

Δεξιότητες κατά τον τοκετό: διαχείριση του τοκετού στο σπίτι

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Μαθησιακοί στόχοι	431
Επίπτωση	432
Ασφάλεια	432
Οι δεξιότητες της μαίας	434
Η προετοιμασία	435
Υπηρεσίες μητρότητας	435
Η μαία	435
Εξοπλισμός	436
Η γυναίκα και τα μέλη της οικογένειας	437
Αρχές της διαχείρισης του τοκετού στο σπίτι	437
Ο τοκετός πριν την άφιξη της μαίας	440
Ρόλος και αρμοδιότητες της μαίας	441
Περίληψη	441
Ασκήσεις αυτοαξιολόγησης	441
Βιβλιογραφία	442

ΜΑΘΗΣΙΑΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Μετά τη μελέτη αυτού του κεφαλαίου ο αναγνώστης θα πρέπει να είναι σε θέση να:

- συζητήσει κάποια από τα ερευνητικά δε-

δομένα σχετικά με την ασφάλεια του τοκετού στο σπίτι

- συζητήσει τις διαφορές στις δεξιότητες και τις τεχνικές της διαχείρισης του τοκετού στο οικιακό περιβάλλον από αυτές κατά τη διεξαγωγή του τοκετού σε μαιευτική μονάδα
- συζητήσει την αξία και τις αρχές της καλής προετοιμασίας για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη
- απαριθμήσει τα στοιχεία του εξοπλισμού και τις πληροφορίες που πρέπει να έχει στη διάθεσή της η μαία
- συζητήσει τον συνολικό ρόλο και τις ευθύνες της μαίας όταν παρέχει τη φροντίδα της σε ένα τοκετό που διεξάγεται στο οικιακό περιβάλλον
- συζητήσει την απαραίτητη αρχική εκτίμηση εάν παρευρεθεί σε έναν τοκετό που μόλις ολοκληρώθηκε χωρίς βοήθεια (τοκετός πριν την άφιξη της μαίας)

Το κεφάλαιο αυτό εστιάζεται στο ρόλο της μαίας και τη διαχείριση του τοκετού στο οικιακό περιβάλλον. Τονίζεται ότι η φροντίδα είναι διαφορετική στον τοκετό στο οικιακό περιβάλλον συγκριτικά με το νοσοκομειακό περιβάλλον. Μπορεί στον αναγνώστη να φα-

νεί χρήσιμο να ανατρέξει και σε άλλα σχετικά κεφάλαια (π.χ. Κεφάλαια 31 έως 33). Η διεξαγωγή του τοκετού στο οικιακό περιβάλλον με ασφάλεια, αποτελεί ομαδική εργασία, με επίκεντρο την γυναίκα και τα μέλη της οικογένειάς της. Ωστόσο είναι ουσιώδους σημασίας οι δεξιότητες της μαίας, η επικοινωνία και ο σχεδιασμός της μαιευτικής φροντίδας ως ολότητας, η αποτελεσματική συνεργασία με την υπηρεσία ασθενοφόρων και σε μερικές περιπτώσεις η συμμετοχή του γενικού ιατρού. Μερικές γυναίκες προτιμούν η διαδικασία του τοκετού να λάβει χώρα σε νοσοκομειακό ενώ άλλες σε οικιακό περιβάλλον.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ

Ο τοκετός στο σπίτι περιβάλλεται διεθνώς από ένα πλέγμα διαπραγματεύσεων και «πολιτικής» ως προς τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες που εμπλέκονται (Dahln 2012, McNutt και συν. 2013). Το 2012 στην Αγγλία και την Ουαλία το 2,3% των τοκετών διενεργήθηκαν στο σπίτι (ONS 2012). Υπάρχει, ωστόσο, σημαντική μεταβλητότητα με τη συχνότητα να φτάνει το 10% σε ορισμένες περιοχές (BirthChoiceUK 2012) και μεμονωμένες υπηρεσίες μαιευτικής υποστήριξης να αναφέρουν πολύ μεγαλύτερα νούμερα (π.χ. Collins & Kingdon 2014, 31%).

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η ασφάλεια είναι πάντα η πρώτη προτεραιότητα. Η Birthplace Study (BIECG) εξέτασε την έκβαση 65000 γυναικών χαμηλού κινδύνου στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ 2007 και 2010. Τα ευρήματα δεν μπορούν να αγνοηθούν: ο τοκετός είναι γενικά πολύ ασφαλής διαδικασία, όπως είναι και ο τοκετός στο σπίτι για τις πρωτόκες. Για τις πρωτόκες

όμως, ο προγραμματισμένος τοκετός σε οικιακό περιβάλλον αυξάνει τους κινδύνους για το νεογνό. Αυτή η γενική δήλωση καλύπτει το στατιστικό εύρημα σύμφωνα με το οποίο για κάθε 1000 προγραμματισμένους τοκετούς στο σπίτι σε πρωτοτόκες διαπιστώθηκαν 9,3 δυσμενείς περιγεννητικές εκβάσεις. Αυτές ταξινομήθηκαν ως τραυματισμοί σχετιζόμενοι με τον τοκετό, θνησιγενή νεογνά, πρώιμοι νεογνικοί θάνατοι, εγκεφαλοπάθεια και σύνδρομο εισρόφησης μηκωνίου και πρέπει να συγκριθούν με την επίπτωση των 5,3 ανά 1000 στις μαιευτικές κλινικές. Ωστόσο, αν και ο στόχος της φροντίδας είναι να μειώσει τον αριθμό αυτό στο μηδέν (καθόλου ρεαλιστικό) οι 9,3 ανά 1000 αποτελούν χαμηλό ποσοστό (0,93%). Οι υποστηρικτές του τοκετού στο σπίτι επισημαίνουν ότι η διαδικασία αυτή προσφέρει και στην ποιοτική εμπειρία των γυναικών που την επιλέγουν, διατηρώντας την ασφάλεια (Dahlen 2012). Η από κοινού εργασία των RCOG/RCM έδειξαν μεγαλύτερη πιθανότητα φυσιολογικού τοκετού, με μικρότερη ανάγκη παρεμβάσεων και υψηλότερο αίσθημα ικανοποίησης της μητέρας από τον τοκετό στο οικιακό παρά στο νοσοκομειακό περιβάλλον (RCOG/RCM 2007). Το NICE (2014) διασαφηνίζει στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες ότι όλες οι γυναίκες έχουν τέσσερις επιλογές για τον τοκετό: παράπλευρες στο νοσοκομείο ή ανεξάρτητες μαιευτικές δομές, τοκετός στο σπίτι ή μαιευτικές κλινικές. Οι γυναίκες πρέπει να διαθέτουν την κατάλληλη ενημέρωση για να επιλέξουν τι τους ταιριάζει.

