



LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

SLAUGOS FAKULTETAS

SLAUGOS KLINIKA

KLAUDIJA PAULAUSKAITĖ

**MOTERŲ PO CEZARIO PJŪVIO OPERACIJOS
PASITENKINIMAS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS IR ŽINDYMO
SĖKMĖ**

**Magistro studijų programos „Slaugos lyderystė“ (valst. Kodas 6211GX009) baigiamasis
darbas**

Darbo vadovas

Doc. Dr. Alina Vaškelytė

KAUNAS, 2021

TURINYS

SANTRAUKA	4
ABSTRACT	5
SANTRUMPOS	6
ŽODYNĖLIS.....	7
ĮVADAS	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA	10
1.1. Priežiūra po cezario pjūvio operacijos.....	10
1.1.1. Moterų pasitenkinimas priežiūros paslaugomis po cezario pjūvio operacijos	12
1.1.2. Oda – oda kontaktas po cezario pjūvio operacijos	14
1.1.2.1 Oda – oda kontakto reikšmė naujagimiui po operacijos.....	14
1.1.2.2. Oda – oda kontakto reikšmė tėvams po operacijos	15
1.1.2.3. Kliūtys taikant oda – oda kontaktą po operacijos.....	17
1.2. Žindymas po cezario pjūvio operacijos	22
1.2.1. Žindymo inicijavimas po cezario pjūvio operacijos	22
1.2.2. Žindymo sėkmė po cezario pjūvio operacijos.....	23
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA	25
2.1. Tyrimo planavimas ir organizavimas.....	25
2.2. Tyrimo eiga.....	25
2.3. Tyrimo metodai ir tyrimo instrumentas	26
2.4. Tiriamųjų imtis	27
2.5. Tiriamųjų imties charakteristikos	28
2.6. Tyrimo etika.....	30
2.7. Duomenų analizė	30
3. REZULTATAI	32
3.1. Moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimas priežiūros paslaugomis.....	32
3.2. Moterų po cezario pjūvio operacijos žindymo sėkmė	41

3.3. Moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimo priežiūros paslaugomis sąsajos su žindymo sėkme	47
4. REZULTATŲ APTARIMAS	50
IŠVADOS	54
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	55
MOKSLO PRANEŠIMŲ SAŖAŠAS	56
LITERATŪROS SAŖAŠAS	57

SANTRAUKA

Klaudija Paulauskaitė. Moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimas priežiūros paslaugomis ir žindymo sėkmė. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – doc. dr. Alina Vaškelytė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Slaugos fakultetas, Slaugos klinika. Kaunas, 2021; 64 p.

Darbo tikslas: Išanalizuoti moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimą priežiūros paslaugomis ir žindymo sėkmę.

Darbo uždaviniai: 1. Nustatyti moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimą priežiūros paslaugomis. 2. Nustatyti moterų po cezario pjūvio operacijos žindymo sėkmę. 3. Nustatyti moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimo priežiūros paslaugomis sąsajas su žindymo sėkme.

Tyrimo metodika: Tyrimas vyko Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinikoje nuo 2020 m. vasario 13 d. iki 2020 m. gruodžio 1 d. Tyrimo metu buvo išdalinta 152 anoniminės anketos moterims po cezario pjūvio operacijos. Gražintos 144 anketos. Tyrime analizuojamos 140 anketų. Atsako dažnis – 95 proc.

Tiriamieji: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinikoje po planinių cezario pjūvio operacijų gulėjusios moterys, atitikusios atrankos kriterijus.

Darbo išvados: 1. Moterys po cezario pjūvio operacijos dažniausiai buvo patenkintos palatos švara, maloniu ir paslaugiu slaugos personalu, galimybe patyrusių specialistų klausti visais rūpimais klausimais. Po cezario pjūvio operacijos „meškučių“ palatoje gulėjusios moterys dažniau buvo patenkintos suteiktomis paslaugomis, įskaitant aplinką, personalo darbą ir suteiktą informaciją, nei moterys, gulėjusios intensyviosios terapijos palatoje. 2. Didžioji dalis moterų po cezario pjūvio operacijos maitino naujagimį tik savo pienu, o daugiausiai pagalbos dėl žindymo gavo iš akušerės, tačiau daugiau kaip trečdalis moterų turėjo su žindymu susijusių problemų. Praėjus mėnesiui po cezario pjūvio operacijos, žindančių savo kūdikį skaičius beveik nepakito, tačiau specialistų pagalbos dėl žindymo poreikis sumažėjo keturis kartus. Po cezario pjūvio operacijos „meškučių“ palatoje didžioji dalis gulėjusių moterų turėjo galimybę dvi valandas ar ilgiau laikyti naujagimį oda prie odos, buvo personalo skatinamos užmegzti ryšį su naujagimiu. 3. Galimybė laikyti naujagimį oda prie odos lėmė didesnę moterų pasitenkinimą suteiktomis priežiūros po cezario pjūvio operacijos paslaugomis. Moterys, po operacijos gulėjusios „meškučių“ palatoje, penkis kartus rečiau turėjo su žindymu susijusių problemų ir rečiau naujagimį primaitino mišiniais, palyginus su moterimis, gulėjusiomis intensyviosios terapijos palatoje.

ABSTRACT

Klaudija Paulauskaitė. Satisfaction with care and breastfeeding success among women following cesarean section. Master's thesis. Supervisor – associate professor doctor Alina Vaškelytė. Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Nursing, Nursing Clinic. Kaunas, 2021; 64 p.

The aim: To evaluate satisfaction with care services and breastfeeding success among women following cesarean section.

Tasks: 1. To determine satisfaction with care services among women after cesarean section. 2. To determine the success of breastfeeding among women after cesarean section. 3. To determine the interfaces between women's satisfaction with care services and breastfeeding success after cesarean section.

Methodology: The research was conducted in the hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno Klinikos, in Department of Obstetrics and Gynaecology from February 13th, 2020 until December 1st, 2020. During the study period anonymous questionnaires were handed out to 152 women after cesarean section. 144 questionnaires from women were returned. In this study 140 from women questionnaires were analyzed. Response rate – 95 %.

Participants: Women after planned cesarean section and who were suitable for the inclusion criteria of the research.

Conclusions: 1. Women after cesarean section were most often satisfied with the cleanliness of the room, the kindness and helpfulness of nursing staff, the opportunity to ask experienced professionals all questions of concern. After the caesarean section, women lying in the „meškučių“ room were more satisfied with the services provided, including the environment, staff work and provided information, than women lying in the intensive care unit. 2. The majority of women after the cesarean section fed the newborn exclusively with their milk, and most of the help in breastfeeding came from the midwife, but more than a third of the women had problems with breastfeeding. One month after the caesarean section, the number of breastfeeding babies remained almost the same, but the need for specialist help with breastfeeding decreased fourfold. After the cesarean section, most of the women in the „meškučių“ room had the opportunity to keep the newborn skin-to-skin for two hours or more, and were staff encouraged to make contact with their newborn. 3. The opportunity to keep the newborn skin-to-skin has led to greater satisfaction among women with the care provided after cesarean section. Women who layed in the „meškučių“ room after the operation were five times less likely to have breastfeeding problems and were less likely to feed their infants in formula compared to women in the intensive care unit.

SANTRUMPOS

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

min – minutės

m. – metai

proc. – procentai

UNICEF – Jungtinių Tautų Tarptautinis skubios pagalbos vaikams fondas

ACOG – Amerikos akušerių ir ginekologų draugija

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

pav. – paveikslėlis

LSMUL KK – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno Klinikos

MP – „meškučių“ palata

ITP – intensyviosios terapijos palata

n – atvejų, tiriamųjų skaičius

ŽODYNĖLIS

Cezario pjūvis – tai yra labiausiai paplitusi operacija pasaulyje, apibrėžiama kaip laparotomija ir histerektomija (kai vaisius ištraukiamas perpjovus priekinę pilvo sieną ir gimdą). Ji atliekama siekiant gydyti grėsmingas komplikacijas, keliančias pavojų motinos ir (arba) vaisiaus sveikatai ir gyvybei, t. y. kai gimdymas natūraliu būdu yra rizikingesnis už galimas operacijos komplikacijas, arba jų išvengti (27).

Kokybės gerinimas – tai valdymo metodas, kurį sveikatos priežiūros darbuotojai gali panaudoti pertvarkydami pacientų priežiūrą savo lygmeniu, siekdami užtikrinti, kad pacientai gautų geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas (43).

Oda – oda kontaktas – tai padėtis, kai beveik nuogas naujagimis, kartais su vystyklu ar kepuraite, uždedamas ant nuogos motinos krūtinės tarp krūtų, apklojant naujagimio nugarą ir paliekamas gulėti bent valandai arba kol inicijuojamas žindymas (40).

Polihidramnionas – patologinis vaisiaus vandens kiekio padidėjimas nėštumo metu (101).

IVADAS

Ankstyvo naujagimio ir motinos oda – oda kontakto taikymas yra svarbus ir rekomenduojamas ne tik po natūralaus gimdymo, bet ir po cezario pjūvio operacijos (1,2). Visgi, dažnai ankstyvas oda – oda kontaktas su naujagimiu moterims operacinėje aplinkoje nėra užtikrinamas dėl įvairių medicininių nuostatų ir kliūčių (3). Vieni svarbiausių akušerių darbo raktažodžių yra „pacientas(-ė)“ ir „pasitenkinimas“. Pacientas(-ė) yra pagrindinė figūra, aplink kurią sukasi akušerio(-ės) darbo diena. Pacientų pasitenkinimas slaugos paslaugomis įgauna vis didesnę reikšmę, kadangi remdamiesi savo suvokimu apie suteiktas slaugos paslaugas, pacientai gali spręsti apie bendrą ligoninės paslaugų kokybę (4). Taigi, pasitenkinimo sveikatos priežiūros įstaigos paslaugomis vertinimas tapo įprastu sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo metodu ir vis svarbesne sveikatos priežiūros specialistų darbo dalimi, nes tik jie gali padėti motinoms kurti emocinį ryšį su savo naujagimiu ir inicijuoti žindymą, atpažindami kliūtis ir stengdamiesi palengvinti oda – oda kontakto taikymą operacinėje (5,6).

Įrodyta, jog oda – oda kontaktas tarp motinos ir naujagimio mažina naujagimio verkimo trukmę, pagerina motinos ir naujagimio bendravimą, palaiko normalią naujagimio kūno temperatūrą, turi įtakos sėkmingam žindymui bei didina motinos pasitenkinimo ir pasitikėjimo savimi jausmą (7). Kadangi motina glausdama prie savęs nuoga naujagimį, sukuria jam idealią aplinką, kurioje jis gali greičiausiai adaptuotis prie gyvenimo išorėje, motinos ir naujagimio atskyrimas po cezario pjūvio operacijos neturėtų būti įprastos priežiūros po gimdymo dalimi (8). Ankstyvas oda – oda kontaktas labai svarbus sėkmingam žindymui, bet dažnai pirmąsias valandas po operacijos motina ir naujagimis yra stebimi atskirose patalpose. Operacinėje žindyti naujagimiai ir jų motinos patiria tą pačią naudą, kurią gauna natūraliai gimę žindomi naujagimiai ir jų motinos: kūdikiai mažiau serga ausų uždegimais, virškinamojo trakto infekcijomis, juos rečiau išstinka staigios kūdikių mirties sindromas, jie rečiau serga cukriniu diabetu ir nutukimu; moterys rečiau serga kiaušidžių, krūties vėžiu, 2 tipo cukriniu diabetu ir pogimdyvine depresija. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) rekomenduoja, kad motinos turėtų naujagimį pažindyti per 30 min nuo to momento, kai jis jau gali reaguoti į aplinką (2). Tokiu atveju svarbu gimdyvės nepalikti vienos, jai turėtų padėti personalas, naujagimio tėtis ar kitas artimas žmogus.

