυτή η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική με τιμή t-test p value= 0,039.

Λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την έλλειψη προσωπικού και πόρων, είναι πολύ δύσκολο να οργανωθεί επιπλέον μαιευτική φροντίδα στην κοινότητα, η οποία επί του παρόντος δεν παρέχεται ως συνήθης πρακτική στην Ελλάδα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η προσφορά μαιευτικών υπηρεσιών στην κοινότητα προϋποθέτει περισσότερους πόρους όσον αφορά ανθρώπινο δυναμικό και υλικά, όπως διορισμό περισσότερων μαιών, μεγαλύτερος αριθμός ωρών εργασίας και χρήση αυτοκινήτων. Η οικονομική κρίση δυσχεραίνει το σχεδιασμό παροχής μαιευτικών υπηρεσιών στην κοινότητα. Αναμένεται όμως αυτή η κατάσταση να αλλάξει στο μέλλον, καθώς και η Ελλάδα οφείλει να ακολουθήσει τις

συστάσεις από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τα Ηνωμένα Έθνη για ανάπτυξη και ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας. Ο Π.Ο.Υ. συστήνει ότι όλες οι μητέρες και τα μωρά πρέπει να λαμβάνουν τουλάχιστον τέσσερις μεταγεννητικούς ελέγχους κατά τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό (WHO 2013). Η Παγκόσμια Στρατηγική του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (United Nations 2015) για την Υγεία των Γυναικών, των Παιδιών και των Εφήβων 2016–2030 υπογραμμίζει τη σημασία της παροχής ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας σε όλες τις δομές υγείας και στην κοινότητα για τις νέες μητέρες και τα νέα μωρά. Υπό το πρίσμα αυτής της στρατηγικής θα πρέπει να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες υγείας στην περίοδο της λοχείας στην Ελλάδα και να δρομολογηθούν σημαντικές αλλαγές προς την κατεύθυνση της εφαρμογής κοινοτικής μαιευτικής φροντίδας προς όφελος της μητέρας, του νεογέννητου και της νέας οικογένειας.

Οι νέοι γονείς φαίνεται να εκτιμούν την εξατομικευμένη φροντίδα και τη συνέχεια της φροντίδας της λοχείας, μετά το εξιτήριό τους από το νοσομείο και όταν επιστρέφουν στο σπίτι τους. Στην άνεση του προσωπικού τους χώρου μπορούν να συζητήσουν εκτενέστερα με τη μαία τις απορίες και τα προβλήματά τους και να δοθεί άμεσα η σωστή συμβουλή ή θεραπεία από τον επαγγελματία υγείας.

Η παρούσα έρευνα που εκπονήθηκε στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής αποτελεί την πρώτη έρευνα στην Ελλάδα που εξετάζει τα ποσοστά ικανοποίησης των νέων μητέρων από τη φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας. Τα συμπεράσματα από τις απαντήσεις μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές και βελτιώσεις στην κλινική πράξη και στην παροχή καλύτερης ποιότητας μαιευτικών υπηρεσιών κατά την περίοδο της λοχείας στις νέες μητέρες και στις οικογένειές τους. Περιορισμός της παρούσας μελέτης αποτελεί η εκπόνηση της έρευνας σε ένα μόνο ελληνικό δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο. Ο αρχικός σχεδιασμός ήταν η μελέτη να διεξαχθεί σε ελληνικό και σε αγγλικό νοσοκομείο. Καθώς όμως η ερευνήτρια δεν μπορούσε να παραβρίσκεται στο Ηνωμένο Βασίλειο για την εκπόνηση της μελέτης, η μελέτη διεξήχθη στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Συστάσεις για μελλοντική έρευνα αποτελούν την εξέταση των ποσοστών ικανοποίησης των μητέρων από τη φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας σε μεγάλα μαιευτήρια, σε μεγάλα αστικά κέντρα της Ελλάδας, όπως η Αθήνα.

## 8 Βιβλιογραφία

Ahlqvist-Björkroth, S., Vaarno, J., Junttila, N., Pajulo, M., Räihä, H., Niinikoski, H., & Lagström, H. (2016). Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*.

Ahn, Y. M. (2004). The effects of the systemic follow up health care program on the health promotion and the risk reduction in premature infants and their mothers. *Taehan Kanho Hakhoe chi*, 34(6), 1129-1142.

Al-Abri R, Al-Balushi A (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J* 29: 3–7.

Albright, C. L., Steffen, A. D., Novotny, R., Nigg, C. R., Wilkens, L. R., Saiki, K., ... & Brown, W. J. (2012). Baseline Results from Hawaii's Na Mikimiki Project: A Physical Activity Intervention Tailored to Multiethnic Postpartum Women. *Women & health*, 52(3), 265-291.

Arevalo-Rodriguez, I., Ciapponi, A., Munoz, L., Roqué i Figuls, M., & Bonfill Cosp, X. (2013). Posture and fluids for preventing post-dural puncture headache. *Cochrane Database Syst Rev*, 7.

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1(3), 385-405.

Bakker R., Groenewegen P., Jabaaij L., Meijer W., Sixma H. and de Veer A. (1996) "Burnout' among Dutch midwives." *Midwifery*, Vol. 12 No. 4 pp. 174-181.  
*J Nurse Midwifery*. 1993 May-Jun;38(3):165-7.

Bailey, S. (2010). Postnatal care: exploring the views of first-time mothers. *Community Practitioner*, 83(12), 26-29.

Bailey, C., & Pain, R. (2001). Geographies of infant feeding and access to primary health-care. *Health & social care in the community*, 9(5), 309-317.

Barkauskas, V. H., Low, L. K., & Pimlott, S. (2002). Health outcomes of incarcerated pregnant women and their infants in a community-based program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 371-379.

Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., Huband, N., Jones, H., & Coren, E. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-97.

Baxi, R., Sharma, M., Roseby, R., Polnay, A., Priest, N., Waters, E., & Webster, P. (2014). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.

Beake, S., Rose, V., Bick, D., Weavers, A., & Wray, J. (2010). A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 70.

Beake, S., Acosta, L., Cooke, P., & McCourt, C. (2013). Caseload midwifery in a multi-ethnic community: The women's experiences. *Midwifery*, 29(8), 996-1002.

Blöchlinger, P., Kurth, E., Kammerer, M., & Frei, I. A. (2014). What women want: a qualitative study about postnatal midwifery care at home. *Pflege*, 27(2), 81-91.

Bennett, R.V., Brown, L.K. (1999) *Myles Textbook for Midwives*. 13th Edition. The puererium. 587-615.

Bennett, R. (2005). *Brown L. Myles textbook for midwives*.

Black, A. P., Brimblecombe, J., Eyles, H., Morris, P., Vally, H., & Kerin, O. (2012). Food subsidy programs and the health and nutritional status of disadvantaged families in high income countries: a systematic review. *BMC public health*, 12(1), 1099.

Blalock, J. A., Minnix, J. A., Mathew, A. R., Wetter, D. W., McCullough Jr, J. P., & Cinciripini, P. M. (2013). Relationship of childhood trauma to depression and smoking outcomes in pregnant smokers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 821.

Borritz M., Rugulies R., Bjorner J., Villadsen E., Mikkelsen O. and Kristensen T. (2006) "Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study." *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 34 No. 1 pp. 49-58.

Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Greaves, L., Johnson, J. L., Ponc, P., & Chan, A. (2010). Men's business, women's work: Gender influences and fathers' smoking. *Sociology of health & illness*, 32(4), 583-596.

Boulvain, M., Perneger, T. V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M., & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 807-813.

Bošnjak, P. A., Batinica, M., Hegeduš-Jungvirth, M., Grguric, J., & Božikov, J. (2004). The Effect of Baby Friendly Hospital Initiative and Postnatal Support on Breastfeeding Rates—Croatian Experience. *Collegium antropologicum*, 28(1), 235-243.

Brodribb, W., Zadoroznyj, M., & Dane, A. (2013). The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. *BMC family practice*, 14(1), 139.

Brown, A., Rance, J., & Bennett, P. (2016). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *Journal of advanced nursing*, 72(2), 273-282.



Brown, A., Raynor, P., & Lee, M. (2011). Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery*, 27(1), 53-59.

Brown, S. J., Davey, M. A., & Bruinsma, F. J. (2005). Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*, 21(2), 109-126.

Brown, S., Hudson, D. B., Campbell-Grossman, C., & Yates, B. C. (2014). Health Promotion Text Blasts for Minority Adolescent Mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(6), 357-362.

Byrom, S., Edwards, G., & Bick, D. (Eds.). (2009). *Essential midwifery practice: postnatal care*. John Wiley & Sons.

Cagan O. and Gunay O. (2015) "The job satisfaction and burnout levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey." *Pakistan Journal of Medical Sciences*, Vol. 31 No. 3, pp. 543-547.

Carlsen, E. M., Kyhnaeb, A., Renault, K. M., Cortes, D., Michaelsen, K. F., & Pryds, O. (2013). Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. *The American journal of clinical nutrition*, 98(5), 1226-1232.

Caulfield, L. E., Gross, S. M., Bentley, M. E., Bronner, Y., Kessler, L., Jensen, J., & Paige, D. M. (1998). WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American Women in Baltimore: effects on breastfeeding initiation and continuation. *Journal of Human Lactation*, 14(1), 15-22.

Chaaya, M., Osman, H., Naassan, G., & Mahfoud, Z. (2010). Validation of the Arabic version of the Cohen Perceived Stress Scale (PSS-10) among pregnant and postpartum women. *BMC psychiatry*, 10(1), 111.

Chapman, D. J., Damio, G., Young, S., & Perez-Escamilla, R. (2004). Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Archives of paediatrics & adolescent medicine*, 158(9), 897-902.

Chartier, M. J., Attawar, D., Volk, J. S., Cooper, M., Quddus, F., & McCarthy, J. A. (2015). Postpartum Mental Health Promotion: Perspectives from Mothers and Home Visitors. *Public Health Nursing*, 32(6), 671-679.

Chase, S. K., Beatty, J. R., & Ondersma, S. J. (2011). A randomized trial of the effects of anonymity and quasi anonymity on disclosure of child maltreatment-related outcomes among postpartum women. *Child maltreatment*, 16(1), 33-40.

Chen, C. M., Kuo, S. F., Chou, Y. H., & Chen, H. C. (2007). Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1550-1560.

Cheyne, H., McCourt, C., & Semple, K. (2013). Mother knows best: developing a consumer led, evidence informed, research agenda for maternity care. *Midwifery*, 29(6), 705-712.

Chiarelli, P., & Cockburn, J. (1999). The development of a physiotherapy continence promotion program using a customer focus. *Australian Journal of Physiotherapy*, 45(2), 111-119.

Chiarelli, P., Murphy, B., & Cockburn, J. (2003). Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(2), 188-196.

Chrisafis, A (2015) "Greek debt crisis: 'Of all the damage, healthcare has been hit the worst'" *The Guardian*, 9<sup>th</sup> July 2015.

Christie, J., & Bunting, B. (2011). The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: cluster randomised trial. *International journal of nursing studies*, 48(6), 689-702.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.

Coleman, T., Agboola, S., Leonardi-Bee, J., Taylor, M., McEwen, A., & McNeill, A. (2010). Relapse prevention in UK Stop Smoking Services: current practice, systematic reviews of effectiveness and cost-effectiveness analysis.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 27-31.

Creatas, G. (1998). *Modern obstetrics and gynaecology. Gynaecology*. Athens: Paschalidis PH, Volume II. 303-306.

Cronin, C. (2003). First-time mothers—identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of clinical nursing*, 12(2), 260-267.

Dale, J., Caramlau, I. O., Lindenmeyer, A., & Williams, S. M. (2008). Peer support telephone calls for improving health. *The Cochrane Library*.

Daley, A. J., Blamey, R. V., Jolly, K., Roalfe, A. K., Turner, K. M., Coleman, S., ... & MacArthur, C. (2015). A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a facilitated exercise intervention as a treatment for postnatal depression: the PAM-PeRS trial. *Psychological medicine*, 45(11), 2413-2425.

Das, S., Bapat, U., More, N. S., Alcock, G., Joshi, W., Pantvaidya, S., & Osrin, D. (2013). Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums. *BMC public health*, 13(1), 1.

Deery R. (2005) "An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision." *Midwifery*, Vol. 21 No. 2 pp. 161-176.

Deng, A. W., Xiong, R. B., Jiang, T. T., Luo, Y. P., & Chen, W. Z. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific journal of tropical medicine*, 7(3), 244-249.

Dennis, C. L. (2012). Peer support for postpartum depression: volunteers' perceptions, recruitment strategies and training from a randomized controlled trial. *Health promotion international*, das003.

DeOliveira, M. I. C., Camacho, L. A. B., & Tedstone, A. E. (2001). Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation*, 17(4), 326-343.

Department of Health, Government of Western Australia. (2006) *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Translated Versions*.

Dickstein, S., Seifer, R., & Magee, K. D. (2000). Mental health promotion in early Head Start: Lessons from research on postpartum depression. In *Fifth Head Start National Research Conference*, Washington, DC. (2000).

Doggett, C., Burrett, S. L., & Osborn, D. A. (2005). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (Review).

Ebbeling, C. B., Pearson, M. N., Sorensen, G., Levine, R. A., Hebert, J. R., Salkeld, J. A., & Peterson, K. E. (2007). Conceptualization and development of a theory-based healthful eating and physical activity intervention for postpartum women who are low income. *Health Promotion Practice*, 8(1), 50-59.

Emmanuel EN, Creedy DK, St John W (2011) Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery*. 27 (2): 265-72.

Esfahani M., Mirzaee M., Boroumandfar K and Abedi M. (2012). "Job burnout and its relation with personality traits among the midwives working in Isfahan, Iran." *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, Vol. 17 No. 3 pp. 220-224.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323(7307), 257-260.

Faley H., Enguidanos ER., Coletti CM., et al. (2014). Patient satisfaction surveys and quality of care: An information paper. *Ann Emerg Med* 64: 351–357.

Fang, W. L., Goldstein, A. O., Butzen, A. Y., Hartsock, S. A., Hartmann, K. E., Helton, M., & Lohr, J. A. (2004). Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(4), 264-275.

Farquhar, M., Camilleri-Ferrante, C., & Todd, C. (2000). Continuity of care in maternity services: women's views of one team midwifery scheme. *Midwifery*, 16(1), 35-47.

Feferbaum R. (2014) Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Sao Paulo Med J.*, 132(1), 68

Fein, S. B., & Roe, B. (1998). The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *American Journal of Public Health*, 88(7), 1042-1046.

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.

Fjeldsoe, B. S., Miller, Y. D., & Marshall, A. L. (2013). Social cognitive mediators of the effect of the MobileMums intervention on physical activity. *Health Psychology, 32*(7), 729.

Fjeldsoe, B. S., Miller, Y. D., & Marshall, A. L. (2010). MobileMums: a randomized controlled trial of an SMS-based physical activity intervention. *Annals of Behavioural Medicine, 39*(2), 101-111.

Ford K., Middleton J., Palmer B. and Farrington A. (1997) "Primary healthcare workers: training needs in mental health." *British Journal of Nursing, Vol. 6 No. 21* pp. 1244-1250.

Forster, Della A., Tracey L. Savage, Helen L. McLachlan, Lisa Gold, Tanya Farrell, Jo Rayner, Jane Yelland, Bree Rankin, and Belinda Lovell (2014) "Individualised, flexible postnatal care: a feasibility study for a randomised controlled trial." *BMC health services research 14*, no. 1 569.

Francisco, A. A., de Oliveira, S. M. J. Vasconcellos., da Silva, F. M. B., Bick, D., & Riesco, M. L. G. (2011). Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery, 27*(6), e254-e259.

Fryer, J., & Weaver, J. J. (2014). Should a postnatal birth discussion be part of routine midwifery care? *British Journal of Midwifery, 22*(2), 118-123.

Gagnon, A. J., Dougherty, G., Jimenez, V., & Leduc, N. (2002). Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Paediatrics, 109*(6), 1074-1080.

Gau, M. L. (2004). Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 41*(4), 425-435.

Gaudet, C., Wen, S. W., & Walker, M. C. (2013). Chronic perinatal pain as a risk factor for postpartum depression symptoms in Canadian women. *Can J Public Health*, 104(5), 375-87.

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynaecology*, 106(5, Part 1), 1071-1083.

Geller, S. E., Cox, S. M., & Kilpatrick, S. J. (2006). A descriptive model of preventability in maternal morbidity and mortality. *Journal of perinatology*, 26(2), 79-84.

Gennaro, S., Dugyi, E., Doud, J. M., & Kershbaumer, R. (2002). Health promotion for childbearing women in Ruanda, Uganda. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 16(3), 39-50.

Glazener, C., Abdalla, M., Stroud, P., Templeton, A., Russell, I. T., & Naji, S. (1995). Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 102(4), 282-287.

Granado, M. (1997). *Health Promotion in Postnatal Depression: An Investigation of Health Visitors and Clients Perceptions of Health Visitor Intervention* (Doctoral dissertation, King's College London).

Gross, S. M., Caulfield, L. E., Bentley, M. E., Bronner, Y., Kessler, L., Jensen, J., & Paige, D. M. (1998). Counseling and motivational videotapes increase duration of breast-feeding in African-American WIC participants who initiate breast-feeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(2), 143-148.

Guest, M., & Stamp, G. E. (2009). *South Australian rural women's views of their pregnancy, birthing and postnatal care* (Doctoral dissertation, Australian Rural Health Education Network).

Guisse, J. M., Palda, V., Westhoff, C., Chan, B. K., Helfand, M., & Lieu, T. A. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *The Annals of Family Medicine*, 1(2), 70-78.

Haga, S. M., Drozd, F., Brendryen, H., & Slinning, K. (2013). Mamma mia: a feasibility study of a web-based intervention to reduce the risk of postpartum depression and enhance subjective well-being. *JMIR research protocols*, 2(2), e29.

Hagberg, L. A., Brekke, H. K., Bertz, F., & Winkvist, A. (2014). Cost-utility analysis of a randomized controlled weight loss trial among lactating overweight/obese women. *BMC public health*, 14(1), 38.

Haider, R., Ashworth, A., Kabir, I., & Huttly, S. R. (2000). Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 356(9242), 1643-1647.

Hall, J. (2011). Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low-and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery*, 27(4), 497-502.

Hattori, R., & Hattori, H. (1999). Breastfeeding twins: Guidelines for success. *Birth*, 26(1), 37-42.

Hay-Smith, E. J., Herderschee, R., Dumoulin, C., & Herbison, G. P. (2011). Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 12.

He, J. (1993). Strengthening the efforts for healthier births and better care for children. *China population today*, 10(3), 3-4.

Henderson C & Jones K. (1997) *Essential midwifery 1997*. Health after birth; 285-318.



Herron-Marx, S., Williams, A., & Hicks, C. (2007). AQ methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity. *Midwifery*, 23(3), 322-334.

Higgins, S. T., Heil, S. H., Solomon, L. J., Bernstein, I. M., Lussier, J. P., Abel, R. L., & Badger, G. J. (2004). A pilot study on voucher-based incentives to promote abstinence from cigarette smoking during pregnancy and postpartum. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(6), 1015-1020.

Hildingsson, I. M. (2007). New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Women and Birth*, 20(3), 105-113.

Hildingsson I., Westlund K. and Wiklund I. (2013) "Burnout in Swedish midwives." *Sex and Reproductive Health*, Vol. 4 No 3 pp. 87-91.

Hoddinott, P., Britten, J., Prescott, G. J., Tappin, D., Ludbrook, A., & Godden, D. J. (2009). Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 338.

Hoddinott, P., Craig, L., Maclennan, G., Boyers, D., & Vale, L. (2012). The Feeding Support Team (FEST) randomised, controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. *BMJ open*, 2(2), e000652.

Homer, C. S., Davis, G. K., Cooke, M., & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102-112.

Howell, E. A., Bodnar-Deren, S., Balbierz, A., Parides, M., & Bickell, N. (2014). An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. *American journal of obstetrics and gynaecology*, 210(3), 239-e1.

Huang, T. T., Yeh, C. Y., & Tsai, Y. C. (2011). A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese childbearing women: a randomised controlled trial. *Midwifery*, 27(2), 257-264.

Huang, Y. C., & Mathers, N. (2001). Postnatal depression—biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 279-287.

Ibanez, G., de Saint Michel, C. D. R., Denantes, M., Saurel-Cubizolles, M. J., Ringa, V., & Magnier, A. M. (2012). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Family practice*, 29(3), 245-254.

Iida, M., Horiuchi, S., & Nagamori, K. (2014). A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan. *Women and Birth*, 27(3), 202-207.

Ingram, L., MacArthur, C., Khan, K., Deeks, J. J., & Jolly, K. (2010). Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 182(16), 1739-1746.

Jardri, R., Maron, M., Pelta, J., Thomas, P., Codaccioni, X., Goudemand, M., & Delion, P. (2010). Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post delivery: a quality improvement report. *Midwifery*, 26(6), 622-629.

Jayanna, K., Mony, P., Ramesh, B. M., Thomas, A., Gaikwad, A., Mohan, H. L., ... & Avery, L. (2014). Assessment of facility readiness and provider preparedness for dealing with postpartum haemorrhage and pre-eclampsia/eclampsia in public and private health facilities of northern Karnataka, India: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 1.

Jordan K., Fenwick J., Slavin V., Sidebotham M. and Gamble J. (2013) "Level of burnout in a small population of Australian midwives." *Women & Birth*, Vol. 26 No. 2 pp. 125-132.

Kalicinska M., Chylinska J. and Wilczek-Rózycka E. (2012) "Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland." *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 18 No. 6 pp. 595-603.

Kang, J. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. J. (2008). Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*, 45(1), 14-23.

Kaufman, J., Synnot, A., Hill, S., Willis, N., Horey, D., Lin, V., ... & Robinson, P. (2012). Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. status and date: New, published in, (8).

Keleher K. (1993) "Sabbatical leaves for nurse-midwives in clinical practice." *Journal of Nurse-Midwifery*, Vol. 38 No. 3 pp. 165-167.

Keller, C., Ainsworth, B., Records, K., Todd, M., Belyea, M., Vega-López, S., ... & Nagle-Williams, A. (2014). A comparison of a social support physical activity intervention in weight management among post-partum Latinas. *BMC public health*, 14(1), 971.

Kendrick, D., Barlow, J., Hampshire, A., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2013). Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *The Cochrane Library*.

Kenny, P., King, M. T., Cameron, S., & Shiell, A. (1993). Satisfaction with postnatal care—the choice of home or hospital. *Midwifery*, 9(3), 146-153.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), 1457-1458.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves, A., McKee M. and Stuckle, D. (2014) "Greece's health crisis: from austerity to denialism" *The Lancet*, Vol. 383 No. 9918 pp748-753.

Kerasidou A., Kingori P., Legido-Quigley H. (2016) "You have to keep fighting": Maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. *Int J Equity Health* 15: 118.

Kernot, J., Olds, T., Lewis, L. K., & Maher, C. (2013). Effectiveness of a facebook-delivered physical activity intervention for post-partum women: a randomized controlled trial protocol. *BMC public health*, 13(1), 518.

Keshvari M., Mohammadi E., Boroujeni A. and Farajzadegan Z. (2012) "Burnout: interpreting the perception of Iranian primary rural health care providers from working and organizational conditions." *International Journal of Preventative Medicine*, Vol. 3 No. 1 pp. S79-88.

Khanal V., Adhikari M., Karkee R., & Gavidia T. (2014). Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011. *BMC women's health*, 14(1), 19.

Kirkwood, B. R., Manu, A., ten Asbroek, A. H., Soremekun, S., Weobong, B., Gyan, T. & Hill, Z. (2013). Effect of the Newhints home-visits intervention on neonatal mortality rate and care practices in Ghana: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9884), 2184-2192.

Kools, E. J., Thijs, C., Kester, A. D., van den Brandt, P. A., & de Vries, H. (2005). A breast-feeding promotion and support program a randomized trial in the Netherlands. *Preventive Medicine*, 40(1), 60-70.

Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S. & Shishko, G. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Jama*, 285(4), 413-420.

Kronborg, H., Væth, M., Olsen, J., Iversen, L., & Harder, I. (2007). Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatrica*, 96(7), 1064-1070.

Kumar, R., Robson, K. M., & Smith, A. M. R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of psychosomatic research*, 28(1), 43-51.

Labarere, J., Gelbert-Baudino, N., Ayrat, A. S., Duc, C., Berchotteau, M., Bouchon, N., & Pons, J. C. (2005). Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*, 115(2), e139-e146.

Labarère, J., Gelbert-Baudino, N., Laborde, L., Arragain, D., Schelstraete, C., & François, P. (2011). CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. *Maternal & child nutrition*, 7(3), 263-272.

Lassi, Z. & Bhutta, Z. (2015) Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. No. 3.

Lavender, T., Richens, Y., Milan, S. J., Smyth, R., & Dowswell, T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *The Cochrane Library*.

Lazenbatt, A., & Thompson-Cree, M. E. (2009). Recognizing the co-occurrence of domestic and child abuse: a comparison of community-and hospital-based midwives. *Health & social care in the community*, 17(4), 358-370.

Lazenbatt, A. (2010). Safeguarding children and public health: Midwives' responsibilities. *Perspectives in public health*.

Leahy-Warren, P. (2007). Social Support for First-Time Mothers: An Irish Study. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), 368-374.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397.

Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., van Wyk, B. E., ... & Scheel, I. B. (2010). Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *The Cochrane Library*.

Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2012). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *The Cochrane Library*.

Marks, M. N., Siddle, K., & Warwick, C. (2003). Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 13(2), 119-127.

Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and child health journal*, 18(3), 707-713.

McCourt, C., Rayment, J., Rance, S., & Sandall, J. (2012). Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery*, 28(5), 636-645.

McInnes, R. J., Love, J. G., & Stone, D. H. (2000). Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *Journal of Public Health*, 22(2), 138-145.

McLachlan, H. L., Gold, L., Forster, D. A., Yelland, J., Rayner, J., & Rayner, S. (2009). Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. *Women and birth*, 22(4), 128-133.

Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychology*, 28(6), 690.

Middleton, P., & Crowther, C. A. (2014). Reminder systems for women with previous gestational diabetes mellitus to increase uptake of testing for type 2 diabetes or impaired glucose tolerance. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.

Mielke, R. T., Kaiser, D., & Centuolo, R. (2013). Interconception care for women with prior gestational diabetes mellitus. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(3), 303-312.

Mirzakhani, L., & Poursafa, P. (2014). The association between depression and climatic conditions in the Iran way to preventive of depression. *International journal of preventive medicine*, 5(8), 947.

Mizuno M., Kinefuchi E., Kimura R. and Tsuda A. (2013) "Professional quality of life of Japanese nurses/midwives providing abortion/childbirth care." **Nursing Ethics**, Vol. 20 No. 5 pp 539-550.

Mohammadi, F., Malakooti, J., Babapoor, J., & Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. (2015). The effect of a home-based exercise intervention on postnatal depression and fatigue: A randomized controlled trial. *International journal of nursing practice*, 21(5), 478-485.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group, (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Morgan, M., Fenwick, N., McKenzie, C., & Wolfe, C. D. (1998). Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality in health care*, 7(2), 77-82.

Mørkved, S., & Bø, K. (2014). Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 48(4), 299-310.

Mollart L., Skinner V., Newing C. and Foureur M. (2013) "Factors that may influence midwives work-related stress and burnout." *Women and Birth*, Vol. 26 No. 1 pp. 26-32.

Morrow, A. L., & Guerrero, L. M. (2001). From bioactive substances to research on breast-feeding promotion. In *Bioactive Components of Human Milk* (pp. 447-455). Springer US.

Mullen, P. D., Richardson, M. A., Quinn, V. P., & Ershoff, D. H. (1997). Postpartum return to smoking: who is at risk and when. *American Journal of Health Promotion*, 11(5), 323-330.

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 740.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2013). Quality Standard – Postnatal Care. [www.nice.org.uk/guidance/qs37](http://www.nice.org.uk/guidance/qs37)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and child health journal*, 17(4), 616-623.



Newton M., McLachlan H., Willis K. and Forster D. (2014) “Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia.” *BMC Pregnancy Childbirth*, Vol. 14, pp. 426.

Ngai, F. W., Chan, S. W., & Holroyd, E. (2011). Chinese primiparous women’s experiences of early motherhood: factors affecting maternal role competence. *Journal of clinical nursing*, 20(9-10), 1481-1489.

NHS (2016). NHS Maternity Statistics – England, 2013-14: NHS Maternity Statistics tables (available on-line, <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB16725>).

Nunes S., Rego G., Nunes R. (2015) The impact of economic recession on health-care and the contribution by nurses to promote individuals’ dignity. *Nurs Inquiry* 22: 285–295.

O’Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 315(4), 388-406.

O’Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.

Olayiwola, J. N., Irizarry, O. C., O’Connell, K., & Milan, S. (2013). Living Smart, Living Fit A Patient-Centered Program to Improve Perinatal Outcomes in a Community Health Center Population. *Journal of primary care & community health*, 4(1), 31-35.

Østbye, T., Krause, K. M., Brouwer, R. J., Lovelady, C. A., Morey, M. C., Bastian, L. A., ... & McBride, C. M. (2008). Active Mothers Postpartum (AMP): rationale, design, and baseline characteristics. *Journal of Women's Health*, 17(10), 1567-1575.

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., & Tziaferi, S. (2018a). A survey of Greek women's satisfaction of postnatal care. *AIMS Public Health*, 5(2): 158-172.

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., Kolovos, P., & Tziaferi, S. (2018b). Women's views of postnatal care and evaluation of an intervention of postnatal home visits in Greece. *International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases (IJNMH)*, 4(3), 20-36.

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., & Tziaferi, S. (2018c) Assessing the incidence of postnatal depression in a regional Greek hospital. *Health Psychology Research*, submitted for publication, under review.

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., Kolovos, P., & Tziaferi, S. (2018d) Validation and cultural adaptation of the WOMB POSTNATAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE for use in Greece. *International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases (IJNMH)*, 4(5), 27-51.

Panagopoulou, V., Hancock, J. & Tziaferi, S. (2017). Midwifery in the Postnatal Period – A Systematic Review of the Literature. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 56(2): 125-137

Panagopoulou, V., Hancock, J. & Tziaferi, S. (2016a) Midwives Burnout-a review & personal perspective from a Greek Midwife. *Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU*, Rotterdam.

Παναγοπούλου, Β., Hancock, J. & Τζιαφέρη, Σ. (2016b) Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας. Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο, 8<sup>ο</sup> Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο*, Καλαμάτα

Παναγοπούλου, Β., Hancock, J. & Τζιαφέρη, Σ. (2016c) Ικανοποίηση των γυναικών από τη φροντίδα που λαμβάνουν κατά την περίοδο της λοχείας: πιλοτική μελέτη σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο στην Ελλάδα. *9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο, 8<sup>ο</sup> Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο*, Καλαμάτα

Παναγοπούλου, Β., Hancock, J. & Τζιαφέρη, Σ. (2016d) Επιλόχειος κατάθλιψη: Αναλυτική μελέτη σε 80 γυναίκες μετά τον τοκετό τους. *9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Εμβρυομητρικής Ιατρικής*, Ναύπλιο

Pannu, P. K., Giglia, R. C., Binns, C. W., Scott, J. A., & Oddy, W. H. (2011). The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta paediatrica*, 100(4), 534-537.

O'Toole, M. L., Sawicki, M. A., & Artal, R. (2003). Structured diet and physical activity prevent postpartum weight retention. *Journal of women's health*, 12(10), 991-998.

Pallant J., Dixon L., Sidebotham M. and Fenwick J. (2015) “Adaptation and psychometric testing of the Practice Environment Scale for use with midwives” *Women and Birth*, in press

Patton, G. C., Romaniuk, H., Spry, E., Coffey, C., Olsson, C., Doyle, L. W., ... & Brown, S. (2015). Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *The Lancet*, 386(9996), 875-883.

Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T., & Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 800-806.

Petrova, A., Ayers, C., Stechna, S., Gerling, J. A., & Mehta, R. (2009). Effectiveness of exclusive breastfeeding promotion in low-income mothers: a randomized controlled study. *Breastfeeding Medicine*, 4(2), 63-69.

Polanska, K. I. N. G. A., Hanke, W. O. J. C. I. E. C. H., & Sobala, W. O. J. C. I. E. C. H. (2005). Smoking relapse one year after delivery among women who quit smoking during pregnancy. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(2), 159-165.

Poorman E, Gazmararian J, Elon L, Parker R. (2014). Is health literacy related to health behaviors and cell phone usage patterns among the text4baby target population? *Arch Public Health*, 72(1), 13.

Pugh, L. C., Serwint, J. R., Frick, K. D., Nanda, J. P., Sharps, P. W., Spatz, D. L., & Milligan, R. A. (2010). A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Academic pediatrics*, 10(1), 14-20.

Puhkala, J., Luoto, R., Ahotupa, M., Raitanen, J., & Vasankari, T. (2013). Postpartum weight retention is associated with elevated ratio of oxidized LDL lipids to HDL-cholesterol. *Lipids*, 48(12), 1227-1235.

Racine, E. F., Frick, K. D., Strobino, D., Carpenter, L. M., Milligan, R., & Pugh, L. C. (2009). How motivation influences breastfeeding duration among low-income women. *Journal of Human Lactation*, 25(2), 173-181.

Rajan, L., & Oakley, A. (1990). Infant feeding practice in mothers at risk of low birth weight delivery. *Midwifery*, 6(1), 18-27.

Rayner, J. A., McLachlan, H. L., Forster, D. A., Peters, L., & Yelland, J. (2008). A statewide review of postnatal care in private hospitals in Victoria, Australia. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 26.

Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242.

Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J. P., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Validation of the Postnatal Perceived Stress Inventory in a French Speaking Population of Primiparous Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(6), 685-696.

Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Lopes, C. S., & Lobato, G. (2014). The role of intimate partner violence and other health-related social factors on postpartum common mental disorders: a survey-based structural equation modelling analysis. *BMC public health*, 14(1), 1.

Reinhardt, J. A., van der Ploeg, H. P., Grzegorzulka, R., & Timperley, J. G. (2012). Implementing lifestyle change through phone-based motivational interviewing in rural-based women with previous gestational diabetes mellitus. *Health Promotion Journal of Australia*, 23(1), 5-9.

Rouleau D., Fournier P., Philibert A., Mbengue B. and Dumont A. (2012) “The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: a longitudinal study in Senegal.” *Human Resources for Health*, Vol. 10 No. 9.

Rosen, L. N., Targum, S. D., Terman, M., Bryant, M. J., Hoffman, H., Kasper, S. F., & Rosenthal, N. E. (1990). Prevalence of seasonal affective disorder at four latitudes. *Psychiatry research*, 31(2), 131-144.

Rosenthal, N. E., Sack, D. A., Gillin, J. C., Lewy, A. J., Goodwin, F. K., Davenport, Y., ... & Wehr, T. A. (1984). Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of general psychiatry*, 41(1), 72-80.

Rossiter, J. C. (1994). The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *International journal of nursing studies*, 31(4), 369-379.

Rojahn, R. (2011). Community-Based Intervention Packages for Reducing Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality and Improving Neonatal Outcomes: A Review Synopsis. *Public Health Nursing*, 28(3), 246-248.

Rowe, H. J., Holton, S., & Fisher, J. R. (2013). Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. *Australian journal of primary health*, 19(1), 46-52.

Rudman, A., & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 7(1), 178.

Saeterdal, I., Lewin, S., Austvoll-Dahlgren, A., Glenton, C., & Munabi-Babigumira, S. (2014). Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.

Sagedal, L. R., Øverby, N. C., Lohne-Seiler, H., Bere, E., Torstveit, M. K., Henriksen, T., & Vistad, I. (2013). Study protocol: fit for delivery-can a lifestyle intervention in pregnancy result in measurable health benefits for mothers and newborns? A randomized controlled trial. *BMC public health*, 13(1), 132.