Στο παρόν κείμενο γίνεται διάκριση μεταξύ προγραμματισμένων (συχνά σε κηύσεις χαμηλού κινδύνου) και εκτάκτων (για οποιοδήποτε λόγο) τοκετών στο σπίτι.

Ενώ το NICE (2014) ξεκαθαρίζει ότι η γυναίκα θα πρέπει να έχει την επιλογή του χώρου του τοκετού, προτείνει παράλληλα τις ιατρικές και μαιευτικές καταστάσεις που πρέπει να επηρεάσουν αυτή την επιλογή. Γενικά

θεωρείται ότι οι γυναίκες με κύηση χαμηλού κινδύνου μπορούν να προγραμματιστούν για τοκετό στο σπίτι, ενώ εκείνες με παράγοντες κινδύνου όπως στο Πλαίσιο 35.1 θα πρέπει να προγραμματίζονται ή να αξιολογούνται εξατομικευμένα για φροντίδα σε μαιευτική κλινική. Ο αριθμός των προηγούμενων τοκετών (πρωτοτόκος ή όχι) δεν περιλαμβάνεται στη λίστα, καθώς ο κίνδυνος θεωρείται μικρός.

Αν δοθεί στις γυναίκες η δυνατότητα να αποφασίσουν το χώρο επιλογής τους, οι μαιές πρέπει να επαγρυπνούν ιδίως για εκείνες που επιλέγουν τοκετό στο σπίτι παρά την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου. Το NICE (2014) αναφέρει ότι η μαιά δεν θα πρέπει να αποκαλύπτει την προσωπική της κρίση σχετικά με την επιλογή της γυναίκας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Επιβλέποντες των Μαιών έχουν ως αποστολή να υποστηρίζουν την επιλογή όλων των γυναικών αλλά και τις μαιές στην παροχή της βέλτιστης φροντίδας. Βοηθούν τις μαιές να διατηρούν υψηλή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών· αν η μαιά αισθάνεται ανασφαλής να αναλάβει έναν τοκετό σε οικιακό περιβάλλον, ο Επιβλέπων μπορεί να τη βοηθήσει στην επαγγελματική της βελτίωση.

Αν η μαιά δεν εγκρίνει την επιλογή της γυναίκας, υπάρχουν διάφορες επιλογές:

- Στα πλαίσια μιας καλής συνεργασίας, δίνονται γραπτές και προφορικές πληροφορίες σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους, πώς, πού και πότε μπορούν να αντιμετωπιστούν και πότε και με ποιο τρόπο μπορεί να πραγματοποιηθεί μια διακομιδή, αν προκύψει ανάγκη.
- Η εργασία και ο σχεδιασμός με τη βοήθεια ενός Επιβλέποντος των Μαιών και την τοπική μαιευτική κλινική, έτσι ώστε να καταρτιστούν ρεαλιστικά σχέδια για τη φροντίδα στο σπίτι, και αν χρειαστεί, στην μαιευτική μονάδα.
- Συνεργασία με την τοπική υπηρεσία διακομιδών/ασθενοφόρων ώστε να γνωρί-

Πλαίσιο 35.1

Παράγοντες κινδύνου που καθιστούν αναγκαίο τον προγραμματισμένο τοκετό σε μαιευτική κλινική

- Νοσηρές καταστάσεις: καρδιακή νόσος, υπέρταση, άσθμα που απαιτεί επιπλέον αντιμετώπιση, κυστική ίνωση, αιμοσφαιρινοπάθεια, ενεργός ή ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου, διαταραχές των αιμοπεταλίων, άτυπα αντισώματα, γνωστή λοίμωξη από Στρεπτόκοκκο της Ομάδας Β που απαιτεί τη χρήση αντιβιοτικών κατά τον τοκετό, HIV, ηπατίτιδα Β και C, ενεργός τοξοπλάσμωση, ανεμειλογιά, ερυθρά, έρπητας των γεννητικών οργάνων, φυματίωση. Ανοσολογικές, ενδοκρινολογικές ή νεφρολογικές διαταραχές, διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας, επιληψία ή προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ψυχιατρικές διαταραχές που απαιτούν νοσηλεία, προηγηθείσα εκπυρήνιση, ινομυωμάτων/ υστεροτομή.
- Καταστάσεις σχετικές με την κύηση/τοκετό: προεκλαμψία, εκλαμψία στην παρούσα ή σε προηγούμενη κύηση, μικρό για την ηλικία κύησης έμβρυο, προηγούμενος εμβρυϊκός θάνατος, πολυ/ολιγοϋδράμιο, ανωμαλίες του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού/μελέτης Doppler, πολλαπλή κύηση, ανώμαλη προβολή, αιμορραγία, χρήση ουσιών, πρώιμος τοκετός ή αυτόματη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, αιμοσφαιρίνη <8.5 g/dL, δείκτης μάζας σώματος >35 Kg/m², πρόκληση τοκετού, διαβήτης της κύησης.
- Άλλοι παράγοντες ενδεικτικοί της ανάγκης της εξατομικευμένης εκτίμησης: σημεία αιμοσφαιρινοπάθειας, αιμοσφαιρίνη 8,5-10 g/dL, ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης, προηγούμενο κάταγμα λεκάνης, ιστορικό τοκετού νεογνού με βάρος >4,5 Kg, ιστορικό εκτενούς περινεϊκού τραύματος, ηλικία >35 έτη, πολυτοκία (>4 τέκνα), κωνοειδής βιοψία τραχήλου ή ινομύματα, ορισμένες καρδιαγγειακές, ενδοκρινολογικές, γαστρεντερολογικές και ανοσολογικές παθήσεις.

ζει τις ανάγκες και να είναι κατάλληλα προετοιμασμένη.

- Παρουσία επιπρόσθετων μελών της μαιευτικής ομάδας που να γνωρίζουν τη γυναίκα και να επανεκτιμούν τακτικά την κλινική της κατάσταση αυτοπροσώπως. Μπορεί επίσης να παρίστανται δύο μαιέες στον τοκετό με δυνατότητα άμεσης υποστήριξης από έναν Επιβλέποντα.
- Ύπαρξη αναλυτικού σχεδίου φροντίδας στην κατάρτιση του οποίου μπορεί να συμμετέχει και η γυναίκα και αν το επιθυμεί να το προσυπογράψει.
- Τακτικός έλεγχος και αναθεώρηση των σχεδίων καθώς η εγκυμοσύνη εξελίσσεται.