Artimas žmogus atlieka svarbų vaidmenį ne tik po natūralaus gimdymo, bet ir po cezario pjūvio operacijos, tad tam reikalinga šeimos palata, kurioje motina, tėtis ir jų naujagimis galėtų nuo pirmų akimirkų būti kartu (9). Jau 1981 m. Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) Sveikatos ir žmogiškųjų išteklių departamentas pateikė rekomendacijas, kad sveikatos priežiūros įstaigų lyderiai turėtų vystyti politiką, reflektuojančią filosofiją, kuri paremtų vaikų ir šeimų psichosocialinius

poreikius (10). Maždaug tuo pačiu metu buvo sukurtas į šeimą orientuotas priežiūros modelis, kurio pagrindinis dėmesys krypta vienos šeimos palatai po gimdymo ar cezario pjūvio operacijos (11). Šios rekomendacijos ir toliau taikomos dabartinei praktikai (8).

Bendra šeimos palata po operacijos Lietuvoje yra galima nuo 2016 m. ir tyrimų, lyginančių moterų pasitenkinimą priežiūros paslaugomis gulėjus įprastoje pooperacinėje palatoje ir šeimos palatoje Lietuvoje bei kiek tai lemia žindymo sėkmę, rasti nepavyko.

Taigi, ankstyvas oda – oda kontaktas yra įmanomas ir naudingas motinoms ir naujagimiams po cezario pjūvio operacijos, tačiau sveikatos priežiūros specialistai turi siekti pakeisti savo požiūrį ir įprastas darbo praktikas (12). Šis tyrimas yra pirmasis Lietuvoje, atskleidžiantis, kokią įtaką žindymo sėkmei turi moterų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis įprastoje pooperacinėje ir šeimos palatoje.

Darbo tikslas: išanalizuoti moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimą priežiūros paslaugomis ir žindymo sėkmę.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimą priežiūros paslaugomis.
2. Nustatyti moterų po cezario pjūvio operacijos žindymo sėkmę.
3. Nustatyti moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimo priežiūros paslaugomis sąsajas su žindymo sėkme.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Priežiūra po cezario pjūvio operacijos

Visame pasaulyje cezario pjūvio operacijų dažnis nuolat didėja (13). Tuo pačiu nuolat didėja ir tėvų susirūpinimas naujagimiu ir noras kuo labiau dalyvauti gimdymo procese. Partnerio dalyvavimas natūralaus gimdymo metu tapo jau rutina. Įrodyta, jog partnerio dalyvavimas gimdyme sumažina moters baimes ir įtampą bei tuo pačiu širdies ir kraujagyslių sistemos pokyčius gimdymo metu, pavyzdžiui, hipotenziją (14).

Pogimdyminis laikotarpis – tai laikotarpis po gimdymo, kai moters fiziologiniai pokyčiai, susiję su nėštumu, grįžta į būklę, kuri buvo prieš nėštumą. Be fiziologinių pokyčių ir medicininių problemų, kurios gali kilti šiuo laikotarpiu, sveikatos priežiūros specialistai turi žinoti ir apie psichologinius moters poreikius po gimdymo ir būti kantrūs bei jautrūs. Pogimdyminis laikotarpis prasideda gimus naujagimiui ir placentai. Pogimdyminio laikotarpio pabaigą apibrėžti yra šiek tiek sunkiau, tačiau dažnai sakoma, kad šis laikotarpis trunka šešias – aštuonias savaites po gimdymo, nes nėštumo paveiktos daugelis organizmo sistemų grįžta į būseną prieš nėštumą.

Maždaug 25 – 50 proc. moterų po gimdymo patiria drebulį ar šaltkrėtį (15,16). Drebulys įprastai prasideda praėjus 1 – 30 min po gimdymo ir trunka nuo 2 iki 60 min. Priežastis nėra žinoma, manoma, tai gali būti atsakas į kūno temperatūros kritimą po gimdymo, kraujavimą, emboliją vaisiaus vandenimis, placentos atskyrimą, anesteziją, bakteriemiją ar į tam tikrų vaistų (pvz., misoprostolio) skyrimą (17). Moterį tokiu atveju reikėtų šiltai apkloti papildoma antklode, o palatoje užtikrinti šilumą. Anestezijos sukeltas drebulys po operacijos gali būti gydomas farmakologiškai.

Iškart po placentos užgimimo, gimda pradeda trauktis ir grįžti į savo vietą mažajame dubenyje. Tai vadinama gimdos involiucija. Po cezario pjūvio operacijos gimda būna šiek tiek didesnė nei po natūralaus gimdymo, o maitinančioms krūtimi – gimda traukiasi greičiau.

Žindant išskirtinai maždaug 6 mėnesius, 40 proc. moterų išlieka amenorėja (18). Jungtiniuose Arabų Emyratuose atliktų stebėjimo tyrimų duomenimis, žindančioms moterims vidutinė amenorėjos trukmė buvo septyni mėnesiai (19). Nustatyta, kad kai kurių moterų, kurios žindė išimtinai mažiausiai šešis kartus per dieną ir daugiau nei 80 min per parą, bazinis prolaktino kiekis padidėjo ir amenorėja po gimdymo tęsėsi vienerius metus ar ilgiau.

Moters palaikymas ir nuraminimas po gimdymo padeda tėvams įgyti pasitikėjimo savimi ir stiprinti tėvų santykius su jų naujagimiu(-iais). Motinos ir naujagimio buvimas palatoje kartu po gimdymo ar cezario pjūvio operacijos yra vienas iš Naujagimiui palankios ligoninės iniciatyvos,

kurią palaiko PSO ir Jungtinių Tautų Tarptautinis skubios pagalbos vaikams fondas (UNICEF), principų. Manoma, kad netgi naujagimio lovelės laikymas šalia motinos lovos padėtų skatinti sėkmingą žindymą, nors 2016 m. atliktoje sisteminėje apžvalgoje rasta įrodymų, kurie visgi paneigia motinos ir naujagimio buvimo palatoje kartu naudą žindymo trukmei (20).

Žmogaus pienas yra pripažįstamas kaip optimalus maistas visiems kūdikiams, nes įrodyta jo nauda ne tik kūdikiams bet ir jų motinoms.

Vis dar bandoma įveikti kliūtis, dėl kurių moteris po cezario pjūvio operacijos negali iškart būti su savo naujagimiu. Dažniausiai įvardijamos tokios kliūtys, kaip intensyvesnis skausmas po operacijos, moters atsigavimas po anestezijos, kraujavimo grėsmė. Ne naujiena, jog dažnai dėl hipertoninių gimdos susitraukimų moteris po gimdymo ar po cezario pjūvio operacijos vargina skausmas. Apskritai, skausmas po operacijos pasireiškia 10 – 40 proc. asmenų, iš jų 5 – 20 proc. moterims po cezario pjūvio operacijos. Skausmas būna protarpinis ir dažniausiai atsiranda dėl oksitocino išsiskyrimo, susijusio su žindymu. Tai labiau būdinga daug kartų gimdžiusioms moterims ir toms moterims, kurių gimda prieš gimdymą buvo daugiau pertempta (pvz., daugiavaisis nėštumas, polihidramnionas). Skausmas paprastai išnyksta pirmosios pogimdyminės savaitės pabaigoje. Po cezario pjūvio operacijos turėtų būti kontroliuojamas pooperacinis skausmas, siekiant skatinti greitesnį atsigavimą, kad motina galėtų prižiūrėti savo naujagimį ir rečiau patirtų pogimdyminę depresiją praėjus 2 mėnesiams po operacijos (21). Kalbant apie vėliau užklumpančius skausmus, vienas iš jų galėtų būti kaip anestezijos komplikacija – postduralinis punkcinis galvos skausmas po regioninės anestezijos, kurio patogenezė susijusi su smegenų skysčio nutekėjimu pro dangalą. Toks skausmas pablogėja sėdint ar stovint ir palengvinamas gulint. Jei galvos skausmo priežastis nėra ši, reikėtų ieškoti kitų galvos skausmo priežasčių.

Tradicinė strategija, kuri reikalauja nieko neduoti per burną pacientei po operacijos 2 – 6 valandas, kol atsistatys žarnyno veikla, ir maitinimas maistu po truputį tapo prieštaringi (1,22). Ankstyva mobilizacija, ankstyvas skysčių davimas ir žarnyno veiklos stimuliavimas kramtant gumą yra vieni iš pooperacinio atsigavimo programos elementų (23). Įrodyta, kad kramtomosios gumos kramtymas sutrumpina buvimo po operacijos ligoninėje trukmę, pacientės rečiau vargina pykinimas ir vėmimas (24–26). Todėl mokslininkai rekomenduoja paskatinti moteris judėti ir atsigerti iškart po operacijos, o žarnyno veiklos stimuliavimui – kramtyti gumą, kad sumažėtų komplikacijų tikimybė. Šios trys skirtingos slaugos intervencijos yra veiksmingi metodai žarnyno peristaltikai atstatyti ir moterų pasitenkinimui po cezario pjūvio operacijos gerinti (27).

Viena iš karščiavimo ir krūtų skausmo priežasčių būna mastitas, kuris atsiranda nesprenžiant ar iki galo neišsprendus laktostazės problemos. Esant mastitui krūtis paprastai būna stangri, oda atrodo pertempta, blizgi, paraudusi, o motinos temperatūra viršija 38,5°C. Gali būti

bendrų nusiskundimų, tokių kaip raumenų skausmas, šaltkrėtis, negalavimas ir kiti į gripą panašūs simptomai (28).

Neskaitant išvardintų moters sveikatos negalavimų po gimdymo ir cezario pjūvio operacijos, Amerikos akušerių ir ginekologų draugija (ACOG) rekomenduoja išrašyti iš stacionaro moteris praėjus 48 valandoms po natūralaus gimdymo arba praėjus 72 valandoms po cezario pjūvio operacijos. Bet turėtų būti laikomasi tam tikrų kriterijų: normalios motinos gyvybinės funkcijos, normalios lochijos, diurezė, maisto toleravimas, skausmo nebuvimas, sugebėjimas ambulatoriškai prižiūrėti save ir naujagimį bei emocinis stabilumas. Prieš išleidžiant į namus, motinai turėtų būti paaiškinta, kur gali ir turėtų kreiptis pagalbos. Su moterimi turėtų būti susisiekiama per 24 valandas po išrašymo, kad būtų galima įvertinti motinos ir naujagimio savijautą ir išspręsti visus kilusius klausimus ar rūpesčius (29).

Moteriai, toliau maitinančiai krūtimi po išvykimo iš stacionaro, reikia sveikatos priežiūros specialistų paskatinimo ir palaikymo sprendžiant iššūkius žindymo metu, kadangi, įrodyta, jog tai susiję su geresniais žindymo tęstinumo rodikliais (30). Moterys, planuojančios grįžti į darbą, gali būti apmokomos, kaip nusitraukti pieną. Žindymas taip pat gali padėti moterims po gimdymo lengviau atsikratyti nėštumo metu priaugto svorio. Specialios papildomos moterų, kūdikių ir vaikų mitybos programos duomenys rodo, jog moterys, krūtimi maitinusios 20 savaičių po gimdymo ilgiau, antrojo nėštumo metu priaugo 390 gramų mažiau svorio nei tos, kurios nemaitino krūtimi, taip pat turėjo mažesnę tikimybę nutukimui praėjus 7 m. po gimdymo (31).

