

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΟΣΦΙΛΕΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ
ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΓΚΟΥΡΟ ΣΤΗ ΜΕΝΝ
ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗ ΜΕΝΝ ΕΣΥ
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ

ΤΖΕΜΠΕΛΙΚΟΥ ΓΑΡΥΦΑΛΙΑ

INTERNATIONAL HELLENIC UNIVERCITY
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

[Διεύθυνση email]

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η έρευνα αυτή αποτελεί τη διπλωματική μου εργασία, στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας» του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος.

Θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, κα Ευγενία Μηνασίδου για την πολύτιμη καθοδήγηση και συμβολή της στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Θερμά ευχαριστώ την οικογένειά μου που με στηρίζει σε όλες μου τις προσπάθειες. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον σύζυγό μου Γιώργο, που έδειξε υπομονή και κατανόηση σε όλο αυτό το διάστημα των σπουδών μου και τα παιδιά μου Μελίνα και Σπύρο, που μου δίνουν κουράγιο να συνεχίζω να προσπαθώ.

Ακόμη, ευχαριστώ και τις συνοδοιπόρους, Καραγκιόζη Αναστασία και Φωτιάδου Ευθυμία καθώς χωρίς τη συνεργασία, την αλληλοϋποστήριξη και την ανταλλαγή ιδεών και εμπειριών η διαδρομή αυτή δεν θα ήταν το ίδιο μοναδική και αξέχαστη.

Τέλος, αισθάνομαι ιδιαίτερη ανάγκη να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους της MENN-ΕΣΥ, τη Διευθύντρια κα Ευφροσύνη Αναστασιάδου και την Προϊσταμένη Βικτωρία Μοσχάκη για την αμέριστη βοήθεια, συμπαράσταση και υποστήριξη.

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

MENN	Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
UNICEF	United Nations Children's Found
WHO	World Health Organization
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiation
neoBFHI	neonatal Baby Friendly Hospital Initiation
ΦΚ	Φροντίδα Καγκουρό
KC	Kangaroo Care
HR	Heart Rate
RR	Respiratory Rate
O ₂ Sat	Oxygen Saturation
w	weeks
NAS	Neonatal Abstinence Syndrome
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
SNIPPV	Synchronized Nasal Intermittent Positive Pressure Ventilation
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelets
INSURE	I Ntubation – SUR factant - E xtubation
HZ	Ημέρα Ζωής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι υπηρεσίες των Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων αποτελούν δείκτες ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι πρακτικές που εφαρμόζονται, επιτρέπουν την ανάπτυξη ισχυρών δεσμών σύνδεσης μητέρας-νεογνού και θέτουν τις προϋποθέσεις για αποκλειστικό και μεγαλύτερης διάρκειας θηλασμό. Αυτοί οι λόγοι οδήγησαν στην ανάγκη της επέκτασης της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Βασική προϋπόθεση για να χαρακτηριστεί μια ΜΕΝΝ ως Φιλική προς τα Βρέφη, είναι η δυνατότητα παροχής Φροντίδας Καγκουρό στα νοσηλευόμενα νεογνά. Ως Φροντίδα Καγκουρό ορίζεται η έγκαιρη, παρατεταμένη και συνεχής επαφή δέρμα με δέρμα μεταξύ μητέρας/πατέρα και νεογνού. Σε αυτή την πολλαπλή μελέτη περίπτωσης επιχειρείται η διερεύνηση των επιδράσεων της εφαρμογής της Φροντίδας Καγκουρό στα νεογνά και στους γονείς τους σε μια ΜΕΝΝ Ελληνικού Νοσοκομείου ως προς τα πιθανά οφέλη της μεθόδου για τα νεογνά, τα πιθανά οφέλη για τους γονείς και των συνθηκών που είναι απαραίτητες για την εφαρμογή της μεθόδου.

Λέξεις κλειδιά : Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία, ΜΕΝΝ Φιλική προς τα Βρέφη, Φροντίδα Καγκουρό, θηλασμός

ABSTRACT

The services of Baby Friendly Hospitals are indicators of the quality provided by the health services. The applied practices allow the development of a strong mother-neonatal bonding and set the conditions for exclusive and longer-term breastfeeding. These reasons led to the need to extend the Baby Friendly Hospital Initiative to the Neonatal Intensive Care Units. The basic condition for classifying a NICU as Baby Friendly is the possibility of providing Kangaroo Care to hospitalized neonates. Kangaroo Care is defined as the timely, prolonged and continuous skin-to-skin contact between mother/father and the neonate. This multiple case study attempts to investigate the effects of the application of Kangaroo Care on newborns and their parents in the NICU of a Hellenic Hospital in relation to the potential benefits of the method for neonates and parents and the conditions necessary for the application of the method.

Keywords: Baby Friendly Hospital Initiative, neo Baby Friendly Hospital Initiative, Kangaroo Care, breastfeeding

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΒFHI ΚΑΙ neoBFHI.....	5
1. Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (BFHI).....	5
2. Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.....	6
3. Πρωτοβουλία για Φιλικές προς τα Βρέφη Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (neo-BFHI)	11
4. Τα 10 βήματα και η προέκτασή τους	12
5. Προσθήκες για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)	19
6. Οι προκλήσεις και ο ρόλος της ηγεσίας.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΓΚΟΥΡΟ	31
1. Ιστορική αναδρομή	31
2. Γνωρίζοντας τη Φροντίδα Καγκουρό και τα πλεονεκτήματά της για τα πρόωρα νεογνά.....	34
3. Η φροντίδα καγκουρό βήμα βήμα.....	41
4. Τα εμπόδια και οι δυνατότητες της ΦΚ	52
5. Όραμα για το μέλλον.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	65
1. Εισαγωγή.....	65
2. Η διαδικασία της μελέτης	67
3. Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας της MENN.....	68
4. Ενημέρωση των γονέων	70
5. Επιλογή των νεογνών	71
6. Φροντίδα Καγκουρό.....	75
7. Περιγραφή συνεδρίας Φροντίδας Καγκουρό	77
8. Συνεντεύξεις μητέρων	81
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	87
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	90

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	101
1.ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ.....	101
2.ΜΗΤΡΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ.....	102
3.ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΒΦΗΙ ΚΑΙ neoΒΦΗΙ

1.Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (ΒΦΗΙ)

Η Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία είναι μια παγκόσμια προσπάθεια για την εφαρμογή πρακτικών που προστατεύουν, προωθούν και στηρίζουν τον θηλασμό, με στόχο τη θέσπιση διεθνών συστάσεων πολιτικής φιλικών νοσοκομείων σε ένα μοντέλο βέλτιστων πρακτικών, που αποτελείται από 10 βήματα. Διάφορα εργαλεία και υλικά (συμπεριλαμβανομένης μιας σειράς μαθημάτων για το προσωπικό, ενός μηχανισμού αυτο-αξιολόγησης και ενός εξωτερικού εργαλείου αξιολόγησης) αναπτύχθηκαν, δοκιμάστηκαν και διατέθηκαν, για να βοηθήσουν στην υλοποίηση των στόχων της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία. Στη συνέχεια αναπτύχθηκαν πρόσθετα εργαλεία, όπως εργαλεία παρακολούθησης και επανααξιολόγησης. Έτσι, η Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία αποτελεί δείκτη ποιότητας ενός νοσοκομείου, έχει μετρήσιμους και αποδεδειγμένους δείκτες, αυξάνοντας την πιθανότητα τα μωρά να θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους έξι μήνες (WHO, 1989). Η Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία ωθεί τις μητέρες να λαμβάνουν τις σωστές αποφάσεις για τη διατροφή του παιδιού τους, ανεπηρέαστες από εμπορικά συμφέροντα και στοχεύει στην κατάργηση ή τη μείωση πολλών από τους περιορισμούς κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης, που αποτρέπουν τις μητέρες από το θηλασμό, όπως ο διαχωρισμός των μωρών από τις μητέρες τους και ο περιορισμός της συχνότητας και της διάρκειας του θηλασμού (WHO, 1992), (WHO, 2009).

Η Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και τη UNICEF το 1991, σύμφωνα με τη Διακήρυξη Innocenti του 1990. Η Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία απαιτεί επίσης, πλήρη εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος (WHO, 1981). Σύμφωνα δε με τη διακήρυξη Innocenti θα πρέπει:

- Όλες οι κυβερνήσεις να ορίσουν Εθνική Επιτροπή Θηλασμού
- Σε όλα τα μαιευτήρια να εφαρμόζονται τα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό
- Να θεσπιστεί ευεργετική νομοθεσία για τις μητέρες που θηλάζουν
- Να δημιουργηθούν συνθήκες, έτσι ώστε η νομοθεσία να εφαρμόζεται (WHO, 1990)

2.Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος

Λόγω των αναμφισβήτητων ωφελειών για την υγεία που προσφέρει ο θηλασμός και των ανησυχητικών τάσεων για την μείωση των ποσοστών των αποκλειστικά θηλαζόντων βρεφών, διεθνείς οργανισμοί εξέδωσαν ισχυρές πολιτικές συστάσεις στη δεκαετία του '70, όσον αφορά την ανάγκη προώθησης του μητρικού θηλασμού παγκοσμίως. Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος είναι μία διεθνής σύσταση δημόσιας υγείας, τόσο για την προστασία και προώθηση του μητρικού θηλασμού, όσο και για την εμπορία των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος (WHO, 1981). Στην ιδρυτική του διακήρυξη, πέρα από το σκοπό δημιουργίας της, αναφέρονται τα εξής:

- Άρθρο 1 Σκοπός του κώδικα
Είναι να συμβάλλει στην παροχή ασφαλούς και επαρκούς διατροφής στα βρέφη, προστατεύοντας και προωθώντας τον θηλασμό και διασφαλίζοντας την σωστή χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.
- Άρθρο 2 Πεδίο εφαρμογής του κώδικα
Ο κώδικας ισχύει για το marketing των ακόλουθων προϊόντων: υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, τρόφιμα και πόσιμα που δίνονται με μπουκάλι και

παρουσιάζονται ως κατάλληλα για μερική ή πλήρη αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος, μπουκάλια σίτισης και θηλές.

- Άρθρο 3 Ορισμοί

Οι ορισμοί αναφέρονται στο τι είναι:

υποκατάστατο μητρικού γάλακτος, συμπληρωματική τροφή, συσκευασία, διανομέας, σύστημα υγειονομικής περιθάλψης, εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, βρεφικό γάλα, κατασκευαστής, εμπορία, δείγματα, προμήθειες.

- Άρθρο 4 Ενημέρωση και εκπαίδευση

Οι κυβερνήσεις πρέπει να διασφαλίζουν την αντικειμενική και συνεπή πληροφόρηση αναφορικά με τη διατροφή των βρεφών. Το ενημερωτικό υλικό πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με τα οφέλη και την ανωτερότητα του μητρικού θηλασμού, τη διατροφή της μητέρας, την προετοιμασία και τη συνέχιση του θηλασμού, την αρνητική επίπτωση της αντικατάστασης γευμάτων με σίτιση με μπουκάλι, τη δυσκολία του επαναγαλακτισμού σε περίπτωση διακοπής του θηλασμού, τη σωστή χρήση των υποκατάστατων με πληροφορίες για τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις και τους κινδύνους για την υγεία από την λανθασμένη ή περιττή χρήση τους. Δωρεές ενημερωτικού ή εκπαιδευτικού εξοπλισμού και υλικού από τους κατασκευαστές και διανομείς υποκατάστατων γίνεται υπό προϋποθέσεις. Οι εικόνες και τα κείμενα του ενημερωτικού ή εκπαιδευτικού υλικού δεν θα πρέπει να εξιδανικεύει τη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

- Άρθρο 5 Μητέρες και ευρύ κοινό (που άπτονται του αντικειμένου του Κώδικα)

Δεν πρέπει να γίνεται καμία διαφημιστική ή άλλου είδους προώθηση στο ευρύ κοινό που άπτεται του Κώδικα. Οι κατασκευαστές και οι διανομείς δεν πρέπει να παρέχουν δείγματα των προϊόντων σε εγκύους, μητέρες και μέλη των οικογενειών τους. Δεν πρέπει να υπάρχει διαφήμιση των σημείων πώλησης, προσφορά δειγμάτων, εκπτώτικα κουπόνια, δώρα, ειδικές προσφορές, πωλήσεις με ζημία ή όποιο άλλο σύστημα προώθησης. Οι κατασκευαστές και

οι διανομείς δεν πρέπει να προσφέρουν δώρα, αντικείμενα ή συσκευές που μπορεί να ωθήσουν τις μητέρες στη χρήση υποκατάστατων ή στη σίτιση με μπουκάλι. Δεν επιτρέπεται καμία άμεση ή έμμεση επαφή με εγκύους και μητέρες βρεφών στο προσωπικό του marketing.

- Άρθρο 6 Συστήματα περίθαλψης

Οι υγειονομικές αρχές των κρατών μελών πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα για την ενθάρρυνση και την προστασία του θηλασμού και να δίνουν πληροφορίες και συμβουλές στους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με τις ευθύνες τους. Οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται με σκοπό την προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος ή τη διαφήμιση τέτοιων προϊόντων. Το υγειονομικό προσωπικό δεν επιτρέπεται να αμείβεται από κατασκευαστές και διανομείς. Επιτρέπονται δωρεές και προσφορές υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σε υγειονομικά ιδρύματα για χρήση σε βρέφη που πρέπει να σιτιστούν με υποκατάστατο.

- Άρθρο 7 Επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενθαρρύνουν και να προστατεύουν το θηλασμό και να εξοικειωθούν με τις υποχρεώσεις που συνεπάγεται ο κώδικας. Οι πληροφορίες που παρέχονται από τους κατασκευαστές και τους διανομείς πρέπει να περιορίζονται σε επιστημονικά και πραγματικά στοιχεία και να μη δημιουργούν την εντύπωση ότι η σίτιση με μπουκάλι είναι ισάξια ή ανώτερη από το θηλασμό. Οι κατασκευαστές και οι διανομείς δεν επιτρέπεται να προσφέρουν κανένα οικονομικό ή υλικό κίνητρο καθώς και δείγματα υποκατάστατων μητρικού γάλακτος προς τους επαγγελματίες υγείας για την προώθηση των προϊόντων τους. Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να προσφέρουν δείγματα υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σε εγκύους και μητέρες. Οποιαδήποτε δοσοληψία ανάμεσα στους κατασκευαστές και τους διανομείς και στους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με επαγγελματικά ταξίδια και συνέδρια, υποτροφίες, ερευνητικές επιχορηγήσεις πρέπει να γνωστοποιούνται στο υγειονομικό ίδρυμα.

- Άρθρο 8 Κατασκευαστές και διανομείς

Δεν επιτρέπεται οι εταιρίες να παρέχουν επιμίσθια (bonus) ως κίνητρα πωλήσεων των προϊόντων που άπτονται του κώδικα. Το προσωπικό που εργάζεται στην προώθηση τέτοιων προϊόντων δεν μπορεί να αναλάβει εκπαιδευτικές λειτουργίες σε εγκύους και μητέρες βρεφών.

- Άρθρο 9 Σήμανση

Οι ετικέτες πρέπει να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες για τη σωστή χρήση των προϊόντων, ώστε να μην υπονομεύεται ο θηλασμός. Κάθε συσκευασία υποκατάστατου πρέπει να φέρει ετικέτα όπου να αναγράφεται η έκφραση ‘σημαντική ειδοποίηση’, δήλωση σχετικά με την ανωτερότητα του θηλασμού, δήλωση ότι το προϊόν πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο κατόπιν σύστασης επαγγελματία υγείας καθώς και οδηγίες για τη σωστή παρασκευή και προειδοποίηση για τους κινδύνους για την υγεία λόγω λανθασμένης παρασκευής. Η ετικέτα πρέπει να αναφέρει τα συστατικά, τη σύνθεση, τις συνθήκες αποθήκευσης, τον αριθμό παρτίδας και την ημερομηνία λήξης. Τα προϊόντα διατροφής για τη σίτιση βρεφών που δεν είναι υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, αλλά μπορούν να γίνουν βρεφικό γάλα με κατάλληλη επεξεργασία, πρέπει να αναγράφουν στην ετικέτα ότι το προϊόν δεν πρέπει να αποτελεί τη μόνη πηγή διατροφής για το βρέφος.

- Άρθρο 10 Ποιότητα

Η ποιότητα των προϊόντων πρέπει να είναι υψηλών αναγνωρισμένων προτύπων (επιτροπή για τον κώδικα διατροφής, κώδικας υγιεινής πρακτικής για τα τρόφιμα για τα βρέφη και τα παιδιά) για την προστασία της υγείας των βρεφών.

- Άρθρο 11 Εφαρμογή και έλεγχος

Οι κυβερνήσεις πρέπει να λαμβάνουν μέτρα για την εφαρμογή των αρχών και του σκοπού του Κώδικα σύμφωνα με το κοινωνικό και νομοθετικό τους πλαίσιο αλλά και με τη θέσπιση νόμων, κανονισμών ή άλλων μέτρων. Πρέπει να συνεργάζονται με τον ΠΟΥ, τη UNICEF και άλλους οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών. Οι επαγγελματίες υγείας, οι κατασκευαστές και οι διανομείς, οι ενώσεις καταναλωτών και οι αρμόδιες μη κυβερνητικές

οργανώσεις πρέπει να συνεργάζονται με τις κυβερνήσεις για την εφαρμογή του Κώδικα. Οι κατασκευαστές και οι διανομείς πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τις πρακτικές εμπορίας που εφαρμόζουν, καθώς και για τη λήψη μέτρων, που θα διασφαλίζουν ότι η συμπεριφορά τους ακολουθεί τις αρχές του Κώδικα. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι επαγγελματίες υγείας, τα ιδρύματα και κάθε ενδιαφερόμενο άτομο πρέπει να αναφέρουν κάθε δραστηριότητα που αντιτίθεται στις αρχές και τον σκοπό του Κώδικα, ώστε να μπορούν να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα. Τα Κράτη Μέλη θα ενημερώνουν κάθε χρόνο τον Γενικό Διευθυντή του ΠΟΥ για τα μέτρα που λαμβάνονται σχετικά με την εφαρμογή των αρχών και του σκοπού του Κώδικα. Ο Γενικός Διευθυντής υποβάλλει κάθε δύο χρόνια έκθεση για την κατάσταση εφαρμογής του Κώδικα και παρέχει τεχνική υποστήριξη προς τα Κράτη Μέλη με την εφαρμογή των αρχών και του σκοπού του Κώδικα.

Έτσι, ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος:

- Προασπίζει το δικαίωμα κάθε παιδιού, εγκύου και θηλάζουσας γυναίκας να τρέφονται επαρκώς για να διατηρούν την υγεία τους
- Αναγνωρίζει ότι η υγεία των βρεφών και των νηπίων συνδέεται με την υγεία και τη διατροφή των μητέρων τους
- Αναγνωρίζει ότι ο μητρικός θηλασμός είναι η ιδανική τροφή για την υγιή ανάπτυξη των βρεφών και αποτελεί μια μοναδική βιολογική και συναισθηματική βάση για την υγεία μητέρας και παιδιού
- Θεωρεί ότι τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος δεν πρέπει να διατίθενται ή να διανέμονται με τρόπο που παρεμποδίζεται η προστασία και η προώθηση του θηλασμού
- Αναγνωρίζει ότι οι ακατάλληλες πρακτικές σίτισης οδηγούν στον υποσιτισμό, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των βρεφών
- Θεωρεί ότι στα βρέφη πρέπει να δίνονται κατάλληλες συμπληρωματικές τροφές (μετά τον 6^ο μήνα) και ότι οι τροφές αυτές δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος
- Εκτιμά ότι ο μητρικός θηλασμός επηρεάζεται από διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να

αναπτύσσουν συστήματα που θα τον προστατεύουν, θα τον διευκολύνουν και θα τον ενθαρρύνουν

- Θεωρεί ότι τα συστήματα περίθαλψης και οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στις πρακτικές σίτισης των βρεφών, στην ενθάρρυνση και διευκόλυνση του θηλασμού, καθώς και στην παροχή συμβουλών τόσο για τον θηλασμό όσο και για τη σωστή χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος
- Βεβαιώνει την ανάγκη συνεργασίας κυβερνήσεων, οργανώσεων του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, εκπαιδευτικών συστημάτων, κοινωνικών υπηρεσιών, των οργανώσεων καταναλωτών και της βιομηχανίας, σε διαδικασίες που βελτιώνουν την υγεία και τη διατροφή των μητέρων, των βρεφών και των παιδιών
- Αναγνωρίζει ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να λαμβάνουν υγειονομικά, διατροφικά και κοινωνικά μέτρα για την προαγωγή της υγιούς ανάπτυξης και εξέλιξης των βρεφών και των παιδιών και ότι οι κατασκευαστές υποκατάστατων μητρικού γάλακτος παίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση του σκοπού και στην σωστή εφαρμογή του Κώδικα
- Βεβαιώνει ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να αναλάβουν δράση και να εντάξουν τις αρχές και το σκοπό του Κώδικα στο νομοθετικό τους πλαίσιο με τη θέσπιση νομοθεσίας, κανονισμών ή άλλων μέτρων
- Πιστεύει ότι η εμπορία υποκατάστατων μητρικού γάλακτος απαιτεί ειδικό χειρισμό αναλογιζόμενος την ευπάθεια των βρεφών και τους κινδύνους ακατάλληλων διατροφικών πρακτικών (περιττή και εσφαλμένη χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υιοθέτησε το 1981 τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ως ελάχιστο προαπαιτούμενο για την προστασία των βρεφών, αναγνωρίζοντας ότι το εμπόριο και η διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος μειώνει τον αριθμό των μωρών που θηλάζουν.

3. Πρωτοβουλία για Φιλικές προς τα Βρέφη Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (neo-BFHI)

Ο ΠΟΥ και η UNICEF εξέδωσαν το 2009 μια αναθεωρημένη, ενημερωμένη και διευρυμένη έκδοση για την Πρωτοβουλία του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου (WHO, 2012), όπου επισημαίνεται η ανάγκη, τα 10 βήματα που αναπτύχθηκαν αρχικά για τις μονάδες μητρότητας να επεκταθούν, ώστε να συμπεριλαμβάνονται και οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Για το σκοπό αυτό, τον Ιούνιο του 2015 μια ομάδα εμπειρογνομόνων από τις σκανδιναβικές χώρες και το Κεμπέκ του Καναδά προετοίμασε ένα σχέδιο, το οποίο περιλαμβάνει την προσθήκη τριών «κατευθυντήριων αρχών» στα αρχικά δέκα βήματα για την υποστήριξη αυτού του ευάλωτου πληθυσμού μητέρων και βρεφών. Οι τρεις νέες «κατευθυντήριες γραμμές» διαμορφώθηκαν ως εξής :

- Κατευθυντήρια αρχή 1: Η στάση του προσωπικού απέναντι στη μητέρα πρέπει να επικεντρώνεται στην ιδιαιτερότητα της μητέρας και την κατάστασή της.
- Κατευθυντήρια αρχή 2: Πρέπει να παρέχεται φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια
- Κατευθυντήρια αρχή 3: Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζει τη συνέχεια της προ-, περι-, και της μεταγεννητικής φροντίδας

Τα 10 βήματα και οι τρεις νέες «κατευθυντήριες γραμμές» είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για το χαρακτηρισμό μιας ΜΕΝΝ ως Φιλική προς τα Βρέφη (Nyqvist et al., 2013).

4. Τα 10 βήματα και η προέκτασή τους

Ο ακρογωνιαίος λίθος του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου είναι η εφαρμογή των 10 βημάτων για επιτυχή θηλασμό. Σε αυτά τα 10 βήματα συνοψίζονται οι πρακτικές που πρέπει να υιοθετήσει και να εφαρμόσει ένα νοσοκομείο για να χαρακτηρίζεται Φιλικό προς τα Βρέφη. Η προέκτασή τους αφορά τις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ).

Βήμα 1ο

Να υπάρχει γραπτή πολιτική και η πολιτική αυτή να ακολουθείται από όλους τους φορείς του Μαιευτηρίου, που ασχολούνται με την φροντίδα του νεογέννητου. Είναι ίδια και για τη MENN Φιλικής προς τα Βρέφη.

Η ύπαρξη γραπτής πολιτικής είναι συνδεδεμένη με την αύξηση των ποσοστών μητρικού θηλασμού, αύξηση της ευσυνειδησίας των επαγγελματιών υγείας για το μητρικό θηλασμό και απομάκρυνση των παρασκευασμάτων για βρέφη καθώς και στήριξη των μητέρων που θηλάζουν. Με την ύπαρξη γραπτής πολιτικής, καθορίζονται τα πρότυπα της φροντίδας, δίνονται κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή τους, εξασφαλίζεται η προστασία, η προώθηση και η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Επιπρόσθετα, οργανώνεται ένα κοινό σχέδιο ενεργειών στο οποίο παρέχονται κατανοητές γραπτές οδηγίες, προσανατολισμένες σε σταθερές και ομόφωνες πρακτικές. Ενημερώνεται όλο το προσωπικό για τη γραπτή πολιτική και κατανοεί το ρόλο του μέσα σε αυτή και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τυχόν διαφωνίες ή/και αντικρουόμενες συμβουλές. Η γραπτή πολιτική πρέπει να πραγματεύεται τα «Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό», τον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και τον τρόπο προετοιμασίας ξένου γάλακτος για τις μητέρες που συνειδητά και τεκμηριωμένα αποφάσισαν να μη θηλάσουν. Περίληψη αυτής της πολιτικής πρέπει να είναι αναρτημένη σε κάθε σημείο του νοσοκομείου όπου προσφέρονται υγειονομικές υπηρεσίες σε μητέρες, νεογνά και παιδιά. Κάθε απόκλιση από την πολιτική πρέπει να δικαιολογείται και να καταγράφεται στο ιστορικό της μητέρας και του βρέφους. Αξίζει να σημειωθεί, πως αν δεν υπάρχει το βήμα αυτό, τότε δεν μπορούν να επιβιώσουν τα υπόλοιπα σε βάθος χρόνου, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε άλλη πολιτική (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

Βήμα 2^ο

Εκπαίδευση όλου του υγειονομικού προσωπικού, ώστε να γίνει ικανό να εφαρμόσει την πολιτική αυτή. Η προσθήκη για τις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) περιλαμβάνει εξειδικευμένη εκπαίδευση του προσωπικού αναφορικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες των πρόωγων νεογνών (Nyqvist et al., 2013).

Η απόκτηση γνώσεων και η στάση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει τη διάρκειά του θηλασμού και την αυξάνει. Καλύτερεύει την ποιότητα των γνώσεων και την απόδοσή τους, στηρίζοντας έτσι τις θηλάζουσες που κατ' επέκταση συμβάλλει

στην αύξηση της διάρκειας του θηλασμού των βρεφών Το προσωπικό εκπαιδεύεται και αποκτά τις γνώσεις και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την παροχή ποιότητας στη φροντίδα σε θέματα μητρικού θηλασμού και γαλουχίας βάσει των οδηγιών του ΠΟΥ και της Unicef. Επιπρόσθετα, χρειάζεται να εκτιμηθεί η στάση του προσωπικού ως προς το θηλασμό, οι γνώσεις και η αυτοπεποίθηση που έχει για να παρέχει την απαραίτητη βοήθεια και καθοδήγηση στις εγκύους και στις νέες μητέρες, με σκοπό να περιοριστούν οι αντιφατικές συμβουλές και τα μηνύματα που προκαλούν σύγχυση. Η εκπαίδευση αφορά όλο το προσωπικό το οποίο έχει πρωταρχική ευθύνη στη φροντίδα της εγκύου, της νέας μητέρας και του βρέφους. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα απαιτεί τουλάχιστον 18 ώρες θεωρητικής κατάρτισης και 3 ώρες πρακτικής εξάσκησης και πρέπει όλο το προσωπικό να το ολοκληρώσει εντός 6 μηνών από την έναρξη του. Το νέο προσωπικό πρέπει να έχει ολοκληρώσει την εκπαίδευση εντός ενός μηνός από την πρόσληψη του (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

Βήμα 3ο

Ενημέρωση όλων των εγκύων γυναικών σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τη διαχείριση του θηλασμού. Η προσθήκη περιλαμβάνει την ειδική ενημέρωση των επιτόκων υψηλού κινδύνου, που έχουν αυξημένες πιθανότητες να γεννήσουν πρόωρα ή το νεογνό τους να χρειαστεί νοσηλεία (Nyqvist et al., 2013).

Σκοπός είναι η ενημέρωση όλων των εγκύων σχετικά με τα οφέλη και τη διαχείριση του μητρικού θηλασμού. Οι πληροφορίες αυτές είναι σημαντικό να δίνονται στο 2-3 τρίμηνο της κύησης, ανεξάρτητα από τον τρόπο με τον οποίο θα επιλέξουν να ταΐσουν το μωρό τους. Η ενημέρωση μπορεί να γίνει σε μικρές ομάδες από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας υπό μορφή σεμιναρίων στην κοινότητα, στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας ή στην κλινική θηλασμού της μαιευτικής μονάδας. Η συμμετοχή των συζύγων ή άλλων ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος στα σεμινάρια, οι οποίοι θα λάβουν την ίδια πληροφόρηση, ενημέρωση, ορθές γνώσεις και πρακτικές, θα βοηθήσει αποτελεσματικά την νέα μητέρα. Θα πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα στις εγκύους να επισκεφθούν τον χώρο στον οποίο θα γεννήσουν το παιδί τους, να ενημερωθούν για την πολιτική που εφαρμόζεται στο συγκεκριμένο μαιευτήριο. Με τον τρόπο αυτό θα ενισχυθεί η εμπιστοσύνη στους ανθρώπους από

τους οποίους θα λάβουν βοήθεια και θα νιώθουν πιο ασφαλείς όταν έρθει η ώρα του τοκετού (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

Βήμα 4ο

Ο μητρικός θηλασμός να αρχίζει μέσα στην πρώτη μισή ώρα μετά τον τοκετό με την βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού. Η προσθήκη αυτού του βήματος για τις MENN περιλαμβάνει την έγκαιρη και όσο το δυνατόν νωρίτερα επαφή του νεογνού που νοσηλεύεται με τη μητέρα του (επαφή δέρμα με δέρμα, εφαρμογή της μεθόδου καγκουρό), άσχετα από τη δυνατότητα του νεογνού να θηλάσει (Nyqvist et al., 2013, WHO, 2012).

Η στήριξη που παρέχεται στις μητέρες από τους επαγγελματίες υγείας για να θηλάσουν εντός μισής ώρας από τον τοκετό, αυξάνει την πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό, πρέπει να τοποθετούνται τα βρέφη σε επαφή δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους αμέσως μετά τη γέννηση για τουλάχιστον μία ώρα και να ενθαρρύνονται οι μητέρες, προκειμένου να αναγνωρίζουν πότε τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν, προσφέροντας τους βοήθεια, αν χρειάζεται. Όταν υγιή παιδιά τοποθετούνται πάνω στην κοιλιά της μητέρας τους παρουσιάζουν αξιοσημείωτες δυνατότητες και δεξιότητες. Βρίσκονται σε εγρήγορση, μπορούν να έρπουν και αναζητούν τη θηλή. Η «δέρμα με δέρμα» επαφή βοηθά το νεογνό να κρατηθεί ζεστό, ήρεμο, να μην κλαίει, να ξεπεράσει το στρες του τοκετού και να σταθεροποιηθεί η αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία του. Οι μητέρες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή δεν έχουν τον ίδιο χρόνο για επαφή με το μωρό τους, αλλά πρέπει να φροντίζεται ώστε να αναπληρωθεί ο χρόνος στο χώρο της ανάνηψης (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018). Σε περίπτωση που το βρέφος μεταφερθεί στην εντατική μονάδα νεογνών πρέπει να εφαρμοστεί το συντομότερο η Φροντίδα Καγκουρό (kangaroo care) (WHO, 2012, Nyqvist et al., 2013).

Βήμα 5^ο

Οι μητέρες πρέπει να εκπαιδεύονται στην τέχνη του θηλασμού. Για την περίπτωση μίας MENN Φιλικής προς το Βρέφος, όπου έχουμε πρόωρο τοκετό και αναγκαστικό αποχωρισμό από το παιδί τους, οι μητέρες πρέπει να εκπαιδεύονται

στην διατήρηση της γαλουχίας και στην έγκαιρη έναρξη θηλασμού ανάλογα με τις δυνατότητες του νεογνού (Nyqvist et al., 2013).

Σκοπός είναι να εξασφαλιστεί βοήθεια σε όλες τις μητέρες για έναρξη του θηλασμού μέσα στις πρώτες έξι ώρες από τον τοκετό και να συνεχίζουν να θηλάζουν αποτελεσματικά σε όλη τη διάρκεια παραμονής τους στο μαιευτήριο, όπως και μετά την έξοδο τους. Το προσωπικό πρέπει να είναι διαθέσιμο όλες τις ώρες και να είναι σε θέση να εκπαιδεύσει τις μητέρες αναφορικά με τις θέσεις θηλασμού, την άντληση με το χέρι και την ασφαλή προετοιμασία των υποκατάστατων στις μη θηλάζουσες μητέρες. Στις μητέρες που για ιατρικούς σκοπούς αποχωρίστηκαν το βρέφος, τότε να λάβουν την απαραίτητη βοήθεια και πληροφόρηση για έγκαιρη επιτυχή έναρξη της γαλουχίας (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

Βήμα 6^ο

Στο νεογέννητο να δίνεται μόνο μητρικό γάλα και κανένα άλλο υγρό, ούτε συμπλήρωμα ξένου γάλακτος, εκτός αν υπάρχει ειδικός ιατρικός λόγος. Ισχύει το ίδιο και για τα νεογνά που νοσηλεύονται στις MENN (WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2012).

Σκοπός να διασφαλιστεί ο αποκλειστικός θηλασμός σε όλα τα υγιή βρέφη, χωρίς να δίνονται συμπληρώματα (εκτός αν υπάρχει ιατρικός λόγος). Το προσωπικό και οι μητέρες πρέπει να κατανοήσουν τις επιπτώσεις της χορήγησης συμπληρωμάτων στην υγεία του βρέφους και τη σπουδαιότητα στη διατήρηση του αποκλειστικού θηλασμού. Οποιαδήποτε άλλη απόφαση της μητέρας για τον τρόπο σίτισης του μωρού της να είναι αποτέλεσμα συνειδητής επιλογής, αφού προηγουμένως έχει πλήρως ενημερωθεί. Τόσο το προσωπικό όσο και οι γονείς δεν πρέπει να δέχονται δωρεάν δείγματα βιομηχανοποιημένου γάλακτος (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

Βήμα 7^ο

Να εφαρμόζεται η πρακτική της συνδιαμονής (rooming in), που σημαίνει παραμονή του νεογέννητου δίπλα στην μητέρα του 24 ώρες το 24ωρο. Η προσθήκη αυτού του βήματος για τις MENN αναφέρεται στη δυνατότητα παραμονής των μητέρων δίπλα στα νοσηλευόμενα νεογνά τους 24 ώρες το 24ωρο (Nyqvist et al., 2013).

Να επιτρέπεται στις μητέρες και στα βρέφη να παραμένουν μαζί 24 ώρες την ημέρα. Σκοπός είναι η συνεχής και αδιάκοπη επαφή ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος, που συμβάλλει στο χτίσιμο της σχέσης τους και στο συναισθηματικό δεσμό μεταξύ τους και για να μπορέσει η μητέρα να αποκωδικοποιήσει τα μηνύματα που της στέλνει το βρέφος της, για άμεση ανταπόκριση της. Επιπλέον εδραιώνεται ο θηλασμός και διευκολύνεται ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός. Υπάρχει πιο αποτελεσματική παραγωγή μητρικού γάλακτος, αφού το μωρό θηλάζει όποτε θέλει. Μειώνεται ο κίνδυνος περιγεννητικών λοιμώξεων σε αντίθεση με το κλειστό περιβάλλον του θαλάμου βρεφών. Χρειάζεται λιγότερο εξοπλισμό και προσωπικό και έτσι μειώνεται το κόστος για το νοσοκομείο. Υπάρχει μικρότερος αριθμός επεισοδίων νεογνικού κλάματος, γιατί η ανταπόκριση της μητέρας στο κλάμα είναι καλύτερη σε σχέση με αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού. Όταν το προσωπικό φροντίζει το βρέφος, θα πρέπει να γίνεται παρουσία της μητέρας του, ώστε να νιώθει ασφάλεια με τις διαδικασίες που τηρούνται, να αναγνωρίζει τις προσπάθειες του προσωπικού για ποιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας και παράλληλα να μαθαίνει και η ίδια τις διαδικασίες φροντίδας (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

Βήμα 8ο

Να ενθαρρύνονται οι μητέρες για θηλασμό, ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους. Ο μητρικός θηλασμός να είναι ελεύθερος και απεριόριστος. Η προσαρμογή αυτού του βήματος για τις MENN περιλαμβάνει τη συμμετοχή των μητέρων στη σίτιση των νεογνών, είτε με προκαθορισμένο ωράριο θηλασμού, είτε με εναλλακτικούς τρόπους σίτισης (WHO, 2012, Nyqvist et al., 2013).