Για όλες τις γυναίκες προβλέπεται συνεχιζόμενη εκτίμηση κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού για να εξασφαλίζεται ότι ο προγραμματισμένος χώρος για τον τοκετό είναι πράγματι ο κατάλληλος.

ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Υπάρχουν πολλά άρθρα σχετικά με τον τοκετό στο οικιακό περιβάλλον, στα οποία ανακινούνται οι πολύ θετικές εμπειρίες από τις μαιέες και την πρακτική τους, σύμφωνα με αναφορές από τις γυναίκες που δέχτηκαν τις φροντίδες τους ή από τα μέλη της οικογένειάς τους (Collins & Kingdon 2014, Cook 2003, Dahlen 2012, Jones 2003, Kitzinger 2001). Οι περισσότερες μαιέες έχουν περιορισμένη εμπειρία από τοκετούς σε οικιακό περιβάλλον, όμως το ποσοστό αυτών που έχει πλούσια σχετική εμπειρία θεωρεί ότι ο τοκετός στο οικιακό περιβάλλον αποτελεί εμπειρία που ενισχύει την επαγγελματική κατάρτιση. Ορισμένες επιπρόσθετες δεξιότητες είναι επίσης χρήσιμες:

- Η πλήρης κατανόηση της φυσιολογίας του τοκετού και η πεποίθηση ότι η γυναί-

κα μπορεί να γεννήσει φυσιολογικά. Οι Gwillim & Charles (2013) θεωρούν ότι υπάρχει ο κίνδυνος ένας τοκετός στο σπίτι να εξελιχθεί σε νοσοκομειακού τύπου τοκετό αν η μαία δεν έχει την απαραίτητη αυτοπεποίθηση. Ο Floyd (1995) αναφέρει ότι η γυναίκα βιώνει εντονότερη αίσθηση «επιτυχίας» όταν η μαία έχει θετική συμπεριφορά, αυτοπεποίθηση, ικανότητες και προθυμία.

- Η εκτέλεση θεμελιωδών μαιευτικών διαδικασιών με προορισμένη χρήση εξοπλισμού, π.χ. στηθοσκόπιο Pinard και φορητός υπέρηχος Doppler, αντί για καρδιοτοκογράφο, τοκετός σε εναλλακτικές θέσεις, διαχείριση του άλγους με περιορισμένη διαθεσιμότητα φαρμακευτικών προϊόντων.
- Η «ενεργός αδράνεια»: Οι γυναίκες που προγραμματίζουν τον τοκετό στο οικιακό τους περιβάλλον συχνά ασκούν υψηλότερο επίπεδο ελέγχου. Η μαία μπορεί να αισθάνεται περιττή αλλά στην πραγματικότητα πρέπει να συμπαρασταθεί στην γυναίκα, να παραμένει σε εγρήγορση και έτοιμη να παρέμβει, παρατηρώντας για παράδειγμα τα σημεία της εξέλιξης του τοκετού ενώ φαινομενικά παραμένει αδρανής. Ως φιλοξενούμενη στο σπίτι της γυναίκας, η μαία οφείλει να είναι χαλαρή, προσεκτική, λαμβάνοντας τη θέση της μέσα στις περιστάσεις και τα γεγονότα, ενώ συνεχίζει να ασκεί το πλήρες εύρος των καθηκόντων της στην διεξαγωγή του τοκετού και στην υποστήριξη της γυναίκας. Η διάθεση και το κλίμα που επικρατεί στο οικιακό περιβάλλον επιδρούν στις λεπτές ισορροπίες των ορμονικών αλληλεπιδράσεων που απαιτούνται φυσιολογικά για την διεξαγωγή του τοκετού (Russel 2008). Η Odent (1996) περιγράφει το ρόλο της μαιέας ως: το άτομο που παρακολουθεί, αναμένει και εμπιστεύεται την ικανότη-

τα της γυναίκας να προχωρήσει με τον τοκετό. Η Dahlen (2012) παίρνει μαζί το πλεκτό της! Αναγνωρίζει ότι έτσι βοηθά τη γυναίκα να γνωρίζει ότι η μαία θεωρεί ότι όλα πάνε καλά, ενώ ως μαία η ίδια κατανοεί καλύτερα τις ανάγκες της γυναίκας.

- Ευελιξία και προσαρμοστικότητα π.χ. για τη διατήρηση των μέτρων προφύλαξης, για την εφαρμογή των οδηγιών για άσηπτο τεχνική ή για την διατήρηση των πρωτοκόλλων υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία σε ένα άγνωστο περιβάλλον. Οι μαίες επίσης πιστεύουν ότι η ικανότητά τους για λήψη αποφάσεων και η επαγγελματική τους αυτονομία ενισχύονται κατά την διενέργεια τοκετών σε οικιακό περιβάλλον.
- Η διαχείριση απρόσμενων ή επειγουσών καταστάσεων για την μητέρα και το παιδί όταν η βοήθεια είναι διαθέσιμη μερικά χιλιόμετρα ή μερικά λεπτά μακριά. Όπως προαναφέρθηκε, η μαία πρέπει να διατηρεί τις δεξιότητές της, ιδίως αυτές που σχετίζονται με επείγουσες καταστάσεις όπως την αναζωογόνηση, την αντιμετώπιση της αιμορραγίας, τη δυστοκία του ώμου και την ισχιακή προβολή. Στο οικιακό περιβάλλον τα συμβάντα αυτά μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστούν μόνο από τη μαία (Magill-Curden (2012).

Η ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η καλή προετοιμασία είναι απαραίτητη για τους διάφορους εμπλεκόμενους οργανισμούς και φορείς.

Υπηρεσίες μητρότητας

Η κάθε υπηρεσία, είτε εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας είτε ανεξάρτητη, θα πρέ-

πει να έχει εξετάσει ως ολότητα την παροχή φροντίδας για τον τοκετό στο οικιακό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και ενημέρωσης των μαιών, της οικονομικής κάλυψης εξόδων όπως για κινητά τηλέφωνα και για τον απαραίτητο εξοπλισμό για τον τοκετό, καθώς και θεμάτων όπως η διαθεσιμότητα μαιών, και συστημάτων παρομομπής και μεταφοράς. Στα πλαίσια της λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών, είναι πιθανό ότι γίνονται συχνά εκτιμήσεις της διαχείρισης του κινδύνου. Ωστόσο θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για εκείνες τις γυναίκες που ενώ δεν εμπίπτουν στην κατηγορία του χαμηλού κινδύνου, εξακολουθούν να επιθυμούν ο τοκετός να λάβει χώρα στο οικιακό τους περιβάλλον. Τα πρωτόκολλα θα πρέπει να ξεκαθαρίσουν εάν αναμένεται οι μαίες να εκτελούν διεργασίες, όπως για παράδειγμα η τοποθέτηση ενδοφλεβίου καθετήρα σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης.