1.1.1. Moterų pasitenkinimas priežiūros paslaugomis po cezario pjūvio operacijos

Pacientų pasitenkinimas – sudėtinga sąvoka, apimanti teigiamą požiūrį arba emocinį atsaką į patirtį ir priklausanti nuo subjektyvaus paciento vertinimo (32). Paciento pasitenkinimas paslauga yra susijęs su daugybe veiksnių, įskaitant paciento emocinius, socialinius ir kultūrinius veiksnius bei vertybes, priklauso ir nuo paciento ankstesnės patirties ir ateities lūkesčių (33). Pacientai linkę lyginti savo lūkesčius su patirtimi ir realiais rezultatais. Kai šie lūkesčiai neatitinka realybės, pacientas dažnai būna nepatenkintas. Taigi paciento pasitenkinimas priežiūros paslaugomis priklauso nuo darnos tarp to, ko pacientas tikisi, ir to, kas yra iš tikrųjų yra patirta (34). Pacientų pasitenkinimas taip pat yra ir svarbus suteiktos priežiūros kokybės kriterijus. Kokybės gerinimas ir paciento pasitenkinimas paslauga veikia tiesiogiai proporcingai. Vienas iš pasitenkinimą lemiančių veiksnių yra bendravimas su pacientu (35). Žmonės vis dažniau prisimena savo teises ir tai, kokios paslaugos jie gali tikėtis. Geriausios įmanomos priežiūros reikalavimai auga taip pat ir

besivystančiose šalyse. Kiekvieno personalo pareiga yra užtikrinti kuo geresnę priežiūrą pacientui. Taigi daugelis sveikatos priežiūros įstaigų turėtų turėti kokybės vertinimo priemonę, kuria būtų galima įvertinti paciento pasitenkinimą. Turint pakankamai duomenų apie paciento pasitenkinimą ir įvertinus stipriuosius ir silpnuosius priežiūros aspektus galima nustatyti sritis, kurias reiktų patobulinti (36).

Veiksniai, turintys įtakos pacientų pasitenkinimui yra labai svarbūs, norint suteikti kokybiškas paslaugas. Švedų mokslininkai atliko tyrimus ir nustatė pagrindinius aštuonis veiksnius, kurie turi įtakos pacientų pasitenkinimui (37):

1. Socio – demografinės charakteristikos. Pacientų amžius labai svarbus vertinant pacientų lūkesčius sveikatos priežiūros sektoriuje. Jaunesni pacientai dažniau būna nepatenkinti suteiktos paslaugos kokybe. Tai pat labai svarbu ir išsimokslinimas – aukštąjį išsimokslinimą turintys pacientai dažniau lieka nepatenkinti.

2. Lūkesčiai iš personalo. Pacientų pasitenkinimą nulemia patenkinti pacientų lūkesčiai ir nepasitenkinimas paslaugomis auga, kai šie lūkesčiai yra nepatenkinti. Pacientų lūkesčių patenkinimui svarbią vietą užima personalo elgesys su jais. Pacientai tikisi, kad medicinos personalas su jais bendraus kaip su lygiaverčiais partneriais, kad bus jų konsultantu, kai reikės priimti sprendimus.

3. Fizinė aplinka. Supanti pacientą fizinė aplinka turi įtakos pacientų pasitenkinimui. Fizinė aplinka, įskaitant švarą, maistą, triukšmą, pacientų skaičių palatoje, palatų komfortabilumą ir estetiškumą, yra vienas iš veiksnių, darančių įtaką pasitenkinimui.

4. Bendravimas ir informavimas – būtina kokybiškų paslaugų sąlyga. Pacientai pabrėžia informacijos svarbą ir teigia, kad savalaikė ir išsami informacija didina pasitenkinimą paslaugomis. Moterys po cezario pjūvio operacijos turi itin daug klausimų, susijusių su naujagimio priežiūra ir žindymu. Pavyzdžiui, Ajovoje buvo apklausti specialistai, kiek jų pačių nuomone, jie yra pajėgūs patarti krūtų priežiūros ir žindymo klausimais, taigi rezultatai atskleidė, kad 64 proc. akušerių, 13 proc. šeimos gydytojų ir tik 7 proc. gydytojų akušerių – ginekologų manė, jog jie yra stiprūs specialistai šiais klausimais (38). Galima daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūros specialistai nėra visiškai užtikrinti savo žiniomis, dėl ko gali nukentėti paciento informavimas tam tikrais mediciniais klausimais.

5. Dalyvavimas ir įtraukimas. Pacientų aktyvus dalyvavimas ir įtraukimas į sprendimų priėmimą labai padidina pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis.

6. Tarpusavio santykiai. Geri tarpusavio santykiai tarp paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų yra labai svarbūs kalbant apie kokybišką paslaugų suteikimą. Geriems tarpusavio santykiams svarbu abipusis supratimas, pagarba, pasitikėjimas.

7. Medicininė – techninė kompetencija – svarbus kokybiškų paslaugų komponentas. Pacientams labai svarbu, kad naudojant naujausias technologijas būtų efektyviai sumažintas skausmas. Skausmo nebuvimas ir efektyvus jo sumažinimas didina pacientų pasitenkinimą paslaugomis.

8. Sveikatos priežiūros organizavimas. Organizacijos pokyčiai turi įtakos pacientų pasitenkinimui. Taip pat, moksliniais tyrimais įrodyta, kad prastai organizuotame sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantis personalas būna pavargęs ir nepatenkintas savo darbu. O kai personalas nepatenkintas savo darbu, tai nepatenkinti ir pacientai suteiktomis paslaugomis.

Apskritai, į pacientą orientuota priežiūra apibūdina sveikatos priežiūros įstaigos veiklą, kurios ašis yra nukreipta į pacientų poreikius. Paslaugos bei priežiūra teikiama atsižvelgiant į pacientų bei jų šeimos narių būklę, autonomiją, pageidavimus, taip pat pakankamą komunikaciją, konfidencialumą, pagarbą, poreikį gauti savalaikę, tinkamą paslaugą (39).

1.1.2. Oda – oda kontaktas po cezario pjūvio operacijos

Nors šiandien daugelyje ligoninių yra įdiegta „Naujagimiams palankios ligoninės“ praktika, naujagimiai nuo motinų dažnai atskiriami netrukus po gimimo įprastoms intervencijoms atlikti, įskaitant svėrimą, matavimus, akių procedūras, injekcijas ir maudynes. Nustatyta, kad cezario pjūvio operacija yra reikšminga kliūtis įgyvendinant Naujagimiui palankios ligoninės sėkmingo žindymo 4 žingsnį, kuriuo rekomenduojama naujagimius laikyti kartu su motinomis oda – oda kontaktui po gimimo mažiausiai valandai ir skatinti moteris atpažinti, kada jų naujagimiai yra pasirengę žįsti krūtį (3,40).

1.1.2.1 Oda – oda kontakto reikšmė naujagimiui po operacijos

Vaisius motinos įsčiose yra šildomas, maitinamas tamsoje, todėl gimus naujagimiui reikia pritaikyti jutiminę aplinką: silpna šviesa, šilta ir rami vieta, kad būtų palengvintas naujagimio prisitaikymas prie išorinio pasaulio. Naujagimis tikisi išgirsti žinomą motinos balsą ir širdies plakimą, užuosti motinos kvapą, pajusti pieno skonį ir kūno šilumą. Dėl šių pojūčių naujagimio širdies ritmas, arterinis kraujo spaudimas ir kvėpavimas greičiau stabilizuojasi (41,42). Nustatyta, kad naujagimių, kuriems po gimimo buvo taikytas oda – oda kontaktas, gliukozės kiekis kraujyje yra didesnis, temperatūra stabilesnė, o širdies bei kvėpavimo sistema veikia sklandžiau, taipogi naujagimiai rečiau būna neramūs ir verkia (43). Taip pat, nustatyta, kad oda – oda kontaktas lemia

didesnį žindymo dažnį per vieną ar keturis mėnesius po gimdymo ir pailgėjusią bendrą žindymo trukmę (44). Įrodyta, jog cezario pjūvio operacija, kaip ir bet kuri kita operacija, moterims sukelia stresą ir dažnai yra žindymo sunkumų priežastis (45).

Pradėti ankstyvą, iškart ir tęsti pirmąją valandą po gimimo oda – oda kontaktą sveikiems, išnešiotiems naujagimiams rekomenduoja Naujagimiui palankios ligoninės iniciatyva (46). Ankstyvas oda – oda kontaktas yra ypač svarbus pirmąją valandą po gimimo, nes naujagimiui formuojasi įgimtas elgesys, kuris lemia pirmojo maitinimo krūtimi sėkmę.

Bent 50 proc. motinų, po cezario pjūvio operacijos, kurioms taikyta bendroji anestezija, turėtų vis tiek būti inicijuojamas oda – oda kontaktas su naujagimiui, o kurioms taikyta regioninė asneestezija – 80 proc. (8).

Norint palengvinti šį procesą, rutininės ligoninės procedūros, kaip kad svėrimas, rengimas, skiepai, turėtų būti atidedamos arba atliekamos tada, kai naujagimis yra ant motinos krūtinės, nebent yra mediciniškai pagrįstų priežasčių atidėti oda – oda kontaktą. Sprendimas, kada galima taikyti ankstyvą oda – oda kontaktą naujagimiui po cezario pjūvio operacijos, yra visos multidisciplininės komandos, kurioje dalyvauja gydytojas akušeris – ginekologas, neonatologų komandos nariai bei gydytojas anesteziologas – reanimatologas. Jeigu patalpoje vėsu, reikėtų naujagimiui uždėti kepurę, bet jeigu naujagimis pilnai aprengtas, oda oda – kontaktas nėra užtikrinamas (41).

Dar 1984 m. Klausas ir Kenelis aptaria, kaip pirmosios naujagimio gyvenimo minutės ir valandos yra lemiamos prierašumui su motina rasti. Jie aprašė, kad motinai ir tėvui šiuo metu reikia glaudaus kontakto su naujagimiui, kad būtų užtikrintas optimalus kūdikio vystymasis (47).

Lytėjimo stimuliacija, apimanti oda – oda kontaktą per pirmąsias valandas po gimdymo, yra svarbi naujagimio prisitaikymo prie gyvenimo už gimdos ribų fazė, stimuliuoja naujagimio smegenų impulsus ir padeda motinoms kurti emocinį ryšį su naujagimiui (41,42,45).

1.1.2.2. Oda – oda kontakto reikšmė tėvams po operacijos

Ankstyvas oda – oda kontaktas yra reikšmingas ne tik naujagimiui, bet ir motinai (43). Tyrimai rodo, kad oda – oda kontaktas iškart po gimdymo ar cezario pjūvio operacijos padidina motinų pasitikėjimą vaiko priežiūra ir jos patiria mažiau nerimo per tris dienas po gimimo (43).

Kalbant apie pačių moterų norą ir susidomėjimą oda – oda metodo taikymu – moterys nori, kad būtų inicijuotas oda – oda kontaktas su naujagimiui po cezario pjūvio operacijos ir kad jų partneris būtų šalia (22). Motinos teigia, kad betarpiškas ir ankstyvas oda – oda kontaktas po cezario pjūvio operacijos padeda joms jausti artumą ir užmegzti emocinį ryšį su naujagimiui (12).