Saías, T., Greacen, T., Tubach, F., Dugravier, R., Marcault, E., Tereno, S., ... & CAPEDP Study Group. (2013). Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Global health promotion*, 20(2 suppl), 66-70.

Sampselle, C. M., Miller, J. M., Mims, B. L., Delancey, J. O., Ashton-Miller, J. A., & Antonakos, C. L. (1998). Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstetrics & Gynecology*, 91(3), 406-412.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8).

Sandy, J. M., Anisfeld, E., & Ramirez, E. (2009). Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. *Journal of Human Lactation*.

Sciacca, J. P., Phipps, B. L., Dube, D. A., & Ratliff, M. I. (1995). Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(3), 323-328.

Schmied, V., Cooke, M., Gutwein, R., Steinlein, E., & Homer, C. (2008). Time to listen: strategies to improve hospital-based postnatal care. *Women and Birth*, 21(3), 99-105.

Schluter, P. J., Paterson, J., & Feehan, M. (2007). Prevalence and concordance of interpersonal violence reports from intimate partners: findings from the Pacific Islands Families Study. *Journal of epidemiology and community health*, 61(7), 625-630.

Secker-Walker, R. H., Solomon, L. J., Flynn, B. S., Skelly, J. M., Lepage, S. S., Goodwin, G. D., & Mead, P. B. (1995). Smoking relapse prevention counseling during prenatal and early postnatal care. *American journal of preventive medicine*.

Sheen K., Slade P. and Spiby H. (2014) “An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives.” *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 70 No. 4 pp. 728-743.

Sheen K., Spiby H. and Slade P. (2015) “Exposure to traumatic perinatal experiences and post traumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout.” *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 52 No. 2 pp. 578-87.

Sikander, S., Maselko, J., Zafar, S., Haq, Z., Ahmad, I., Ahmad, M., ... & Rahman, A. (2015). Cognitive-Behavioural Counseling for Exclusive Breastfeeding in Rural Pediatrics: A Cluster RCT. *Pediatrics*, 135(2), e424-e431.

Simou E. and Koutsogeorgou E. (2014) “Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review” *Health Policy*, Vol. 115 No. 2-3 pp111-119.

Skouteris, H., Nagle, C., Fowler, M., Kent, B., Sahota, P., & Morris, H. (2014). Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: A systematic review. *Breastfeeding Medicine*, 9(3), 113-127.

Smith, L. F. (2011). Postnatal care: development of a psychometric multidimensional satisfaction questionnaire (the WOMBPNSQ) to assess women's views. *British Journal of General Practice*, 61(591), e628-e637.

Smith, M. P. (1989). Postnatal concerns of mothers: an update. *Midwifery*, 5(4), 182-188.

Song, F., Huttunen-Lenz, M., & Holland, R. (2010). Effectiveness of complex psycho-educational interventions for smoking relapse prevention: an exploratory meta-analysis. *Journal of Public Health*, 32(3), 350-359.

SONGØYGARD, K. M., Stafne, S. N., Evensen, K. A. I., SALVESEN, K. Å., Vik, T., & MØRKVED, S. I. V. (2012). Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression?. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 91(1), 62-67.

Stainton, C., Murphy, B., Higgins, P. G., Neff, J. A., Nyberg, K., & Ritchie, J. A. (1999). The needs of postbirth parents: An international, multisite study. *The Journal of perinatal education*, 8(3), 21.

Stamp, G. E., & Crowther, C. A. (1994). Women's views of their postnatal care by midwives at an Adelaide Women's Hospital. *Midwifery*, 10(3), 148-156.

Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., & Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).

Steen, M., Cooper, K., Marchant, P., Griffiths-Jones, M., & Walker, J. (2000). A randomised controlled trial to compare the effectiveness of icepacks and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery*, 16(1), 48-55.

Stephenson, K. M., Schroder, C. M., Bertschy, G., & Bourgin, P. (2012). Complex interaction of circadian and non-circadian effects of light on mood: shedding new light on an old story. *Sleep medicine reviews*, 16(5), 445-454.



Stimson, L. (1995). Caseload midwifery -a cost-benefit analysis. *Modern midwife*, 5(1), 12-14.

Sterling, B. S., Fowles, E. R., Garcia, A. A., Jenkins, S. K., Wilkinson, S., Kim, M., ... & Walker, L. O. (2009). Altered perceptions of personal control about retained weight and depressive symptoms in low-income postpartum women. *Journal of Community Health Nursing*, 26(3), 143-157.

Stremmer, R., Hodnett, E., Kenton, L., Lee, K., Weiss, S., Weston, J., & Willan, A. (2013). Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 346.

Surkan, P. J., Gottlieb, B. R., McCormick, M. C., Hunt, A., & Peterson, K. E. (2012). Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum. *Maternal and child health journal*, 16(1), 139-148.

Symon, A., McGreavey, J., & Picken, C. (2003). Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(9), 865-868.

Thairu, L. N., Pelto, G. H., Rollins, N. C., Bland, R. M., & Ntshangase, N. (2005). Sociocultural influences on infant feeding decisions among HIV-infected women in rural Kwa-Zulu Natal, South Africa. *Maternal & child nutrition*, 1(1), 2-10.

Thomson, J. L., Tussing-Humphreys, L. M., & Goodman, M. H. (2014). Delta Healthy Sprouts: A randomized comparative effectiveness trial to promote maternal weight control and reduce childhood obesity in the Mississippi Delta. *Contemporary clinical trials*, 38(1), 82-91.

Thyrian, J. R., Freyer-Adam, J., Hannover, W., Röske, K., Mentzel, F., Kufeld, C., ... & Hapke, U. (2010). Population-based smoking cessation in women post partum:

adherence to motivational interviewing in relation to client characteristics and behavioural outcomes. *Midwifery*, 26(2), 202-210.

Thwala, S. B., Jones, L. K., & Holroyd, E. (2011). Swaziland rural maternal care: ethnography of the interface of custom and biomedicine. *International journal of nursing practice*, 17(1), 93-101.

Titaley, C. R., Hunter, C. L., Heywood, P., & Dibley, M. J. (2010). Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 61.

Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B. & Bisits, A. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@ NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9906), 1723-1732.

Tripette, J., Murakami, H., Gando, Y., Kawakami, R., Sasaki, A., Hanawa, S., ... & Miyachi, M. (2014). Home-based active video games to promote weight loss during the postpartum period. *Med Sci Sports Exerc*, 46(3), 472-478.

Tubach, F., Greacen, T., Saïas, T., Dugravier, R., Guedeney, N., Ravaud, P., ... & Guedeney, A. (2012). A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health*, 12(1), 1.

Tuffery, O., & Scriven, A. (2005). Factors influencing antenatal and postnatal diets of primigravid women. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125(5), 227-231.

United Nations (2015). *Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health*. United Nations, New York.

Vivilaki, V. G., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P., & Lionis, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health*, 9(1), 329.

Vodopivec-Jamsek, V., de Jongh, T., Gurol-Urganci, I., Atun, R., & Car, J. (2012). Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database Syst Rev*, 12.

Walburg, V., Goehlich, M., Conquet, M., Callahan, S., Schölmerich, A., & Chabrol, H. (2010). Breast feeding initiation and duration: comparison of French and German mothers. *Midwifery*, 26(1), 109-115.

Walker, L. O., Im, E. O., & Vaughan, M. W. (2012). Communication Technologies and Maternal Interest in Health-Promotion Information about Postpartum Weight and Parenting Practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(2), 201-215.

Wall, M. A., Severson, H. H., Andrews, J. A., Lichtenstein, E., & Zoref, L. (1995). Pediatric office-based smoking intervention: impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics*, 96(4), 622-628.

Ward, V. P., Charlett, A., Fagan, J., & Crawshaw, S. C. (2008). Enhanced surgical site infection surveillance following caesarean section: experience of a multicentre collaborative post-discharge system. *Journal of Hospital Infection*, 70(2), 166-173.

Watson, N., Milat, A. J., Thomas, M., & Currie, J. (2005). The feasibility and effectiveness of pram walking groups for postpartum women in western Sydney. *Health Promotion Journal of Australia*, 16(2), 93-99.

Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*, 28(5), e712-e719.

Wheatley, S. L., Brugha, T. S., & Shapiro, D. A. (2003). Exploring and enhancing engagement to the psychosocial intervention 'Preparing for Parenthood'. *Archives of Women's Mental Health*, 6(4), 275-285.

Wheeler, L. (2002). *Nurse-midwifery handbook: a practical guide to prenatal and postpartum care*. Lippincott Williams & Wilkins.

WHO (2013) WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn.

Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180.

Wilkinson, J., Phillips, S., Jackson, J., & Walker, K. (2002). " Mad for Fitness": an exercise group to combat a high incidence of postnatal depression. *The journal of family health care*, 13(2), 44-48.

Wilson, N. (2002). Depression and its relation to light deprivation. *The Psychoanalytic Review*, 89(4), 557-567.

Wilson, S., McKenzie, K., Quayle, E., & Murray, G. C. (2013). The postnatal support needs of mothers with an intellectual disability. *Midwifery*, 29(6), 592-598.

Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., & Brown, S. J. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30(3), 378-384.

Woollett, A., Dosanjh, N., Nicolson, P., Marshall, H., Djhanbakhch, O., & Hadlow, J. (1995). The ideas and experiences of pregnancy and childbirth of Asian and non-Asian women in East London. *British Journal of Medical Psychology*, 68(1), 65-84.

Wylie, L., Hollins Martin, C. J., Marland, G., Martin, C. R., & Rankin, J. (2011). The enigma of post-natal depression: an update. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(1), 48-58.

Yelland, J., Krastev, A., & Brown, S. (2009). Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals. *Midwifery*, 25(4), 392-402.

Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S. J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, 10(1), 1.

Yoshida, Y., & Sandall, J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*, 29(8), 921-926.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – Δημοσιεύσεις στο πλαίσιο εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., & Tziaferi, S. (2018a). A survey of Greek women's satisfaction of postnatal care. *AIMS Public Health*, 5(2): 158-172.

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., Kolovos, P., & Tziaferi, S. (2018b). Women's views of postnatal care and evaluation of an intervention of postnatal home visits in Greece. *International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases (IJNMH)*, 4(3), 20-36.

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., & Tziaferi, S. (2018c) Assessing the incidence of postnatal depression in a regional Greek hospital. *Health Psychology Research*, submitted for publication, under review.

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., Kolovos, P., & Tziaferi, S. (2018) Validation and cultural adaptation of the WOMB POSTNATAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE for use in Greece. *International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases (IJNMH)*, 4(5), 27-51.

Panagopoulou, V., Hancock, J. & Tziaferi, S. (2017). Midwifery in the Postnatal Period – A Systematic Review of the Literature. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 56(2): 125-137

Panagopoulou, V., Hancock, J. & Tziaferi, S. (2016a) Midwives Burnout-a review & personal perspective from a Greek Midwife. *Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU*, Rotterdam.

Παναγοπούλου, Β., Hancock, J. & Τζιαφέρη, Σ. (2016b) Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας. Βιβλιογραφική ανασκόπηση. 9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο, 8<sup>ο</sup> Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο, Καλαμάτα

Παναγοπούλου, Β., Hancock, J. & Τζιαφέρη, Σ. (2016c) Ικανοποίηση των γυναικών από τη φροντίδα που λαμβάνουν κατά την περίοδο της λοχείας: πιλοτική μελέτη σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο στην Ελλάδα. *9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο, 8<sup>ο</sup> Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο*, Καλαμάτα

Παναγοπούλου, Β., Hancock, J. & Τζιαφέρη, Σ. (2016d) Επιλόχειος κατάθλιψη: Αναλυτική μελέτη σε 80 γυναίκες μετά τον τοκετό τους. *9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Εμβρυομητρικής Ιατρικής*, Ναύπλιο

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – Δημοσιευμένο άρθρο με τα αποτελέσματα της Ποσοτικής Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής



*Public Health*

AIMS Public Health, 5(2): 158–172.  
DOI: 10.3934/publichealth.2018.2.158  
Received: 28 February 2018  
Accepted: 05 June 2018  
Published: 12 June 2018

<http://www.aimspress.com/journal/aimsph>

---

## *Research article*

### **A survey of Greek women’s satisfaction of postnatal care**

Vasiliki Panagopoulou<sup>1,\*</sup>, Athina Kalokairinou<sup>2</sup>, Foteini Tzavella<sup>1</sup> and Styliani Tziaferi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Nursing, Laboratory of Integrated Health Care, University of Peloponnese, Sparta, Greece

<sup>2</sup> Faculty of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

\* **Correspondence:** Email: [vpraxitelisp@gmail.com](mailto:vpraxitelisp@gmail.com).

**Abstract:** *Background:* The research described in this paper is a cross-sectional study which surveys women who delivered their babies in a regional hospital in Greece to investigate their satisfaction with their postnatal care. This is the first published study which measures satisfaction of postnatal services in Greece. The aim of this study is to determine which factors most influence postnatal satisfaction, which areas are lacking and therefore identify specific areas which should be targeted to improve the performance of health services. *Methods:* A cross sectional, quantitative study of 300 women who gave birth in a regional Greek hospital between January 2015 and July 2017 were surveyed 40 days after birth using a self-administered questionnaire. The questionnaire contained sociodemographic and clinical characteristic questions and a selection of questions from the WOMen’s views of Birth Postnatal Satisfaction Questionnaire (WOMBPNSQ). *Results:* This study found that the dimensions with the higher satisfaction scores were “Professional support” and “Continuity”. The lower satisfaction scores were for the dimensions “Woman’s health”, “Contraceptive advice” and “Social support” indicating that these are areas for improvement. The three dimensions most correlated with general satisfaction were “Time with woman”, “Feeding baby” and “Professional support”. *Conclusions:* This study highlights the important role of health professionals showing that they can enhance postnatal satisfaction by spending time with the women, giving guidance on the care of the newborn and baby feeding. Focusing on improving these areas is expected to enhance the quality of postnatal care.

**Keywords:** midwifery care; postnatal period; maternal satisfaction; Greece; postpartum care

---



**Abbreviations:** WOMBPNSQ: WOMen's views of Birth Postnatal Satisfaction Questionnaire

## 1. Introduction

The postnatal period is important for the health of the mother, the newborn and the establishment of new family relationships [1–3]. Healthcare professionals have a key role in providing postnatal care for the mother and newborn [4,5]. There is limited research conducted in Greece on the postnatal period, what is available mainly covers aspects of breastfeeding [6,7] and postnatal depression [8,9]. Until now there is no research conducted in Greece to assess the effectiveness of the provided postnatal care and the parents' satisfaction from the care they receive postnatally. This study aims to fill this research gap. The United Nation's Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016–2030 10 points out the importance of providing quality care in all settings for new mothers and new babies. In light of this strategy postnatal maternity health services in Greece should be assessed and changes should be implemented for the benefit of the new mother, the new baby and the new family.

Sadly, postnatal care is frequently not given as much attention as pregnancy and labour [11–14]. During the postnatal period some women express dissatisfaction from the health care services provided [15–18]. Brown et al. 15, in Australia, identified that after labour the new mothers felt that the midwives did not show enough sensitivity to their needs as they seemed to be always in a hurry and did not spend enough time with them. When the women got discharged home from hospital they felt that they did not have enough information and knowledge for how to best look after their baby. Rudman and Waldenström 16 investigated women's negative views of the postnatal care they received in a hospital in Sweden. The patients reported difficulty in receiving personalised care and help with breastfeeding. Razurel et al. 17 found that the women in Switzerland felt that the education they received during pregnancy did not help them when problems and concerns arose in the postnatal period. The women expressed their need to have further help and support during the postnatal period from health care professionals. Another study from Vancouver, Canada 18, found that the time the women spent in the postnatal ward did not prepare them adequately for the first weeks with their baby at home. A study in Turkey concluded that new mothers were not sufficiently prepared for the postpartum period 19.

Whilst there have been studies of women's experiences of pregnancy, labour and childbirth in Greece [20–22] there are no studies covering women's experiences and satisfaction of their postnatal care. Postnatal care in Greece is provided mainly in the hospital. The new mother stays in the hospital in average for four days after the birth of her baby and then she is discharged home. The new mother returns to the hospital at around 40 days after her discharge for the doctor to check her recovery from childbirth. The research described in this paper investigates the satisfaction of the women who delivered in a regional hospital in Greece with their postnatal care to help fill the gap in this area of research and identify areas for improvement in clinical practice. Patient satisfaction is considered to be an important indicator for health care quality and at the same time is a significant quality improvement tool for health care providers [23,24].

## 2. Materials and methods

### 2.1. Study setting, participants & selection

A total of 300 women who gave birth in a regional Greek public hospital between January 2015 and July 2017 were surveyed 40 days after the birth of their baby to assess their satisfaction with the postnatal care they received. Inclusion criteria were women aged over 18, who delivered a healthy term infant. Mothers were informed that no personally identifying information would be recorded at any point of the survey and verbal informed consent was given by the women before they voluntarily completed the self-administered questionnaire. 375 women were approached during the two and a half year research period and asked to take part to the research, 25 women declined (7%) to participate. Another 50 women did not meet the inclusion criteria (13%) so were also excluded from the study leaving a total of 300 women surveyed; the survey was stopped after 300 completed responses had been received. Excluded women were those under 18 (30 women, 6%), women who had not delivered a healthy term infant (7 women, 2%), or were illiterate and could not complete the questionnaire (13 women, 4%). During the period that study was conducted a total of 850 deliveries were performed in the Greek regional hospital the research took place. The final sample of 300 women was obtained by randomly selecting the post partum women and was considered to be a representative sample of the population of postnatal women of the hospital where the study took place.

### 2.2. Questionnaire

Ethical approval for this research was granted from the scientific committee of the regional Greek public general hospital (18<sup>th</sup> Dec 2014, approval number Φ/Γ/2/14962). New mothers completed the questionnaires in the postnatal ward before attending their 40 day postnatal check after birth. The questionnaires included questions, translated to Greek, from the WOMen's views of Birth Postnatal Satisfaction Questionnaire (WOMBPNSQ), which is a psychometric multidimensional postnatal satisfaction questionnaire 25. The questions used in this study from the WOMBPNSQ questionnaire were translated from English to Greek and back translated from Greek to English by two language experts. Questions not used in this study from the WOMBPNSQ questionnaire 25 were those relating to the dimensions "Postnatal visiting", "Health visitor care" and "GP care" as these services are not usually provided and these professionals are not generally involved in the provision of postnatal care in the Greek National Health Service. Additional questions were added so that correlations with the demographics and the obstetric history of the women could be identified; a list of these questions is given in Tables 1 and 2.

**Table 1.** Demographics of the women surveyed.

Number of people surveyed	300	
Maternal age, mean (SD)	31.3	(5.4)
Marital status	No.	(%)
Married	272	(90.7%)
Not Married	28	(9.3%)
Educational level	No.	(%)
Primary	28	(9.3%)
High School	40	(13.3%)
Senior High	98	(32.7%)
College Certificate	43	(14.3%)
Technological University Degree	41	(13.7%)
University Degree	38	(12.7%)
Postgraduate Degree	12	(4.0%)
Employment		
Working, No. (%)	109	(36.5%)
Not Working, No. (%)	190	(63.5%)
If working how many weeks leave do you have? mean (SD)	7.0	(4.4)
How many children do you have including the newborn?	No.	(%)
1	117	(39.0%)
2	84	(28.0%)
3	37	(12.3%)
> 3	9	(3.0%)

### 2.3. Data analysis

A pilot study, with a sample of 80 new mothers conducted prior to the survey, checked that the questions were understood by the women and verified that the internal reliability of the satisfaction questions was good or acceptable (Cronbach's Alpha typically above 0.6 and maximum 0.82) 26.

A seven point Likert scale was used for the satisfaction questions. Mean values and Standard Deviations (SD) were used for the description of the quantitative variables. Absolute (N) and relative (%) frequencies were used to describe the dichotomous variables. Student's t-test was used to compare two groups of quantitative variables. The Pearson correlation coefficient ( $r$ ) was used to measure the correlation between two quantitative variables. The significance of this correlation was checked by calculating the probability " $p$ " that this correlation occurred by chance (the null hypothesis), a  $p$  value less than 0.05 was considered to be statistically significant. The internal reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's Alpha.

The cross-correlations between the dimensions were investigated by calculating the correlation coefficient between each dimension. The  $p$ -value probability that this correlation occurred by random variability was also calculated.

**Table 2.** Prenatal statistics of the women surveyed.

In general, would you say your health is:	No.	(%)
Very good	178	(61.0%)
Good	108	(37.0%)
Moderate	5	(1.7%)
Poor	0	(0.0%)
Very poor	1	(0.3%)
Childbirth Type	No.	(%)
Natural	157	(52.3%)
Forceps	22	(7.3%)
Emergency Caesarean	44	(14.7%)
Planned Caesarean	76	(25.3%)
Induced Labour?	No.	(%)
Yes	94	(32.3%)
No	197	(67.7%)
Epidural anesthesia?	No.	(%)
Yes	78	(27.4%)
No	207	(72.6%)
Do you breastfeed?	No.	(%)
Yes	269	(90.6%)
No	28	(9.4%)
If yes, do you breastfeeding exclusively?	No.	(%)
Yes	103	(39.9%)
No	155	(60.1%)
If not, duration in days of breastfeeding?	Mean	(SD)
	15	(19.1)
How many babies born in this birth?	No.	(%)
1	291	(97.0%)
2	7	(2.3%)
Did the baby need to be hospitalized in the neonatal unit?	No.	(%)
Yes	13	(4.3%)
No	286	(95.7%)
How many days did you stay in the hospital after childbirth?	Mean	(SD)
	3.7	(0.7)
Gestational age, in weeks, at delivery	Mean	(SD)
	38.3	(2.4)
Infant birth weight (g)	Mean	(SD)
	3207	(465.5)
Were there complications in pregnancy?	No.	(%)
Yes	11	(3.7%)
No	289	(96.3%)
Were there complications in childbirth?	No.	(%)
Yes	14	(4.7%)
No	286	(95.3%)

### 3. Results

The 300 women surveyed had a mean age of 31 and a wide range of educational levels, Table 1. Thirty six percent of the women were employed and most (91%) were married. It is common practice to induce women in Greece which explains the relatively high proportion of induced labours (32%). The rate of epidural or spinal anaesthesia was 27%. Of childbirths 53% were natural and the remainder either by forceps (7%), planned (25%) or unplanned caesarean (15%), Table 2.

A summary of the main results of the questionnaire is given in Table 3. The results of the questions were grouped into the same satisfaction dimensions used in the original WOMBPNSQ questionnaire 25. The internal reliability of the dimensions was generally good, having internal reliability with Cronbach's Alpha over 0.6, with maximum 0.858, Table 4. The "Feeding baby" and "Social support" dimensions had less than ideal reliability with Alpha of 0.63 but were retained as these were used in the original WOMBPNSQ study. The dimensions with the higher internal reliability were "Professional support", "Partner support" and "Time with the woman", which all had coefficients above 0.8. The dimensions with the higher mean scores were "Professional support" and "Continuity" which indicate a higher satisfaction in these areas. The dimensions "Woman's health", "Contraceptive advice" and "Social support" had the lower satisfaction scores indicating that these areas could be improved.

It was found that many of the dimensions are cross-correlated with each other and the general satisfaction scale; these cross-correlations are statistically significant as they are unlikely to have occurred by chance ( $p < 0.001$ ), Table 5. The three dimensions most correlated with general satisfaction were "Time with woman", "Feeding baby" and "Professional support".

**Table 3.** Results of the questionnaire.

Question	Mean score	Standard deviation
My partner/husband could not have supported me any better in any possible way	79%	23%
My carers explored adequately with me my contraceptive needs	65%	21%
For my postnatal care I always saw the same carer(s)	67%	24%
My carers often appeared rushed	27%	18%
I needed to be at home much sooner after the birth	42%	25%
There are things about the postnatal care system where I received my care that need to be improved	53%	23%
Sometimes carers made me feel a little foolish	20%	17%
The amount of time that I spent in hospital after my baby was born was about right	74%	17%
I would have liked more advice on feeding my baby	38%	24%
My partner/husband was the best possible help to me after the baby was born	68%	26%
Carers never acted too businesslike and impersonally towards me	80%	17%
Carers usually spent plenty of time with me	72%	18%
I was given little advice on contraception following the birth of my baby	42%	22%

*Continued on next page*

Question	Mean score	Standard deviation
I was in a fair bit of pain in the first few days/weeks after the birth	53%	28%
My postnatal care went nearly exactly as I had hoped it would	76%	16%
Many different carers provided me with postnatal check ups	59%	24%
I was given an excellent explanation of why I experienced after-pains and how I could cope with them	69%	17%
My postnatal care just seemed to involve a series of routine procedures	48%	19%
I made new friends during the days/weeks after the birth of my baby	56%	21%
It would have been so much better if I had had a longer hospital stay after the birth	27%	18%
I didn't need a lot of pain relief after the birth	55%	28%
My carers acted professionally at all times	78%	17%
The postnatal care that I received was just about perfect	77%	17%
Meeting in the postnatal days/weeks other women who had recently given birth was of no use to me	39%	18%
Those who provided my postnatal care sometimes hurried too much when they treated me	29%	19%
I could have had just a very little more help from my birth partner/husband	31%	24%
A little more time being spent on my health would have been welcome	52%	23%
I needed more time in hospital to get used to caring for my new baby	26%	18%
My carers rarely left me feeling that I didn't know what was best for my baby	73%	18%
It was reassuring to meet other women like me after my baby was born	66%	17%
My carers were never insensitive nor lacked understanding	77%	19%
I would have liked more chance to talk to my carers for medical advice about care of myself	46%	23%
I was given lots of help on how to feed my baby	75%	19%
My carers discussed the full range of contraception options with me following the birth of my baby	59%	22%
The carers who treated me should sometimes have given me just a little more respect	24%	17%
I needed more time with my carers so that they could help me more	35%	23%
There are some things about the postnatal care that I received that could have been better	47%	24%
After the birth I would have liked more chance to talk to doctors for medical advice	40%	23%
All my carers always treated me in the most friendly and courteous manner possible	80%	16%
My partner met all my needs after the birth	77%	20%
After the birth, carers always had lots of time to discuss problems with me	69%	19%
I could have done with more time for my body to adjust after the birth before going home	31%	19%
Sometimes carers did what was easier for them and not what seemed best for me	24%	19%

Table 4. Satisfaction dimensions and comparison with UK survey.

Dimension	Survey in Greece (these results)			Survey in UK (from Ref 25)			t-test <i>p</i> value (that Mean of Greece-UK samples different by chance)
	Mean	SD	Cronbach's Alpha	Mean	SD	Cronbach's Alpha	
General satisfaction	68.6	16.0	0.764	41.8	21.8	0.848	<0.001
Inpatient stay	72.2	15.4	0.781	31.0	21.6	0.861	<0.001
Woman's health	53.9	18.9	0.757	37.3	19.8	0.825	<0.001
Contraceptive advice	60.6	17.5	0.746	40.5	23.8	0.855	<0.001
Feeding baby	71.6	17.9	0.629	41.7	13.6	0.778	<0.001
Partner support	71.3	20.0	0.821	24.5	21.6	0.839	<0.001
Social support	61.0	14.1	0.637	49.9	16.6	0.744	<0.001
Professional support	78.1	13.8	0.858	27.5	18.7	0.744	<0.001
Pain after birth	73.1	24.7	0.731	53.9	27.8	0.779	<0.001
Time with woman*	70.1	15.6	0.817	N/A*	N/A*	N/A*	N/A*
Continuity	74.2	20.9	0.766	59.4	23.4	0.735	<0.001

\*Dimension not included in WOMBPQN4 so UK results not published in Ref 25, this survey uses the full set of questions and dimensions from WOMBPQN3.

**Table 5.** Cross-correlations of the Satisfaction Dimensions with *p*-value probabilities given below in (brackets).

Dimension	General satisfaction	Inpatient stay	Woman's health	Contraceptive advice	Feeding baby	Partner support	Social support	Professional support	Pain after birth	Time with woman	Continuity
General satisfaction	1.000	0.284 (<0.001)	0.588 (<0.001)	0.438 (<0.001)	0.692 (<0.001)	0.344 (<0.001)	0.395 (<0.001)	0.698 (<0.001)	0.191 (<0.001)	0.733 (<0.001)	0.077 (0.456)
Inpatient stay	N/A	1.000	0.422 (<0.001)	0.102 (0.077)	0.504 (<0.001)	0.150 (0.009)	0.170 (0.003)	0.333 (<0.001)	0.297 (<0.001)	0.305 (<0.001)	0.302 (0.003)
Woman's health	0.588 (<0.001)	N/A	1.000	0.444 (<0.001)	0.714 (<0.001)	0.260 (<0.001)	0.141 (0.015)	0.495 (<0.001)	0.185 (0.001)	0.583 (<0.001)	0.068 (0.513)
Contraceptive advice	0.438 (<0.001)	0.102 (0.077)	0.444 (<0.001)	1.000	0.360 (<0.001)	0.158 (0.006)	0.266 (<0.001)	0.333 (<0.001)	0.037 (0.523)	0.460 (<0.001)	0.055 (0.595)
Feeding baby	0.692 (<0.001)	0.504 (<0.001)	0.714 (<0.001)	0.360 (<0.001)	1.000	0.044 (0.662)	0.248 (0.012)	0.699 (<0.001)	0.190 (0.057)	0.365 (<0.001)	0.255 (0.012)
Partner support	0.344 (<0.001)	0.150 (0.009)	0.260 (<0.001)	0.158 (0.006)	N/A	1.000	0.251 (0.001)	0.348 (<0.001)	0.039 (0.503)	0.365 (<0.001)	0.102 (0.321)
Social support	0.395 (<0.001)	0.170 (0.003)	0.141 (0.015)	0.266 (<0.001)	0.248 (<0.001)	N/A	1.000	0.409 (<0.001)	0.123 (0.033)	0.426 (<0.001)	0.055 (0.594)
Professional support	0.698 (<0.001)	0.333 (<0.001)	0.495 (<0.001)	0.333 (<0.001)	0.699 (<0.001)	0.348 (<0.001)	0.409 (<0.001)	1.000	0.257 (<0.001)	0.746 (<0.001)	0.270 (0.008)
Pain after birth	0.191 (<0.001)	0.297 (<0.001)	0.185 (0.001)	0.037 (0.523)	0.190 (0.057)	0.039 (0.503)	0.123 (0.033)	N/A	1.000	0.237 (<0.001)	0.153 (0.136)
Time with woman	0.733 (<0.001)	0.305 (<0.001)	0.583 (<0.001)	0.460 (<0.001)	0.691 (<0.001)	0.365 (<0.001)	0.426 (<0.001)	0.746 (<0.001)	0.237 (<0.001)	1.000	0.087 (0.401)
Continuity	0.077 (0.456)	0.302 (0.003)	0.068 (0.513)	0.055 (0.595)	0.255 (0.012)	0.102 (0.321)	0.055 (0.594)	0.270 (0.008)	0.153 (0.136)	0.087 (0.401)	1.000 N/A



No significant correlation was found between any of the satisfaction dimensions and Maternal age, Number of children or Infant birth weight. Education level was found to be statistically significantly correlated ( $p$ -value less than 0.0001) with the Partner support dimension with a correlation coefficient of 0.31; this shows that more highly educated women are, generally, more satisfied with the support given to them by their partners than less well educated women. The mean satisfaction value of women who work *vs.* the women who don't work was only statistically significantly different (t-test  $p$ -value greater than 0.05) for the "Partner support" dimension (mean value 75.6% for working women *vs.* 69.1% for non-working women, t-test  $p$ -value = 0.006). Working women were also found to be older (mean age of working women 32.8, *vs.* 30.4 not working, t-test  $p$  = 0.0001) and more highly educated e.g. more likely to have a university degree or higher (t-test  $p$  < 0.0001). Age was correlated with education level with a correlation coefficient of 0.12 (t-test  $p$  = 0.047). The findings of this study are that younger women are more likely to breastfeed (mean age of women who breastfed 31.5 *vs.* 33.5 mean age of women who did not, t-test  $p$  that these mean values are different by chance = 0.021). Women who breastfed were also positively correlated with those who gave a higher score on the "Feeding baby" satisfaction dimension, mean score 73.2 for those who breastfed *vs.* 45.8 for those who didn't (t-test  $p$  = 0.002). Breast feeding women also had a higher general satisfaction compared to those who didn't (mean 69.4% *vs.* 60.9%, t-test  $p$  = 0.007), higher satisfaction with professional support (mean 79.1% *vs.* 70.1%, t-test  $p$  = 0.001) and higher satisfaction on the "Time with woman" dimension (71.1% *vs.* 60.4%, t-test  $p$  = 0.0006).

The fact that women who have not previously given birth are more likely to be induced in Greece is also seen in the statistical analysis. Women who have been induced have a statistically significant (t-test  $p$ -value less than 0.01) lower mean number of children than those that have not been induced (1.2 *vs.* 1.6 respectively).

#### 4. Discussion

The dimensions with the higher mean scores were "Professional support" and "Continuity" which indicate a higher satisfaction for new mothers in these areas. "Professional support" and "Time with woman" were found to be the dimensions most strongly correlated with the general satisfaction dimension. These results are in agreement with the results of other studies which found that improved professional support, including continuity of midwifery care, results in higher satisfaction rates of postpartum women [27,28]. This is particularly relevant as multiple studies [29–32] have found that there is frequently a lack of continuity or absence of adequate care in the postpartum period.

The dimensions with the lower mean satisfaction scores were "Woman's health", "Contraceptive advice" and "Social support" which indicate lower satisfaction of new mothers in these areas. These results show that postnatal women need more time from health care professionals to get professional advice about their health and wellbeing. Health care providers should also empower women to mobilise social support that will help them in their parenting role and psychological health. Recent studies [33–35] have shown the important role of health professionals in maternal health promotion and wellness. The findings of this study show that, if health care professionals improve these areas on clinical practice, a better quality postnatal care will be provided to postnatal women to improve new mothers satisfaction on these areas of their postnatal care.

Using the same dimensions as the original study enables direct comparison between the women surveyed in this research and those surveyed by Smith 25 in the UK. What is clear from the results is

that the women in this study have responded differently to those from the original study, Table 1. This difference is tested statistically and it is found that t-test  $p$  values are all less than 0.001 indicating that it is unlikely that the different mean values of satisfaction between the two studies appear because of random variability in the results. However, the values of the internal reliability, as measured by Cronbach's Alpha, remain within acceptable limits so whilst the level of the women's satisfaction in each of the dimensions is different from those in the UK, the dimensions themselves remain a valid measurement tool. In general, the women surveyed in this research report higher levels of satisfaction than those in the UK resulting in higher mean values in all of the dimensions. The replies from the different women in this study also showed lower variability than those in the UK, resulting in a lower standard deviation.

There are many possible reasons for the differences in the results of the two studies, like differences in the hospital protocols and policies, differences in the method of collecting the survey results, differences in the level of women's expectations and differences in the settings of the studies.

The policy and protocols of the hospital in this study accommodate the family support by allowing the new mother to have one or two people with her 24 hours a day during her hospital stay. It is common for the mother or mother-in-law to stay with the woman during her postnatal stay to assist with the care of the baby. The visiting times as well as the number of visitors are also flexible, so extended family and friends are allowed to visit as and when they like with the agreement of the new mother. On the contrary, this is not the case in the UK. The new mother is not usually allowed to have someone with her 24 hours a day. Even her partner is allowed to visit during the visiting hours. There are typically restrictions on the number of visitors and the new mother is allowed to have only two visitors by her bedside at a time. The flexible visiting times of the new mother may contribute to the increased satisfaction levels in the local Greek hospital in this research compared with UK hospitals.