Η μαία

Η γνώση της γεωπολιτικής και κοινωνικοοικονομικής γεωγραφίας της περιοχής από την μαία θεωρείται ιδιαίτερα βοηθητική. Η γνώση αυτή μπορεί να αναδείξει κάποιους δυνητικούς παράγοντες κινδύνου για την προσωπική ασφάλεια, π.χ. αν πρέπει να ενεργοποιηθεί το πρωτόκολλο του Μοναχικού Εργαζόμενου, αν το σημείο δράσης είναι απομακρυσμένο και δυσπρόσιτο. Ισοδύναμης αξίας είναι οι καλές εργασιακές σχέσεις μέσα στην ομάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι έτσι γίνεται ευκολότερη η διαχείριση προβλημάτων και διευκολύνεται η επικοινωνία η οποία συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη φροντίδα της γυναίκας. Η εξοικείωση με θέματα όπως η κλήση δεύτερης μαίας και η επικοινωνία με τον προϊστάμενο των μαιών αποτελεί ουσιώδη προϋπόθεση για την ασφάλεια της διεργασίας. Το Royal College

of Midwives (RCM 2002), επισημαίνει πολύ σωστά ότι οι μαίες είναι ικανές να φέρουν εις πέρας ένα φυσιολογικό τοκετό. Η ουσία βρίσκεται στη διαχείριση του τοκετού στο σπίτι με αυτοπεποίθηση και με ορθή κρίση και αντίδραση στην περίπτωση εμφάνισης κάποιας ανωμαλίας.

Εξοπλισμός

Ο εξοπλισμός (Πλαίσιο 35.2) θα πρέπει να αποθηκεύεται, να χρησιμοποιείται, να συντηρείται, να καθαρίζεται και να επαναποθηκεύεται σωστά. Η μαία θα πρέπει να είναι εξοικειωμένη και με την θέση και με την χρήση του εξοπλισμού. Ορισμένα υλικά του εξοπλισμού (π.χ. εξοπλισμός για τον έλεγχο της πρωτογενούς αιμορραγίας μετά τον τοκετό ή για αναζωογόνηση) θα πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμα και να μεταφέρονται εύκολα στο οικιακό περιβάλλον μαζί με την γυναίκα. Η πρόσβαση στα αναγκαία φάρμακα ακολουθεί το τοπικό πρωτόκολλο και τα πρότυπα του NMC (NMC 2007). Τα φάρμακα επίσης πρέπει να φυλάσσονται κατάλληλα, να βρίσκονται εντός του χρονικού ορίου χρήσης και να αποθηκεύονται σωστά. Η πεθιδίνη συνήθως χορηγείται προσωπικά στην ασθενή από τον οικογενειακό ιατρό της (βλέπε Κεφάλαιο 18).

Κατά κανόνα, μέχρι τις 36 εβδομάδες κύησης η μαία θα έχει περάσει κάποιο χρονικό διάστημα στο σπίτι της γυναίκας. Έτσι δίνεται η ευκαιρία συζήτησης για πρακτικά θέματα, όπως την πρόσβαση τη νύχτα, ποιος άλλος θα είναι παρών, αν στην περιοχή έχει σήμα το κινητό, πού αναμένει η γυναίκα να γεννήσει, αν θα είναι παρόντα παιδιά ή κατοικίδια ζώα και ποιο θα είναι το σχέδιο σε περίπτωση ανάγκης διακομιδής.

Είναι λογικό κάποια μέρη του εξοπλισμού να παραμείνουν στο σπίτι της γυναίκας, και υπάρχουν τοπικά εγκεκριμένες διαδικασίες

Πλαίσιο 35.2

Ο προτεινόμενος εξοπλισμός για χρήση κατά τον τοκετό σε οικιακό περιβάλλον

- Εξοπλισμός για την εκτίμηση πριν τον τοκετό όπως το στηθοσκόπιο Pinard και/ ή εμβρυϊκό Doppler (αδιάβροχο) και gel, εφεδρικές μπαταρίες, σφυγμομανόμετρο, θερμόμετρο, εξοπλισμός φλεβοπαράκντησης, δοχείο αιχμηρών αντικειμένων, μάκτρα και αντισηπτικό υλικό, stick αντιδραστηρίων, φιαλίδια αιμοληψίας ή δειγματοληψίας ούρων, φακός, ψαλίδι, μετροταινία, γάντια (αποστειρωμένα και μη αποστειρωμένα), φόρμες καταγραφής.
- Εξοπλισμός τοκετού που συμπεριλαμβάνει αποστειρωμένα σετ τοκετού, κολπικής εξέτασης και συρραφής, αποστειρωμένη μπλούζα, ποδιές και άλλα τεμάχια προστατευτικού εξοπλισμού, ουροκαθετήρες, αμνιοτόμος με αγκιστρωτό άκρο, μητροσκόπιο και λιπαντικό gel, εξοπλισμό εγκατάστασης φλεβικής γραμμής, ενδοφλέβια διαλύματα και συσκευές έγχυσης, εξοπλισμό συρραφής, φακό (κατά προτίμηση αδιάβροχο), φάρμακα (βλ. παρακάτω), υπόθετα, δοχείο μεταφοράς του πλακούντα, σακούλες απορριμμάτων, θερμόμετρο ύδατος, φόρμες καταγραφής της φροντίδας κατά τον τοκετό, καθώς και δήλωση γεννήσεως, ταυτότητα για το νεογνό και κάρτες διαχείρισης επείγουσας κατάστασης, κινητό τηλέφωνο και φορτιστή.
- Φάρμακα: Σύμφωνα με τις διατάξεις σχετικά με τη Δικαιοδοσία της Μαίας και τους τοπικούς κανονισμούς για την οδηγία συνταγογράφησης ομάδας ασθενών (βλ. Κεφάλαιο 18): μητροσυσπαστικά (συντομητρίνη, συντοκινόνη [τρίτο στάδιο και μεταγεννητική αιμορραγία], εργομητρίνη), λιδοκαΐνη 1% για τη συρραφή, πεθιδίνη (συχνά τη χορηγεί ο οικογενειακός ιατρός), ναλοξόνη, βιταμίνη K, Entonox, οξυγόνο, ενδοφλέβια υγρά: κρυσταλλοειδή και κολλοειδή.
- Εξοπλισμός ανάνηψης για τη μητέρα και το νεογνό, που περιλαμβάνει οξυγόνο (συνοδευόμενο από σωληνώσεις, αε-

ραγωγούς, ασκούς και μάσκες), αναρρόφηση με καθετήρες κατάλληλους για την μητέρα και το νεογνό, στηθοσκόπιο, χρονόμετρο, πηγή θερμότητας και πιθανώς ενδοτραχειακούς σωλήνες και λαρυγγοσκόπιο ανάλογα με το τοπικό πρωτόκολλο, ταινίες μέτρησης σακχάρου και βελόνες. Το Συμβούλιο Αναζωογόνησης του Ηνωμένου Βασιλείου (2011) προτείνει μια λεπτομερή λίστα - βλ. βιβλιογραφία για την εν λόγω ιστοσελίδα.)