Įrodyta, jog oda – oda kontaktas gerina ir moterų gimdymo patirtis po cezario pjūvio operacijos (48).

Oda – oda kontaktas turėtų būti taikomas mažiausiai dvi valandas. Oda – oda kontaktą taip pat gali taikyti ir naujagimio tėtis ar kiti šeimos nariai (9).

Moterys aiškiai išreiškė norą ne tik, kad jų naujagimis liktų šalia po cezario pjūvio operacijos, bet ir kad jų partneriai dalyvautų. Moterys komentavo, kad po anksčiau buvusios cezario pjūvio operacijos jos jautėsi atskirtos nuo savo naujagimio, kadangi negalėjo būti kartu. Moterims taip pat svarbi galimybė žindyti naujagimį iškart po cezario pjūvio operacijos (49).

Motinos, kurios po cezario pjūvio operacijos būna kartu su savo naujagimi, geriau miega ir patiria mažiau nerimo (41). Neseniai atliktoje metaanalizėje nurodyta, kad 3,17 proc. moterų po gimdymo gali patirti potrauminį sindromą ir kad po cezario pjūvio operacijos ši rizika dar išauga (50). Be to, nustatyta, kad moterys yra labiau linkusios į depresiją, jei jos nelaikė savo naujagimio iškart po gimdymo (7,49). Ši informacija turėtų būti suteikiama moterims dar prieš gimdymą, nes visgi tai yra jų apsisprendimas ir pasirinkimas ar būti kartu su naujagimi pirmosiomis valandomis po cezario pjūvio operacijos, ar nebūti (41).

Svarbu, kad sveikatos priežiūros specialistai į cezario pjūvio operaciją įtrauktų ir moterų partnerius, kad būtų skatinamas šeimos ryšys. Pavyzdžiui, Kinija yra daug gyventojų turinti šalis, ir cezario pjūvio operacijų dažnis ten siekia iki 50 proc. (51). Norint pakeisti tradiciją, kuomet oda – oda kontaktą savo naujagimiams gali užtikrinti tik motinos, Kinijoje buvo atliktas tyrimas, kai oda – oda kontaktą taikė naujagimio tėtis, kuris gali veiksmingai kompensuoti motinos ir naujagimio atskyrimo po cezario pjūvio operacijos trūkumus. Tokiu būdu tiek naujagimiai, tiek jų tėčiai gauna didelę naudą (9). Tyrimo metu buvo atrinktos dvi grupės: kontrolinė – tėvų ir naujagimių, kurie buvo prižiūrėti pagal įprastas darbo praktikas po cezario pjūvio operacijos ir intervencinė – tėvų ir naujagimių, kuriems buvo taikytas oda – oda kontaktas iškart po cezario pjūvio operacijos dar operacinėje. Atlikus tyrimą nustatyta, kad po intervencijos statistiškai reikšmingai sumažėjo tėčių nerimas. Helth (2013 m.) atlikto kokybinio tyrimo rezultatai parodė, kad ankstyvasis tėčių ir jų naujagimių oda – oda kontaktas padėjo tėčiams sustiprinti emocinį ryšį su naujagimi (52). Tėvų rūpestingumo ir atsakomybės jausmą skatino glamonės, lytėjimas ir šnabždesys.

Viena cezario pjūvio operacijos modifikacija buvo publikuota 2008 m. Smith ir kitų ir pavadinta „natūraliu cezariu“. „Natūralaus cezario“ sąlygos buvo: aktyviai integruoti tėvus į gimdymo procesą tam, kad būtų pasiektos geresnės gimdymo patirtys (virkštelę leidžiama perkirpti naujagimio tėčiui, o tarp motinos ir naujagimio yra taikomas oda – oda kontaktas). Ši modifikuota cezario pjūvio operacija dar kitaip vadinta Charite cezario pjūviu. Vis dėlto, autoriai primena, jog ši modifikuota cezario pjūvio operacija yra chirurginė procedūra ir neturėtų būti maišoma su gimdymu natūraliais takais. Šios operacijos metu aplinka turėtų būti šilta, o šviesos kiek įmanoma prigesintos.

Atlikto tyrimo metu paaiškėjo, jog Charite cezario pjūvio operacija pagerina gimdymo patirtis, lyginant su patirtimis po tradicinės cezario pjūvio operacijos (14). Tai yra saugi procedūra motinai ir naujagimiui, neturinti jokios įtakos gimdymo išeitims. Taip pat, užfiksuota mažiau problemų, susijusių su žindymu ir apskritai didesnis sėkmingo žindymo atvejų skaičius.

1.1.2.3. Kliūtys taikant oda – oda kontaktą po operacijos

Nepaisant daugybės ankstyvojo oda – oda kontakto privalumų, diegimo sunkumai trukdo visuotinai jį naudoti kaip įprastą motinos ir naujagimio priežiūros standartą (53). Kliūtys, motinų požiūriu, yra tai, kad sveikatos priežiūros darbuotojai, naujagimio tėtis, šeima ar draugai neskatina ankstyvojo oda – oda kontakto, kadangi nerimauja dėl staigios kūdikių mirties sindromo ar kūdikio persalimo (53). Naujagimių slaugytojų nuomone, kliūtys susijusios su tėvų susirūpinimu dėl naujagimio saugumo, žinių stoka apie ankstyvą oda – oda kontaktą ir laiko trūkumu. Naujagimių slaugytojai baiminasi, jog taikant šį metodą, sunku kontroliuoti ir monitoruoti naujagimio sveikatos būklę. Be to, kaip kliūtis ankstyvajam oda – oda kontaktui įgyvendinti buvo nurodytas darbuotojų ir laiko trūkumas (21).

Vienoje trečio lygio ligoninėje, kurioje tyrimo metu dar nebuvo praktikuojamas oda – oda kontaktas, JAV buvo atliktas kokybinis tyrimas, kurio metu atlikus vienuolika interviu, buvo apklaustos slaugytojos ir gydytojai (54). Tik dvi tiriamosios slaugytojos iš visų apklaustųjų buvo apmokytos, kaip taisyklingai taikyti oda – oda kontaktą. Tyrimo metu, visos tiriamosios pažymėjo, kad ankstyvas oda – oda kontaktas yra svarbus ir naudingas, nors kai kurios skirtingai suprato, koks oda – oda kontaktas turėtų būti praktikuojamas ligoninėje. Nors kai kurios tyrimo dalyvės patvirtino, kad ligoninėje yra praktikuojamas ankstyvasis oda – oda kontaktas, kai kurių pateikti aprašymai parodė, kad jos skirtingai ir kartais neteisingai suprato, ką reiškia ankstyvas oda – oda kontaktas. Pavyzdžiui, dalyvių aprašytas ankstyvojo oda – oda kontakto laikas buvo mažiau nei pusvalandis, tuo tarpu Naujagimiui palankios ligoninės iniciatyva, kaip minėta, rekomenduoja oda – oda kontaktą inicijuoti bent valandą (8). Be to, naujagimį slaugytojos kartais nusinešdavo ant šildomo statelio, ant kurio atlikdavo įprastas rutinines procedūras, užuot uždėjusios naujagimį tiesiai ant apnuogintos motinos krūtinės ir atlikdamos procedūras tokioje padėtyje. Be to, dauguma tyrimo dalyvių pripažino, kad po cezario pjūvio operacijos ankstyvasis oda – oda kontaktas buvo praktikuojamas retai. Slaugytojai siūlo į komandą įtraukti dar vieną narį, pavyzdžiui, papildomą slaugytoją, kuris(-i) užtikrintų naujagimio ir motinos būklės stabilumą taikant oda – oda kontaktą operacinėje. Viena iš kliūčių taikyti šį metodą po cezario pjūvio operacijos dar operacinėje įvardinta prijungtos intraveninės infuzijos sistemos ir elektrodai uždėti ant motinos krūtinės. Viena iš

slaugytojų pasiūlė, kad pakeitus šių elektrodų vietą, ankstyvo oda – oda kontakto taikymas gali būti paprastesnis. Tyrimo dalyviai sutarė, kad ankstyvo oda – oda kontakto aptarimas su paciente ir jos šeima, pageidautina jau prenatalinės konsultacijos metu, gali būti lengvinantis veiksnys, nes tai leistų iš anksto planuoti ir paruošti pacientę šiam metodui. Deja, yra motinų, išreiškiančių nesusidomėjimą ankstyvu oda – oda kontaktu. Kita kliūtis ankstyvajam oda – oda kontaktui praktikuoti yra motinos noras, kad naujagimis pirmiausia būtų išmaudytas prieš padedant jį ant krūtinės. Vieni tyrimo dalyviai manė, kad motinos turėtų būti intensyviai stebimos tuo metu, kai operacinėje inicijuojamas ankstyvas oda – oda kontaktas, ir kaip vieną iš pasiūlymų tai įgyvendinti pateikė, kad vyras ar kitas šeimos narys, jei yra pajėgus, galėtų stebėti naujagimį ir motiną. Tačiau kiti tyrimo dalyviai laikėsi nuomonės, kad asmenys, be medicininio išsilavinimo, tokie kaip tėtis ar šeimos nariai, neturėtų prisiimti atsakomybės už naujagimio ir motinos priežiūrą. Apskritai, dėl ankstyvo oda – oda kontakto po cezario pjūvio operacijos turėtų spręsti visa operacinėje dalyvaujanti komanda: gydytojas akušeris – ginekologas, gydytojas neonatologas ir gydytojas anesteziologas – reanimatologas. Po cezario pjūvio operacijos moteris paliekama intensyvios terapijos komandos priežiūroje, todėl norint užtikrinti motinos būklės stebėjimą ir saugumą, gali reikėti šiek tiek pakoreguoti priežiūros tvarką. Naujagimių intensyviosios terapijos skyriaus komanda rekomendavo sudaryti priežiūros protokolą ar schemą, kuri apibrėžtų šios praktikos tvarką. Zwedberg ir kiti (2015 m.) aprašo, kad nepatenkinama motinos būklė po cezario pjūvio operacijos kartais apsunkina ankstyvo oda – oda kontakto taikymą dėl motinos sumažėjusio judrumo ir pooperacinio skausmo (55). Po regioninės anestezijos moteris dažnai pykina, ištinka hipotenzija, jos jaučia kūno aptirpimą. Kaip valdyti šalutinį regioninės anestezijos poveikį rekomenduoja Moterų sveikatos, akušerių ir naujagimių slaugytojų asociacija Vašingtone:

- 20 – 30 min prieš operaciją sulašinti skysčių į veną,
- iškart atlikus regioninę anesteziją sulašinti koloidinių skysčių,
- hipotenziją siūloma koreguoti efedrinu ar fenilefrinu.

Šiose gairėse taip pat atsižvelgiama į motinos pasitenkinimą savo gimdymo patirtimi ir rekomenduojama įleisti emociškai palaikantįjį asmenį į operacinę, leisti motinai ir naujagimiui kurti ryšį oda – oda kontakto būdu (56).