Whilst the questions asked in the survey were the same with the study by Smith 25, translated from English to Greek and back translated from Greek to English, there are differences in the method used to collect the survey replies from the women. Smith 25 sent the questionnaires by post to women who completed the forms and then also returned them by post. In this survey women completed the questionnaires at the hospital. It is not known at this stage how much, if any, this changed the results; a future study could be completed using the postal method for women in Greece. However, it is noted that the Greek postal system is less customer focused than the UK postal system thus women in Greece would be less likely to return the survey. Women in the UK simply need to put the reply questionnaire in the prepaid envelope and post it in one of the many post boxes, whilst women in Greece may have a lengthy wait in the post office to post the envelope with the questionnaire.

The hospitals in Greece have significant shortages of staff, equipment and some materials/medication due to the financial crisis [36,37]. With the lack of staff and equipment it might have been expected that women's satisfaction of their care would be lower in Greece than the UK but this was not found in this study. Perhaps, the fact that the women are aware of the difficult circumstances, and they are also affected by the financial crisis, lowers their expectations which are then exceeded by the hard work of the staff [38,39] resulting in higher levels of satisfaction.

The present study in Greece took place at a regional general hospital. The maternity clinic in this hospital includes the delivery suite and the antenatal and postnatal wards on the same floor. The staff working in the clinic is involved with the care of the women from the time they are admitted to the ward in labour through the delivery and their postnatal stay. This gives the women continuity of care as the same health professionals are involved at all stages of their care. However, the UK study

covered a variety of maternity services including different care models in different settings. This could have a direct effect on the results produced for the UK study.

The single location used in this research is a limitation of this study and is likely to be at least part of the reason for the lower standard deviation of the results compared to the UK study. We also note that the setting of this study is different from Urban Greek maternity hospitals. For example, in Athens the maternity hospitals have separate labour wards, antenatal wards and postnatal wards. The new mothers see different healthcare professionals during different stages of their care. A recommendation for future research is to measure maternal satisfaction in the large maternity hospitals in metropolitan areas of Greece. This would enable a comparison of the results of this study with the satisfaction of new mothers in larger population areas of Greece.

The findings of this study in a regional Greek Hospital show that the satisfaction levels of new mothers from the postnatal care they receive are good. However, it is also clear that postnatal women need more from their carers, in respect of their general health and wellbeing. The traditional health care model in Greece deals with targeting health problems. Postnatal women need advice on health promotion, contraception and transition to motherhood. The findings of this research have implications for clinical practice as changes should be implemented. Health care professionals should assume their role in health promotion empowering women to acquire the right skills for the postnatal period.

## **5. Conclusions**

This study surveyed 300 women in a regional hospital in Greece to determine their satisfaction of the postnatal care they received. The findings of this research show that health professionals can play a key role in enhancing satisfaction of new mothers with their postnatal care by addressing their needs and expectations. It is recommended that health care professionals spend quality time with the postnatal women giving them patient centred care and advice on mother's health, baby care and feeding. There is certainly place for improvement in clinical practice, as the postnatal care provided is not ideal and yet there is a clear need for a more holistic and personalised care. Health care providers should offer holistic care and try not only to deal with problems, but also to promote maternal health and well being to educate new mothers for the parental skills they need to care for their baby and empower women to mobilise social support. These recommendations for changes in clinical practice are expected to improve the satisfaction of the women and at the same time would improve the health and well being of the new parents and the neonate.

## **Acknowledgements**

Dr Lindsey Smith from the East Somerset Research Consortium kindly provided the questions from the WOMBPNSQ satisfaction scale which was translated into Greek and used for the satisfaction survey.

## **Conflicts of interest**

Following the International Committee of Medical Journal Editors Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest 40, the authors have nothing to disclose.

## References

1. Wilkins C (2006) A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery* 22: 169–180.
2. Emmanuel EN, Creedy DK, St JW (2011) Maternal role development: The impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery* 27: 265–272.
3. Leahy-Warren P, Mccarthy G (2011) Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery* 27: 802–810.
4. Hynes L (1999) The puererium, In: Bennett RV, Brown LK, *Myles textbook for midwives*, 13th Ed., Edinburgh: Churchill Livingstone Ltd, 589–628.
5. Abbott H, Bick D, Mcarthur C (1997) Health after birth, In: Henderson C, Jones K, *Essential midwifery*, London: Mosby, 285–318.
6. Tavoulari EF, Benetou V, Vlastarakos PV, et al. (2016) Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important? *World J Clin Pediatr* 5: 349–357.
7. Bouras G, Mexi-Bourna P, Bournas N, et al. (2013) Mothers' expectations and other factors affecting breastfeeding at six months in Greece. *J Child Health Care* 17: 387–396.
8. Koutra K, et al. (2018) Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: The Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *Epidemiol Psychiatr Sci* 27: 244–255.
9. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, et al. (2008) A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Compr Psychiatry* 49: 275–282.
10. United Nations (2015) Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. United Nations, New York.
11. Bick DE, Rose V, Weavers A, et al. (2011) Improving inpatient postnatal services: Midwives views and perspectives of engagement in a quality improvement initiative. *BMC Health Serv Res* 11: 293.
12. Bick D, Murrells T, Weavers A, et al. (2012) Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: A pre and post intervention study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth* 12: 41.
13. Schmied V, Cooke M, Gutwein R, et al. (2009) An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital. *J Clin Nurs* 18: 1850–1861.
14. Beake S, Rose V, Bick D, et al. (2010) A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth* 10: 70.
15. Brown SJ, Davey MA, Bruinsma FJ (2005) Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery* 21: 109–126.
16. Rudman A, Waldenström U (2007) Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res* 7: 178.
17. Razurel C, Kaiser B, Dupuis M, et al. (2013) Validation of the postnatal perceived stress inventory in a French speaking population of primiparous women. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs Jognm* 42: 685–696.
18. Smith MP (1989) Postnatal concerns of mothers: An update. *Midwifery* 5: 182–188.

19. Kirca N, Ozcan S (2018) Problems experienced by puerperants in the postpartum period and views of the puerperants about solution recommendations for these problems: A qualitative research. *Int J Car Sci* 11: 360–370.
20. Sapountzi-Krepia D, Tsaloglidou A, Psychogiou M, et al. (2011) Mothers' experiences of pregnancy, labour and childbirth: A qualitative study in Northern Greece. *Int J Nurs Pract* 17: 583–590.
21. Chaniotakis IE, Lymperopoulos C (2009) Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry. *J Serv Theory Pract* 19: 229–242.
22. Tsetsila E, Lavdaniti M, Psychogiou M, et al. (2010) New mothers' perceptions regarding maternity care services provided in a prefecture of Northern Greece. *Int J Car Sci* 3: 129–135.
23. Al-Abri R, Al-Balushi A (2014) Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J* 29: 3–7.
24. Faley H, Enguidanos ER, Coletti CM, et al. (2014) Patient satisfaction surveys and quality of care: An information paper. *Ann Emerg Med* 64: 351–357.
25. Smith LF (2011) Postnatal care: Development of a psychometric multidimensional satisfaction questionnaire (the WOMBPNSQ) to assess women's views. *Br J Gen Pract* 61: e628–e637.
26. Panagopoulou V, Hancock J, Tziaferi S (2016) Women's Satisfaction of Postnatal Care- A Pilot Study in a District Hospital in Greece. 9<sup>th</sup> Panhellenic, 8<sup>th</sup> Pan-European Scientific & Professional Nursing Congress, Kalamata, Greece (in Greek).
27. Forster DA, Mclachlan HL, Davey MA, et al. (2016) Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: Results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 28.
28. Barimani M, Vikström A (2015) Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery* 31: 811–817.
29. Martin A, Horowitz C, Balbierz A, et al. (2014) Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Matern Child Health J* 18: 707–713.
30. Bailey S (2010) Postnatal care: Exploring the views of first-time mothers. *Comm Pract* 83: 26–29.
31. Rudman A, Waldenström U (2007) Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res* 7: 178.
32. Cronin C (2003) First-time mothers—identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clinl Nurs* 12: 260–267.
33. Hajimiri K, Shakibazadeh E, Mehrizi AAH, et al. (2018) The impact of general health and social support on health promoting lifestyle in the first year postpartum: The structural equation modelling. *Electron Physician* 10: 6231–6239.
34. Cornell A, Mccoy C, Stampfel C, et al. (2016) Creating New Strategies to Enhance Postpartum Health and Wellness. *Matern Child Health J* 20: 39–42.
35. Fahey JO, Shenassa E (2013) Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *J Midwifery Womens Health* 58: 613–621.
36. Mckee M, Stukler D (2016) Health effects of the financial crisis: Lessons from Greece. *Lancet Public Health* 1: e40–e41.
37. Filipidis F, Gerovasili V, Millett C, et al. (2017) Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Sci Rep* 7: 464223.
38. Nunes S, Rego G, Nunes R (2015) The impact of economic recession on health-care and the contribution by nurses to promote individuals' dignity. *Nurs Inquiry* 22: 285–295.

39. Kerasidou A, Kingori P, Legido-Quigley H (2016) “You have to keep fighting”: Maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. *Int J Equity Health* 15: 118.
40. ICMJE (2017) International Committee of Medical Journal Editors Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Available from: <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>.



AIMS Press

© 2018 the Author(s), licensee AIMS Press. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – Δημοσιευμένο άρθρο με τα αποτελέσματα της Ποιοτικής Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής

International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases

Vol.4, No.3, pp.20-36, June 2018

Published by European Centre for Research Training and Development UK ([www.eajournals.org](http://www.eajournals.org))

## WOMEN'S VIEWS OF POSTNATAL CARE AND EVALUATION OF AN INTERVENTION OF POSTNATAL HOME VISITS IN GREECE

Vasiliki Panagopoulou<sup>1\*</sup>, Athina Kalokairinou<sup>2</sup>, Foteini Tzavella<sup>3</sup>, Petros Kolovos<sup>3</sup> and Styliani Tziaferi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Midwife, MSc, PhDc, Department of Nursing, Laboratory of Integrated Health Care, University of Peloponnese, Sparta, Greece

<sup>2</sup>Professor, Faculty of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

<sup>3</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Laboratory of Integrated Health Care, University of Peloponnese, Sparta, Greece

**ABSTRACT:** *A mixed method case control study was conducted to investigate an intervention of postnatal home visits and women's perceptions and satisfaction of their care postpartum in Greece. In total 24 women participated in the study who delivered in the maternity unit of a public general hospital in Southern Greece. Of the participants 12 mothers had the standard postnatal care and 12 received, in addition, home visits as part of their postnatal care. Postnatal home visits are not usually provided by the National Health Service in Greece. The aim of this study was to examine the respondents' views and needs in order provide better care for future clients. The women were interviewed 40 days after birth. The main issues that emerged were support from health professionals, support from the husband & family, physical & psychological health of the mother, care of the newborn and financial difficulties. Women were also given a self administered questionnaire to complete after the interview. The women who had home visits rated professional support significantly higher than the control group, t-test p=0.039. Future planning of health services should include the choice for new mothers to receive postnatal home visits.*

**KEYWORDS:** Home Visits, Postpartum Period, Health Promotion, Greece

## INTRODUCTION

The postnatal period begins after childbirth and has duration of six weeks (World Health Organization, 2010). This is a very important time for the health and well-being of both the mother and the newborn (Hajimiri *et al.*, 2018). The postnatal period presents many physical challenges for the new mother as she needs to recover from the stresses her body went through during pregnancy and childbirth (Woolhouse *et al.*, 2012). Many hormonal and emotional changes affect the mother and at the same time she tries to adapt to motherhood and to new family relationships (Banoofatemeh *et al.*, 2017). Morbidity for new mothers and infants is high during this time and many health problems might stay undiagnosed or misdiagnosed from health care professionals causing negative effects on the functioning of the new family (Prenoveau *et al.*, 2017). Many problems regarding mothers' and infants' health might present postpartum such as infection, haemorrhage, psychological issues or feeding problems for the baby (Miller *et al.*, 2017, Semasaka *et al.*, 2016, Lawn *et al.*, 2014). Postnatal services offered to mothers vary massively between countries and health settings. In some countries postnatal care is offered only in the hospital setting (Singh *et al.*, 2012). In other countries there is a combination of hospital care with continuation of postnatal care at home (Kurth *et al.*, 2016, Bowers & Cheyne 2015). In many developing countries women

receive inadequate or no postnatal care with major negative health outcomes for mothers and babies that can be even fatal in some cases (Langlois *et al.*, 2015, Ronsmans *et al.*, 2006). It is broadly recognised in the research literature that the postnatal period receives less attention from health care providers than pregnancy and childbirth (Tully *et al.*, 2017, Brown *et al.*, 2005). There is also research evidence which shows that the postpartum period is investigated much less compared to pregnancy and labour (Rowe *et al.*, 2002). At the same time mothers and fathers express most dissatisfaction from health care postpartum and express their disappointment as postnatal care fails to prepare them adequately for their life with their baby when they return home (Martin *et al.*, 2014, Rudman & Waldenström 2007). The World Health Organization (WHO) concludes that the woman and her newborn should be placed at the centre of health provision and current postnatal care models should be evaluated for their effectiveness (WHO 2010).

Postnatal care in Greece is offered in the hospital setting, for approximately four days after birth and there is no continuation of postnatal care at home after the women get discharged home from the hospital. The mothers return to the hospital for their postnatal check up by the obstetrician who performed the delivery, forty days after childbirth. Women who had a caesarean section are offered a hospital appointment ten days after the operation to remove the sutures from the caesarean section wound and then the forty day hospital appointment for their postnatal check. In Greece to date there has not been any research conducted to assess the effectiveness of the postnatal care model provided nor has there been an investigation of women's views, satisfaction or concerns about the postpartum care they receive, this research helps to fill this gap.

## LITERATURE REVIEW

Research findings suggest that many mothers express dissatisfaction with their care postpartum and request changes for their postnatal care. There is frequently a lack of continuity or absence of adequate care in the postpartum period (Martin *et al.*, 2014, Bailey 2010). Maternal postpartum morbidity is extensive and under-recognised after delivery and measures to reduce and alleviate it must be sought. (e.g. Glazener *et al.*, 1995). The needs of the women pertaining to the maternal body, especially tending to pain, are important to be addressed in the hospital, birth centre, or home setting, particularly during the first week after birth (Stainton *et al.*, 1999, Smith 1989). Women often report that they are less satisfied with their postnatal care compared with their care during pregnancy and childbirth (Guest & Stamp 2009, Brown *et al.*, 2005)

When mothers get discharged home from hospital, often feel that they are not well prepared to look after themselves and their baby. Women often lack education and knowledge of the postpartum period (e.g. Martin *et al.*, 2014, Bailey 2010). There can be a lack of or inconsistent advice on breastfeeding (e.g. Beake *et al.*, 2010, Bailey 2010). Postnatal mothers often request that health care professionals teach them the skills they need to look after themselves, their babies and their families when they go to their home. There is a need for flexibility in postnatal care that acknowledges the women's and new family's individual needs (e.g. McLachlan *et al.*, 2009, Stainton *et al.*, 1999, Smith 1989). Advice given to each parent relating to their own self-needs and role in the postpartum period is usually very valuable guidance for new parents (Stainton *et al.*, 1999).



Postnatal home visits are generally valued by women (e.g. Bailey 2010, Smith 1989). Yonemoto et al., (2014) reviewed the results of 12 randomised trials with data for more than 11,000 women and concluded that postnatal home visits promote infant health and maternal satisfaction. However, the frequency, timing, duration and intensity of such postnatal care visits should be based upon local needs.

The United Nations (UN) Global Strategy for the Health of Women, Children and Adolescents, 2016-2030 highlights the importance of providing quality care to all health structures and the community for new mothers and babies (United Nations, 2015). World Health Organization's technical consultation on postpartum and postnatal care recommends that mothers and babies should be at the centre of health care provision and women should be allowed to make informed choices about their own care and their babies'. The WHO also concludes that the formal health sector is responsible for the continuation of postnatal care in the community (WHO, 2010).

Postnatal care in the National Health Service in Greece is offered in the hospital setting. There is no provision of community postnatal care. In the light of the recommendations of the WHO and the United Nations Global Strategy, health services provided during the postnatal period in Greece should be evaluated. The views and expectations of women of their postnatal care should also be investigated. Measuring the satisfaction of women with the postnatal care they receive is a way to measure the quality of health care services provided (Lawrence *et al.*, 1999). Health care providers in Greece should place the mother and baby at the centre of postnatal care and changes in clinical practice should be made for the benefit of the new mother, the new baby and the new family.

### **Theoretical underpinning**

The objective of this study was to investigate the views and satisfaction of mothers of the postnatal care they receive in a regional public hospital in Greece. An intervention was also made and evaluated by providing home postnatal care in the community for half of the women in the study. Postnatal care services were assessed using a semi-structured interview and self-administered questionnaire about the women's experiences and satisfaction of their health care provision. The analysis of these results aims to give health care professionals the information they need to plan changes in clinical practice in order to offer more effective and higher quality postnatal care to both mothers and babies.

### **METHODOLOGY**

A mixed method controlled study was used to investigate mothers' satisfaction, views, needs, expectations, concerns and problems with their postpartum care. Both qualitative (interviews) and quantitative (self administered questionnaires) research tools were used to evaluate the women's satisfaction. Ethical approval for this research was granted from the scientific committee of the regional Greek public general hospital (18th Dec 2014, approval number F/G/2/14962).

The twenty four postnatal women who participated in the study delivered their babies in the maternity unit of a public general hospital in South Greece, between January 2015 and July 2017, and were surveyed 40 days after their birth. The maternity unit of the public hospital has approximately 350 births per year. The women included in the study were chosen at

random from those that gave birth and met the inclusion criteria. Inclusion criteria were women aged over 18, who delivered a healthy term infant. The number of the 24 women participants was decided to be an appropriate sample for the research as saturation of the responses from the interviews was achieved; no new themes were emerging from the thematic analysis of the interviews. All 24 women were informed about the study, anonymity of the participants was guaranteed and informed consent was obtained before the women were recruited. The mothers were separated into two groups. The first group (12 women, the control group) received the standard postnatal care in the hospital that all women are offered after giving birth. The second group (12 women, the intervention group) received, in addition to the standard postnatal care, home visits in the postnatal period prior to the interview. The mothers who received home visits were offered this service as an extra to their routine postnatal care; home visits in the postnatal period do not take place in the regional hospital where the study took place. The home visits were tailored to the needs of each individual. The number of the home visits ranged between two to six. Both groups had similar characteristics in terms of type of birth, number of birth and way of feeding the baby.

Semi structured interviews were conducted with each of the women 40 days after their delivery. The specific wording and order of the questions varied between the women, additional follow up qualitative questions were also asked after the initial response to explore the views of the women further. Each interview covered the following areas, as a minimum, to ensure a general level of consistency.

- 1) The degree of satisfaction of the women with the personnel of the maternity unit (midwives, nurses, obstetricians, paediatricians)
- 2) The help the women received from their husband/ family
- 3) The type of delivery, the pain relief and health problems or concerns they encountered during their birth or in the postnatal period
- 4) The way of feeding the baby, way of carrying for the baby and possible baby health problems
- 5) The psychological status of the women postnatally

Field notes were made immediately after each interview. Thematic analysis (Attride-Stirling, 2001) was used to analyse the field notes, to identify the patterns within the responses from the two groups of women and to see if there were any differences between the two groups. The themes from each group were coded by two separate researchers and the inter-rater reliability determined using Cohen's kappa was found to be 0.81 showing good agreement between the two coders; differences between the coders were removed after calculation of Cohen's kappa by discussion and agreement of the coders.

After the completion of the interviews both the control and intervention group were given a self-administered questionnaire to complete. The questionnaire contained sociodemographic and clinical characteristic questions and a selection of questions from the Greek version of the WOMen's views of Birth Postnatal Satisfaction Questionnaire (WOMBPNSQ), (Smith 2011). The WOMBPNSQ is a psychometric multidimensional questionnaire that measures postnatal satisfaction and was developed in the UK. Two language experts translated the WOMBPNSQ from English to Greek and then back translated the questionnaire from Greek

to English. The WOMBPNSQ questionnaire was also culturally adapted for use to Greek postnatal women (Panagopoulou *et al.*, 2016, Panagopoulou *et al.*, 2018).

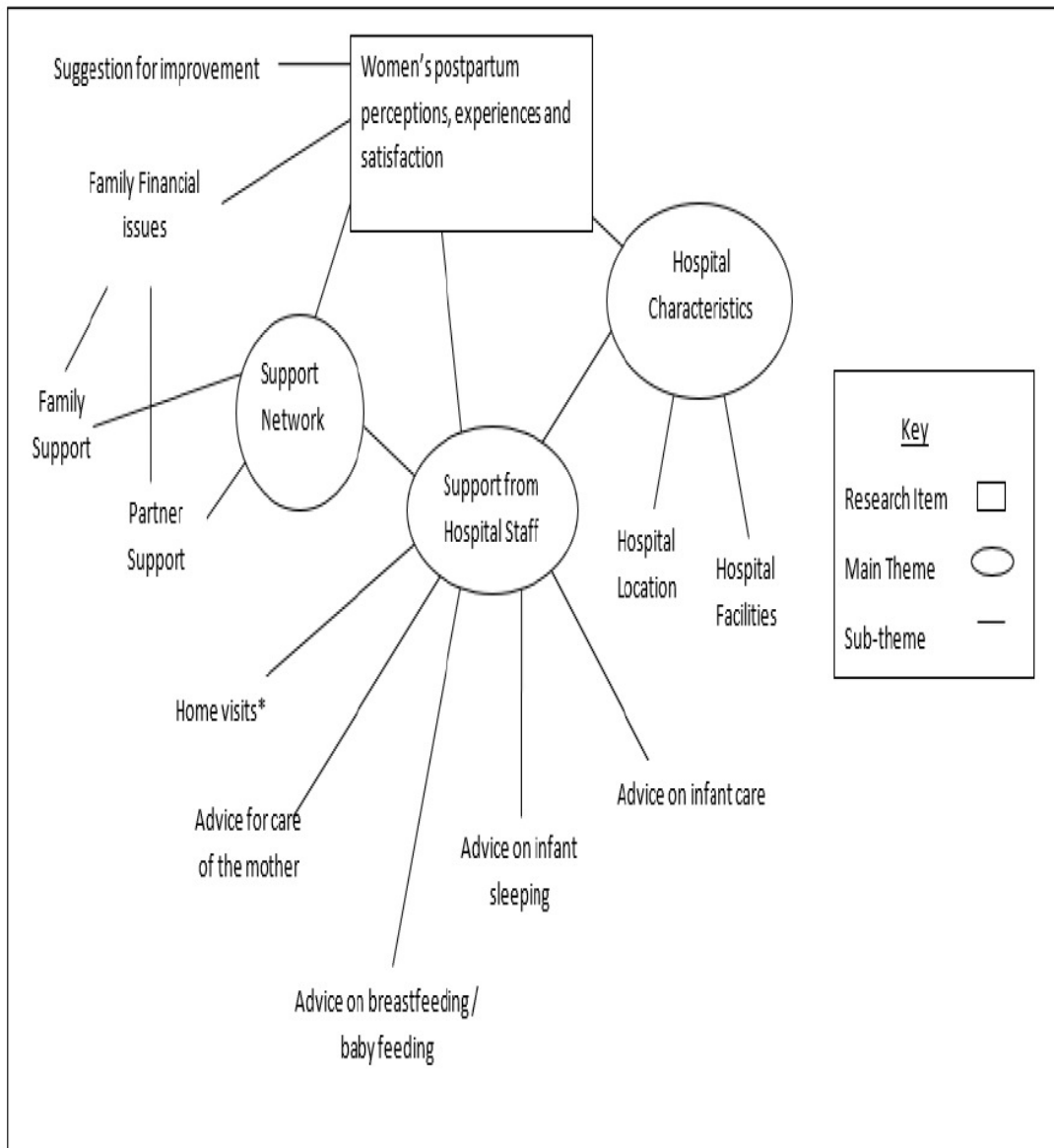
## RESULTS/FINDINGS

All the women who participated in the study were married (100%). All women had finished High School (100%) and many (29%) had a University education. The age of the mothers ranged between 27 and 36, with an average of 32 years old. The mean birth weight of the babies was 3300 grams. The median length of stay in the maternity ward after birth for the women was four days. From the 24 mothers recruited for this study, 12 mothers received home visits in addition to their standard hospital care and the number of visits were between two to six depending on each individual mother's needs. The mothers themselves had the option to choose how many visits they wanted and what time was convenient for them to have the home visit.

The main themes derived from the interviews with both groups of women were not significantly different and are shown below in Figure 1. The majority of the themes derived from either:

1. The women's support network
2. Support from hospital staff
3. Professional Medical Care

It is interesting to note that none of the women interviewed mentioned any support from their friends/peers which is a common theme in the research literature for women in other countries (e.g. Leahy-Warren *et al.*, 2012; Dennis 2012, Ingram *et al.*, 2010). Partner and family support is culturally more important than the support from friends in Greece and this may be the reason for the lack of this element being reported by the women in this study. Another aspect was the appearance of family financial problems in the interviews, whilst this is also an issue for women in other countries; this issue probably is more pressing for women in Greece given the current financial crisis in the country. The results from coding the interviews are given in Table 1 and it can be seen that there is no major difference between the intervention group and the non-intervention group on the basis of their interview responses.



\*Only applicable for home visit group

**Figure 1. Themes derived from Thematic Analysis of Postpartum Focused Interviews**

**Table 1. Number of codes from women in each of the different groups (one code attributed if the women mentioned the code during their interview)**

Theme	Positive or Negative?	Home visit group		Control Group		Combined	
		Number	%	Number	%	Number	%
Family Support	Positive	2	17%	1	8%	3	13%
	Negative	2	17%	0	0%	2	8%
Partner Support	Positive	2	17%	2	17%	4	17%
	Negative	0	0%	0	0%	0	0%
Support from Hospital staff	Positive	10	83%	10	83%	20	83%
	Negative	2	17%	3	25%	5	21%
Hospital Location	Positive	0	0%	3	25%	3	13%
	Negative	0	0%	0	0%	0	0%
Hospital Facilities	Positive	4	33%	2	17%	6	25%
	Negative	4	33%	3	25%	7	29%
Advice given on breast feeding / baby feeding	Positive	8	67%	6	50%	14	58%
	Negative	0	0%	3	25%	3	13%
Advice given on infant sleeping	Positive	4	33%	1	8%	5	21%
	Negative	0	0%	0	0%	0	0%
Advice given on care of the infant	Positive	6	50%	4	33%	10	42%
	Negative	0	0%	2	17%	2	8%
Advice for care of the mother	Positive	6	50%	0	0%	6	25%
	Negative	0	0%	0	0%	0	0%
Home visits*	Positive	8	67%	N/A		8	67%
	Negative	2	17%	N/A		2	17%
Woman making suggestion for improvement		6	50%	1	8%	7	29%
Financial difficulties		2	17%	0	0%	2	8%

\* Only applicable to home visit group

Whilst the results from the structured interviews did not show any conclusive indication of increased levels of satisfaction, the average satisfaction scores from the WOMBPNSQ of the women who had home visits were consistently higher, Table 2. The results of the general satisfaction levels were not quite strong enough to result in t-test, p value less than 0.05. However, the fact that all of the satisfaction dimensions were consistently higher in the home visits group does indicate that this group of women was generally more satisfied with their care. The women who had home visits rated the professional support consistently better than the control group, with an average score of 90% vs. 73% of the control group; this difference was statistically significant with t-test, p value = 0.039. The mothers who received postnatal home visits also rated statistically higher the help they received from their partners t-test, p value = 0.023 and this shows that they were able to mobilise better the support they needed.

**Table 2. Results of the WOMBPNSQ for women who had home visits and those that did not (dimensions in bold were statistically significant with t-test p values less than 0.05).**

Dimension	Average Score		Standard Deviation		t-test p
	Home Visit Group	Control Group	Home Visit Group	Control Group	
General satisfaction	86%	69%	0.182	0.187	0.076
<b>Inpatient stay</b>	<b>84%</b>	<b>65%</b>	<b>0.159</b>	<b>0.154</b>	<b>0.026</b>
<b>Woman's health</b>	<b>76%</b>	<b>54%</b>	<b>0.230</b>	<b>0.159</b>	<b>0.031</b>
Contraceptive advice	72%	57%	0.199	0.223	0.188
<b>Partner support</b>	<b>99%</b>	<b>77%</b>	<b>0.023</b>	<b>0.208</b>	<b>0.023</b>
Social support	61%	63%	0.099	0.084	0.609
<b>Professional support</b>	<b>90%</b>	<b>73%</b>	<b>0.107</b>	<b>0.167</b>	<b>0.039</b>
Pain after birth	49%	40%	0.255	0.314	0.552
Time with woman	81%	66%	0.204	0.156	0.110
EPDS Score	4.3	5.5	3.077	5.126	0.618

### Control group –Observations

The women who participated in the control group were generally happy with their postnatal care. The majority mentioned that all health care professionals did their best to help them. Quotations from the women below have been translated from Greek into English.

*“I felt that all staff was helpful and they did the best to help me...”*

*“My doctor was very helpful during my pregnancy, my labour and my postnatal care. I am really grateful. The midwives, the nurses, the paediatricians were also very helpful ...”*

Whenever they asked for help they received the help they required and they received satisfactory advice and help with infant feeding.

*“I am a first time mum and I had a lot to ask about feeding my baby and looking after my baby, all staff offered the help I needed...”*

*“The help with breastfeeding was very useful and necessary for feeding my baby...”*

With the exception of a two mothers who pointed out that some members of staff offered them more help than others, in regards of help and advice with breastfeeding.

*“I noticed that some members of staff were less helpful than others... One midwife said that I have already showed you how to feed the baby and now you should try yourself. But one time is not enough you know....”*

*“Some members of staff were extremely helpful and I was waiting for them to come on duty for help and advice with baby's feeding. Other members of staff were not that helpful...they think that when it is your second baby you know already, they do not understand that mothers forget things and need reassurance...”*

When mothers were asked how they cope with the newborn baby at home they mentioned that they had plenty of help from their husband, mother, mother-in-law or other relatives.

*“I am very lucky, because my husband does everything with regards looking after the baby and household. I am absolutely fine at home...”*

*“My mum helps me with everything at home...when you have someone to do your shopping and prepare the dinner is great helpful...”*

*“I stay very close with my mother-in-law and she helps me a lot, I am coping very well...”*

Some mothers mentioned that they had the telephone number of the obstetrician who cared for them during their pregnancy and labour and they could call him/her any time they had a problem or needed advice. This gave mothers a feeling of security and confidence that they could manage well after leaving the hospital and going home.

*“I have the telephone number of the obstetrician who looked after me during pregnancy and delivery and if I have any questions I can always call him...”*

*“I had some problems with constipation when I returned home so I called the obstetrician and she told me what I should do...”*

The role of the family paediatrician that the majority of women had to look after their babies was very important for new mothers. The family paediatrician (this is a private practitioner the parents have to pay for his service) did a paediatric check of the newborn straight after the mother returned home after her hospital discharge giving extra reassurance and advice to new parents.

*“The next day after I got discharged home the family paediatrician came to my home and did a paediatric check on my baby. He told us that everything was very good...this was very reassuring...”*

In addition new parents knew that if they were worried about the baby's health, they could call the family paediatrician, who would immediately give them advice or go to their home to examine their baby.

*“I was not worried about the baby's health because I knew I could call our family paediatrician any time I had any concerns...”*

*“As soon as I arrived home I called the family paediatrician to see the baby. He gave me lots of advice about feeding, sleeping, immunisations...”*

In the event that the family paediatrician was away, the parents could take their baby to the A&E department of the public hospital where the hospital paediatrician would examine and if needed give treatment to the baby or admit the baby in the hospital.

*“The hospital paediatricians gave me very good advice... and if I had any problems I could always take the baby back to the hospital for a check...”*

The new mothers also mentioned that they were in continuous communication with the obstetrician who helped them deliver their baby and if they had a problem postnatally they could return any time in the public hospital for him/her to examine them.

*“When you go home you are not always sure what you should do... I had to call the obstetrician a couple of times to ask for advice... I think it was mainly my insecurity that I called him and my need for reassurance...I did not have any major problems...”*

The location of the public general hospital, being away from the town centre was rated positively from mothers, as they enjoyed a quiet environment during their postnatal hospital stay.

*“We appreciated very much the location of the hospital... It is very nice that it is built on the hill away of the town, as it is a quiet location, with a great view...”*

However, some women mentioned that the building was quite old and was lacking facilities that would be valuable to mothers, such as a feeding room, or a room for meeting with their relatives and friends during visiting times.

*“I have no complaints about my care... but the hospital building is very old and many things are missing...I do not like the fact that I have to share the toilet with other women...”*

*“I had visited relatives that delivered in other hospitals and I can compare...the hospital here does not have a feeding room or visitor’s room. I understand the building is old but they should have built a new maternity ward at least...”*

One first time mother from the control group mentioned that she enjoyed the company of the mother she was sharing her room with, as she could have a chat with her and share her experiences.

*“I liked everything about my postnatal care in the hospital as everyone was helpful and very kind... My room in the ward was big and comfortable and I was sharing it with a lovely lady. I had a very good company and we had a nice chat and a laugh many times...”*

### **Intervention group –Observations**

The women who participated in the intervention group were happy with the service provided to them, this being the postnatal home visits. The main finding was the help mothers needed in the first days at home especially with feeding the baby. Problems like engorgement of breasts were targeted and solved immediately, while the mother was at home. Mothers found it useful to have advice from the midwife who visited them at home after they got discharged from the hospital, because, as they mentioned, many problems arise after leaving the hospital and going home.

*“I was really very happy with postnatal home visits. This was the best thing I could have at home... The help, the advice, the reassurance were really invaluable...”*

*“I am grateful that my postnatal care was continued at home... Even though everything in the hospital was fine with me, when I went home I experienced engorgement in my breasts, as I was breastfeeding my baby... This was not only very painful, but I was very worried about my health. The midwife who visited at home gave me all the advice I needed and helped me to deal with this problem...all help was much appreciated...”*

*“The help, the advice and the reassurance from the midwife gave me the confidence to feed my baby with exclusive breastfeeding... The continuous professional support, I think, is essential for breastfeeding new mothers...”*



Questions about healing of the sutures of the episiotomy or the caesarean section wound and pain relief were also dealt with.

*“I had a big problem with pain form the episiotomy, but the advice and the pain relief recommend by the midwife in the home visits helped me a lot...”*

*“I am glad the midwife visiting at home reminded me that I had to go to the hospital for the caesarean sutures to be removed, as I had almost forgotten, being so busy with the new baby and my toddler...”*

The women also valued the psychological support they received from the research midwife and the security of having the phone number of a known health professional that they could call any time they needed help or advice.

*“My feeling is that everything with my health postpartum was straight forward...however the home visits were useful because I had a sense of support, my confidence was boosted and I also enjoyed a sense the company from the midwife who would come and spend time with me...”*

The women felt the continuation of their postnatal care at home had many advantages for themselves, the baby and their family.

*“When the midwife visited I had a list of questions what was best to do for myself and the baby. The midwife addressed these issues which helped me and my husband a lot and we did the best for our baby...”*

One first time mother mentioned that the support form staff, during the days she stayed in the hospital after the birth of her baby, was very useful and important as she received the help and support from many health professionals 24 hours a day. This was particularly important for her, as she acquired the skills she needed to feed and look after her newborn infant, while in hospital. She mentioned that she learned a lot by observing how healthcare professionals were feeding and caring for her baby.

*“Postnatal home visits were very useful... but for me it was more important the care in the hospital. In the hospital I learned a lot from the staff that looked after me and my baby... The most useful aspect of hospital postnatal care is that you have care 24 hours-a-day and there is a health professional you can ask at any time of the day. I found that very handy and given the choice I would have stayed more in the hospital before getting discharged home...how do they expect you to learn everything so quickly?... The baby does not come with instructions anyway...”*

All the participants of the intervention group found that the home visits took place at a convenient time, as the time of the visit was agreed by the mother in advance.