Σκοπός είναι να ενθαρρύνονται οι μητέρες να θηλάζουν το βρέφος τους σύμφωνα με τις ανάγκες του και όχι σύμφωνα με κανονισμούς των μαιευτηρίων ή τις δικές τους επιθυμίες, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα του θηλασμού και τη σχέση μητέρας- βρέφους. Ο θηλασμός δεν πρέπει να έχει χρονικό περιορισμό, ούτε περιοδικότητα όπως πολλές φορές συστήνεται. Έτσι, η μητέρα συνειδητοποιεί ότι το μωρό της μπορεί να χρειαστεί να θηλάσει πολλές φορές μέσα στο 24ωρο, και πρέπει να ανταποκριθεί, αφού μόνο έτσι θα έχει επιτυχή έναρξη και εγκαθίδρυση του θηλασμού με όλα τα οφέλη για την ίδια και το βρέφος της. Κάποια από αυτά τα οφέλη επιγραμματικά είναι: ταχύτερη έναρξη επαρκούς ροής γάλακτος , μεγαλύτερος

όγκος γάλακτος την 3η ημέρα, ταχύτερη δίοδος μηκωνίου, μικρότερη απώλεια βάρους, ταχύτερη ανάκτηση του βάρους γέννησης, λιγότερος ίκτερος, σταθερά επίπεδα γλυκόζης, μικρότερη υπερφόρτωση μαστών και μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

Βήμα 9ο

Να μη δίνονται τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα βρέφη που θηλάζουν. Η προσθήκη αυτού του βήματος για τις MENN προτείνει εναλλακτικούς τρόπους σίτισης μέχρι την εγκατάσταση της γαλακτοφορίας και χρήση πιπίλων και τεχνητών θηλών μόνο κατόπιν δικαιολογημένης αιτίας (WHO, 2012).

Σκοπός είναι η αποθάρρυνση των μητέρων να κάνουν χρήση θηλών ή πιπίλων, όσο τα μωρά τους μαθαίνουν να θηλάζουν και να μην δίνεται ούτε από το προσωπικό, εκτός εάν υπάρχει ιατρικός λόγος ή για την ανακούφιση του, όταν η μητέρα δεν είναι διαθέσιμη. Το προσωπικό δεν παίρνει πρωτοβουλία να ταΐζει τα μωρά με υποκατάστατο μητρικού γάλακτος, εκτός εάν έχει εξασφαλιστεί ότι αυτό είναι τεκμηριωμένη επιλογή της μητέρας ή ενδείκνυται για ιατρικούς λόγους (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

Βήμα 10^ο

Να ιδρυθούν ομάδες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού, στις οποίες να παραπέμπονται οι μητέρες μετά την έξοδο από το Μαιευτήριο. Ισχύει το ίδιο και για τα νεογνά που νοσηλεύονται στις MENN.

Σκοπός είναι να διασφαλιστεί ότι οι μητέρες μετά τη έξοδο τους από το μαιευτήριο, θα πρέπει να έχουν υποστήριξη σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Τα νοσοκομεία οφείλουν να έχουν σύστημα παρακολούθησης και υποστήριξης των μητέρων, όπως εξωτερικό ιατρείο παρακολούθησης θηλασμού, επισκέψεις σε σπίτια και τηλεφωνικές κλήσεις. Η παροχή βοήθειας στο σπίτι, θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αύξηση και διατήρηση του ποσοστού του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι μητέρες πρέπει να ενθαρρύνονται να επισκεφθούν κάποιον σύμβουλο θηλασμού μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, που να μπορεί να τις συμβουλέψει και να αξιολογήσει την πορεία του θηλασμού. Τέλος, το νοσοκομείο πρέπει να συνεργάζεται με ομάδες θηλασμού

στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες που χρειάζονται υποστήριξη σχετικά με τη σίτιση των μωρών τους (WHO/UNICEF,1992, WHO/UNICEF, 2009, WHO, 2018).

5. Προσθήκες για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)

Μια ομάδα εμπειρογνομόνων από τις σκανδιναβικές χώρες και το Κεμπέκ του Καναδά προετοίμασε ένα σχέδιο, το οποίο περιλαμβάνει την προσθήκη τριών «κατευθυντήριων αρχών» στα δέκα βήματα της πρωτοβουλίας για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία, έτσι ώστε και μία μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών να είναι προσφιλής για τα νοσηλεύόμενα νεογνά (Nyqvist et al., 2013). Οι τρεις αυτές αρχές αναλύονται παρακάτω.

Κατευθυντήρια αρχή 1: Η στάση του προσωπικού απέναντι στη μητέρα πρέπει να επικεντρώνεται στην ιδιαιτερότητα της μητέρας και την κατάστασή της.

Οι μητέρες των πρόωρων και των άρρωστων νεογνών αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις, ιδιαίτερα στον θηλασμό. Το προσωπικό θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στα ακόλουθα θέματα:

- «Ευάλωτες μητέρες» και κίνδυνος καθυστερημένης ή μειωμένης ανάπτυξης της μητρικής ταυτότητας

Όλες οι μητέρες των πρόωρων και άρρωστων νεογνών πρέπει να αναγνωρίζονται ως «ευάλωτες» μητέρες. Η ιατρική κατάσταση του βρέφους μπορεί να είναι πηγή συναισθηματικού στρες και άγχους και αυτές οι μητέρες αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες ψυχολογικές δυσκολίες σχετικές με το θηλασμό (Shin and Traut, 2007). Ταυτόχρονα, κινδυνεύουν να έχουν καθυστερημένη ανάπτυξη της μητρικής ταυτότητας, καθώς αδυνατούν να περάσουν τις φάσεις αυτής της διαδικασίας, τις οποίες συνήθως περνούν οι μητέρες των οποίων τα νεογνά δεν νοσηλεύονται. Για αυτές τις μητέρες, η μετάβαση στην μητρότητα συνεπάγεται συνήθως μια κρίση συναισθημάτων και ταλαντεύονται ανάμεσα σε σοκ, θλίψη, συναισθηματική εξάντληση, και την ελπίδα ότι όλα θα πάνε καλά (Lau and Morse,

2003) . Ο πρόωρος τοκετός μπορεί να θεωρηθεί μια τραυματική εμπειρία, που μπορεί να οδηγήσει σε μετατραυματικό στρες της μητέρας και να προκαλέσει μη ισορροπημένες σχέσεις προσκόλλησης, ορισμένες φορές με μακροπρόθεσμες συνέπειες για τη σχέση μητέρα-βρέφος. Συνεπώς, αυτές οι αντιδράσεις απαιτούν έγκαιρη υποστήριξη (Meijssen et al., 2010).

- Αποχωρισμός μητέρων-βρεφών

Το κύριο εμπόδιο για τη μετάβαση της μητέρας στη μητρότητα είναι ο αποχωρισμός από το βρέφος της λόγω της ανάγκης νοσηλείας και παραμονής στο νοσοκομείο. Οι οδηγίες για το επισκεπτήριο περιορίζουν την παρουσία των γονέων σε καθορισμένες ώρες επισκέψεων και δεν τους επιτρέπουν να μένουν όσο οι ίδιοι θα είχαν ανάγκη. Οι πρακτικοί και οικονομικοί περιορισμοί μπορούν επίσης να καταστήσουν τις επισκέψεις των μητέρων στη ΜΕΝΝ δύσκολες, όπως μια σύντομη άδεια μητρότητας, οι ευθύνες της μητέρας στο σπίτι και η φροντίδα των άλλων παιδιών της οικογένειας και προβλήματα με τη μεταφορά μεταξύ του σπιτιού και του νοσοκομείου. Επιπλέον, για τους γονείς που μένουν στην επαρχία, οι μεγάλες αποστάσεις μεταξύ του νοσοκομείου και της οικογενειακής κατοικίας αποτελούν εμπόδιο για την πρόσβασή τους στη ΜΕΝΝ. Επομένως, οι πολιτικές που τονίζουν το μη αποχωρισμό των μητέρων-μητέρων είναι εξαιρετικά σημαντικές για αυτές τις μητέρες και τα βρέφη (Greisen et al., 2009).

- Άγχος σε σχέση με την έξοδο του βρέφους από το νοσοκομείο

Μια καλή πρακτική για την προετοιμασία της εξόδου των πρόωρων νεογνών, είναι οι γονείς να κάθονται με το βρέφος τους στο νοσοκομείο και να αναλάβουν τη φροντίδα του για 1 ή δυο μέρες πριν το πάρουν στο σπίτι. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ευκαιρίες των μητέρων για θηλασμό στο νοσοκομείο μπορεί να περιορίζονται και δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι γονείς αισθάνονται άγχος και αβεβαιότητα σχετικά με την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τη φροντίδα του βρέφους τους στο σπίτι (Nyqvist and Kylberg, 2008).

- Ελαττωμένη παραγωγή γάλακτος

Η έναρξη και η διατήρηση της παραγωγής μητρικού γάλακτος αποτελεί μια ιδιαίτερη πρόκληση για τις μητέρες των πρόωρων και άρρωστων νεογνών που νοσηλεύονται σε νεογνικές μονάδες. Αυτά τα βρέφη είναι λιγότερο πιθανό να θηλάζουν και έχουν μικρότερη διάρκεια θηλασμού. Υπάρχουν πολλές πιθανές εξηγήσεις. Ένα υψηλό ποσοστό μητέρων με πρόωρο τοκετό κινδυνεύει από καθυστερημένη έναρξη γαλουχίας, γεγονός που αποτελεί ένδειξη κινδύνου για αποτυχία της γαλουχίας. Αυτές οι μητέρες αντιμετωπίζουν την πρόκληση να επιτύχουν και να διατηρήσουν επαρκή παραγωγή γάλακτος μέσω της έγκαιρης και τακτικής άντλησης του μητρικού γάλακτος. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, οι μητέρες αντιμετωπίζουν αρκετά εμπόδια: η ίδια η μητέρα μπορεί να είναι άρρωστη και να χρειάζεται ιατρική περίθαλψη και η πληροφόρηση και υποστήριξη που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας για να μπορέσει να επιτύχει και να διατηρήσει την παραγωγή γάλακτος μπορεί να είναι ανεπαρκής ή ασυνεπής (Flacking et al.,2006). Οι μητέρες των πρόωρων και άρρωστων βρέφη έχουν περιγράψει το γάλα τους ως σύνδεση μεταξύ αυτών και του βρέφους, μια αναπαράσταση της μητρότητας και ότι μπορεί να μην αισθάνονται επαρκείς ως μητέρες μέχρι να μπορέσουν να ξεκινήσουν τον θηλασμό. Δεδομένου ότι το γάλα της μητέρας είναι απαραίτητο, λόγω των οφελών του, για την ανάπτυξη των βρεφών, η μητέρα μπορεί να αισθάνεται υποχρεωμένη να παρέχει ένα ορισμένο όγκο γάλακτος. Η ανικανότητα της να ανταποκριθεί στις αντιλαμβανόμενες προσδοκίες σχετικά με την ικανότητα γαλουχίας της μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα αποτυχίας και ντροπής με επακόλουθο να μη μπορεί να αντιληφθεί το θηλασμό ως κάτι ευχάριστο. Αυτό είναι ανησυχητικό σημάδι , καθώς τα συμπτώματα κατάθλιψης της μητέρας, η έλλειψη εμπιστοσύνης στο θηλασμό και η μη έγκαιρη παραγωγή μητρικού γάλακτος συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του μητρικού ρόλου της μητέρας, στην ευαισθητοποίησή και στο στρες των γονέων (Flacking et al.,2006).

- Ευαίσθητη συμβουλευτική γαλουχίας και θηλασμού

Οι μητέρες επισημαίνουν ότι η συμβουλευτική της γαλουχίας και του θηλασμού πρέπει να παρέχεται με ενσυναίσθηση και σεβασμό και με κατάλληλο ψυχολογικό και πολιτισμικό τρόπο. Οι ιδιαίτερες ανάγκες των μητέρων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάπτυξη και εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων γραμμών. Η μητέρα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως άτομο, όχι μόνο ως άνθρωπος που

παράγει γάλα. Πρέπει να υποστηρίζεται στη λήψη αποφάσεων για την παραγωγή γάλακτος και το θηλασμό και να συμμετέχει στη σίτιση του βρέφους. Η πολιτική αυτή περιλαμβάνει και τις μητέρες που αποτυγχάνουν στη γαλουχία και στο θηλασμό, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για το θηλασμό ή επιλέγουν να μη θηλάσουν καθόλου (Nyqvist and Kylberg, 2008).

Κατευθυντήρια αρχή 2: Πρέπει να παρέχεται φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια

- Οικογενειακή φροντίδα

Η έννοια της οικογενειακής φροντίδας εντάσσεται όλο και περισσότερο στη φροντίδα των νεογνών και χαρακτηρίζεται από τη στάση ότι οι γονείς είναι οι σημαντικότεροι άνθρωποι στη ζωή του βρέφους τους και πρέπει να συμμετέχουν στη φροντίδα του νεογνού στο μέτρο του δυνατού, λαμβάνοντας υπόψη την ιατρική κατάσταση του νεογνού και το στάδιο νοσηλείας. Ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της νοσοκομειακής και της οικογενειακής φροντίδας είναι η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός, η ανταλλαγή πληροφοριών, η συμμετοχή και η συνεργασία. Η φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια πρέπει να ενσωματωθεί στην κουλτούρα και τη λειτουργία μιας νεογνικής μονάδας και το περιβάλλον πρέπει να προσαρμοστεί ώστε να εξυπηρετεί την παρουσία και τη συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα του βρέφους τους. Το επίπεδο συνεργασίας προσωπικού με τις οικογένειες εξαρτάται περισσότερο από τη σχέση του προσωπικού και των μελών της οικογένειας των νεογνών της MENN παρά από τις διαθέσιμες εγκαταστάσεις και τους υλικούς πόρους (The Institute for Family-Centered Care, 2012).

- Δικαιώματα των γονέων και φυσικοί ρόλοι

Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των γονέων καθορίζονται στη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού (UNICF, 2012) Πρόκειται για ένα νομικά δεσμευτικό έγγραφο, όπου στα άρθρα 7 και 9 αναφέρεται το δικαίωμα του παιδιού να μην αποχωρίζεται από τους γονείς του. Ωστόσο, ο αποχωρισμός των γονέων-βρεφών ήταν ο κανόνας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των νεογνών στη MENN, λανθασμένη πρακτική που πρέπει να αλλάξει, αφού αναγνωρίστηκε η σημασία του ρόλου των γονέων στην φροντίδα των νεογνών τους. Παρόλο που λίγες

χώρες υποστηρίζουν την απεριόριστη παρουσία των γονέων (24/7), αυτή είναι μια πιθανή πρακτική και πρέπει να υποστηριχθεί.

- Υποστήριξη του φυσικού γονικού ρόλου

Η αναγνώριση της συμμετοχής των γονέων στη φροντίδα των νεογνών τους επιτυγχάνεται προσφέροντάς τους την ελευθερία ανάληψης της φροντίδας και απλών νοσηλευτικών πράξεων. Οι μητέρες θέλουν ένα υποστηρικτικό φυσικό περιβάλλον, την παρουσία του πατέρα και την έγκαιρη μεταβίβαση της φροντίδας των νεογνών από το νοσηλευτικό προσωπικό στους γονείς (Nyqvist and Kylberg, 2008). Οι γονείς πρέπει να αναγνωρίζονται τόσο ως μονάδα όσο και ως άτομα, καθώς οι ανάγκες των μητέρων και των πατέρων δεν είναι οι ίδιες . Οι πατέρες των πρόωρων βρεφών που λαμβάνουν υποστήριξη, ασφάλεια και συναισθήματα ευτυχίας αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο και ότι είναι σε θέση να χειριστούν την αγχωτική αυτή κατάσταση. Σε μία μελέτη των Blomqvist et al.,2011 οι πατέρες ανέφεραν ότι θα ήθελαν να συμμετάσχουν στη διαδικασία του θηλασμού μέσω της φροντίδας του περιβάλλοντος χώρου για τη μητέρα και το μωρό κατά τη διάρκεια του θηλασμού και θα ήθελαν να είχαν την ευκαιρία να παρέχουν φροντίδα καγκουρό εναλλακτικά με τη μητέρα. Η σταδιακή φροντίδα του βρέφους τους ξεκινώντας από τη γέννηση, τους κάνει να αισθάνονται ότι είναι «πραγματικοί» πατέρες. Συνεπώς, η εκπαίδευση στην οικογενειακή φροντίδα πρέπει να γίνεται σε τακτική βάση και να συμπεριλαμβάνεται στην εκπαίδευση όλων των νέων μελών του προσωπικού (Blomqvist et al.,2011).

- Ο σχεδιασμός της MENN με επίκεντρο την οικογένεια και η αναπτυξιακή υποστήριξη των βρεφών

Το κύριο εμπόδιο για την παρουσία των γονέων είναι το ίδιο το περιβάλλον των MENN. Ο περιορισμένος χώρος, οι εγκαταστάσεις όπου συχνά οι γονείς δεν έχουν πρόσβαση σε μια πολυθρόνα μέσα στη MENN ή σε ένα δωμάτιο μέσα ή κοντά στη MENN. Παρόλο που η πρόσφατη τάση στο σχεδιασμό νεογνικών μονάδων είναι οι μονόκλινες αίθουσες , οι οποίες επιτρέπουν στον ένα ή και στους δύο γονείς να παραμείνουν 24 ώρες το 24ωρο, αυτό δεν εφαρμόζεται στις περισσότερες μονάδες. Το περιβάλλον της MENN χαρακτηρίζεται επίσης, από υψηλό επίπεδο

δραστηριότητας και θορύβου και ενδέχεται να μην προσφέρει επαρκή προστασία της ιδιωτικής ζωής. Ο σχεδιασμός της μονάδας πρέπει να περιλαμβάνει την παρουσία των γονέων όσο το δυνατόν περισσότερο, με την πρόβλεψη δωματίων για μητέρες ή πρόβλεψη για πολυθρόνες, που επιτρέπουν στη μητέρα να έχει μια άνετη θέση, ώστε να παρέχει στο πρόωρο νεογνό έγκαιρη έναρξη θηλασμού και φροντίδα καγκουρό. Η προστασία της ιδιωτικής ζωής των μητέρων που θηλάζουν θα πρέπει να διασφαλίζεται από τις οθόνες και το επίπεδο του φωτός, του ήχου, και η δραστηριότητα θα πρέπει να τροποποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ζεύγους νεογνού- γονέα (Nyqvist et al., 2013) .

Κατευθυντήρια αρχή 3: Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζει τη συνέχεια της προ-, περι-, και της μεταγεννητικής φροντίδας

- Περιπτώσεις στη νεογνική φροντίδα και τον θηλασμό

Η συνέχιση της περίθαλψης περιλαμβάνει τη φροντίδα που παρέχεται με την πάροδο του χρόνου σε ένα μεμονωμένο βρέφος και την οικογένειά του και μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες ξεχωριστές καταστάσεις, οι οποίες προκαλούν άγχος στους γονείς (Haggerty et al., 2003) :

- Περίπτωση προγεννητικού κινδύνου, όταν οι γονείς περιμένουν την άφιξη ενός βρέφους που θα απαιτήσει νοσοκομειακή περίθαλψη και μπορεί να βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση.
- Εισαγωγή στη MENN στο νοσοκομείο όπου γεννήθηκε το νεογνό ή μεταφορά σε MENN άλλου νοσοκομείου.
- Νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει φάση εντατικής νοσηλείας και φάση ενδιάμεσης νοσηλείας.
- Όταν το βρέφος αρχικά μεταφερθεί σε MENN άλλου νοσοκομείου, μεταφέρεται εκ νέου στο τοπικό νοσοκομείο, όταν δεν θα χρήζει παραμονής σε MENN, αλλά εξακολουθεί να έχει ανάγκες νοσηλείας, σαν μια προπαρασκευαστική κατάσταση πριν το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Μια εναλλακτική λύση είναι η φροντίδα του βρέφους στο σπίτι που παρέχεται από

τους γονείς, υποστηριζόμενη από το νοσοκομειακό προσωπικό, από ένα γραφείο φροντίδας κατ' οίκον ή από άλλο κέντρο υγείας.

- Μια περίπτωση εφαρμογής εντατικής θεραπείας στο σπίτι, σε συνεργασία με το νοσοκομείο, τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή τους παιδίατρος, ανάλογα με την οργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, εάν το βρέφος χρήζει συνεχούς μακροχρόνιας φροντίδας (για θεραπεία με οξυγόνο ή αναπνευστήρα).

Οι φάσεις της γαλουχίας και του θηλασμού περιλαμβάνουν την έναρξη της γαλουχίας, την επίτευξη και διατήρηση της παραγωγής, την έναρξη του θηλασμού και την επίτευξη των στόχων του θηλασμού της μητέρας (ιδανικά αποκλειστικός θηλασμός).

- Άλλες πτυχές της συνέχειας της φροντίδας

Η προσέγγιση της φροντίδας με βάση την οικογένεια διευκολύνει τη συνέχεια της περίθαλψης, προωθώντας την παρουσία και τη συμμετοχή των γονέων. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας αλλάζει και εκτός από ιατρικό-νοσηλευτικός γίνεται εκπαιδευτικός. Οι γονείς αναλαμβάνουν περισσότερες ή σχεδόν όλες τις συνιστώσες της φροντίδας του βρέφους τους. Έτσι, γίνονται πιο ενημερωμένοι σχετικά με την κατάσταση του βρέφους τους και συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις για τη φροντίδα του βρέφους. Επιπλέον, η συνέχεια της φροντίδας ενισχύει την αυτοπεποίθηση και τη σιγουριά των γονέων σχετικά με την ασφάλεια του βρέφους τους και τη δική τους συναισθηματική κατάσταση. Η συνέχιση της περίθαλψης είναι ένας από τους κύριους σκοπούς των δραστηριοτήτων σε όλες τις παγκόσμιες πρωτοβουλίες για την υγεία των μητέρων-βρεφών (The International MotherBaby Childbirth Organization, 2012). Κατά τη μετάβαση σε αυτά τα στάδια, τα πρόωρα και τα άρρωστα νεογνά θα δέχονται τη φροντίδα από έναν μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας, που πρέπει να συνεργαστεί για την επίτευξη των κοινών στόχων. Η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται όταν οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν σταθερή φροντίδα που ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του νεογνού και της οικογένειάς του. Αυτό απαιτεί κοινές πολιτικές και κοινές κατευθυντήριες γραμμές για τη φροντίδα βρεφών και για τα προγράμματα εκπαίδευσης των γονέων (ομαδικές

δραστηριότητες, ατομική συμβουλευτική, ή έντυπες πληροφορίες) (Haggerty et al., 2003).

Μια άλλη πτυχή είναι η αντίληψη των γονέων για συνέχεια στη διαδικασία της φροντίδας. Οι γονείς θα πρέπει να αντιληφθούν ότι οι αποφάσεις για τη φροντίδα του βρέφους τους βασίζονται σε πολιτικές που μοιράζονται όλοι οι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του και στις οποίες όλοι είναι πρόθυμοι να προσχωρήσουν και ότι δεν έχουν αντικρουόμενες πληροφορίες ή συμβουλές. Ακόμη, θα πρέπει να αισθάνονται σίγουροι ότι οι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του βρέφους τους γνωρίζουν το ιατρικό ιστορικό και το πλάνο περίθαλψης. Η συνέχεια της φροντίδας συμπεριλαμβάνει και παροχή βοήθειας από συμβούλους θηλασμού για την υποστήριξη των μητέρων που θηλάζουν (Nyqvist et al., 2013).

6. Οι προκλήσεις και ο ρόλος της ηγεσίας

Η επιτυχής εφαρμογή της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και MENN απαιτεί πολλαπλές, πολύπλοκες και πολύπλευρες αλλαγές. Απαιτούνται προσπάθειες αλλαγής της πρακτικής της υγειονομικής περίθαλψης, που συχνά περιλαμβάνουν μια στρατηγική ορθολογικής κατεύθυνσης. Οι διοικητικές αρχές γνωρίζουν ότι υπάρχουν πολλά εμπόδια στην επίτευξη των αλλαγών και το τελικό θετικό αποτέλεσμα κρίνεται από την ικανότητα αλλαγής της οργανωτικής νοοτροπίας, (Konteh et al., 2008).

Οι περισσότερες έρευνες για τις προκλήσεις της εφαρμογής της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία επικεντρώθηκαν σε θέματα θεσμικών αλλαγών. Μια σχετική έρευνα σε πέντε νοσοκομεία της Νέας Ζηλανδίας εντόπισε έναν αριθμό εμποδίων στην προσπάθεια εφαρμογής μιας Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία . Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν τα διαφορετικά στάδια της ανάπτυξης πολιτικής της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία σε κάθε νοσοκομείο, το ότι η νοσοκομειακή πολιτική δεν βασίζεται απαραίτητα στην κυβερνητική πολιτική, οι νοσοκομειακές πολιτικές εξαρτώνται από τους κρατικούς πόρους, παράγοντες εκτός του νοσοκομειακού ελέγχου που επηρεάζουν την ικανότητα βελτίωσης των

ποσοστών θηλασμού και πολύπλοκα οργανωτικά ζητήματα που θέτουν εμπόδιο στην εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Moore et al., 2007). Μια άλλη έρευνα στις ΗΠΑ περιέγραψε την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία σε νοσοκομειακό επίπεδο ως σημαντική προσπάθεια με μεγάλη δαπάνη, που απαιτούσε στρατηγικό σχεδιασμό, εφαρμογή και διατήρηση αλλαγών σε όλο το θεσμικό πλαίσιο και εκπαίδευση του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα. Θεωρούσε ότι η εφαρμογή της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία απαιτούσε αξιολογες ηγετικές θέσεις, τη συμμετοχή πολλών τμημάτων και την υποστήριξη των μελών του ανώτερου προσωπικού του νοσοκομείου (Merewood and Phillip, 2001). Αυτά τα ευρήματα υποστηρίχθηκαν και σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία. Διαπιστώθηκε ότι η επιτυχής υλοποίηση της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία χρειάστηκε ισχυρή υποστήριξη από την κυβέρνηση και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και μια οργανωμένη κεντρική ομάδα (Hofvander, 2005).

Από μια άλλη έρευνα προέκυψε μια προσέγγιση «καρδιάς και μυαλού» που αντανάκλουσε τη συναισθηματική και ορθολογική δέσμευση μέσω της συμμετοχής και της συνεργασίας, καθώς και την αλλαγή των πεποιθήσεων, αξιών και πρακτικών. Αυτή η προσέγγιση υπογραμμίζει τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να υπάρξει δέσμευση τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε λογικό επίπεδο, προκειμένου να επιτευχθούν τα κοινά αποτελέσματα. Τα θέματα που συζητήθηκαν αφορούν την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας, τον «τρόπο εμπλοκής» τους και το βαθμό στον οποίο «εργάζονταν έξω από το κουτί» (Thomson, 2012).

Αναφορικά με τις προκλήσεις της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία, αυτές μπορούν να συνοψιστούν στις ακόλουθες:

- Αξιόπιστη ηγεσία – στυλ ηγεσίας

Ένας βασικός παράγοντας της επιτυχίας του έργου σχετίζεται με την αξιοπιστία των επαγγελματιών υγείας και της διοίκησης. Η προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να δημιουργήσει ένα κλίμα ισότητας, κοινών αξιών και εμπιστοσύνης. Οι επαγγελματίες πρέπει να αισθάνονται ικανοί να εκφράσουν τις απόψεις τους ή ακόμη και να αμφισβητήσουν τις αποφάσεις των διοικητικών αρχών ασφαλείς, γνωρίζοντας ότι η προοπτική τους θα αναγνωριζόταν και θα γινόταν

σεβαστή και θα παρέχονταν η κατάλληλη καθοδήγηση και υποστήριξη (Downey et al., 2011). Σε μεγάλο βαθμό, η αξιοπιστία των επαγγελματιών υγείας λειτουργεί ως ο ακρογωνιαίος λίθος της προσέγγισης της καρδιάς και του πνεύματος ως προς τον τρόπο με τον οποίο διευκολύνει και ενθαρρύνει την αποδοχή, την προθυμία και την ενεργό συμμετοχή των επαγγελματιών στις δραστηριότητες της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας διαπίστωσαν ότι ήταν ο προσπελάσιμος και συνεκτικός τρόπος με τον οποίο η Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία « πωλείται », που έκανε τη ζωτική διαφορά στην υιοθέτησή του. Αντί να τους λένε « τι να κάνουν », συμπεριλήφθηκαν ως κεντρικοί και αξιόλογοι εταίροι στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Thomson, 2012). Τέλος, η ευκολία πρόσβασης σε πολιτικές και διαδικασίες καθώς και η ταχύτητα υλοποίησης των αλλαγών που προτείνονται αντικατοπτρίζουν τη διάθεση και το στυλ της ηγεσίας.

- Εξειδίκευση

Συνήθως, οι μητέρες που θηλάζουν απευθύνονται σε επαγγελματίες που θεωρούνται «εμπειρογνώμονες». Η ειδοποιός διαφορά γίνεται με την εκπαίδευση και την εξειδίκευση για να εξοπλίσει όλους τους επαγγελματίες με τις δεξιότητες, τις ικανότητες και τα κίνητρα για να υποστηρίξουν με επιτυχία τις μητέρες που θηλάζουν (Trajkovski et al., 2016). Η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας βασίζεται στην εκτεταμένη θεωρητική και πρακτική γνώση του θηλασμού και στην έμπνευση, το πάθος και τη δέσμευση που δείχνουν στις γυναίκες σχετικά με τις εμπειρίες τους για τη διατροφή των βρεφών. Είναι προφανές ότι γνωρίζουν τα θέματα που σχετίζονται με το θηλασμό και τη στήριξη των μητέρων και το κάνουν εδώ και χρόνια. Η πρόκληση έγκειται στο να έχουν επιπλέον την δέσμευση και το πάθος προς το θηλασμό και να θέλουν πραγματικά αυτό το έργο να επιτύχει.

- Δέσμευση βασικών επαγγελματικών ομάδων

Η επιτυχής υιοθέτηση της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία περιλαμβάνει την εισαγωγή νέων πρακτικών σε πολλές επαγγελματικές ομάδες (UNICEF, 2011). Προκειμένου να υιοθετηθεί αυτή η εργασία και να ενσωματωθεί στην πράξη, είναι ζωτικής σημασίας το προσωπικό να αναγνωρίσει και να αξιολογήσει τη σημασία του έργου του επαγγελματικού συνεργάτη του (Merewood and Phillipp, 2001).

- Αλλαγή συμπεριφοράς και πρακτικής

Αφορά κυρίως την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τη οικογένεια που συμπεριλαμβάνει τη συμμετοχή των γονέων σε όλες τις διαδικασίες, τη διδασκαλία των γονέων και την υποστήριξη των γονέων. Η παροχή φροντίδας με επίκεντρο τη οικογένεια ειδικότερα σε μια MENN απαιτεί την ενεργό συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα και τις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του βρέφους τους. Οι γονείς συνεργάζονται και αποτελούν μέρος της κουλτούρας της μονάδας. Οι προκλήσεις για τη συμμετοχή των γονέων περιλαμβάνουν τις δυσκολίες στις σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού-γονέων, οι οποίες συχνά αποδόθηκαν στις συναισθηματικές προκλήσεις που βιώνουν οι γονείς που έχουν ένα πρόωρο νεογνό στη MENN. Παρόλα αυτά, η συμμετοχή των γονέων μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του φόβου και στην αύξηση της αυτοπεποίθησης των γονέων κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οι διοικητικές προκλήσεις που σχετίζονται με τη συμμετοχή των γονέων στην περίθαλψη περιλαμβάνουν τις ελλείψεις των νοσοκομείων και ότι η συμμετοχή των γονέων απαιτεί καλύτερα επίπεδα στελέχωσης (Trajkovski et al., 2016).

- Συναισθηματική δέσμευση

Η επιτυχής υιοθέτηση της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία περιλαμβάνει την συναισθηματική δέσμευση. Η δέσμευση των επαγγελματιών υγείας αναζωογονεί το ενδιαφέρον και τις πεποιθήσεις τους για τον θηλασμό, καθώς και τις δεξιότητές τους, την εμπιστοσύνη και τη γνώση τους για την προώθηση και υποστήριξη της επιτυχημένης γαλουχίας. Είναι πραγματικά αφοσιωμένοι στις πεποιθήσεις τους, όπως ότι ο θηλασμός είναι το καλύτερο και ότι η πλειοψηφία των γυναικών μπορεί να θηλάσει, και γνωρίζουν ότι το επίκεντρο αυτού του έργου είναι αυτό που έχει σημασία για τις μητέρες, και όχι ένα γραφειοκρατικό, τεχνοκρατικό μοντέλο εφαρμογής (Benzies et al., 2018) .

- Εργασία μέσα από τις προκλήσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου. Η ιδιωτικότητα που προσφέρει ένα μονόκλινο δωμάτιο δημιουργεί ένα οικογενειακό περιβάλλον, όπου οι γονείς αισθάνονται πιο άνετα να μένουν με το βρέφος τους. Είναι πρόκληση και οι

ανακαινίσεις για την αλλαγή ορισμένων MENN που λειτουργούν ως ανοιχτοί χώροι, ώστε να υπάρχουν και δωμάτια για τους γονείς και τα νοσηλευόμενα νεογνά (Dykes et al., 2016). Η περιορισμένη ικανότητα πρόσληψης προσωπικού, επηρεάζει επίσης την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, καθώς το προσωπικό πρέπει να καλείται να διατηρήσει τις κατάλληλες αναλογίες νοσηλευτών-ασθενών. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας από εισαγωγές ασθενών ή η ξαφνική επιδείνωση σε νεογνά επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου ή μιας MENN. Όταν ο φόρτος εργασίας είναι απρόβλεπτος, είναι εύκολο για το προσωπικό να αποπροσανατολιστεί και να αφήσει την προσωπική σύγκρουση να επηρεάσει την παρεχόμενη φροντίδα. Μία ιρλανδική μελέτη αναφέρει ότι οι νοσηλευτές ανέφεραν υπερβολική εξάρτηση από τους γονείς για να παρέχουν φροντίδα λόγω έλλειψης προσωπικού και πολυσύχναστου φόρτου εργασίας (Coyne, 2015)

- Προκλήσεις για βελτιώσεις στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης

Προτείνεται: Βελτίωση των προτύπων στελέχωσης του προσωπικού και οι νέες προσλήψεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και με διάφορα επίπεδα τυπικής εκπαίδευσης. Αύξηση δυνατοτήτων επαγγελματικής εξέλιξης μέσω συνηθισμένων εκπαιδευτικών σεμιναρίων για ενίσχυση των ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης. Βελτίωση της τυποποίησης σε όλο το ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καλύτερη πρόσβαση σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές και ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία κρίνονται απαραίτητα καθώς η τεχνολογία, ο εξοπλισμός και οι προμήθειες θα διευκολύνουν το έργο των επαγγελματιών υγείας (Benzie et al., 2018). Ενίσχυση του μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο την οικογένεια και ενίσχυση της συνέχειας της υγειονομικής φροντίδας. Η αναγνώριση της γονικής ικανότητας για φροντίδα και περίθαλψη, η γονική παρουσία και η βελτίωση της γνώσης και των δεξιοτήτων των γονέων θεωρείται ότι αποτελεί μέρος της λύσης, ειδικά για τους γονείς που τα νεογνά τους νοσηλεύονται σε MENN (Dykes et al., 2016) .

Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχουν μόνο τρία μαιευτήρια που έχουν την πιστοποίηση του νοσοκομείου φιλικού προς τα βρέφη και βρίσκονται στην Αθήνα και δυστυχώς δεν υπάρχει καμία MENN. Η εφαρμογή της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και ειδικότερα των Φιλικών προς τα Βρέφη MENN είναι

μια πρόκληση για τη σύγχρονη διοίκηση στην ελληνική πραγματικότητα. Θα πρέπει να εξεταστούν οι στρατηγικές που θα επιτρέψουν την εφαρμογή, έτσι ώστε περισσότερα νοσοκομεία να πάρουν την πιστοποίηση, καθώς αποτελεί δείκτη ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης και οι διοικητές των νοσοκομείων πρέπει να εξετάσουν την πολυπλοκότητα της εφαρμογής, να προσανατολιστούν στην παροχή περίθαλψης με επίκεντρο την οικογένεια και να αναγνωρίσουν ότι οι αλλαγές του συστήματος υγείας είναι απαραίτητες για τη βελτιστοποίηση της εφαρμογής. Με συντονισμένη προσπάθεια σε πολλαπλά επίπεδα, αυτή η πρόκληση μπορεί να μετατραπεί από προσδοκία σε πραγματικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΓΚΟΥΡΟ

1. Ιστορική αναδρομή

Η Φροντίδα Καγκουρό (ΦΚ), ή επαφή δέρματος με δέρμα, διερευνάται για την επίδρασή της στα νεογνά, τις μητέρες και γενικότερα στο θεσμό της οικογένειας. Η γνώση για τα πλεονεκτήματα της ΦΚ έχει αλλάξει θεαματικά τη φροντίδα που παρέχεται στα νεογνά, συμπεριλαμβανομένων και των νεογνών που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ. Η ΦΚ δεν είναι «εναλλακτική ιατρική», αλλά μια επιστημονικά σωστή παρέμβαση που ασκείται σε διάφορα επίπεδα νεογνικής φροντίδας. Μέσω της επαφής με το δέρμα, τα βρέφη κερδίζουν την πρόωμη διέγερση που έχει σημασία για την επιβίωσή τους. Το κόστος δε αυτής της παρέμβασης είναι ελάχιστο, ενώ τα οφέλη είναι ανυπολόγιστα. Η ΦΚ προτάθηκε για πρώτη φορά το 1978 από τον Dr Edgar Rey στην Μπογκοτά της Κολομβίας λόγω έλλειψης πόρων σε νοσοκομεία που φρόντιζαν νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης. Εξαιτίας των μόνιμων προβλημάτων διακοπής ρεύματος και των αναξιόπιστων μηχανημάτων-θερμοκοιτίδων, οι νεογνολόγοι-παιδιάτροι αρκέστηκαν στην ζεστασιά της επαφής δέρματος με δέρμα, της μητέρας με το νεογνό, για να το βοηθήσουν να επιβιώσει. Σήμερα σε πολλές Μονάδες Εντατικής Νεογνών (ΜΕΝΝ) μεγάλων μαιευτηρίων, η φροντίδα αυτή παρέχεται στο μωρό αμέσως μόλις σταθεροποιηθεί η κατάστασή του, δίνοντας στους γονείς την ευκαιρία να του προσφέρουν μια θεραπευτική αγκαλιά (Charpak et al., 2000).

1970-1979 Το κίνητρο της δέσμευσης

Στη δεκαετία του '70 σε ολόκληρο τον κόσμο, η κυρίαρχη μαιευτική τακτική επέβαλε το διαχωρισμό της μητέρας-νεογνού μετά τη γέννηση, πρακτική που ελλοχεύει κινδύνους για αισθήματα αποτυχίας των γονέων. Τα γεγονότα που συμβαίνουν στην αμέσως μετά τον τοκετό περίοδο, επηρεάζουν σημαντικά τη γονική συμπεριφορά και την επακόλουθη ανάπτυξη του παιδιού. Οι μητέρες έχουν μια ευαίσθητη περίοδο αμέσως μετά τη γέννα κατά τη διάρκεια της οποίας ορισμένες εμπειρίες είναι πιο πιθανό να παράγουν στοργικές συμπεριφορές ή δεσμούς με τα νεογνά τους από οποιαδήποτε άλλη χρονική στιγμή (Klaus et al., 1972)

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, ερευνητές στο Οχάιο των Η.Π.Α. διερεύνησαν τις επιδράσεις της επαφής δέρμα με δέρμα μεταξύ των μητέρων και των νεογνών τους το συντομότερο δυνατόν μετά τη γέννηση. Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, οι Rey και Martinez στην Μπογκοτά της Κολομβίας άρχισαν να ερευνούν την ίδια μέθοδο περίθαλψης και την ονόμασαν "Kangaroo Care" (KC) (Charpak et al., 2000). Τα νεογνά βρίσκονταν σε άμεση επαφή δέρμα με δέρμα με το γυμνό στήθος της μητέρας. Τα τρία αρχικά βασικά στοιχεία ήταν η μητέρα, η αγάπη και η ζεστασιά που παρείχαν ερεθίσματα και κινητήριο δύναμη για να βοηθήσουν τα πρόωρα νεογνά να μεγαλώσουν (Hales et al., 1976). Σύντομα ο αποκλειστικός θηλασμός και το "πρόωρο" εξιτήριο προστέθηκαν στο πρότυπο της ΦΚ, καθώς τα περισσότερα πρόωρα νεογνά ήταν αρκετά καλά για να πάρουν εξιτήριο νωρίτερα από το αναμενόμενο.

1980-1989 Η έρευνα δεσμών συνεχίζεται

Στη δεκαετία του 1980, οι ερευνητές συνέχισαν να διερευνούν την επαφή σώμα με σώμα μητέρας-νεογνού και την επίδρασή της στη σχέση μητέρας-νεογνού. Οι μελέτες συνέχιζαν να καταδεικνύουν τη σπουδαιότητα της πρώιμης επαφής μεταξύ της μητέρας και του νεογνού της κατά τη «ευαίσθητη περίοδο» αμέσως μετά τη γέννηση. Επιπλέον, οι ερευνητές μελετούσαν την αποτελεσματικότητα της ΦΚ για τη ρύθμιση της θερμοκρασίας, την πρόληψη της απώλειας θερμότητας, την προαγωγή του ρυθμιστικού μηχανισμού του ύπνου, της εγρήγορσης, του θηλασμού και άλλων παραγόντων (Mondlane et al., 1989).

1990-1999 Φυσιολογικά και συμπεριφορικά αποτελέσματα

Στη δεκαετία του 1990 η έρευνα επικεντρώθηκε σε τρεις βασικούς τομείς σε σχέση με την ΦΚ. Το πρώτο θέμα ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της ΦΚ στις φυσιολογικές και συμπεριφορικές καταστάσεις, για παράδειγμα, του καρδιακού ρυθμού (HR), του αναπνευστικού ρυθμού (RR), του κορεσμού οξυγόνου (O_2 Sat), του βάρους, του ποσοστού λιπιδίων, των επιπέδων κορτιζόλης, τη συχνότητα του κλάματος και διάφορες παραμέτρους ύπνου (Bauer et al., 1998). Το δεύτερο θέμα ήταν η επίδραση της ΦΚ στην προώθηση του θηλασμού. Το τρίτο θέμα ήταν η συνεχιζόμενη διερεύνηση των επιδράσεων της δερματικής επαφής μέσω της ΦΚ και των επιβλαβών αποτελεσμάτων του διαχωρισμού των νεογνών από τις μητέρες τους.

2000-2009 Ανάπτυξη και συμπεράσματα σχετικά με τον πόνο

Στη δεκαετία αυτή, οι φυσιολογικές λειτουργίες όπως η θερμοκρασία, η HR, η RR και η O_2 Sat συνέχισαν να ερευνώνται σε συγκριτικές μελέτες με και χωρίς ΦΚ. Η ΦΚ ενίσχυε τη δυνατότητα του νεογνού για οργάνωση της συμπεριφοράς του, την εγρήγορση, τη μειωμένη ευερεθιστότητα, την ενισχυμένη πνευματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη και το υψηλότερο IQ κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής, τόσο για τα πρόωρα όσο και για τα τελειόμνη νεογνά (Feldman et al., 2003). Τα εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης πρόωρα που δέχτηκαν ΦΚ, είχαν καλύτερη αύξηση βάρους από τα νεογνά που δέχτηκαν φροντίδα ρουτίνας. Επίσης, εκτιμήθηκε η λειτουργική ωρίμανση εγκεφάλου χρησιμοποιώντας μελέτες ύπνου. Το 2000 δημοσιεύτηκε η πρώτη μελέτη σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΦΚ στην αντιμετώπιση του διαδικαστικού πόνου των νοσηλευόμενων νεογνών (Gray et al., 2000). Η ΦΚ χρησιμοποιήθηκε ως μη φαρμακευτική αναλγητική παρέμβαση κατά τη διάρκεια φλεβοκεντήσεων. Επίσης, τα συναισθήματα και οι εμπειρίες των γονέων από την παροχή ΦΚ στα νεογνά τους συνέχισαν να αποτελούν θέμα έρευνας. Τέλος, αυτή τη δεκαετία αναπτύχθηκαν από πολλούς εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς οι κατευθυντήριες οδηγίες για το θηλασμό και τη φροντίδα των νεογνών στις ΜΕΝΝ.

2010-2020 η έρευνα για τη ΦΚ συνεχίζεται με την προσθήκη νέων θεμάτων

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης δεκαετίας του 21ου αιώνα, συνεχίστηκε η διερεύνηση της επίδρασης της ΦΚ στη διαχείριση του πόνου, τις επιπτώσεις στην ανάπτυξη και τις φυσιολογικές λειτουργίες, το συναισθηματικό δέσιμο και τον θηλασμό. Επιπλέον. Μελετήθηκαν και άλλα θέματα γύρω από την επίδραση της ΦΚ, όπως η φροντίδα για τα νεογνά με συγγενή καρδιακή ανεπάρκεια και εκείνων που υποφέρουν από σύνδρομο στέρησης (NAS) (συμπτώματα στέρησης φαρμάκων που εμφανίζονται σε βρέφη που γεννιούνται από μητέρες που έλαβαν οπιούχα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης). Η ΦΚ είναι μία από τις συνιστώμενες μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις που πρέπει να χρησιμοποιούνται στη διαχείριση του NAS (Maguire, 2014). Οι επώδυνες παρεμβάσεις στη μεταγεννητική περίοδο είναι επιβλαβείς για το νεογνό και μπορούν να προκαλέσουν αλλοίωση της μεταγενέστερης επεξεργασίας του πόνου και της μακροπρόθεσμης νευρολογικής ανάπτυξης (Hatfield et al., 2019). Έτσι, απαιτείται αποτελεσματική διαχείριση του πόνου ως μέρος της φροντίδας αυτών των νεογνών. Εξετάστηκε επίσης, το μικροβίωμα στα νεογνά. Το μικροβίωμα είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον πληθυσμό των μικροοργανισμών που κατοικούν στο σώμα μας μέσα και έξω συμπεριλαμβανομένου του δέρματος και του γαστρεντερικού σωλήνα που αποικίζει το νεογνό κατά τη γέννηση (Meropol and Edwards, 2015). Ένα ώριμο μικροβίωμα είναι απαραίτητο για την υγεία μας και ένα μη φυσιολογικό μικροβίωμα μπορεί να οδηγήσει σε ασθένειες. Οι Hendricks et al. (2015) διερεύνησαν την ανάπτυξη μικροβιακού αποικισμού του στόματος σε πρόωρα νεογνά με ή χωρίς ΦΚ. Επιπλέον, η ΦΚ συσχετίστηκε με χορήγηση λιγότερων φαρμάκων. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ΦΚ κατά τη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου συνδέεται με ένα ξεχωριστό μικροβιακό πρότυπο και έναν επιταχυνόμενο ρυθμό ωριμότητας του μικροβιακού φορτίου. Τέλος, οι κατευθυντήριες οδηγίες και οι συστάσεις συνέχισαν να ενημερώνονται και να αναπτύσσονται σε αναγνώριση της πληθώρας των πλεονεκτημάτων ΚΚ για το βρέφος, τη μητέρα και την οικογένεια.

2. Γνωρίζοντας τη Φροντίδα Καγκουρό και τα πλεονεκτήματά της για τα πρόωρα νεογνά

Από την πρώτη στιγμή που εφαρμόστηκε η ΦΚ ως εναλλακτική λύση χαμηλού κόστους για τη φροντίδα των πρόωρων νεογνών σε περιοχές με περιορισμένους πόρους, οι κλινικοί και οι ερευνητές με την πάροδο του χρόνου έχουν δείξει τα οφέλη της τόσο για τα νεογνά όσο και για τις μητέρες τους.

2.1 Ομοίωση (ρύθμιση θερμοκρασίας, φυσιολογική σταθερότητα, γλυκόζη αίματος)

Σε σύγκριση με τη βασική φροντίδα με θερμοκοιτίδα, η ΦΚ έχει δείξει οφέλη στην ομοίωση. Τα πρόωρα νεογνά που δέχονται ΦΚ είναι πιο πιθανό να διατηρήσουν μια φυσιολογική θερμοκρασία σώματος και να παρουσιάσουν καρδιοαναπνευστική σταθερότητα. Ο καρδιακός ρυθμός μπορεί να μην αλλάζει ή να είναι διαφορετικός ή μπορεί να αυξηθεί κατά 5-10 παλμούς ανά λεπτό κατά τη διάρκεια της ΦΚ, από ό, τι όταν ένα νεογνό βρίσκεται σε μια θερμοκοιτίδα. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης ώρας της ΦΚ, ο καρδιακός ρυθμός μπορεί να αυξηθεί περισσότερο από ό, τι στην πρώτη ώρα, ενώ κατά τη διάρκεια μιας αιμοληψίας από την πτέρνα, ο καρδιακός ρυθμός αυξάνεται πολύ λιγότερο εάν το βρέφος βρίσκεται σε ΦΚ (αύξηση 8 έως 10 κτύπων) και όχι σε θερμοκοιτίδα (αύξηση 36 έως 38 κτύπων). Τέλος, κατά τη διάρκεια της μεταφοράς προς και από τη ΦΚ, ο καρδιακός ρυθμός των διασωληνωμένων νεογνών επίσης αυξάνεται (Sontheimer et al., 2004).

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι η βραδυκαρδία (καρδιακός ρυθμός <100 παλμούς ανά λεπτό ή πτώση > 33% από τον αρχικό καρδιακό ρυθμό) είναι σπάνια κατά τη διάρκεια της ΦΚ, και έτσι η ΦΚ συστήνεται για την ελαχιστοποίηση των επεισοδίων βραδυκαρδίας. Ακόμη, ο αναπνευστικός ρυθμός παραμένει εντός κλινικά αποδεκτού εύρους και τα νεογνά έχουν χαμηλότερο αναπνευστικό ρυθμό και είναι πιο σταθερά κατά τη διάρκεια της ΦΚ, σε σχέση με την παραμονή στη θερμοκοιτίδα (Ludington et al., 2004).

Επίσης, οι επιδράσεις της ΦΚ στα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου ποικίλλουν. Τα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου έχουν βρεθεί να αυξάνονται κατά 2% έως 3% κατά τη διάρκεια της ΦΚ σε σύγκριση με τις τιμές εντός θερμοκοιτίδας (Fohe et al., 2004). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στον κορεσμό οξυγόνου κατά τη διάρκεια αιμοληψίας από πτέρνα σε ΦΚ σε σύγκριση με αιμοληψία εντός θερμοκοιτίδας (Ludington et al., 2005). Κατά τη μεταφορά σε ΦΚ τα επίπεδα οξυγόνου συνήθως μειώνονται, αλλά σταθεροποιούνται εντός κανονικών ορίων μέσα σε 3 λεπτά από την έναρξη της ΦΚ. Έτσι, οι αλλαγές του κορεσμού οξυγόνου κατά τη

διάρκεια της ΦΚ είναι ελάχιστες και παραμένουν κατά κύριο λόγο εντός αποδεκτών ορίων.

Η επίδραση της ΦΚ στη θερμοκρασία του βρέφους έχει μελετηθεί εκτενώς, με το ίδιο αποτέλεσμα: όταν σε υγιή πρόωρα νεογνά εφαρμόζεται ΦΚ, η θερμοκρασία του σώματός τους αυξάνεται (Bergstrom et al.,2005). Η θερμοκρασία των νεογνών παραμένει εντός κλινικά αποδεκτών ορίων, όταν γίνεται από τη μητέρα, ενώ μπορεί να υπερβεί τους 37,5 ° C όταν εφαρμόζεται από τους πατέρες σε μονάδες χωρίς κλιματισμό. Η θερμορύθμιση πραγματοποιείται μέσω της άμεσης επαφής του νεογνού με τη θερμότητα του στήθους των γονέων. Τα νεογνά άνω των 32 εβδομάδων έχουν επιδείξει τη δυνατότητα να ρυθμίζουν τα ίδια τη θερμοκρασία του σώματός τους κατά τη διάρκεια της ΦΚ, βγάζοντας έναν βραχίονα ή ένα πόδι έξω από το κάλυμμα, που δεν μπορούν να κάνουν αν βρίσκονται μέσα στη θερμοκοιτίδα (Ludington et al.,2004).

Η κορτιζόνη έχει μελετηθεί ως ένδειξη φυσιολογικού στρες στα πρόωρα νεογνά. Οι περισσότερες μελέτες που εξετάζουν την επίδραση της ΦΚ διάρκειας 20 λεπτών ή και περισσότερο σε σταθερά πρόωρα νεογνά έχουν δείξει μειώσεις των επιπέδων κορτιζόνης κατά 60% ή περισσότερο σε σύγκριση με τα νεογνά που βρίσκονται σε θερμοκοιτίδα. Τα επίπεδα κορτιζόνης νεογνών σε κατάσταση ηρεμίας σε θερμοκοιτίδα είναι 193-212 nmol / L, τιμές που υπερβαίνουν κατά πολύ το επιθυμητό επίπεδο των 50 nmol / L, καθιστώντας σημαντική την ΦΚ για τη μείωση των επιπέδων κορτιζόνης κατά 60% σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα, καθώς αυξημένα επίπεδα κορτιζόνης επηρεάζουν την ανοσολογική λειτουργία. Μια μελέτη για τα πρόωρα νεογνά εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης δεν διαπίστωσε καμία αλλαγή στα επίπεδα κορτιζόνης μεταξύ περιόδων παραμονής στη θερμοκοιτίδα και ΦΚ, υποδηλώνοντας ότι η έκκριση κορτιζόνης έχει επίδραση στην ωρίμανσή τους (Morelius et al.,2005). Επίσης, η επίδραση της ΦΚ επί των επιπέδων γλυκόζης αίματος έχει μελετηθεί εκτενώς στα πρόωρα νεογνά και έχει δείξει ότι η ΦΚ κατά τη γέννηση μειώνει τη συχνότητα της υπογλυκαιμίας κατά τα πρώτα 90 λεπτά μετά τον τοκετό. Τέλος, μια τυχαίοποιημένη μελέτη σε 103 πρόωρα νεογνά που έλαβαν 13,5 ώρες ΦΚ ημερησίως έδειξε ότι αυτά τα νεογνά είχαν λιγότερα επεισόδια υπογλυκαιμίας από τα νεογνά ελέγχου.

Τέλος, οι επιδράσεις της ΦΚ στις νοσοκομειακές λοιμώξεις πρέπει να μελετηθούν εκτενώς, επειδή οι επαγγελματίες υγείας συχνά αναφέρουν ως εμπόδιο στην εφαρμογή της ΦΚ τον κίνδυνο αύξησης των λοιμώξεων. Τρεις

τυχαιοποιημένες μελέτες, διαπίστωσαν ότι τα νεογνά που έλαβαν ΦΚ 24/7 είχαν λιγότερες λοιμώξεις κατά το εξιτήριό τους από τα νεογνά που δεν έλαβαν ΦΚ. Μια τυχαιοποιημένη μελέτη πρόωρων νεογνών που έλαβαν ΦΚ κατά μέσο όρο 13,5 ώρες ημερησίως, έδειξε ότι είχαν σημαντικά λιγότερες νοσοκομειακές λοιμώξεις από τα πρόωρα νεογνά που δεν έλαβαν ΦΚ. Μια άλλη κλινική μελέτη υποδεικνύει ότι η επίδραση της ΦΚ στις νοσοκομειακές λοιμώξεις μπορεί να οφείλεται εν μέρει σε αυξημένη λειτουργία φραγμού της κερατίνης της επιδερμίδας του νεογνού, γιατί κατά τη διάρκεια της ΦΚ αυξάνεται η ενυδάτωση και μειώνεται η διαδερμική απώλεια νερού. Ωστόσο, όλοι πρέπει να ενημερώνονται ότι οι νοσοκομειακές λοιμώξεις μπορούν να εξαπλωθούν από τους επαγγελματίες υγείας, τους επισκέπτες και τις μητέρες σε νεογνά που λαμβάνουν ΦΚ και οι διαδικασίες αποφυγής μετάδοσης λοιμώξεων πρέπει να τηρούνται σχολαστικά (Ludington et al.,2008).

Κοιτάζοντας το σύνολο της νοσηλείας, η ΦΚ σχετίζεται με μειωμένη πιθανότητα λοίμωξης, σοβαρής ασθένειας και θάνατο. Ακόμη και μια πολύ μικρής διάρκειας ΦΚ (1 ώρα ημερησίως για 14 ημέρες) που δέχτηκαν πρόωρα νεογνά συνδυάστηκε με θετικά αποτελέσματα τόσο για τις μητέρες όσο και για τα νεογνά, σε σύγκριση με τα νεογνά που βρίσκονταν μόνο σε θερμοκοιτίδα. Τα στοιχεία για την ικανότητα της ΦΚ να βοηθήσει στην ομοιόσταση είναι πολλά, ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τα στοιχεία δείχνουν ότι η συνεχής ΦΚ μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα (Rojas et al.,2003, Conde-Agudelo et al.,2014).

2.2 Ύπνος, ανάπτυξη και νευρο-ανάπτυξη

Ίσως ένα από τα πιο ενδιαφέροντα οφέλη της ΦΚ είναι η επίδραση στον ύπνο, την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και την ανάπτυξη γενικότερα. Μελέτη των Feldman et al (2014) έδωσε σημαντικά ευρήματα για τους παραπάνω τομείς, καθώς και την ομοιόσταση. Διαπιστώθηκε ότι τα νεογνά που έλαβαν κατά μέσο όρο 1 ώρα ΦΚ για 14 ημέρες εμφάνισαν έναν πιο οργανωμένο κύκλο ύπνου-αφύπνισης μέχρι και την ηλικία των 10 ετών. Όλες οι αλλαγές στη συμπεριφορά του ύπνου που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ΦΚ είναι ανάλογες με την πιο ώριμη λειτουργία του εγκεφάλου, ακόμη και με μία φορά μόνο ΦΚ διάρκειας 2-3 ωρών, διότι εντός αυτού του χρονικού πλαισίου ολοκληρώνονται 2 έως 3 κύκλοι ύπνου. Οι κύκλοι ύπνου ευνοούν την ανάπτυξη του εγκεφάλου, απαιτούν τουλάχιστον 60 λεπτά για να ολοκληρωθούν και ξεκινούν εντός 5 λεπτών από την έναρξη της ΦΚ, ενώ σπάνια

συμβαίνουν τόσο γρήγορα στη θερμοκοιτίδα. Έτσι, κάθε συνεδρία ΦΚ πρέπει να έχει μήκος τουλάχιστον 65 λεπτά, έτσι ώστε το βρέφος να μπορεί να ολοκληρώσει τουλάχιστον έναν κύκλο ύπνου. Τα βραχυπρόθεσμα οφέλη της ΦΚ σχετικά με τα πρότυπα ύπνου στα πρόωρα νεογνά είναι αδιαμφισβήτητα και περιλαμβάνουν αύξηση του ήρεμου ύπνου, μακρύτερους κύκλους και βελτιωμένο αναπνευστικό ρυθμό (Ludington et al.,2008).

Τα πρόωρα νεογνά υποφέρουν συχνά από νευροφυσιολογικά επακόλουθα λόγω του ότι στερούνται την ανάπτυξη του νευρικού τους συστήματος, που θα συνέβαινε μέσα στη μήτρα. Η ΦΚ διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών που παρέχεται 5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την εγρήγορση και την προσοχή στο περιβάλλον σε νεογνά που εξετάστηκαν στην ηλικία των 37 και 40 εβδομάδων, 6 μηνών, και 12 μηνών (Ohgi et al.,2002). Όταν παρέχεται ΦΚ σε σταθερά πρόωρα νεογνά 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα από την ηλικία των 32 έως 38 εβδομάδων μετά τη γέννηση, όλες οι λειτουργίες απόδοσης και προγραμματισμού που σχετίζονται με την ανάπτυξη του εγκεφάλου είναι βελτιωμένες σε ηλικία 1 έτους σε σχέση με τα νεογνά που δεν δέχτηκαν ΦΚ. Επίσης, νεογνά που έλαβαν ΦΚ είχαν υψηλότερες βαθμολογίες νοητικής και κινητικής ανάπτυξης σε ηλικία 6 μηνών και 1 έτους, από τα νεογνά που δεν έλαβαν ΦΚ (Tessier et al.,2002). Οι Feldman & Eidelman (2003) διαπίστωσαν ότι 30 ή περισσότερα λεπτά ΦΚ ημερησίως κατά τη διάρκεια της νοσηλείας είχαν ως αποτέλεσμα πιο ώριμες βαθμολογίες στην Κλίμακα Αξιολόγησης της Νεογνικής Συμπεριφοράς στις 37 εβδομάδες μετά τον τοκετό, οδηγώντας τους στο συμπέρασμα ότι η ΦΚ βοηθάει την αυτόνομη και νευροχημική ανάπτυξη. Οι Hickson et al (2006) διεξήγαγαν μια μελέτη 78 πρόωρων νεογνών ηλικίας μικρότερης των 32 εβδομάδων που έλαβαν 8,5 ώρες ΦΚ από την πρώτη έως την πέμπτη εβδομάδα ζωής. Το συνολικό αναπτυξιακό πηλίκο, η ακοή, ο συντονισμός των ματιών και η απόδοση ήταν υψηλότερες σε νεογνά που δέχτηκαν ΦΚ σε σχέση με αυτά που δεν δέχτηκαν. Ωστόσο, όταν υπήρχε εγκεφαλικό τραύμα στις απεικονιστικές εξετάσεις, οι διαφορές ήταν πολύ πιο σημαντικές καθώς το συνολικό αναπτυξιακό πηλίκο ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ΦΚ.

Καθώς ο εγκέφαλος του βρέφους αναπτύσσεται, η πολυπλοκότητα των εγκεφαλικών σημάτων αυξάνεται. Τα σήματα εγκεφάλου συλλέγονται από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και μπορούν να μετρηθούν για την πολυπλοκότητά τους

ως σημάδι της ωρίμανσης του εγκεφάλου. Η μεγαλύτερη πολυπλοκότητα του εγκεφάλου έχει παρατηρηθεί σε πρόωρα νεογνά που έλαβαν ΦΚ από την ηλικία των 32 έως 40 εβδομάδων σε σχέση με τα νεογνά που δεν έλαβαν ΦΚ, υποδεικνύοντας πιο προηγμένη ωρίμανση εγκεφάλου με ΦΚ παρά με παραμονή σε θερμοκοιτίδα (Scher, 2005). Δύο πρόσφατες μελέτες χρησιμοποίησαν τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά ευρήματα για να μετρήσουν τις διαφορές στη νευρολογική ωριμότητα μεταξύ των πρόωρων βρεφών που έλαβαν ΦΚ και εκείνων που δεν έλαβαν. Ενώ τα μεγέθη των δειγμάτων ήταν μικρά, οι ερευνητές μπόρεσαν να προσδιορίσουν μια σχέση μεταξύ ΦΚ και αυξημένης ηλεκτροεγκεφαλογραφικής πολυπλοκότητας. Τα στοιχεία για τη συσχέτιση μεταξύ ΦΚ και αυξημένης ανάπτυξης προέρχονται από τη μετα-ανάλυση των Conde-Agudelo et al (2014), η οποία βρήκε πλεονεκτήματα τόσο στη συνεχή όσο και στη διαλείπουσα ΦΚ. Όταν η ΦΚ ήταν συνεχής, συσχετίστηκε με αύξηση του βάρους, του μήκους και της περιφέρειας της κεφαλής. Τα τρέχοντα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η ΦΚ βελτιώνει τον ύπνο, τη νευρολογική ανάπτυξη και την ανάπτυξη γενικά και θα πρέπει συνεπώς να ενθαρρυνθεί στην κλινική πράξη. Ενώ υπάρχει έλλειψη οδηγιών και στοιχείων όσον αφορά στη βέλτιστη διάρκεια, οι Feldman et al (2014) διαπίστωσαν ότι οι ευεργετικές επιδράσεις ήταν το αποτέλεσμα μόλις 14 ημερών συνεδριών που διαρκούν κατά μέσο όρο 1 ώρα. Συνεπώς θα ήταν λογικό να συμπεράνουμε ότι όλα τα νεογνά πρέπει να δέχονται ΦΚ τουλάχιστον κατά μέσο όρο 1 ώρα (σαν ελάχιστη ημερήσια δόση) και η ΚC θα πρέπει να ξεκινάει όσο το δυνατόν συντομότερο μετά τη γέννηση.

2.3 Θηλασμός

Η εφαρμογή ΦΚ περιλαμβάνεται σε ένα από τα "δέκα βήματα για επιτυχή θηλασμό" που περιγράφεται στην Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία. Παρόλο που αναπτύχθηκε αρχικά για υγιή νεογνά, μια διεθνής ομάδα εμπειρογνομόνων έχει κάνει συστάσεις για την προσαρμογή αυτών των "δέκα βημάτων" ώστε να είναι εφαρμόσιμα σε ασθενή και πρόωρα νεογνά (Nyqvist et al., 2013). Στις Φιλικές προς τα Βρέφη Μονάδες Νεογνών οι Nyqvist et al προτείνουν έγκαιρη, συνεχή και παρατεταμένη ΦΚ χωρίς αδικαιολόγητους περιορισμούς. Επίσης, η ΦΚ αναφέρεται ως ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση του θηλασμού σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό. Μια μελέτη έδειξε ότι το 98% των νεογνών που έλαβαν ΦΚ για 13,5 ώρες την ημέρα θήλαζε αποκλειστικά σε ηλικία 40 εβδομάδων

σε σύγκριση με το 76% των βρεφών που δεν έλαβαν ΦΚ (Suman et al., 2008). Ακόμη, τα πρόωρα νεογνά αν είναι υγιή και σε ΦΚ μέσα στα πρώτα λεπτά της γέννησης έχουν δείξει την ενστικτώδη ικανότητά τους να μετακινηθούν προς το μαστό της μητέρας τους και να συλλάβουν αυτόματα τη θηλή μέσα στην πρώτη ώρα γέννησης. Τα στοιχεία συνηγορούν στην επίδραση του ΦΚ ως προς την αύξηση του όγκου του μητρικού γάλακτος και την προώθηση του αποκλειστικού και της μεγαλύτερης διάρκειας θηλασμού στα πρόωρα νεογνά, σε σύγκριση με τα νεογνά που νοσηλεύονται σε θερμοκοιτίδες ή τυλίγονται σε κουβέρτες όταν κρατούνται από τις μητέρες τους (Flacking et al., 2006).

2.4 Σύνδεση γονέα – νεογνού

Ο συναισθηματικός δεσμός που δημιουργείται μεταξύ των νεογνών και των γονέων είναι πολύ σημαντικός, ειδικά για τα νεογνά που γεννιούνται πρόωρα. Ο πρόωρος τοκετός είναι αγχωτικό γεγονός για τις μητέρες και τους πατέρες και συχνά οδηγεί σε σκέψεις ενοχής και ανεπάρκειας. Οι μητέρες που παρέχουν ΦΚ στα νεογνά τους αντιλαμβάνονται καλύτερα την αίσθηση της ικανότητας, τα συναισθήματα ανησυχίας ή στρες, την ευαισθησία και την ανταπόκριση των νεογνών. Έχουν μικρότερη ανησυχία, μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών της ΜΕΝΝ, καλύτερο συναισθηματικό δεσμό και περισσότερες θετικές αλληλεπιδράσεις με το νεογνό, σε σχέση με τις μητέρες που δεν παρέχουν ΦΚ (Lee et al., 2007). Οι Feldman et al (2014) παρείχαν πρόσθετα στοιχεία που υποστηρίζουν ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ ΦΚ και συναισθηματικής σύνδεσης γονέα-βρέφους που ξεκινάει την περίοδο μετά τον τοκετό και συνεχίζεται ως ισχυρός δεσμός γονέων-παιδιών μέχρι και τα 10 χρόνια.

2.5 ΦΚ στο πλαίσιο του πόνου και του κλάματος

Τα νεογνά κλαίνε για διάφορους λόγους: χωρισμός από τη μητέρα, πείνα και αντίδραση στον πόνο. Οι μελέτες έδειξαν ότι τα νεογνά σπάνια κλαίνε όταν βρίσκονται σε ΦΚ και κλαίνε λιγότερο από όταν βρίσκονται σε μια θερμοκοιτίδα (Johnston et al., 2003). Δεδομένου ότι, η ΦΚ παίζει σημαντικό ρόλο στη σταθερότητα των φυσιολογικών λειτουργιών (αναπνοής και καρδιακού ρυθμού), στη διάρκεια του

ύπνου και στην αυτορρύθμιση του νεογνού, θεωρήθηκε απαραίτητη η διερεύνησή της στο πλαίσιο του πόνου. Ο ρόλος της ΦΚ στο πλαίσιο αυτό εξετάστηκε για πρώτη φορά σε νεογνά με αποκλειστικό θηλασμό το 2000 από τους Gray et al (2000). Τρία χρόνια αργότερα, οι Johnston et al (2003) εξέτασαν την αποτελεσματικότητά της ΦΚ σε πρόωρα νεογνά σε ηλικία κύησης 32 έως 36 εβδομάδων. Αμφότερες οι μελέτες ανέφεραν ότι η ΦΚ παίζει σημαντικό ρόλο στη συμπεριφορά του νεογνού λόγω πόνου. Οι Ferber & Makhoul (2008) διαπίστωσαν ότι η εξέταση αίματος που ελήφθη κατά τη διάρκεια της ΦΚ μείωσε τις κινήσεις αποδιοργάνωσης (λόξιγκας, τρομώδεις κινήσεις) και υπερέκτασης λόγω της οξείας επώδυνης εμπειρίας και τα συμπτώματα στρες ήταν μειωμένα ακόμη και μία ώρα αργότερα, ευρήματα που δεν υπήρχαν όταν λήφθηκε η εξέταση αίματος χωρίς ΦΚ. Άλλες σχετικές μελέτες εξέτασαν τη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού μετά από μια διαδικασία αιμοληψίας από την πτέρνα και όλες οι μελέτες κατέδειξαν τα ευεργετικά οφέλη της ΦΚ. Ο κορεσμός οξυγόνου κατά τη διάρκεια και / ή μετά από την οδυνηρή διαδικασία, δεν μπόρεσε να συνδυαστεί με την ΦΚ (Johnston et al., 2003). Γενικά, η ΦΚ είναι μια απλή, φυσική και οικονομικά αποδοτική παρέμβαση για την αποτελεσματική μείωση του πόνου στα πρόωρα νεογνά και πρέπει να προσφέρεται σε όλα τα νεογνά που υποβάλλονται σε επίπονες διαδικασίες (Gray et al., 2000, Johnston et al., 2003, Castral et al., 2008, Nimbalkar et al., 2013).

3. Η φροντίδα καγκουρό βήμα βήμα

3.1 Κριτήρια αξιολόγησης για τον καθορισμό της ετοιμότητας των νεογνών, των γονέων και του περιβάλλοντος

Τα εμπόδια στην εφαρμογή της ΦΚ επικεντρώνονται κυρίως σε ζητήματα ασφάλειας των νεογνών, όπως το αν κάνουν άπνοιες, βραδυκαρδία, ταχύπνοια και αν έχουν σταθερή θερμοκρασία, αλλά και σε ζητήματα ετοιμότητας των μητέρων (Mallet et al., 2007). Ένα εξίσου σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και το ίδιο το περιβάλλον της ΜΕΝΝ καθώς μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην εφαρμογή της ΦΚ (Chia et al., 2006). Επομένως, είναι απαραίτητο να αξιολογούνται τρεις τομείς ετοιμότητας πριν την παροχή της ΦΚ: η ετοιμότητα των νεογνών, των γονέων και του περιβάλλοντος.