- Εξοπλισμός που προορίζεται για τη χρήση μετά την ολοκλήρωση του τοκετού, που περιλαμβάνει ζυγαριά για το νεογνό, εξοπλισμό για την εξέταση του νεογνού και καταγραφή της εξέτασης όπως φόρμες καταγραφής της νεογνικής εξέτασης και βιβλιάριο υγείας του παιδιού, γραπτές οδηγίες για ασκήσεις και συμβουλές, έγγραφα καταγραφής της μεταφοράς, υλικά απολίνωσης και διατομής του ομφάλιου λώρου, ταυτότητα χειρός για τα νεογνά και βιταμίνη Κ.

Προσαρμοσμένο από RCM 2003, Dahlen 2012 & Gwillim & Charles 2013

που ρυθμίζουν τη διαχείριση αυτών, όπως π.χ. των φαρμάκων. Η μαία θα πρέπει να προμηθευτεί μόνη της τα στερεά και υγρά είδη διατροφής που θα καταναλώσει.

Η γυναίκα και τα μέλη της οικογένειας

Προφανώς, κατά τον προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι η γυναίκα θα είναι καλά προετοιμασμένη. Το Royal College of Midwives (RCM 2003) συστήνει την προμήθεια ειδών όπως πλαστικά σεντόνια, πετσέτες, σακούλες απορριμμάτων, ελαφρά φαγητά και ποτά, εναλλακτικές πηγές θέρμανσης και φωτισμού, εξοπλισμό μασάζ, κατάλληλο ρουχισμό για την μητέρα και το νεογνό, μαξιλάρια, πεθιδί-νη και καλαμάκια (Dahlen 2012). Η Gwillim

(2009), συστήνει την χρήση ενός καλύμματος τοκετού, διαστάσεων 1x1,5 m, κατασκευασμένου από πολυαιθυλένιο, φύλλα παλαιών εφημερίδων και ένα παλιό σεντόνι. Όλα τα υλικά είναι κολλημένα μεταξύ τους και απορρίπτονται μετά τον τοκετό. Η κακή οικονομική κατάσταση της οικογένειας δεν θα πρέπει να θεωρείται εμπόδιο για την διεξαγωγή του τοκετού στο οικιακό περιβάλλον. Σε αυτή την περίπτωση, η μαία θα μπορεί να βοηθήσει παρέχοντας μερικά από τα απαραίτητα υλικά. Η γυναίκα θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένη για το που και πως θα μπορεί να επικοινωνήσει με την μαία και για τα σημεία επικείμενου τοκετού. Η οικογένεια και τα άτομα που υποστηρίζουν τη γυναίκα θα πρέπει επίσης να έχουν την ευκαιρία να λύσουν τις απορίες τους και να λάβουν διαβεβαιώσεις.

ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- Γνώση του τρόπου επικοινωνίας με την μαία και της ανάγκης κλήσης άλλου ατόμου πλην της μαίας, π.χ. επικοινωνία με την αίθουσα τοκετού ή με τη δεύτερη μαία.
- Εκτίμηση κατά την άφιξη: Είναι ο τοκετός σε εξέλιξη; Μπορεί η μαία να απομακρυνθεί και να επιστρέψει μετά την πάροδο συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος ή να αναπαυθεί σε άλλο δωμάτιο για λίγο; Είναι απαραίτητη η παρουσία μιας δεύτερης μαίας για τον επικείμενο τοκετό; Αυτή η εκτίμηση θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει το ιστορικό της κύησης μέχρι εκείνη τη στιγμή, με όλες τις εκτιμήσεις καταγεγραμμένες στο αρχείο της γυναίκας. Θα πρέπει να επιβεβαιωθεί η καλή κατάσταση της μητέρας και του εμβρύου, να διεγερθεί ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας της γυναί-

κας, ενώ η ανάγκη κοιλιακής εξέτασης εξαρτάται από τις κλινικές ενδείξεις και την επιθυμία της γυναίκας.

- Ευκαιρία να διαμορφωθεί ο χώρος εργασίας: Είναι χρήσιμο να διαμορφωθεί ένας κατάλληλος χώρος για την τοποθέτηση του εξοπλισμού καθώς και για την πιθανή ανάγκη ανάνηψης (που να παρέχει τη δυνατότητα εύκολης μεταφοράς εάν είναι δυνατό). Επίσης είναι απαραίτητο να διαμορφωθεί και κάποιος χώρος όπου θα γίνεται καταγραφή των διεργασιών που εκτελέστηκαν. Φροντίστε κατά τη φάση αυτή να επικοινωνήσετε με την δεύτερη μαία και να ενημερώσετε για τον όλο προγραμματισμό (εάν δεν έχετε ήδη επικοινωνήσει).
- Η συνεχιζόμενη φροντίδα του τοκετού: Η φροντίδα αυτή είναι ίδια για όλες τις γυναίκες στη φάση του τοκετού και περιλαμβάνει όλες τις εκτιμήσεις της εξέλιξης του τοκετού και της κατάστασης της μητέρας και του εμβρύου. Είναι πιθανό ότι η γυναίκα σε αυτή τη φάση θα είναι κινητική και ότι θα χρησιμοποιεί τα έπιπλα και τα άτομα του περιβάλλοντός της για να τροποποιήσει τη στάση της και να ανακουφιστεί από τον πόνο. Μπορεί επίσης να κάνει τακτικά μπάνιο ή ντους, να τρώει και να πίνει όπως επιθυμεί, να χρησιμοποιεί την τουαλέτα και να ασχολείται με άλλα πράγματα (π.χ. να σιδερώνει) έτσι ώστε να αποσπάται η προσοχή της. Καθώς ο τοκετός εξελίσσεται η μαία είναι πιθανό να παρατηρήσει εσωστρέφεια της γυναίκας, καθώς αυτή έχει λιγότερη διάθεση για συζήτηση και υψηλότερο επίπεδο συγκέντρωσης. Η μαία θα χρησιμοποιήσει την τακτική της «ενεργού αδράνειας» που περιγράφηκε νωρίτερα και είναι πιθανό να αρχίσει να αντιλαμβάνεται ενστικτωδώς την εξέλιξη του τοκετού. Εάν έχει προγραμματιστεί τοκετός σε νερό,

ο αναγνώστης παραπέμπεται στο Κεφάλαιο 36.