*“I was very happy with postnatal home visits, I got a lot of information...and the visits were very convenient, as the time was agreed with the midwife visiting in advance...”*

*“Every home visit was very useful, the midwife gave me lots of advice and spent lots of time with me...the visits took place in a convenient time ...”*

Practical advice like how to bath the baby and getting the mother to bath her baby under supervision was appreciated a lot by new parents. Advice on how to care for the baby was also reported as useful by women.

*“This is my first baby and when the midwife asked me to bath my baby under her supervision I found it being very reassuring and I felt very comfortable with the procedure...before I bathed my baby I was very scared that it would fall out of my hands...”*

Each home visit ranged between 30 minutes to an hour, depending on the needs of the mother visited.

*“I am very happy with the home visits and the midwife visited never seemed rushed and she happily answered all my questions...”*

The women in the intervention group were more likely to disclose more personal and sensitive information. Two mothers mentioned that due to financial problems, they did not have all the antenatal checks recommended by the obstetrician and this caused them a lot of stress for the outcome of their pregnancy and the health of their baby at birth.

*“Nowadays everyone has financial problems, I have to admit that I did the antenatal checks the obstetrician recommended, but never went to the lab to take the results, because I did not have the money to pay for them...I had so much stress in labour to see my baby and I was praying that everything would be all right...”*

*“I did not do all the antenatal checks recommended simply because I did not have the money to pay for those...I did only the checks that were provided free of charge from the hospital...”*

Another mother shared with the midwife during the postnatal home visits her problems with her in-laws, who were interfering with the parents a lot and asked for advice on how to deal with it.

*“My parents-in-law interfere with us all the time...they tell us what to do...I feel I cannot decide for myself or my baby...how can I deal with this?”*

One first time mother said that she hoped she was a good patient and did not cause too much work for the hospital staff or the midwife offering the postnatal home visits. She also expressed great appreciation for the postnatal care and support she received.

*“I want to say a big thank you from the bottom of my heart for all my postnatal care. Everything was perfect...I am so grateful for the help I received from all staff...I hope that I was a good patient and did not cause you trouble...”*

One mother who delivered her second child mentioned that she would rather have been discharged earlier from the hospital and go home to be with her first child. She would appreciate it if she had the option to have postnatal home visits and shorter hospital stay post delivery.

*“When you have your second child and everything is good why don't they let you go home earlier? I think we should have been given the option as parents to decide when to go home. It was the first time my three year old child stayed at home without me and she was crying and asking for me to go home...I wish I could have stayed less in the hospital post delivery and maybe have an extra home visit...this would have been much more convenient for me...”*

## DISCUSSION

The present study is the first study taking place in Greece that investigates women's satisfaction, views and needs with the postnatal care they receive. The mixed method approach to the research was used to give a range of information to health care providers who plan changes in clinical practice. The women who participated in this study mentioned how important the support and advice from health professionals was for them. They also mentioned that the help they got from their partner or relatives was very valuable. Some women made suggestions for changes in the clinical setting, such as the provision in the maternity ward of a designated place for infant feeding and a designated place for seeing friends and relatives who visited, aspects that were not considered to be of concern to mothers before the research commenced. First time mothers particularly appreciated the help of the midwife who offered postnatal home visits especially in regards of information about baby care and feeding and also practical issues concerning the recovery of the woman's body after birth. Mothers who received home visits postpartum expressed satisfaction with their care. They were more open to discuss sensitive and private issues with the midwife who visited, such as financial problems or problems with the relationship with their relatives.

In Greece postnatal care is normally provided in the hospitals, either public or private. The majority of women receive postpartum care in the public hospital they delivered their baby for approximately four days after their birth. There is no provision of postnatal home visits by the public hospitals. After hospital discharge the mothers are expected to have acquired all the information needed and all the skills required to look after themselves and their newborn. Some women who participated in this study pointed out that they needed professional help, when problems arise at home, such as breastfeeding problems and engorgement of breasts for the breastfeeding mothers.

Many studies have taken place in other countries with different health care systems, different cultures and financial conditions; however the women's views about their postnatal care have many similarities with the views of the mothers surveyed in Greece. Henderson and Redshaw (2017) concluded from their research in the UK that mothers needed more support with their newborn at home, and this was one reason for them to report dissatisfaction with the postnatal care they received. Shaban *et al.*, (2018) initiated an intervention in Jordan with the provision of home visits during the postnatal period and found that mothers reported positively on it. Another study in Australia by Foster *et al.*, (2014) showed that mothers appreciated individualised, flexible postnatal care. Fahey and Shenassa (2013) with their study in the United States pointed out the important role health professionals have to meet the needs of women postpartum and promote their health and well-being.

The major strength of this study is the assessment with mixed methods of the views and satisfaction with their postnatal care of women in Greece. This research is the first study of assessment of postnatal care through the women's experiences in Greece. The qualitative approach of the research gave in depth information of the women's perceptions of their postnatal care. This is useful material for health care professionals and providers who plan care in clinical practice. The clinical intervention of offering community postnatal visits gives information to health care practitioners of how women perceive this postnatal care model and the benefits it has for the health and well being of new families.

This study has some limitations, even though the number of the 24 women participated in the research was appropriate for a qualitative study, as saturation of information was achieved, the results cannot be assumed to be representative across Greece, as the women participants in the study had all delivered in one public hospital in southern Greece. The single location of the study, the maternity ward of a public regional hospital in South Greece, reduces generalisability of the results across Greece. The women who were interviewed by the research midwife had more time together with midwife and this might have triggered more positive responses by the participants in the present study, regarding their postnatal care. Further studies are required from different hospitals in Greece in order more generalisable results to be obtained.

### **Implication to Research and Practice**

The finding of the present study could help towards the implementation of changes in clinical practice of postnatal care in Greece. Mothers appreciated the individualised care they received in their home postpartum. They expressed their satisfaction with professional support and trusted the research midwife with their personal concerns. It is considered beneficial the new parents to have the option to continue their postnatal care at home. For the mothers who received the standard hospital postnatal care, health care providers should focus into offering high quality care to women and to help them acquire all the skills they need to best look after themselves, the baby and their family when they get to their home. This way postnatal woman will have all the knowledge and information they need to look after their family effectively and mobilise their support networks to get help in the postnatal period. Further research should assess the effectiveness of different models of postnatal care for mothers and families health and well-being.

### **CONCLUSION**

The findings of this study suggest that women overall rated positively their care in the postnatal period both for the standard hospital care and the home postnatal care. However, there is room for improvements in clinical practice in a number of aspects including support, advice and counselling from maternity health professionals. Postnatal women appreciated personalized care and support from healthcare professionals. Parents who received home postnatal care were more likely to discuss their problems or concerns and seek immediate help and advice from healthcare professionals. The Midwife during the postnatal home visits tends to spend more time, without interruptions with new parents and take a more active role in counselling, health education and support, offering better quality services for mothers and newborn babies. The intervention offered in this research led in better health outcomes for mothers and babies and higher satisfaction levels for the women, who received postnatal home visits. Future planning of health services should include the possibility of continuing postpartum care at home according to each individual mother's needs, where emphasis should be placed on providing holistic care and promotion of family health.

### **Future Research**

It is recommended that future research surveys postnatal women in Greece who live in different areas and deliver their babies in different hospital settings, both public and private. Larger numbers of postnatal women should participate in future research in order to manage generalisability of the results across Greece. It is also important that future research measures the cost implications for health services if postnatal home care is to be provided to new

mothers. The opinions of postnatal staff, health providers and managements should also be assessed to find the best possible practice for the health of the mother, the new born and the new family.

## REFERENCES

- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1(3), 385-405.
- Bailey, S. (2010). Postnatal care: exploring the views of first-time mothers. *Community Practitioner*, 83(12), 26-29.
- Banoofateme, S., Oreyzi, H. R., and Bahadoran, P. (2017). Effects of implementing the Alexander technique on enjoying the sense of motherhood in the postpartum period. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(5), 392
- Beake, S., Rose, V., Bick, D., Weavers, A., and Wray, J. (2010). A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 70.
- Bowers, J., and Cheyne, H. (2015). Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC health services research*, 16(1), 16.
- Brown, S. J., Davey, M. A., and Bruinsma, F. J. (2005). Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*, 21(2), 109-126.
- Dennis, C. L. (2012). Peer support for postpartum depression: volunteers' perceptions, recruitment strategies and training from a randomized controlled trial. *Health Promotion International*, das003.
- Fahey, J. O. and Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 613-621.
- Forster, D. A., Savage, T. L., McLachlan, H. L.,... and Lovell, B. (2014). Individualised, flexible postnatal care: a feasibility study for a randomised controlled trial. *BMC health services research*, 14(1), 569.
- Glazener, C., Abdalla, M., Stroud, P.,...and Naji, S. (1995). Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 102(4), 282-287.
- Guest, M., and Stamp, G. E. (2009). South Australian rural women's views of their pregnancy, birthing and postnatal care (*Doctoral dissertation, Australian Rural Health Education Network*).
- Hajimiri, K., Shakibazadeh, E., Mehrizi, A. A. H., Shabbidar, S., and Sadeghi, R. (2018). The impact of general health and social support on health promoting lifestyle in the first year postpartum: the structural equation modelling. *Electronic physician*, 10(1), 6231.
- Henderson, J. and Redshaw, M. (2017). Change over time in women's views and experiences of maternity care in England, 1995–2014: A comparison using survey data. *Midwifery*, 44: 35–40.
- Ingram, L., MacArthur, C., Khan, K., Deeks, J. J., and Jolly, K. (2010). Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 182(16), 1739-1746.

- Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M.,... and Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital—a focus group study. *BMC health services research*, 16(1), 82.
- Langlois, É. V., Miskurka, M., Zunzunegui, M. V., Ghaffar, A., Ziegler, D., and Karp, I. (2015). Inequities in postnatal care in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 259-270G.
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Oza, ... and Mathers, C. (2014). Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *The Lancet*, 384(9938), 189-205.
- Lawrence, J. M., Ershoff, D., Mendez, C., and Petitti, D. B. (1999). Satisfaction with pregnancy and newborn care: development and results of a survey in a health maintenance organization. *Am J Manag Care*, 5(11), 1407-1413.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397.
- Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., and Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and child health journal*, 18(3), 707-713.
- McLachlan, H. L., Gold, L., Forster,... and Rayner, S. (2009). Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. *Women and birth*, 22(4), 128-133.
- Miller, M. L., Kroska, E. B., and Grekin, R. (2017). Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 207, 69-75.
- Panagopoulou V, Hancock J, and Tziaferi S. (2016). Women's Satisfaction of Postnatal Care - A Pilot Study in a District Hospital in Greece. *9th Panhellenic, 8th Pan-European Scientific & Professional Nursing Congress, Kalamata, Greece.* (in Greek).
- Panagopoulou, V., Kalokairinou A., Tzavella F., Tziaferi S. (2018). A survey of Greek women's satisfaction of postnatal care. *AIMS Public Health*, 5(2): 158–172.
- Prenoveau, J. M., Craske, M. G., West, V,... and Murray, L. (2017). Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behavior problems at two years. *Developmental psychology*, 53(1), 50.
- Ronsmans, C., Graham, W. J., and Lancet Maternal Survival Series steering group (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542), 1189-1200.
- Rowe, R. E., Garcia, J., Macfarlane, A. J., and Davidson, L. L. (2002). Improving communication between health professionals and women in maternity care: a structured review. *Health Expectations*, 5(1), 63-83.
- Rudman, A., and Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 7(1), 178
- Semasaka, J. P. S., Krantz, G., Nzayirambaho, M,... and Mogren, I. (2016). Self-reported pregnancy-related health problems and self-rated health status in Rwandan women postpartum: a population-based cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 340.
- Shaban, I. A., Al-Awamreh, K., Mohammad, K., and Gharaibeh, H. (2018). Postnatal women's perspectives on the feasibility of introducing postpartum home visits: a Jordanian study. *Home health care services quarterly*, 1-12.
- Singh, A., Padmadas, S. S., Mishra, U. S.,... and Matthews, Z. (2012). Socio-economic inequalities in the use of postnatal care in India. *PloS one*, 7(5), e37037.
- Smith, L. F. (2011). Postnatal care: development of a psychometric multidimensional satisfaction questionnaire (the WOMBPNSQ) to assess women's views. *British Journal of General Practice*, 61(591), e628-e637.

- Smith, M. P. (1989). Postnatal concerns of mothers: an update. *Midwifery*, 5(4), 182-188.
- Stainton, C., Murphy, B., Higgins, P. G.,...and Ritchie, J. A. (1999). The needs of postbirth parents: An international, multisite study. *The Journal of perinatal education*, 8(3), 21.
- Tully, K. P., Stuebe, A. M., and Verbiest, S. B. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(1), 37-41.
- United Nations (2015). Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. *United Nations*, New York.
- Woolhouse, H., Perlen, S., Gartland, D., and Brown, S. J. (2012). Physical Health and Recovery in the First 18 Months Postpartum: Does Cesarean Section Reduce Long-Term Morbidity? *Birth*, 39(3), 221-229.
- World Health Organization (2010). WHO technical consultation on postpartum and postnatal care.
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S., and Mori, R. (2014). Schedules for home visits in the early postpartum period, Evidence-Based Child Health: *A Cochrane Review Journal*, 9(1), 5-99.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 – Ερευνητικό Πρωτόκολλο**

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ**

**Τίτλος μελέτης:** Η εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας κατά την περίοδο της λοχείας.

**Ημερομηνία σύνταξης:** 10/01/2014 (updated 02/02/2015)

**Φορέας υλοποίησης:** Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:** Στυλιανή Τζιαφέρη

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:** Βασιλική Παναγοπούλου

#### **Εισαγωγή**

Η λοχεία είναι η φυσιολογική περίοδος αμέσως μετά τον τοκετό, έχει διάρκεια 40 ημερών και ο οργανισμός επανέρχεται προοδευτικά στην προ της εγκυμοσύνης κατάσταση [1,2,3]. Αυτή η περίοδος συνοδεύεται από πολλές αλλαγές τόσο σωματικές (π.χ. ξεκινάει η γαλουχία, η μητέρα έχει τα λόγια, λαμβάνει χώρα η επούλωση της επισιτομής ή της τομής της Καισαρικής) όσο και ψυχολογικές (π.χ. άγχος και ανησυχία για την φροντίδα του μωρού, μεταβολές στην διάθεση) [2,3].

Κατά την περίοδο της λοχείας οι γυναίκες χρειάζονται πολύ μεγάλη υποστήριξη από τις μαιές και τους άλλους επαγγελματίες υγείας για να αντεπεξέλθουν στον νέο τους ρόλο, της μητέρας, να φροντίσουν σωστά το μωρό τους και τον εαυτό τους και να ξεπεράσουν πιθανά προβλήματα που τους παρουσιάζονται [4,5]. Η Leahy Warren P. σε ερωτηματολόγια που έδωσε να συμπληρώσουν μητέρες που είχαν γεννήσει το πρώτο τους παιδί, 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό τους, διαπίστωσε ότι η υποστήριξη των λεχώνων από τις μαιές και τις νοσηλεύτριες στην κοινότητα είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθεί η αυτοπεποίθηση των γυναικών στην φροντίδα των μωρών τους [6].

Η κοινοτική μαιευτική είναι νομοθετικά θεσπισμένη στην Ελλάδα, όπως και στην Ευρωπαϊκή Ένωση [7,2,3]. Ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει πολύ μεγάλη παράδοση στην κοινοτική μαιευτική, η οποία εφαρμόζεται ευρέως στην παροχή των μαιευτικών υπηρεσιών [2,3].

Κατά την περίοδο της λοχείας οι γυναίκες εκφράζουν την μεγαλύτερη δυσαρέσκεια από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αναφέρουν πολλοί ερευνητές [8,9,10,11]. Για παράδειγμα, η έρευνα των Brown SJ και συν. [12], στην Αυστραλία, μερικά από τα προβλήματα που ανέδειξε ήταν ότι οι μητέρες αισθάνθηκαν μετά τον τοκετό τους, ότι οι μαιές δεν έδειξαν την απαραίτητη ευαισθησία στις ανάγκες τους, καθώς ήταν πάντα βιαστικές και δεν τους αφιέρωναν αρκετό χρόνο. Όταν έφευγαν οι λεχώνες με



εξιτήριο από το νοσοκομείο, ανέφεραν πως δεν είχαν τις απαιτούμενες πληροφορίες και ενημέρωση για την φροντίδα του μωρού τους. Οι Rudman A, Waldenstrom U [13] διερεύνησαν τις αρνητικές απόψεις των λεχώνων από την φροντίδα που έλαβαν στη διάρκεια της νοσηλείας τους σε νοσοκομείο στην Σουηδία. Μεταξύ των άλλων οι γυναίκες ανέφεραν δυσκολία να λάβουν εξατομικευμένη φροντίδα και βοήθεια με τον θηλασμό. Είναι σαν να δόθηκε όλη η έμφαση του συστήματος υγείας στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό και κατά κάποιον τρόπο να υποβαθμίζεται η σημασία των παρεχόμενων υπηρεσιών στην περίοδο της λοχείας. Η έρευνα των Razurel C και συν. που διεξήχθη στην Ελβετία, αποτύπωσε το γεγονός ότι οι λεχώνες, ένιωσαν ότι παρά την εκπαίδευση που έλαβαν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, όταν τα προβλήματα εμφανίστηκαν στην περίοδο της λοχείας έμειναν χωρίς την απαραίτητη συμπαράσταση. Εξέφρασαν λοιπόν την ανάγκη τους να έχουν συμπαράσταση και βοήθεια για μεγαλύτερο διάστημα της λοχείας.

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι οι έρευνες που έχουν γίνει, για την περίοδο της λοχείας είναι πολύ λιγότερες από τις αντίστοιχες που έχουν γίνει για την περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Υπάρχει λοιπόν ένα σαφές ερευνητικό κενό, ως προς την κοινοτική μαιευτική/νοσηλευτική κατά την περίοδο της λοχείας, όπως αναφέρουν στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έκαναν οι Dowsell T και συν. [16].

Και αυτό συμβαίνει την στιγμή που οι γυναίκες είναι δυσαρεστημένες και εκφράζουν συνεχώς την δυσαρέσκειά τους από την φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας [8,9,10,11,12,13,14,15].

Επιπλέον, έχει καταγραφεί σε έρευνες, στην Ινδία από τον Iyengar Kirti [17], στη Μεγάλη Βρετανία από την Bick D [18] και στις Η.Π.Α. από τους Geller SE, Cox SM, Kilpatrick SJ [19], ότι η μητρική νοσηρότητα μετά τον τοκετό είναι μεγάλη. Πολλές φορές, επίσης δεν γίνεται σωστή διάγνωση των παθολογικών προβλημάτων της λοχείας, με αποτέλεσμα τα προβλήματα που βιώνουν οι γυναίκες να διακωλύονται και να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα της ζωής τους, περιγράφουν οι Glazener CM και συν. [20].

Μια μελέτη που έγινε στο Βανκούβερ του Καναδά από την Smith MP [21], ανέδειξε ότι η νοσηλεία των γυναικών στο νοσοκομείο δεν τις προετοίμασε για τις πρώτες εβδομάδες με το μωρό τους στο σπίτι. Με αποτέλεσμα να συνιστάται η κοινοτική μαία/νοσηλεύτρια, να επισκέπτεται τις γυναίκες στο σπίτι τους όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Εκεί η μαία/νοσηλεύτρια μπορεί να εκπαιδεύσει την μητέρα ανάλογα με τις ανησυχίες, τα ερωτήματα που έχει και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει [22,23].

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανής η αναγκαιότητα της οργανωμένης εφαρμογής της μαιευτικής/νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα στον Ελλαδικό χώρο, τόσο για την πρόληψη όσο και για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των λεχώνων. Το νομικό πλαίσιο υπάρχει με προεδρικό διάταγμα από το 1989 [7], όπου αναφέρεται στα επαγγελματικά δικαιώματα και καθήκοντα των μαιών α) η παρακολούθηση και νοσηλευτική φροντίδα της λεχώνας στο νοσοκομείο και στο σπίτι μέχρι 6 εβδομάδες και β) η παρακολούθηση και νοσηλευτική φροντίδα του νεογέννητου μέχρι την 28<sup>η</sup> μέρα.

Παρά το ανωτέρω προεδρικό διάταγμα, η κοινοτική μαιευτική/νοσηλευτική δεν έχει εφαρμοστεί οργανωμένα στην Ελλάδα έως σήμερα.

Την σημερινή εποχή έχει ξεπεραστεί πλέον η ταύτιση της υγείας με την απουσία της αρρώστιας. Ο ορισμός της υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

είναι: <<Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας>>. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Οτάβας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η προαγωγή της υγείας, είναι η διαδικασία μέσα από την οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να την βελτιώσουν [24].

Οι μαιές παραδοσιακά κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους ασχολούνται πολύ περισσότερο με τα φυσιολογικά περιστατικά παρά με την θεραπεία ασθενειών. Είναι λοιπόν καιρός να αντιληφθούν το ρόλο τους στην προαγωγή της υγείας, όπως αναφέρουν οι Beldon A, Crozier S [25], να προσδιορίσουν νέους στόχους στην εξάσκηση του επαγγέλματός τους και να δρομολογήσουν αλλαγές στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με στόχο το όφελος των γυναικών, των νεογνών και της οικογένειας [26,27]. Το ίδιο ισχύει και με τις νοσηλεύτριες που έχουν να προσφέρουν πολλά στην προαγωγή της υγείας της οικογένειας.

### **Σκοπός**

Πρωταρχικός σκοπός της έρευνας που προτείνεται να διεξαχθεί είναι να εφαρμοστεί αποτελεσματικά η κοινοτική μαιευτική/νοσηλευτική στην Ελλάδα στην περίοδο της λοχείας. Η παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας να σχεδιαστούν με την ένταξη της κοινοτικής μαιευτικής/νοσηλευτικής σε αυτές και την εφαρμογή κατ'οίκον επισκέψεων των λεχώνων, ώστε να επιτευχθεί η προαγωγή της υγείας των λεχώνων, των νεογνών και της οικογένειας.

Επιμέρους στόχοι είναι η εκτίμηση:

- 1) Των υπηρεσιών κοινοτικής μαιευτικής/νοσηλευτικής κατά την περίοδο της λοχείας.
- 2) Της ικανοποίησης των μητέρων από τις παρεχόμενες μαιευτικές/νοσηλευτικές υπηρεσίες κατά την περίοδο της λοχείας.
- 3) Των αναγκών και των επιθυμιών των λεχώνων σχετικά με την μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα που θα ήθελαν να λάβουν.
- 4) Μετά από την παρέμβαση που προτείνεται να γίνει, με την παροχή μαιευτικών/νοσηλευτικών υπηρεσιών στην κοινότητα κατά την περίοδο της λοχείας, πώς διαμορφώνονται και διαφοροποιούνται η ικανοποίηση των γυναικών και η ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν.
- 5) Αλλαγές που προτείνονται να γίνουν, στην περίοδο της λοχείας, στα πλαίσια εφαρμογής της κοινοτικής μαιευτικής/νοσηλευτικής.

### **Είδος μελέτης**

Πρόκειται για μία περιγραφική μελέτη συσχέτισης με επαναλαμβανόμενη μέτρηση μετά από παρέμβαση.

### **Μεθοδολογία έρευνας**

Για την διεξαγωγή της έρευνας θα γίνουν τα ακόλουθα:

1) Δημιουργία ερωτηματολογίου, που θα διανεμηθεί στις λεχώνες. Τμήμα από το WOMB Postnatal care questionnaire θα σταθμιστεί στα Ελληνικά δεδομένα και θα χρησιμοποιηθεί για να μετρηθούν τα ποσοστά ικανοποίησης των λεχώνων από την φροντίδα που λαμβάνουν [28]. Η ικανοποίηση από την φροντίδα που παρέχεται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας είναι ένας σημαντικός τρόπος μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας [15]. Επίσης, το ερωτηματολόγιο της Dr Jane Yelland [26], θα σταθμιστεί στα Ελληνικά δεδομένα και μέρος του θα χρησιμοποιηθεί. Ένα μέρος από το ερωτηματολόγιο της Leahy-Warren P [6], Perinatal Infant Care Social Support (PICSS), θα χρησιμοποιηθεί, για την εκτίμηση της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι λεχώνες.

2) Θα γίνει μια πιλοτική εφαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου σε λεχώνες.

3) Το ερωτηματολόγιο, που θα σχεδιαστεί θα δοθεί στις λεχώνες να το συμπληρώσουν, στο check up που γίνεται στο Νοσοκομείο στις 40 ημέρες μετά τον τοκετό.

4) Επιπλέον θα γίνει μία παρέμβαση (intervention), με επισκέψεις των λεχώνων κατ' οίκον, στην κοινότητα, από την ερευνήτρια, όπου θα προσφέρονται μαιευτικές/νοσηλευτικές υπηρεσίες και ενημέρωση.

5) Στο check up που γίνεται στο Νοσοκομείο στις 40 ημέρες μετά τον τοκετό, θα δοθούν ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν τόσο στις γυναίκες που έλαβαν μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο τις ημέρες που νοσηλεύτηκαν μετά τον τοκετό, όσο και στις γυναίκες που είχαν επιπλέον κατ' οίκον επισκέψεις από την μαία στη διάρκεια της λοχείας.

6) Στις λεχώνες που δέχτηκαν κατ' οίκον επισκέψεις, θα γίνει επιπλέον και συνέντευξη από την ερευνήτρια με σκοπό την συλλογή περισσότερων πληροφοριών για την έρευνα.

7) Μετά την ανάλυση όλων των ερωτηματολογίων και της συνέντευξης, θα συγκριθούν τα αποτελέσματα α) των λεχώνων που έλαβαν φροντίδα μόνο στο νοσοκομείο με αυτά β) των λεχώνων που έλαβαν φροντίδα και στην κοινότητα με κατ' οίκον επισκέψεις από την μαία.

### **Δειγματοληψία**

Θα εφαρμοστεί δειγματοληψία μη πιθανότητας και συγκεκριμένα συμπτωματική δειγματοληψία, χρησιμοποιώντας δείγμα ευκολίας στο πλαίσιο διανομής των ερωτηματολογίων στο μαιευτήριο/νοσοκομείο.

### **Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού**

Πληθυσμός της μελέτης και επιλογή δείγματος: Στην έρευνα θα συμμετάσχουν γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία από 18 έως 45 ετών. Που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, καισαρική τομή ή εμβρυουλκία. Λεχώνες, που γέννησαν ζωντανά νεογνά και δεν βίωσαν σοβαρές επιπλοκές στην εγκυμοσύνη ή στον τοκετό τους. Γυναίκες που γέννησαν το πρώτο ή επόμενο μωρά.

### **Ερευνητικά εργαλεία**

### 1) Δημιουργία ερωτηματολογίου.

Οι Yelland J, Sutherland G, Brown SJ [29], με την έρευνα που έκαναν στην Αυστραλία σε αριθμό 8,597 γυναικών, έξι μήνες μετά τον τοκετό τους, έβγαλαν το συμπέρασμα ότι οι κοινωνικοί παράγοντες και συμβάντα της ζωής επηρεάζουν την ψυχολογία των γυναικών και γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν στην νοσηλεία των γυναικών από τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης παράγοντες που προκαλούν άγχος και στρες στις γυναίκες μετά τον τοκετό, όπως για παράδειγμα η διατροφή του μωρού τους, μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των γυναικών. Ένα τμήμα από το ερωτηματολόγιο της Αυστραλίας ζητά πληροφορίες από τις λεχώνες για την φροντίδα που έλαβαν στο διάστημα που νοσηλεύονταν στο μαιευτήριο και για θέματα υγείας της μητέρας και φροντίδας του μωρού 3 μήνες μετά τον τοκετό. Ζητήθηκε και δόθηκε από τους ερευνητές άδεια να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη, το ερωτηματολόγιο που είχαν σχεδιάσει για την διεξαγωγή της μελέτης τους.

Το ερωτηματολόγιο των Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P [30], το οποίο περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την κοινωνική υποστήριξη της λεχώνας από επίσημους και ανεπίσημους φορείς και την επιρροή αυτής στην φροντίδα και περιποίηση του μωρού της. Οι ερευνητές μετά από παράκληση έδωσαν την άδειά τους να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο τους.

Η Dr Lindsay Smith [28] σχεδίασε και χρησιμοποίησε για την μελέτη της το WOMBPNSQ ερωτηματολόγιο της λοχείας. Το ερωτηματολόγιο αυτό εκτιμά τα ποσοστά ικανοποίησης των γυναικών από την φροντίδα που λαμβάνουν στην περίοδο της λοχείας και από τα συμπεράσματα που βγαίνουν αξιολογείται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να δρομολογηθούν βελτιώσεις και αλλαγές στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Από την Dr Lindsay Smith, ζητήθηκε και δόθηκε η άδεια το ερωτηματολόγιο που σχεδίασε να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη.

Όλα τα παραπάνω ερωτηματολόγια θα μελετηθούν και θα χρησιμοποιηθεί μέρος τους στην κατασκευή του ερωτηματολογίου της παρούσης μελέτης. Το ερωτηματολόγιο αυτό έπειτα, θα σταθμιστεί στα Ελληνικά δεδομένα και πριν χρησιμοποιηθεί στην προτεινόμενη έρευνα θα γίνει και πιλοτική μελέτη για την διασφάλιση έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

### **Ανάλυση δεδομένων**

Θα εφαρμοστεί περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Οι στατιστικές δοκιμασίες θα γίνουν με τη χρήση του λογισμικού πακέτου SPSS 20, βάσει της ικανότητας ή μη των μεταβλητών και το είδος αυτών. Τιμές  $p < 0,05$  θα ορίζονται ως επίπεδο αποδεκτής στατιστικής σημαντικότητας. Θα ληφθούν υπόψη πιθανές συσχετίσεις των δημογραφικών των συμμετεχόντων, επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών με το επίπεδο γνώσεων των συμμετεχόντων σε θέματα.

### **Ηθική Δεοντολογία- Αδειοδοτήσεις**

Γραπτή άδεια διανομής ερωτηματολογίων και εφαρμογής της παρούσας μελέτης θα ζητηθεί από τη διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης. Η διατήρηση του απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων είναι απολύτως διασφαλισμένη καθώς το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα δεδομένα

που θα συλλεχθούν, θα αποθηκευτούν με ασφάλεια από την ερευνήτρια και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τον σκοπό της μελέτης και για τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων βάσει των κανόνων της ηθικής και της δεοντολογίας. Πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπάρχουν. Η συγκατάθεση των γυναικών μετά από ενημέρωση θα διασφαλιστεί.

## **Χρονοδιάγραμμα**

### 1ος χρόνος

Τους πρώτους έξι μήνες προτείνεται να γίνει η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας.

Τους επόμενους 6 μήνες θα γίνει η συγγραφή και στάθμιση του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιηθεί. Καθώς και η μελέτη για την συνέντευξη που θα πραγματοποιηθεί στις λεχώνες που θα δεχθούν κατ' οίκον επισκέψεις από την ερευνήτρια μαία.

### 2ος χρόνος

Θα πραγματοποιηθεί παρέμβαση στην κοινότητα με κατ' οίκον επισκέψεις των λεχώνων από την ερευνήτρια μαία. Τα ερωτηματολόγια που θα σχεδιαστούν, θα χορηγηθούν 40 ημέρες μετά τον τοκετό, για να συμπληρωθούν α) από τις λεχώνες που δέχθηκαν την παρέμβαση στην κοινότητα με κατ' οίκον επισκέψεις και β) από τις λεχώνες που έλαβαν μαιευτική φροντίδα μόνο στο νοσοκομείο. Στις λεχώνες που δέχτηκαν κατ' οίκον επισκέψεις θα πραγματοποιηθεί επιπλέον συνέντευξη με σκοπό τη συλλογή περισσότερων πληροφοριών.

### 3ος χρόνος

Θα γίνει στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τις λεχώνες και των συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν.

Θα ακολουθήσει σύγκριση των αποτελεσμάτων των λεχώνων που έλαβαν μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα μόνο στο νοσοκομείο, με αυτά των λεχώνων που έλαβαν μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα και στην κοινότητα.

Τέλος, θα γίνει αναφορά των συμπερασμάτων που βγήκαν από την έρευνα, των προτάσεων για αλλαγές στην κλινική πράξη και συγγραφή της διδακτορικής διατριβής.

## **Βιβλιογραφία**

- 1) Κρεατσάς Γ. Λοχεία. Σύγχρονη Γυναικολογία & Μαιευτική. Τόμος II. 1998; 303-306.
- 2) V. Ruth Bennett, Linda K. Brown. Myles Textbook for Midwives. 13th Edition. 1999; The puererium. 587-615.
- 3) Henderson C, Jones K. Essential midwifery 1997. Health after birth; 285-318.
- 4) Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. Midwifery. 2006; 22(2): 169-80.
- 5) Emmanuel EN, Creedy DK, St John W et al. Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth. Midwifery. 2011; 27(2):265-72.

- 6) Leahy Warren P. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nurs*. 2005; 50(5):479-88.
- 7) υπ. αριθμ 349/14-6-1989 άρθρο 2 Προεδρικό Διάταγμα, παράγραφος 2.1, καθήκοντα των πτυχιούχων των Τμημάτων Μαιευτικής των ΤΕΙ.
- 8) Bick DE, Rose V, Weavers A et al. Improving inpatient postnatal services: midwives views and perspectives of engagement in a quality improvement initiative. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11:293.
- 9) Bick D, Murrells T, Weavers A et al. Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: a pre and post intervention study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12:41.
- 10) Schmied V, Cooke M, Gutwein R et al. An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital. *J Clin Nurs*. 2009; 18(13):1850-61.
- 11) Beake S, Rose V, Bick D et al. A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010; 10:70.
- 12) Brown SJ, Davey MA, Bruinsma FJ. Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*. 2005; 21(2): 109-26.
- 13) Rudman A, Waldenstrom U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7:178.
- 14) Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A et al. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postnatal period: a qualitative study. *Midwifery*. 2011; 27(2):237-42.
- 15) Lawrence JM, Ershoff D, Mendez C et al. Satisfaction with pregnancy and newborn care: development and results of a survey in a health maintenance organization. *Am J Manag Care*. 1999; 5(11):1407-13.
- 16) Dowswell T, Renfrew MJ, Gregson B et al. A review of the literature on women's views on their maternity care in the community in the U.K. *Midwifery*. 2001; 17(3):194-202.
- 17) Iyengar K. Early postpartum maternal morbidity among rural women of Rajasthan, Indian: a community-based study. *J Health Popul Nutr*. 2012; 30(2):213-25.
- 18) Bick D. Reducing postnatal morbidity. *Pract Midwife*. 2012; 15(6):29-31.
- 19) Geller SE, Cox SM, Kilpatrick SJ. A descriptive model of preventability in maternal morbidity and mortality. *J Perinatol*. 2006; 26(2):79-84.
- 20) Glazener CM, Abdalla M, Stroud P et al. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995; 102(4):282-7.
- 21) Smith MP. Postnatal concerns of mothers: an update. *Midwifery*. 1989; 5(4):182-8.
- 22) Leahy-Warren P. Social support for first-time mothers: an Irish study. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007; 32(6):368-74.

- 23) Cronin C, McCarthy G. First-time mothers- identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs*. 2003; 12(2):260-7.
- 24) Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. 1986. Διακήρυξη της Οτάβας.
- 25) Beldon A, Crozier S. Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. *J R Soc Promot Health*. 2005; 125(5):216-20.
- 26) Yelland J, Krastev A, Brown S. Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals. *Midwifery*. 2009; 25(4):392-402.
- 27) Furber CM. An exploration of midwives' attitudes to health promotion. *Midwifery*. 2000; 16(4):314-22.
- 28) Smith LF. Postnatal care: development of a psychometric multidimensional satisfaction questionnaire (the WOMBPNSQ) to assess women's views. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(591):e628-37.
- 29) Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*. 2010; 10:771.
- 30) Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First Time Mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21 (3-4):388-397.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5 – Πρωτόκολλο Συστηματικής Ανασκόπησης της Βιβλιογραφίας

This protocol used the PRISMA-P 2015 protocol & checklist as a guide (Moher *et al.*, 2015).