- Αξιολόγηση των νεογνών

Η πρωταρχική μέριμνα των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε μια ΜΕΝΝ, είναι η ετοιμότητα των νεογνών για τη ΦΚ. Η εκτίμηση της ετοιμότητας των νεογνών, πρέπει να γίνεται, όταν το νεογνό είναι σε ηρεμία μέσα στη θερμοκοιτίδα. Η εξέταση των ζωτικών σημείων του νεογνού προσφέρει την καλύτερη ένδειξη φυσιολογικής ετοιμότητας για τη ΦΚ (Bergman et al., 2004). Όσον αφορά στον καρδιακό ρυθμό, εάν βρίσκεται εντός των φυσιολογικών ορίων με το νεογνό σε κατάσταση ηρεμίας μέσα στη θερμοκοιτίδα του, τότε επιτρέπεται η ΦΚ. Εάν το νεογνό έχει ταχυκαρδία, η ΦΚ πρέπει να αναβληθεί, επειδή η ταχυκαρδία μπορεί να οφείλεται λοίμωξη. Εάν όμως η ταχυκαρδία οφείλεται σε εγρήγορση, τότε επιτρέπεται η ΦΚ και ο καρδιακός ρυθμός θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για επαναφορά στα φυσιολογικά όρια μέσα σε 10 έως 15 λεπτά από την έναρξη της ΦΚ. Εάν δεν συμβεί αυτό, πρέπει να διακοπεί η ΦΚ (Mallet et al., 2007). Ένα άλλο στοιχείο που εκτιμάται είναι η βραδυκαρδία. Αν και τα όρια της καρδιακής λειτουργίας συνήθως ορίζονται από 100 έως 200 σφύξεις/λεπτό, η βραδυκαρδία ορίζεται σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε ΜΕΝΝ. Εάν ο καρδιακός ρυθμός του νεογνού είναι 85-100 κτύποι ανά λεπτό και έχει αυτόματη επαναφορά σε λιγότερο από 5 δευτερόλεπτα, τότε επιτρέπεται η ΦΚ με προσεκτική παρακολούθηση. Γενικά, η βραδυκαρδία είναι σπάνια κατά τη διάρκεια της ΦΚ, ενώ σε νεογνά που είχαν επεισόδια βραδυκαρδιών, δεν παρατηρήθηκε αύξηση των βραδυκαρδιών κατά τη διάρκεια της ΦΚ (Bohnhorst et al., 2004).

Εάν ο ρυθμός της αναπνευστικής λειτουργίας του νεογνού σε κατάσταση ηρεμίας, είναι εντός των φυσιολογικών ορίων, επιτρέπεται η ΦΚ. Αλλά όταν 24 ώρες πριν από την αναμενόμενη συνεδρία ΦΚ υπάρχουν επεισόδια περιοδικής αναπνοής (που ορίζεται ως 3 ή περισσότερες παύσεις με διάρκεια από 4 ή περισσότερα δευτερόλεπτα, διαχωρισμένες με λιγότερες από 20 αναπνοές) στο νεογνό, χρειάζεται παρακολούθηση του ρυθμού αναπνοής κατά τη διάρκεια της ΦΚ. Περιοδική αναπνοή συμβαίνει σπάνια κατά τη διάρκεια της ΦΚ (Bergman et al., 2004). Παρόμοια προσοχή θα πρέπει να δίνεται εάν υπάρχει άπνοια. Εάν η άπνοια είναι μικρότερη από 10 δευτερόλεπτα ή τα απνοϊκά επεισόδια είναι ελάχιστα σε αριθμό (≤ 3 ανά ώρα με αυτόματη επαναφορά), επιτρέπεται η παροχή ΦΚ. Εάν υπάρχουν άπνοιες διαρκείας

10 ή περισσότερων από 20 δευτερολέπτων με αυτόματη επαναφορά, πάλι επιτρέπεται η ΦΚ, αλλά με παρακολούθηση (Bohnhorst et al., 2004) .

Σημαντική παράμετρος που πρέπει να αξιολογείται είναι ο κορεσμός του οξυγόνου του νεογνού (Bergman et al., 2004). Για τα νεογνά που δεν έχουν ανάγκες οξυγόνου, εάν το επίπεδο οξυγόνου είναι 88% ή περισσότερο όταν βρίσκεται σε θερμοκοιτίδα σε κατάσταση ηρεμίας, επιτρέπεται η ΦΚ. Για τα νεογνά που δεν έχουν ανάγκες οξυγόνου, εάν τα επεισόδια με επίπεδο οξυγόνου μικρότερο από 88% συμβαίνουν λιγότερο από 3 φορές την ώρα, είναι στιγμιαία και είναι το νεογνό επανέρχεται αυτόματα, επιτρέπεται η ΦΚ με προσεκτική παρακολούθηση. Για τα νεογνά που δεν έχουν ανάγκες οξυγόνου, εάν τα επεισόδια με επίπεδο οξυγόνου μικρότερο από 88% παρατείνονται (≥ 6 δευτερόλεπτα) ή χρειάζονται διέγερση για επαναφορά ή εμφανίζονται με συχνότητα 4 ή περισσότερα ανά ώρα, τότε δεν επιτρέπεται η ΦΚ. Για τα νεογνά που λαμβάνουν οξυγόνο, αν το επίπεδο οξυγόνου είναι 85% ή περισσότερο όταν βρίσκεται σε ηρεμία σε θερμοκοιτίδα, επιτρέπεται η χρήση ΦΚ, αλλά αν το επίπεδο οξυγόνου είναι μικρότερο από 85% όταν βρίσκεται σε ηρεμία σε θερμοκοιτίδα, τότε δεν επιτρέπεται η ΦΚ. Για νεογνά με χρόνιες πνευμονικές παθήσεις ή συχνές παροδικές πτώσεις κορεσμού οξυγόνου, μπορεί να γίνει μια δοκιμή για ΦΚ με πολύ στενή παρακολούθηση για επιδείνωση των πτώσεων λόγω της ταχέως αυξανόμενης θερμοκρασίας του σώματος, ειδικά κατά τη διάρκεια της δεύτερης ώρας της ΦΚ (Smith, 2003). Εάν το νεογνό έχει παρουσιάσει κάποια πτώση κορεσμού με επίπεδο οξυγόνου λιγότερο από το 80%, οποιασδήποτε διάρκειας στις προηγούμενες 12 ώρες, δεν επιτρέπεται η ΦΚ, επειδή αυτές οι σοβαρές πτώσεις κορεσμού μπορεί να αυξηθούν κατά τη διάρκεια της ΦΚ(Bohnhorst et al., 2004).

Σε σχέση με τη θερμοκρασία, εάν το νεογνό έχει κανονική θερμοκρασία για το βάρος και την ηλικία κύησης μέσα στη θερμοκοιτίδα, επιτρέπεται η ΦΚ. Εάν το νεογνό είναι υποθερμικό μέσα στη θερμοκοιτίδα, μπορεί να ξεκινήσει η ΦΚ αμέσως και να παρακολουθείται η θερμοκρασία του κάθε 5 έως 15 λεπτά για να επιβεβαιωθεί ότι η θερμοκρασία φτάνει και δεν ξεπερνά το φυσιολογικό εύρος. Τα πρόωρα νεογνά θερμαίνονται ταχύτερα με ΦΚ από ότι σε θερμοκοιτίδα, και όταν οι γονείς τους παρέχουν ΦΚ, μπορεί θερμανθούν πιο πολύ κατά τη διάρκεια της δεύτερης ώρας της ΦΚ. Δεν επιτρέπεται η χρήση ΦΚ εάν το νεογνό είναι υπερθερμασμένο στο

ουδέτερο θερμικό περιβάλλον της θερμοκοιτίδας , επειδή μόλις 10 λεπτά ΦΚ μπορεί να αυξήσει σημαντικά τη θερμοκρασία του νεογνού (Ludington et al., 2000).

Σύμφωνα με το Children's Hospital of Philadelphia, τα κριτήρια επιλογής και μη νεογνών για την εφαρμογή της ΦΚ είναι τα παρακάτω:

1. Σταθερά νεογνά, δηλαδή αυτά που δεν είχαν αλλαγές στην κατάστασή τους το 24 ωρο πριν από την ΦΚ.
2. Νεογνά με κεντρικές γραμμές που είναι καλά ασφαλισμένες.
3. Νεογνά με υποστήριξη της αναπνοής με αναπνευστήρα ή με ρινικό CPAP.

Νεογνά που δεν πληρούν τα κριτήρια (Children's Hospital of Philadelphia, 2007):

1. Οποιοδήποτε νεογνό με παροχέτευση πνευμοθώρακα.
2. Κάθε νεογνό με ενδοκαρδιακή γραμμή (δεξιός κόλπος, αριστερός κόλπος).
3. Κάθε νεογνό με αρτηριακή γραμμή.
4. Κάθε νεογνό που αποσωληνώνεται μέχρι να σταθεροποιηθεί.
5. Κάθε νεογνό που έχει άπνοια και / ή βραδυκαρδία που απαιτούν διέγερση.
6. Κάθε νεογνό που παρουσίασε οξεία ή ξαφνική επιδείνωση κατά τις τελευταίες 24 ώρες.
7. Τα διασωληνωμένα νεογνά σε υψίσυχο αερισμό.

- Αξιολόγηση των γονέων

Η αξιολόγηση της μητέρας και του πατέρα ξεκινά με την εκτίμηση της προθυμίας τους να χαϊδέψουν ή να κρατήσουν το νεογνό σε επαφή δέρμα με δέρμα. Αν είναι μια οικεία και αυτονόητη μορφή επαφής, μπορεί να είναι δύσκολη για μερικές μητέρες. Οι μητέρες και οι πατέρες αρχίζουν τη σχέση τους με το νεογέννητο πρόωρο νεογνό τους από διαφορετικά συναισθηματικά σημεία εκκίνησης: οι πατέρες βιώνουν τη γέννηση σαν σοκ, αλλά συχνά είναι άμεσα έτοιμοι να συμμετάσχουν και να κάνουν ΦΚ, ενώ οι μητέρες αντιμετωπίζουν τον πρόωρο τοκετό ως απώλεια του νεογνού και χρειάζονται χρόνο για να ξεκινήσουν μια νέα σχέση. Στην πραγματικότητα, παρόλο που οι μητέρες θέλουν να κάνουν ΦΚ μπορεί να είναι αρχικά διστακτικές, γιατί η ΦΚ μπορεί να κάνει τη μητέρα να νομίζει ότι δεν είναι σε θέση να φροντίσει το δικό της παιδί. Ο έλεγχος της συναισθηματικής ετοιμότητας

των γονέων, των προθέσεων σίτισης και της κατάστασης της υγείας των γονέων θα συμβάλει στην εξασφάλιση θετικής εμπειρίας για την ΦΚ τόσο για το νεογνό όσο και για τον γονέα (Fegran et al., 2008).

Πρέπει να πληρούνται δύο κριτήρια για να ξεκινήσουν οι γονείς την ΦΚ. Πρώτον, τόσο η μητέρα όσο και ο πατέρας πρέπει να έχουν λάβει επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την ΦΚ, έτσι ώστε να λαμβάνεται τεκμηριωμένη απόφαση. Αν ο γονέας συμφωνήσει, τότε επιτρέπεται η ΦΚ. Δεύτερον, η ετοιμότητα των γονέων σηματοδοτείται από τη στιγμή που οι ίδιοι ζητούν την ευκαιρία να κρατήσουν το νεογνό. Εάν ο γονέας ζητήσει την ευκαιρία να κρατήσει το νεογνό για ΦΚ και πληρούνται τα κριτήρια, επιτρέπεται η ΦΚ και, έχουν εδραιωθεί καλές προϋποθέσεις για αυτή τη σχέση.

Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη η συναισθηματική ετοιμότητα των γονέων. Εάν η μητέρα (ή ο πατέρας) φαίνεται συναισθηματικά ασταθής (δεν είναι διαθέσιμη, δεν ενδιαφέρεται, κλαίει, δεν αγγίζει το νεογνό, δεν κρατάει το νεογνό, δεν έχει επικοινωνία, κάνει σύντομες / σπάνιες επισκέψεις, εκφράζει αδυναμία, απελπισία ή ενοχή), ενθαρρύνουμε τους γονείς να κάνουν ΦΚ. Η ΦΚ βοηθά τους γονείς να ξεπεράσουν τα συναισθήματα ενοχής και διευκολύνει τις μητέρες μέσω της συναισθηματικής εμπλοκής και της δέσμευσης με το νεογνό τους (Fegran et al., 2008).

Η αξιολόγηση των προθέσεων της μητέρας για τη σίτιση του νεογνού είναι σημαντική για την έγκαιρη έναρξη της ΦΚ. Εάν η μητέρα σκοπεύει να θηλάσει, πρέπει να ενθαρρύνεται η έναρξη της ΦΚ το συντομότερο δυνατόν και όσο το δυνατόν συχνότερα. Η εφαρμογή καθημερινά τουλάχιστον 20 λεπτά ΦΚ, διευκολύνει την παραγωγή του γάλακτος και ο ενεργός θηλασμός του νεογνού κατά τη διάρκεια της ΦΚ διευκολύνει την έκκριση ορμονών που εξασφαλίζουν την παραγωγή γάλακτος (Meier et al., 2004). Εάν η μητέρα είναι δεκτική, τα περισσότερα νεογνά, συμπεριλαμβανομένων των προώρων, μπορούν αυθόρμητα να κινηθούν προς τη θηλή και να προσπαθήσουν να θηλάσουν κατά τη διάρκεια της ΦΚ. Έτσι, παρέχοντας στο νεογνό ΦΚ, ενισχύεται ο δεσμός για το θηλασμό. Εάν η μητέρα έχει επιλέξει να μην παρέχει μητρικό γάλα, ενθαρρύνεται να προσφέρει ΦΚ ούτως ή άλλως, επειδή υπάρχουν πολλά φυσιολογικά και συναισθηματικά οφέλη, τόσο για το νεογνό όσο και για τη μητέρα (Chen et al., 2000).

- Αξιολόγηση του περιβάλλοντος

Η αξιολόγηση του περιβάλλοντος περιλαμβάνει τους τομείς των φυσικών, ανθρώπινων και εκπαιδευτικών πόρων. Οι φυσικοί πόροι, που θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι, είναι χώρος δίπλα στη θερμοκοιτίδα, καρέκλα με στήριξη ποδιών, οθόνη, φόρεμα που κλείνει μπροστά για να φορέσει η μητέρα και κουβέρτα για την πλάτη του νεογνού για να μονώνεται έναντι της απώλειας θερμότητας.

Οι ανθρώπινοι πόροι είναι επίσης σημαντικοί και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Πρέπει να υπάρχει επαρκής εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν 5 ή περισσότερα χρόνια εμπειρίας είναι πιο πιθανό να κάνουν ΦΚ. Πολλοί είναι διστακτικοί στο να εφαρμόσουν τη ΦΚ και μπορεί να χρειάζονται καθοδήγηση από εκπαιδευτές ΦΚ, που δουλεύουν στις ΜΕΝΝ και παρέχουν εκπαίδευση και εποπτευόμενη πρακτική, μέχρι το προσωπικό να αποκτήσει άνεση στους χειρισμούς. Πρέπει να υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς ορισμένες μεταφορές απαιτούν 2 μέλη του προσωπικού και οι αρχάριοι της ΦΚ ίσως χρειαστούν την υποστήριξη ενός πιο έμπειρου (Johnson et al., 2007).

Επίσης, για την εφαρμογή της ΦΚ πρέπει να υπάρχει υποστήριξη και συνεργασία πολλών ειδικοτήτων: μαιευτήρων, νεογνολόγων, νοσηλευτών, μαιών καθώς και της νοσηλευτικής διοίκησης. Η συμμετοχή της διοίκησης μέσω της ύπαρξης πολιτικής και της διοικητικής υποστήριξης και της συλλογικής ενθάρρυνσης απαιτούνται για τη βέλτιστη εφαρμογή της ΦΚ (Pattinson et al., 2005).

Η εκπαίδευση αφορά τόσο τους επαγγελματίες υγείας (οι οποίοι αργότερα θα εκπαιδεύσουν τους γονείς), όσο και τους γονείς. Περιλαμβάνει υπηρεσίες εκπαίδευσης, κλινικά φροντιστήρια, συνέδρια, βίντεο, άρθρα, ενημερωτικά φυλλάδια, μαθήματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και καθοδήγηση. Όλα πρέπει να είναι διαθέσιμα και να υπάρχει πρόσβαση πριν ξεκινήσει η ΦΚ, διότι απαιτείται εκπαίδευση του προσωπικού για την επιτυχή εφαρμογή της ΦΚ (Mallet et al., 2007). Ένα φυλλάδιο που περιέχει όλες τις βασικές πληροφορίες για τη ΦΚ στα πρόωρα νεογνά, δηλαδή πληροφορίες που οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαβιβάσουν στους γονείς, μπορεί να είναι διαθέσιμο με μορφή ηλεκτρονικού

ταχυδρομείου χωρίς κόστος και μπορεί να αναπαραχθεί για χρήση από νοσοκομειακές μονάδες και επαγγελματίες υγείας (Johnson et al.,2007).

3.2 Διαδικασία

Τα Children's Hospital of Philadelphia και Vanderbilt University Medical Center προτείνουν ένα πλάνο που περιλαμβάνει τη διαδικασία που θα πρέπει να ακολουθείται πριν τη ΦΚ, τα βήματα για τη μεταφορά του νεογνού, την τοποθέτησή του, την καταγραφή δεδομένων καθώς και νοσηλευτικές συμβουλές.

1. Εκπαιδεύστε τους γονείς και δώστε πληροφορίες για το πώς μπορούν να επωφεληθούν από την ΦΚ οι ίδιοι και το νεογνό τους.
2. Εκπαιδεύστε τους γονείς σχετικά με τη ΦΚ, δίνοντάς τους ενημερωτικά φυλλάδια, παρουσιάζοντας ένα βίντεο ή ενημερώνοντας για τα οφέλη και ότι πρέπει να παρέχουν τουλάχιστον 1 ώρα ΦΚ ανά συνεδρία.
3. Καθορίστε την ετοιμότητα των γονέων για την ΦΚ και λάβετε τη συγκατάθεσή τους για την παροχή ΦΚ στο νεογνό τους για τουλάχιστον 1 ώρα κάθε φορά.
4. Ασφαλίστε όλους τους σωλήνες και τις γραμμές.
5. Εκτελέστε όλες τις απαραίτητες διαδικασίες και ενέργειες που ενδέχεται αργότερα να διακόψουν τη ΦΚ.
6. Απενεργοποιήστε όλους τους συναγερμούς (αναπνευστήρα, μόνιτορ, θερμοκοιτίδα), έτσι ώστε κατά τη μεταφορά να επικρατεί ησυχία.
7. Εάν το νεογνό ζυγίζει 1000 γραμμάρια ή λιγότερο ή είναι εντός 1 ώρας από τη γέννηση, φορέστε την πάνα και το σκουφί (τα καλτσάκια είναι προαιρετικά). Εάν το νεογνό ζυγίζει περισσότερο από 1000 γραμμάρια και δεν είναι μέσα στην πρώτη ώρα της ζωής, φορέστε την πάνα (τα καλτσάκια και το σκουφί είναι προαιρετικά και μπορεί να προκαλέσουν υπερθέρμανση του νεογνού).
8. Ελέγξτε τον καρδιακό ρυθμό, τον αναπνευστικό ρυθμό, τον κορεσμό οξυγόνου και τη θερμοκρασία και αξιολογήστε την βαθμολογία του πόνου πριν και 15 λεπτά μετά τη μεταφορά.
9. Ενημερώστε τους γονείς ότι μπορεί να συμβεί αλλαγή των ζωτικών σημείων νεογνών κατά τη διάρκεια της μεταφοράς, αλλά θα πρέπει να

επανέλθουν στα φυσιολογικά όρια κατά τη διάρκεια της ΦΚ. Εάν τα ζωτικά σημεία δεν επανέλθουν στα φυσιολογικά όρια, μπορεί να υποδηλώνουν μη καλά ανεκτή ΦΚ στο νεογνό και μπορεί να χρειαστεί να επιστρέψει το νεογνό στη θερμοκοιτίδα (Children's Hospital of Philadelphia, 2007, Vanderbilt University Medical Center, 2007).

3.3 Μεταφορά νεογνού

1. Η μεταφορά διασωληνωμένου νεογνού μπορεί να γίνει από ένα ή από δύο άτομα. Όταν γίνεται από ένα άτομο απαιτείται μεγάλη εμπειρία και προσοχή στους χειρισμούς. Βάλτε τη μητέρα να καθίσει κοντά στη θερμοκοιτίδα, σε άνετη θέση και να έχει ανοιχτό το ρούχο μπροστά στο στήθος της. Αλλάξτε πάντα, φορέστε στο νεογνό σκουφί και καλτσάκια και τοποθετήστε την κουβέρτα κάτω από το νεογνό. Περιμένετε μέχρι να επανέλθουν οι φυσιολογικές παράμετροι εντός ορίων. Ασφαλίστε όλες τις γραμμές της παρεντερικής διατροφής. Απενεργοποιείστε τους συναγερμούς. Αποσυνδέστε το νεογνό από τον αναπνευστήρα. Βάλτε τα χέρια κάτω από την κουβέρτα και μεταφέρετε το νεογνό πάνω στο στήθος της μητέρας του. Συνδέστε τον αναπνευστήρα και τις γραμμές. Εξασφαλίστε άνεση στον σωλήνα του αναπνευστήρα, έτσι ώστε αν το νεογνό κουνήσει το κεφάλι του να μην αποσωληνωθεί. Ασφαλίστε το νεογνό με πανί γύρω από τη μητέρα του. Παρακολουθείτε και καταγράφετε τα ζωτικά σημεία του νεογνού. Ενθαρρύνετε τη μητέρα για να παρέχει ΦΚ τουλάχιστον για μια ώρα μετά τη σταθεροποίηση του νεογνού (Children's Hospital of Philadelphia, 2007, Vanderbilt University Medical Center, 2007).
2. Οι μελέτες των διασωληνωμένων νεογνών που έλαβαν 1 έως 2 ώρες ΦΚ έδειξαν (Spatz, 2007 , Smith, 2003):
 - φυσιολογική σταθερότητα στον καρδιακό ρυθμό, στον αναπνευστικό ρυθμό, στον κορεσμό του οξυγόνου και την πίεση αίματος κατά τη διάρκεια της ΦΚ σε σύγκριση με νεογνά που δέχονται συμβατική φροντίδα στην θερμοκοιτίδα

- καλύτερο αυτόνομο έλεγχο
- μείωση των αναγκών οξυγόνου
- λιγότερα επεισόδια άπνοιας και βραδυκαρδίας
- λιγότερα ή κανένα επεισόδιο πτώσης κορεσμού
- καλύτερη ρύθμιση της θερμοκρασίας
- μείωση των ημερών παραμονής σε αναπνευστήρα (Smith, 2001)
- καλύτερο ύπνο

3. Όταν το νεογνό δεν είναι διασωληνωμένο τα βήματα είναι τα ίδια, απλά παραλείψτε το σημείο της αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα.

4. Τοποθετήστε το νεογνό σε όρθια θέση στη μέση του στήθους του γονέα.

5. Τοποθετήστε μια κουβέρτα πάνω από την πλάτη του νεογνού. Η κουβέρτα πρέπει να διπλώνεται σε τέταρτα εάν το νεογνό ζυγίζει 2000 g ή λιγότερο και διπλώνεται σε μισό, αν ζυγίζει πάνω από 2000 g.

6. Κλείστε την κουβέρτα έτσι που να καλύπτεται η πλάτη του νεογνού για να προστατεύεται από τα πλευρικά ρεύματα. Ασφαλίστε το νεογνό τυλίγοντας το ειδικό πανί γύρω από το σώμα του γονέα, ώστε να εξασφαλίσετε ότι δεν θα υπάρξει πτώση.

7. Η περιδέση δεν πρέπει να είναι σφιχτή, για να μην εμποδίζεται η αναπνοή του νεογνού. Εκπαιδεύστε τη μητέρα στη σωστή τοποθέτηση (Children's Hospital of Philadelphia, 2007, Vanderbilt University Medical Center, 2007).

3.4 Θέση

1. Το νεογνό πρέπει να είναι σε συνεχόμενη επαφή στο στήθος, όρθιο, με κλίση περίπου 30 ° έως 40 ° πάνω από την οριζόντια θέση, ενώ τα πόδια και οι βραχίονες πρέπει να είναι σε θέση κάμψης.
2. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε η κεφαλή και ο λαιμός να μην είναι σε κάμψη ή σε υπερέκταση, αλλά να τοποθετούνται σε ελαφριά κάμψη για να εμποδίζεται η απόφραξη των αεραγωγών.

3. Αν είναι δυνατόν, τοποθετήστε το πρόσωπο του νεογνού έτσι, ώστε ο γονέας να μπορεί να δει την έκφραση του προσώπου του νεογνού ή να δώστε στον γονέα καθρέφτη για να κοιτάξει το νεογνό.
4. Αξιολογήστε το επίπεδο άνεσης των γονέων κατά τη διάρκεια του ΦΚ. Συμβουλευέστε τους γονείς να καθίσουν σε άνετη θέση και να κινούνται κατά τη διάρκεια της ΦΚ (Vanderbilt University Medical Center, 2007, Children's Hospital of Philadelphia, 2007).

3.5 Παρακολούθηση ζωτικών σημείων

1. Συνεχίστε όλες τις συνήθειες καρδιοαναπνευστικές καταγραφές.
2. Συνεχίστε τη μέτρηση του οξυγόνου με παλμικό οξύμετρο.
3. Ελέγξτε τη θερμοκρασία πριν και μετά την ΦΚ και κατά τη διάρκεια της ΦΚ ανά πρωτόκολλο MENN (κάθε 30 λεπτά) και ανάλογα με τις ανάγκες.
4. Μην ενοχλείτε το νεογνό 15 έως 20 λεπτά μετά τη μεταφορά και μέχρι να σταθεροποιήσει τα ζωτικά του σημεία.
5. Παρακολουθήστε και τεκμηριώνετε τυχόν σημάδια κινδύνου.
6. Οι γονείς επίσης, πρέπει να εκπαιδεύονται και να αναγνωρίζουν σημεία κινδύνου, όπως αν το νεογνό τους κάνει άπνοια, ταχύπνοια ή πτώσεις κορεσμού και σφύξεων, είναι κρύο ή ζεστό, ενεργητικό ή ληθαργικό (Children's Hospital of Philadelphia, 2007, Vanderbilt University Medical Center, 2007).

3.6 Καταγραφή

1. Πρέπει να υπάρχει έγγραφο καταγραφής ζωτικών σημείων, κορεσμού οξυγόνου και θερμοκρασίας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από ΦΚ.
2. Η κατάσταση του νεογνού καταγράφεται ως ύπνος, εγρήγορση ή κλάμα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη συνεδρία ΦΚ.
3. Καταγράψτε το χρόνο έναρξης και λήξης της ΦΚ στο φύλλο νοσηλείας του νεογνού.
4. Γράψτε μια σύντομη σημείωση στο ιστορικό του νεογνού, που υποδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο το νεογνό συμπεριφέρεται κατά τη ΦΚ,

συμπεριλαμβανομένων των σχολίων των γονέων και των θετικών προβληματισμών.

5. Καταγραφή σίτισης και βάρους/ημέρα (Children's Hospital of Philadelphia, 2007, Vanderbilt University Medical Center, 2007).

3.7 Νοσηλευτικές συμβουλές

1. Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνεται να φορούν ένα χαλαρό πουκάμισο / μπλούζα που ανοίγει μπροστά.
2. Αρχικά, η ΦΚ πρέπει να εφαρμόζεται για τουλάχιστον 1 ώρα, ώστε το νεογνό να ολοκληρώσει 1 κύκλο ύπνου και να επωφεληθεί από την ΦΚ μετά την υποβολή της ενδεχομένως αγχωτικής μεταφοράς. Η φροντίδα καγκουρό μπορεί να δοθεί έως και 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, όταν στη MENN υπάρχουν δωμάτια, όπου η μητέρα μπορεί να κοιμάται με το νεογνό σε ΦΚ .
3. Η αλληλεπίδραση γονέων-νεογνού πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο αδιάκοπη, και η ΦΚ πρέπει να διακόπτεται μόνο για τις απαραίτητες νοσηλευτικές ή / και ιατρικές πράξεις.
4. Τα νεογνά που κοιμούνται κατά τη διάρκεια του ΦΚ θα πρέπει να μπορούν να συνεχίσουν να κοιμούνται όσο το δυνατόν περισσότερο.
5. Το νεογνό μπορεί να σιτιστεί κατά τη διάρκεια της ΦΚ, είτε από το στόμα είτε από τον καθετήρα σίτισης (Vanderbilt University Medical Center, 2007).
6. Ενθαρρύνετε και βοηθήστε τη μητέρα για μητρικό θηλασμό, εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση του νεογνού.
7. Η τακτική καθημερινή υγιεινή και καθαρισμός του δέρματος είναι απαραίτητη για τους γονείς που συμμετέχουν στο ΦΚ.
8. Διατηρήστε την θερμοκοιτίδα ζεστή κατά τη διάρκεια του ΦΚ.
9. Προτείνετε στη θηλάζουσα μητέρα άντληση του στήθους μετά από την ΦΚ, επειδή η ΦΚ αυξάνει την παραγωγή γάλακτος (Meier et al.,2004).

4. Τα εμπόδια και οι δυνατότητες της ΦΚ

Παρόλο που η ΦΚ είναι μια τεκμηριωμένη παρέμβαση που μειώνει τη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα, πολλά συστήματα υγείας διστάζουν να την υιοθετήσουν. Η ΦΚ είναι μια πολύπλοκη παρέμβαση που δημιουργεί προβλήματα στους επαγγελματίες υγείας και απαιτεί μεταβολές στο σύστημα υγείας. Η κατανόηση των προκλήσεων για την εφαρμογή του ΦΚ σε κάθε επίπεδο του συστήματος υγείας έχει αποτέλεσμα την υιοθέτηση σημαντικών αλλαγών στο σύστημα υγείας. Στην Ελλάδα σε καμία ΜΕΝΝ δημόσιου νοσοκομείου δεν εφαρμόζεται ΦΚ. Χρειάζεται να δοκιμαστούν μοντέλα που θα υπερνικήσουν τα εμπόδια και τις δυσλειτουργίες, προκειμένου να προωθηθούν και να υλοποιηθούν αλλαγές στο σύστημα υγείας.

Η εφαρμογή μιας παρέμβασης, όπως η ΦΚ, βασίζεται σε ένα λειτουργικό σύστημα υγείας και απαιτεί χρηματοδότηση, εκπαίδευση και κατάλληλη ηγεσία (Chan et al., 2016). Ένα σύστημα υγείας μεγιστοποιεί την αποτελεσματικότητά του, όταν όλα τα στοιχεία της ηγεσίας και της διακυβέρνησης του συστήματος, της χρηματοδότησης, των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, της τεχνολογίας, της πληροφόρησης και της έρευνας και της παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργούν με ολοκληρωμένο τρόπο και αναγνωρίζουν την εξάρτηση των τμημάτων μεταξύ τους αλλά και με το ίδιο το σύστημα (ΠΟΥ, 2003). Η υιοθέτηση της ΦΚ αντιμετώπισε δυσκολίες και εμπόδια σε διαφορετικά συστήματα υγείας, με διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή της, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας των επαγγελματιών υγείας, την έλλειψη πόρων, την έλλειψη κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας και την έλλειψη κρατικής στήριξης (Vesel et al., 2015). Σε αυτή την ανασκόπηση, διερευνώνται περαιτέρω τα εμπόδια και οι παράγοντες που επιτρέπουν την εφαρμογή της ΦΚ τόσο από την άποψη των συστημάτων υγείας, με επίκεντρο τους επαγγελματίες υγείας και τις υγειονομικές εγκαταστάσεις, όσο και από την άποψη των γονέων.

4.1 Επαγγελματίες υγείας και σύστημα υγείας

- Πόροι και κόστος

Οι επαγγελματίες υγείας που θέλουν να εφαρμόσουν τη μέθοδο ΦΚ αισθάνονται συχνά ότι πρέπει να διαπραγματευτούν με την προϊσταμένη και τη διοίκηση για να αποκτήσουν περισσότερο χώρο και πόρους για τη ΦΚ. Σε ορισμένα συστήματα υγείας η ΦΚ δεν θεωρείται νοσοκομειακή προτεραιότητα, η ηγεσία και η διοίκηση δεν την αποδέχονται και οι περιορισμένοι πόροι ανακατανέμονται σε άλλα τμήματα / ασθενείς. Οι εθνικές πολιτικές για την υγεία των μητέρων και των παιδιών δεν περιλάμβαναν προϋπολογισμούς για τη ΦΚ και σε κάποιες χώρες δόθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες για την κατάρτιση περιφερειακών ή τοπικών προϋπολογισμών για τις υπηρεσίες της ΦΚ (Bergh et al., 2013). Η έλλειψη χώρων αλλά κυρίως η απροθυμία της διοίκησης αποτέλεσαν τον κυριότερο ανασταλτικό παράγοντα εφαρμογής της μεθόδου. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας έπρεπε να διαπραγματευτούν με τη διοίκηση για να αποκτήσουν τους απαραίτητους πόρους και χώρους (δηλαδή καρέκλες, κρεβάτια και ιδιωτικούς χώρους), ώστε να μπορέσουν να εφαρμόσουν τη ΦΚ. Η έλλειψη στελέχωσης και το κυκλικό ωράριο του προσωπικού είναι ένας άλλος ανασταλτικός παράγοντας για εξάσκηση και εφαρμογή της μεθόδου. Η έλλειψη πρακτικής περιορίζει τις δεξιότητες και απαιτεί συνεχή εκπαίδευση και επανεκπαίδευση του προσωπικού, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη εμπειρογνομώνων (Bergh et al., 2012b).

Η εφαρμογή ενός προγράμματος ΦΚ δεν είναι χωρίς κόστος. Ενώ όλο το πλαίσιο είναι χτισμένο γύρω από τη φροντίδα που παρέχει η μητέρα στο πρόωρο νεογνό της, απαιτούνται ανθρώπινοι και τεχνικοί πόροι για να μπορέσουν οι γονείς να μάθουν, να προσαρμοστούν και να είναι σίγουροι για την παροχή της ΦΚ. Αυτό θα πρέπει να αρχίζει στο νοσοκομείο, υπό την επίβλεψη του προσωπικού, και να συνεχίζεται στο σπίτι, όταν οι γονείς είναι μόνοι με το μωρό τους. Τα ποσά αμοιβής των επαγγελματιών υγείας και το κεφάλαιο που δαπανάται σε μια μονάδα που εφαρμόζει την ΦΚ διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Ως εκ τούτου, αντί να παρέχονται εκτιμήσεις για το κόστος του προσωπικού και τις δαπάνες κεφαλαίου, είναι πιο ουσιαστική η δημιουργία ενός καταλόγου των πόρων που είναι απαραίτητοι για την υιοθέτηση, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ΦΚ. Εκτός από τις παροχές που είναι απαραίτητες ως μέρος της φροντίδας ρουτίνας για κάθε πρόωρο, οι απαιτήσεις κόστους και πόρων για την ΦΚ κατατάχθηκαν σε τρεις κατηγορίες: επενδυτικές δαπάνες, κόστος συντήρησης και κόστος βελτίωσης υπηρεσιών (Cattaneo et al., 2018).