JAV Didžiųjų ežerų rajone esančioje ligoninėje su 400 lovų, iš kurių 11 priklauso gimdymo skyriui, buvo įdiegtas oda – oda kontakto taikymo operacinėje ir po operacijos praktikos standartas. Ši įstaiga turi dvi operacines, o gimdymų būna nuo 1000 iki 1500 per metus, iš kurių 33 proc. baigiasi cezario pjūvio operacija. Remiantis šiuo oda – oda kontakto taikymo operacinėje ir po operacijos praktikos standartu (8), prieš operaciją slaugos personalo nariai privalo:

- Įvertinti, ar moteris gebėtų taikyti oda – oda kontaktą su savo naujagimiui;

- Išmokyti ir paaiškinti motinai ir kitiems šeimos nariams prieš operaciją (jei tai leidžia motinos ir vaisiaus būklė), kaip taikomas oda – oda kontaktas;

- Įsitinkinti, kad yra naujagimių slaugytojas(-a) ar akušeris(-ė), kuris(-i) padės taikyti oda – oda kontaktą motinai su naujagimių operacijos metu ir prižiūrės naujagimį, kol motina ir naujagimis bus perkelti į poanestezinės priežiūros skyrių.

Po operacijos naujagimių slaugytojas(-a) privalo:

- Įvertinti naujagimį, ar nėra požymių, dėl kurių jam būtų kontraindikuotina likti ant motinos krūtinės oda – oda kontaktui:

- ar jis išnešiotas,
- ar Apgaro balai ≥ 7 po 1 min ir ≥ 9 po 5 min,
- ar nėra hipotermijos, tachikardijos, tachipnėjos, mažo deguonies prisotinimo.

Intensyviosios terapijos slaugytojas(-a) privalo:

- Įvertinti motinos būklę ir nedėti naujagimio ant krūtinės, jeigu:
 - pykina ar vemia,
 - labai skauda,
 - gausiai kraujuoja;
 - yra nerimas,
 - yra nestabili motinos būklė,
 - motina pati to prašo.

Poanestezinės palatos naujagimių slaugytojas(-a) ar akušeris(-ė) privalo:

- Atlaisvinti motinos rankas;
- Naujagimį, dėvintį tik sauskelnes, padėti ant motinos krūtinės arba, nesant galimybių,

šalia lovoje;

- Motiną ir naujagimį užkloti šildančia antklode;
- Skatinti kitą šeimos narį paliesti ir palaikyti naujagimį;
- Kai motina perkeliama į arba iš lovos, palaikyti naujagimį;
- Perkeliant motiną į kitą palatą palaikyti oda – oda kontaktą;
- Jei motina negali išlaikyti naujagimio, skatinti kito šeimos nario ir naujagimio oda –

oda kontaktą;

- Neskubėti iš karto suleisti Vitamino K;
- Padėti motinoms inicijuoti naujagimio žindymą;
- Vertinti naujagimio nestabilumą (pvz., nestabilūs gyvybiniai požymiai, akivaizdus gyvybei pavojingas įvykis, hipoglikemija, hipotermija, tachikardija, tachipnėja, hipoksija);
- Gerbti motinos prašymą nuimti naujagimį.

Slaugos personalas turėtų dokumentuoti oda – oda kontaktą elektroniniu sveikatos įrašu pagal įstaigos reikalavimus.

Po to kai į praktiką buvo įdiegtas šis oda – oda taikymo po cezario pjūvio operacijos standartas, buvo atliktas tyrimas toje pačioje ligoninėje, kurio metu paaiškėjo priežastys, dėl ko dažnai nėra taikomas oda – oda kontaktas po operacijos:

- Jodu impregnuotas lipnus apklotas ant motinos odos;
- Motinos rankų nutirpimas dėl anestezijos;
- Motinos pykinimas;
- Naujagimis nuvežamas į Naujagimių skyrių dėl darbuotojų trūkumo;
- Motinos odos bėrimas;
- Motinos skausmas;
- Motinos prašymas naujagimį suvynioti į antklodę;
- Motinos mieguistumas dėl vaistų, suleistų dar operacinėje.

PSO ir UNICEF parengė konkrečias rekomendacijas, susijusias su oda – oda kontakto teikimu Naujagimiui palankioms ligoninėms (57). Rekomenduojama, kad oda – oda kontaktas būtų teikiamas iškart po gimdymo ir atidėtas nebent iki 5 min. Rekomenduojama, kad oda – oda kontaktas truktų bent valandą arba iki pirmojo žindymo ir būtų nepertraukiamas, nebent atskyrimas būtų mediciniškai pagrįstas. PSO ir UNICEF rekomenduoja skatinti oda – oda kontaktą nedelsiant po cezario pjūvio operacijos arba tada, kai motinos būklė tai leidžia, jeigu jai buvo atlikta bendroji nejautra. Išanalizavus keturių šalių tyrimų duomenis, paaiškėjo, kad oda – oda kontaktą galima saugiai inicijuoti operacinėje, ir kad tai pagerina motinos ir naujagimio būklę (58). Apžvalgoje buvo pateikta tam tikrų įrodymų, kad ankstyvas oda – oda kontaktas pagerina motinos ir naujagimio emocinę savijautą, sumažina motinos skausmą ir nerimą, fiziologiškai stabilizuoja motinos ir naujagimio sveikatą, be to, pagerina žindymo rezultatus (58). Deja, 2020 m. pasaulį užklupusi COVID-19 pandemijos banga apsunkino šeimos buvimą kartu po gimdymo ir cezario pjūvio operacijos. Siekdamas apsaugoti motinas ir jų naujagimius per COVID-19 pandemiją, ligoninės nustatė griežtus apsilankymo po gimdymo apribojimus. Nedaug žinoma apie tai, ar lankytojų buvimas padeda ar trukdo ankstyvai žindymo sėkmei (59).

Akušeriai(-ės) ne visuomet suteikia į moteris orientuotą priežiūrą. Tai gali būti dėl didelio darbo krūvio (60). Norint pagerinti neatidėliotino oda – oda kontakto inicijavimą dar operacinėje, sveikatos priežiūros specialistams būtina bendradarbiauti. Sveikatos priežiūros specialistai ir įstaigos turi įvertinti oda – oda kontakto svarbą motinoms po cezario pjūvio operacijos ir rasti būdų, kaip užtikrinti, kad ši priežiūra būtų suteikta (41). Naujagimiui palankios ligoninės iniciatyva JAV sukūrė standartizuotą švietimo programą, kuri gali būti naudojama slaugos personalui ugdyti šiuo

klausimu. Taip pat, galimos ir tėvų švietimo programos prenataliniu laikotarpiu per nėščiujų pamokėles ar kita.

Oda – oda kontaktas po cezario pjūvio operacijos turėtų būti užtikrinamas jau operacinėje. Visgi, dažnai oda – oda kontaktas operacinėje nėra užtikrinamas, kadangi kyla interesų konfliktų tarp medicinos personalo operacinėje. Sakoma, kad operacijos metu operatorius gydytojas akušeris – ginekologas yra atsakingas už moters kūno dalį žemiau krūtinės ląstos, o gydytojas anesteziologas – reanimatologas už dalį aukščiau krūtinės ląstos. Akušeris(-ė) operacinėje turėtų uždėti naujagimį motinai ant krūtinės ir padėti inicijuoti oda – oda kontaktą ir žindymą. Konfliktai kyla, kai naujagimis „pažeidžia“ vieno iš specialistų „zoną“. Gydytojams akušeriams – ginekologams naujagimis trukdo, jeigu patenka į operacinio lauko erdvę, o gydytojams anesteziologams – reanimatologams – jeigu spaudžia moters krūtinę ir pritvirtintus elektrodus. Tad dažnai akušeris(-ė) lieka nesuprastas(-a) ir oda – oda kontaktas nėra palaikomas operacinėje (61). Kartais naujagimis nebuvo uždėdamas motinai ant krūtinės, kadangi akušeriai(-ės) norėdavo atlikti visas rutinines procedūras, kaip svorio ir ūgio matavimus, kuo greičiau, neatidėliotinai.

Naujagimiui palanki San Fransisko ligoninė atliko eksperimentinį tyrimą, kurio tikslas buvo sutrumpinti laiką nuo naujagimio gimimo cezario pjūvio operacijos būdu iki pirmojo oda – oda kontakto, kuris eksperimento pradžioje įvykdavo praėjus 1 – 4 valandoms, kartais net daugiau laiko po operacijos, ir 100 proc. cezario pjūvio operacijos būdu gimusių naujagimių ligoninėje būdavo papildomai maitinami pieno pakaitalais. Ligoninės tikslas buvo įsitikinti, ar įmanomas ankstesnis motinos ir naujagimio oda – oda kontaktas po cezario pjūvio operacijos ir taip pat buvo stebima, kiek taip gimusių naujagimių buvo maitinami pieno pakaitalais pirmomis dienomis ligoninėje. Pagrindinis veiksnys, padėjęs įveikti šią problemą, buvo personalo mokymai. Dažniausiai tai pats svarbiausias pokytis, kurį tenka įgyvendinti ligoninėse. Šioje ligoninėje personalas, atrodo, noriai mokėsi naujų būdų prižiūrėti motiną ir naujagimį po cezario pjūvio operacijos, kadangi rezultatai atskleidė, jog praėjus 3 mėnesiams po intervencijos, ankstyvą oda – oda kontaktą patyrė 68 proc. cezario pjūvio operacijos pagalba gimusių naujagimių (iki intervencijos tokių buvo 20 proc.), taip pat naujagimių, kurie per pirmas 4 valandas po operacijos dar nepatyrė oda – oda kontakto su motina, skaičius sumažėjo nuo 40 proc. iki 9 proc. Praėjus 9 mėnesiams po intervencijos, 60 proc. naujagimių, gimusių planinių cezario pjūvio operacijų būdu, buvo uždėti ant motinos krūtinės dar operacinėje, o 70 proc. – oda – oda kontaktą patirdavo per pirmąsias 90 min. 33 proc. naujagimių, dar operacinėje patyrė oda – oda kontaktą su motina, buvo primaitinti pieno pakaitalais ligoninėje, kitaip nei tie naujagimiai, kurie nepatyrė oda – oda kontakto su motina operacinėje, pieno pakaitalais primaitinti buvo 74 proc. (4).

1.2. Žindymas po cezario pjūvio operacijos

Pirmuosius 6 gyvenimo mėnesius PSO ir ACOG rekomenduoja naujagimius išskirtinai maitinti krūtimi be papildomo maitinimo (62). Motinos pienas užtikrina imunitetą, yra subalansuotas mitybos požiūriu, lengvai virškinamas ir skatina sveiką augimą. Žindymas susijęs su mažesniu ligų dažniu ne tik naujagimiams (staigos kūdikio mirties sindromas, kvėpavimo takų, virškinimo trakto ir ausų infekcijos) ir vaikams (alergija, astma, nutukimas), bet ir motinoms (krūties vėžys ir kiaušidžių vėžys) (63).