### Administrative Information

**Title:** Midwifery Care in the Postnatal Period Literature Review

Identification: This is a protocol for a systematic review

Update: This is not an update to a previous review

**Registration:** This literature review is needed for the PhD but not registered other than in the PhD protocol provided to the University (University of Peloponnese).

**Authors:** Vasiliki Panagopoulou

Contact: vpraxitelisp@gmail.com

Contributions: assistance for review to be provided by Dr Jonathan Hancock and PhD supervision by Prof. Styliani Tziaferi

**Amendments:** No amendments, first edition protocol. If required, amendments to be noted here and inserted into text using a revision number e.g. [1] either side of text.

**Support:**

Sources: No sources of financial or other support – completed as part of PhD

Sponsor: None

Role of Sponsor/funder: Not applicable

### Introduction

**Rationale:** The postnatal period is a critical time for mother and baby. Unfortunately, the postnatal period is not given as much attention as the pregnancy or labour. This



review aims to help address these issues by reviewing the available literature on the subject.

**Objectives:** Determine the best practice methods for providing care to women and the newborn in the postnatal period with the objective of maximising the women's satisfaction of their care.

### **Methods**

**Eligibility criteria:** Only studies covering the postnatal period will be included. Only studies with a direct link to primary research will be included (e.g. studies and reviews of studies based on primary research). All years of publication will be considered. Only studies published in English, or translated into English will be considered.

**Information sources:** Pubmed/Medline, the Cochrane library, ASSIA (Applied Social Sciences Index and Abstracts), psycinfo (American Psychological Association) and BioMed will be searched to locate appropriate articles. Google Scholar will also be used to investigate if this is an effective search tool.

**Search Strategy:** Initial trials suggest the following key terms will yield manageable numbers of articles. Both primary and secondary terms are to be used (e.g. combined with a AND statement). Searches to be completed to locate papers with the terms in either the title or abstract of the paper. It is not possible to search only the abstract of the paper with Google scholar so only the title will be searched with this tool.

<b>Primary term</b>	<b>Secondary term</b>
Midwifery Care	Postnatal
Midwifery Care	Postpartum
Community midwifery	Midwifery Care
Community midwifery	Midwifery Care
Health Promotion	Postnatal
Health Promotion	Postpartum

Women's Views	Postnatal Care
---------------	----------------

**Study records:**

Data management: Records will be collected and tabulated using MS Excel

Selection process: Vasiliki Panagopoulou and Dr Jonathan Hancock will work together to select the studies. The initial data trawl and entry into the Excel sheet requires little judgement so will be completed by either of the two, the identification and removal of duplicate records can be automated in excel. Removal of papers not meeting the eligibility criteria and data synthesis will be discussed by the two main reviewers.

Data collection process: The papers will be collected and saved in PDF format where possible.

**Data items:** Data will be sought on the Patients (participants in the studies), class of the study (e.g. primary research, literature review, meta analysis, opinion paper etc), intervention/theme of paper, study location, patient outcomes of the interventions/methods.

**Outcomes and prioritization:** The primary outcome which is sought is women's satisfaction of their postnatal care. Naturally, this closely relates to provision of effective care in the postnatal period so this is also of relevance. Additional outcomes including efficient use of resources (e.g. time/cost of care) will be included on the basis that more efficient care equates to greater provision of care given a limited budget/resources.

**Risk of bias in individual studies:** Risk of bias in individual studies will be minimised by using a large number of studies. No single study will be used for more than one paragraph of the resulting review. Multiple studies with similar conclusions/findings will be grouped and presented together as a cohort of studies with similar findings.

**Data Synthesis:** This study aims to cover a wide range of subjects so data will be qualitatively synthesized. The origin of the studies will be assessed to investigate if this could lead to bias.

**Confidence in cumulative evidence:**

The quality of the studies will be assessed; greater weight will be given to higher quality studies and those with a large number of participants.

**References:**

Moher, D. *et al.* (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) Systematic Reviews, **4**(1), <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/4/1/1>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6 – Άρθρα που μελετήθηκαν στη Συστηματική Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας**

**Year Author(s)**

**Search PubMed -“Midwifery Care” & “postnatal”**

<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
2015	Rayment-Jones H, Murrells T, Sandall J.	<u>An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data--a retrospective, observational study.</u>
2014	Grylka-Baeschlin S, van Teijlingen E, Gross MM.	<u>Cultural differences in postnatal quality of life among German-speaking women - a prospective survey in two countries.</u>
2015	Younger M, Hollins-Martin C, Choucri L.	<u>Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice.</u>
2014	Iida M, Horiuchi S, Nagamori K.	<u>A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan.</u>
2015	Grylka-Baeschlin S, van Teijlingen E, Stoll K, Gross MM.	<u>Translation and validation of the German version of the Mother-Generated Index and its application during the postnatal period.</u>
2014	Blöchlinger P, Kurth E, Kammerer M, Frei IA.	<u>[What women want: a qualitative study about postnatal midwifery care at home].</u>
2014	Ayers S.	<u>Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care.</u>
2013	Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, White J, Lainchbury A, Stapleton H, Beckmann M, Bisits A, Homer C, Foureur M, Welsh A, Kildea S.	<u>Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial.</u>
2013	Larkin V.	<u>Public health education for midwives and midwifery students: a mixed methods study.</u>
2012	McNeill J, Doran J, Lynn F, Anderson G, Alderdice F.	<u>Public health education for midwives and midwifery students: a mixed methods study.</u>
2012	Noseworthy DA, Phibbs SR, Benn CA.	<u>Towards a relational model of decision-making in midwifery care.</u>
2011	Nagle C, Skouteris H, Hotchin A, Bruce L, Patterson D, Teale G.	<u>Continuity of midwifery care and gestational weight gain in obese women: a randomised controlled trial.</u>
2010	Lyberg A, Severinsson E.	<u>Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care- a follow-up study.</u>
2009	Shilling T.	<u>New resources for childbirth educators and parents.</u>
2009	McMurtrie J, Catling-Paull C, Teate A, Caplice S, Chapman M, Homer C.	<u>The St. George Homebirth Program: an evaluation of the first 100 booked women.</u>
2011	Narchi NZ.	<u>Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil.</u>
2009	Kvist LJ, Persson EK.	<u>Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents'Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity.</u>
2010	Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V.	<u>Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home.</u>
2008	Hodnett ED.	<u>WITHDRAWN: Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth.</u>
2007	Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M.	<u>Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives.</u>
2005	Chhetry S, Clapham S, Basnett I.	<u>Community based maternal and child health care in Nepal: self-reported performance of Maternal and Child Health Workers.</u>

<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
2005	Callaghan A, Kendall G, Lock C, Mahony A, Payne J, Verrier L.	<u>Association between pacifier use and breast-feeding, sudden infant death syndrome, infection and dental malocclusion.</u>
2005	Dykes F.	<u>A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England.</u>
2001	Roberts SA, Kruger GB.	<u>Reasons for increased postnatal length of stay &amp; women's perceptions of length of stay.</u>
2003	Marks MN, Siddle K, Warwick C.	<u>Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women.</u>
2002	Homer CS, Davis GK, Cooke M, Barclay LM.	<u>Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia.</u>
2001	Spurgeon P, Hicks C, Barwell F.	<u>Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care.</u>
2000	Olsson P, Jansson L, Norberg A.	<u>A qualitative study of childbirth as spoken about in midwives' ante- and postnatal consultations.</u>
2000	Farquhar M, Camilleri-Ferrante C, Todd C.	<u>Continuity of care in maternity services: women's views of one team midwifery scheme.</u>
2000	Hodnett ED.	<u>Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth.</u>
1999	Cheyne H, McQueen J.	<u>Care of the woman with hypertension in pregnancy: the viewpoint of the midwife.</u>
1998	Olsson P, Jansson L, Norberg A.	<u>Parenthood as talked about in Swedish ante- and postnatal midwifery consultations. A qualitative study of 58 video-recorded consultations.</u>
1998	Waldenström U, Turnbull D.	<u>A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services.</u>
1998	Farquhar M, Camilleri-Ferrante C, Todd C.	<u>Working with team midwifery: health visitors' views of one team midwifery scheme.</u>
1998	Morgan M, Fenwick N, McKenzie C, Wolfe CD.	<u>Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction.</u>
1997	Holroyd E, Lee YK, Pui-yuk LW, Kwok-hong FY, Shuk-Lin BL.	<u>Hong Kong Chinese women's perception of support from midwives during labour.</u>
1995	Turnbull D, Reid M, McGinley M, Sheilds NR.	<u>Changes in midwives' attitudes to their professional role following the implementation of the midwifery development unit.</u>
1994	Blais R, Maheux B, Lambert J, Loiselle J, Gauthier N, Framarin A.	<u>Midwifery defined by physicians, nurses and midwives: the birth of a consensus?</u>
1993	Kenny P, King MT, Cameron S, Shiell A.	<u>Satisfaction with postnatal care--the choice of home or hospital.</u>
1992	Hillan EM.	<u>Issues in the delivery of midwifery care.</u>
1991	Melia RJ, Morgan M, Wolfe CD, Swan AV.	<u>Consumers' views of the maternity services: implications for change and quality assurance.</u>
1989	Elliott SA.	<u>Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression.</u>
<b>Search Cochrane "midwifery care" and "postnatal"</b>		
2013	Jane Sandall , Hora Soltani , Simon Gates , Andrew Shennan and Declan Devane	<u>Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women</u>
2013	Naohiro Yonemoto , Therese Dowswell , Shuko Nagai and Rintaro Mori	<u>Schedules for home visits in the early postpartum period</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2015	Maria Helena Bastos , Marie Furuta , Rhonda Small , Kirstie McKenzie-McHarg and Debra Bick	<u>Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth</u>
2002	Stephanie Brown , Rhonda Small , Brenda Argus , Peter G Davis and Ann Krastev	<u>Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants</u>
2013	Cindy-Lee Dennis and Therese Dowswell	<u>Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression</u>
2009	Elizabeth R Cluett and Ethel Burns	<u>Immersion in water in labour and birth</u>
2013	Wendy E Brodribb , Irena Zakarija-Grkovic , Glenda Hawley , Ben Mitchell and Ann Mathews	<u>Postpartum health professional contact for improving maternal and infant health outcomes for healthy women and their infants</u>
2012	Leanne Jones , Mohammad Othman , Therese Dowswell , Zarko Alfirevic , Simon Gates , Mary Newburn , Susan Jordan , Tina Lavender and James P Neilson	<u>Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews</u>
2006	Caroline A Smith , Carmel T Collins , Allan M Cyna and Caroline A Crowther	<u>Complementary and alternative therapies for pain management in labour</u>
2011	Michelle Butler , Rita Collins , Jonathan Drennan , Phil Halligan , Dónal P O'Mathúna , Timothy J Schultz , Ann Sheridan and Eileen Vilis	<u>Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes</u>
2015	Benja Muktabhant , Theresa A Lawrie , Pisake Lumbiganon and Malinee Laopaiboon	<u>Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy</u>
2011	Vigdis Aasheim , Anne Britt Vika Nilsen , Mirjam Lukasse and Liv Merete Reinar	<u>Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma</u>
2015	Nobutsugu Hanada , Masayo Matsuzaki , Erika Ota and Rintaro Mori	<u>Psychosocial and educational interventions in latent phase or early labour for improving birth outcomes</u>
2013	Christine M Furber , Linda McGowan , Peter Bower , Evangelos Kontopantelis , Siobhan Quenby and Tina Lavender	<u>Antenatal interventions for reducing weight in obese women for improving pregnancy outcome</u>
2012	Ole Olsen and Jette A Clausen	<u>Planned hospital birth versus planned home birth</u>
2013	George J Bugg , Farah Siddiqui and Jim G Thornton	<u>Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour</u>
1998	Waldenstrom U and Turnbull D	<u>A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services (Structured abstract)</u>
2004	Lumley J , Austin M P and Mitchell C	<u>Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials (Structured abstract)</u>
2003	Marks MN , Siddle K and Warwick C	<u>Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2013	Tracy SK , Hartz DL , Tracy MB , Allen J , Forti A , Hall B , White J , Lainchbury A , Stapleton H , Beckmann M , Bisits A , Homer C , Foureux M , Welsh A and Kildea S	<u>Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial.</u>
1999	Marks M	<u>Effect on continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high risk women.</u>
2013	Tracy SK , Hartz DL , Tracy MB , Allen J , Forti A , Hall B , White J , Lainchbury A , Stapleton H , Beckmann M , Bisits A , Homer C , Foureux M , Welsh A and Kildea S	<u>Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial.</u>
2011	Nagle C , Skouteris H , Hotchin A , Bruce L , Patterson D and Teale G	<u>Continuity of midwifery care and gestational weight gain in obese women: a randomised controlled trial.</u>
2002	Homer CS , Davis GK , Cooke M and Barclay LM	<u>Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia.</u>
2003	Biró MA , Waldenström U , Brown S and Pannifex JH	<u>Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial.</u>
1995	Turnbull D , Reid M , McGinley M and Sheilds NR	<u>Changes in midwives' attitudes to their professional role following the implementation of the midwifery development unit</u>
<b>Search Biomed - "midwifery care" [TIAB] and "postnatal" [TIAB]</b>		
2014	Susanne Grylka-Baeschlin, Edwin van Teijlingen, Mechthild M Gross	<u>Cultural differences in postnatal quality of life among German-speaking women – a prospective survey in two countries</u>
2012	Jenny McNeill, Jackie Doran, Fiona Lynn, Gail Anderson, Fiona Alderdice	<u>Public health education for midwives and midwifery students: a mixed methods study</u>
2011	Cate Nagle, Helen Skouteris, Anne Hotchin, Lauren Bruce, Denise Patterson, Glyn Teale	<u>Continuity of midwifery care and gestational weight gain in obese women: a randomised controlled trial</u>
2009	Linda J Kvist, Eva K Persson	<u>Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity</u>
<b>Search Google Scholar - "postnatal" "Midwifery Care"</b>		
2003	Marks, M. N., Siddle, K., & Warwick, C.	<u>Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk ...</u>
2010	Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y., & Schmied, V.	<u>Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home</u>
2009	Dykes, F.	<u>No time to care': Midwifery work on postnatal wards in England</u>
2004	Wilyman-Bugter, M., & Tucker, L.	<u>Using Sure Start to develop an integrated model of postnatal midwifery care. MIDIRS Midwifery Digest, 14(3), 379-382.</u>
2000	Anderson, T., & Podkolinski, J.	<u>Reflections on Midwifery care and the Postnatal Period. eds.) Alexander, J., Roth, C. and Levy, V. Midwifery Practice Core Topics, 3.</u>
2014	Ayers, S.	<u>Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care.</u>
2009	Byrom, S., Edwards, G., & Bick, D. (Eds.).	<u>Essential midwifery practice: postnatal care</u>



<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2014	Blöchlinger, P., Kurth, E., Kammerer, M., & Frei, I. A.	<u>[What women want: a qualitative study about postnatal midwifery care at home].</u>
2014	Fryer, J., & Weaver, J. J.	<u>Should a postnatal birth discussion be part of routine midwifery care?</u>
2006	Matthys, D.	<u>Exploring the Relationship Between UK Midwives and First-Time Mothers Receiving One-to-One vs. Standard Midwifery Care During the Postnatal Period</u>
-	Grieshop, M., Rohde, T., Petersmann, R., Christiansen, H., Röhrle, B., & Schücking, B.	<u>Utilisation of Midwifery Care in the Postnatal Period</u>
<b>Search PubMed - "Midwifery Care" &amp; "postpartum"</b>		
2015	Stolp I, Smit M, Luxemburg S, van den Akker T, de Waard J, van Roosmalen J, de Vos R.	<u>Ambulance Transfer in Case of Postpartum Hemorrhage after Birth in Primary Midwifery Care in The Netherlands: A Prospective Cohort Study.</u>
2014	Smit M, Chan KL, Middeldorp JM, van Roosmalen J.	<u>Postpartum haemorrhage in midwifery care in the Netherlands: validation of quality indicators for midwifery guidelines.</u>
2014	Das JK, Kumar R, Salam RA, Lassi ZS, Bhutta ZA.	<u>Evidence from facility level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings.</u>
2014	Grylka-Baeschlin S, van Teijlingen E, Gross MM.	<u>Cultural differences in postnatal quality of life among German-speaking women - a prospective survey in two countries.</u>
2014	Iida M, Horiuchi S, Nagamori K.	<u>A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan.</u>
2013	Barker CL, Costello C, Clark PT.	<u>Obstetric air medical retrievals in the Australian outback.</u>
2013	Smit M, Sindram SI, Woiski M, Middeldorp JM, van Roosmalen J.	<u>The development of quality indicators for the prevention and management of postpartum haemorrhage in primary midwifery care in the Netherlands.</u>
2013	Staehelin K, Kurth E, Schindler C, Schmid M, Zemp Stutz E.	<u>Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care--results from a nested case-control study.</u>
2014	Moudi Z, Ghazi Tabatabaie M, Mahdi Tabatabaei S, Vedadhir A.	<u>Safe Delivery Posts: an intervention to provide equitable childbirth care services to vulnerable groups in Zahedan, Iran.</u>
2012	Miller S, Skinner J.	<u>Are first-time mothers who plan home birth more likely to receive evidence-based care? A comparative study of home and hospital care provided by the same midwives.</u>
2013	Dixon L, Tracy SK, Guilliland K, Fletcher L, Hendry C, Pairman S.	<u>Outcomes of physiological and active third stage labour care amongst women in New Zealand.</u>
2011	Tracy SK, Hartz D, Hall B, Allen J, Forti A, Lainchbury A, White J, Welsh A, Tracy M, Kildea S.	<u>A randomised controlled trial of caseload midwifery care: M@NGO (Midwives @ New Group practice Options).</u>
2011	Gungor I, Beji NK.	<u>Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth.</u>
2011	Ngai FW, Chan SW, Holroyd E.	<u>Chinese primiparous women's experiences of early motherhood: factors affecting maternal role competence.</u>
2011	Buitendijk SE, van der Post JA.	<u>The audit: a vital but limited measuring instrument.</u>
2011	Suzuki S, Hiraizumi Y, Satomi M, Miyake H	<u>Midwife-led care unit for 'low risk' pregnant women in a Japanese hospital.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2010	Janakiraman V, Ecker J, Kaimal AJ.	<u>Comparing the second stage in induced and spontaneous labor.</u>
2009	McMurtrie J, Catling-Paull C, Teate A, Caplice S, Chapman M, Homer C.	<u>The St. George Homebirth Program: an evaluation of the first 100 booked women.</u>
2009	Kvist LJ, Persson EK.	<u>Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity.</u>
2010	Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V.	<u>Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home.</u>
2009	Amelink-Verburg MP, Rijnders ME, Buitendijk SE.	<u>A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004.</u>
2009	Hastie C, Fahy KM.	<u>Optimising psychophysiology in third stage of labour: theory applied to practice.</u>
2008	Hunter LP.	<u>A descriptive study of "being with woman" during labor and birth.</u>
2008	Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S.	<u>Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth.</u>
2008	McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Lumley J, Farrell T, Oats J, Gold L, Waldenström U, Albers L, Biro MA.	<u>COSMOS: Comparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial.</u>
2007	Leslie MS, Storton S.	<u>Step 1: offers all birthing mothers unrestricted access to birth companions, labor support, professional midwifery care: the coalition for improving maternity services:.</u>
2008	Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE.	<u>Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study.</u>
2007	Foster J, Heath A.	<u>Midwifery and the development of nursing capacity in the Dominican Republic: caring, clinical competence, and case management.</u>
2007	Lundgren I, Berg M.	<u>Central concepts in the midwife-woman relationship.</u>
2006	Glatleider MP.	<u>Midwifery training to improve ante- and perinatal health in low- and middle-income countries of the former Soviet Union.</u>
2004	Walker SB, Moore HD, Eaton A.	<u>North Queensland midwives' experience with a team model of midwifery care.</u>
2003	Marks MN, Siddle K, Warwick C.	<u>Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women.</u>
2003	Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH.	<u>Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial.</u>
2002	Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R.	<u>Evaluation of satisfaction with midwifery care.</u>
2000	Riesco ML, Bonadio IC, Chande WG.	<u>Nursing school of the University of Sao Paulo and the Sao Paulo state health department: partners in the obstetric nursing specialization.</u>
2001	Sadler LC, Davison T, McCowan LM.	<u>Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial.</u>
2002	Petrou S, Glazener C.	<u>The economic costs of alternative modes of delivery during the first two months postpartum: results from a Scottish observational study.</u>
2000	Biró MA, Waldenström U, Pannifex JH.	<u>Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial.</u>
2000	Raisler J.	<u>Midwifery care research: what questions are being asked? What lessons have been learned?</u>
1999	Fraser DM.	<u>Women's perceptions of midwifery care: a longitudinal study to shape curriculum development.</u>

**Year Author(s)**

1998 Morgan M, Fenwick N, McKenzie C, Wolfe CD.  
1997 Dlamini NJ.  
1996 Hatem-Asmar M, Blais R, Lambert J, Maheux B.  
1995 Stimson L.  
1992 Symanski ME.  
1991 Morten A, Kohl M, O'Mahoney P, Pelosi K.

**Search Cochrane - "midwifery care" and "postpartum"**

2013 Jane Sandall , Hora Soltani , Simon Gates , Andrew Shennan and Declan Devane  
2013 Naohiro Yonemoto , Therese Dowswell , Shuko Nagai and Rintaro Mori  
2013 Cindy-Lee Dennis and Therese Dowswell  
2015 Benja Muktabhant , Theresa A Lawrie , Pisake Lumbiganon and Malinee Laopaiboon  
2015 Maria Helena Bastos , Marie Furuta , Rhonda Small , Kirstie McKenzie-McHarg and Debra Bick  
2013 Wendy E Brodrigg , Irena Zakarija-Grkovic , Glenda Hawley , Ben Mitchell and Ann Mathews  
2002 Stephanie Brown , Rhonda Small , Brenda Argus , Peter G Davis and Ann Krastev  
2009 Elizabeth R Cluett and Ethel Burns  
2011 Vigdis Aasheim , Anne Britt Vika Nilsen , Mirjam Lukasse and Liv Merete Reinar  
2012 Leanne Jones , Mohammad Othman , Therese Dowswell , Zarko Alfirevic , Simon Gates , Mary Newburn , Susan Jordan , Tina Lavender and James P Neilson  
2006 Caroline A Smith , Carmel T Collins , Allan M Cyna and Caroline A Crowther  
2012 Joanna L Sinclair and Heather C Brown

**Title**

Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction.  
Factors associated with pre-eclampsia and quality care of affected teenagers during labour within health region H. in Kwa-Zulu Natal.  
A survey of midwives in Quebec: what are their similarities and differences?  
Caseload midwifery--a cost-benefit analysis.  
Maternal-infant bonding. Practice issues for the 1990s.  
Certified nurse-midwifery care of the postpartum client. A descriptive study.

Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women  
Schedules for home visits in the early postpartum period  
Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression  
Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy  
Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth  
Postpartum health professional contact for improving maternal and infant health outcomes for healthy women and their infants  
Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants  
Immersion in water in labour and birth  
Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma  
Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews  
Complementary and alternative therapies for pain management in labour  
Active management of spontaneous labour versus routine care in women who have had one or more previous caesarean sections

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2013	Christine M Furber , Linda McGowan , Peter Bower , Evangelos Kontopantelis , Siobhan Quenby and Tina Lavender	<u>Antenatal interventions for reducing weight in obese women for improving pregnancy outcome</u>
2013	George J Bugg , Farah Siddiqui and Jim G Thornton	<u>Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour</u>
2015	Nobutsugu Hanada , Masayo Matsuzaki , Erika Ota and Rintaro Mori	<u>Psychosocial and educational interventions in latent phase or early labour for improving birth outcomes</u>
2012	Ole Olsen and Jette A Clausen	<u>Planned hospital birth versus planned home birth</u>
2011	Caroline A Smith , Carmel T Collins and Caroline A Crowther	<u>Aromatherapy for pain management in labour</u>
2005	Lelia Duley , David J Henderson-Smart and Shireen Meher	<u>Altered dietary salt for preventing pre-eclampsia, and its complications</u>
1998	Waldenstrom U and Turnbull D	<u>A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services (Structured abstract)</u>
2004	Lumley J , Austin M P and Mitchell C	<u>Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials (Structured abstract)</u>
2003	Biró MA , Waldenström U , Brown S and Pannifex JH	<u>Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial.</u>
2003	Marks MN , Siddle K and Warwick C	<u>Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women.</u>
2002	Harvey S , Rach D , Stainton MC , Jarrell J and Brant R	<u>Evaluation of satisfaction with midwifery care .</u>
2000	Biró MA , Waldenström U and Pannifex JH	<u>Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial.</u>
2008	McLachlan HL , Forster DA , Davey MA , Lumley J , Farrell T , Oats J , Gold L , Waldenström U , Albers L and Biro MA	<u>COSMOS: Comparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial.</u>
2011	Tracy SK , Hartz D , Hall B , Allen J , Forti A , Lainchbury A , White J , Welsh A , Tracy M and Kildea S	<u>A randomised controlled trial of caseload midwifery care : M@NGO (Midwives @ New Group practice Options).</u>
2012	McLachlan HL , Forster DA , Davey MA , Farrell T , Gold L , Waldenstrom U , Biro MA , Flood M and Albers L	<u>A randomised controlled trial of caseload midwifery for women at low risk of medical complications (COSMOS): Women's satisfaction with care.</u>
2001	Sadler LC , Davison T and McCowan LM	<u>Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial.</u>
2011	McLachlan HL , Forster DA , Davey MA , Farrell T , Gold L , Oats J , Waldenstrom U , Biro MA , Flood M and Albers L	<u>A randomised controlled trial of caseload midwifery for women at low risk of medical complications (COSMOS): Maternal and infant outcomes.</u>
2000	Reinharz D , Blais R , Fraser W D , Contandriopoulos A P and L'Equipe d'Evaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes	<u>Cost-effectiveness of midwifery services vs. medical services in Quebec (Structured abstract)</u>
<b>Search Biomed -midwifery care [TIAB] and "postpartum" [TIAB]</b>		
2014	Marrit Smit, Kar-Li L Chan, Johanna M Middeldorp, Jos van Roosmalen	<u>Postpartum haemorrhage in midwifery care in the Netherlands: validation of quality indicators for midwifery guidelines</u>

<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
2014	Jai K Das, Rohail Kumar, Rehana A Salam, Zohra S Lassi, Zulfiqar A Bhutta	<u>Evidence from facility level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings</u>
2014	Susanne Grylka-Baeschlin, Edwin van Teijlingen, Mechthild M Gross	<u>Cultural differences in postnatal quality of life among German-speaking women – a prospective survey in two countries</u>
2014	Malin Edqvist, Helena Lindgren, Ingela Lundgren	<u>Midwives' lived experience of a birth where the woman suffers an obstetric anal sphincter injury - a phenomenological study</u>
2013	Marrit Smit, Susanne IC Sindram, Mallory Woiski, Johanna M Middeldorp, Jos van Roosmalen	<u>The development of quality indicators for the prevention and management of postpartum haemorrhage in primary midwifery care in the Netherlands</u>
2011	Sally K Tracy, Donna Hartz, Bev Hall, Jyai Allen, Amanda Forti, Anne Lainchbury, Jan White, Alec Welsh, Mark Tracy, Sue Kildea	<u>A randomised controlled trial of caseload midwifery care: M@NGO (Midwives @ New Group practice Options)</u>
2009	Linda J Kvist, Eva K Persson	<u>Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity</u>
2008	Helen L McLachlan, Della A Forster, Mary-Ann Davey, Judith Lumley, Tanya Farrell, Jeremy Oats, Lisa Gold, Ulla Waldenström, Leah Albers, Mary Biro	<u>COSMOS: Comparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial</u>

**Search Google scholar - allintitle: postpartum "Midwifery Care"**

1991	Morten, A., Kohl, M., O'Mahoney, P., & Pelosi, K.	<u>CERTIFIED NURSE - MIDWIFERY CARE OF THE POSTPARTUM CLIENT: A Descriptive Study</u>
2002	Wheeler, L.	<u>Nurse-midwifery handbook: a practical guide to prenatal and postpartum care</u>
2013	Staehelin, K., Kurth, E., Schindler, C., Schmid, M., & Zemp Stutz, E.	<u>Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care—results from a nested case–control study</u>
2013	Smit, M., Sindram, S. I., Woiski, M., Middeldorp, J. M., & van Roosmalen, J.	<u>The development of quality indicators for the prevention and management of postpartum haemorrhage in primary midwifery care in the Netherlands</u>
2014	Smit, M., Chan, K. L. L., Middeldorp, J. M., & van Roosmalen, J.	<u>Postpartum haemorrhage in midwifery care in the Netherlands: validation of quality indicators for midwifery guidelines</u>
1989	Kohl, M. (1989). Certified nurse-midwifery care of the postpartum client: a descriptive study.	<u>Certified nurse-midwifery care of the postpartum client: a descriptive study</u>
2015	Stolp, I., Smit, M., Luxemburg, S., den Akker, T., Waard, J., Roosmalen, J., & Vos, R.	<u>Ambulance Transfer in Case of Postpartum Hemorrhage after Birth in Primary Midwifery Care in The Netherlands: A Prospective Cohort Study</u>
1994	Creed, K.	<u>An Investigation Into Breastfeeding Rates at Six Weeks Postpartum and the Influence of Midwifery Care on Its Duration (Doctoral dissertation, King's College London).</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2000	Brennecke, S., Forster, D. A., Mclachlan, H. L., Brown, S. J., & Waldenstrom, U. (2000). Continuity of midwifery care increases satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care.	<u>Continuity of midwifery care increases satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care</u>
1989	Kohl, M.	<u>Certified Nurse-midwifery Care of the Postpartum Client: A Descriptive Study: a Master's Research Project (Doctoral dissertation).</u>
<b>Search Pub Med -"Community midwifery" &amp; "postnatal"</b>		
2014	Bowers J, Cheyne H, Mould G, Page M.	<u>Continuity of care in community midwifery.</u>
2012	Kenyon S, Jolly K, Hemming K, Ingram L, Gale N, Dann SA, Chambers J, MacArthur C.	<u>Evaluation of Lay Support in Pregnant women with Social risk (ELSIPS): a randomised controlled trial.</u>
2011	Thwala SB, Jones LK, Holroyd E.	<u>Swaziland rural maternal care: Ethnography of the interface of custom and biomedicine.</u>
2000	Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A.	<u>Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial.</u>
2000	Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A.	<u>Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial.</u>
<b>Search Cochrane - "Community midwifery AND "postnatal"</b>		
2012	Sara L Hayes , Mala K Mann , Fiona M Morgan , Mark J Kelly and Alison L Weightman	<u>Collaboration between local health and local government agencies for health improvement</u>
2000	Morrell CJ , Spiby H , Stewart P , Walters S and Morgan A	<u>Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial.</u>
2000	Morrell CJ , Spiby H , Stewart P , Walters S and Morgan A	<u>Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial.</u>
2012	Kenyon S , Jolly K , Hemming K , Ingram L , Gale N , Dann SA , Chambers J and MacArthur C	<u>Evaluation of Lay Support in Pregnant women with Social risk (ELSIPS): a randomised controlled trial.</u>
2000	Steen M , Cooper K , Marchant P , Griffiths-Jones M and Walker J	<u>A randomised controlled trial to compare the effectiveness of ice-packs and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma.</u>
<b>Search Biomed - "Community Midwifery" [TIAB] and "postnatal" [TIAB]</b>		
2012	Sara Kenyon, Kate Jolly, Karla Hemming, Lucy Ingram, Nicola Gale, Sophie-Anna Dann, Jacky Chambers, Christine MacArthur	<u>Evaluation of Lay Support in Pregnant women with Social risk (ELSIPS): a randomised controlled trial</u>
<b>Search Google Scholar allintitle: postnatal "Community Midwifery"</b>		
2008	Mwangi, A., & Warren, C.	<u>Taking Critical Services to the Home: Scaling-up Home-based Maternal and Postnatal Care, including Family Planning, through Community Midwifery in ...</u>

**Year Author(s)**

2000 Wiggins, M.

**Title**

Postnatal community midwifery support services have no effect on health status in the first 6 months after delivery

**Search Pub Med -"Community midwifery" & "postpartum"**

2014 Gillon TE, Pels A, Dadelszen Pv, MacDonnell K, Magee LA.

[242-POS]: Hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review of international clinical practice guidelines.

2014 Gillon TE, Pels A, von Dadelszen P, MacDonell K, Magee LA.

Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines.

2002 Petrou S, Glazener C.

The economic costs of alternative modes of delivery during the first two months postpartum: results from a Scottish observational study.

**Search Cochrane Community midwifery AND "postpartum"**

2012 Kenyon S , Jolly K , Hemming K , Ingram L , Gale N , Dann SA ,  
Chambers J and MacArthur C

Evaluation of Lay Support in Pregnant women with Social risk (ELSIPS): a randomised controlled trial.

2000 Morrell CJ , Spiby H , Stewart P , Walters S and Morgan A

Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial.

2000 Steen M , Cooper K , Marchant P , Griffiths-Jones M and Walker J

A randomised controlled trial to compare the effectiveness of ice-packs and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma.

**Search Biomed - "Community Midwifery" [TIAB] and "postpartum" [TIAB]**

**No results**

**Search Google Scholar - allintitle: postpartum "Community Midwifery"**

**No results**

**Search Pub Med -"Health Promotion" & "postnatal"**

2015 Patton GC, Romaniuk H, Spry E, Coffey C, Olsson C, Doyle LW,  
Oats J, Hearps S, Carlin JB, Brown S.

Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study.

2015 Zamawe C, Banda M, Dube A.

The effect of mass media campaign on Men's participation in maternal health: a cross-sectional study in Malawi.

2015 Rowe HJ, Fisher JR.

Prevention of postnatal mental health problems in women: knowledge exchange in primary care in Victoria, Australia.

2014 Higginbottom GM, Vallianatos H, Forgeron J, Gibbons D, Mamede F,  
Barolia R.

Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study.

2015 Oblasser C, Christie J, McCourt C.

Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: a quantitative systematic review and meta-analysis protocol.