- Επενδυτικές δαπάνες

Περιλαμβάνουν εκείνες που σχετίζονται με την κατάρτιση και την ανάπτυξη ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Η παροχή ποιοτικής και αποτελεσματικής εκπαίδευσης ΦΚ από έμπειρους και ανώτερους εκπαιδευτές είναι μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις στην επιτάχυνση της διάδοσης της ΦΚ σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα συστήματα υγείας παρέχουν διαφορετικά επίπεδα φροντίδας, καθένα από τα οποία απαιτεί διαφορετικά επίπεδα γνώσεων και δεξιοτήτων και αυτό ισχύει και για την ΦΚ. Συνεπώς, πρέπει να συστηματοποιηθούν οι απαιτήσεις κατάρτισης ανάλογα με το επίπεδο φροντίδας και να προταθούν δείκτες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της κατάρτισης της ΦΚ και της λειτουργίας νέων κέντρων ΦΚ. Η ΦΚ απαιτεί συνεργασία με ακαδημαϊκούς κύκλους, επαγγελματικές ομάδες και με κέντρα κατάρτισης επαγγελματιών υγείας. Οι συντονιστικές επιτροπές και τα γραφεία εκπαίδευσης που παρέχουν ιατρική εκπαίδευση ή πιστοποιήσεις συνεχούς επαγγελματικής εξέλιξης για την μεταπτυχιακή εκπαίδευση της ΦΚ, μπορεί επίσης να αποτελέσουν τη βάση για την αύξηση της συμμετοχής στην ΦΚ. Ανεξάρτητα από τον εκπαιδευτικό στόχο, η βασική εγκατάσταση ΦΚ απαιτεί τα εξής(Cattaneo et al., 2018):

- Αναλογία τ.μ. ανά θερμοκοιτίδα
- Καρέκλες με ανάκλιση και στήριξη ποδιών
- Οθόνες καταγραφής
- Εγκαταστάσεις εντός της MENN με χώρο ξεκούρασης και υγιεινής για τους γονείς
- Εγκαταστάσεις εντός του νοσοκομείου για διαμονή των γονέων από άλλες περιοχές
- Εγκαταστάσεις άντλησης εντός της MENN με εξοπλισμό που διευκολύνει και στηρίζει τον θηλασμό

Συμπληρωματικά σε όλα αυτά, ενδέχεται να χρειαστούν στρατηγικές για τη συγκέντρωση χρημάτων και τρόποι προσέγγισης πιθανών χρηματοδοτών για την έναρξη και τη δημιουργία προγραμμάτων ΦΚ. Υπάρχουν παγκόσμιες πρωτοβουλίες και χρηματοδοτικές διευκολύνσεις, που μπορούν να υποστηρίξουν αυτές τις προσπάθειες(Cattaneo et al., 2018).

- Κόστος συντήρησης

Για τη διατήρηση προγραμμάτων της ΦΚ, πρέπει να ληφθούν μέτρα για να ενσωματωθεί στα εθνικά συστήματα υγείας και να συμπεριλαμβάνεται στο σχεδιασμό και την κατανομή του προϋπολογισμού. Η διατήρηση της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών ΦΚ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού. Οι εκστρατείες ενημέρωσης συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση και στη δημιουργία ζήτησης μέσω ειδικών πληροφοριών, εκπαιδευτικών και επικοινωνιακών υλικών και συζητήσεων μικρών ομάδων με επίκεντρο την οικογένεια. Η κατανομή του προϋπολογισμού για συνεχή βελτίωσης ποιότητας συνεπάγεται την ενσωμάτωση της ΦΚ σε ένα σύστημα ανάκτησης δεδομένων, το οποίο θα επιτρέπει τη συνεχή αξιολόγηση του προγράμματος και τη συνολική του επίδραση στις μητέρες και τα νεογνά. Τέλος, οι δαπάνες που σχετίζονται με την εφαρμογή και την αξιολόγηση της έρευνας και των δημοσιεύσεων είναι ζωτικής σημασίας για την αύξηση της συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας στην φάση εφαρμογής της ΦΚ(Cattaneo et al., 2018).

- Κόστος βελτίωσης υπηρεσιών και εξασφάλιση ποιότητας

Αν και είναι απαραίτητο, σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει MENN, να διατίθενται υπηρεσίες ΦΚ και να διασφαλιστεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νεογνών που το δικαιούνται έχουν πρόσβαση στην ΦΚ, αυτό δεν αρκεί σε καμία περίπτωση για να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στόχος όλων των επαγγελματιών υγείας είναι η εστίαση στην ποιότητα της φροντίδας και στις πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας. Το προσωπικό των MENN, που διαθέτουν υπηρεσίες ΦΚ, πρέπει να συμμορφώνεται με τα ποιοτικά πρότυπα, ώστε οι παρεμβάσεις να είναι αποτελεσματικές. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε πρόσφατα ένα ολοκληρωμένο σύνολο προτύπων μητρικής και νεογνικής περίθαλψης, στα οποία περιλαμβάνονται τα πρότυπα που συνδέονται με την ΦΚ (World Health Organization,2016). Ωστόσο, το πρότυπο, που παραμένει γενικό και δεν παρέχει κριτήρια ποιότητας για τη ΦΚ, περιλαμβάνει:

- επαφή δέρμα με δέρμα όσο το δυνατόν συντομότερα μετά τη γέννηση και όσο το δυνατόν περισσότερο κάθε ημέρα
- θηλασμό ή σίτιση με μητρικό γάλα
- εξιτήριο όσο το δυνατόν νωρίτερα και παρακολούθηση του νεογνού στο σπίτι με επίκεντρο την οικογένεια

- Αποδοχή της ΦΚ και υποστήριξη

Η έλλειψη προσωπικού, ο εντατικός ρυθμός εργασίας και ο ανεπαρκής αριθμός εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας έχουν επηρεάσει την υιοθέτηση της ΦΚ. Το νοσηλευτικό προσωπικό την αντιμετωπίζει με δυσπιστία καθώς απαιτεί την παραμονή της μητέρα στο νοσοκομείο (Solomons et Rosant, 2012). Στις αναπτυσσόμενες χώρες η ΦΚ αποτέλεσε την «εναλλακτική λύση του φτωχού ανθρώπου» και θεωρήθηκε ελλιπής και φροντίδα χωρίς πρότυπο (Charpak et Ruiz-Pelaez, 2005). Πολλοί επαγγελματίες υγείας, συχνά λόγω έλλειψης εμπειρίας και εκπαίδευσης, αμφισβητούν την αποτελεσματικότητά της. Ο προσδιορισμός των προκαταλήψεων και η υποστήριξη από εκπαιδευμένους νοσηλευτές μπορεί να επιφέρει αλλαγή στις αρνητικές πεποιθήσεις ή στάσεις απέναντι στη ΦΚ και να διευκολύνει την εφαρμογή της (Eichel, 2001, Johnson, 2007).

Οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σε θέση να εφαρμόσουν τη ΦΚ χωρίς υποστήριξη από τους γονείς και την ηγεσία του συστήματος υγείας και χρειάζονται την υποστήριξη από τη διοίκηση μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, επαρκούς στελέχωσης και ενθάρρυνσης (Johnson, 2007). Συγκεκριμένα, σε μια MENN στις Ηνωμένες Πολιτείες προσέλαβε νοσηλευτές με εμπειρία στη ΦΚ για να διδάσκουν λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές για τα οφέλη της ΦΚ, βοηθώντας τους να διευκολύνουν την επαφή μεταξύ των μητέρων και των νεογνών (Eichel, 2001).

- Χρόνος

Η έλλειψη χρόνου του νοσηλευτικού προσωπικού, η δυσκολία πρόσβασης των γονέων και η μικρή διάρκεια του επισκεπτηρίου αποτέλεσαν εμπόδιο στην

εφαρμογή της ΦΚ. Εάν οι μητέρες δεν μπορούν να επισκεφθούν τα μωρά τους λόγω πολιτικής περιορισμένου επισκεπτηρίου, δεν είναι δυνατή η εφαρμογή της. Επίσης, είναι λιγότερο πιθανό να παραμείνουν στο νοσοκομείο, εάν οι οικογένειές τους δεν μπορούν να τις επισκεφθούν. Συγκεκριμένα, οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού και των γονέων ήταν τεταμένες στις MENN με περιορισμένες ώρες επισκέψεων. Σε άλλη μελέτη όπου το επισκεπτήριο στη MENN ήταν ελεύθερο, οι νοσηλευτές, λόγω έλλειψης χρόνου, δεν μπορούσαν να βοηθήσουν τους συναδέλφους τους στην εφαρμογή της ΦΚ (Ferrarello, 2014).

Σε αρκετές μελέτες φάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρούσε, ότι η εκπαίδευση των μητέρων για την εφαρμογή της ΦΚ θα χρειαζόνταν περισσότερο χρόνο από αυτόν που μπορούσαν να διαθέσουν και ανησυχούσαν ότι δεν μπορούσαν να παρακολουθήσουν τα άλλα νεογνά της MENN (Engler et al., 2002, Charpak et al., 2005). Σε ορισμένες MENN, όταν υπήρχε μεγάλος αριθμός νοσηλευόμενων νεογνών, οι μητέρες που εφάρμοζαν ΦΚ δεν είχαν προτεραιότητα για τους επαγγελματίες υγείας (Bergh et al., 2012a) ή το προσωπικό δεν είχε χρόνο να μάθει νέα πρωτόκολλα όπως η ΦΚ (Engler et al., 2002). Σε άλλη μελέτη όμως, οι επαγγελματίες υγείας δεν πίστευαν ότι η ΦΚ αύξησε το φόρτο εργασίας τους ή μείωσε το χρόνο που αφιερώνουν σε άλλα νεογνά (Parmar et al., 2009).

- Περιορισμοί λόγω ιατρικών λόγων

Ίσως, το μεγαλύτερο εμπόδιο στην καθημερινή εφαρμογή της ΦΚ είναι η πολιτική που εφαρμόζεται στο επισκεπτήριο των γονέων για την αποφυγή λοιμώξεων. Αν και μελέτες στη Σουηδία και στις ΗΠΑ έδειξαν ότι το επισκεπτήριο δεν αυξάνει τα ποσοστά της νοσοκομειακής λοίμωξης, της βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας, της ενδοκοιλιακής αιμορραγίας, της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας ή της αμφιβληστροειδοπάθειας, σε πολλές περιπτώσεις το αυστηρό ωράριο είναι πάγια τακτική (Lee et al., 2012, Blomqvist et al., 2013).

Ακόμη, πολλοί επαγγελματίες υγείας φοβόντουσαν ότι θα βλάψουν το νεογνό κατά τη διάρκεια της ΦΚ, δίσταζαν να τη χρησιμοποιήσουν σε νεογνά με χορήγηση ενδοφλέβιας έκχυσης, με ομφαλικούς ή ενδοκαρδιακούς καθετήρες (Engler et al., 2002, Flynn et Leahy-Warren, 2010, Lee et al., 2012). Επίσης, οι νοσηλευτές δίσταζαν να τη συστήσουν σε νεογνά κάτω των 1000 g και σε διασωληνωμένα νεογνά λόγω

φόβου αποσωλήνωσης (Stikes et Barbier, 2013). Επιπλέον, σε πολλές MENN το ιατρικό προσωπικό διαφωνούσε σχετικά με τον ορισμό της κλινικής σταθερότητας των νεογνών, καθώς και με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου (Lee et al., 2012).

- Εκπαίδευση

Καθώς η εκπαίδευση και η γνώση γύρω από τη μέθοδο αφορά συνήθως αποκλειστικά τις MENN, δεν υπάρχει μεγαλύτερο περιθώριο εκπαίδευσης άλλων επαγγελματιών υγείας στην πράξη. Η ανεπαρκής εκπαίδευση στην ΦΚ οδήγησε τους επαγγελματίες υγείας, ακόμη και μέσα στην ίδια μονάδα, να έχουν αντιφατικές γνώσεις σχετικά με το χρόνο και τη διάρκεια της επαφής της ΦΚ (Chia et al., 2006, Lemmen et al., 2013). Σε μια MENN στην Αυστραλία το ποσοστό των νοσηλευτών που εκπαιδεύτηκαν στη ΦΚ ήταν μόνο 50% (Chia et al., 2006). Για να διευκολυνθεί η πρόσβαση στην εκπαίδευση και κατάρτιση της ΦΚ, σε μία MENN στις ΗΠΑ εφάρμοσαν ηλεκτρονική επικοινωνία και ανταλλαγή εργασιών μεταξύ του προσωπικού, που δεν μπόρεσε να βρει χρόνο για εκπαίδευση (Haxton et al., 2012). Μία εναλλακτική λύση εκπαίδευσης, κόστους και χρόνου για την υιοθέτηση της μεθόδου ΦΚ, θα ήταν η ενσωμάτωσή της στο πρόγραμμα σπουδών των επαγγελματιών υγείας (Bergh et al., 2012b). Τέλος, ανταλλαγή γνώσεων μεταξύ των MENN διεθνώς, θα μπορούσε να συμβάλει στη συνεπή εφαρμογή της ΦΚ σε άλλες MENN που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα (Bergh et al., 2013).

4.2 Γονείς

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των οικογενειών μπορεί είτε να ενθαρρύνουν, είτε να αποθαρρύνουν την υιοθέτηση της μεθόδου ΦΚ από τους γονείς. Αυτό συνάδει με την έρευνα που έδειξε ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλουν σημαντικά στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες στη συνέχεια επηρεάζουν τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών (Avortri et al., 2011). Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ των απόψεων των πρακτικών που ακολουθούνται σε κάθε MENN, με τους γονείς από τη μία πλευρά και

τους επαγγελματίες και τους διευθυντές από την άλλη. Για να αναπτυχθεί και να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών, το χάσμα αυτό πρέπει να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί, τόσο στην έρευνα όσο και στην πράξη. Τα στελέχη της MENN πρέπει να αναπτύξουν στρατηγικές και ρουτίνες που να επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας να κατανοούν και να προσαρμόζονται στις συγκεκριμένες προτεραιότητες των γονέων, που αποτελούν βασική συνιστώσα του συστήματος υιοθεσίας του ΦΚ, καθώς είναι οι πρωταρχικοί υπεύθυνοι λήψης αυτής της απόφασης και είναι υπεύθυνοι για τον τρόπο διατροφής του νεογνού τους.

- Δυσκολίες πρόωρου τοκετού

Στη μελέτη των Chan et al. (2016) οι γονείς ανέφεραν ότι η εμπειρία του πρόωρου τοκετού ήταν επώδυνη για τους γονείς. Επιπλέον, οι μητέρες έκαναν λόγο για το άγχος που σχετίζεται με το αφιλόξενο και "αποστειρωμένο" περιβάλλον της MENN, με τη διατροφή των νεογνών με την άντληση του μαστού ή το θηλασμό, ειδικά όσον αφορά την παραγωγή επαρκούς ποσότητας γάλακτος και τη διατήρηση ενός προγράμματος άντλησης. Πάνω από τις μισές υποστήριξαν ότι η άντληση του στήθους ήταν αγχωτική, επώδυνη και άβολη. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ΦΚ που συνιστούν συνεχή επαφή δέρμα με δέρμα για όσο το δυνατόν περισσότερο και ο μακρύς χρόνος που απαιτείται έως ότου το νεογνό φτάσει σε κάποιο βάρος (συνήθως 2000 g) και ορισμένη ηλικία (συνήθως 2 εβδομάδες μετά τη γέννηση) αποτελούσε εμπόδιο για τους γονείς. Οι μητέρες ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν πόνο και δυσφορία που σχετίζονταν με τον τρόπο τοκετού (καισαρική τομή και / ή τοκετός σε επείγοντα ή σχεδόν επείγοντα πλαίσια) που τις εμπόδιζαν να πραγματοποιήσουν συνήθεις δραστηριότητες φροντίδας της μεθόδου. Τέλος, η ΦΚ ήταν δύσκολο να εκτελεστεί για μεγάλα διαστήματα, εάν η μητέρα έχει κατάθλιψη λοχείας ή άλλα προβλήματα υγείας (Kymre et al., 2013).

- Απόψεις γονέων για τη ΦΚ

Σε μία σχετική έρευνα, περίπου το 30% των μητέρων ανέφεραν ότι δεν είχαν ακούσει τίποτα για τη μέθοδο ή δεν θυμούνται πώς έμαθαν σχετικά με αυτή. Δεκαεννέα μητέρες ανέφεραν ότι είχαν επαφή δέρμα με δέρμα τουλάχιστον μία φορά για αρκετά λεπτά ή και περισσότερο, που ξεκίνησε με συντριπτική πλειοψηφία από

πρωτοβουλία ενός επαγγελματία υγείας (70%). Ορισμένες μητέρες ανέφεραν ότι δεν είχαν επαφή με το δέρμα με δέρμα και αναφέρθηκε ότι έπρεπε να το ζητήσουν ή να το προτείνουν οι ίδιες. Μετά την ενημέρωση και την εξοικείωση με τη μέθοδο, οι περισσότερες μητέρες μπορούσαν να αναγνωρίσουν μόνο ένα έως δύο οφέλη από αυτή. Μια μειοψηφία μητέρων αναγνώρισαν τη δέσμευση (20%) και τη ρύθμιση της αναπνοής (15%) ως βασικό όφελος και καμία δεν ανέφερε τον θηλασμό ή το πρόωρο εξιτήριο από τη MENN. Οι μητέρες όμως, ήταν γενικά ενθουσιασμένες με την πρακτική, είχαν μια έντονη αίσθηση χαράς όταν κρατούσαν τα νεογνά τους δέρμα με δέρμα και αντιλαμβανόταν παρόμοια απόλαυση στο μωρό τους (Lewis et al., 2019).

- Ο φόβος για την υγεία του νεογνού

Η αντίληψη των γονέων για την υγεία του νεογνού τους καθορίζει τη συμπεριφορά τους ως προς τη φροντίδα και την εφαρμογή της μεθόδου. Πολλοί γονείς φοβούνται, ότι δραστηριότητες όπως η αλλαγή της πάνας, η έξοδος από τη θερμοκοιτίδα και η επαφή με το δέρμα μπορεί να προκαλέσει κακό στο νεογνό τους (Lewis et al., 2019). Σε μια έρευνα οι περισσότερες μητέρες εξέφρασαν φόβο για την υγεία του νεογνού τους, ειδικά όσον αφορά στο μέγεθός του και στην ικανότητά του να αναπνέει καθώς και φόβο θανάτου, όταν τα νεογνά αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα υγείας. Ορισμένες μητέρες ανέφεραν εμπόδια όπως ο φόβος ότι η επαφή δέρμα με δέρμα μπορεί να κρυώσει ή να βλάψει το νεογνό λόγω του μικρού του μεγέθους ή να διαταράξει τον ιατρικό εξοπλισμό και άγχος παρακολούθησης των ζωτικών σημείων στις συσκευές καταγραφής. Για ορισμένους γονείς, ο φόβος αυτός εμπόδιζε τη δυνατότητα παροχής ΦΚ, ενώ για άλλους η εμπιστοσύνη τους προς τους επαγγελματίες υγείας επέτρεψε την ενεργή συμμετοχή τους (Lewis et al., 2019).

- Άδεια μητρότητας

Σε μια σχετική έρευνα λίγες γυναίκες δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένες ή αισθάνονται ότι υποστηρίζονται από τους εργοδότες τους και τις πολιτικές άδειας μητρότητας. Ορισμένες μητέρες δεν είχαν μεγάλη άδεια μητρότητας, ενώ κάποιες ανέφεραν ευελιξία στην επιστροφή στην εργασία τους. Για τις μητέρες που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες η απώλεια ενός σταθερού εισοδήματος, κατά τη διάρκεια του χρόνου που έπρεπε να περάσουν στη MENN, δημιούργησε πρόσθετο άγχος και εμφανίστηκε σαν εμπόδιο στην εφαρμογή της ΦΚ. Επίσης, μέρος της άδειας

μητρότητας δεν αφορά μόνο στο μωρό, αλλά και στις μητέρες οι οποίες στερούνται τις μέρες ανάρρωσης και ξεκούρασης. Πολλές μητέρες με περιορισμένη άδεια, έπρεπε να επιλέξουν αν θα έκαναν χρήση αυτού του χρόνου για να είναι παρούσες στη MENN ή να κρατήσουν την άδειά τους για να φροντίσουν το νεογνό μετά το εξιτήριο. Οι περισσότερες από αυτές τις μητέρες έλαβαν άδεια άνευ αποδοχών (Lewis et al., 2019).

- Πρόσβαση στο νοσοκομείο

Εκτός από τα προβλήματα με τις άδειες μητρότητας, οι γονείς αφιέρωσαν σημαντικούς πόρους, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των νεογνών τους στη MENN, για τη μετακίνηση και τη διαμονή τους. Οι περισσότερες MENN βρίσκονται σε νοσοκομεία μεγάλων αστικών κέντρων, γεγονός που δυσκολεύει τους γονείς που ζουν στην επαρχία. Οι γονείς καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα στη διαμονή σε ξενοδοχείο ή στην καθημερινή μετακίνηση, που συνεπάγεται σημαντικό κόστος και σε μερικές περιπτώσεις είναι απαγορευτικά ακριβό. Επίσης, μετά τον τοκετό οι περισσότερες μητέρες δεν μπορούσαν να οδηγήσουν και ανέφεραν δυσκολίες προγραμματισμού των επισκέψεών τους, λόγω εξάρτησης από μέλη της οικογένειάς τους για τις μετακινήσεις τους. Έτσι, το κύριο μέλημα των γονέων είναι η πρόσβαση σε κατάλληλα και προσιτά καταλύματα κοντά στη MENN, που τους εξασφαλίζει συνεχή παρουσία δίπλα στα νεογνά τους. Πολλές οικογένειες επαίνεσαν την πρωτοβουλία μερικών νοσοκομείων για διαθέσιμα δωμάτια, όπου οι μητέρες θα μπορούσαν να μείνουν δωρεάν κατά τη διάρκεια της περιόδου νοσηλείας των νεογνών τους. Αυτό διευκόλυνε τις επισκέψεις, μείωσε την προσπάθεια που απαιτείται για να ταξιδέψουν και ανακούφισε το οικονομικό βάρος των γονέων. Εκτός από την πρόσβαση στο νοσοκομείο, πολλοί γονείς σχολίασαν την πρόκληση της εξισορρόπησης του χρόνου που πέρασαν στη MENN με τις γονικές υποχρεώσεις τους προς τα άλλα παιδιά τους. Η αναγκαστική απουσία από τα άλλα παιδιά τους δημιούργησε ένα πρόσθετο στρες και ένα εμπόδιο για τις μητέρες αυτές (Lewis et al., 2019).

Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι η έλλειψη συμμετοχής, η κακή κοινωνική υποστήριξη, η έλλειψη χρόνου και οι ιατρικές ανησυχίες σχετικά με τη μητέρα ή το νεογνό ήταν εμπόδια στην υιοθέτηση της ΦΚ από τους γονείς. Επιπλέον,

εντοπίστηκαν τα εμπόδια και οι παράγοντες που επιτρέπουν την υιοθέτηση της μεθόδου από τις οικογένειες, στο πλαίσιο του συστήματος υγείας και του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου. Οι μελλοντικές προσπάθειες ενσωμάτωσής της στα περιφερειακά και εθνικά συστήματα υγείας πρέπει να επικεντρωθούν στον εντοπισμό και τη μείωση των φραγμών και την προώθηση των δυνατοτήτων για την επιτυχή υιοθεσία της. Τέλος, τα προγράμματα ΦΚ πρέπει να αποδεικνύουν στην πράξη ότι η εμπειρία της ΦΚ είναι μια πολύτιμη και θετική εμπειρία τόσο για τους γονείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

Η φροντίδα καγκουρό είναι μια φυσική, αποτελεσματική και χαμηλού κόστους παρέμβαση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Υπάρχουν ενδείξεις για τα οφέλη της στη συμπεριφορά, στην ανάπτυξη και στην αναλγησία των προώρων, αλλά και στο άγχος και στην αυτοπεποίθηση των γονέων. Οι μητέρες και τα μέλη της οικογένειας έχουν μια μοναδική σχέση και προσπαθούν ιδιαίτερα να εξασφαλίσουν ότι επιτυγχάνονται τα βέλτιστα αποτελέσματα για τα νεογέννητά τους. Παρά την πληθώρα των τεκμηριωμένων ωφελειών της ΦΚ ως θετική παρέμβαση για τις μητέρες και τα πρόωρα νεογνά, η ΦΚ δεν εφαρμόζεται με συνέπεια (Ferrarello et al., 2014). Εντούτοις, παρά τη γενικά θετική στάση, ενστάσεις μπορεί να προκύψουν τόσο από την πλευρά των μητέρων, όσο και από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Εκτός από τις διαφορετικές στάσεις απέναντι στην ΦΚ, εντοπίστηκαν και πολλά εμπόδια (Blomqvist et al., 2013). Υπάρχει ανάγκη για μελέτες σε αυτόν τον τομέα, οι οποίες πρέπει να συνοδεύονται από οικονομικές μετρήσεις που θα καθορίσουν τις υλικές και άυλες δαπάνες που θα επιβαρύνουν το σύστημα υγείας και τους γονείς. Για το σκοπό αυτό, οι οικονομολόγοι της υγείας πρέπει να θεωρηθούν δυνητικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

5. Όραμα για το μέλλον

5.1 Ενσωμάτωση της ΚC σε εθνικό επίπεδο

Υπάρχει ανάγκη ενσωμάτωσης ενός εθνικού προγράμματος ΦΚ στον κυβερνητικό στρατηγικό σχεδιασμό για την περιγεννητική φροντίδα σε όλα τα επίπεδα των συστημάτων υγείας. Ένα εθνικό πρόγραμμα θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- ευρεία συμμετοχή των ενδιαφερομένων
- διαθεσιμότητα κατευθυντήριων γραμμών εφαρμογής (συμπεριλαμβανομένων προτύπων και πρωτοκόλλων)
- ελάχιστα κριτήρια για τις υπηρεσίες ΦΚ
- ύπαρξη διαφόρων βασικών δραστηριοτήτων και εγγράφων σχεδιασμού (πολιτική, επιχειρησιακή, χρηματοδότηση και κατανομή πόρων, παρακολούθηση και αξιολόγηση)

Ένα μοντέλο σταδιακής αλλαγής, ειδικά σχεδιασμένο για την παρακολούθηση της προόδου με την εφαρμογή του ΦΚ, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό των παραγόντων και δράσεων που θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη σε κάθε στάδιο της εφαρμογής. Το μοντέλο έχει τρεις φάσεις:

- φάση προετοιμασίας - δημιουργία συνείδησης και δέσμευση υλοποίησης
- φάση υλοποίησης - προετοιμασία για την εφαρμογή και εφαρμογή
- φάση θεσμοποίησης - να ενσωματωθεί σε πρακτικές ρουτίνας και να υποστηρίξει νέες πρακτικές (Bergh et al.,2005 , Belizán et al.,2011).

5.2 Δείκτες ποιότητας

Η ΦΚ δεν διαθέτει σήμερα τους τυπικούς ορισμούς δεικτών, που μπορούν να χρησιμοποιούνται σε εθνικό επίπεδο, για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση. Τα ποσοστά καταγραφής δεδομένων σχετικά με την κάλυψη και τη διαδικασία ΦΚ είναι σχετικά χαμηλά και δεν είναι συνήθως διαθέσιμα σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, καθιστώντας την παρακολούθηση προγραμμάτων ΦΚ σε εθνική κλίμακα ιδιαίτερα προκλητική (Moxon et al.,2015). Συνεπώς, η παρακολούθηση και αξιολόγηση της ΦΚ πρέπει να ενσωματωθεί στα εθνικά συστήματα , παράλληλα με άλλους δείκτες σχετικούς με τα νεογνά. Το Διεθνές Δίκτυο για τη ΦΚ συνέκρινε την ικανότητα των 12 χωρών μεσαίου και υψηλού εισοδήματος να συλλέγουν δεδομένα στα υφιστάμενα εθνικά συστήματα

υγείας. Οι χώρες ήταν οι Βραζιλία, Ινδία, Ινδονησία, Ιράν, Κολομβία, Νικαράγουα, Βιετνάμ, Φιλιππίνες, Καναδάς, Ιταλία, Νορβηγία και Σουηδία. Επτά από τις χώρες κατέγραψαν την έναρξη των υπηρεσιών ΦΚ σε επίπεδο εγκαταστάσεων και ήταν σε θέση να συγκεντρώσουν τα δεδομένα αυτά σε εθνικό επίπεδο. Μόνο έξι χώρες είχαν την ικανότητα να προσδιορίσουν τον αριθμό των πρόωρων και μικρών για τη ηλικία κύησης νεογνών και την ηλικία κύησης σε εθνικό επίπεδο. Λιγότερες από τις μισές χώρες θα μπορούσαν να συγκεντρώσουν δεδομένα σχετικά με τη συνέχεια της ΦΚ μέχρι το εξιτήριο, ενώ επτά χώρες συγκέντρωσαν στοιχεία σχετικά με την παρακολούθηση αυτών των νεογνών μετά το εξιτήριο. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες εξέφρασαν την ανάγκη για τυποποιημένους δείκτες ποιότητας (σχετικά με τις δομές και τις διαδικασίες), καθώς και βασικούς δείκτες αποτελεσματικότητας. Η χρήση ενός βασικού πλαισίου δεικτών θα μπορούσε να συμβάλει στην ενίσχυση των προγραμμάτων ΦΚ, στην αύξηση της κάλυψης και στη διευκόλυνση της παγκόσμιας παρακολούθησης της εφαρμογής της ΦΚ. Καθώς προχωρούν τα συστήματα συλλογής δεδομένων, οι χρήστες των προγραμμάτων και οι αξιολογητές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να καταγράφουν τις εμπειρίες τους χρησιμοποιώντας αυτό το πλαίσιο, για να μετρήσουν την πρόοδο και να επιτρέψουν τη βελτίωση των δεικτών, με γενικό στόχο να εργαστούν για βιώσιμα συστήματα δεδομένων (Guenther et al., 2017).

Για να είναι βιώσιμοι, οι εναρμονισμένοι δείκτες ΦΚ πρέπει να ενσωματωθούν στα εθνικά συστήματα πληροφοριών για την υγεία, τη συλλογή δεδομένων, την παρακολούθηση της ποιότητας, τον έλεγχο και την αξιολόγηση (Cattaneo et al., 2018).

5.3 Ευκαιρίες για επενδύσεις

Η διαδικασία προσδιορισμού προτεραιοτήτων στις εναλλακτικές επενδύσεις στην ΦΚ λαμβάνει υπόψη το κόστος και τις επιπτώσεις. Η κάθε χώρα θα πρέπει να καθορίσει τις δικές της επενδυτικές προτεραιότητες, καθώς βρίσκεται σε διαφορετικά επίπεδα ανάπτυξης και εφαρμογής, όσον αφορά την ΦΚ. Οι επενδύσεις θα πρέπει να στοχεύουν στην απελευθέρωση του τεράστιου δυναμικού της ΦΚ και η βασική

πρόκληση είναι να δοθεί προτεραιότητα στις επενδύσεις που θα προωθήσουν περισσότερο την ΦΚ στην κάθε χώρα (Cattaneo et al., 2018).

5.4 Επενδύσεις στην έρευνα και σε εργαλεία κοστολόγησης

Το βασικό ζήτημα για την υλοποίηση των προγραμμάτων ΦΚ είναι να βρεθούν ισχυρά στοιχεία που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ΦΚ. Η ανάγκη για επενδύσεις στην έρευνα είναι ζωτικής σημασίας για να αποδειχτεί η αξία και τα οφέλη της ΦΚ, όχι μόνο για τη βελτίωση της υγείας αλλά και για την προώθηση της ανάπτυξης των νεογνών(Cattaneo et al., 2018) .

Η ανάπτυξη ενός εργαλείου κοστολόγησης ΦΚ είναι καθοριστικής σημασίας για τη διευκόλυνση του προϋπολογισμού. Ως εκ τούτου, το εργαλείο κοστολόγησης ΦΚ θα πρέπει να χρησιμεύει ως εργαλείο αναφοράς που θα καθοδηγεί τους οργανισμούς να εξομαλύνουν τις διαδικασίες προϋπολογισμού, διασφαλίζοντας ότι όλα τα κόστη υπολογίζονται εξαρχής με σαφή και ακριβή εικόνα των οικονομικών επιπτώσεων των διαφόρων συνιστωσών (Cattaneo et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

1.Εισαγωγή

Η εισαγωγή ενός νεογνού σε μία MENN έχει ως συνέπεια τον αποχωρισμό των μητέρων από τα νεογνά τους. Το νεογνό τοποθετείται συνήθως σε θερμοκοιτίδα, οδηγώντας σε διακοπή των διαδικασιών σύνδεσης μητέρας - νεογνού. Τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού είναι αυτοί που κυρίως φροντίζουν τα νεογνά κατά την παραμονής τους στη MENN, γεγονός που δεν διευκολύνει τη σύνδεση. Πολλές μητέρες αντιλαμβάνονται τον αποχωρισμό από το νεογνό τους ως ένα αγχωτικό γεγονός και βιώνουν άσχημα συναισθήματα. Η Φροντίδα Καγκουρό έχει θετικές επιδράσεις τόσο για τα νεογνά όσο και για τους γονείς, καθώς μπορεί να

αποτρέψει τον αποχωρισμό και να ενισχύσει τον ρόλο των γονέων ως κύριων φροντιστών του νεογνού τους.

Ως Φροντίδα Καγκουρό ορίζεται η έγκαιρη, παρατεταμένη και συνεχής (ή όπως επιτρέπεται από τις περιστάσεις) επαφή δέρμα με δέρμα μεταξύ μητέρας/πατέρα και του νεογνού. Η Φροντίδα Καγκουρό είναι κοινή πρακτική για πολλές ΜΕΝΝ σε όλο τον κόσμο και πολλές ΜΕΝΝ χαρακτηρίζονται Φιλικές προς τα Βρέφη (neoBF) μέσα στο πλαίσιο της Πρωτοβουλίας των Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων. Στην Ελλάδα ωστόσο, καμία ΜΕΝΝ δεν εφαρμόζει συστηματικά τη συγκεκριμένη μέθοδο και καμία δεν χαρακτηρίζεται ως Φιλική προς τα Βρέφη (neoBF). Για να κατανοήσουμε καλύτερα τι επιτρέπει και εμποδίζει την εφαρμογή της ΦΚ, είναι σημαντικό να διερευνηθεί περαιτέρω πώς αντιμετωπίζουν οι μητέρες των πρόωρων νεογνών τη διαδικασία της ΦΚ, την επαφή δέρμα με δέρμα, τη διατροφή του νεογνού και την προετοιμασία για την έξοδο από το νοσοκομείο.

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της μεθόδου Φροντίδας Καγκουρό στα νεογνά και στους γονείς σε μια ΜΕΝΝ Ελληνικού Νοσοκομείου. Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα ήταν τα εξής:

- Ποια τα πιθανά οφέλη της μεθόδου για τα νεογνά
- Ποια τα πιθανά οφέλη για τους γονείς
- Ποιες συνθήκες είναι απαραίτητες για την εφαρμογή της μεθόδου

Μεθοδολογία

Η μελέτη αυτή είναι πολλαπλή μελέτη περίπτωσης. Επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί ποιοτική έρευνα, γιατί σκοπός ήταν να γίνει μια βαθύτερη ανάλυση και ερμηνεία καταστάσεων, γεγονότων, συμπεριφορών και εμπειριών και οι ποσοτικές μέθοδοι συλλογής στοιχείων δε μπορούν να δώσουν τις πλούσιες περιγραφές και ερμηνείες που απαιτούνται για να γίνουν κατανοητά όλα τα παραπάνω. Η μελέτη εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΓΝΘ Ιπποκράτειο. Επίσης, ο σκοπός της έρευνας γνωστοποιήθηκε και εγκρίθηκε από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, κατόπιν

συνεννόησης με τη Διευθύντρια-νεογνολόγο και την Προϊσταμένη της MENN-ΕΣΥ. Η μελέτη αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει μέρος ενός ευρύτερου έργου με στόχο την διερεύνηση διαφόρων πτυχών της ΦΚ. Όλες οι μητέρες που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτώς για τον σκοπό της ερευνητικής εργασίας, τη διαδικασία των μετρήσεων, ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και οι πληροφορίες είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν ονόματα ή προσωπικά στοιχεία και κατόπιν υπόγραψαν ένα έντυπο συγκατάθεσης.

Δείγμα

Η έρευνα αναφέρεται στους γονείς των οποίων τα πρόωρα νεογνά νοσηλεύονται στις MENN, καθώς και τα ίδια τα νεογνά με διάρκεια κύησης 28-32 εβδομάδες. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας: οι γονείς και τα νεογνά που νοσηλεύονται στη MENN ΕΣΥ του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε το τελευταίο τετράμηνο (Σεπτέμβρης - Δεκέμβρης) του 2019 στη MENN ΕΣΥ του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Υλικό και μέθοδος

Η προτεινόμενη μελέτη είναι πολλαπλή μελέτη περίπτωσης και μελετώνται 3 περιστατικά της μονάδας. Για να αναδειχτούν τα ποιοτικά στοιχεία της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε μήτρα παρατήρησης για τη συμπεριφορά των νεογνών, μια τεχνική που επιλέχθηκε λόγω ιδιαιτερότητας της φύσης των νεογνών, καθώς τα ίδια δεν μπορούν να συμμετάσχουν με άλλο τρόπο στην έρευνα που έχει ως στόχο την εις βάθος μελέτη τους. Η διαδικασία επέτρεψε την άντληση πληροφοριών και δεδομένων μέσα από την άμεση και προσωπική παρατήρηση και στη συνέχεια ακολούθησε επεξεργασία και ερμηνεία συμπεριφοράς του ζεύγους μητέρας-νεογνού. Για τη συλλογή επιπλέον δεδομένων ακολούθηθηκε η διαδικασία προσωπικών συνεντεύξεων με τους γονείς, οι οποίοι συμμετείχαν στη Φροντίδα Καγκουρό στη MENN.