1.2.1. Žindymo inicijavimas po cezario pjūvio operacijos

Ankstyvas žindymas apibrėžiamas kaip žindymo inicijavimas per dvidešimt keturias valandas nuo gimimo. Nors žindymo nauda buvo žinoma dešimtmečius, tik neseniai buvo įvertintas žindymo inicijavimo vaidmuo naujagimių mirtingumui ir sergamumui (64). ACOG rekomenduoja žindymą inicijuoti per vieną valandą nuo gimimo (63). Pirmosios dvi gyvenimo valandos yra kritinis laikotarpis, kuomet žindymas privalo būti inicijuojamas, kad vėliau būtų sėkmingas. Šiuo laikotarpiu atskyrus naujagimį nuo motinos, žindymo inicijavimas sutrikdomas. Neatskirti yra svarbu tam, kad naujagimis pereitų visas oda – oda kontakto stadijas. Pastebėtos sąsajos ne tik tarp moterų pasitenkinimo į moterį orientuotos priežiūros modeliu, bet sąsajos ir tarp akušerių pasitenkinimo savo darbu ir vadovavimosi šiuo modeliu savo praktikoje. Ankstyvas oda – oda kontaktas turėtų būti laikomas standartu, o atskyrimas atpažįstamas kaip nepageidaujama intervencija. Sveikatos priežiūros specialistai turėtų suprasti, kad jų atliekamos rutininės procedūros, įskaitant ir naujagimio atskyrimą nuo motinos, gali turėti neigiamą įtaką moterų gimdymo patirtims ir žindymo inicijavimo sėkmei. Moterys jau prieš cezario pjūvio operaciją turėtų būti informuotos, kad gali pačios pasirinkti priežiūros aspektus, įskaitant ir oda – oda kontakto taikymą, tam, kad būtų pasiektas jų autonomiškumas. Akušerio (-ės) pareiga yra dirbti su moterimi remiantis partnerystės principu, atstovauti moters savarankiškiems sprendimams ir, kiek įmanoma, mažinti galimą žalą. Inovatyvūs priežiūros modeliai gali pagerinti ankstyvo oda – oda kontakto inicijavimą.

Visų gimdymų metu, įskaitant cezario pjūvio operaciją, rekomenduojama nedelsiant ir anksti pradėti naujagimio oda – oda kontaktą su motina (65). Ankstyvas oda – oda kontaktas per pirmąją valandą po gimimo turi įtakos sėkmingos laktacijos pradžiai. Ankstyvas žindymo inicijavimas sumažina naujagimių ir kūdikių mirtingumą (66). Ankstyvas žindymo inicijavimas Indijoje yra žemas – 41,5 proc. visų gimdymų (66,67). Nėra nacionalinių duomenų apie ankstyvo

oda – oda kontakto ir ankstyvo žindymo inicijavimo normas po cezario pjūvio operacijų. Įrodyta, kad po cezario pjūvio operacijos žindymo dažnis per šešis mėnesius yra reikšmingai mažesnis, lyginant su natūraliu gimdymu, tačiau šis dažnis susivienodina, jei po cezario pjūvio operacijos yra anksti inicijuojamas žindymas. Todėl daug kur buvo imtasi šios iniciatyvos gerinti priežiūros paslaugų kokybę po cezario pjūvio operacijos, siekiant pagerinti motinos ir naujagimio sveikatą ir ryšį.

Buvo sudarytas ankstyvo oda – oda kontakto žingsnių algoritmas. Vaizdo įrašas ir algoritmas buvo naudingi norint įtraukti į metodo naudojimą naujai prisijungusius gydytojus ir slaugytojus. Tyrimas parodė, kad oda – oda kontakto taikymo po cezario pjūvio operacijos galima pasiekti parengus rašytinę strategiją, įtraukiant gydytojus ir slaugytojus, dalijantis žiniomis ir mokslo įrodymais bei įtraukiant ir pačias motinas (68).

1.2.2. Žindymo sėkmė po cezario pjūvio operacijos

Įrodyta, jog žindymo dažnis po cezario pjūvio yra mažesnis nei po natūralaus gimdymo (69). Klinikinė patirtis rodo, jog po cezario pjūvio operacijos moterys dažniau nei po natūralaus gimdymo patiria spenelių pažeidimus ir jaučia didesnę skausmą (70). Zanardo ir kiti (2013 m.) išskyrė planines ir skubias cezario pjūvio operacijas ir pademonstravo sąsajas tarp planinių cezario pjūvio operacijų ir ankstyvo žindymo nutraukimo (71). Mokslininkai pastebėjo, kad po planinių cezario pjūvio operacijų žindymas stacionare nėra inicijuojamas. Suzuki ir kiti (2013 m.) aprašė didesnę žindymo dažnį po cezario pjūvio operacijos vienoje Tokijo ligoninėje, bet esant neįprastai palankioms aplinkybėms (72). Nepaisant didelės motyvacijos žindyti, galimybės mokytis žindyti, Naujagimiui palankios ligoninės principų ir didelio personalo palaikymo, 79 proc. pirmakarčių motinų patyrė spenelių skausmą ir 58 proc. žindyvių speneliai buvo pažeisti (73).

Papildomas maitinimas pieno pakaitalais ankstyvuojamu pogimdyminiu laikotarpiu yra susijęs su ankstyvu žindymo nutraukimu. Pieno papildų naudojimas prieš išrašymą iš stacionaro siejamas su trumpesne žindymo trukme. Tangerang, Indonezijoje 2020 m. buvo atliktas tyrimas, kurio rezultatai atskleidė statistiškai reikšmingus skirtumus, vertinant padidėjusį prolaktino kiekį žindyvėms geriant papajos lapų sultis (74). Tai galėtų būti alternatyvi pagalba motinoms, kurioms trūksta pieno ir dėl to krenta naujagimio svoris. Išskirtinis žindymas tik motinos pienu išrašant iš stacionaro yra susijęs su žymiai mažesne nujunkymo rizika per 6 mėnesius po gimdymo (75). Prieš 20 m. Eivono mieste, Jungtinėje Karalystėje, išskirtinio žindymo lygis išrašant iš ligoninės siekė 76 proc. (76).

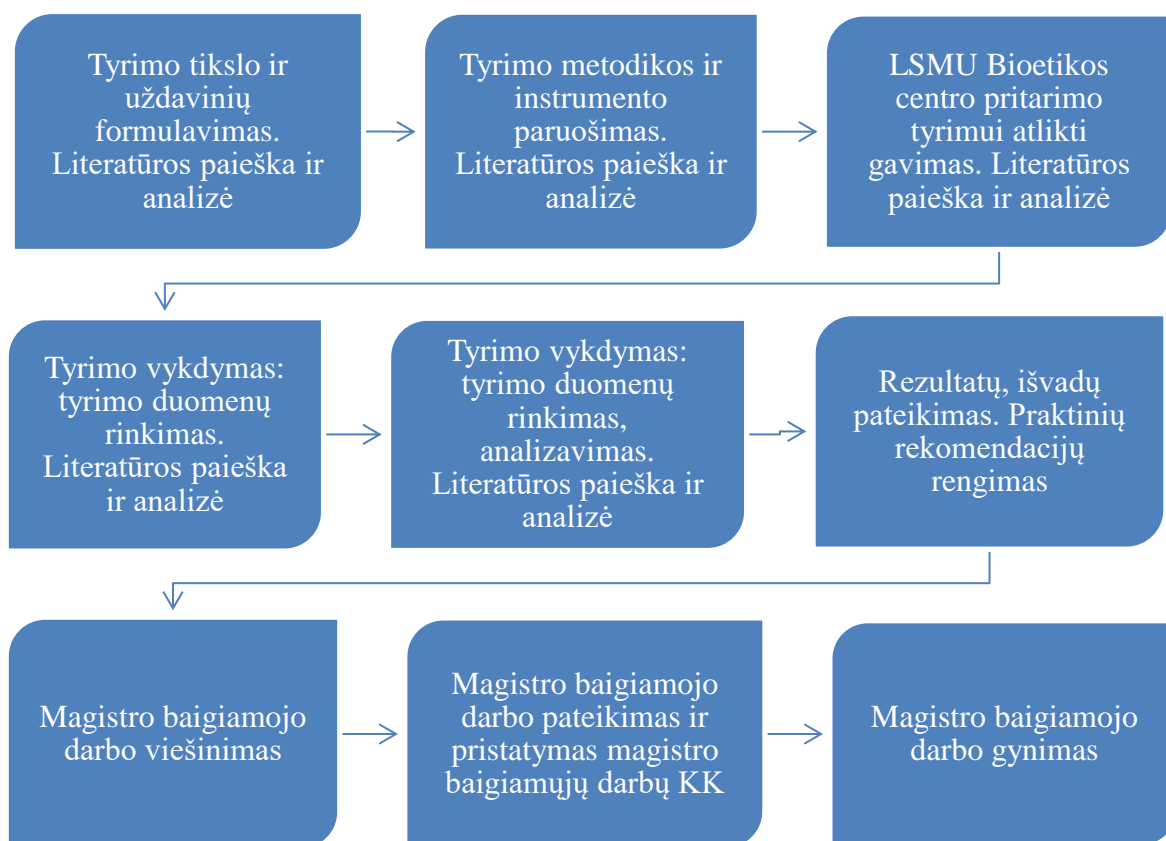
Moterys, kuriomis prieš gimdymą rūpinosi šeimos gydytojai ir akušeriai(-ės), taip pat dažniau žindė savo naujagimius, palyginus su tomis, kurias prižiūrėjo gydytojai akušeriai – ginekologai (63).

JAV ir kai kuriose Europos šalyse vidutinė gulėjimo stacionare po natūralaus gimdymo trukmė yra 1 – 2 dienos, o po cezario pjūvio operacijos – 3 – 4 dienos. Kitaip nei Japonijoje, moterys čia po natūralaus gimdymo stacionare lieka 4 – 6 dienoms, o po cezario pjūvio operacijos nuo 6 iki 10 dienų. Japonijoje, gulėdamos po gimdymo stacionare ilgiau, moterys gauna daugiau informacijos ir mokymų iš akušerių apie naujagimio priežiūrą ir žindymą. Iki šiol nustatyta, kad gimdymas cezario pjūvio operacijos būdu yra susijęs su mažesniu žindymo dažniu, todėl, manoma, ilgesnis moterų gulėjimas stacionare – daugiau žindymo konsultacijų, bent jau po cezario pjūvio operacijos, gali padidinti žindymo dažnį (77). Hospitalizacijos metu, akušeriai(-ės) moko pagimdžiusias moteris apie žindymą, kadangi rekomenduojamas išimtinis žindymas tik motinos pienu pirmus 6 gyvenimo mėnesius dėl medicininės, socialinės ir vystimosi naudos naujagimiams (35). Tad, remiantis dabartiniais rezultatais, išimtinio žindymo dažnis gali augti moterims ilgiau liekant stacionare po cezario pjūvio operacijos mokymosi žindyti tikslais (72).

2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

2.1. Tyrimo planavimas ir organizavimas

Tyrimas buvo vykdomas etapais pagal tyrimo planą (1 pav.).



1 pav. Tyrimo planas

2.2. Tyrimo eiga

Tyrimas buvo vykdytas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų (LSMUL KK) Akušerijos ir ginekologijos klinikoje nuo 2020 m. vasario 13 d. iki 2020 m. gruodžio 1 d.

Dalyvauti tyrime buvo kviečiamos moterys, atitikusios tyrimo kriterijus. Užpildytas anketas paprašyta sudėti į specialiai anketoms skirtus segtuvus akušerių budėjimo sektoriuose.

Darbo dienomis anketos buvo surenkamos. Taip pat, siekiant nustatyti žindymo sėkmę praėjus mėnesiui po operacijos, visų tiriamųjų buvo prašoma el. pašto adresu, paaiškinus, kad el. paštu po mėnesio bus išsiųsta nuoroda su apklausa internetu. Tai buvo analogiška skalė žindymo sėkmei nustatyti, kaip ir pirmojoje tyrimo dalyje.

2.3. Tyrimo metodai ir tyrimo instrumentas

Tyrimo duomenims surinkti buvo taikytas kiekybinis tyrimo metodas. Remiantis literatūros analize paruoštos dvi skirtingos anoniminės anketos: įvertinti pasitenkinimą priežiūros paslaugomis ir žindymo sėkmę iki iškėlimo į Akušerijos skyrių (1 priedas) ir žindymo sėkmei po mėnesio vertinti (2 priedas).