- Το δεύτερο στάδιο του τοκετού: Η γυναίκα είναι πιθανό να εξωθεί φυσιολογικά χρησιμοποιώντας τα έπιπλα και τα όποια υποστηρικτικά μέσα βρίσκονται κοντά της. Σε αυτή τη φάση η μαία πρέπει να παραμένει σε εγρήγορση για σημεία έναρξης του δεύτερου σταδίου του τοκετού, για σημεία ενδεικτικά της κατάστασης της μητέρας και του εμβρύου και για τις ενδείξεις της προόδου του τοκετού (Βλέπε Κεφάλαιο 31 για περισσότερες λεπτομέρειες). Εάν δεν παρευρίσκεται ήδη στο χώρο θα πρέπει να κληθεί και η δεύτερη μαία. Η Dahlen (2012) υποστηρίζει την παρουσία δεύτερης μαίας και οι Collins & Kingdon (2014) επισημαίνουν ότι οι μαίες τους πάντα λειτουργούν σε ζευγάρια. Η μαία θα πρέπει να φροντίζει και για τη δική της ασφάλεια (π.χ. υπερβολική τάση στην οσφύ) καθώς προσπαθεί να εργαστεί προσαρμοζόμενη στη θέση της γυναίκας. Αυτό ισχύει και για το νοσοκομειακό τοκετό, αλλά στο σπίτι οι καναπέδες, τα κρεβάτια κλπ. έχουν σταθερό ύψος, συνήθως δε χαμηλό. Μια θερμοφόρα ή θερμάστρα μπορεί να χρειαστεί για να θερμάνει τις πετσέτες πριν σκεπάσουν το νεογνό (βεβαιωθείτε ότι η θερμοφόρα έχει απομακρυνθεί).
- Το τρίτο στάδιο του τοκετού: Μερικές γυναίκες επιλέγουν η αντιμετώπιση κατά τη φάση αυτή να γίνει στο οικιακό περιβάλλον. Αυτό προϋποθέτει ότι η μαία έχει καλή γνώση της φυσιολογίας του τοκετού και είναι ικανή να αναλάβει τη φροντίδα αυτή (βλέπε Κεφάλαιο 32). Ο πλακούντας παραμένει ιδιοκτησία της γυναίκας. Ωστόσο μερικές μαίες τον απομακρύνουν από την οικία της γυναίκας σε κατάλληλο περιέκτη και τον απορρίπτουν με τη διαδικασία που εφαρμόζεται και στους τοκετούς στο νοσοκομείο.

Εάν η γυναίκα επιθυμεί να τον κρατήσει θα πρέπει η μαία να της δώσει οδηγίες για τον ενταφιασμό του σε ικανό βάθος μέσα στον κήπο ή για να συμβουλευτεί την υπηρεσία προστασίας του περιβάλλοντος. Η μαία θα πρέπει να αυτοσχεδιάσει, έτσι ώστε να εξετάσει το γεννητικό σωλήνα με επαρκή φωτισμό και ευκρίνεια. Εάν απαιτείται συρραφή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν καρέκλες για τη στήριξη των κάτω άκρων της γυναίκας, ενώ μπορεί να απαιτηθεί η χρήση κάποιας ανένδοτης επιφάνειας για την υποστήριξη των γλουτών της. Η διαχείριση του εξοπλισμού είναι η ίδια με αυτή που γίνεται στους τοκετούς σε νοσοκομειακό περιβάλλον και ακολούθως ο εξοπλισμός επιστρέφεται στο νοσοκομείο.

- Η φροντίδα του νεογνού: Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στη φροντίδα του νεογνού στο σπίτι από αυτή στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Εάν απαιτείται ανάνηψη, η απόφαση για κλήση βοήθειας λαμβάνεται άμεσα και η μαία ακολουθεί τις κατευθυντήριες οδηγίες του Συμβουλίου Αναζωογόνησης (βλέπε Κεφάλαιο 56). Η φροντίδα με διασφάλιση της δερματικής επαφής παρέχεται όπως και σε κάθε άλλο τοκετό, με ενθάρρυνση της γρήγορης έναρξης του θηλασμού. Λαμβάνεται μέριμνα ώστε τις επόμενες 24-48 ώρες να γίνει επανεκτίμηση του νεογνού από τον κατάλληλο επαγγελματία υγείας.
- Η μεταφορά στο νοσοκομείο: Η μαία θα πρέπει να έχει στη διάθεσή της συστήματα διακομιδής και αριθμούς παραπομπής της γυναίκας. Συχνά η παραπομπή γίνεται στον εγγύτερο υπεύθυνο γιατρό της μονάδας τοκετών ή άμεσα στο μαιευτήρα. Επίσης μπορεί να συμβουλευτεί την προϊσταμένη μαία ενώ μπορεί να επικοινωνεί άμεσα με την υπηρεσία ασθενοφόρων. Η μεταφορά στο νοσοκομείο σε

περίπτωση επείγουσας κατάστασης γίνεται με τη χρήση ασθενοφόρου, ενώ μια μη επείγουσα μεταφορά μπορεί να γίνει με το ίδιο το μεταφορικό μέσο της γυναίκας, εάν αυτό δεν είναι αντίθετο προς τα κατά τόπους πρωτόκολλα μεταφοράς. Για τη γυναίκα μπορεί να είναι πολύ δύσκολη η παραπομπή και τα πιθανά κριτήρια παραπομπής θα πρέπει να συζητηθούν μαζί της εκ των προτέρων αλλά και κατά την άφιξη της μαίας για τον τοκετό. Η εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τη γυναίκα πριν τον τοκετό, είναι πιθανό να καταστήσει ευκολότερη τη διαδικασία μεταφοράς. Στην περίπτωση επείγουσας μεταφοράς είναι βοηθητικό να υπάρχει συμπληρωμένη μια κάρτα (με προσθήκη των λεπτομερειών την τελευταία στιγμή) την οποία θα μπορεί να αναγνώσει κάποιο μέλος της οικογένειας κατά την επικοινωνία με την υπηρεσία ασθενοφόρων. Η διατήρηση ανοικτής της εξώπορτας και η εξασφάλιση φωτισμού μπορεί να εξασφαλίσει πολύτιμο χρόνο. Στην περίπτωση που παρευρίσκεται κάποιος επαγγελματίας υγείας, η μαία θα πρέπει να έχει επίγνωση ότι η γυναίκα παραμένει δική της ευθύνη.