2. Η διαδικασία της μελέτης

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο θα επιδιώξει να περιγράψει τη διαδικασία και τα στάδια που ακολουθήθηκαν για το σχεδιασμό και την υλοποίηση της πειραματικής παρέμβασης.

Για να γίνει αυτό, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί η πολιτική που ακολουθείται στη MENN αναφορικά με το επισκεπτήριο και την επαφή γονέων – νεογνών. Κατά την εισαγωγή ενός νεογνού στη MENN δίνεται ένα έντυπο οδηγιών για τους γονείς. Σε αυτό μεταξύ άλλων αναφέρεται ότι: « Όλοι οι γονείς που έχουν τα μωρά τους στη Μονάδα πρέπει να έρχονται να τα βλέπουν συχνά και αν μπορούν καθημερινά. Όταν το μωρό είναι σε καλή κατάσταση μπορούν να το χαϊδέψουν, να το πάρουν αγκαλιά ή και να το ταΐσουν ακόμη. Για λόγους ασφαλείας η επίσκεψη στο μωρό επιτρέπεται ορισμένες ώρες την ημέρα 12-2 το μεσημέρι και 6-8 το απόγευμα. Δεν γίνεται δυστυχώς, να μπορούν να βλέπουν το μωρό τους όλες τις ώρες, γιατί δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό για να επιβλέπει και να βοηθάει τους γονείς ». Επί του πρακτέου οι γονείς προσέρχονται στη MENN κυρίως τις ώρες του επισκεπτηρίου. Μετά από συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς μπορούν να χαϊδεύουν και να μιλάνε χαμηλόφωνα στα νεογνά τους, τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες, από τις πρώτες ώρες της ζωής τους ακόμη και αν βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη, αρκεί να το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας τους. Οι γονείς παίρνουν αγκαλιά το νεογνό τους, όταν βγει από τη θερμοκοιτίδα και βρίσκεται σε κούνια. Τότε συνήθως, ξεκινάει και η σίτιση του νεογνού, είτε με μπιμπερό είτε με θηλασμό ανάλογα με τη διάθεση της μητέρας και σε αυτό το στάδιο οι γονείς μπορούν να προσέρχονται τέσσερις φορές τη μέρα για να σιτίζουν το νεογνό.

Εύκολα γίνεται αντιληπτή η διάσταση μεταξύ της πρακτικής που ακολουθείται και της διαδικασίας της Φροντίδας Καγκουρό, που θα επιχειρηθεί να εφαρμοστεί κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής.

3. Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας της MENN

Για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης ήταν απαραίτητη και ζωτικής σημασίας η καθοδήγηση και η συνεργασία με τη διευθύντρια-νεογνολόγο, η οποία είναι επιστημονικά υπεύθυνη της MENN, καθώς και με την προϊσταμένη. Και οι δύο γνώριζαν τη μέθοδο, εξέφρασαν ενθουσιασμό για αυτή την πρωτοβουλία και

δεσμεύτηκαν για κάθε είδους βοήθεια, συμπαράσταση και υποστήριξη. Μέσα από τις συζητήσεις μας κρίθηκε απαραίτητο να διερευνηθεί αρχικά η ενδεχόμενη προϋπάρχουσα γνώση των επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται στη MENN, να ενημερωθούν όλοι αναφορικά με τη Φροντίδα Καγκουρό, και να αναφέρουν σε ποιο βαθμό θα ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε αυτό το επιχείρημα.

Γι' αυτό το σκοπό το προσωπικό (νεογνολόγοι, μαίες, φυσικοθεραπεύτρια, λογοθεραπεύτρια) οργανώθηκε σε τρεις ομάδες και πραγματοποιήθηκε μία συνεδρία για κάθε ομάδα. Μέσα από αυτές τις συνεδρίες έγινε η διαπίστωση, ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι δεν γνώριζαν για τη μέθοδο. Ακολούθησε εκτενής ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα της μεθόδου, τα οφέλη που αποκομίζουν γονείς και νεογνά, για τον τρόπο που τοποθετούνται τα νεογνά στην αγκαλιά της μητέρας τους και δόθηκαν εξηγήσεις σε απορίες και ερωτήσεις. Επίσης, συζητήθηκε η ομαδική φύση του εγχειρήματος και το ποιοι θα ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν.

Οι αντιδράσεις ήταν ποικίλες και ενδιαφέρουσες, καθώς ο κάθε επαγγελματικός κλάδος εξέφρασε διαφορετικό αντίλογο. Η πλειοψηφία των νεογνολόγων εξέφρασε δυσπιστία ως προς την αποτελεσματικότητα της μεθόδου και ανησυχία ότι πιθανόν θα διαταραχθεί η λειτουργία ρουτίνας της μονάδας και φόβο μετάδοσης λοιμώξεων. Δύο από αυτούς εκδήλωσαν ενδιαφέρον. Οι περισσότερες μαίες εξέφρασαν δυσαρέσκεια λέγοντας ότι δεν είναι πρόθυμες να επιφορτιστούν με επιπλέον καθήκοντα, ανησυχία για την ασφάλεια του νεογνού και αντιρρήσεις ως προς την πολύωρη παραμονή των μητέρων στη μονάδα. Υπήρξαν όμως και μαίες που ενθουσιάστηκαν, βρήκαν τη μέθοδο ουσιαστικής σημασίας και ήθελαν να συμμετάσχουν σε κάτι πρωτοποριακό για τα δεδομένα της Μονάδας. Η λογοθεραπεύτρια της μονάδας γνώριζε για τη μέθοδο, καθώς εξειδικεύεται στα πρόωρα νεογνά, και εξέφρασε άμεσο ενδιαφέρον. Η φυσικοθεραπεύτρια επίσης γνώριζε και ενδιαφέρθηκε να συμμετάσχει, καθώς παρακολουθεί τα πρόωρα νεογνά μέχρι τα τρία τους χρόνια στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής. Έτσι, δημιουργήθηκε μια ομάδα με 2 νεογνολόγους, 8 μαίες, τη λογοθεραπεύτρια και τη φυσικοθεραπεύτρια. Αξίζει να αναφερθεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες έχουν μεγάλη εργασιακή εμπειρία στη MENN (5-10 έτη) και σχεδόν όλοι μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

4. Ενημέρωση των γονέων

Για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης, θεωρήθηκε απαραίτητο να μελετηθούν 2-4 τέσσερα νεογνά με διάρκεια κύησης 28-32 εβδομάδες. Μετά από συζήτηση με τη διευθύντρια της MENN, ορίστηκαν οι προϋποθέσεις που έπρεπε να πληρούνται, για να συμμετέχουν τα νεογνά στη Φροντίδα Καγκουρό. Τα νεογνά έπρεπε να μην υποστηρίζονται από μηχανικό αερισμό, να μη φέρουν κεντρικούς ομφαλικούς καθετήρες και να μην χρήζουν φωτοθεραπείας. Αν κάποιο νεογνό παρουσίαζε σημάδια λοίμωξης, η φροντίδα καγκουρό έπρεπε να διακοπεί. Το βάρος και η ανάγκη παροχής οξυγόνου με ρινικούς καθετήρες δεν αποτελούσαν ανασταλτικούς παράγοντες.

Κατά τη διάρκεια της μελέτης 10 μητέρες ρωτήθηκαν για το αν θα ήθελαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, τηρώντας συγκεκριμένους όρους και δεσμεύσεις. Μόνο μία μητέρα αρνήθηκε λόγω προβλημάτων μετακίνησης, καθώς δεν έμενε στη Θεσσαλονίκη. Δύο μητέρες με τόπο διαμονής πάνω από 100 χιλιόμετρα εκτός Θεσσαλονίκης ήταν πρόθυμες να πηγαينوέρχονται καθημερινά.

Αρχικά, γινόταν μία πρώτη συνάντηση με τους γονείς, όπου ενημερώνονταν για τη συμμετοχή τους στη μελέτη και για τους στόχους και το σκοπό του συγκεκριμένου τρόπου φροντίδας. Δίνονταν εξηγήσεις στους γονείς ότι δεσμεύονταν για την καθημερινή παρουσία τους, ότι η διάρκεια της ΦΚ θα έπρεπε να διαρκεί τόσο, ώστε το νεογνό να κάνει έναν ολοκληρωμένο κύκλο ύπνου, δηλαδή το λιγότερο μία ώρα. Ιδανικά προτεινόταν τρεις με τέσσερις ώρες. Επίσης, οι γονείς ενημερώνονταν ότι δεν υπήρχαν στη μονάδα ανακλινόμενες καρέκλες, που θα τους εξασφάλιζαν μία σχετική άνεση και ότι δεν υπήρχε η δυνατότητα παροχής κάποιου παραβάν, που να εξασφαλίζει την ιδιωτικότητα και την απομόνωση. Η πολυθρόνα και το υποπόδιο που θα διέθετε το τμήμα δεν ήταν απολύτως προσαρμοσμένη για αυτό το σκοπό, αλλά εξασφάλιζε μία υποτυπώδη χαλαρή θέση καθίσματος, χωρίς τη δυνατότητα ευρείας οπίσθιας κλίσης. Στη συνέχεια δίνονταν στους γονείς έντυπο ενημερωτικό υλικό, φωτογραφίες με θέσεις καγκουρό και το έντυπο συναίνεσης για να το διαβάσουν και οριζόταν μια δεύτερη συνάντηση. Στη δεύτερη συνάντηση, αν οι γονείς συναινούσαν, ακολουθούσε συζήτηση για την προετοιμασία και τις συνθήκες της διαδικασίας. Δίνονταν οδηγίες στους γονείς για τον κατάλληλο ρουχισμό και την υγιεινή που

απαιτούνται για την πραγματοποίηση της φροντίδας. Συστήνονταν ρούχα άνετα με μπροστινά κουμπώματα και προτεινόταν να έχει γίνει λήψη τροφής και επίσκεψη σε τουαλέτα πριν την έναρξη της διαδικασίας. Επίσης, θα έπρεπε να έχει προηγηθεί άντληση γάλακτος για να μην υπερφορτωθεί ο μαστός. Συζητήθηκε επίσης, η χρήση ακουστικών για μουσική χαλάρωση και ηχητική απομόνωση και ο εφοδιασμός με ένα μπουκάλι νερό. Τέλος, διευκρινιζόταν ότι και οι πατέρες θα μπορούσαν να συμμετέχουν στη διαδικασία, αν το επιθυμούσαν. Παρόλες τις αντίξοες συνθήκες οι περισσότεροι γονείς δέχθηκαν με ιδιαίτερη χαρά και συγκίνηση την πρόταση, εκφράζοντας την ανυπομονησία τους για την έναρξη της φροντίδας.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να διευκρινιστεί ότι πριν οριστεί η ακριβής μέρα και ώρα για την Φροντίδα Καγκουρό, όλοι οι γονείς πραγματοποιούσαν συστηματικές επισκέψεις στη Μονάδα. Άγγιζαν, χάιδευαν και μιλούσαν στα νεογνά παρατηρώντας τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις τους στην παροχή ερεθισμάτων και με την καθοδήγηση των μαιών διόρθωναν τη στάση τους παρέχοντας υποστήριξη θέσης.

5. Επιλογή των νεογνών

Συνολικά, προτάθηκε σε 10 γονείς να συμμετάσχουν με τα νεογνά τους σε αυτή την έρευνα. Τρία από αυτά τα δέκα ζεύγη μητέρων-νεογνών πληρούσαν τα περισσότερα κριτήρια και επιλέχθηκαν για να παρουσιαστούν σε αυτή τη μελέτη. Όλα τα νεογνά αξιολογήθηκαν με κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις από τη διευθύντρια-νεογνολόγο της MENN

- κατά τη γέννηση, καθώς έπρεπε να έχουν διάρκεια κύησης 28-32w
- κατά τη στιγμή που επιλέγονταν, καθώς έπρεπε να πληρούνται ορισμένα κριτήρια (να μην είναι διασωληνωμένα, να μην φέρουν ομφαλικούς καθετήρες, να μην έχουν λοίμωξη)
- κατά τη διάρκεια της μελέτης, καθώς επιπλοκές θα μπορούσαν να αναστείλουν την παροχή της φροντίδας καγκουρό

A νεογνό

Το Α νεογνό είναι θήλυ, γεννήθηκε το Σεπτέμβρη του 2019, είχε διάρκεια κύησης 29w, βάρος γέννησης 710 γραμμάρια και νοσηλεύτηκε στη ΜΕΝΝ για 80 ημέρες. Γεννήθηκε από πρωτοτόκο μητέρα 45 ετών με καισαρική τομή λόγω συνδρόμου HELLP, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη κύησης. Μεταφέρθηκε στη ΜΕΝΝ και αρχικά τοποθετήθηκε σε SNIPPV και μετά διασωληνώθηκε λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας, πνευμονικής αιμορραγίας και πνευμοθώρακα. Την 1^η ημέρα ζωής (HZ) τέθηκαν κεντρικά ομφαλικά αγγεία, ενώ το νεογνό λάμβανε αντιβιοτική αγωγή και ινóτροπα (για την υποστήριξη της κυκλοφορίας). Η σίτιση του νεογνού ξεκίνησε σταδιακά την 2^η ημέρα ζωής με μητρικό γάλα, έφτασε σε πλήρη σίτιση την 35^η HZ και συνεχίστηκε με μητρικό γάλα έως το εξιτήριο. Την 7^η HZ αφαιρέθηκαν τα ομφαλικά αγγεία και τέθηκε κεντρικός περιφερικός καθετήρας μέχρι την 40^η HZ. Το νεογνό την 17^η μέρα ζωής παρουσίασε μετεωρισμό κοιλιάς με αιμοπεριτόναιο λόγω λοίμωξης. Μετά από 10 ημέρες (27^η HZ), καθώς η κλινική του εικόνα ήταν σε βελτίωση, έγινε απόπειρα αποσωλήνωσης και το νεογνό τέθηκε σε CPAP. Την 37^η HZ τέθηκε σε ρινικούς καθετήρες μέχρι την 70^η HZ, οπότε και μπορούσε να αναπνέει χωρίς βοήθεια οξυγόνου.

Την 30^η HZ η κατάσταση του νεογνού ήταν σχετικά σταθερή με φυσιολογική πρόσληψη βάρους ανά ημέρα, χωρίς σοβαρά επεισόδια απνοιών ή υποπνοιών και χωρίς υποψία λοίμωξης, θεωρήθηκε η κατάλληλη στιγμή να ενημερωθούν οι γονείς για τη ΦΚ. Μέχρι τότε οι γονείς δεν έβλεπαν το νεογνό καθημερινά, αλλά μόνο δυο φορές την εβδομάδα, γιατί έμεναν σε άλλο νομό. Σε αυτές τις επισκέψεις μιλούσαν και χαίδευαν το νεογνό και μία φορά, ενώ το νεογνό ήταν διασωληνωμένο, με τη βοήθειά μαίας τοποθετήθηκε πάνω στις ανοιχτές παλάμες της μητέρας του. Οι γονείς στην αρχή ήταν έκπληκτοι, καθώς δεν είχαν ακούσει για τη μέθοδο. Ιδιαίτερα η μητέρα δεν πίστευε ότι θα της δινόταν μία τέτοια ευκαιρία και θα έπαιρνε αγκαλιά το νεογνό. Δέχτηκαν σχεδόν αμέσως, παρόλο που υπήρχε η δυσκολία της απόστασης. Η μητέρα για τις επόμενες 40 ημέρες θα έκανε καθημερινά 300 χιλιόμετρα για να παρέχει στο νεογνό της ΦΚ.

Η ΦΚ ξεκίνησε την 40^η ΗΖ του νεογνού σε ηλικία κύησης 34w. Το νεογνό βρισκόταν σε ανοιχτή θερμοκοιτίδα, είχε ρινικούς καθετήρες, κεντρικό περιφερικό καθετήρα, ήταν σε πλήρη σίτιση και ζύγιζε 1160 γραμμάρια. Την 52^η ΗΖ το νεογνό ήταν 36w, είχε βάρος σώματος 1380 γραμμάρια και ξεκίνησε σίτιση με μπουκάλι και προσπάθεια θηλασμού. Την 70^η ΗΖ ήταν 39w, ζύγιζε 1840 γραμμάρια, μπορούσε να αναπνέει χωρίς οξυγόνο, από τα οκτώ γεύματα τη μέρα τα τέσσερα ήταν με αποκλειστικό θηλασμό, βγήκε από τη θερμοκοιτίδα και μπήκε σε κουνάκι έχοντας συμπληρώσει 30 ημέρες ΦΚ. Μετά από 10 ημέρες, είχε συμπληρώσει 80 ημέρες νοσηλείας, ήταν 40w, ζύγιζε 2150 γραμμάρια και πήρε εξιτήριο.

B νεογνό

Το Β νεογνό είναι θήλυ, γεννήθηκε τον Οκτώβρη του 2019, είχε διάρκεια κύησης 29w, βάρος γέννησης 730 γραμμάρια και νοσηλεύτηκε στη ΜΕΝΝ για 63 ημέρες. Γεννήθηκε από πρωτοτόκο μητέρα 36 ετών με καισαρική τομή λόγω βαριάς υπολειπόμενης ανάπτυξης. Μεταφέρθηκε στη ΜΕΝΝ και χορηγήθηκε μια δόση επιφανειοδραστικού παράγοντα με τη μέθοδο INSURE με καλή ανταπόκριση. Διασωληνώθηκε τη 2^η ΗΖ λόγω απνοιών, παρέμεινε σε μηχανικό αερισμό για δυο ημέρες, την 5^η ΗΖ αποσωληνώθηκε και παρέμεινε σε SNIPPV για 7 ημέρες και σε CPAP για 2 ημέρες. Μετά την 14^η ΗΖ δεν είχε καθόλου ανάγκες οξυγόνου. Η σίτιση ξεκίνησε σταδιακά τη 2^η ΗΖ με μητρικό γάλα, έφτασε σε πλήρη σίτιση την 31^η ΗΖ και συνεχίστηκε με μητρικό γάλα έως το εξιτήριο. Τη 2^η ΗΖ τέθηκε ομφαλική φλέβα για 12 ημέρες και στη συνέχεια τέθηκε κεντρικός περιφερικός καθετήρας για 28 ημέρες, μέχρι την 40^η ΗΖ του νεογνού.

Μετά την πρώτη εβδομάδα ζωής η κατάσταση του νεογνού ήταν σχετικά σταθερή και θεωρήθηκε ότι θα μπορούσαν να ενημερωθούν οι γονείς για τη ΦΚ. Οι γονείς ήξεραν για αυτόν τον τρόπο φροντίδας, δέχτηκαν αμέσως να συμμετάσχουν με μεγάλη χαρά και δεν είχαν πρόβλημα μετακίνησης καθώς ήταν κάτοικοι Θεσσαλονίκης. Μέχρι τότε επισκέπτονταν το νεογνό καθημερινά, το χάιδευαν και του μιλούσαν. Η ΦΚ ξεκίνησε την 25^η ΗΖ του νεογνού σε ηλικία κύησης 32w. Το νεογνό βρισκόταν σε ανοιχτή θερμοκοιτίδα, είχε κεντρικό περιφερικό καθετήρα για λήψη παρεντερικής διατροφής καθώς δεν ήταν σε πλήρη σίτιση, δεν είχε ανάγκη οξυγόνου και ζύγιζε 1020 γραμμάρια. Την 42^η ΗΖ αφαιρέθηκε ο κεντρικός περιφερικός

καθετήρας, το νεογνό ήταν 34w, ζύγιζε 1300 γραμμάρια και ξεκίνησε προσπάθεια σίτισης με μπουκάλι. Μία εβδομάδα αργότερα έγιναν οι πρώτες προσπάθειες θηλασμού. Την 60^η ΗΖ ήταν 37w, ζύγιζε 1800 γραμμάρια, από τα οκτώ γεύματα τη μέρα τα τέσσερα ήταν με αποκλειστικό θηλασμό, βγήκε από τη θερμοκοιτίδα και μπήκε σε κουνάκι έχοντας συμπληρώσει 35 ημέρες ΦΚ. Μετά από 3 ημέρες είχε συμπληρώσει 63 ημέρες νοσηλείας, ήταν 38w, ζύγιζε 1900 γραμμάρια και πήρε εξιτήριο.

Γ νεογνό

Το Γ νεογνό είναι άρρεν, γεννήθηκε τον Δεκέμβρη του 2019, είχε διάρκεια κύησης 32w, βάρος γέννησης 1290 γραμμάρια και νοσηλεύτηκε στη ΜΕΝΝ για 44 ημέρες. Γεννήθηκε από πρωτοτόκο μητέρα 33 ετών με καισαρική τομή λόγω παθολογικού Doppler και τεσσάρων περιτυλίξεων στο λαιμό. Διασωληνώθηκε στην αίθουσα τοκετών λόγω απνοϊκών επεισοδίων, μεταφέρθηκε στη ΜΕΝΝ και χορηγήθηκε μια δόση επιφανειοδραστικού παράγοντα με καλή ανταπόκριση. Παρέμεινε σε μηχανικό αερισμό για δυο ημέρες, την 3^η ΗΖ αποσωληνώθηκε και παρέμεινε σε SNIPPV για 2 ημέρες και σε CPAP για 1 ημέρα. Η σίτιση ξεκίνησε σταδιακά τη 2^η ΗΖ με μητρικό γάλα, έφτασε σε πλήρη σίτιση την 14^η ΗΖ και συνεχίστηκε με μητρικό γάλα έως το εξιτήριο. Λόγω καλής γενικής κατάστασης και καλής ανοχής στη σίτιση, δεν τέθηκαν ομφαλικά αγγεία ούτε κεντρικός περιφερικός καθετήρας και το νεογνό λάμβανε παρεντερική διατροφή μέσω περιφερικής φλέβας.

Οι γονείς του νεογνού ενημερώθηκαν από την τρίτη μέρα νοσηλείας για τη μέθοδο, δεν τη γνώριζαν και δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Και σε αυτή την περίπτωση υπήρχε το πρόβλημα της απόστασης, καθώς ήταν κάτοικοι άλλου νομού. Αυτοί οι γονείς επέλεξαν να ενοικιάσουν κατάλυμα κοντά στο νοσοκομείο για να βρίσκονται κοντά στο νεογνό τους. Η ΦΚ θα μπορούσε να αρχίσει την 5^η ΗΖ, αλλά το νεογνό είχε υπερχολερυθριναιμία και έπρεπε να παραμείνει σε φωτοθεραπεία μέχρι την 10^η ΗΖ. Έτσι, ξεκίνησε την 11^η ΗΖ του νεογνού σε ηλικία κύησης 33W. Το νεογνό βρισκόταν σε κλειστή θερμοκοιτίδα, είχε περιφερική φλέβα για λήψη παρεντερικής διατροφής καθώς δεν ήταν σε πλήρη σίτιση, δεν είχε ανάγκη οξυγόνου και ζύγιζε 1200 γραμμάρια. Όταν συμπλήρωσε τις 34w είχε βάρος 1400 γραμμάρια και ξεκίνησε προσπάθειες σίτισης αρχικά με μπουκάλι και κατόπιν με θηλασμό. Την 41^η

HZ ήταν 37w, είχε βάρος 1850 γραμμάρια, μπορούσε να θηλάζει στα δύο από τα οκτώ γεύματα, βγήκε από την θερμοκοιτίδα και μπήκε σε κουνάκι έχοντας συμπληρώσει 30 ημέρες ΦΚ. Μετά από 3 ημέρες είχε συμπληρώσει 44 ημέρες νοσηλείας, ήταν 38w ζύγιζε 2010 γραμμάρια και πήρε εξιτήριο.

6. Φροντίδα Καγκουρό

Η Φροντίδα Καγκουρό, μέσα στο πλαίσιο αυτής της διπλωματικής, εφαρμόστηκε στη Μονάδα από το Σεπτέμβρη έως το Δεκέμβρη του 2019. Τα περιστατικά που μελετήθηκαν ήταν μοιρασμένα μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να μην δημιουργείται συνωστισμός, να μην διαταράσσεται η εύρυθμη λειτουργία του τμήματος και να μην επιβαρύνεται το προσωπικό της MENN. Μετά από συζήτηση με την Διευθύντρια-νεογνολόγο και την προϊσταμένη, αποφασίστηκε ότι η πιο κατάλληλη ώρα για τη ΦΚ ήταν 14:00-18:00. Συστήθηκε στις μητέρες να είναι τυπικές με το ωράριο και να ακολουθούν τις οδηγίες που τους είχαν δοθεί σχετικά με τον κατάλληλο ρουχισμό, την προετοιμασία και την υγιεινή.

Λόγω της ιδιαίτερης φύσης των νεογνών και για να μπορέσουν να αναδειχτούν τα ποιοτικά στοιχεία της μελέτης, δημιουργήθηκε μια μήτρα παρατήρησης και καταγραφής, που λειτουργούσε παράλληλα και ως δικλείδα ασφαλείας καθ' όλη τη διάρκεια παροχής της φροντίδας. Η μήτρα παρατήρησης ήταν σε έντυπη μορφή και συμπληρωνόταν ένα έντυπο για κάθε συνεδρία παροχής ΦΚ. Στο έντυπο υπάρχουν τέσσερις ενότητες με διαφορετικές κατηγορίες πληροφοριών – παρατηρήσεων.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει γενικές πληροφορίες: ημερομηνία και ώρα, όνομα, βάρος και την ηλικία του νεογνού σε εβδομάδες. Επίσης, καταγράφεται ποιος παρέχει ΦΚ (η μητέρα ή ο πατέρας), ο τύπος της θερμοκοιτίδας (ανοιχτού ή κλειστού τύπου) που βρίσκεται το νεογνό, εάν έχει υποστήριξη της αναπνοής, εάν λαμβάνει παρεντερική διατροφή και πως σιτίζεται.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με την κατάσταση του νεογνού πριν τη ΦΚ. Γίνεται λεπτομερής περιγραφή της φυσιολογίας (αναπνοή, σφύξεις, οξυγόνωση, χρώμα, θερμοκρασία), των μηχανισμών (μυϊκός τόνος, έκφραση

προσώπου) και του επιπέδου διέγερσης (ήσυχος ή ανήσυχος ύπνος, ταραγμένο, μισοκοιμισμένο, μάτια ανοιχτά, σε εγρήγορση, φασαριόζικο, κλαμένο). Καταγράφεται η θέση που είχε τοποθετηθεί κατά την τελευταία νοσηλευτική φροντίδα, αν είναι ντυμένο και πρέπει να το ξεντύσουμε, ποιος μεταφέρει το νεογνό και πώς υποστηρίζεται κατά τη μεταφορά από τη θερμοκοιτίδα στο στήθος των γονιών του και πώς τοποθετείται στο στήθος των γονιών του. Η παρατήρηση και η καταγραφή των παραμέτρων αυτής της ενότητας είναι πολύ σημαντική και λειτουργεί ως δικλίδα ασφαλείας για να ξεκινήσει η παροχή της φροντίδας. Παράγοντες που μπορεί να προβληματίσουν και να ζητηθεί εξέταση και η σύμφωνη γνώμη του νεογνολόγου θεωρούνται η ταχύπνοια εν ηρεμία, οι υπόπνοιες ή οι άπνοιες, η ταχυκαρδία ή η βραδυκαρδία, το μαρμαροειδές δέρμα, η υποτονία. Η θέση του νεογνού πριν τη ΦΚ καταγράφεται, έτσι ώστε να επιλεγεί διαφορετική θέση κατά την επανατοποθέτησή του στη θερμοκοιτίδα. Είναι σημαντικό να καταγραφεί αν το νεογνό έκλεγε ή ήταν ανήσυχος πριν τη μεταφορά, ώστε να καταγραφεί στην τρίτη ενότητα σε πόση ώρα χαλάρωσε και κοιμήθηκε. Η μεταφορά του νεογνού συνήθως γίνεται από έμπειρο προσωπικό κατά τρόπο που να προκαλείται η μικρότερη ανησυχία στο νεογνό. Πριν τη μεταφορά όλες οι συσκευές πρέπει να μπουν σε λειτουργία σίγασης, ώστε να επικρατεί ησυχία. Το νεογνό μεταφέρεται από τη μαία στην αγκαλιά της μητέρας με σταθερές αλλά γρήγορες κινήσεις για να μην κρυώσει, ασφαρίζεται γύρω της με ένα βαμβακερό ύφασμα και η μητέρα ενθαρρύνεται να καθίσει σε βολική θέση. Όταν το νεογνό βρίσκεται σε θερμοκοιτίδα ανοιχτού τύπου η μεταφορά είναι συνήθως ευκολότερη.

Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με την κατάσταση του νεογνού κατά τη διάρκεια της ΦΚ. Γίνεται λεπτομερής καταγραφή της φυσιολογίας (αναπνοή, σφύξεις, οξυγόνωση), των μηχανισμών (μυϊκός τόνος, έκφραση προσώπου), του επιπέδου διέγερσης και θερμομέτρηση στο πρώτο τέταρτο και μετά ανά ώρα. Καταγράφονται οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της ΦΚ, κυρίως η σίτιση ή τυχόν αιμοληψία. Ακόμη, σημειώνεται η διάρκεια της συνεδρίας και για ποιο λόγο τερματίστηκε. Τέλος, καταγράφεται σε κλίμακα από το 1 έως το 9 πώς ήταν το περιβάλλον κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ως προς τους ήχους (ήσυχος ή θορυβώδης), το φως (σκοτεινό ή φωτεινό), τη δραστηριότητα (ηρεμία ή εγρήγορση) και την ιδιωτικότητα (απομονωμένοι ή μη απομονωμένοι). Η παρατήρηση και η καταγραφή των παραμέτρων και αυτής της ενότητας είναι πολύ σημαντικές και

εξακολουθούν να λειτουργούν ως δικλίδα ασφαλείας για τη συνέχεια και τη διάρκεια της φροντίδας. Μετά τη μεταφορά το νεογνό είναι πιθανό έως αναμενόμενο να παρουσιάσει μια ήπια διαφοροποίηση στις μετρήσεις του παλμικού οξύμετρου με μικρή πτώση κορεσμού και αύξηση καρδιακών παλμών, η οποία όμως επανέρχεται εντός φυσιολογικών ορίων στα επόμενα λεπτά. Ελέγχεται συχνά η θερμοκρασία λόγω της ευαισθησίας των προώρων και την αδυναμία τους για θερμορύθμιση. Αν θέλουμε να αποφύγουμε τις παρεμβάσεις, μπορούμε να μην αποσυνδέσουμε τον αισθητήρα της θερμοκοιτίδας και να έχουμε ένδειξη της θερμοκρασίας στην οθόνη της θερμοκοιτίδας, εφόσον αυτή έχει λειτουργία Καγκουρό. Η πιο συχνή παρέμβαση κατά τη διάρκεια της ΦΚ είναι η σίτιση με καθετήρα, μπουκάλι ή θηλασμό. Το περιβάλλον σε μια MENN παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην αυτορύθμιση του νεογνού και θα πρέπει να μιμείται το περιβάλλον της μήτρας. Η ησυχία, ο χαμηλός φωτισμός και ο περιορισμός των χειρισμών βοηθούν προς αυτή την κατεύθυνση, καθώς το νεογνό κατά τη ΦΚ πρέπει να κάνει έναν ολόκληρο κύκλο ύπνου διάρκειας μίας ώρας.

Η τέταρτη ενότητα περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με την κατάσταση του νεογνού μετά τη ΦΚ. Αναφέρεται ποιος μετέφερε το νεογνό στη θερμοκοιτίδα και πώς υποστηριζόταν κατά τη μεταφορά. Επίσης, καταγράφεται σε τι θέση τοποθετήθηκε και πώς βολεύτηκε στη θερμοκοιτίδα. Τέλος περιγράφεται η φυσιολογία (αναπνοή, σφύξεις, οξυγόνωση, χρώμα, θερμοκρασία), οι μηχανισμοί (μυϊκός τόνος, έκφραση προσώπου) και το επίπεδο διέγερσης του νεογνού στη μισή ώρα και τη μία ώρα μετά τη ΦΚ. Μετά τις πρώτες συνεδρίες οι μητέρες ένιωθαν σταδιακά μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ως προς τις ικανότητές τους να φροντίσουν το νεογνό τους. Με ενθάρρυνση και βοήθεια καθοδηγούνται, ώστε να τοποθετήσουν οι ίδιες το νεογνό πίσω στη θερμοκοιτίδα και να αλλάξουν την πάνα. Σε συνεργασία με τη φυσικοθεραπεύτρια οι μητέρες μαθαίνουν πώς να υποστηρίξουν σωστά το νεογνό κατά τη μεταφορά και σε ποιες θέσεις να το τοποθετούν μέσα στη θερμοκοιτίδα. Τα νεογνά κατά το πρώτο μισάωρο μετά τη ΦΚ παρατηρήθηκε ότι εμφανίζουν αυξημένο επίπεδο διέγερσης και μπορεί να είναι ανήσυχα, ωστόσο σύντομα αυτοδιοργανώνονται και ακολουθεί στάδιο ήρεμου ύπνου.

7. Περιγραφή συνεδρίας Φροντίδας Καγκουρό

Η μήτρα παρατήρησης είναι το εργαλείο που μας βοηθάει να καταγράψουμε τις παραμέτρους που μας ενδιαφέρει να παρατηρήσουμε κατά τη διάρκεια των συνεδριών της ΦΚ. Ακολουθεί μια προσπάθεια αποκωδικοποίησης των παραμέτρων, που καταγράφηκαν στο έντυπο παρατήρησης κατά τη διάρκεια δύο συνεδριών, με σκοπό να αναλυθούν και να αποσαφηνιστούν τα τέσσερα στάδια μιας συνεδρίας ΦΚ.

Η πρώτη περιγραφή αναφέρεται στο Α νεογνό. Είναι η 55^η ΗΖ, το νεογνό είναι 36w, ζυγίζει 1480 γραμμάρια και έχουν προηγηθεί δύο εβδομάδες ΦΚ. Βρίσκεται σε κλειστή θερμοκοιτίδα στον ενδιάμεσο θάλαμο νοσηλείας, φέρει ρινικό καθετήρα για παροχή οξυγόνου και δεν παίρνει παρεντερική διατροφή. Φροντίδα Καγκουρό παρέχει η μητέρα και η συνεδρία είχε διάρκεια 4 ώρες.

Κατά την παρατήρηση του νεογνού πριν την έναρξη της ΦΚ, αυτό παρουσίαζε σταθερότητα στις φυσιολογικές λειτουργίες. Ο κορεσμός του οξυγόνου ήταν σταθερός 94%-96%, οι σφύξεις ήταν γύρω στις 150-160/λεπτό, η θερμοκρασία του ήταν 36,8°C και είχε σταθερή αναπνευστική λειτουργία χωρίς να παρατηρούνται επεισόδια διαταραχής αναπνευστικής ροής. Το νεογνό πριν τη ΦΚ παρουσίαζε σταθερότητα στο αυτόνομο και στο κινητικό σύστημα και είχε χαμηλό επίπεδο εγρήγορσης. Το χρώμα του ήταν ροδαλό, δεν παρουσίαζε τρόμο στο σώμα και στα άκρα ή γκριμάτσες στο πρόσωπο. Βρισκόταν στο στάδιο ήρεμου ύπνου με τα μάτια κλειστά χωρίς κίνηση βλεφάρων και έδειχνε ικανό να μπορεί να οργανωθεί σε αυτό το στάδιο. Κατά την τελευταία νοσηλευτική φροντίδα είχε τοποθετηθεί σε πρηνή θέση μέσα στη θερμοκοιτίδα υποστηριζόμενο από φωλιά, με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι. Ο μυϊκός τόνος ήταν χαλαρός, τα πόδια ήταν σε κάμψη με τα ισχία σε απαγωγή, τα άνω άκρα βρισκόταν και αυτά σε απαγωγή κοντά στο πρόσωπο, ενώ τα δάχτυλα των χεριών παρέμεναν ελαφρώς κλειστά. Δεν παρατηρούνταν εμφανείς κινήσεις και εκφράσεις στο πρόσωπο, στον κορμό και στα άκρα. Το νεογνό μέσα στη θερμοκοιτίδα ήταν γυμνό φορώντας μόνο την πάνα και ένα σκουφάκι.