Pacientų pasitenkimui priežiūros paslaugomis iki iškėlimo į Akušerijos skyrių nustatyti pirmoje anketoje (1 priedas) buvo pateikta 16 teiginių. Pasitenkinimas priežiūros paslaugomis buvo vertinamas trimis aspektais: pasitenkinimas palatos aplinka, pasitenkinimas personalo darbu ir pasitenkinimas gauta informacine pagalba:

- pasitenkimui aplinka nustatyti buvo skirti 7 skalės teiginiai;
- pasitenkimui personalo darbu nustatyti buvo skirti 6 skalės teiginiai;
- pasitenkimui gauta informacine pagalba nustatyti buvo skirti 3 skalės teiginiai.

Atsakymų vertinimui buvo naudojama Likerto skalė. Kiekvieną teiginį buvo prašoma įvertinti balais nuo 1 iki 5 (1 – visiškai nesutinku ir 5 – visiškai sutinku). Susumavus kiekvienos minėtosios dalies bendrą balą, apskaičiuotas kiekvienos dalies vidutinis balas, kurio minimali reikšmė yra 1 – pasitenkinimas įvertintas labai blogai ir maksimali reikšmė 5 – pasitenkinimas įvertintas labai gerai.

Šios pasitenkinimo skalės, sudarytos iš 16 teiginių, homogeniškumui nustatyti buvo apskaičiuota Cronbach'o alfa koeficientas. Nustatyta Cronbach'o alfa koeficiento reikšmė 0,923 rodo, kad vidinis skalės homogeniškumas yra pakankamas.

Bendram pasitenkimui priežiūros paslaugomis po operacijos tiriamųjų buvo prašoma įvertinti jų patirtį, apibraukiant reikiamą balą skalėje nuo 1 iki 10 (1 – labai bloga patirtis, 10 – labai gera patirtis) ir skausmo intensyvumo balą po operacijos skalėje nuo 1 iki 10 (1 – nėra skausmo, 10 – labai didelis skausmas).

Anketos pabaigoje tiriamųjų, kurios po operacijos gulėjo Ginekologijos skyriaus „meškučių“ palatoje (MP) buvo prašoma papasakoti, kaip jaučiasi dėl to, kad galėjo pirmąsias valandas praleisti vienoje palatoje su savo naujagimi ir naujagimio tėčiu.

Žindymo sėkmei po operacijos stacionare nustatyti buvo pateiktos dvi skalės:

- pirmoji sudaryta iš 7 teiginių ir skirta įvertinti tiriamųjų, kurios po operacijos gulėjo MP, ryšio užmezgimą su naujagimiu, kitaip tariant žindymo inicijavimo sėkmę. Į kiekvieną teiginį tiriamoji galėjo atsakyti „Taip“, „Ne“ arba „Nepamenu“;
- antroji sudaryta iš 9 teiginių ir skirta įvertinti visų tiriamųjų tolimesnę žindymo sėkmę persikėlus po operacijos į Akušerijos skyriaus palatą. Į kiekvieną teiginį tiriamoji galėjo atsakyti „Taip“ arba „Ne“.

Socialiniams ir demografiniams rodikliams nustatyti tiriamųjų buvo klausama, koks jų amžius ir išsilavinimas, kokia šeiminė padėtis, kelintas yra šis gimdymas, kiek parų iš viso praleido stacionare po cezario pjūvio operacijos ir kurioje palatoje gulėjo po operacijos, ar Intensyviosios terapijos skyriaus palatoje (ITP) ar MP.

Antroji anketa, kuri tiriamosioms buvo išsiųsta el. paštu po 1 mėnesio (2 priedas) buvo skirta nustatyti, ar tiriamųjų žindymo sėkmei galėjo įtakos turėti nėštumo metu lankytos pamokėlės, jų buvo prašoma atsakyti, ar lankė pamokėles nėštumo metu ar po gimdymo. Taip pat tiriamųjų buvo klausama, kiek laiko praėjo nuo cezario pjūvio operacijos.

Žindymo sėkmei po mėnesio nustatyti antroje anketoje (2 priedas) buvo naudojama skalė, kurią sudarė 9 teiginiai, į kuriuos buvo galima atsakyti „Taip“ arba „Ne“. Skalės teiginiai analogiškai sutampa su pirmoje anketoje (1 priedas) pateiktos skalės teiginiais, skirtais žindymo sėkmei nustatyti po operacijos, jau persikėlus į Akušerijos skyrių.

2.4. Tiriamųjų imtis

Tyrimo objektas – moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimas priežiūros paslaugomis ir žindymo sėkmė.

Tyrimo subjektas – moterys po cezario pjūvio operacijos.

Siekiant išanalizuoti pasitenkinimą priežiūros paslaugomis ir žindymo sėkmę buvo nuspręsta apklausti visas moteris, tyrimo laikotarpiu gulėjusias po cezario pjūvio operacijos Ginekologijos ir Akušerijos skyriuose. Remiantis kitų šalių tyrimų metodika, tam, kad šio tyrimo rezultatai būtų tikslesni, nuspręsta neįtraukti į tyrimą moterų, kurios pagimdė neišnešiotus, sergančius naujagimius ir kurių šis nėštumas buvo daugiavaisis (78).

Tyrimo imtis apskaičiuota remiantis T. Yamane ir V. A. Jadov imties skaičiavimo formule:

$$n_i = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}} ; \text{ kai:}$$

n_i – imties dydis;

Δ – reikšmingumo lygmuo (0,05);

N – bendra populiacija (visų LSMUL KK per metus atliktų planinių cezario pjūvio operacijų skaičius – 229).

$$\text{Taigi: } n_i = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{229}} = \frac{1}{0,0069} \approx 144$$

Tiriamieji buvo atrinkti taikant netikimybinę kiekybinio tyrimo imties patogiąją atranką. Tiriamų moterų imtį sudarė tos moterys, kurios atitiko šiuos įtraukimo ir išbraukimo kriterijus:

Įtraukimo kriterijai:

1. Moterys, kurioms buvo atlikta planuota cezario pjūvio operacija.
2. Moterys, kurioms cezario pjūvio operacijos metu buvo atlikta regioninė anestezija.
3. Moterys, sutikusios dalyvauti tyrime ir pasirašiusios tiriamojo asmens sutikimo formą.
4. Moterys, pagimdžiusios išnešiotus sveikus naujagimius.

Išbraukimo kriterijai:

1. Moterys, gimdžiusios natūraliais gimdymo takais.
2. Moterys, kurioms buvo atlikta neatidėliotina ar skubi cezario pjūvio operacija.
3. Moterys, kurioms cezario pjūvio operacijos metu buvo atlikta bendroji anestezija.
4. Moterys, nesutikusios dalyvauti tyrime ir nepasirašiusios tiriamojo asmens sutikimo formos.
5. Moterys, pagimdžiusios neišnešiotus naujagimius.
6. Moterys, kurių šis nėštumas buvo daugiavaisis.

Iš viso išdalinta 152 anketos. Sugrįžo 144 anketos. Sugadintos arba nepilnai užpildytos 4 anketos. Iš viso analizuoti tinkamos 140 anketų. Atsako dažnis – 95 proc.

El. paštu pakartotinai moterims iš viso išsiųstos 122 anketos, 18 tiriamųjų nesutiko duoti savo el. pašto adresu. Sugrįžo 108 anketos, iš kurių visos buvo tinkamos analizuoti.

Atsako dažnis 89 proc.

2.5. Tiriamųjų imties charakteristikos

Tyrime dalyvavo 140 moterų po cezario pjūvio operacijos. Daugiau nei pusė (53,6 proc.; n=75) po cezario pjūvio operacijos gulėjo ITP ir šiek tiek mažiau nei pusė (46,4 proc.; n=65) – Ginekologijos skyriaus MP.

Jauniausia tyrime dalyvavusi moteris buvo 20 m. amžiaus, vyriausia – 44 m. Moterų, kurios po cezario pjūvio operacijos gulėjo ITP vidutinis amžius buvo 31,44±4,9 m., gulėjusių MP – 32,31±5,4 m. Kadangi požymio „Amžius“ skirstinys netenkino normalumo prielaidos, respondentės

pagal amžių suskirstytos į grupes. Beveik pusė tiek ITP gulėjusių (40,0 proc.; n=30), tiek MP gulėjusių (41,7 proc.; n=27) tyrimo dalyvių buvo 30 m. ar jaunesnės. Respondenčių amžius lyginamose grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($\chi^2=0,1$; p=0,949).

Pagal išsilavinimą beveik pusė apklaustųjų – 45,7 proc. (n=64) – turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, 33,6 proc. (n=47) – aukštąjį neuniversitetinį, 20,7 proc. (n=29) – pradinį, vidurinį ar profesinį išsilavinimą. Lyginant išsilavinimą grupėse, nustatyta, kad tų moterų, kurios turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, ITP (52 proc.; n=39) buvo beveik 1,5 karto daugiau, nei tų, kurios gulėjo MP (38,5 proc.; n=25) ($\chi^2=6,6$; p=0,036).

Didžioji dalis apklaustųjų (97,9 proc.; n=137), tiek ITP gulėjusių (98,7 proc.; n=74), tiek MP gulėjusių (96,9 proc. n=63) moterų augino vaikelį kartu su vaiko tėčiu, o 2,1 proc. (n=3) visų moterų vaikelį augino vienos. Respondenčių šeiminei padėčiai lyginamose grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($\chi^2=0,5$; p=0,477).

Beveik pusei pagimdžiusių moterų – 42,1 proc. (n=59) – tyrimo metu gimė pirmagimiai, daugiau nei trečdalis – 33,6 proc. (n=47) gimdė antrą kartą, beveik ketvirtadalis – 24,3 proc. (n=34) – gimdė trečią ar daugiau vaikų šeimoje. Nustatyta, kad pusei (50,7 proc.; n=38) ITP gulėjusių moterų gimė pirmagimis, kitaip nei MP gulinčioms moterims (32,3 proc.; n=21), pirmagimis gimė trečdaliui moterų, o trečio ar daugiau vaikelio dažniau susilaukė moterys, gulėjusios MP (35,4 proc.; n=23), nei ITP gulėjusios moterys (14,7 proc.; n=11) ($\chi^2=9,0$; p=0,011) (1 lentelė).

1 lentelė. Tiriamųjų socialiniai ir demografiniai rodikliai

Požymiai	Moterys, gulėjusios ITP (N=75) proc.(n)	Moterys, gulėjusios MP (N=65) proc.(n)	p
Gimdymų skaičius			
Pirmas	50,7 (38)	32,3 (21)	0,011
Antras	34,7 (26)	32,3 (21)	
Trečias ir daugiau	14,7 (11)	35,4 (23)	
Laikas, praleistas stacionare po operacijos			
≤5 paros	32,0 (24)	80,0 (52)	<0,001
>5 paros	68,0 (51)	20,0 (13)	
Šeiminei padėčiai			
Vaiką augina viena	1,3 (1)	3,1 (2)	0,477
Vaiką augina kartu su vaiko tėčiu	98,7 (74)	96,9 (63)	
Išsilavinimas			
Pradinis / vidurinis / profesinis	24,0 (18)	16,9 (11)	0,036
Aukštasis – neuniversitetinis	24,0 (18)	44,6 (29)	
Aukštasis – universitetinis	52,0 (39)	38,5 (25)	
Amžius			
≤30 metų	40,0 (30)	41,7 (27)	0,949
31 – 35 metai	33,3 (25)	30,8 (20)	
>35 metai	26,7 (20)	27,7 (18)	

Moterys, po cezario pjūvio operacijos gulėjusios ITP, vidutiniškai stacionare praleido 6 paras (6(3-20); 6,32), diena ilgiau, lyginant su moterimis, kurios po operacijos gulėjo MP (5(3-8); 5,18). Kadangi požymio „Laikas, praleistas stacionare po operacijos“ skirstinys netenkino normalumo prielaidos, respondentės pagal stacionarizavimo laiką suskirstytos į grupes. Daugiau kaip pusė (68,0 proc.; n=51) moterų, gulėjusių ITP, stacionare praleido ilgiau nei 5 paras, dauguma moterų (80,0 proc.; n=52), gulėjusių MP, stacionare praleido 5 paras ar trumpiau ($\chi^2=32,3$; $p<0,001$)(1 lentelė).