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2014	Jongen C, McCalman J, Bainbridge R, Tsey K.	<u>Aboriginal and Torres Strait Islander maternal and child health and wellbeing: a systematic search of programs and services in Australian primary health care settings.</u>
2014	Poorman E, Gazmararian J, Elon L, Parker R.	<u>Is health literacy related to health behaviors and cell phone usage patterns among the text4baby target population?</u>
2014	Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ.	<u>Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou.</u>
	Farchi S, Forastiere F, Vecchi Brumatti L, Alvisi S, Arnolfi A, Bernardini T, Bin M, Brescianini S, Colelli V, Cotichini R, Culasso M, De Bartolo P, Felice L, Fiano V, Fioritto A, Frizzi A, Gagliardi L, Giorgi G, Grasso C, La Rosa F, Loganes C, Lorusso P, Martini V, Merletti F, Medda E, Montelatici V, Mugelli I, Narduzzi S, Nisticò L, Penna L, Piscianz E, Piscicelli C, Poggesi G, Porta D, Ranieli A, Rapisardi G, Rasulo A, Richiardi L, Rusconi F, Serino L, Stazi MA, Toccaceli V, Todros T, Tognin V, Trevisan M, Valencic E, Volpi P, Zirotti V, Ronfani L, Di Lallo D.	<u>Piccolipiù. a multicenter birth cohort in Italy: protocol of the study.</u>
2014	Ferberbaum R.	<u>Interventions for promoting the initiation of breastfeeding.</u>
2014	Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R.	<u>Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth.</u>
	Callaghan-Koru JA, Nonyane BA, Guenther T, Sitrin D, Ligowe R, Chimbalanga E, Zimba E, Kachale F, Shah R, Baqui AH.	<u>Contribution of community-based newborn health promotion to reducing inequities in healthy newborn care practices and knowledge: evidence of improvement from a three-district pilot program in Malawi.</u>
2013	Haga SM, Drozd F, Brendryen H, Slinning K.	<u>Mamma mia: a feasibility study of a web-based intervention to reduce the risk of postpartum depression and enhance subjective well-being.</u>
2013	Reilly N, Harris S, Loxton D, Chojenta C, Forder P, Milgrom J, Austin MP.	<u>Disparities in reported psychosocial assessment across public and private maternity settings: a national survey of women in Australia.</u>
2014	Reid EW, McNeill JA, Holmes VA, Alderdice FA.	<u>Women's perceptions and experiences of fetal macrosomia.</u>
2013	Saías T, Greacen T, Tubach F, Dugravier R, Marcault E, Tereno S, Tremblay RE, Guédeney A; CAPEDP study group.	<u>Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project.</u>
	Tubach F, Greacen T, Saías T, Dugravier R, Guedeney N, Ravaud P, Tereno S, Tremblay R, Falissard B, Guedeney A; CAPEDP Study Group.	<u>A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France.</u>
2012	Kronborg H, Maimburg RD, Væth M.	<u>Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial.</u>
2010	Barnes M, Cox J, Doyle B, Reed R.	<u>Evaluation of a practice-development initiative to improve breastfeeding rates.</u>
2011	Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, Scott JA, Oddy WH.	<u>The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes.</u>



<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2010	Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ.	<u>Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia.</u>
2010	Rowe HJ, Fisher JR.	<u>Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach.</u>
2010	Simkhada B, Porter MA, van Teijlingen ER.	<u>The role of mothers-in-law in antenatal care decision-making in Nepal: a qualitative study.</u>
2009	Akerjordet K, Severinsson E.	<u>Emotional intelligence, reactions and thoughts: part 2: a pilot study.</u>
2009	Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL.	<u>Factors associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonesia.</u>
2009	Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M.	<u>"It's about focusing on the mother's mental health": screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective--a qualitative study.</u>
2008	Ravelli AP.	<u>Puerperal check up performed by nurses: a fact in the city of Ponta Grossa, Paraná, Brazil.</u>
2008	Waiswa P, Kemigisa M, Kiguli J, Naikoba S, Pariyo GW, Peterson S.	<u>Acceptability of evidence-based neonatal care practices in rural Uganda - implications for programming.</u>
2008	Su KP, Huang SY, Chiu TH, Huang KC, Huang CL, Chang HC, Pariante CM.	<u>Omega-3 fatty acids for major depressive disorder during pregnancy: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.</u>
2007	Chen CM, Kuo SF, Chou YH, Chen HC.	<u>Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles.</u>
2009	Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R.	<u>A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions.</u>
2005	Cruz GD, Roldós I, Puerta DI, Salazar CR.	<u>Community-based, culturally appropriate oral health promotion program for immigrant pregnant women in New York City.</u>
2005	Tuffery O, Scriven A.	<u>Factors influencing antenatal and postnatal diets of primigravid women.</u>
2005	Riley T, Hawe P.	<u>Researching practice: the methodological case for narrative inquiry.</u>
1999	Costa MC, Neto AF.	<u>Nutritional approach in pregnant and nursing adolescents: basic strategy to prevent risks</u>
2003	Wheatley SL, Brugha TS, Shapiro DA.	<u>Exploring and enhancing engagement to the psychosocial intervention 'Preparing for Parenthood'.</u>
2003	Valanis B, Labuhn KT, Stevens NH, Lichtenstein E, Brody KK.	<u>Integrating prenatal-postnatal smoking interventions into usual care in a health maintenance organization.</u>
2001	Bailey C, Pain R.	<u>Geographies of infant feeding and access to primary health-care.</u>
2001	Chan A, Pickering J, Haan E, Netting M, Burford A, Johnson A, Keane RJ.	<u>"Folate before pregnancy": the impact on women and health professionals of a population-based health promotion campaign in South Australia.</u>
1996	Chollet DJ, Newman JF Jr, Sumner AT.	<u>The cost of poor birth outcomes in employer-sponsored health plans.</u>
1996	Pan E, Gross D, Gross A, Bello D.	<u>Prenatal power--education for life.</u>
1993	Hezekiah J.	<u>The pioneers of rural Pakistan: the Lady Health Visitors.</u>
1993	He J.	<u>Strengthening the efforts for healthier births and better care for children.</u>
1992	Iyambo N.	<u>Namibia's health policies and strategies.</u>
1981	[No authors listed]	<u>A nurse associate in a department of family medicine: developing a role definition.</u>

**Year   Author(s)**

1980   Morris NM.

**Search Cochrane - Health Promotion AND "postnatal"**

2013   Naohiro Yonemoto , Therese Dowswell , Shuko Nagai and Rintaro Mori

2015   Zohra S Lassi and Zulfiqar A Bhutta

2005   Lisa Dyson , Felicia M McCormick and Mary J Renfrew

2012   Sara L Hayes , Mala K Mann , Fiona M Morgan , Mark J Kelly and Alison L Weightman

2013   Lavender T , Yana Richens , Stephen J Milan , Rebecca MD Smyth and Therese Dowswell

2012   Lauren M Lopez , Janet E Hiller , David A Grimes and Mario Chen

Simon Lewin , Susan Munabi-Babigumira , Claire Glenton , Karen Daniels , Xavier Bosch-Capblanch , Brian E van Wyk , Jan Odgaard-Jensen , Marit Johansen , Godwin N Aja , Merrick Zwarenstein and Inger B Scheel

2010   Jeremy Dale , Isabela O Caramlau , Antje Lindenmeyer and Susan M Williams

2008   Valerie C Brueton , Jayne Tierney , Sally Stenning , Seeromanie Harding , Sarah Meredith , Irwin Nazareth and Greta Rait

2013   Jane Barlow , Nadja Smailagic , Cathy Bennett , Nick Huband , Hannah Jones and Esther Coren

2011   Denise Kendrick , Caroline A Mulvaney , Lily Ye , Tony Stevens , Julie A Mytton and Sarah Stewart-Brown

2013   Lilian Dudley and Paul Garner

2011   Jessica Kaufman , Anneliese Synnot , Rebecca Ryan , Sophie Hill , Dell Horey , Natalie Willis , Vivian Lin and Priscilla Robinson

2013   Genevieve E Becker , Hazel A Smith and Fionnuala Cooney

2015   Nadja van Ginneken , Prathap Tharyan , Simon Lewin , Girish N Rao , SM Meera , Jessica Pian , Sudha Chandrashekar and Vikram Patel

2013   Ruchi Baxi , Mohit Sharma , Robert Roseby , Adam Polnay , Naomi Priest , Elizabeth Waters , Nick Spencer and Premila Webster

2014   Webster

**Title**

Pediatric health promotion through risk reduction.

Schedules for home visits in the early postpartum period

Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes

Interventions for promoting the initiation of breastfeeding

Collaboration between local health and local government agencies for health improvement

Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum

Education for contraceptive use by women after childbirth

Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases

Peer support telephone calls for improving health

Strategies to improve retention in randomised trials

Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children

Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood

Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery

Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination

Methods of milk expression for lactating women

Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries

Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2015	Roger E Thomas , Philip RA Baker , Bennett C Thomas and Diane L Lorenzetti	<u>Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents</u>
2011	E. Jean C Hay-Smith , Roselien Herderschee , Chantale Dumoulin and G Peter Herbison	<u>Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women</u>
2013	Catherine Chamberlain , Alison O'Mara-Eves , Sandy Oliver , Jenny R Caird , Susan M Perlen , Sandra J Eades and James Thomas	<u>Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy</u>
2010	Ellen D Hodnett , Suzanne Fredericks and Julie Weston	<u>Support during pregnancy for women at increased risk of low birth weight babies</u>
2012	Pisake Lumbiganon , Ruth Martis , Malinee Laopaiboon , Mario R Festin , Jacqueline J Ho and Mohammad Hakimi	<u>Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration</u>
2004	Dell Horey , Jane Weaver and Hilary Russell	<u>Information for pregnant women about caesarean birth</u>
2014	Ingvil Saeterdal , Simon Lewin , Astrid Austvoll-Dahlgren , Claire Glenton and Susan Munabi-Babigumira	<u>Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination</u>
2013	Joanna Tieu , Emily Bain , Philippa Middleton and Caroline A Crowther	<u>Interconception care for women with a history of gestational diabetes for improving maternal and infant outcomes</u>
2015	Nicolle Opray , Rosalie M Grivell , Andrea R Deussen and Jodie M Dodd	<u>Directed preconception health programs and interventions for improving pregnancy outcomes for women who are overweight or obese</u>
2013	Dell Horey , Michelle Kealy , Mary-Ann Davey , Rhonda Small and Caroline A Crowther	<u>Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean</u>
2012	Anik Giguère , France Légaré , Jeremy Grimshaw , Stéphane Turcotte , Michelle Fiander , Agnes Grudniewicz , Sun Makosso-Kallyth , Fredric M Wolf , Anna P Farmer and Marie-Pierre Gagnon	<u>Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes</u>
2015	Dachi Arikpo , Ededet Sewanu Edet , Moriam T Chibuzor , Friday Odey and Deborah M Caldwell	<u>Educational interventions for improving complementary feeding practices</u>
2014	Robby Nieuwlaat , Nancy Wilczynski , Tamara Navarro , Nicholas Hobson , Rebecca Jeffery , Arun Keepanasseril , Thomas Agoritsas , Niraj Mistry , Alfonso Iorio , Susan Jack , Bhairavi Sivaramalingam , Emma Iserman , Reem A Mustafa , Dawn Jedraszewski , Chris Cotoi and R. Brian Haynes	<u>Interventions for enhancing medication adherence</u>
2012	Hany Abdel-Aleem , Omaima MH El-Gibaly , Amira FE-S EL-Gazzar and Ghada ST Al-Attar	<u>Mobile clinics for women's and children's health</u>
2011	Rukhsana Gazi , S. Shahed Hossain , K Zaman and Tracey Perez Koehlmoos	<u>Community mobilization for safe motherhood</u>
2013	Liesl Grobler , Nandi Siegfried , Marianne E Visser , Sarah SN Mahlunqulu and Jimmy Volmink	<u>Nutritional interventions for reducing morbidity and mortality in people with HIV</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2008	Cathy Bennett , Geraldine Macdonald , Jane A Dennis , Esther Coren , Jacoby Patterson , Margaret Astin and Joanne Abbott	<u>Home-based support for disadvantaged adult mothers</u>
2012	Tim Coleman , Catherine Chamberlain , Mary-Ann Davey , Sue E Cooper and Jo Leonardi-Bee	<u>Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy</u>
2012	Yanina Sguassero , Mercedes de Onis , Ana María Bonotti and Guillermo Carroli	<u>Community-based supplementary feeding for promoting the growth of children under five years of age in low and middle income countries</u>
2014	Denitsa Radeva-Petrova , Kassoum Kayentao , Feiko O ter Kuile , David Sinclair and Paul Garner	<u>Drugs for preventing malaria in pregnant women in endemic areas: any drug regimen versus placebo or no treatment</u>
2009	Mylene Lagarde , Andy Haines and Natasha Palmer	<u>The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries</u>
2001	deOliveira M I , Camacho L A and Tedstone A E	<u>Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions (Structured abstract)</u>
2012	Fowles ER , Cheng HR and Mills S	<u>Postpartum health promotion interventions: a systematic review (Provisional abstract)</u>
1998	Tedstone A , Duncie N , Aviles M , Shetty P and Daniels L	<u>Effectiveness of interventions to promote healthy feeding in infants under one year of age (Structured abstract)</u>
2008	Chung M , Raman G , Trikalinos T , Lau J and Ip S	<u>Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. preventive services task force (Structured abstract)</u>
2014	Skouteris H , Nagle C , Fowler M , Kent B , Sahota P and Morris H	<u>Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: a systematic review (Structured abstract)</u>
1994	Ciliska D , Hayward S , Thomas H , Mitchell A , Dobbins M , Underwood J , Rafael A and Martin E	<u>The effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions: a systematic overview (Structured abstract)</u>
2006	Mercer R T and Walker L O	<u>A review of nursing interventions to foster becoming a mother (Structured abstract)</u>
2005	Liu L , Mirza M and Thomas H	<u>Effectiveness of interventions to prevent excessive weight gain during pregnancy (Provisional abstract)</u>
2011	Hall J	<u>Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials (Structured abstract)</u>
2004	Andrews J O , Felton G , Wewers M E and Heath J	<u>Use of community health workers in research with ethnic minority women (Structured abstract)</u>
2009	Michie S , Abraham C , Whittington C , McAteer J and Gupta S	<u>Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression (Structured abstract)</u>
2004	Fang W L , Goldstein A O , Butzen A Y , Hartsock S A , Hartmann K E , Helton M and Lohr J A	<u>Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies (Structured abstract)</u>
2010	Ingram L , MacArthur C , Khan K , Deeks JJ and Jolly K	<u>Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review (Structured abstract)</u>
2010	Ahmed AH and Sands LP	<u>Effect of pre- and post discharge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants (Structured abstract)</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2000	Elliott SA , Leverton TJ , Sanjack M , Turner H , Cowmeadow P , Hopkins J and Bushnell D	<u>Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression.</u>
2012	Tubach F , Greacen T , Saïas T , Dugravier R , Guedeney N , Ravaud P , Tereno S , Tremblay R , Falissard B , Guedeney A and CAPEDP Study Group	<u>A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France.</u>
2012	Ekström A , Kylberg E and Nissen E	<u>A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: an intervention study.</u>
2004	Bosnjak AP , Batinica M , Hegedus-Jungvirth M , Grgurić J and Bozиков J	<u>The effect of baby friendly hospital initiative and postnatal support on breastfeeding rates--Croatian experience.</u>
2013	Magoma M , Requejo J , Campbell O , Cousens S , Merialdi M and Filippi V	<u>The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: A cluster randomised trial.</u>
2007	Kronborg H , Vaeth M , Olsen J , Iversen L and Harder I	<u>Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial.</u>
2005	Bonuck KA , Trombley M , Freeman K and McKee D	<u>Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months.</u>
2012	Kronborg H , Maimburg RD and Væth M	<u>Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial.</u>
2003	Wheatley SL , Brughra TS and Shapiro DA	<u>Exploring and enhancing engagement to the psychosocial intervention 'Preparing for Parenthood'.</u>
2012	Hoddinott P , Craig L , MacLennan G , Boyers D and Vale L	<u>The FEeding Support Team (FEST) randomised, controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas.</u>
2010	Fjeldsoe BS , Miller YD and Marshall AL	<u>MobileMums: a randomized controlled trial of an SMS-based physical activity intervention.</u>
2012	Surkan PJ , Gottlieb BR , McCormick MC , Hunt A and Peterson KE	<u>Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum.</u>
2008	Omer K , Mhatre S , Ansari N , Laucirica J and Andersson N	<u>Evidence-based training of frontline health workers for door-to-door health promotion : a pilot randomized controlled cluster trial with Lady Health Workers in Sindh Province, Pakistan.</u>
2008	Su KP , Huang SY , Chiu TH , Huang KC , Huang CL , Chang HC and Pariante CM	<u>Omega-3 fatty acids for major depressive disorder during pregnancy: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.</u>
1990	Rajan L and Oakley A	<u>Infant feeding practice in mothers at risk of low birth weight delivery.</u>
2000	Lagerberg D	<u>Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables.</u>
1994	Secker-Walker RH , Solomon LJ , Flynn BS , Skelly JM , Lepage SS , Goodwin GD and Mead PB	<u>Individualized smoking cessation counseling during prenatal and early postnatal care.</u>
1995	Secker-Walker RH , Solomon LJ , Flynn BS , Skelly JM , Lepage SS , Goodwin GD and Mead PB	<u>Smoking relapse prevention counseling during prenatal and early postnatal care.</u>
2002	O'Cathain A , Walters SJ , Nicholl JP , Thomas KJ and Kirkham M	<u>Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice.</u>
2014	Thomson JL , Tussing-Humphreys LM and Goodman MH	<u>Delta Healthy Sprouts: A randomized comparative effectiveness trial to promote maternal weight control and reduce childhood obesity in the Mississippi Delta.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2013	Fjeldsoe BS , Miller YD and Marshall AL	<u>Social cognitive mediators of the effect of the MobileMums intervention on physical activity. implementing lifestyle change through phone-based motivational interviewing in rural-based women with previous gestational diabetes mellitus.</u>
2012	JG	
2013	Saias T , Greacen T , Tubach F , Dugravier R , Marcault E , Tereno S , Tremblay RE , Guedeney A and CAPEDP study group	<u>Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project.</u>
2007	Brown H , Hofmeyr GJ , Nikodem VC , Smith H and Garner P	<u>Promoting childbirth companions in South Africa: a randomised pilot study.</u>
2014	Rotheram-Borus MJ , Richter LM , VanHeerden A , VanRooyen H , Tomlinson M , Harwood JM , Comulada WS and Stein A	<u>A cluster randomized controlled trial evaluating the efficacy of peer mentors to support South African women living with HIV and their infants.</u>
1995	Wall MA , Severson HH , Andrews JA , Lichtenstein E and Zoref L	<u>Pediatric office-based smoking intervention: impact on maternal smoking and relapse.</u>
2001	Lando HA , Valanis BG , Lichtenstein E , Curry SJ , McBride CM , Pirie PL and Grothaus LC	<u>Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: a comparison of 2 approaches.</u>
2004	Thea DM , Vwalika C , Kasonde P , Kankasa C , Sinkala M , Semrau K , Shutes E , Ayash C , Tsai WY , Aldrovandi G and Kuhn L	<u>Issues in the design of a clinical trial with a behavioral intervention--the Zambia exclusive breast-feeding study.</u>
2012	Doherty T , Sanders D , Swanevelder S , Lombard C , Zembe W , Chopra M , Goga A , Colvin M , Fadnes LT , Engebretsen IMS , Tylleskar T , Van dePerre P , Ekstrom E-C , Meda N , Tumwine JK , Kankasa C and Jackson D	<u>Early cessation of breastfeeding amongst women in South Africa: an area needing urgent attention to improve child health.</u>
2001	Kramer MS , Chalmers B , Hodnett ED , Sevkovskaya Z , Dzikovich I , Shapiro S , Collet JP , Vanilovich I , Mezen I , Ducruet T , Shishko G , Zubovich V , Mknuik D , Gluchanina E , Dombrovskiy V , Ustinovitch A , Kot T , Bogdanovich N , Ovchinnikova L , Helsing E and PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial)	<u>Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus.</u>
2005	Coutinho SB , deLira PI , deCarvalho Lima M and Ashworth A	<u>Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding.</u>
2013	Stremmler R , Hodnett E , Kenton L , Lee K , Weiss S , Weston J and Willan A	<u>Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite randomised controlled trial.</u>
2001	Kramer MS , Chalmers B , Hodnett ED , Sevkovskaya Z , Dzikovich I , Shapiro S , Collet J-P , Vanilovich I , Mezen I , Ducruet T , Shishko G , Zubovich V , Mknuik D , Gluchanina E , Dombrovskiy V , Ustinovitch A , Kot T , Bogdanovich N	<u>Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus.</u>
2009	Hoddinott P , Britten J , Prescott GJ , Tappin D , Ludbrook A and Godden DJ	<u>Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial.</u>
2009	Petrova A , Ayers C , Stechna S , Gerling JA and Mehta R	<u>Effectiveness of exclusive breastfeeding promotion in low-income mothers: a randomized controlled study.</u>
2005	Watson N , Milat AJ , Thomas M and Currie J	<u>The feasibility and effectiveness of pram walking groups for postpartum women in western Sydney.</u>

<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
2001	Letourneau N Aittasalo M , Pasanen M , Fogelholm M , Kinnunen TI , Ojala K and Luoto R	<u>Attrition among adolescents and infants involved in a parenting intervention.</u>
2008	Rosen IM , Krueger MV , Carney LM and Graham JA	<u>Physical activity counseling in maternity and child health care - a controlled trial.</u>
2008	Carlsen EM , Kyhnaeb A , Renault KM , Cortes D , Michaelsen KF and Pryds O	<u>Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes.</u>
2013	Hattori R and Hattori H	<u>Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial.</u>
1999		<u>Breastfeeding twins: guidelines for success.</u>
2011	Huang TT , Yeh CY and Tsai YC	<u>A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese childbearing women: a randomised controlled trial.</u>
1992	Olds DL	<u>Home visitation for pregnant women and parents of young children.</u>
	Manandhar DS , Osrin D , Shrestha BP , Mesko N , Morrison J , Tumbahangphe KM , Tamang S , Thapa S , Shrestha D , Thapa B , Shrestha JR , Wade A , Borghi J , Standing H , Manandhar M ,	<u>Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster- randomised controlled trial.</u>
2004	Costello AM and Members of the MIRA	<u>Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study.</u>
2004	Gau ML	<u>Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi- experimental study.</u>
2008	Kang JS , Choi SY and Ryu EJ	<u>Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence.</u>
2000	McInnes RJ , Love JG and Stone DH	<u>Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum.</u>
2008	Chiarelli P , Murphy B and Cockburn J	
	Labarère J , Gelbert-Baudino N , Laborde L , Arragain D ,	<u>CD-ROM-based program for breastfeeding mothers.</u>
2011	Schelstraete C and François P	<u>Effects of a breast feeding promotion program for working women.</u>
2008	Yoon JW and Park YJ	
	Chung M , Ip S , Yu W , Raman G , Trikalinos T , DeVine D and	<u>Interventions in primary care to promote breastfeeding: a systematic review (Structured abstract)</u>
2008	Lau J	<u>Cochrane Fertility Regulation Group</u>
2015	F Helmerhorst and R Kulier	
<b>Search BioMed - "Health Promotion" [TIAB] and "postnatal" [TIAB]</b>		
2015	Tea Trillingsgaard, Rikke Maimburg, Marianne Simonsen	<u>The Family Startup Program: study protocol for a randomized controlled trial of a universal group- based parenting support program</u>
2015	Collins Zamawe, Masford Banda, Albert Dube	<u>The effect of mass media campaign on Men's participation in maternal health: a cross-sectional study in Malawi</u>
2014	Gina Higginbottom, Helen Vallianatos, Joan Forgeron, Donna Gibbons, Fabiana Mamede, Rubina Barolia	<u>Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study</u>
2014	Crystal Jongen, Janya McCalman, Roxanne Bainbridge, Komla Tsey	<u>Aboriginal and Torres Strait Islander maternal and child health and wellbeing: a systematic search of programs and services in Australian primary health care settings</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2014	Jennifer Perera, Dinoo S Kirthinanda, Sujani Wijeratne, Thanuja K Wickramarachchi	<u>Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence</u>
2014	Sara Farchi, Francesco Forastiere, Liza Vecchi Brumatti, Sabrina Alviti, Antonio Arnofi, Tommaso Bernardini, Maura Bin, Sonia Brescianini, Valentina Colelli, Rodolfo Cotichini, Martina Culasso, Paolo De Bartolo, Laura Felice, Valentina Fiano, Alessandra Fioritto, Alfio Frizzi, Luigi Gagliardi, Giulia Giorgi, Chiara Grasso, Francesca La Rosa, Claudia Loganes, Paola Lorusso, Valentina Martini, Franco Merletti, Emanuela Medda, Veronica Montelatici, Isabella Mugelli, Silvia Narduzzi, Lorenza Nisticò, Luana Penna	<u>Piccolipiù, a multicenter birth cohort in Italy: protocol of the study</u>
2014	Vishnu Khanal, Mandira Adhikari, Rajendra Karkee, Tania Gavidia	<u>Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011</u>
2013	Hayfaa A Wahabi, Ahmed A Mandil, Rasmieh A Alzeidan, Ahmed A Bahnassy, Amel A Fayed	<u>The independent effects of second hand smoke exposure and maternal body mass index on the anthropometric measurements of the newborn</u>
2013	Jennifer A Callaghan-Koru, Bareng AS Nonyane, Tanya Guenther, Deborah Sitrin, Reuben Ligowe, Emmanuel Chimbalanga, Evelyn Zimba, Fannie Kachale, Rashed Shah, Abdullah H Baqui	<u>Contribution of community-based newborn health promotion to reducing inequities in healthy newborn care practices and knowledge: evidence of improvement from a three-district pilot program in Malawi</u>
2013	Kristina Edvardsson, Marie Lindkvist, Eva Eurenus, Ingrid Mogren, Rhonda Small, Anneli Ivarsson	<u>A population-based study of overweight and obesity in expectant parents: socio-demographic patterns and within-couple associations</u>
2013	Nicole Reilly, Sheree Harris, Deborah Loxton, Catherine Chojenta, Peta Forder, Jeannette Milgrom, Marie-Paule Austin	<u>Disparities in reported psychosocial assessment across public and private maternity settings: a national survey of women in Australia</u>
2013	Melissa Dunning, Monique Seymour, Amanda Cooklin, Rebecca Giallo	<u>Wide Awake Parenting: study protocol for a randomised controlled trial of a parenting program for the management of post-partum fatigue</u>
2012	Andrew P Black, Julie Brimblecombe, Helen Eyles, Peter Morris, Hassan Vally, Kerin O'Dea	<u>Food subsidy programs and the health and nutritional status of disadvantaged families in high income countries: a systematic review</u>
2012	Florence Tubach, Tim Greacen, Thomas Saïas, Romain Dugravier, Nicole Guedeney, Philippe Ravaud, Susana Tereno, Richard Tremblay, Bruno Falissard, Antoine Guedeney, and the CAPEDEP Study Group	<u>A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDEP randomized controlled trial in France</u>
2011	Ashrafal Khan, Iqbal Kabir, Eva-Charlotte Ekström, Kajsa Åsling-Monemi, Dewan Alam, Edward A Frongillo, Md Yunus, Shams Arifeen, Lars-Åke Persson	<u>Effects of prenatal food and micronutrient supplementation on child growth from birth to 54 months of age: a randomized trial in Bangladesh</u>



<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2011	Marieke LA de Hoog, Manon van Eijdsden, Karien Stronks, Reinoud JBJ Gemke, Tanja GM Vrijkotte	<u>Overweight at age two years in a multi-ethnic cohort (ABCD study): the role of prenatal factors, birth outcomes and postnatal factors</u>
2010	Christiana R Titaley, Cynthia L Hunter, Peter Heywood, Michael J Dibley	<u>Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia</u>
2010	Heather J Rowe, Jane RW Fisher	<u>Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach</u>
2010	Bibha Simkhada, Maureen A Porter, Edwin R van Teijlingen	<u>The role of mothers-in-law in antenatal care decision-making in Nepal: a qualitative study</u>
2009	Mulu W Abraha, Tilahun H Nigatu	<u>Modelling trends of health and health related indicators in Ethiopia (1995-2008): a time-series study</u>
2009	Marieke de Beer, Manon van Eijdsden, Tanja GM Vrijkotte, Reinoud JBJ Gemke	<u>Early growth patterns and cardiometabolic function at the age of 5 in a multiethnic birth cohort: the ABCD study</u>
2008	Peter Waiswa, Margaret Kemigisa, Juliet Kiguli, Sarah Naikoba, George W Pariyo, Stefan Peterson	<u>Acceptability of evidence-based neonatal care practices in rural Uganda – implications for programming</u>
<b>Search Google Scholar allintitle: postnatal "Health Promotion"</b>		
2015	Place, J. M. S., Billings, D. L., Frongillo, E. A., Blake, C. E., & Mann, J. R.	<u>Policy for promotion of women's mental health: Insight from analysis of policy on postnatal depression in Mexico</u>
1997	Granado, M.	Health Promotion in Postnatal Depression: An Investigation of Health Visitors and Clients Perceptions of Health Visitor Intervention (Doctoral dissertation, King's College London).
<b>Search Pub Med -"Health Promotion" &amp; "postpartum"</b>		
2015	Janmohamed R, Montgomery-Fajic E, Sia W, Germaine D, Wilkie J, Khurana R, Nerenberg KA.	<u>Cardiovascular risk reduction and weight management at a hospital-based postpartum preeclampsia clinic.</u>
2015	Chartier MJ, Attawar D, Volk JS, Cooper M, Quddus F, McCarthy JA.	<u>Postpartum Mental Health Promotion: Perspectives from Mothers and Home Visitors.</u>
2015	Oblasser C, Christie J, McCourt C	<u>Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: a quantitative systematic review and meta-analysis protocol.</u>
2014	Brown S, Brage Hudson D, Campbell-Grossman C, Yates BC.	<u>Health promotion text blasts for minority adolescent mothers.</u>
2015	Kwon JY, Oliffe JL, Bottorff JL, Kelly MT.	<u>Masculinity and Fatherhood: New Fathers' Perceptions of Their Female Partners' Efforts to Assist Them to Reduce or Quit Smoking.</u>
2014	Poorman E, Gazmararian J, Elon L, Parker R.	<u>Is health literacy related to health behaviors and cell phone usage patterns among the text4baby target population?</u>
2014	Thomas LJ, Scharp KM, Paxman CG.	<u>Stories of postpartum depression: exploring health constructs and help-seeking in mothers' talk.</u>
2014	Benoit C, Stengel C, Marcellus L, Hallgrimsdottir H, Anderson J, MacKinnon K, Phillips R, Zazueta P, Charbonneau S.	<u>Providers' constructions of pregnant and early parenting women who use substances.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2014	Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ.	<u>Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou.</u>
2013	Fahey JO, Shenassa E.	<u>Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model.</u>
2013	Callaghan-Koru JA, Nonyane BA, Guenther T, Sitrin D, Ligowe R, Chimbalanga E, Zimba E, Kachale F, Shah R, Baqui AH	<u>Contribution of community-based newborn health promotion to reducing inequities in healthy newborn care practices and knowledge: evidence of improvement from a three-district pilot program in Malawi.</u>
2013	Haga SM, Drozd F, Brendryen H, Slinning K.	<u>Mamma mia: a feasibility study of a web-based intervention to reduce the risk of postpartum depression and enhance subjective well-being.</u>
2013	Walker LO, Sterling BS, Guy S, Mahometa MJ.	<u>Cumulative poor psychosocial and behavioral health among low-income women at 6 weeks postpartum.</u>
2013	Olayiwola JN, Irizarry OC, O'Connell K, Milan S.	<u>Living Smart, Living Fit: a patient-centered program to improve perinatal outcomes in a community health centre population.</u>
2013	Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R.	<u>The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil.</u>
2013	Mielke RT, Kaiser D, Centuolo R. Smylie J, Fell DB, Chalmers B, Sauve R, Royle C, Allan B, O'Campo P; Maternity Experiences Study Group of the Canadian	<u>Interconception care for women with prior gestational diabetes mellitus.</u>
2014	Perinatal Surveillance System.	<u>Socioeconomic position and factors associated with use of a no supine infant sleep position: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey.</u>
2014	Mørkved S, Bø K.	<u>Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review.</u>
2012	Walker LO, Im EO, Vaughan MW.	<u>New mothers' interest in web-based health promotion: association with healthcare barriers, risk status, and user characteristics.</u>
2012	Mallard SR, Houghton LA.	<u>Folate knowledge and consumer behaviour among pregnant New Zealand women prior to the potential introduction of mandatory fortification.</u>
2012	Fowles ER, Cheng HR, Mills S.	<u>Postpartum health promotion interventions: a systematic review.</u>
2012	Walker LO, Im EO, Vaughan MW.	<u>Communication technologies and maternal interest in health-promotion information about postpartum weight and parenting practices.</u>
2013	Thompson TA, Cheng D, Strobino D.	<u>Dental cleaning before and during pregnancy among Maryland mothers.</u>
2011	Ayerle GM, Makowsky K, Schücking BA.	<u>Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: continuous care by qualified family midwives.</u>
2011	Sterling B, Fowles E, Kim S, Latimer L, Walker LO.	<u>Ethnic-specific perceptions of altered control among American women: implications for health promotion programs after pregnancy.</u>
2012	Surkan PJ, Gottlieb BR, McCormick MC, Hunt A, Peterson KE.	<u>Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum.</u>
2010	Paterson JE, Gao W, Sundborn G, Cartwright S.	<u>Maternal self-report of oral health in six-year-old Pacific children from South Auckland, New Zealand.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2010	Rowe HJ, Fisher JR.	<u>Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach.</u>
2010	Walker LO, Kim S, Sterling BS, Latimer L, Bottorff JL, Oliffe JL, Kelly MT, Greaves L, Johnson JL, Ponc P, Chan A.	<u>Developing health promotion interventions: a Multisource Method applied to weight loss among low-income postpartum women.</u>
2010	Chan A.	<u>Men's business, women's work: gender influences and fathers' smoking.</u>
2009	Chen JY.	<u>New parenting education in maternal child nursing.</u>
2009	Sterling BS, Fowles ER, Garcia AA, Jenkins SK, Wilkinson S, Kim M, Kim S, Latimer L, Walker LO.	<u>Altered perceptions of personal control about retained weight and depressive symptoms in low-income postpartum women.</u>
2009	Sussner KM, Lindsay AC, Peterson KE.	<u>The influence of maternal acculturation on child body mass index at age 24 months.</u>
2008	Phillips KE, Flood G.	<u>Employer approaches to preconception care.</u>
2008	Ravelli AP.	<u>[Puerperal check up performed by nurses: a fact in the city of Ponta Grossa, Paraná, Brazil].</u>
2008	Cusack CL, Hall WA, Scruby LS, Wong ST.	<u>Public health nurses' (Phns) perceptions of their role in early postpartum discharge.</u>
2007	Jackson DJ, Batiste E, Rendall-Mkosi K.	<u>Effect of smoking and alcohol use during pregnancy on the occurrence of low birth weight in a farming region in South Africa.</u>
2007	Chen CM, Kuo SF, Chou YH, Chen HC.	<u>Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles.</u>
2007	Schluter PJ, Paterson J, Feehan M.	<u>Prevalence and concordance of interpersonal violence reports from intimate partners: findings from the Pacific Islands Families Study.</u>
2001	Montgomery KS.	<u>Maternal-newborn nursing: thirteen challenges that influence excellence in practice.</u>
2006	Costa CM, da Gama SG, Leal Mdo C.	<u>Congenital malformations in Rio de Janeiro, Brazil: prevalence and associated factors.</u>
2006	Mumghamba EG, Manji KP, Michael J.	<u>Oral hygiene practices, periodontal conditions, dentition status and self-reported bad mouth breath among young mothers, Tanzania.</u>
2006	Feinberg E, Smith MV, Morales MJ, Claussen AH, Smith DC, Perou R.	<u>Improving women's health during internatal periods: developing an evidenced-based approach to addressing maternal depression in pediatric settings.</u>
2006	Althuizen E, van Poppel MN, Seidell JC, van der Wijden C, van Mechelen W.	<u>Design of the New Life(style) study: a randomised controlled trial to optimise maternal weight development during pregnancy. [ISRCTN85313483].</u>
2004	Kulig JC, Hall BL, Babcock R, Campbell R, Wall M.	<u>Childbearing practices in anadier Mennonite women.</u>
2004	Ahn YM.	<u>The effects of the systemic follow up health care program on the health promotion and the risk reduction in premature infants and their mothers.</u>
2004	Bower C, Eades S, Payne J, D'Antoine H, Stanley F.	<u>Trends in neural tube defects in Western Australia in Indigenous and non-Indigenous populations.</u>
2003	Valanis B, Labuhn KT, Stevens NH, Lichtenstein E, Brody KK.	<u>Integrating prenatal-postnatal smoking interventions into usual care in a health maintenance organization.</u>
2002	Mottola MF.	<u>Exercise in the postpartum period: practical applications.</u>
2002	Gennaro S, Dugyi E, Doud JM, Kershbaumer R.	<u>Health promotion for childbearing women in Ruanda, Uganda</u>