Κατά τη μεταφορά το νεογνό μεταφέρθηκε από τη μαία τυλιγμένο σε κουβέρτα στην αγκαλιά της μητέρας και τοποθετήθηκε σε ημιοριζόντια πλάγια θέση με τα πόδια σε κάμψη, ενώ στη συνέχεια σκεπάστηκε με ένα μαλακή βαμβακερή πάνα. Το νεογνό παρουσίασε ήπια διαφοροποίηση στις μετρήσεις του παλμικού οξύμετρου με μικρή πτώση κορεσμού και αύξηση καρδιακών παλμών, σταθεροποιήθηκε όμως στα επόμενα 5-7 λεπτά. Η θερμοκρασία του δεν

διαφοροποιήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας. Η μητέρα έδειχνε να νιώθει άνετα με όλη τη διαδικασία και άρχισε να μιλά χαμηλόφωνα στο νεογνό προσφέροντάς του ταυτόχρονα σταθερό άγγιγμα στον κορμό και στα άκρα. Κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της φροντίδας παρατηρήθηκε ήπια κινητική δραστηριότητα στα άκρα, διασπορά των δακτύλων των χεριών, αλλαγή χρώματος σε κόκκινο, βραχύ κλάμα και κινήσεις του στόματος ενώ τα μάτια ήταν ανοιχτά. Θεωρήθηκε αναγκαία η παρέμβαση και η μητέρα παρακινήθηκε να οδηγήσει το δάχτυλο του νεογνού κοντά στο στόμα του. Το νεογνό παρουσίασε άμεσα αντανακλαστικό αναζήτησης και διατήρησε το δάχτυλο στο στόμα για αρκετή ώρα. Οι ενδείξεις ρύθμισης και οργάνωσης διαφοροποιήθηκαν άμεσα και το νεογνό περιήλθε σε στάδιο ήρεμου ύπνου με παραμονή σε αυτό μέχρι την ώρα της σίτισης. Κατά τη διάρκεια της σίτισης έγινε προσπάθεια θηλασμού κατά την οποία το νεογνό έκανε θηλαστικές κινήσεις και έγινε εύκολη αποδοχή της θηλής για μικρό χρονικό διάστημα, ενώ διατηρούσε τα μάτια ανοιχτά ψάχνοντας για τη μητέρα. Η διάρκεια της προσπάθειας θηλασμού ήταν σύντομη, γιατί το νεογνό έδειχνε να δυσκολεύεται στη διατήρηση της ικανότητας απομύζησης. Η σίτιση συνεχίστηκε με μπουκάλι και το νεογνό κατανάλωσε ικανοποιητική ποσότητα γάλακτος, παρουσιάζοντας λιγότερες δυσκολίες συντονισμού απομύζησης-κατάποσης και χωρίς ενδείξεις κόπωσης. Μετά τη σίτιση περιήλθε σε στάδιο ήρεμου ύπνου. Το νεογνό τοποθέτησε του χέρι του πάνω στο στήθος της μητέρας με δάχτυλα αρχικά κλειστά και σε συνέχεια χαλαρά ανοιχτά ως ένδειξη της προσπάθειας οργάνωσης που κατέβαλε και διατήρησε αυτή τη θέση για μεγάλο διάστημα. Κατά τη διάρκεια της ΦΚ, η μητέρα παρέμεινε χαλαρή μιλώντας και σιγοτραγουδώντας στο νεογνό και κουνώντας το όταν αυτό έδειχνε πιο ανήσυχο, στηρίζοντας σταθερά τον αυχένα και τον κορμό του. Η αλληλεπίδραση μητέρας και παιδιού υπήρξε εξαιρετική μέσα από τις συνθήκες αυτορρύθμισης και συνρύθμισης που επιτεύχθηκαν. Η Διευθύντρια-νεογνολόγος της μονάδας επέδειξε ενδιαφέρον παρακολουθώντας περιοδικά την εξέλιξη της φροντίδας, φροντίζοντας ενίοτε για το χαμηλό φωτισμό του χώρου. Ο θόρυβος της μονάδας ήταν σε χαμηλά επίπεδα και υπήρχε σχετική απομόνωση, καθώς κοντά στη θερμοκοιτίδα του νεογνού δεν βρισκόταν άλλο νεογνό.

Μετά το τέλος της φροντίδας το νεογνό μεταφέρθηκε από τη μητέρα με τη βοήθεια της μαίας στη θερμοκοιτίδα σε πλάγια θέση κοντά στο στήθος με υποστήριξη κορμού και αυχένα και τοποθετήθηκε σε αριστερή πλάγια θέση μέσα στη

φωλιά και με αγκαλιά το πλεκτό χταπόδι. Μετά τη μεταφορά οι ενδείξεις κορεσμού και καρδιακών παλμών παρέμειναν σταθερές, δεν υπήρξε διαφοροποίηση στο χρώμα του νεογνού, η θερμοκρασία του παρέμενε σταθερή (36,6°C), ενώ δεν παρουσιάστηκε τρόμος, φτέρνισμα ή λόξιγκας ως ένδειξη στρες και υπερδιέγερσης. Το νεογνό παρέμεινε για λίγο ξύπνιο παρουσιάζοντας κινητικότητα στα άκρα, έχοντας τα μάτια ανοιχτά και με μικρή έκταση κορμού και αυχένα, αλλά κατάφερε και οργανώθηκε σε σύντομο διάστημα φέρνοντας τα χέρια μαζί μπροστά από το σώμα και κοντά στο πρόσωπο και μετά από δέκα λεπτά κοιμήθηκε.

Η δεύτερη περιγραφή αναφέρεται στο Β νεογνό. Είναι η 39^η ΗΖ, το νεογνό είναι 34w, ζυγίζει 1250 γραμμάρια και έχουν προηγηθεί δύο εβδομάδες ΦΚ. Βρίσκεται σε ανοιχτή θερμοκοιτίδα στο χώρο της εντατικής νοσηλείας, φέρει κεντρικό περιφερικό καθετήρα για παροχή παρεντερικής διατροφής, ρινογαστρικό καθετήρα σίτισης και δεν έχει ανάγκη οξυγόνου. Φροντίδα Καγκουρό παρέχει η μητέρα και η συνεδρία είχε διάρκεια 3 ώρες.

Κατά την παρατήρηση πριν την έναρξη της ΦΚ, το νεογνό βρισκόταν σε ύπτια θέση με κεφάλι στο πλάι μέσα στη φωλιά, είχε σταθερές ζωτικές λειτουργίες (κορεσμός οξυγόνου 100%, σφύξεις 140-150/λεπτό), φυσιολογικό ρυθμό αναπνοής, θερμοκρασία 36,8°C και ροδαλό χρώμα. Τα ισχία ήταν σε απαγωγή και εφάπτονταν στα τοιχώματα της φωλιάς, τα χέρια ήταν και αυτά σε απαγωγή και τα δάχτυλα των άνω και κάτω άκρων ήταν χαλαρά και σε διασπορά. Προτάθηκε στη μητέρα να προσφέρει σταθερό άγγιγμα και ομιλία στο βρέφος για λίγα λεπτά πριν τη μεταφορά του στο στήθος της. Το νεογνό ήταν γυμνό, φορούσε πάνα και σκουφάκι και η μεταφορά έγινε στήθος με στήθος από τη μαία προς τη μητέρα κρατώντας το νεογνό ανάμεσα στα δύο χέρια σε πλάγια θέση, έχοντας τα άνω και τα κάτω άκρα σε κάμψη υποστηρίζοντας ταυτόχρονα το κεφάλι και τον κορμό έχοντας το τυλιγμένο μέσα σε μαλακό σκέπασμα. Τοποθετήθηκε στην αγκαλιά σε κάθετη πρηνή θέση με το κεφάλι στο πλάι στηριζόμενο στο στήθος της μητέρας, έχοντας τα άκρα σε κάμψη και υποστηρίζοντας τη θέση διατήρησης της μέσης γραμμής του αυχένα και του κορμού. Στη συνέχεια το νεογνό ασφαλίστηκε με ένα μαλακό κλινοσκέπασμα για λόγους θερμορύθμισης και ιδιωτικότητας. Κατά τη μεταφορά παρέμεινε ξύπνιο χωρίς διαφοροποίηση των ζωτικών ενδείξεων και γρήγορα μπήκε και πάλι σε στάδιο

ήρεμου ύπνου. Η θερμοκρασία του και τα ζωτικά του σημεία δεν διαφοροποιήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας.

Στη διάρκεια της συνεδρία αυτής δόθηκε στη μητέρα υποπόδιο για διασφάλιση μιας πιο επικλινούς θέσης, ώστε να μπορεί να παρέχει και η ίδια με τη σειρά της καλύτερη υποστήριξη στο νεογνό. Σε αυτή τη συνεδρία το νεογνό έφερε μόνο του το δάχτυλο στο στόμα στα πλαίσια της προσπάθειας αυτορρύθμισης που κατέβαλε, γεγονός που ενθουσίασε τη μητέρα σχολιάζοντας το ως μια πολύ θετική ένδειξη συμπεριφοράς. Στη συνέχεια η ίδια του παρείχε πιπίλα, όταν εξαιτίας της αύξησης επιπέδων του θορύβου της μονάδας το νεογνό έδειξε να αποδιοργανώνεται παρουσιάζοντας πτώση κορεσμού, αύξηση παλμών, διαταραχή ρυθμού αναπνοής, κλάμα, ήπια κινητική ένταση και αλλαγή χρώματος. Στο περιβάλλον της μονάδας υπήρχε μικρή αναστάτωση, το επίπεδο του θορύβου ήταν περιοδικά αυξημένο, αλλά τα φώτα ήταν σβηστά και υπήρχε μόνο περιφερικός φωτισμός. Με τη βοήθεια της λογοθεραπεύτριας, που ήταν παρούσα σε αυτή τη συνεδρία, η μητέρα έκανε ασκήσεις με την πιπίλα στο νεογνό καθώς στις επόμενες συνεδρίες θα ξεκινούσε προσπάθειες θηλασμού και σίτισης με το μπουκάλι. Το νεογνό ανταποκρίθηκε θετικά στις ασκήσεις χωρίς σημεία δυσχέρειας και με συντονισμένες θηλαστικές κινήσεις. Μετά από λίγα λεπτά αποκοιμήθηκε. Κατά τη σίτιση το νεογνό σιτίστηκε από τον καθετήρα, ενώ ζητήθηκε από τη μητέρα να κρατάει τη σύριγγα μέσα στο πλαίσιο συμμετοχής της στη φροντίδα του νεογνού.

Η συνεδρία διακόπηκε απότομα μετά από τρεις ώρες, γιατί το νεογνό έπρεπε να μεταφερθεί για πραγματοποίηση απεικονιστικής εξέτασης. Η επαναφορά στη θερμοκοιτίδα έγινε από τη μαία σε πρηνή στάση υποστηρίζοντας τον αυχένα και τον κορμό και με τα άκρα σε κάμψη. Τοποθετήθηκε σε δεξιά πλάγια θέση μέσα στη φωλιά με τα χέρια κοντά στο πρόσωπο και με τα πόδια σε κάμψη. Το νεογνό δεν ενοχλήθηκε καθόλου κατά τη μεταφορά, καθώς ήταν σε στάδιο βαθύ ύπνου μετά τη σίτιση. Η θερμοκρασία του και τα ζωτικά του σημεία ήταν σταθερά στο πρώτο τέταρτό μετά τη συνεδρία. Κατόπιν ακολούθησε η μεταφορά του νεογνού για την εξέταση.

8. Συνεντεύξεις μητέρων

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε δομημένη συνέντευξη με κάθε μητέρα ξεχωριστά. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα την ημέρα πριν το εξιτήριο, για να είναι ανεπηρέαστες οι μητέρες από τη συγκινησιακή φόρτιση και το άγχος της αναχώρησης. Οι μητέρες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 18 προκαθορισμένες ερωτήσεις σχετικές με την αξιολόγηση της εμπειρίας τους και τη συνολική αποτίμηση της διαδικασίας, ενώ δεσμεύτηκαν να απαντήσουν την τελευταία ερώτηση τηλεφωνικά, τρεις μήνες μετά το εξιτήριο, καθώς η ερώτηση αναφέρεται στην πορεία του θηλασμού. Η διάρκεια κάθε συνέντευξης ήταν περίπου 25' - 30' λεπτά. Παρατίθενται στη συνέχεια οι ερωτήσεις και οι απαντήσεις των μητέρων. Οι μητέρες αναφέρονται κατ' αντιστοιχία με τα νεογνά τους, δηλαδή η μητέρα Α είναι η μητέρα του νεογνού Α, η μητέρα Β είναι η μητέρα του νεογνού Β και η μητέρα Γ είναι η μητέρα του νεογνού Γ.

Οι πρώτες ερωτήσεις αφορούν την εμπειρία των μητέρων αναφορικά με τη MENN και το προσωπικό.

Η πρώτη ερώτηση αφορούσε τη γενική εμπειρία των μητέρων από τον πρόωρο τοκετό και τη νοσηλεία του νεογνού στη MENN. Η μητέρα Α απάντησε: « *Λόγω των προβλημάτων υγείας και της ηλικίας μου φοβόμουν πολύ ότι θα γεννήσω πρόωρα... Ήταν άσχημη εμπειρία... Τον πρώτο καιρό ήμουν μονίμως στεναχωρημένη ή είχα ψυχολογικές διακυμάνσεις, ανάλογα με το τι μας έλεγαν οι γιατροί για την πορεία του μωρού* ». Η μητέρα Β απάντησε: « *Η εμπειρία του τοκετού ήταν δυσάρεστη, γιατί όλα έγιναν πολύ γρήγορα. Όλοι μας είχαν φοβίσει για τα χειρότερα και ότι θα έπρεπε να δούμε ψυχολόγο... Ευτυχώς τα χειρότερα δεν ήρθαν ποτέ*». Η μητέρα Γ απάντησε: « *Το μωρό γεννήθηκε πρόωρα λόγω μιας ξαφνικής επιπλοκής. Δεν πρόλαβα να το συνειδητοποιήσω, ωστόσο ήμουν αισιόδοξη ότι όλα θα πάνε καλά* ».

Στη δεύτερη ερώτηση οι μητέρες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν είχαν εμπιστοσύνη στο προσωπικό και αν υπήρξε κάποια αρνητική εμπειρία σε σχέση με το προσωπικό. Η μητέρα Α απάντησε: « *Είχα εμπιστοσύνη στο προσωπικό και όταν έφευγα ένιωθα ότι το μωρό μου ήταν σε καλά χέρια... Υπήρχε μία γιατρός που δεν μιλούσε όμορφα και όταν μας ενημέρωνε νομίζαμε ότι το μωρό μας θα πεθάνει* ». Η μητέρα Β απάντησε θετικά. Η μητέρα Γ απάντησε: « *Είχαμε απόλυτη εμπιστοσύνη στο προσωπικό. Όλοι ήταν αισιόδοξοι, μας ενθάρρυναν και μας συμπαραστέκονταν. Οι γιατροί ήταν πρόθυμοι να μας ενημερώσουν και να μας εξηγήσουν* ».

Στο τρίτο ερώτημα ζητήθηκε από τις μητέρες να απαντήσουν αν θεωρούν ότι το προσωπικό υποστήριζε το δεσμό μεταξύ του νεογνού και των γονιών. Η μητέρα Α απάντησε: « *Τον πρώτο καιρό το μωρό ήταν γεμάτο σωληνάκια και ζούσε από τα μηχανήματα. Τότε ένιωθα ότι κανείς δεν μου έδινε σημασία και ήμουν απελπισμένη. Είναι λογικό όμως, γιατί για το προσωπικό το μωρό είχε πάντα προτεραιότητα* ». Η μητέρα Β απάντησε: « *Ο δεσμός με το μωρό απαιτεί χρόνο. Αυτό έλειπε από τη μονάδα. Δεν είναι θέμα του προσωπικού, απλώς η ώρα του επισκεπτηρίου δεν φτάνει*». Η μητέρα Γ απάντησε: « *Δεν περίμενα να βρω τόσο ζεστούς ανθρώπους σε ένα τόσο δύσκολο περιβάλλον. Ο άντρας μου ακούμπησε το μωρό από την πρώτη ώρα μετά τη γέννα και εγώ την άλλη μέρα. Ενώ ξέραμε ότι το επισκεπτήριο έπρεπε να είναι σύντομο, το προσωπικό ποτέ δεν μας είπε να φύγουμε. Μας έδιναν όσο χρόνο χρειαζόμασταν* ».

Η τέταρτη ερώτηση αναφέρεται στον τρόπο που το προσωπικό βοηθούσε κατά τη Φροντίδα Καγκουρό. Και στις τρεις μητέρες παρατηρήθηκε ταύτιση απόψεων. Όλες είχαν θετική άποψη για το προσωπικό, θεώρησαν ότι το προσωπικό τις βοηθούσε και τις στήριζε και τους έκανε εντύπωση ο επαγγελματισμός και η συνεργασία της ομάδας.

Οι επόμενες ερωτήσεις αναφέρονται στη Φροντίδα Καγκουρό, στις σκέψεις και τα συναισθήματα των μητέρων.

Στο πέμπτο ερώτημα ζητήθηκε από τις μητέρες να αναφέρουν τις σκέψεις τους, όταν τους δόθηκαν οι πρώτες πληροφορίες για τη Φροντίδα Καγκουρό. Η μητέρα Α απάντησε: « *Δεν είχαμε ξανακούσει για τη μέθοδο καγκουρό και δεν μπορούσαμε να πιστέψουμε ότι θα μας δινόταν ένα τέτοιο δώρο... Ήθελα τόσο πολύ να κάνω κάτι χρήσιμο για το μωρό μου* ». Η μητέρα Β απάντησε: « *Ξέραμε ότι η μέθοδος εφαρμόζεται στο εξωτερικό. Θα ήθελα να εφαρμόζεται και στην Ελλάδα για όλα τα πρόωρα, και όχι μόνο στο πλαίσιο κάποιας έρευνας.* ». Η μητέρα Γ απάντησε: « *Δεν είχα ακούσει ποτέ για κάτι τέτοιο. Η εντύπωση που είχα ήταν ότι το μωρό έπρεπε να είναι σαν αποστειρωμένο, ότι θα μπορούσα να του κάνω κακό αν το έπαιρνα αγκαλιά* ».

Σχετικά με την έκτη ερώτηση, έπρεπε να αναφέρουν τις γνώσεις που αποκόμισαν μέσω αυτής της εμπειρίας, σχετικά με τη φροντίδα του νεογνού τους. Παρατίθενται στη συνέχεια οι απαντήσεις τους. Η μητέρα Α: « *Από την πρώτη φορά*

που πήρα το μωρό στην αγκαλιά μου μάθαινα συνεχώς. Στην αρχή πώς να το κρατάω, μετά πώς να το θηλάζω... και πρακτικά πράγματα, όπως να αλλάζω την πάνα και να το τύνω ». Η μητέρα Β: « Θα ήθελα περισσότερες οδηγίες από τη φυσικοθεραπεύτρια, παρόλο που οι μαίες μου εξηγούσαν συνεχώς πολλά πράγματα ». Η μητέρα Γ: « Εγώ στην αρχή νόμιζα ότι θα κρατάω μόνο το μωρό στην αγκαλιά, όμως έμαθα τόσα πολλά. Η φυσικοθεραπεύτρια μου έμαθε πώς να κρατάω το μωρό και σε τι θέσεις να το βάζω μέσα στη θερμοκοιτίδα και χωρίς τη βοήθεια από τις μαίες δεν νομίζω ότι θα μπορούσα να θηλάσω τόσο μικρό μωρό ».

Σε ότι αφορά το έβδομο ερώτημα για το αν θα ήθελαν να συμμετέχει και ο πατέρας στη ΦΚ η απάντηση των δύο μητέρων, της Β και της Γ, ήταν θετική. Η μητέρα Α είχε άλλη άποψη: « Φοβόμουν μήπως ο άντρας μου ζητήσει να κάνει αυτός τη Φροντίδα Καγκουρό κάποια φορά. Δεν ήθελα με τίποτα να στερηθώ το μωρό ούτε για μια μέρα. Ακούγεται τόσο εγωιστικό, αλλά είναι η αλήθεια ».

Στο όγδοο ερώτημα ζητήθηκε από τις μητέρες να αναφέρουν τα συναισθήματά τους σχετικά με την επαφή με το νεογνό τους: αν τις χαλάρωσε, αν τις βοήθησε να καταλάβουν το νεογνό τους, αν ήταν στρεσογόνα-ανησυχητική ή αν το ένιωσαν σαν επιβράβευση. Παρατίθενται στη συνέχεια οι απαντήσεις των μητέρων. Μητέρα Α: « Η επαφή με το μωρό ήταν κάτι ξεχωριστό... Δώρο Θεού... Από τη μία με βοήθησε να καταλάβω το μωρό μου, από την άλλη όμως φοβόμουν πολύ και δεν μπορούσα να χαλαρώσω ». Μητέρα Β: « Την πρώτη μέρα είχα πολύ άγχος, μετά όμως ένιωθα ευτυχισμένη και χαλαρή. Με βοήθησε να καταλάβω το μωρό μου και μέρα με τη μέρα ένιωθα ότι φτάναμε στα καλύτερα ». Μητέρα Γ: « Ένιωθα περίεργα, εξωσωματικά. Ένιωθα σαν να συνεχίζαμε τη σχέση μας από το σημείο που μας είχαν διακόψει. Στην αρχή φοβόμουν λόγω του μεγέθους του μωρού και ανησυχούσα κάθε φορά που χτυπούσε το monitor, όσο περνούσαν οι μέρες όμως ένιωθα μεγαλύτερη εξοικείωση... Νομίζω ότι αυτή η εμπειρία δεν με βοήθησε να καταλάβω το μωρό μου, γιατί στη μονάδα όλα γίνονται σε συγκεκριμένη ώρα. Περίμενα με αγωνία να δω πώς θα είναι η κατάσταση στο σπίτι ».

Στο ένατο ερώτημα ζητήθηκε από τις μητέρες να απαντήσουν, αν κατά τη γνώμη τους άρεσε στο νεογνό τους αυτή η επαφή. Η στάση τους ήταν θετική. Και οι τρεις μητέρες είπαν χαρακτηριστικά, ότι είχαν την αίσθηση ότι το μωρό τους χαμογελούσε.

Στη δέκατη ερώτηση οι μητέρες κλήθηκαν να μιλήσουν για τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους μετά τις συνεδρίες. Η μητέρα Α απάντησε: « Πήγαίνα σπίτι και ήμουν χαρούμενη, τραγουδούσα παιδικά τραγουδάκια, ζούσα για την επόμενη μέρα ». Η μητέρα Β έδωσε σχεδόν την ίδια απάντηση: « Ήμουν χαρούμενη και ευτυχισμένη... ανυπομονούσα για την επόμενη μέρα ». Η μητέρα Γ απάντησε: « Τα συναισθήματα ήταν μεικτά. Ήμουν και χαρούμενη και λυπημένη, κυρίως όμως ένιωθα μόνη και μου έλειπε το μωρό μου ».

Στην ενδέκατη ερώτηση ζητήθηκε από τις μητέρες να αναφέρουν αν κάτι τις δυσκόλεψε ή τις ενόχλησε κατά τη διάρκεια αυτής της εμπειρίας τους. Η μητέρα Α απάντησε: « Από τη στιγμή που ξεκινήσαμε τη φροντίδα καγκουρό δεν με ξαναενόχλησε τίποτε. Το μόνο που με δυσκόλεψε ήταν η απόσταση, γιατί έκανα πολλά χιλιόμετρα κάθε μέρα ». Η μητέρα Β απάντησε: « Με ενοχλεί που δεν εφαρμόζεται η μέθοδος σε όλα τα νεογνά και με τα δεδομένα του εξωτερικού. Δηλαδή, να είμαστε κοντά στο μωρό 24 ώρες, να συμμετέχει και ο πατέρας, να υπάρχει ένας χώρος για τις ανάγκες των γονιών... ». Η μητέρα Γ απάντησε: « Δυσκολευτήκαμε οικονομικά... λόγω της απόστασης προτιμήσαμε να νοικιάσουμε ένα δωμάτιο παρά να πηγαίνοερχόμαστε. Καταλαβαίνω εκ των υστέρων, ότι πήραμε το μωρό στο σπίτι πολύ πιο γρήγορα χάρη στη Φροντίδα Καγκουρό. Αυτό που ενοχλούσε ήταν ότι γενικά υπήρχε θόρυβος και αναστάτωση στη Μονάδα, συμβιβαζόμουν όμως, γιατί καταλάβαινα ότι οι γιατροί και το προσωπικό έπρεπε να κάνουν τη δουλειά τους ».

Στις επόμενες τέσσερις ερωτήσεις οι μητέρες κλήθηκαν να απαντήσουν σε υποθετικά ερωτήματα σχετικά με τη Φροντίδα Καγκουρό.

Η δωδέκατη ερώτηση αναφέρεται στο πώς θα ένιωθαν οι μητέρες, αν δεν είχαν αυτή την εμπειρία. Η μητέρα Α απάντησε: « Το μωρό μπήκε σε κουνάκι δυο μήνες μετά τη γέννα. Κανονικά τότε θα το έπαιρνα πρώτη φορά αγκαλιά και δεν ξέρω πόσο χρόνο θα χρειαζόμουν για να μάθω να την ταΐζω και να την φροντίζω. Με τη Φροντίδα Καγκουρό ήμουν έτοιμη. Σε δέκα μέρες πήγαμε σπίτι ». Η μητέρα Β απάντησε: « Νιώθω τυχερή που είχα αυτή την εμπειρία. Ήταν τόσο μη αναμενόμενη. Είναι δικαίωμα των μωρών να έχουν Φροντίδα Καγκουρό και πρέπει να γίνεται για όλα τα μωρά υπό οποιεσδήποτε συνθήκες ». Η μητέρα Γ απάντησε: « Θα ήμουν πολύ

αγχωμένη. Με τη Φροντίδα Καγκουρό έχεις χρόνο να διαχειριστείς τα συναισθήματά σου, να δεθείς με το μωρό και να μάθεις να το φροντίζεις ».

Η δέκατη τρίτη ερώτηση αναφέρεται στο αν οι μητέρες θα μπορούσαν να είναι διαθέσιμες περισσότερες ώρες, ακόμη και όλο το 24ωρο (24/7). Η μητέρα Α απάντησε: *« Μου φαίνεται δύσκολο, αλλά θα είχα όλη τη διάθεση να το κάνω. Σε αυτή την περίπτωση θα μπορούσε να συμμετέχει και ο πατέρας ».* Η μητέρα Β απάντησε: *« Θα είχα την αίσθηση ότι νοσηλεύομαι η ίδια, αλλά θα το έκανα έστω και αν με δυσκόλευε. ».* Η μητέρα Γ απάντησε: *« Θα ήμουν πρόθυμη να δοκιμάσω. Νομίζω ότι θα με δυσκόλευαν οι αντλήσεις ».*

Στη δέκατη τέταρτη ερώτηση οι μητέρες κλήθηκαν να απαντήσουν αν θα ήθελαν να είχε ξεκινήσει η Φροντίδα Καγκουρό σε πιο μικρή εβδομάδα, έστω και αν το νεογνό είχε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Οι απαντήσεις που έδωσαν ταυτίζονται απόλυτα. Και οι τρεις μητέρες απάντησαν θετικά και είπαν ότι δεν θα φοβόντουσαν και ότι είχαν εμπιστοσύνη στο προσωπικό.

Στη δέκατη πέμπτη ερώτηση οι μητέρες κλήθηκαν να πουν τη γνώμη τους για το πώς θα μπορούσε να ενσωματωθεί με επιτυχία η Φροντίδα Καγκουρό στη λειτουργία της MENN. Η μητέρα Α απάντησε: *« Η έλλειψη προσωπικού είναι εμφανής. Χρειάζονται περισσότερες μαίες για να έχουν Φροντίδα Καγκουρό όλα τα μωρά. Νομίζω ότι αυτό που έχει προτεραιότητα είναι η επαφή και η αγκαλιά και όχι ο χώρος και οι καρέκλες ».* Η μητέρα Β απάντησε: *« Θα ήθελα να υπήρχε χωριστή αίθουσα για τη ΦΚ με ειδικές καρέκλες, να υπήρχε ευελιξία για τους μπαμπάδες και ένας χώρος άντλησης για τις μαμάδες ».* Η μητέρα Γ απάντησε: *« Θα μπορούσε να υπάρχει μία ειδική αίθουσα για τα μωρά που δέχονται Φροντίδα Καγκουρό με χαμηλά φώτα, ησυχία και απομόνωση. Επίσης, καλό θα ήταν να υπάρχει χώρος για να αντλούν οι μαμάδες το γάλα, αν οι συνεδρίες διαρκούν πάνω από 3-4 ώρες ».*

Οι τελευταίες τρεις ερωτήσεις αφορούν στο θηλασμό. Η δέκατη όγδοη ερώτηση έγινε τρεις μήνες μετά το εξιτήριο κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τις μητέρες.

Η δέκατη έκτη ερώτηση αναφέρεται στο αν η Φροντίδα Καγκουρό βοήθησε στη γαλακτοφορία. Η μητέρα Β και η μητέρα Γ αντλούσαν ήδη μεγάλη ποσότητα

γάλακτος και δεν ανέφεραν κάποια διαφορά. Η μητέρα Α απάντησε: « *Μετά από τόσες μέρες νοσηλείας το γάλα μου μειωνόταν σταδιακά. Όταν ξεκινήσαμε τη Φροντίδα Καγκουρό παρατήρησα αύξηση της παραγωγής, ειδικά στις αντλήσεις μετά τις συνεδρίες* ».

Η δέκατη έβδομη ερώτηση αφορούσε τη στάση που θα κρατούσαν αναφορικά με το θηλασμό και τη σίτιση του νεογνού. Η μητέρα Α απάντησε: « *Θα προσπαθήσω να τη θηλάσω, αλλά με φοβίζει πολύ το βάρος της. Δεν νιώθω ασφαλής αν δεν ξέρω τι τρώει* ». Η μητέρα Β απάντησε: « *Από την αρχή ήμουν θετική με το θηλασμό. Με τη ΦΚ εξοικειώθηκα με την ιδέα ότι η φροντίδα του μωρού θα είναι κουραστική και ήμουν προετοιμασμένη* ». Η μητέρα Γ απάντησε: « *Με τη Φροντίδα Καγκουρό έχει αλλάξει η νοοτροπία μου. Η αγκαλιά και το μητρικό γάλα είναι θαυματουργά... είναι το φάρμακό τους. Όσο θα έχω γάλα θα τον θηλάζω. Δεν νομίζω ότι θα επέλεγα ποτέ το μπουκάλι* ».

Η δέκατη όγδοη ερώτηση αφορούσε την πορεία του θηλασμού στους τρεις μήνες μετά το εξιτήριο. Η μητέρα Α απάντησε: « *Μετά τον πρώτο μήνα ξεκινήσαμε μικτή διατροφή. Γενικά είχα μεγάλη ανασφάλεια και άγχος και ξανάρχισα το κάπνισμα... Έτσι σταματήσαμε το θηλασμό...* ». Η μητέρα Β απάντησε: « *Θηλάζουμε κανονικά... Μερικές φορές τον πρώτο καιρό έδινα γεύματα από το δικό μου γάλα με το μπουκάλι, γιατί ένιωθα ότι το μωρό κουραζόταν* ». Η μητέρα Γ απάντησε: « *Συνεχίσαμε αυτό που μας μάθατε με τόσο κόπο... Αποκλειστικό θηλασμό...* ».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτή την πολλαπλή μελέτη περίπτωσης διερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίο οι μητέρες βίωσαν την ΦΚ, εστιάζοντας στα τρία βασικά οφέλη της: επαφή δέρματος με δέρμα, θηλασμό και εξιτήριο όσο το δυνατόν νωρίτερα. Από την ανάλυση των συνεντεύξεων, όπως παρουσιάστηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, αναδεικνύονται τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα της παρέμβασης και καταδεικνύεται ότι επιτεύχθηκαν οι στόχοι που τέθηκαν. Βέβαια, είναι γεγονός, ότι το δείγμα είναι μικρό και δεν επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων, τα οποία δύναται να επιβεβαιώσουν προηγούμενες διεθνείς έρευνες αναφορικά με τα πολλαπλά οφέλη της ΦΚ. Παρά τα αμφίθυμα συναισθήματα πριν από την έναρξη της ΦΚ, οι μητέρες την περιγράφουν σαν μια θετική εμπειρία και αναφέρουν ότι είχε αρκετές θετικές

συνέπειες, τόσο για τις ίδιες όσο και για τα πρόωρα νεογνά τους, κυρίως γιατί είχαν θετικά αποτελέσματα αναφορικά με το θηλασμό και γιατί τα νεογνά πήραν εξιτήριο νωρίτερα από ότι προβλέπονταν.

Το να έχουν τη δυνατότητα οι γονείς να εφαρμόσουν τη ΦΚ μειώνει την αίσθηση ότι είναι αδύναμοι και μη αναγκαίοι. Με τη ΦΚ αισθάνονται σημαντικοί, έχουν την αίσθηση του σκοπού και μπορούν να αναλάβουν ρόλο ως πρωταρχικοί φροντιστές. Η συμμετοχή στη ΦΚ είναι μια σημαντική, ικανοποιητική και μοναδική ευκαιρία να διαδραματίσουν ρόλο στη ζωή των νεογνών τους και τους κάνει να αισθάνονται πραγματικά γονείς (Blomqvist et Nyqvist, 2011). Κατά τους Helth & Jarden (2013) οι πατέρες αισθάνονται αποκλεισμένοι και αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια στην παροχή ΦΚ λόγω εργασίας και λόγω των καθορισμένων ρόλων των φύλων. Στη μελέτη των Lemlen et al. (2013) οι μητέρες ανέφεραν ως θετικό τη συμμετοχή του πατέρα στη ΦΚ. Στην παρούσα μελέτη πρωταγωνιστικό ρόλο είχαν οι μητέρες, καθώς καμία δεν δέχτηκε να παραχωρήσει τη θέση της στον πατέρα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, η ΦΚ ενίσχυσε τον μητρικό τους ρόλο και τις έκανε να αισθάνονται ότι ξαναβρήκαν το σκοπό τους.

Αναφορικά με το περιβάλλον της MENN, μητέρες σε άλλες έρευνες βίωσαν το περιβάλλον ως εμπόδιο για την εφαρμογή της ΦΚ λόγω του εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, ακατάλληλα και άβολα έπιπλα, υψηλό επίπεδο δραστηριότητας στο προσωπικό, υψηλό επίπεδο ήχου και 'ενοχλητικές' φροντίδες ρουτίνας. Οι γονείς στη μελέτη των Lemlen et al. (2013) ανέφεραν ότι κάθε ιατρική συσκευή που αφαιρέθηκε κατέστησε ευκολότερη τη ΦΚ. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τις απαντήσεις που έδωσαν οι μητέρες στη δική μας έρευνα.

Οι Flacking et al. (2006) στη μελέτη τους περιγράφουν τους λόγους για τους οποίους οι μητέρες παρουσίασαν το θηλασμό ως εμπόδιο για την εφαρμογή της ΦΚ. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα των ίδιων ερευνητών σε μεταγενέστερη μελέτη, όπου αναφέρουν ότι η ΦΚ είχε θετική επίδραση στην απόδοση και τη διάρκεια του θηλασμού (Flacking et al., 2011). Αυτή η διαφορά στο αποτέλεσμα μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι στις μελέτες χρησιμοποιήθηκαν ποσοτικές μέθοδοι για τη μέτρηση της απόδοσης του θηλασμού. Η έρευνα με χρήση μικτών μεθόδων θα μπορούσε να είναι ενδιαφέρουσα για να καθορίσει γιατί τα αποτελέσματα δεν αντιστοιχούν μεταξύ τους. Στη δική μας έρευνα οι μητέρες δεν

παρατήρησαν αύξηση στην παραγωγή τους. Ωστόσο, και στις τρεις περιπτώσεις τα νεογνά έπαιρναν μητρικό γάλα καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους και τρεις μήνες μετά το εξιτήριο τα δυο από αυτά εξακολουθούσαν να θηλάζουν αποκλειστικά.