- Καταγραφή: Η καταγραφή κατά τον τοκετό στο οικιακό περιβάλλον είναι το ίδιο λεπτομερές με τον τοκετό στο νοσοκομείο και περιλαμβάνει όλες τις εκτιμήσεις, συζητήσεις, παραπομπές και ενέργειες. Τα διαγράμματα, οι σημειώσεις τοκετού κτλ. μπορούν να φυλάσσονται στην οικία της γυναίκας. Τα σημεία της καταγραφής που απαιτούν την χρήση υπολογιστή και δικτύου θα συμπληρωθούν από την μαία όπως έχει συμφωνηθεί.
- Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας: Περιστασιακά, οι γυναίκες μπορεί να καλούν για βοήθεια και άλλους επαγγελματίες, όπως για παράδειγμα αρωματοθεραπευτές. Η μαία θα πρέπει να διασφαλίσει ότι

εκείνη είναι η επαγγελματικά υπεύθυνη για τη διεξαγωγή του τοκετού, τόσο η δραστηριότητα της γυναίκας όσο και όποιου άλλου επαγγελματία, έχει περιορισμένα όρια. Έτσι εάν για οποιοδήποτε λόγο κριθεί από τη μαία απαραίτητη η διακοπή της συμπληρωματικής θεραπείας, αυτό θα γίνει κατανοητό.

- Αποχώρηση μετά τον τοκετό: η μαία γενικά αποχωρεί όταν:
 - τα ζωτικά σημεία της μητέρας βρίσκονται εντός του φυσιολογικού
 - η μήτρα έχει συσπαστεί ικανοποιητικά και υπάρχει η αναμενόμενη ποσότητα λοχειών. Η συρραφή έχει ολοκληρωθεί, έχει χορηγηθεί αναλγητική αγωγή, πιθανώς έχει γίνει και ένα μπάνιο και η γυναίκα έχει ουρήσει
 - το νεογνό έχει σιτισθεί, η θερμοκρασία του είναι φυσιολογική και η προσαρμογή του στην εξωμήτρια ζωή έχει γίνει χωρίς επιπλοκές. Οι γονείς ευαισθητοποιούνται να παρακολουθήσουν ότι το νεογνό αποβάλλει ούρα και μηκόνιο εντός των πρώτων 24 ωρών
 - η οικογένεια διαθέτει τους αναγκαίους αριθμούς τηλεφώνου προκειμένου να καλέσει οποιαδήποτε ώρα και έχει ενημερωθεί επακριβώς για τις ενδείξεις και για το ποια θέματα θα πρέπει να αναφερθούν, π.χ. απουσία διούρησης για 6 ώρες, αυξανόμενος πόνος, σημεία αιμορραγίας ή αποβολή θρόμβων από τον κόλπο, δυσχέρεια σίτισης του νεογνού, μεταβολές στη χροιά του δέρματός του (ωχρότητα/κυάνωση) ή του μυϊκού τόνου, ή οποιαδήποτε άλλη ανησυχία των γονέων
 - έχει συμφωνηθεί συγκεκριμένη ώρα της επόμενης επικοινωνίας, συχνά αργότερα την ίδια ημέρα, ή το επόμενο πρωί

- η μαία είναι σίγουρη ότι όλα βαίνουν ομαλά, έχει συμπληρώσει τα αρχεία και έχει τακτοποιήσει όλο τον εξοπλισμό.

Είναι πιθανό να έχει περάσει πάνω από μία ώρα από τον τοκετό· η μία ώρα είναι ο ελάχιστος χρόνος που η μαία οφείλει να περάσει μαζί με τη γυναίκα και το νεογνό.

- Η επικοινωνία παρουσία δυσχερειών: Σε ορισμένες περιπτώσεις οι γυναίκες κάνουν επιλογές με τις οποίες οι μαιές δεν αισθάνονται άνετα, όπως για παράδειγμα ο χαμηλός φωτισμός με κεριά. Η σωστή προετοιμασία, η συνεχής φροντίδα και οι ευκαιρίες για δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με την γυναίκα θα διευκολύνει την επίλυση τέτοιων προβλημάτων.
- Η αυτοαξιολόγηση: Η διεύθυνση της κάθε υπηρεσίας ελέγχει την αποτελεσματικότητά της διαμέσου διεργασιών αξιολόγησης, οι οποίες επιπλέον βοηθούν τις μαιές να εκτιμήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν και να εντοπίσουν πτυχές που επιδέχονται βελτίωσης. Η αυτοαξιολόγηση διευκολύνει τις λιγότερο έμπειρες μαιές να αναπτύξουν αυτοπεποίθηση στην διαχείριση του τοκετού σε οικιακό περιβάλλον, έχοντας την υποστήριξη του επιβλέποντος των μαιών.

Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Όταν ο τοκετός διεξάγεται στο οικιακό περιβάλλον προγραμματίστη, η μαία μπορεί να κληθεί αμέσως μετά την υπηρεσία ασθενοφόρων. Είναι απαραίτητη η ταχεία εκτέλεση ορισμένων εκτιμήσεων:

- Νεογνό: χρειάζεται αναζωογόνηση; Έχει υποθερμία; Ποια ήταν η ηλικία της κύησης; Που διεξήχθη ο τοκετός; (μερικές φορές στην τουαλέτα). Του έχει χορηγη-

θεί τροφή;

- Μητέρα: ήταν οξύς τοκετός; Ο πλακούντας βρίσκεται ακόμα εντός μήτρας; Υπάρχει αιμορραγία; Ποια είναι η κατάσταση του περινέου; Ποια είναι η ομάδα αίματος; Πώς είναι τα ζωτικά σημεία;

Οι απροσδόκητοι τοκετοί στο σπίτι (ή και αλλού) προκαλούν αμηχανία στις μητέρες, τα νεογνά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Ο τοκετός συνήθως είναι γρήγορος και υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας. Το νεογνό μπορεί να είναι υποθερμικό και συχνά ο πλακούντας δεν έχει αποβληθεί. Η μαία πρέπει να ιεραρχήσει γρήγορα με σειρά σπουδαιότητας και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις ανάγκες πριν αποφασίσει αν απαιτείται μεταφορά στο νοσοκομείο. Η απόφαση αυτή λαμβάνεται σε συνεργασία με τη γυναίκα και την οικογένειά της, ειδικά αν η παραμονή στο σπίτι προβάλλει σαν αποδεκτή εναλλακτική. Η μαία αφιερώνει όσο χρόνο χρειάζεται για να τεκμηριώσει ότι όλα βαίνουν καλώς προτού αποχωρήσει. Τα αρχεία συμπληρώνονται με τον καθιερωμένο τρόπο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

- Η παροχή φροντίδας κατά τον προγραμματισμένο τοκετό σε οικιακό περιβάλλον σε υγιείς γυναίκες μπορεί να παρίστα μια πολύ ικανοποιητική εμπειρία για τη μαία και την οικογένεια.
- Κατά τον τοκετό στο οικιακό περιβάλλον χρησιμοποιείται μια ποικιλία νέων αλλά και προϋπαρχουσών δεξιοτήτων. Η διατήρηση δεξιοτήτων όπως της ανάνηψης και της εφαρμογής ασκήσεων αντίδρασης σε επείγουσα κατάσταση είναι ουσιώδης.
- Η προετοιμασία, όλων των εμπλεκόμενων μερών, συνεισφέρει στην παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντί-

δας. Η προετοιμασία αφορά σε θέματα όπως η χορήγηση φαρμάκων, η χρήση εξοπλισμού, η προσβασιμότητα σε άλλους επαγγελματίες υγείας και τα συστήματα διακομιδής.