<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
2002	Barkauskas VH, Low LK, Pimlott S.	<u>Health outcomes of incarcerated pregnant women and their infants in a community-based program.</u>
2002	Morin KH, Brogan S, Flavin SK.	<u>Attitudes and perceptions of body image in postpartum African American women. Does weight make a difference?</u>
1999	Chiarelli P, Cockburn J.	<u>The development of a physiotherapy continence promotion program using a customer focus.</u>
2001	Gennaro S, Thyangathyanga D, Kershbaumer R, Thompson J.	<u>Health promotion and risk reduction in Malawi, Africa, village women.</u>
2000	Taylor D.	<u>More than personal change: effective elements of symptom management.</u>
2000	Walker LO, Wilging S.	<u>Rediscovering the "M" in "MCH": maternal health promotion after childbirth.</u>
1999	Stainton C, Murphy B, Higgins PG, Neff JA, Nyberg K, Ritchie JA	<u>The needs of postbirth parents: an international, multisite study.</u>
1998	Fein SB, Roe B.	<u>The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding.</u>
1995	Jambunathan J.	<u>Hmong cultural practices and beliefs: the postpartum period.</u>
1993	Summers L, Price RA.	<u>Preconception care. An opportunity to maximize health in pregnancy.</u>
1993	Yoo EK.	<u>Health promotion. Health promoting behavior for women's health: an analysis on meanings of Sanhujori, Korea, postpartum care.</u>
1990	Carty EM, Conine TA, Hall L.	<u>Comprehensive health promotion for the pregnant woman who is disabled. The role of the midwife.</u>
1989	Molgaard CA, Laniado-Laborin R, Elder JP, De Moor C.	<u>The social epidemiology of smoking during pregnancy among Mexican women.</u>
1985	Harrison C.	<u>Postpartum parent support: a federal health promotion campaign.</u>
<b>Search Cochrane - "Health Promotion" AND "postpartum"</b>		
	Laureen M Lopez , Janet E Hiller , David A Grimes and Mario	
2012	Chen	<u>Education for contraceptive use by women after childbirth</u>
2011	Jonathan P Shepherd , Geoff K Frampton and Petra Harris	<u>Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer</u>
	Catherine Chamberlain , Alison O'Mara-Eves , Sandy Oliver ,	
	Jenny R Caird , Susan M Perlen , Sandra J Eades and James	
2013	Thomas	<u>Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy</u>
	Naohiro Yonemoto , Therese Dowswell , Shuko Nagai and Rintaro	
2013	Mori	<u>Schedules for home visits in the early postpartum period</u>
	Tina Lavender , Yana Richens , Stephen J Milan , Rebecca MD	
2013	Smyth and Therese Dowswell	<u>Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum</u>
2005	Lisa Dyson , Felicia M McCormick and Mary J Renfrew	<u>Interventions for promoting the initiation of breastfeeding</u>
	Ruchi Baxi , Mohit Sharma , Robert Roseby , Adam Polnay ,	
	Naomi Priest , Elizabeth Waters , Nick Spencer and Premila	
2014	Webster	<u>Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2015	Zohra S Lassi and Zulfiqar A Bhutta	<u>Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes</u>
2010	Simon Lewin , Susan Munabi-Babigumira , Claire Glenton , Karen Daniels , Xavier Bosch-Capblanch , Brian E van Wyk , Jan Odgaard-Jensen , Marit Johansen , Godwin N Aja , Merrick Zwarenstein and Inger B Scheel	<u>Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases</u>
2011	Jane Barlow , Nadja Smailagic , Cathy Bennett , Nick Huband , Hannah Jones and Esther Coren	<u>Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children</u>
2012	Pisake Lumbiganon , Ruth Martis , Malinee Laopaiboon , Mario R Festin , Jacqueline J Ho and Mohammad Hakimi	<u>Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration</u>
2013	Valerie C Brueton , Jayne Tierney , Sally Stenning , Seeromanie Harding , Sarah Meredith , Irwin Nazareth and Greta Rait	<u>Strategies to improve retention in randomised trials</u>
2013	Sarah Clement , Francesca Lassman , Elizabeth Barley , Sara Evans-Lacko , Paul Williams , Sosei Yamaguchi , Mike Slade , Nicolas Rüsck and Graham Thornicroft	<u>Mass media interventions for reducing mental health-related stigma</u>
2015	Genevieve E Becker , Hazel A Smith and Fionnuala Cooney	<u>Methods of milk expression for lactating women</u>
2013	Denise Kendrick , Caroline A Mulvaney , Lily Ye , Tony Stevens , Julie A Mytton and Sarah Stewart-Brown	<u>Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood</u>
2013	Jessica Kaufman , Anneliese Synnot , Rebecca Ryan , Sophie Hill , Dell Horey , Natalie Willis , Vivian Lin and Priscilla Robinson	<u>Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination</u>
2013	Claire Glenton , Christopher J Colvin , Benedicte Carlsen , Alison Swartz , Simon Lewin , Jane Noyes and Arash Rashidian	<u>Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis</u>
2015	Nicolle Opray , Rosalie M Grivell , Andrea R Deussen and Jodie M Dodd	<u>Directed preconception health programs and interventions for improving pregnancy outcomes for women who are overweight or obese</u>
2012	Lindsay F Stead , Rafael Perera , Chris Bullen , David Mant , Jamie Hartmann-Boyce , Kate Cahill and Tim Lancaster	<u>Nicotine replacement therapy for smoking cessation</u>
2010	Ellen D Hodnett , Suzanne Fredericks and Julie Weston	<u>Support during pregnancy for women at increased risk of low birth weight babies</u>
2004	Dell Horey , Jane Weaver and Hilary Russell	<u>Information for pregnant women about caesarean birth</u>
2012	Vlasta Vodopivec-Jamsek , Thyra de Jongh , Ipek Gurol-Urganci , Rifat Atun and Josip Car	<u>Mobile phone messaging for preventive health care</u>
2015	Kate Cahill , Jamie Hartmann-Boyce and Rafael Perera	<u>Incentives for smoking cessation</u>
2013	Dell Horey , Michelle Kealy , Mary-Ann Davey , Rhonda Small and Caroline A Crowther	<u>Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean</u>

<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
2011	E. Jean C Hay-Smith , Roselien Herderschee , Chantale Dumoulin and G Peter Herbison	<u>Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women</u>
2014	Nikolaos Mastellos , Laura H Gunn , Lambert M Felix , Josip Car and Azeem Majeed	<u>Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults</u>
2013	Joanna Tieu , Emily Bain , Philippa Middleton and Caroline A Crowther	<u>Interconception care for women with a history of gestational diabetes for improving maternal and infant outcomes</u>
2013	Nadja van Ginneken , Prathap Tharyan , Simon Lewin , Girish N Rao , SM Meera , Jessica Pian , Sudha Chandrashekar and Vikram Patel	<u>Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries</u>
2013	Laureen M Lopez , Elizabeth E. Tolley , David A Grimes , Mario Chen and Laurie L Stockton	<u>Theory-based interventions for contraception</u>
2014	Denitsa Radeva-Petrova , Kassoum Kayentao , Feiko O ter Kuile , David Sinclair and Paul Garner	<u>Drugs for preventing malaria in pregnant women in endemic areas: any drug regimen versus placebo or no treatment</u>
2012	Anik Giguère , France Légaré , Jeremy Grimshaw , Stéphane Turcotte , Michelle Fiander , Agnes Grudniewicz , Sun Makosso-Kallyth , Fredric M Wolf , Anna P Farmer and Marie-Pierre Gagnon	<u>Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes</u>
2012	Yanina Sguassero , Mercedes de Onis , Ana María Bonotti and Guillermo Carroli	<u>Community-based supplementary feeding for promoting the growth of children under five years of age in low and middle income countries</u>
2012	Ingvil Saeterdal , Jose O Mora and Luz Maria De-Regil	<u>Fortification of staple foods with vitamin A for preventing vitamin A deficiency</u>
2008	Cathy Bennett , Geraldine Macdonald , Jane A Dennis , Esther Coren , Jacoby Patterson , Margaret Astin and Joanne Abbott	<u>Home-based support for disadvantaged adult mothers</u>
2013	Dell Horey , Vicki Flenady , Alexander EP Heazell and Teck Yee Khong	<u>Interventions for supporting parents' decisions about autopsy after stillbirth</u>
2012	Tim Coleman , Catherine Chamberlain , Mary-Ann Davey , Sue E Cooper and Jo Leonardi-Bee	<u>Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy</u>
2013	Ingrid Arevalo-Rodriguez , Agustín Ciapponi , Luis Munoz , Marta Roqué i Figuls and Xavier Bonfill Cosp	<u>Posture and fluids for preventing post-dural puncture headache</u>
2013	Ingrid Arevalo-Rodriguez , Luis Muñoz , Jimmy J Arevalo , Agustín Ciapponi and Marta Roqué i Figuls	<u>Needle gauge and tip designs for preventing post-dural puncture headache (PDPH)</u>
2012	Fowles ER , Cheng HR and Mills S	<u>Postpartum health promotion interventions: a systematic review (Provisional abstract)</u>
2010	Hoedjes M , Berks D , Vogel I , Franx A , Visser W , Duvekot JJ , Habbema JD , Steegers EA and Raat	<u>Effect of postpartum lifestyle interventions on weight loss, smoking cessation, and prevention of smoking relapse: a systematic review (Structured abstract)</u>

<b>Year</b>	<b>Author(s)</b>	<b>Title</b>
2004	Fang W L , Goldstein A O , Butzen A Y , Hartsock S A , Hartmann K E , Helton M and Lohr J A	<u>Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies (Structured abstract)</u>
2010	Song F , Huttunen-Lenz M and Holland R	<u>Effectiveness of complex psycho-educational interventions for smoking relapse prevention: an exploratory meta-analysis (Structured abstract)</u>
2003	Guise J M , Palda V , Westhoff C , Chan B K , Helfand M and Lieu T A	<u>The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: evidence review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force (Structured abstract)</u>
2014	Skouteris H , Nagle C , Fowler M , Kent B , Sahota P and Morris H	<u>Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: a systematic review (Structured abstract)</u>
2002	Norris S L , Nichols P J , Caspersen C J , Glasgow R E , Engelgau M , Jack L , Snyder S R , Carande-Kulis V G , Isham G , Garfield S , Briss P and McCulloch D	<u>Increasing diabetes self-management education in community settings: a systematic review (Structured abstract)</u>
2010	Coleman T , Agboola S , Leonardi-Bee J , Taylor M , McEwen A and McNeill A	<u>Relapse prevention in UK stop smoking services: current practice, systematic reviews of effectiveness and cost-effectiveness analysis (Structured abstract)</u>
2012	Ibanez G , deReynal de Saint Michel C , Denantes M , Saurel-Cubizolles MJ , Ringa V and Magnier AM	<u>Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women (Structured abstract)</u>
2010	Ingram L , MacArthur C , Khan K , Deeks JJ and Jolly K	<u>Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review (Structured abstract)</u>
2010	Ahmed AH and Sands LP	<u>Effect of pre- and post discharge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants (Structured abstract)</u>
2012	Surkan PJ , Gottlieb BR , McCormick MC , Hunt A and Peterson KE	<u>Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum .</u>
1997	Mullen PD , Richardson MA , Quinn VP and Ershoff DH	<u>Postpartum return to smoking: who is at risk and when.</u>
2004	Higgins ST , Heil SH , Solomon LJ , Bernstein IM , Lussier JP , Abel RL , Lynch ME and Badger GJ	<u>A pilot study on voucher-based incentives to promote abstinence from cigarette smoking during pregnancy and postpartum.</u>
2013	Stremler R , Hodnett E , Kenton L , Lee K , Weiss S , Weston J and Willan A	<u>Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum : multisite randomised controlled trial.</u>
2007	Kinnunen TI , Pasanen M , Aittasalo M , Fogelholm M , Weiderpass E and Luoto R	<u>Reducing postpartum weight retention--a pilot trial in primary health care.</u>
2005	Watson N , Milat AJ , Thomas M and Currie J	<u>The feasibility and effectiveness of pram walking groups for postpartum women in western Sydney.</u>
2001	Gennaro S , Thyangathyanga D , Kershbaumer R and Thompson J	<u>Health promotion and risk reduction in Malawi, Africa, village women.</u>
1998	Sampselle CM , Miller JM , Mims BL , Delancey JO , Ashton-Miller JA and Antonakos CL	<u>Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2002	Østbye T , Krause KM , Brouwer RJ , Lovelady CA , Morey MC , Bastian LA , Peterson BL , Swamy GK , Chowdhary J and McBride CM	<u>Active Mothers Postpartum (AMP): rationale, design, and baseline characteristics.</u>
2003	Chiarelli P , Murphy B and Cockburn J	<u>Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum.</u>
2002	Chabrol H , Teissedre F , Saint-Jean M , Teisseyre N , Sistac C , Michaud C and Roge B	<u>Detection, prevention and treatment of postpartum depression: A randomized, controlled study on a sample of 859 women. [French]</u>
2014	Tripette J , Murakami H , Gando Y , Kawakami R , Sasaki A , Hanawa S , Hirotsako A and Miyachi M	<u>Home-based active video games to promote weight loss during the postpartum period.</u>
1998	Secker-Walker RH , Solomon LJ , Flynn BS , Skelly JM and Mead PB	<u>Smoking relapse prevention during pregnancy. A trial of coordinated advice from physicians and individual counseling.</u>
2010	Pugh LC , Serwint JR , Frick KD , Nanda JP , Sharps PW , Spatz DL and Milligan RA	<u>A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers.</u>
2002	O'Toole ML , Sawicki MA and Artal R	<u>Structured diet and physical activity prevent postpartum weight retention.</u>
2013	Dennis CL	<u>Peer support for postpartum depression: volunteers' perceptions, recruitment strategies and training from a randomized controlled trial.</u>
1998	Gross SM , Caulfield LE , Bentley ME , Bronner Y , Kessler L , Jensen J and Paige VM	<u>Counseling and motivational videotapes increase duration of breast-feeding in African-American WIC participants who initiate breast-feeding.</u>
2011	Phelan S , Phipps MG , Abrams B , Darroch F , Schaffner A and Wing RR	<u>Randomized trial of a behavioral intervention to prevent excessive gestational weight gain: the Fit for Delivery Study.</u>
2011	Keller C , Records K , Ainsworth B , Belyea M , Permana P , Coonrod D , Vega-López S and Nagle-Williams A	<u>Madres para la Salud: design of a theory-based intervention for postpartum Latinas.</u>
2001	Lando HA , Valanis BG , Lichtenstein E , Curry SJ , McBride CM , Pirie PL and Grothaus LC	<u>Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: a comparison of 2 approaches.</u>
2012	Albright CL , Steffen AD , Novotny R , Nigg CR , Wilkens LR , Saiki K , Yamada P , Hedemark B , Maddock JE , Dunn AL and Brown WJ	<u>Baseline results from Hawaii's Nā Mikimiki Project: a physical activity intervention tailored to multiethnic postpartum women.</u>
2013	Kieffer EC , Caldwell CH , Welmerink DB , Welch KB , Sinco BR and Guzmán JR	<u>Effect of the healthy MOMs lifestyle intervention on reducing depressive symptoms among pregnant Latinas.</u>
2015	Sikander S , Maselko J , Zafar S , Haq Z , Ahmad I , Ahmad M , Hafeez A and Rahman A	<u>Cognitive-behavioral counseling for exclusive breastfeeding in rural pediatrics: A cluster RCT. Postpartum weight retention is associated with elevated ratio of oxidized LDL lipids to HDL-cholesterol.</u>
2013	Puhkala J , Luoto R , Ahotupa M , Raitanen J and Vasankari T	<u>Reducing smoking during pregnancy and postpartum : physician's advice supported by individual counseling.</u>
1998	Secker-Walker RH , Solomon LJ , Flynn BS , Skelly JM and Mead PB	<u>A behavioral-educational intervention to promote maternal and infant sleep: a pilot randomized, controlled trial.</u>
2006	Stremler R , Hodnett E , Lee K , MacMillan S , Mill C , Ongcangco L and Willan A	



<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2013	Dennis Cindy-Lee	<u>Peer support for postpartum depression: Volunteers' perceptions, recruitment strategies and training from a randomized controlled trial. [References]</u>
2013	Oken E , Patel R , Guthrie LB , Vilchuck K , Bogdanovich N , Sergeichick N , Palmer TM , Kramer MS and Martin RM	<u>Effects of an intervention to promote breastfeeding on maternal adiposity and blood pressure at 11.5 y postpartum : results from the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial, a cluster-randomized controlled trial.</u>
2011	Chase SK , Beatty JR and Ondersma SJ	<u>A randomized trial of the effects of anonymity and quasi anonymity on disclosure of child maltreatment-related outcomes among postpartum women.</u>
2010	Luoto RM , Kinnunen TI , Aittasalo M , Ojala K , Mansikkamäki K , Toropainen E , Kolu P and Vasankari T	<u>Prevention of gestational diabetes: design of a cluster-randomized controlled trial and one-year follow-up.</u>
2005	Lawrence T , Aveyard P , Cheng KK , Griffin C , Johnson C and Croghan E	<u>Does stage-based smoking cessation advice in pregnancy result in long-term quitters? 18-month postpartum follow-up of a randomized controlled trial.</u>
2008	Aittasalo M , Pasanen M , Fogelholm M , Kinnunen TI , Ojala K and Luoto R	<u>Physical activity counseling in maternity and child health care - a controlled trial.</u>
2008	Kinnunen TI , Aittasalo M , Koponen P , Ojala K , Mansikkamäki K , Weiderpass E , Fogelholm M and Luoto R	<u>Feasibility of a controlled trial aiming to prevent excessive pregnancy-related weight gain in primary health care.</u>
2007	Ebbeling CB , Pearson MN , Sorensen G , Levine RA , Hebert JR and Salkeld JA	<u>Conceptualization and development of a theory-based healthful eating and physical activity intervention for postpartum women who are low income</u>
2011	Haakstad LA and Bø K	<u>Effect of regular exercise on prevention of excessive weight gain in pregnancy: a randomised controlled trial.</u>
2013	Stremler R , Hodnett E , Kenton L , Lee K , Weiss S and Weston J	<u>Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum : multisite randomised controlled trial</u>
2002	Peterson KE , Sorensen G , Pearson M , Hebert JR , Gottlieb BR and McCormick MC	<u>Design of an intervention addressing multiple levels of influence on dietary and activity patterns of low-income, postpartum women.</u>
2005	Aveyard P , Lawrence T , Evans O and Cheng KK	<u>The influence of in-pregnancy smoking cessation programmes on partner quitting and women's social support mobilization: a randomized controlled trial [ISRCTN89131885].</u>
2012	Doherty T , Sanders D , Swanevelder S , Lombard C , Zembe W , Chopra M , Goga A , Colvin M , Fadnes LT , Engebretsen IMS , Tylleskar T , Van dePerre P , Ekstrom E-C , Meda N , Tumwine JK , Kankasa C and Jackson D	<u>Early cessation of breastfeeding amongst women in South Africa: an area needing urgent attention to improve child health.</u>
2000	Van't Hof SM , Wall MA , Dowler DW and Stark MJ	<u>Randomised controlled trial of a postpartum relapse prevention intervention.</u>
2007	Ondersma SJ , Svikis DS and Schuster CR	<u>Computer-based brief intervention a randomized trial with postpartum women.</u>
2001	Morrow AL and Guerrero ML	<u>From bioactive substances to research on breast-feeding promotion.</u>
2000	Taylor D	<u>More than personal change: effective elements of symptom management.</u>
2006	Althuisen E , VanPoppel MNM , Seidell JC , Van DerWijden C and VanMechelen W	<u>Design of the New Life(style) study: A randomised controlled trial to optimise maternal weight development during pregnancy. [ISRCTN85313483].</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2009	Kershaw TS , Magriples U , Westdahl C , Rising SS and Ickovics J	<u>Pregnancy as a window of opportunity for HIV prevention: effects of an HIV intervention delivered within prenatal care.</u>
2010	Krummel D , Semmens E , MacBride AM and Fisher B	<u>Lessons learned from the mothers' overweight management study in 4 West Virginia WIC offices.</u>
2014	N	<u>An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery.</u>
2009	Sandy JM , Anisfeld E and Ramirez E	<u>Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample.</u>
1995	Wall MA , Severson HH , Andrews JA , Lichtenstein E and Zoref L	<u>Pediatric office-based smoking intervention: impact on maternal smoking and relapse.</u>
2013	Milgrom P , Riedy CA , Weinstein P , Mancl LA , Garson G , Huebner CE , Smolen D and Sutherland M	<u>Design of a community-based intergenerational oral health study: "Baby Smiles".</u>
2004	Chapman DJ , Damio G , Young S and Pérez-Escamilla R	<u>Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial.</u>
2009	Petrova A , Ayers C , Stechna S , Gerling JA and Mehta R	<u>Effectiveness of exclusive breastfeeding promotion in low-income mothers: a randomized controlled study.</u>
2005	Polańska K , Hanke W and Sobala W	<u>Smoking relapse one year after delivery among women who quit smoking during pregnancy.</u>
2008	Heil SH , Higgins ST , Bernstein IM , Solomon LJ , Rogers RE , Thomas CS , Badger GJ and Lynch ME	<u>Effects of voucher-based incentives on abstinence from cigarette smoking and fetal growth among pregnant women.</u>
1990	Mayer JP , Hawkins B and Todd R	<u>A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic.</u>
2010	Fjeldsoe BS , Miller YD and Marshall AL	<u>MobileMums: a randomized controlled trial of an SMS-based physical activity intervention.</u>
1994	Secker-Walker RH , Solomon LJ , Flynn BS , Skelly JM , Lepage SS , Goodwin GD and Mead PB	<u>Individualized smoking cessation counseling during prenatal and early postnatal care.</u>
2013	Blalock JA , Minnix JA , Mathew AR , Wetter DW , McCullough JP and Cinciripini PM	<u>Relationship of childhood trauma to depression and smoking outcomes in pregnant smokers.</u>
2010	Thyrian JR , Freyer-Adam J , Hannöver W , Röske K , Mentzel F , Kufeld C , Bischof G , Rumpf HJ , John U and Hapke U	<u>Population-based smoking cessation in women post partum: adherence to motivational interviewing in relation to client characteristics and behavioural outcomes.</u>
2005	Labarere J , Gelbert-Baudino N , Ayras AS , Duc C , Berchotteau M , Bouchon N , Schelstraete C , Vittoz JP , Francois P and Pons JC	<u>Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs.</u>
2003	Wheatley SL , Brughra TS and Shapiro DA	<u>Exploring and enhancing engagement to the psychosocial intervention 'Preparing for Parenthood'.</u>
2008	Rosen IM , Krueger MV , Carney LM and Graham JA	<u>Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes.</u>
2012	Ekström A , Kylberg E and Nissen E	<u>A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: an intervention study.</u>
2012	Monteiro S , Jancey J , Howat P and Dhaliwal S	<u>Impact of the REFRESH randomised controlled trial on the physical activity behaviours of mothers with young children.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2005	Bonuck KA , Trombley M , Freeman K and McKee D	<u>Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months.</u>
1999	Lombardi W , Wilson S and Peniston PB	<u>Wellness intervention with pregnant soldiers.</u>
2009	Racine EF , Frick KD , Strobino D , Carpenter LM , Milligan R and Pugh LC	<u>How motivation influences breastfeeding duration among low-income women.</u>
2004	Gau ML	<u>Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study.</u>
2005	Kools EJ , Thijs C , Kester AD , van denBrandt PA and deVries H	<u>A breast-feeding promotion and support program a randomized trial in The Netherlands.</u>
2006	Gijsbers B , Mesters I , Knottnerus JA and VanSchayck CP	<u>Factors associated with the initiation of breastfeeding in asthmatic families: the attitude-social influence-self-efficacy model.</u>
2006	Polanska K and Hanke W	<u>Effectiveness of smoking cessation interventions for pregnant women--meta-analyses of randomized trials and description of the study performed in Poland</u>
1995	Sciacca JP , Phipps BL , Dube DA and Ratliff MI	<u>Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program.</u>
2000	Haider R , Ashworth A , Kabir I and Huttly SR	<u>Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial [see comments].</u>
2011	Nunes LM , Giugliani ER , Santo LC and deOliveira LD	<u>Reduction of unnecessary intake of water and herbal teas on breast-fed infants: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers.</u>
2011	Ickovics JR , Reed E , Magriples U , Westdahl C , Schindler Rising S and Kershaw TS	<u>Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomised controlled trial.</u>
2009	Agrasada GV and Kylberg E	<u>When and why Filipino mothers of term low birth weight infants interrupted breastfeeding exclusively.</u>
2013	Laster LE , Lovelady CA , West DG , Wiltheiss GA , Brouwer RJ , Stroo M and Østbye T	<u>Diet quality of overweight and obese mothers and their preschool children.</u>
1995	Secker-Walker RH , Solomon LJ , Flynn BS , Skelly JM , Lepage SS , Goodwin GD and Mead PB	<u>Smoking relapse prevention counseling during prenatal and early postnatal care.</u>
2010	Fung EB , Ritchie LD , Walker BH , Gildengorin G and Crawford PB	<u>Randomized, controlled trial to examine the impact of providing yogurt to women enrolled in WIC.</u>
1998	Caulfield LE , Gross SM , Bentley ME , Bronner Y , Kessler L , Jensen J , Weathers B and Paige DM	<u>WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American Women in Baltimore: effects on breastfeeding initiation and continuation.</u>
2013	Magoma M , Requejo J , Campbell O , Cousens S , Meriardi M and Filippi V	<u>The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: A cluster randomised trial.</u>
1994	Rossiter JC	<u>The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney.</u>
2013	Fjeldsoe BS , Miller YD and Marshall AL	<u>Social cognitive mediators of the effect of the MobileMums intervention on physical activity.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2014	Patel R , Oken E , Bogdanovich N , Matush L , Sevkovskaya Z , Chalmers B , Hodnett ED , Vilchuck K , Kramer MS and Martin RM	<u>Cohort profile: The promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT).</u>
2000	Elliott SA , Leverton TJ , Sanjack M , Turner H , Cowmeadow P , Hopkins J and Bushnell D	<u>Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression.</u>
2013	Lewycka S , Mwansambo C , Rosato M , Kazembe P , Phiri T , Mganga A , Chapota H , Malamba F , Kainja E , Newell ML , Greco G , Pulkki-Brännström AM , Skordis-Worrall J , Vergnano S , Osrin D and Costello A	<u>Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial.</u>
2011	Huang TT , Yeh CY and Tsai YC	<u>A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese childbearing women: a randomised controlled trial.</u>
2013	Kernot J , Olds T , Lewis LK and Maher C	<u>Effectiveness of a facebook-delivered physical activity intervention for post-partum women: a randomized controlled trial protocol.</u>
2006	deOliveira LD , Giugliani ER , do Espírito Santo LC , França MC , Weigert EM , Kohler CV and deLourenzi Bonilha AL	<u>Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems.</u>
2007	Parker D R , Windsor R A , Roberts M B , Hecht J , Hardy N V , Strolla L O and Lasater T M	<u>Feasibility, cost, and cost-effectiveness of a telephone-based motivational intervention for underserved pregnant smokers (Structured abstract)</u>
2013	Lewycka S , Mwansambo C , Rosato M , Kazembe P , Phiri T , Mganga A , Chapota H , Malamba F , Kainja E , Newell ML , Greco G , Pulkki-Brannstrom AM , Skordis-Worrall J , Vergnano S , Osrin D and Costello A	<u>Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial (Provisional abstract)</u>
2015	F Helmerhorst and R Kulier	<u>Cochrane Fertility Regulation Group</u>
2015	R Churchill , C Barbui , D Caldwell , A Cipriani , T Furukawa , S Gilbody , P Hazell , S Hetrick , V Hunot , J Ipser , D Jackson , R Lam , G Lewis , G Simon and R Turner	<u>Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group</u>
<b>Search Biomed - "Health Promotion" [TIAB] and "postpartum" [TIAB]</b>		
2015	Gideon Rutaremwa, Allen Kabagenyi, Stephen Wandera, Tapiwa Jhamba, Edith Akiror, Hellen Nviiri	<u>Predictors of modern contraceptive use during the postpartum period among women in Uganda: a population-based cross sectional study</u>
2014	Keiko Tanaka, Yoshihiro Miyake, Hitomi Okubo, Takashi Hanioka, Satoshi Sasaki, Nobuyuki Miyatake, Masashi Arakawa	<u>Calcium intake is associated with decreased prevalence of periodontal disease in young Japanese women</u>
2014	Colleen Keller, Barbara Ainsworth, Kathryn Records, Michael Todd, Michael Belyea, Sonia Vega-López, Paska Permana, Dean Coonrod, Allison Nagle-Williams	<u>A comparison of a social support physical activity intervention in weight management among post-partum Latinas</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2014	Krishnamurthy Jayanna, Prem Mony, Ramesh BM, Annamma Thomas, Ajay Gaikwad, Mohan HL, James F Blanchard, Stephen Moses, Lisa Avery	<u>Assessment of facility readiness and provider preparedness for dealing with postpartum haemorrhage and pre-eclampsia/eclampsia in public and private health facilities of northern Karnataka, India: a cross-sectional study</u>
2014	Elinor John, Dunla M Cassidy, Rebecca Playle, Karen Jewell, David Cohen, Donna Duncan, Robert G Newcombe, Monica Busse, Eleri Owen-Jones, Nefyn Williams, Mirella Longo, Amanda Avery, Sharon A Simpson	<u>Healthy eating and lifestyle in pregnancy (HELP): a protocol for a cluster randomised trial to evaluate the effectiveness of a weight management intervention in pregnancy</u>
2014	Michael Reichenheim, Claudia Moraes, Claudia Lopes, Gustavo Lobato	<u>The role of intimate partner violence and other health-related social factors on postpartum common mental disorders: a survey-based structural equation modelling analysis</u>
2014	Kristiina Rönö, Beata Stach-Lempinen, Miira M Klemetti, Risto J Kaaja, Maritta Pöyhönen-Alho, Johan G Eriksson, Saila B Koivusalo, On behalf of RADIEL group	<u>Prevention of gestational diabetes through lifestyle intervention: study design and methods of a Finnish randomized controlled multicenter trial (RADIEL)</u>
2014	Anne von Ruesten, Anne Brantsæter, Margaretha Haugen, Helle Meltzer, Kirsten Mehlig, Anna Winkvist, Lauren Lissner	<u>Adherence of pregnant women to Nordic dietary guidelines in relation to postpartum weight retention: results from the Norwegian Mother and Child Cohort Study</u>
2014	Lars A Hagberg, Hilde K Brekke, Fredrik Bertz, Anna Winkvist	<u>Cost-utility analysis of a randomized controlled weight loss trial among lactating overweight/obese women</u>
2013	Jennifer A Callaghan-Koru, Bareng AS Nonyane, Tanya Guenther, Deborah Sitrin, Reuben Ligowe, Emmanuel Chimbalanga, Evelyn Zimba, Fannie Kachale, Rashed Shah, Abdullah H Baqui	<u>Contribution of community-based newborn health promotion to reducing inequities in healthy newborn care practices and knowledge: evidence of improvement from a three-district pilot program in Malawi</u>
2013	Diane C Berry, Madeline Neal, Emily G Hall, Todd A Schwartz, Sarah Verbiest, Karen Bonuck, William Goodnight, Seth Brody, Karen F Dorman, Mary K Menard, Alison M Stuebe	<u>Rationale, design, and methodology for the optimizing outcomes in women with gestational diabetes mellitus and their infants study</u>
2013	Sushmita Das, Ujwala Bapat, Neena Shah More, Glyn Alcock, Wasundhara Joshi, Shanti Pantvaiddya, David Osrin	<u>Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums</u>
2013	Haya Hamade, Monique Chaaya, Matilda Saliba, Rawan Chaaban, Hibah Osman	<u>Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in Lebanon: a cross-sectional study</u>
2013	Mahsa Jessri, Anna P Farmer, Katerina Maximova, Noreen D Willows, Rhonda C Bell, APrON Study Team	<u>Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study</u>
2013	Tracey Borland, Alexey Babayan, Saeeda Irfan, Robert Schwartz	<u>Exploring the adequacy of smoking cessation support for pregnant and postpartum women</u>
2013	Manuela Pfinder, Anton E Kunst, Reinhold Feldmann, Manon van Eijsden, Tanja G M Vrijkotte	<u>Preterm birth and small for gestational age in relation to alcohol consumption during pregnancy: stronger associations among vulnerable women? results from two large Western-European studies</u>
2013	Linda Reme Sagedal, Nina C Øverby, Hilde Lohne-Seiler, Elling Bere, Monica K Torstveit, Tore Henriksen, Ingvild Vistad	<u>Study protocol: fit for delivery - can a lifestyle intervention in pregnancy result in measurable health benefits for mothers and newborns? A randomized controlled trial</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2010	Monique Chaaya, Hibah Osman, Georges Naassan, Ziyad Mahfoud	<u>Validation of the Arabic version of the Cohen perceived stress scale (PSS-10) among pregnant and postpartum women</u>
2010	Heather J Rowe, Jane RW Fisher	<u>Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach</u>
2010	Riitta M Luoto, Tarja I Kinnunen, Minna Aittasalo, Katriina Ojala, Kirsi Mansikkamäki, Erja Toropainen, Päivi Kolu, Tommi Vasankari	<u>Prevention of Gestational Diabetes: Design of a Cluster-Randomized Controlled Trial and One-Year Follow-Up</u>
2008	Minna Aittasalo, Matti Pasanen, Mikael Fogelholm, Tarja I Kinnunen, Katriina Ojala, Riitta Luoto	<u>Physical activity counseling in maternity and child health care – a controlled trial</u>
2008	Tarja I Kinnunen, Minna Aittasalo, Päivikki Koponen, Katriina Ojala, Kirsi Mansikkamäki, Elisabete Weiderpass, Mikael Fogelholm, Riitta Luoto	<u>Feasibility of a controlled trial aiming to prevent excessive pregnancy-related weight gain in primary health care</u>
2007	Tarja I Kinnunen, Matti Pasanen, Minna Aittasalo, Mikael Fogelholm, Elisabete Weiderpass, Riitta Luoto	<u>Reducing postpartum weight retention – a pilot trial in primary health care</u>
2006	Ellen Althuisen, Mireille NM van Poppel, Jacob C Seidell, Carla van der Wijden, Willem van Mechelen	<u>Design of the New Life(style) study: a randomised controlled trial to optimise maternal weight development during pregnancy. [ISRCTN85313483]</u>

**Search Google Scholar - allintitle: postpartum "Health Promotion"**

1992	Yoo, E. K.	<u>Health promotion. Health promoting behavior for women's health: an analysis on meanings of Sanhujori. Korea, postpartum care</u>
2012	Fowles, E. R., Cheng, H. R., & Mills, S.	<u>Postpartum health promotion interventions: A systematic review</u>
2012	Walker, L. O., Im, E. O., & Vaughan, M. W.	<u>Communication Technologies and Maternal Interest in Health - Promotion Information about Postpartum Weight and Parenting Practices</u>
2012	Surkan, P. J., Gottlieb, B. R., McCormick, M. C., Hunt, A., & Peterson, K. E.	<u>Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum</u>
2013	Fahey, J. O., & Shenassa, E.	<u>Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model</u>
2010	Walker, L. O., Kim, S., Sterling, B. S., & Latimer, L.	<u>Developing Health Promotion Interventions: A Multisource Method Applied to Weight Loss Among Low - Income Postpartum Women</u>
1986	Rovers, R.	The development and evaluation of a postpartum health promotion program based on a self identification of learning needs.
1989	Chen, L. M., Ho, S. L., Chen, S. M., & Chen, H. T.	The Model of Maternal-Child Health Service–Health Promotion Model for Pregnant and Postpartum Women and Neonate. Department of Health, Executive Yuan, Taipei.
2000	Dickstein, S., Seifer, R., & Magee, K. D.	Mental health promotion in early Head Start: Lessons from research on postpartum depression. In Fifth Head Start National Research Conference, Washington, DC.