Κύριο κίνητρο για την εφαρμογή της ΦΚ είναι το δεδομένο φυσικό όφελος για το νεογνό. Οι μητέρες στη μελέτη του Johnson (2007) αισθάνθηκαν άνετα με τη ΦΚ ανεξάρτητα από την κατάσταση της σωματικής υγείας των νεογνών και θεώρησαν ότι ήταν σημαντική για τα νεογνά τους. Οι γονείς βίωσαν μια αίσθηση ολοκλήρωσης και ικανοποίησης, όταν παρατήρησαν ότι τα νεογνά τους ανταποκρίνονται θετικά στη ΦΚ. Μερικοί γονείς ανέφεραν επίσης, θετική επίδραση της ΦΚ για τους ίδιους, όπως μια αίσθηση ηρεμίας και χαλάρωσης. Στην ίδια μελέτη οι γονείς ανέφεραν ότι η ΦΚ διευκόλυνε τη σύνδεση με τα νεογνά τους και τους βοήθησε να αναγνωρίζουν τις εκφράσεις και τις ανάγκες τους και να είναι μέρος της ζωής τους (Johnson, 2007). Παρόμοια συναισθήματα και σκέψεις μοιράστηκαν και οι μητέρες στην παρούσα έρευνα.

Μόλις οι γονείς αρχίσουν να εφαρμόζουν τη ΦΚ, φαίνεται να βιώνουν αμφίθυμα συναισθήματα. Θέλουν απεγνωσμένα να κρατήσουν το νεογνό τους, αλλά είναι επίσης νευρικοί, φοβισμένοι, και έχουν το άγχος ότι θα το βλάψουν. Ωστόσο, τα αρνητικά συναισθήματα μειώνονται μετά από κάθε συνεδρία ΦΚ και οι γονείς νιώθουν όλο και πιο σίγουροι. Η μείωση του άγχους με την παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών και γνώσεων ενισχύει την αποτελεσματικότητα της ΦΚ και αυξάνει την αυτοπεποίθηση των γονιών (Lemlen et al., 2013). Οι μητέρες στην παρούσα έρευνα βίωσαν παρόμοια συναισθήματα άγχους και ανασφάλειας, τα οποία σταδιακά μπόρεσαν να διαχειριστούν και τελικά να κάνουν κτήμα τους όλες τις πληροφορίες και τις γνώσεις που τους δόθηκαν.

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι οι γονείς συχνά δεν ήταν ικανοποιημένοι με την παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΝΝ. Οι γονείς αντιμετώπισαν ως εμπόδιο τις ανεπαρκείς πληροφορίες, την έλλειψη επικοινωνίας και υποστήριξης και τις ασυνεπείς και αντικρουόμενες οδηγίες και συμπεριφορές του προσωπικού κατά τη διάρκεια της ΦΚ (Blomqvist et al., 2011, Blomqvist et al., 2013). Η μελέτη του Franklin (2006) περιέγραψε τον ειδικό ρόλο που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΝΝ στη φροντίδα των νεογνών και στη στενή συνεργασία με τους γονείς, διευκολύνοντας τη διαδικασία φροντίδας με τρόπο που προωθεί τη σύνδεση γονέων-νεογνών και

διεγείρει τον ρόλο των γονέων. Στη μελέτη του Neu (2004) οι μητέρες δίσταζαν να ζητήσουν βοήθεια, δεδομένου ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φαινόταν πάντα πολυάσχολο και δεν ήθελαν να ενοχλήσουν. Ωστόσο, η έλλειψη βοήθειας δεν τις εμπόδιζε στην εφαρμογή της ΦΚ. Οι γονείς έπρεπε να λάβουν επαρκείς, σαφείς και συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τις προσδοκίες, την κατάσταση των νεογνών τους και τις διαδικασίες της φροντίδας, καθώς μια σχέση εμπιστοσύνης και υποστήριξης με το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζει θετικά την εμπειρία τους (Lemlen et al., 2013). Στην παρούσα μελέτη τα δεδομένα είναι διαφορετικά. Οι μητέρες ανέπτυξαν μια σχέση εμπιστοσύνης με το προσωπικό της MENN, κατανοούσαν τις οδηγίες που τους δίνονταν και δεν υπήρχαν διαφωνίες, παρανοήσεις ή προστριβές.

Στη μελέτη των Lewis et al. (2019) σε μια τριτοβάθμια MENN των ΗΠΑ, αναφέρεται ότι η συνδιαμονή γονέων-νεογνών σε κατάλληλο χώρο μέσα στη MENN θα διευκόλυνε τη ΦΚ. Σε πολλές MENN στις σκανδιναβικές χώρες, όπου οι γονείς παρέχουν ΦΚ 24/7, αυτό έχει γίνει πραγματικότητα και προβλέπονται ατομικά δωμάτια για την παροχή ΦΚ και χώροι διαμονής για τους γονείς. Οι μητέρες στη δική μας έρευνα κατέδειξαν το μεγάλο οικονομικό κόστος και τη δυσκολία της μετακίνησης και ανέφεραν ότι θα τις διευκόλυνε ένας ξεχωριστός χώρος για τη ΦΚ και για τις αντλήσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι επιπλοκές της πρόωρης ζωής είναι η κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά κάτω των πέντε ετών. Τα πρόωρα νεογνά που επιβιώνουν τον πρώτο μήνα ζωής τους, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για διάφορες ασθένειες και προβλήματα στη βρεφική ηλικία, στην παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή, που αντιπροσωπεύουν ένα βαρύ κοινωνικό και οικονομικό βάρος για τις οικογένειες, την κοινωνία και τα συστήματα υγείας. Η Φροντίδα Καγκουρό συνιστάται ως ευεργετική και αποτελεσματική παρέμβαση για τη βελτίωση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων προγνώσεων της υγείας των πρόωρων νεογνών. Ωστόσο, η ΦΚ δεν χρησιμοποιείται τόσο ευρέως όσο θα έπρεπε (Cattaneo et al., 2018).

Οι μηχανισμοί αποτελεσματικής εφαρμογής της ΦΚ συνδέονται στενά με τα εμπόδια και τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή. Η ύπαρξη εκπαιδευμένου και αφοσιωμένου προσωπικού για την παροχή εκπαίδευσης και εξασφάλιση ποιότητας της ΦΚ αποτελούν βασικούς παράγοντες για την εφαρμογή της ΦΚ. Η αποδοχή της ΦΚ από τους γονείς σπάνια αποτελεί ζήτημα, εάν παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση. Ένα φιλόξενο, ανοιχτό περιβάλλον και πρόσθετες παροχές για τις μητέρες, βοηθά τις οικογένειες να εφαρμόσουν την ΦΚ (Cattaneo et al., 2018).

Η ΦΚ δεν φτάνει στα πρόωρα μωρά στον απαιτούμενο βαθμό, οπότε υπάρχει ανάγκη αλλαγής του ρυθμού αύξησης της κλίμακας. Απαιτείται επένδυση σε καινοτόμες προσεγγίσεις όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών, με προσεκτική εξέταση της ποιότητας και προσοχή στα εμπόδια εφαρμογής. Επίσης, είναι σημαντικό να εμπλακεί ο ιδιωτικός τομέας στις προσπάθειες υλοποίησης και σε μηχανισμούς χρηματοδότησης, επειδή προσφέρει σημαντικό ποσοστό υπηρεσιών υγείας στον περιγεννητικό τομέα σε πολλές χώρες (World Health Organization, UNICEF 2017)

Κάθε προσπάθεια για αλλαγή είναι μια περίπλοκη διαδικασία στην οποία ενεργούν διαφορετικοί παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να λειτουργούν είτε θετικά, διευκολύνοντας τη διαδικασία, είτε αρνητικά ως εμπόδια, ενώ κανένας μεμονωμένος παράγοντας δεν μπορεί να επιφέρει κάποια αλλαγή. Η αλλαγή πραγματοποιείται σε ένα πλαίσιο, όπου η αλληλεπίδραση διαφορετικών μεταξύ τους παραγόντων, συμβάλλει στην επιτυχή υλοποίηση και συντήρηση ενός κοινού στόχου και απαιτούνται ειδικές τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Αυτή η μελέτη δείχνει απερίφραστα την ανάγκη αλλαγών. Ο μη διαχωρισμός γονέων-νεογνών πρέπει να είναι το βασικό συστατικό κάθε πολιτικής φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια σε μια MENN. Η ΦΚ είναι το βασικό συστατικό αυτής της διαδικασίας και οι γονείς πρέπει να έχουν δυνατότητα για απεριόριστη παρουσία και εφαρμογή της ΦΚ. Πρέπει να τους παρέχονται επανειλημμένες και σαφείς πληροφορίες σχετικά με την ιατρική κατάσταση και τη φροντίδα του νεογνού τους. Καλό θα ήταν, να είναι ενήμεροι για το τι αναμένεται από αυτούς ως γονείς και να ενθαρρύνονται να αναλάβουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του νεογνού το συντομότερο δυνατό. Το περιβάλλον της MENN και η προσέγγιση του προσωπικού

πρέπει να προσαρμοστούν στις ατομικές ανάγκες των γονέων και των νεογνών για ιδιωτικότητα και άνεση. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν δωμάτια γονέων στη MENN, ιδανικά μονόκλινα, και πολυθρόνες στο χώρο εντατικής και ενδιάμεσης φροντίδας. Ιδανικό θα ήταν να καταβληθούν προσπάθειες για να δημιουργηθεί μια ήρεμη ατμόσφαιρα και να αποφευχθεί το άγχος, μειώνοντας τα επίπεδα φωτισμού και θορύβου και παρέχοντας σε κάθε ζεύγος γονέα-νεογνού μια ιδιωτική σφαίρα ανεξάρτητα από τον τύπο δωματίου. Κατά την προσέγγισή τους στους γονείς, το προσωπικό πρέπει να καλύπτει τις ατομικές συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων, να κατανοεί την κατάστασή τους, να προσπαθήσει να καλύψει τις ατομικές τους ανάγκες και να κάνει θετικά σχόλια για να διευκολύνει την πρόοδο των γονέων στο να γίνουν οι κύριοι φροντιστές του νεογνού τους.

Καθώς η ΦΚ επιτυγχάνεται παγκοσμίως, η ιεράρχηση της ευαισθητοποίησης και της εκπαίδευσης, τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους γονείς, έχει τη δυνατότητα να αλλάξει την επαγγελματική ικανότητα, τις γνώσεις, τη στάση και την αντίληψη για τη σημασία της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adriano Cattaneo, Adidja Aman, Nathalie Charpak, Socorro De Leon-Mendoza, Sarah Moxon, Somashekhar Nimbalkar, Giorgio Tamburlini, Julieta Villegas, Anne-Marie Bergh. (2018) Report on an international workshop on kangaroo mother care: lessons learned and a vision for the future *BMC Pregnancy and Childbirth* 18:170
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1819-9>

Avortri GS, Beke A, Abekah-Nkrumah G. (2011) Predictors of satisfaction with child birth services in public hospitals in Ghana. *Int J Health Care Qual Assur.* 24(3):223–37

Bauer, K., Pyper, A., Sperling, P., Uhrig, C., & Versmold, H. (1998) Effects of gestational age and postnatal age on body temperature, oxygen consumption, and activity during early skin-to-skin contact between preterm infants of 25-30 week gestation, AGA, and their mothers. *Pediatric Research*, 44(2), 247–251.

Belizán M, Bergh A-M, Cilliers C, Pattinson RC, Voce A, for the Synergy Group. (2011) Stages of change: a qualitative study on the implementation of a perinatal audit programme in South Africa. *BMC Health Serv Res.*; 11:243

- Bergh A-M, Arsalo I, Malan A, Pattinson R, Patrick M, Phillips N. (2005) Measuring implementation progress in kangaroo mother care. *Acta Paediatr.*; 94: 1102–8.
- Bergh A-M, Banda L, Lipato T, et al. (2012a) Evaluation of Kangaroo Mother Care Services in Malawi. Washington, DC: Save the Children and the Maternal and Child Health Integrated Program
- Bergh A-M, Davy K, Otai CD. et al. (2012b) Evaluation of Kangaroo Mother Care Services in Uganda. Washington DC and Kampala: Save the Children
- Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. (2004) Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200 to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr.* ;93(6): 779–785.
- Bergstrom A, Okong P, Ransjo-Arvidson A-B. (2007) Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of the newborn. *Acta Paediatr.* 96: 655–658.
- Bohnhorst B, Gill D, Dordelmann M, Peters CS, Poets CF. (2004) Bradycardia and desaturation during skin-to-skin care: no relationship to hyperthermia. *J Pediatr.* 45:499–502.
- Blomqvist YT, Rubertsson, C, Kylberg E, Jöreskog K, Nyqvist KH. (2011) Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *J Adv Nurs.* Nov 23. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05886.
- Blomqvist YT, Nyqvist KH (2011) Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *J Clin Nurs* 20: 1472-1480
- Blomqvist YT, Frolund L, Rubertsson C, Nyqvist KH. (2013) Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27: 345–53
- Castral TC, Warnock F, Leite AM, Haas VJ, Scochi CG. (2008) The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. *Eur J Pain.* May ; 12(4):464–471.
- Chan GJ, Labar AS, Wall S, et al. (2016) Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organ*; 94:130–41
- Chan GJ, Valsangkar B, Kajeepeta S, Boundy EO, Wall S. (2016) What is kangaroo mother care? A systematic review of the literature. *J Glob Health.*
- Charpak, N., de Calume, Z. F., & Ruiz, J. G. (2000) “The Bogota declaration on kangaroo mother care.” conclusions of the second international workshop on the method. Second international workshop of kangaroo mother care. *Acta Paediatrica*, 89(9), 1137–1140.
- Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, et al. (2005) Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatr* ; 94:514–22.
- Charpak N, Ruiz-Palez JG (2006) Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Paediatr* 95: 529-534.
- Chen C-H, Wang T-M, Chang H-M, Chi C-S. (2000) The effect of breast- and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. *J Hum Lact.*; 18(1):21–27.
- Chia P, Sellick K, Gan S. (2006) The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *Aust J Adv Nurs.* 23(4):20–27.

- Children's Hospital of Philadelphia. (2007) Guidelines for Healthcare Professionals—Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care). Philadelphia, PA: Children's Hospital of Philadelphia.
- Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello J. (2014) Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*.3:CD002771.
- Coyne, I. (2015) Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expect*. 18, 796–808. <https://doi.org/10.1111/hex.12104>.
- De Vonderweid U, Forleo V, Petrina D. et al. (2003) Neonatal developmental care in Italian Neonatal Intensive Care Units. *Italian Journal of Pediatrics* 29: 199–205
- Downey, M., Parslow, S., Smart, M., (2011) The hidden treasure in nursing leadership: informal leaders. *J. Nurs. Manag.* 19, 517–521. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01253.x>.
- Dykes, F., Thomson, G., Gardner, C., Hall Moran, V., Flacking, R., (2016) Perceptions of European medical staff on the facilitators and barriers to physical closeness between parents and infants in neonatal units. *Acta Paediatr.* 105, 1039–1046. <https://doi.org/10.1111/apa.13417>.
- Eichel P. (2001) Kangaroo care Expanding our practice to critically ill neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 1:224–8.
- Engler AJ, Ludington-Hoe SM, Cusson RM. et al. (2002) Kangaroo care: national survey of practice, knowledge, barriers, and perceptions. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 27: 146–53
- Feldman, R., & Eidelman, A. (2003) Skin-to-skin contact accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45(4), 274–281.
- Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. (2014) Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry*. January 1, 75(1):56–64.
- Ferber SG, Makhoul IR. (2008) Neurobehavioural assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized controlled within-subject trial. *Acta Paediatr* .97(2):171–176.
- Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. (2008) A comparison of mother's and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 17(6):810–816.
- Ferrarello DHL. (2014) Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 39: 56–61
- Flacking R, Ewald U, Hedberg Nyqvist K, Starrin B. (2006) Trustful bonds: a key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. *Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. Soc Sci Med.* 62:70-80.
- Flacking R, Ewald U, Wallin L (2011) Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 40: 190-197.

- Franklin C (2006) The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Crit Care Nurs Q* 29: 81-85
- Flynn A, Leahy-Warren P. (2010) Neonatal nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care with preterm infants in an Irish neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing* 16: 221–8
- Fohe K, Kropf S, Avenarius S. (2000) Skin-to-skin contact improves gas exchange in premature infants. *J Perinatol.* 5:311–315.
- Gill Thomson, Andy Bilson, Fiona Dykes. (2012) Implementing the WHO/UNICEF Baby Friendly Initiative in the community: a 'hearts and minds' approach *Midwifery* 28 258–264 <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.03.003>
- Gray, L., Watt, L., & Blass, E. M. (2000) Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 105(1), e14–e24.
- Greisen G, Mirante N, Haumont D, et al. (2009) ESF Network. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatr.*98:1744-1750.
- Guenther T, Moxon SG, Valsangkar B, Wetzel G, Ruiz J, Kerber K, et al. (2017) Consensus-based approach to develop a measurement framework and identify a core set of indicators to track implementation and progress towards effective coverage of facility-based Kangaroo Mother Care. *J Glob Health.* 7(2):02080.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. (2003) Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.*327:1219-1221.
- Hales, D., Kennell, J., & Sosa, R. (1976) How early is early contact? Defining the limits of the maternal sensitive period. *Pediatric Research*, 10, 259.
- Hatfield, L. A., Murphy, N., Karp, K., & Ponomano, R. C. (2019) A systematic review of behavioral and environmental interventions for procedure pain management in preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 44(1), 22-30
- Haxton D, Doering J, Gingras L, Kelly L. (2012) Implementing skin-to-skin contact at birth using the Iowa model: applying evidence to practice. *Nursing for Women's Health* 16: 220–9. quiz 230
- Helth TD, Jarden M (2013) Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. *J Neonatal Nursing* 19: 114-121.
- Hendricks-Muñoz, K. D., Xu, J., Parikh, H. I., Xu, P., Fettweis, J. M., Kim, Y., Sheth, N. U. (2015) Skin-to-skin care and the development of the preterm infant oral microbiome. *American Journal of Perinatology*, 32(13), 1205–1216.
- Hickson A, Rutherford M, Glover V, et al. (2006) Neurological outcome of premature infants following a controlled trial of skin-to-skin contact. *Early Hum Dev.*82(9):631–632.

Hofvander, Y. (2005) Breastfeeding and the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI): Organization, Response and Outcome in Sweden and Other Countries. *Acta Paediatrica* 94, 1012–1016.

Johnson AN. (2007) Factors influencing implementation of kangaroo holding in a special care nursery. *MCN Am J Matern Child Nurs.*32(71): 25–29.

Johnson AN (2007) The maternal experience of kangaroo holding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 36: 568-573.

Johnston CC, Stevens B, Pinelli J, et al. (2003) Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med.* November 157(11):1084–1088.

Karen M. Benzies, Vibhuti Shah, Khalid Aziz, Abhay Lodha, Renée Misfeldt. (2018) The health care system is making ‘too much noise’ to provide family-centred care in neonatal intensive care units: Perspectives of health care providers and hospital administrators, *Intensive & Critical Care Nursing* 50 44–53 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.001>
Klaus, M. H., Jerauld, R., Kregers, N. C., McAlpine, W., Steffa, M., & Kennell, J. H. (1972) Maternal attachment: Importance of first postpartum days. *New England Journal of Medicine*, 28, 460–463.

Konteh, F.H., Mannion, R., Davies, H.T.O. (2008) Clinical governance views on culture and quality improvement. *Clinical Governance* 13, 200–207.

Kymre IG, Bondas T. (2013) Balancing preterm infants’ developmental needs with parents’ readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 8(1):21370.

Latour JM, van Goudoever JB , Duivendoorn HJ , et al. (2011) Differences in the perceptions of parents and healthcare professionals on pediatric intensive care practices . *Pediatr Crit Care Med.* 12 () : e211-e 215 . doi: 10.1097/PCC.0b013e3181fe3193.

Lau R, Morse CA. (2003) Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery. *Stress Health.*19:69-78.

Lee SB, Shin HS. (2007) Effects of kangaroo care on anxiety, maternal role confidence, and maternal infant attachment of mothers who delivered preterm infants. *Taehan Kanho Hakhoe Chin.* 2007; 37 (6):949–956.

Lee HC, Martin-Anderson S, Dudley RA. (2012) Clinician perspectives on barriers to and opportunities for skin-to-skin contact for premature infants in neonatal intensive care units. *Breastfeeding Medicine* 7: 79–84

Lemmen DF, P, Lundqvist A. (2013) Kangaroo care in a neonatal context: Parents’ experiences of information and communication of Nurse-Parents. *Open Nursing Journal* 7: 41–8

Ludington-Hoe SM, Nguyen N, Swinth J, Satyshur R. (2000) Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. *Biol Res Nurs.* 2000;2 (1):60–73.

Ludington-Hoe SM, Anderson GC, Swinth JY, Thompson C, Hadeed AJ. (2004) Randomized controlled trial of kangaroo care: cardiorespiratory and thermal effects on healthy preterm infants. *Neonatal Netw.* 23(3):39–48.

- Ludington-Hoe SM, Hosseini RB, Torowicz DL. (2005) Skin-to-skin contact (kangaroo care) analgesia for preterm infant heel stick. *AACN Clin Issues*. 16(3):373–387.
- Ludington-Hoe SM, Johnson M, Morgan K, et al. (2006) Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics*. 117(5):e909–e923.
- Ludington-Hoe SM, Abouelfettoh A. (2008) Kangaroo care effects on nosocomial infection in the NICU. Paper presented at: The Conference for Neonatology; February 7.
- Maguire, D. (2014) Care of the infant with neonatal abstinence syndrome: Strength of the evidence. *Journal of Perinatal Neonatal Nurses*, 28(3), 204–211.
- Mallet I, Bomy H, Govaert N, et al. (2007) Skin-to-skin contact in neonatal care: knowledge and expectations of health professionals in 2 neonatal intensive care units. *Arch Pediatr* .14(7):881–888.
- Meier PP, Engstrom JL, Mingoletti SS, Miracle DJ, Kiesling S. (2004) The Rush mother's milk club: breastfeeding interventions for mothers with verylow-birth-weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 33(5): 164–174.
- Meijssen D, Wolf M-J, van Bakel H, Koldewijn K, Kok J. (2011) Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. February Volume 34, Issue 1 Pages 1-214
- Merewood, A., Phillipp, B.L. (2001) Implementing change: becoming Baby-Friendly in an inner city hospital. *Birth* 28, 36–40.
- Meropol, S. B., & Edwards, A. (2015) Development of the infant intestinal microbiome: A bird's eye view of a complex process. *Birth Defects Research. Part C, Embryo Today*, 105(4), 228–239.
- Mondlane, R. P., de Graca, A. M. P., & Ebrahim, G. J. (1989) Skin-to-skin contact as a method of body warmth for infants of low birth weight. *Journal of Tropical Pediatrics*, 35, 321–326.
- Moore, T.R., Gauld, R., Williams, S. (2007) Implementing Baby Friendly Hospital Initiative policy: the case of New Zealand public hospitals. *International Breastfeeding Journal* 2.
- Morelius E, Theodorsson E, Nelson N. (2005) Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*. 116(5): 1105–1113.
- Moxon SG, Ruysen H, Kerber KJ, Amouzou A, Fournier S, Grove J, et al. (2015) Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15 Suppl. 2:S8.
- Neu M (2004) Kangaroo care: is it for everyone? *Neonatal Netw* 23: 47-54.
- Nimbalkar SM, Chaudhary NS, Gadhavi KV, Phatak A. (2013) Kangaroo Mother Care in reducing pain in preterm neonates on heel prick. *Indian J Pediatr*. January 80(1):6–10.

- Nyqvist KH, Kylberg E. (2008) Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal care: Suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. *J Hum Lact.* 24:252-262.
- Nyqvist KH, Haggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. (2013) Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association.* 29(3):300-9.
- Ohgi S, Fukuda M, Moriuchi H, et al. (2002) The effects of kangaroo care on neonatal neurobehavioral organization, infant development and temperament in healthy low-birth-weight infants through one year. *J Perinatol.* 22(5):374–379.
- Pattinson RC, Arsalo I, Bergh A-M, Malan AF, Patrick M, Phillips N. (2005) Implementation of kangaroo mother care: a randomized trial of two outreach strategies. *Acta Paediatr.* 94:924–927.
- Rojas MA, Kaplan MD, Quevedo M, et al. (2003) Somatic Growth of Preterm Infants During Skin-to-Skin Care Versus Traditional Holding: A Randomized, Controlled Trial. *Developmental and Behavioral Pediatrics.* 24(3):164–168.
- Scher MS. (2005) Electroencephalography of the newborn: normal and abnormal features. In: Edwards L, Niedermeyer L, eds. *Electroencephalography: Basic Principles, Clinical Applications and Related Fields.* St. Louis: Lippincott Williams & Wilkins; 937–989.
- Shin H, White-Traut R. (2007) The conceptional structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs.* 58:90-98.
- Smith SL. (2001) Physiologic stability of intubated VLBW infants during skin-to-skin care and incubator care. *Adv Neonatal Care.* 1(1):28–40.
- Smith SL. (2003) Heart period variability of intubated very-low-birth-weight infants during incubator care and maternal holding. *Am J Crit Care.* 12(1):54–64.
- Smith ER, Bergelson I, Constantian S, Valsangkar B, Chan GJ. (2017) Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives. *BMC Pediatr.* 17(1):35.
- Solomons N, Rosant C. (2012) Knowledge and attitudes of nursing staff and mothers towards kangaroo mother care in the eastern sub-district of Cape Town. *South African J Clin Nut* 25:33–9
- Soni A, Amin A, Patel DV, Fahey N, Shah N, Phatak AG, et al. (2016) The presence of physician champions improved kangaroo mother care in rural western India. *Acta Paediatr.* 105(9):e390–5.
- Sontheimer D, Fischer CG, Buch KE. (2004) Kangaroo transport instead of incubator transport. *Pediatrics.* 113(4):920–923.
- Spatz DL. (2007) *Skin-to-Skin-Care. Guidelines for Healthcare Professionals— Skin-to-Skin Contact* [video]. Philadelphia, PA: Children’s Hospital of Philadelphia. www.CHOP.edu. Accessed October 7.

- Stikes R, Barbier D. (2013) Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care. *Journal of Nursing Management* 21: 70–8
- Suman RPN, Udani R, Nanavati R. (2008) Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr.* 45(1):17–23.
- The Institute for Family-Centered Care. (2012) What is patient- and family-centered care? <http://www.familycenteredcare.org/index.html>. Accessed January 25.
- The International MotherBaby Childbirth Organization. (2010) The International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI): 10 Steps to Optimal MotherBaby Maternity Services. <http://www.imbci.org>. Accessed January 25, 2012.
- Tessier R, Cristo MB, Velez S, et al. (2003) Kangaroo mother care: a method for protecting high risk, low birth weight and premature infants against developmental delay. *Infant Behav Dev.* 26(3):384–397.
- Todd P. Lewis, Kathryn G. Andrews, Elyse Shenberger, Theresa S. Betancourt, Günther Fink, Sunita Pereira, Margaret McConnell. (2019) Caregiving can be costly: A qualitative study of barriers and facilitators to conducting kangaroo mother care in a US tertiary hospital neonatal intensive care unit. *Pregnancy and Childbirth* 19:227
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2363-y>
- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M.H., Jackson, D. (2015) Experiences of neonatal nurses and parents working collaboratively to enhance family centred care: the destiny phase of an appreciative inquiry project. *Collegian* 23, 265–273. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.05.004>.
- UNICEF, World Health Organization. (1992) *Baby-Friendly Hospital Initiative - 1. The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative*. New York, United States: UNICEF.
- UNICEF UK Baby Friendly Initiative, (2011) *The Baby Friendly Initiative* [Available online at <http://www.babyfriendly.org.uk/S>] (accessed on 14 February 2011).
- UNICEF. (2012) *Convention on the rights of the child*. <http://www.unicef.org/crc>. Accessed January 25.
- Van Baar A. (2010) Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behav Dev.*34:72-80.
- Vanderbilt University Medical Center. (2007) *NICU Kangaroo Care*. Nashville, TN: Vanderbilt University Medical Center; AS 209137-10.40.
- Vesel L, Bergh AM, Kerber KJ, et al. (2015) Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth* 15(Suppl 2):S5
- World Health Organization. *International code of marketing of breast-milk substitutes*. (1981) [Accessed 2015 25.02]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf.

World Health Organization (WHO)/UNICEF. (1989) Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. Geneva, Switzerland: World Health Organization/UNICEF;

World Health Organization/UNICEF. (1990) Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Breastfeeding in the 1990s: Global initiative. WHO/UNICEF Sponsored Meeting. Italy.

World Health Organization, Division of Child Health and Development. (1998) Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. [Accessed 2015 25.02]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/64877>.

World Health Organization DoRHAR. (2003) Kangaroo mother care: a practical guide. In: WHO Library. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003) Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization, UNICEF. (2009) Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. [Accessed 2015 25.02]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf.

World Health Organization, UNICEF. (2009) Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. [Accessed 2015 25.02]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?ua=1

World Health Organization, UNICEF. (2009) Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. [Accessed 2015 25.02]. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2012) Born too soon. The global action report on preterm birth. [Accessed 2015 25.02]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/.

World Health Organization. (2016) Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization

World Health Organization, UNICEF. (2017) Reaching the every newborn national 2020 milestones. Country progress, plans and moving forward. May 2017. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018) Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>

Zachariassen G, Faerk J, Grytter C, Exberg BH, Juvonen P, Halken S. (2010) Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. *Acta Paediatr.* 99:1000-1004.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι η μελέτη περίπτωσης στη ΜΕΝΝ ΕΣΥ Ιπποκράτειου σε σχέση με τα πιθανά οφέλη της Φροντίδας Καγκουρό για τα νεογνά, τα πιθανά οφέλη για τους γονείς και για το ποιες συνθήκες είναι απαραίτητες για την εφαρμογή της Φροντίδας Καγκουρό στα νοσηλευόμενα νεογνά στη ΜΕΝΝ.

Διαδικασία μετρήσεων

Κατά τη διαδικασία των μετρήσεων το νεογνό θα τοποθετείται στην αγκαλιά του γονέα και θα καταγράφεται η φυσιολογία, οι μηχανισμοί και το επίπεδο διέγερσης πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη Φροντίδα Καγκουρό. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα γίνει μετά το τέλος των μετρήσεων .

Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων

Η συμμετοχή του παιδιού σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με τη δημοσίευση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα ή προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πληροφορίες

Παρακαλούμε πολύ, μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή/και τον τρόπο πραγματοποίησης της έρευνας. Αν τυχόν έχετε κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις, ζητήστε να σας δώσουμε πρόσθετες εξηγήσεις.

Ελευθερία συναίνεσης

Η άδειά σας να συμμετάσχει το παιδί σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Είσαστε ελεύθεροι να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή του παιδιού σας όποτε επιθυμείτε.

Για τον κηδεμόνα: Διάβασα το έντυπο αυτό, κατανοώ τις ερευνητικές διαδικασίες και συναινώ να συμμετάσχει το παιδί μου στην έρευνα.

Ναι Όχι

Ημερομηνία: __/__/__

Ονοματεπώνυμο και υπογραφή γονέα/ κηδεμόνα

Υπογραφή ερευνητή

Υπογραφή διευθυντή MENN

2.ΜΗΤΡΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Όνομα νεογνού :	Συμμετοχή πατέρα ή μητέρας :
Ημερομηνία και ώρα :	Νεογνό σε κουνάκι ή θερμοκοιτίδα :
Διάρκεια κύησης :	Υποστήριξη αναπνοής :
Τωρινή ηλικία σε w :	Φωτοθεραπεία :
Θέση νοσηλείας :	Παρεντερική διατροφή :
Βάρος :	Σίτιση :

Περιγράψτε το νεογνό πριν τη ΦΚ

- Φυσιολογία (αναπνοή, σφύξεις, οξυγόνωση, χρώμα)
- Μηχανισμοί (μυϊκός τόνος, έκφραση προσώπου)
- Επίπεδο διέγερσης (ήσυχος ή ανήσυχος ύπνος, ταραγμένο, μισοκοιμισμένο, μάτια ανοιχτά, σε εγρήγορση, φασαριόζικο, κλαμένο)
- Θερμοκρασία
- Θέση κατά την τελευταία νοσηλευτική φροντίδα
- Το νεογνό ήταν γυμνό ή έπρεπε να το ξεντύσετε; Φορούσε κάλτσες ή σκουφάκι ή δέχτηκε ΦΚ ντυμένο;
- Ποιος μετέφερε το νεογνό
- Πώς υποστηριζόταν κατά τη μεταφορά από τη θερμοκοιτίδα στο στήθος των γονιών του;
- Πώς τοποθετήθηκε στο στήθος των γονιών του;

Περιγράψτε το νεογνό κατά τη διάρκεια της ΦΚ

- Φυσιολογία (αναπνοή, σφύξεις, οξυγόνωση, χρώμα)
- Μηχανισμοί (μυϊκός τόνος, έκφραση προσώπου)

- Επίπεδο διέγερσης (ήσυχος ή ανήσυχος ύπνος, ταραγμένο, μισοκοιμισμένο, μάτια ανοιχτά, σε εγρήγορση, φασαριόζικο, κλαμένο)
- Θερμοκρασία: Πρώτα 15 λεπτά: Ανά ώρα:
- Υπήρχαν παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της ΦΚ; (σίτιση με καθετήρα, θηλασμός, τρύπημα στη φτέρνα για αιμοληψία). Υπήρχαν άλλου είδους διακοπές;
- Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας πώς αλληλοεπιδρούσαν οι γονείς και το νεογνό;
- Πόσο διήρκτησε η συνεδρία;
- Για ποιο λόγο τερματίστηκε η συνεδρία;
- Πώς ήταν το περιβάλλον κατά τη διάρκεια της συνεδρίας;

ΗΧΟΙ Ήσυχο 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Θορυβώδες

ΦΩΣ Σκοτεινό 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Φωτεινό

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ Ηρεμία 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Εγρήγορση

ΙΔΙΟΤΙΚΟΤΗΤΑ Απομονωμένοι 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Μη απομονωμένοι

Περιγράψτε το νεογνό μετά τη ΦΚ

- Ποιος μετέφερε το νεογνό πίσω στη θερμοκοιτίδα
- Πώς υποστηριζόταν κατά τη μεταφορά
- Σε τι θέση τοποθετήθηκε και πώς βολεύτηκε στη θερμοκοιτίδα
- Φυσιολογία (αναπνοή, σφύξεις, οξυγόνωση, χρώμα)
- Μηχανισμοί (μυϊκός τόνος, έκφραση προσώπου)
- Επίπεδο διέγερσης (ήσυχος ή ανήσυχος ύπνος, ταραγμένο, μισοκοιμισμένο, μάτια ανοιχτά, σε εγρήγορση, φασαριόζικο, κλαμένο)
- Μισή ώρα μετά
- Μία ώρα μετά
- Θερμοκρασία

3.ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

1. Πώς ήταν η εμπειρία σας από τον τοκετό και τη νοσηλεία του νεογνού σας στη ΜΕΝΝ;
2. Είχατε εμπιστοσύνη στο προσωπικό- υπήρχε κάποια αρνητική εμπειρία;
3. Νιώθατε ότι το προσωπικό υποστήριζε το δεσμό μεταξύ νεογνού και γονέων;
4. Το προσωπικό σας βοήθησε κατά τη Φροντίδα Καγκουρό;
5. Τι σκεφτήκατε όταν σας δόθηκαν οι πρώτες πληροφορίες για τη ΦΚ;
6. Τι μάθατε μέσω αυτής της εμπειρίας σχετικά με τη φροντίδα του νεογνού;
7. Θα θέλατε να συμμετέχει και ο πατέρας;
8. Πως βρήκατε την επαφή;
Σας χαλάρωσε
Σας βοήθησε να καταλάβετε το μωρό σας
Ήταν στρεσογόνα-ανησυχητική
Σαν επιβράβευση
9. Νομίζετε ότι άρεσε στο μωρό σας η επαφή;
10. Πώς νιώθατε και τι σκεφτόσασταν μετά τη Φροντίδα Καγκουρό;
11. Τι σας δυσκόλεψε και τι σας ενόχλησε κατά τη διάρκεια αυτής της εμπειρίας;
12. Πώς θα νιώθατε αν δεν είχατε αυτή την εμπειρία;
13. Θα μπορούσατε να είσαστε διαθέσιμη περισσότερες ώρες (24/7);
14. Θα θέλατε να είχε ξεκινήσει σε πιο μικρή εβδομάδα η Φροντίδα Καγκουρό ακόμα και αν το νεογνό είχε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής;
15. Τι θα προτείνατε για να ενσωματωθεί με επιτυχία η ΦΚ στη Μονάδα μας;
16. Βοήθησε η Φροντίδα Καγκουρό στη γαλακτοφορία σας;
17. Σκέφτεστε πιο θετικά το θηλασμό ως μέθοδο σίτισης του νεογνού σας μετά από αυτή την εμπειρία ή σας φοβίζει;
18. Πώς ήταν η πορεία του θηλασμού σε αυτούς τους τρεις μήνες μετά το εξιτήριο;