- Πολλές πτυχές της φροντίδας στο σπίτι αντανακλούν τη φροντίδα στο νοσοκομειακό περιβάλλον αλλά η μαία συχνά απαιτείται να χρησιμοποιήσει πλήρως την επαγγελματική της αυτονομία. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές όταν συμβεί κάτι απρόσμενο ή εάν η γυναίκα δεν εμπίπτει στην κατηγορία του χαμηλού κινδύνου.
- Θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να προστατεύεται η ασφάλεια της μαίας.

ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Αυτά συνοψίζονται ως εξής:

- αποτελεσματική συνεργασία με τη γυναίκα και τις υπόλοιπες υπηρεσίες κατά την εγκυμοσύνη, ώστε να σχεδιαστεί ένας ασφαλής και άνετος τοκετός στο σπίτι
- επαγγελματικός λεπτομερής σχεδιασμός της φροντίδας κατά τον τοκετό, που διεξάγεται σε μη οικείο περιβάλλον αλλά σύμφωνα με όλους τους κανόνες και τα πρωτόκολλα που καθορίζουν την ασφαλή και αποτελεσματική πρακτική
- αναγνώριση των αποκλίσεων από το φυσιολογικό, κατάλληλη αντιμετώπιση και διερεύνηση της ανάγκης διακομιδής
- αναλυτική και έγκαιρη τήρηση αρχείων.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι απαντήσεις στις παρακάτω ερωτήσεις βρίσκονται στο κείμενο:

1. Αναφέρετε τα κριτήρια σταδιοποίησης των γυναικών ως χαμηλού κινδύνου για τον τοκετό σε οικιακό περιβάλλον.

2. Συζητήστε τις δεξιότητες που απαιτούνται από τις μαίες ώστε να διεξάγουν με ασφάλεια τοκετού σε οικιακό περιβάλλον.
3. Απαριθμήστε τα μέρη του εξοπλισμού που είναι απαραίτητα για την διεξαγωγή του τοκετού στο οικιακό περιβάλλον.
4. Συνοψίστε τις διαφορές μεταξύ της παροχής φροντίδας κατά τον τοκετό στο οικιακό ένα-ντι του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.
5. Σε ποιον θα αποταθεί η μαία εάν παρατηρηθεί κάποια απόκλιση από το φυσιολογικό;
6. Συζητήστε τις εκτιμήσεις που θα πρέπει να γίνουν κατά την άφιξη της μαίας μετά την ολοκλήρωση του τοκετού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- BirthChoiceUK, 2011. Index of National Maternity Statistics. Available online: <<http://www.birthchoiceuk.com/Professionals/statistics.htm>> (accessed 1 March 2015).
- BIECG (Birthplace in England Collaborative Group), 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *Br. Med. J.* 343 (d7400), 1756–1833.
- Collins, M., Kingdon, C., 2014. One to One midwives: first-year outcomes of a midwifery-led model. *Br. J. Midwifery* 22 (1), 15–21.
- Cook, M., 2003. A 'beautiful' birth. *MIDIRS Midwifery Digest* 13 (4), 447–448.
- Dahlen, H., 2012. Homebirth: ten tips for safety and survival. *Br. J. Midwifery* 20 (12), 872–876.
- Floyd, L., 1995. Community midwives' views and experience of home birth. *Midwifery* 11, 3–10.
- Gwillim, J., 2009. Home birth. In: Chapman, V., Charles, C. (Eds.), *The Midwife's Labour and Birth Handbook*, second ed. Wiley-Blackwell, Oxford, pp. 83–92.
- Gwillim, J., Charles, C., 2013. Home birth. In: Chapman, V., Charles, C. (Eds.), *The Midwife's Labour and Birth Handbook*, third ed. Wiley-Blackwell, Chichester, pp. 102–116.
- Jones, D., 2003. Midwifery supervision and home births. *Midwives* 6 (9), 386–388.
- Kitzinger, S., 2001. Becoming a mother. *MIDIRS Midwifery Digest* 11 (4), 445–447.
- Magill-Curden, J., 2012. Choosing homebirth. In: Steen, M. (Ed.), *Supporting Women to Give Birth at Home*. Routledge, Abingdon, p. 39 (Chapter 2).
- McNutt, A., Thornton, T., Sizer, P., et al., 2013. Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. *Midwifery* 30, 839–846.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence), 2014. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. Clinical Guideline 190. NICE, London. Available online: <<http://www.nice.org.uk/guidance/CG190>> (accessed 27 February 2015).
- NMC (Nursing and Midwifery Council), 2007. Standards for Medicines Management. NMC, London.
- Odent, M., 1996. Why labouring women don't need support. *Mothering* 80, 47–51.
- ONS (Office for National Statistics), 2012. Births in England and Wales by Characteristics of birth 2. Available online: <<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsobl/characteristics-of-birth-2--england-and-wales/2012/sb-characteristics-of-birth-2.html>> (accessed 27 February 2015).
- RCM (Royal College of Midwives), 2002. Home Birth Handbook, vol. 1: Promoting home birth. RCM Trust, London. 47.
- RCM (Royal College of Midwives), 2003. Home Birth Handbook, vol. 2: Practising home birth. RCM Trust, London.
- RCOG/RCM (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/ Royal College of Midwives), 2007. Home Births Joint statement No.2. RCOG, London.
- Resuscitation Council UK, 2011. Equipment used in homebirth May 2011. Available online: <<https://www.resus.org.uk/quality-standards/equipment-used-in-homebirth/>> (accessed 9 November 2015).
- Russell, K., 2008. Watching and waiting: the facilitation of birth at home. In: Edwins, J. (Ed.), *Community Midwifery Practice*. Blackwell Publishing, Oxford, pp. 25–46.