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2003	Wannarachoo, C.	<u>The Effectiveness of a Breast-feeding Promotion Programme in Postpartum Women at Health Promotion Center Region 1 Bangkok</u>
2015	Walker, L. O., Murphey, C. L., & Nichols, F.	<u>The Broken Thread of Health Promotion and Disease Prevention for Women During the Postpartum Period</u>
2014	Phillips, J. L.	<u>Health Promotion in the Postpartum Arena</u>
-	Adams, L.	<u>Health Promotion for Postpartum Women.</u>
1985	Harrison, C.	<u>Postpartum parent support: a federal health promotion campaign.</u>
2002	Pongthanee, K.	<u>The Effectiveness of Health Promotion Program in Weight Control for Postpartum Women Aged 35 Years and Older Attending Pramongkutklao Hospital, Royal Thai Army. Mahidol University.</u>
	Chartier, M. J., Attawar, D., Volk, J. S., Cooper, M., Quddus, F., &	
2015	McCarthy, J. A.	<u>Postpartum Mental Health Promotion: Perspectives from Mothers and Home Visitors</u>
<b>Search Pub Med -"Women's views" &amp; "Postnatal care"</b>		
2015	McLelland G, Hall H, Gilmour C, Cant R.	<u>Support needs of breast-feeding women: views of Australian midwives and health nurses.</u>
	Forster DA, Savage TL, McLachlan HL, Gold L, Farrell T, Rayner	
2014	J, Yelland J, Rankin B, Lovell B.	<u>Individualised, flexible postnatal care: a feasibility study for a randomised controlled trial.</u>
2013	Brodribb W, Zadoroznyj M, Dane A.	<u>The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice.</u>
2013	Hoang H, Le Q.	<u>Comprehensive picture of rural women's needs in maternity care in Tasmania, Australia.</u>
2014	Martin A, Horowitz C, Balbierz A, Howell EA.	<u>Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery.</u>
2013	Rayner JA, McLachlan HL, Peters L, Forster DA.	<u>Care providers' views and experiences of postnatal care in private hospitals in Victoria, Australia.</u>
	Patel JP, Auyeung V, Patel RK, Marsh MS, Green B, Arya R,	
2012	Davies JG	<u>Women's views on and adherence to low-molecular-weight heparin therapy during pregnancy and the puerperium.</u>
2013	Rowe HJ, Holton S, Fisher JR.	<u>Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources.</u>
2012	Beake S, Bick D, Weavers A.	<u>Revising care to meet maternal needs post birth: an overview of the hospital to home postnatal study.</u>
2013	Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA.	<u>Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support.</u>
2012	Begley CM, Guilliland K, Dixon L, Reilly M, Keegan C.	<u>Irish and New Zealand midwives' expertise in expectant management of the third stage of labour: the 'MEET' study.</u>
2012	Larkin P, Begley CM, Devane D.	<u>'Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland.</u>
2010	Bailey S.	<u>Postnatal care: exploring the views of first-time mothers.</u>
2011	Amorim Francisco A, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM,	<u>Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross-sectional study in Brazil.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2010	Redshaw M, Hockley C.	<u>Institutional processes and individual responses: women's experiences of care in relation to caesarean birth.</u>
2010	Floris L, Mermillod B, Chastonay P.	<u>Translation and validation in French of a multidimensional scale to evaluate the degree of satisfaction during childbirth.</u>
2009	Guest ML, Stamp GE.	<u>South Australian rural women's views of their pregnancy, birthing and postnatal care.</u>
2009	McLachlan HL, Gold L, Forster DA, Yelland J, Rayner J, Rayner S.	<u>Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia.</u>
2008	Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S.	<u>The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia.</u>
2007	Gibb S, Hundley V.	<u>What psychosocial well-being in the postnatal period means to midwives.</u>
2005	Thairu LN, Pelto GH, Rollins NC, Bland RM, Ntshangase N.	<u>Sociocultural influences on infant feeding decisions among HIV-infected women in rural Kwa-Zulu Natal, South Africa.</u>
2005	Doggett C, Burrett S, Osborn DA.	<u>Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem.</u>
2005	Brown SJ, Davey MA, Bruinsma FJ.	<u>Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000.</u>
2005	Baker L, Lavender T, Tincello D.	<u>Factors that influence women's decisions about whether to participate in research: an exploratory study.</u>
2003	Bruinsma F, Brown S, Darcy MA.	<u>Having a baby in Victoria 1989-2000: women's views of public and private models of care.</u>
2003	MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Lilford RJ, Lancashire RJ, Knowles H, Braunholtz DA, Henderson C, Belfield C, Gee H, van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A.	<u>Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs.</u>
2003	Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH.	<u>Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best".</u>
2003	Hundley, V., Penney, G., Fitzmaurice, A., van Teijlingen, E., & Graham, W.	<u>Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial.</u>
2002	Ladfors L, Eriksson M, Mattsson LA, Kylebäck K, Magnusson L, Milsom I.	<u>A comparison of data obtained from service providers and service users to assess the quality of maternity care.</u>
2001	Farquhar M, Camilleri-Ferrante C, Todd C.	<u>A population based study of Swedish women's opinions about antenatal, delivery and postpartum care.</u>
2000	Hundley V, Rennie AM, Fitzmaurice A, Graham W, van Teijlingen E, Penney G.	<u>Continuity of care in maternity services: women's views of one team midwifery scheme.</u>
2000	Woollett A, Dosanjh N, Nicolson P, Marshall H, Djhanbakhch O, Hadlow J.	<u>A national survey of women's views of their maternity care in Scotland.</u>
1995	Stamp GE, Crowther CA.	<u>The ideas and experiences of pregnancy and childbirth of Asian and non-Asian women in east London.</u>
1994		<u>Women's views of their postnatal care by midwives at an Adelaide Women's Hospital.</u>

**Search Cochrane - Women's views AND "Postnatal care"**



<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
2002	Stephanie Brown , Rhonda Small , Brenda Argus , Peter G Davis and Ann Krastev	<a href="#"><u>Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants</u></a>
2013	Jane Sandall , Hora Soltani , Simon Gates , Andrew Shennan and Declan Devane	<a href="#"><u>Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women</u></a>
2012	Mary J Renfrew , Felicia M McCormick , Angela Wade , Beverley Quinn and Therese Dowswell	<a href="#"><u>Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies</u></a>
2014	Philippa Middleton and Caroline A Crowther	<a href="#"><u>Reminder systems for women with previous gestational diabetes mellitus to increase uptake of testing for type 2 diabetes or impaired glucose tolerance</u></a>
2012	Ellen D Hodnett , Soo Downe and Denis Walsh	<a href="#"><u>Alternative versus conventional institutional settings for birth</u></a>
2013	Cindy-Lee Dennis and Therese Dowswell	<a href="#"><u>Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression</u></a>
2012	Catherine Turnbull and David A Osborn	<a href="#"><u>Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem</u></a>
2013	Tina Lavender , Yana Richens , Stephen J Milan , Rebecca MD Smyth and Therese Dowswell	<a href="#"><u>Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum</u></a>
2009	Therese Dowswell , Philippa Middleton and Andrew Weeks	<a href="#"><u>Antenatal day care units versus hospital admission for women with complicated pregnancy</u></a>
2003	MacArthur C , Winter HR , Bick DE , Lilford RJ , Lancashire RJ , Knowles H , Braunholtz DA , Henderson C , Belfield C and Gee H	<a href="#"><u>Redesigning postnatal care : a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs.</u></a>
2004	Boulvain M , Perneger TV , Othenin-Girard V , Petrou S , Berner M and Irion O	<a href="#"><u>Home-based versus hospital-based postnatal care : a randomised trial.</u></a>
2002	MacArthur C , Winter HR , Bick DE , Knowles H , Lilford R , Henderson C , Lancashire RJ , Braunholtz DA and Gee H	<a href="#"><u>Effects of redesigned community postnatal care on women's' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial.</u></a>
2003	Biró MA , Waldenström U , Brown S and Pannifex JH	<a href="#"><u>Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial.</u></a>
2002	Reid M , Glazener C , Murray GD and Taylor GS	<a href="#"><u>A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support.</u></a>

#### **Search Biomed - "Women's views" [TIAB] and "postnatal care" [TIAB]**

2014	Della A Forster, Tracey L Savage, Helen L McLachlan, Lisa Gold, Tanya Farrell, Jo Rayner, Jane Yelland, Bree Rankin, Belinda Lovell	<a href="#"><u>Individualised, flexible postnatal care: a feasibility study for a randomised controlled trial</u></a>
2012	Debra Bick, Trevor Murrells, Annette Weavers, Val Rose, Julie Wray, Sarah Beake	<a href="#"><u>Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: a pre and post intervention study in one English maternity unit</u></a>
2008	Della A Forster, Helen L McLachlan, Jo Rayner, Jane Yelland, Lisa Gold, Sharon Rayner	<a href="#"><u>The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia</u></a>

#### **Search Google Scholar - allintitle: "Women's views" "postnatal care"**

2005	Brown, S. J., Davey, M. A., & Bruinsma, F. J.	<a href="#"><u>Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000</u></a>
------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
2008	Forster, D. A., McLachlan, H. L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L., & Rayner, S.	<u>The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia</u>
2005	Beake, S., McCourt, C., & Bick, D.	Women's views of hospital and community-based postnatal care: the good, the bad and the indifferent. Evidence Based Midwifery, 3(2), 80-86.
1994	Stamp, G. E., & Crowther, C. A.	<u>Women's views of their postnatal care by midwives at an Adelaide Women's Hospital</u>
2009	McLachlan, H. L., Gold, L., Forster, D. A., Yelland, J., Rayner, J., & Rayner, S.	<u>Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia</u>
2009	Guest, M., & Stamp, G. E.	<u>South Australian rural women's views of their pregnancy, birthing and postnatal care</u>
2011	Smith, L. F.	<u>Postnatal care: development of a psychometric multidimensional satisfaction questionnaire (the WOMBPNSQ) to assess women's views</u>
2007	Forster, D., Rayner, J., Yelland, J., McLachlan, H., Rayner, S., & Gold, L.	A 'patient preference' approach to individualised, flexible postnatal care: exploring women's views using focus groups. Melbourne, Mother and Child Health Research, La Trobe University.
2007	Forster, D., Rayner, S., McLachlan, H., Rayner, J., Yelland, J., & Gold, L.	
2011	Biro, M. A., Sutherland, G., Yelland, J., & Brown, S.	Women's views and experiences of domiciliary postnatal care. Women and Birth, 24, S11.
2011	Hocking, J., McLachlan, H., Forster, D., & Morton, H.	Exploring women's views of home-based postnatal care. Women and Birth, 24, S11.
2013	Beake S, Acosta L, Cooke P, McCourt C.	<u>Caseload midwifery in a multi-ethnic community: the women's experiences.</u>
2013	Cheyne H, McCourt C, Semple K.	<u>Mother knows best: developing a consumer led, evidence informed, research agenda for maternity care.</u>
2013	Dynes M, Buffington ST, Carpenter M, Handley A, Kelley M,	<u>Strengthening maternal and newborn health in rural Ethiopia: early results from frontline health worker community maternal and newborn health training.</u>
2013	Tadesse L, Beyene HT, Sibley L.	<u>Midwives perspectives of their training and education requirements in maternal obesity: a qualitative study.</u>
2013	Heslehurst N, Russell S, McCormack S, Sedgewick G, Bell R, Rankin J.	<u>Effect of the Newhints home-visits intervention on neonatal mortality rate and care practices in Ghana: a cluster randomised controlled trial.</u>
2013	Kirkwood BR, Manu A, ten Asbroek AH, Soremekun S,	<u>Parental self-efficacy and its measurement - an evaluation of a parental self-efficacy measurement scale.</u>
2013	Purssell E, While A.	<u>Validation of the postnatal perceived stress inventory in a French speaking population of primiparous women.</u>
2013	Razurel C, Kaiser B, Dupuis M, Antonietti JP, Sellenet C, Epiney M.	<u>A public health perspective of women's experiences of antenatal care: an exploration of insights from a community consultation.</u>
2013	Thomson G, Dykes F, Singh G, Cawley L, Dey P.	<u>The postnatal support needs of mothers with an intellectual disability.</u>
2013	Wilson S, McKenzie K, Quayle E, Murray GC.	<u>Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis.</u>
2013	Yoshida Y, Sandall J.	<u>A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings.</u>
2012	Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D.	

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2012	Bick D.	<u>Reducing postnatal morbidity.</u>
2012	Bick DE, Rose V, Weavers A, Wray J, Beake S.	<u>How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice.</u>
2012	Iyengar K, Yadav R, Sen S.	<u>Consequences of maternal complications in women's lives in the first postpartum year: a prospective cohort study.</u>
2012	Iyengar K.	<u>Early postpartum maternal morbidity among rural women of Rajasthan, India: a community-based study.</u>
2012	Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P	<u>First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression.</u>
2012	McCourt C, Rayment J, Rance S, Sandall J.	<u>Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: an analysis from the birthplace organisational case studies.</u>
2012	Thomson G, Bilson A, Dykes F.	<u>Implementing the WHO/UNICEF Baby Friendly Initiative in the community: a 'hearts and minds' approach.</u>
2012	Way S	<u>A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality.</u>
2011	Brown A, Raynor P, Lee M.	<u>Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community.</u>
2011	Christie J, Bunting B.	<u>The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: cluster randomised trial.</u>
2011	Emmanuel EN, Creedy DK, St John W, Brown C.	<u>Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth.</u>
2011	Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M.	<u>Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study.</u>
2011	Rojahn, R	<u>Community-Based Intervention Packages for Reducing Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality and Improving Neonatal Outcomes: A Review Synopsis</u>
2011	Wylie L, Hollins Martin CJ, Marland G, Martin CR, Rankin J.	<u>The enigma of post-natal depression: an update.</u>
2010	Beake S, Rose V, Bick D, Weavers A, Wray J	<u>A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit.</u>
2010	Jardri R, Maron M, Pelta J, Thomas P, Codaccioni X,	<u>Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post delivery: a quality improvement report.</u>
2010	Lazenbatt A.	<u>Safeguarding children and public health: midwives' responsibilities.</u>
2010	Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H.	<u>Breast feeding initiation and duration: comparison of French and German mothers.</u>
2010	Yelland J, Sutherland G, Brown SJ.	<u>Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women.</u>
2009	Lazenbatt A, Thompson-Cree ME.	<u>Recognizing the co-occurrence of domestic and child abuse: a comparison of community- and hospital-based midwives.</u>
2009	O'Dwyer P.	<u>Public health nurses' contribution to maternal and infant health in Ireland.</u>

<u>Year</u>	<u>Author(s)</u>	<u>Title</u>
2009	Schmied V, Cooke M, Gutwein R, Steinlein E, Homer C.	<u>An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital.</u>
2009	Yelland J, Krastev A, Brown S.	<u>Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals.</u>
2008	Dzakpasu S, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Duggan J, Neusy E	<u>The Canadian maternity experiences survey: design and methods.</u>
2008	Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, Schmied V.	<u>Miller Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) trial: design, method and sample description.</u>
2008	Rayner JA, McLachlan HL, Forster DA, Peters L, Yelland J.	<u>A statewide review of postnatal care in private hospitals in Victoria, Australia.</u>
2008	Schmied V, Cooke M, Gutwein R, Steinlein E, Homer C.	<u>Time to listen: strategies to improve hospital-based postnatal care.</u>
2008	Ward VP, Charlett A, Fagan J, Crawshaw SC.	<u>Enhanced surgical site infection surveillance following caesarean section: experience of a multicentre collaborative post-discharge system.</u>
2007	Herron-Marx S, Williams A, Hicks C.	<u>A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity.</u>
2007	Hildingsson IM.	<u>New parents' experiences of postnatal care in Sweden.</u>
2007	Leahy-Warren P.	<u>Social support for first-time mothers: an Irish study.</u>
2007	Rudman A, Waldenström U.	<u>Critical views on postpartum care expressed by new mothers.</u>
2007	Williams A, Herron-Marx S, Knibb R.	<u>The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors.</u>
2006	Geller SE, Cox SM, Kilpatrick SJ.	<u>A descriptive model of preventability in maternal morbidity and mortality.</u>
2006	Wilkins C	<u>A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting.</u>
2005	Beldon A, Crozier S.	<u>Health promotion in pregnancy: the role of the midwife.</u>
2005	Mallikarjun PK, Oyebode F.	<u>Prevention of postnatal depression.</u>
2004	Petrou S, Boulvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T, Irion O.	<u>Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation.</u>
2003	Cronin C, McCarthy G.	<u>First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences.</u>
2003	Dana SN, Wambach KA.	<u>Patient satisfaction with an early discharge home visit program.</u>
2002	Gagnon AJ, Dougherty G, Jimenez V, Leduc N.	<u>Randomized trial of postpartum care after hospital discharge.</u>
2001	Dowswell T, Renfrew MJ, Gregson B, Hewison J.	<u>A review of the literature on women's views on their maternity care in the community in the UK.</u>
2001	Homer CS, Davis GK, Brodie PM, Sheehan A, Barclay LM, Wills J, Chapman MG.	<u>Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care.</u>
2000	Furber CM.	<u>An exploration of midwives' attitudes to health promotion.</u>
2000	Martell LK.	<u>The hospital and the postpartum experience: a historical analysis.</u>
1999	Keppler AB, Roudebush JL.	<u>Postpartum follow-up care in a hospital-based clinic: an update on an expanded program.</u>

<b><u>Year</u></b>	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Title</u></b>
1999	Lawrence JM, Ershoff D, Mendez C, Petitti DB.	<u>Satisfaction with pregnancy and newborn care: development and results of a survey in a health maintenance organization.</u>
1998	Ransjö-Arvidson AB, Chintu K, Ng'andu N, Eriksson B, Susu B, Christensson K, Diwan VK.	<u>Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia.</u>
1995	Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT.	<u>Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment.</u>
1993	Twaddle S, Liao XH, Fyvie H.	<u>An evaluation of postnatal care individualised to the needs of the woman.</u>
1992	Nolte AG.	<u>The standards for postnatal care by the midwife in the hospital and the community.</u>
1991	Marsh J, Sargent E.	<u>Factors affecting the duration of postnatal visits.</u>
1989	Smith MP.	<u>Postnatal concerns of mothers: an update.</u>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7 – Ερωτηματολόγιο

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Αυτό το σύντομο ερωτηματολόγιο ζητάει τις απόψεις σας για τη φροντίδα που λάβατε αμέσως μετά τη γέννηση του μωρού σας. Έχει τρεις ενότητες:

- 1 – σας δίνει την ευκαιρία να μας πείτε για τα καλύτερα σημεία της φροντίδας που λάβατε στην περίοδο της λοχείας και επίσης για περιοχές που χρειάζονται βελτίωση
- 2 – σας ζητάει να δείξετε πόσο έντονα συμφωνείτε ή διαφωνείτε με μια σειρά δηλώσεων σχετικά με την φροντίδα που λάβατε την περίοδο της λοχείας
- 3 – είναι η ενότητα αυτή που μπορείτε να μας πείτε λίγα λόγια για τον τοκετό σας, ώστε να μπορέσουμε να συγκρίνουμε τις απόψεις σας με αυτές των γυναικών που είχαν παρόμοιες ή διαφορετικές εμπειρίες στην εγκυμοσύνη τους

#### Ενότητα 1: Σας παρακαλούμε να μας μιλήσετε για την φροντίδα που λάβατε την περίοδο της λοχείας

Ποιά ήταν τα **καλύτερα πράγματα** από την φροντίδα που λάβατε στη διάρκεια της λοχείας από τους επαγγελματίες υγείας (μαίες, γιατρούς, νοσηλεύτριες κλπ);

- οδηγίες- εκπαίδευση στους γονείς
- περιποίηση- φροντίδα στη μητέρα και το μωρό
- βοήθεια με τον θηλασμό- σίτιση του μωρού
- ενθάρρυνση- ψυχολογική υποστήριξη
- το δωμάτιο και οι λοιποί χώροι στο νοσοκομείο
- Άλλο (παρακαλείστε να σημειώσετε επιγραμματικά)

.....  
.....  
Ποια ήταν τα πράγματα που χρειάζονταν την μεγαλύτερη βελτίωση από την φροντίδα που λάβατε στη διάρκεια της λοχείας από τους επαγγελματίες υγείας (μαίες, γιατρούς, νοσηλεύτριες κλπ);

- οδηγίες- εκπαίδευση στους γονείς
  - περιποίηση- φροντίδα στη μητέρα και το μωρό
  - βοήθεια με τον θηλασμό- σίτιση του μωρού
  - ενθάρρυνση- ψυχολογική υποστήριξη
  - το δωμάτιο και οι λοιποί χώροι στο νοσοκομείο
  - Άλλο (παρακαλείστε να σημειώσετε επιγραμματικά)
- .....  
.....

**Ενότητα 2: Σας παρακαλούμε να μας αναφέρετε πόσο έντονα συμφωνείτε ή διαφωνείτε με διάφορες πτυχές της φροντίδας που λάβατε στην περίοδο της λοχείας**

*Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις. Δηλώστε πόσο έντονα συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε ερώτηση. Για κάθε ερώτηση κυκλώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτό που σκέφτεστε. Για κάθε ερώτηση υπάρχουν επτά πιθανές απαντήσεις . Αυτές είναι ότι: συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ πολύ, συμφωνώ, είμαι ουδέτερη, διαφωνώ, διαφωνώ πολύ, διαφωνώ απόλυτα με την ερώτηση. "Είμαι ουδέτερη" σημαίνει ότι δεν έχετε κάποια προτίμηση έτσι ή αλλιώς. Για παράδειγμα:*

*Το προσωπικό της κλινικής δεν ενδιαφερόταν...*

συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα

**Μερικές ερωτήσεις μπορεί να είναι παρόμοιες. Παρακαλούμε να τις απαντήσετε όλες. Αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό για την επιτυχία της έρευνας. Ευχαριστούμε. Θα σας πάρει γύρω στα 15 λεπτά. Καλή επιτυχία!**

**Η λέξη "επαγγελματίες υγείας" χρησιμοποιείται σε πολλές ερωτήσεις . Αυτή σημαίνει τις μαίες, τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες που σας παρείχαν φροντίδα στην περίοδο της λοχείας.**

---

Παρακαλούμε ξεκινήστε εδώ:

**Ο σύντροφος/ σύζυγός μου δεν θα μπορούσε να με είχε στηρίξει καλύτερα με οποιονδήποτε τρόπο ...**

συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα

**Οι επαγγελματίες υγείας με ενημέρωσαν ικανοποιητικά για θέματα αντισύλληψης...**

συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα

**Για τη φροντίδα που είχα στη λοχεία (την περίοδο μετά τη γέννηση του μωρού μου) έβλεπα πάντα τους ίδιους επαγγελματίες υγείας ...**

συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα

**Οι επαγγελματίες υγείας που με φρόντιζαν συχνά φαίνονταν βιαστικοί...**

συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα

**Θα ήθελα να πήγαινα σπίτι μου πολύ πιο σύντομα μετά τον τοκετό...**

συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα



**Υπάρχουν πράγματα σχετικά με το σύστημα φροντίδας της λοχείας, εκεί όπου νοσηλεύτηκα, που πρέπει να βελτιωθούν...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Μερικές φορές οι επαγγελματίες υγείας με έκαναν να αισθανθώ λίγο ανόητη...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Ο χρόνος που έμεινα στο νοσοκομείο μετά τη γέννηση του μωρού μου ήταν όσο έπρεπε ...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Θα ήθελα να είχα περισσότερες οδηγίες για το τάισμα του μωρού...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Ο σύντροφος/σύζυγός μου, μου έδωσε την μεγαλύτερη βοήθεια μετά τη γέννηση του μωρού...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Οι επαγγελματίες υγείας ποτέ δεν συμπεριφέρθηκαν με ψυχρό επαγγελματισμό ή απρόσωπα απέναντί μου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως μου αφιέρωναν πολύ χρόνο...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Μου δόθηκαν λίγες συμβουλές για την αντισύλληψη μετά τη γέννηση του μωρού μου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Είχα αρκετό πόνο τις πρώτες ημέρες/ εβδομάδες μετά τον τοκετό...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Η φροντίδα που έλαβα την περίοδο της λοχείας ήταν σχεδόν ακριβώς όπως ήλπιζα ότι θα ήταν...**

*συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα*

**Πολλοί διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας με εξέταζαν κατά την περίοδο της λοχείας...**

*συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα*

**Μου δόθηκαν άριστες εξηγήσεις γιατί είχα υστερόπονους και πώς μπορούσα να τους αντιμετωπίσω...**

*συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα*

**Η φροντίδα που είχα στη λοχεία φάνηκε να περιλαμβάνει μια σειρά από διαδικασίες ρουτίνας...**

*συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα*

**Έκανα καινούριες φιλίες τις πρώτες ημέρες/εβδομάδες μετά την γέννηση του μωρού μου...**

*συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα*

**Θα ήταν τόσο πολύ καλύτερα εάν έμενα περισσότερες μέρες στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό...**

*συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα*

**Δεν χρειάστηκα πολλά παυσίπονα μετά τον τοκετό...**

*συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα*

**Οι επαγγελματίες υγείας συμπεριφέρονταν με επαγγελματισμό όλες τις φορές...**

*συμφωνώ απόλυτα    συμφωνώ πολύ    συμφωνώ    είμαι ουδέτερη    διαφωνώ    διαφωνώ πολύ    διαφωνώ απόλυτα*

**Η φροντίδα που έλαβα στη λοχεία ήταν σχεδόν τέλεια...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Οι συναντήσεις κατά την περίοδο της λοχείας με άλλες μητέρες που είχαν γεννήσει πρόσφατα δεν μου χρησίμευσαν καθόλου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Οι επαγγελματίες υγείας που με φρόντιζαν στην περίοδο της λοχείας μερικές φορές βιάζονταν πάρα πολύ...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Θα μπορούσα να είχα λίγη περισσότερη βοήθεια από τον σύντροφο/σύζυγό μου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Λίγος περισσότερος χρόνος να αφιερωνόταν στην υγεία μου θα ήταν καλοδεχούμενος...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Χρειάζομαι να μείνω περισσότερο χρόνο στο νοσοκομείο για να συνηθίσω να φροντίζω το καινούριο μου μωρό...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Οι επαγγελματίες υγείας σπάνια με άφησαν να αισθάνομαι ότι δεν ήξερα τι ήταν καλύτερο για το μωρό...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Ήταν καθησυχαστικό να συναντήσω άλλες γυναίκες σαν εμένα μετά τη γέννηση του μωρού μου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Οι επαγγελματίες υγείας ποτέ δεν συμπεριφέρθηκαν χωρίς ευαισθησία ή κατανόηση...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Θα ήθελα περισσότερες ευκαιρίες να μιλήσω με τους επαγγελματίες υγείας για ιατρικές οδηγίες σχετικά με την φροντίδα του εαυτού μου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Μου δόθηκε μεγάλη βοήθεια για το πώς να ταΐζω το μωρό μου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Οι επαγγελματίες υγείας συζήτησαν μαζί μου όλες τις επιλογές αντισύλληψης που είχα μετά τη γέννηση του μωρού μου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Οι επαγγελματίες υγείας που με φρόντισαν θα έπρεπε μερικές φορές να μου έδειχναν λίγο περισσότερο σεβασμό...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Χρειαζόμουν περισσότερο χρόνο με τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μπορούσαν να με βοηθήσουν περισσότερο...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Υπάρχουν ορισμένα πράγματα σχετικά με τη φροντίδα της λοχείας που έλαβα που θα μπορούσαν να ήταν καλύτερα...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Μετά τον τοκετό θα ήθελα περισσότερες ευκαιρίες να μιλήσω με τους γιατρούς για ιατρικές οδηγίες...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πάντα μου συμπεριφέρονταν με τον πιο φιλικό και ευγενικό τρόπο...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Ο σύντροφός μου κάλυψε όλες τις ανάγκες μου μετά τον τοκετό...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Μετά τον τοκετό, οι επαγγελματίες υγείας πάντα είχαν πολύ χρόνο να συζητήσουν προβλήματα μαζί μου...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Θα μπορούσα να είχα περισσότερο χρόνο για το σώμα μου να προσαρμοστεί μετά τον τοκετό πριν πάω στο σπίτι...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Μερικές φορές οι επαγγελματίες υγείας έκαναν ότι ήταν ευκολότερο για αυτούς και όχι ότι φαινόταν καλύτερο για μένα...**

*συμφωνώ απόλυτα   συμφωνώ πολύ   συμφωνώ   είμαι ουδέτερη   διαφωνώ   διαφωνώ πολύ   διαφωνώ απόλυτα*

**Ενότητα 3: Παρακαλούμε πείτε μας λίγα πράγματα για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό σας**

Παρακαλούμε επιλέξτε μία απάντηση για κάθε ερώτηση

Τόπος τοκετού; Στο νοσοκομείο  Δημόσιο  Στο σπίτι  Άλλο   
Ιδιωτικό

Είδος τοκετού; Φυσιολογικός  Με Εμβρυουλκία   
Επείγουσα καισαρική  Προγραμματισμένη καισαρική  Άλλο

Έγινε πρόκληση τοκετού; Ναι  Όχι

Είχατε επισκληρίδιο αναισθησία; Ναι  Όχι

Θηλάζετε; Ναι  Αν ναι, θηλάζετε αποκλειστικά; Ναι   
Όχι  Όχι   
Αν όχι, διάρκεια θηλασμού (ημέρες)

Πόσα μωρά γεννήσατε; 1 2 3+

Χρειάστηκε το μωρό να νοσηλευτεί στην μονάδα νεογνών;

Ναι

Όχι

Πόσες μέρες μείνατε στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό;

0

1

2

3

4

5

6

7+

## ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία μητέρας: ..... ετών

Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Έγγαμη  Σε διάσταση

Άγαμη  Διαζευγμένη

Χήρα

Τι εκπαίδευση έχετε;

Δημοτικό  ΤΕΙ

Γυμνάσιο  ΑΕΙ

Λύκειο  Κάτοχος μεταπτυχιακού

ΤΕΕ ή ΙΕΚ  Κάτοχος διδακτορικού

Εργάζεστε; Ναι  Αν ναι, πόση άδεια έχετε; .....

Όχι

Αριθμός προηγούμενων παιδιών:

0      1      2      3      >3



Η σύλληψη ήταν αυτόματη;    Ναι   

                                         Όχι   

Εβδομάδες κύησης στον τοκετό    .....

Βάρος γέννησης του νεογνού    .....

Είχατε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη;    Ναι        Όχι   

Είχατε επιπλοκές στον τοκετό;    Ναι        Όχι   

Έχετε κάποια χρόνια σωματική νόσο;    Ναι        Όχι   

Αν Ναι, ποια είναι αυτή; Παίρνετε φαρμακευτική αγωγή;

.....  
.....

Έχετε κάποια χρόνια ψυχική νόσο;    Ναι        Όχι   

Αν Ναι, ποια είναι αυτή; Παίρνετε φαρμακευτική αγωγή;

.....  
.....

Γενικά θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι:

Πολύ καλή                Καλή                Μέτρια                Κακή                Πολύ κακή

### **Πώς αισθάνεστε;**

Μετά από την πρόσφατη γέννηση του παιδιού σας, θα θέλαμε να μάθουμε πώς αισθάνεστε τώρα. Παρακαλώ υπογραμμίστε την απάντηση που αντιστοιχεί πλησιέστερα στο πώς αισθανόσαστε τις περασμένες 7 ημέρες, όχι μόνο στο πώς αισθάνεστε σήμερα. Να ένα παράδειγμα, που είναι ήδη συμπληρωμένο:

Αισθανόμουν χαρούμενη:

Ναι, το περισσότερο χρονικό διάστημα

Ναι, μερικό χρονικό διάστημα

Όχι, όχι τόσο πολύ

Όχι, καθόλου

Αυτό θα εννοούσε: «Αισθάνθηκα χαρούμενη για μερικό χρονικό διάστημα κατά την περασμένη εβδομάδα».

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τις υπόλοιπες ερωτήσεις κατά τον ίδιο τρόπο.

### **Τις τελευταίες 7 ημέρες**

1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την αστεία πλευρά της ζωής:

Όπως πριν

Λιγότερο από πριν

Πολύ λιγότερο από πριν

Καθόλου

2. Έβλεπα το αύριο με ενθουσιασμό:

Όπως και πριν

Μάλλον λιγότερο από πριν

Πολύ λιγότερο από πριν

Σχεδόν καθόλου

3. Κατηγορούσα άδικα τον εαυτό μου για πράγματα που πήγαν στραβά:
- Ναι, όλη την ώρα
  - Ναι, αρκετά συχνά
  - Όχι πολύ συχνά
  - Όχι, ποτέ
4. Ένιωθα άγχος ή ανησυχία χωρίς σοβαρό λόγο:
- Όχι, καθόλου
  - Σχεδόν ποτέ
  - Ναι, μερικές φορές
  - Ναι, πολύ συχνά
5. Ένιωθα φόβο ή πανικό, χωρίς σοβαρό λόγο:
- Ναι, πολύ συχνά
  - Ναι, μερικές φορές
  - Όχι, όχι συχνά
  - Όχι, καθόλου
6. Με πήρε η κάτω βόλτα (ένιωθα πολύ πεσμένη):
- Ναι, τις περισσότερες φορές δεν ήμουν σε θέση να τα βγάλω πέρα καθόλου
  - Ναι, μερικές φορές δεν τα βγάζω πέρα τόσο καλά όσο συνήθως
  - Όχι, τις περισσότερες φορές τα έβγαλα πέρα αρκετά καλά
  - Όχι, τα βγάζω πέρα καλά, όπως πάντα
7. Ήμουν τόσο στενοχωρημένη που δεν μπορούσα να κοιμηθώ:
- Ναι, σχεδόν συνέχεια
  - Ναι, αρκετά συχνά
  - Σπάνια
  - Όχι, καθόλου
8. Ένιωθα θλιμμένη ή λυπημένη:
- Ναι, σχεδόν συνέχεια
  - Ναι, αρκετά συχνά

Σπάνια  
Όχι, καθόλου

9. Ένιωθα τόσο στενοχωρημένη που έκλαιγα:

Ναι, όλη την ώρα  
Ναι, αρκετά συχνά  
Κάπου-κάπου  
Όχι, ποτέ

10. Μου ήρθε να βλάψω τον εαυτό μου:

Ναι, αρκετά συχνά  
Μερικές φορές  
Σχεδόν ποτέ  
Ποτέ

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ.**

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8 – Έγκριση άδειας συλλογής δεδομένων από την 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ  
ΝΟΣΗΛ. ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία : 18/12/2014

Αρ. Πρ : Φ/Γ/2/ 14962

## ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας

Πληροφορίες: Ε.Κωνσταντοπούλου Τηλ. 27310 93376, Φαξ 2731029068, ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ:

κ. Παναγοπούλου Βασιλική,  
ΤΕ Μαιευτικής

ENTAYΘA  
e-mail : vpraxitelisp@gmail.com

ΘΕΜΑ : Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

ΣΧΕΤ: Η υπ' αρ. πρωτ.28269/12-12-2014 έγκριση της 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το ανωτέρω σχετικό εγκρίθηκε το αίτημά σας , για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με θέμα : «Εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας κατά την περίοδο της λοχείας », με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής & ερευνητικής δεοντολογίας.

### ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

- 1.Διευθνή Ι.Υ
- 2.Διευθνήτρια Ν.Υ
- 3.Γραφείο Εκπαίδευσης