2.6. Tyrimo etika

Tyrimo metu buvo laikomasi esminių etikos principų: teisės nebūti pažeistam, teisės nebūti išnaudojamam, tyrimo naudingumo, pagarbos asmens orumui, konfidencialumo, privatumo, teisingumo, savanoriškumo ir geranoriškumo. Tyrimui vykdyti 2020 m. vasario 13 d. gautas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centro pritarimas Nr. BEC – SL (M215) (3 priedas). Respondentai tyrime dalyvavo savanoriškai. Duomenys rinkti anonimino anketavimo būdu. Visi tiriamieji buvo supažindinti su tyrimo tikslu bei tema, taip pat informuoti apie teisę atsisakyti dalyvauti tyrime. Respondentai informuoti, jog anonimiškumas ir konfidencialumas garantuojamas, nes gauti tyrimo duomenys bus koduojami ir prieinami tik šio darbo autoriui. Jiems buvo užtikrinta, jog gauti duomenys bus pristatomi apibendrintai tik studijų tikslams. Supažindinus dalyvius su tyrimu, pasirašyta „Tiriamąjo asmens sutikimo“ forma (4 priedas), anketos pradžioje taip pat pateikta „Tiriamąjo asmens informavimo“ forma (1 priedas, 2 priedas).

2.7. Duomenų analizė

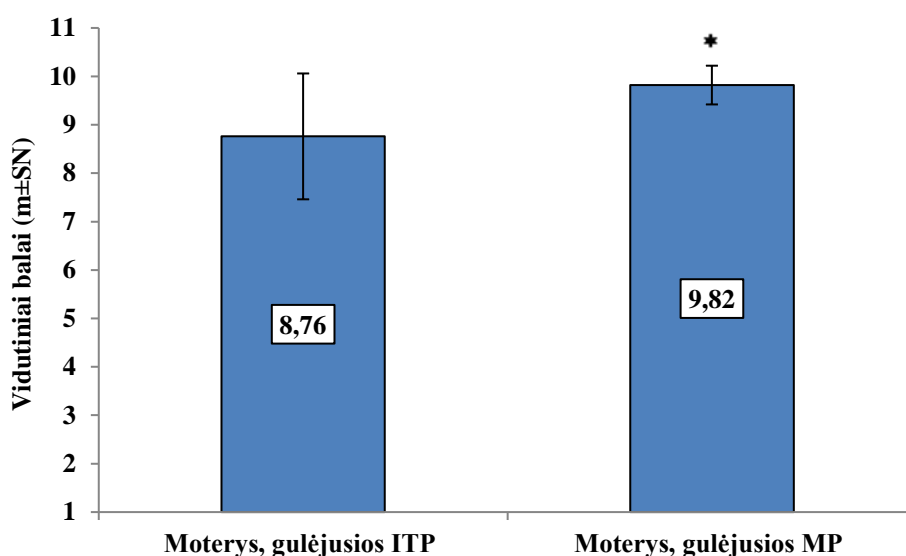
Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant kompiuterinės programos statistikos paketą „SPSS/w 22.0“ ir Microsoft 365® kompiuterinę programą. Nagrinėjamų požymių pasiskirstymui pasirinktoje imtyje įvertinti taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutūs (n) ir procentiniai dažniai (proc.). Kiekybiniai duomenys pateikiami kaip aritmetiniai vidurkiai (m) su standartiniu nuokrypiu (SN). Požymių ryšiams vertinti sudarytos susijusių požymių lentelės, požymių priklausomybei nustatyti skaičiuotas chi-kvadrato (χ^2) kriterijus, proporcijų lygybė vertinta z testu Bonferroni metodu. Požymių ryšio stiprumui vertinti skaičiuotas Spearman koreliacijos koeficientas (r). Jei $0<|r|\leq 0,3$, dydžiai silpnai priklausomi, jei $0,3<|r|\leq 0,8$, vidutiniškai priklausomi, jei $0,8<|r|\leq 1$,

stipriai priklausomi. Koreliacijos koeficientas buvo laikomas teigiamu, kai vienam dydžiui didėjant, didėjo ir kitas, neigiamas – kai vienam dydžiui didėjant, kitas mažėjo. Dviejų nepriklausomų imčių skirstiniai lyginti Mann-Whitney U testu. Kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$, požymių skirtumas tiriamųjų grupėse laikytas statistiškai reikšmingu. Rezultatai pateikiami paveiksluose ir lentelėse.

3. REZULTATAI

3.1. Moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimas priežiūros paslaugomis

Tyrimo metu analizuotas moterų po cezario pjūvio operacijos bendras pasitenkinimas priežiūros paslaugomis. Vertinant bendrąjį pasitenkinimą 10 – ties balų sistema, nustatyta, kad moterys, gulėjusios ITP, savo bendrą pasitenkinimą priežiūros paslaugomis įvertino $8,76 \pm 1,3$ balais, moterys, gulėjusios MP – $9,82 \pm 0,4$ balais ($p < 0,001$) (2 pav.).

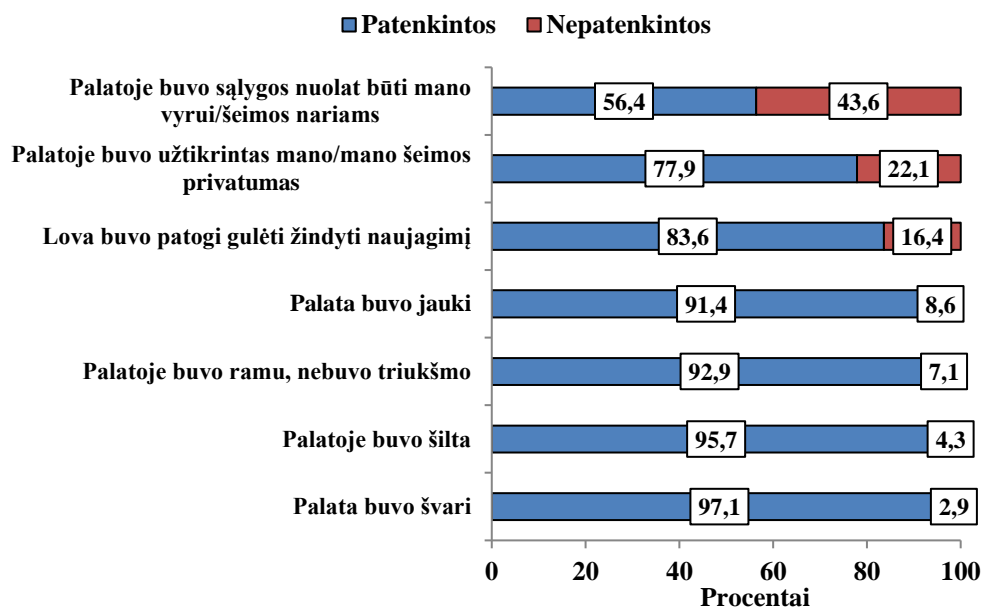


*- $U=1139$; $p < 0,001$, lyginant su gulėjusiomis ITP

2 pav. Moterų bendrasis pasitenkinimas priežiūros paslaugomis

Išsamiau analizuojant pasitenkinimą priežiūros paslaugomis, jis buvo suskirstytas į aplinkos vertinimą, personalo darbo vertinimą ir pasitenkinimą gauta informacija. Atliekant rezultatų analizę, pasitenkinimo skalės atsakymo variantai „Visiškai sutinku“ ir „Sutinku“ buvo sujungti į vieną „Patenkintos“, o „Visiškai nesutinku“, „Nesutinku“ ir „Nei sutinku, nei nesutinku“ – į „Nepatenkintos“.

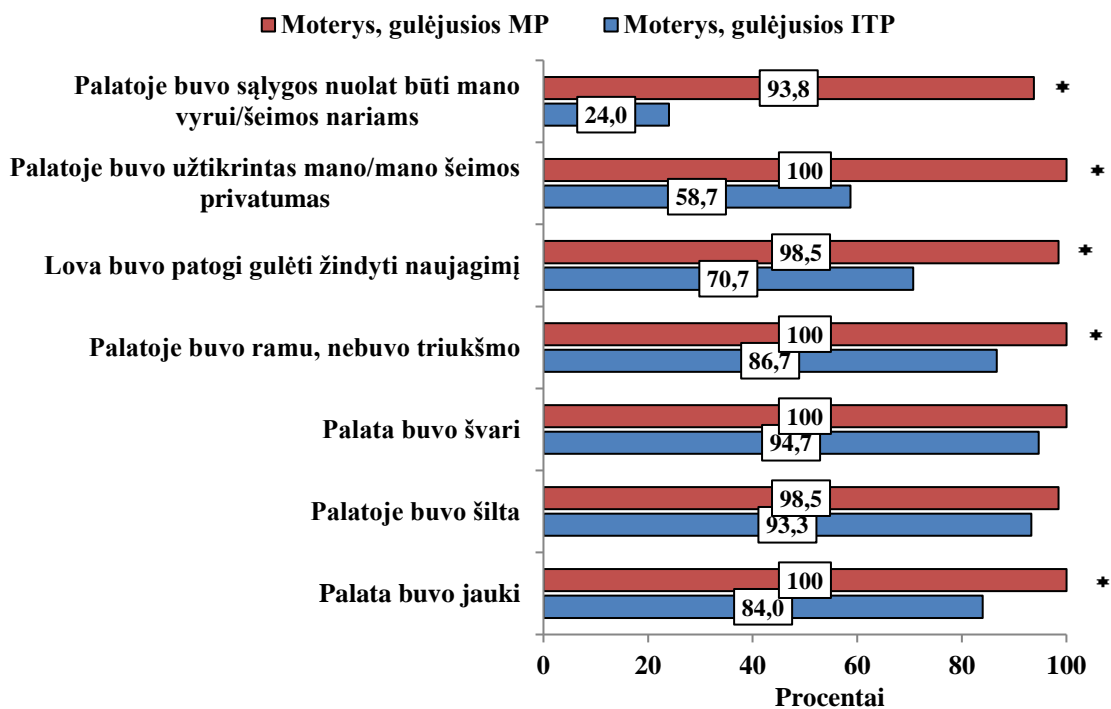
Tyrimo metu nustatyta, kad didžioji dauguma respondenčių buvo patenkintos palatos švara (97,1 proc.; $n=136$), šiluma palatoje (95,7 proc.; $n=134$) bei ramybe, triukšmo nebuvimu (92,9 proc.; $n=130$). Daugiau kaip pusė tiriamųjų buvo patenkintų sąlygomis palatoje būti vyrui ar kitiems šeimos nariams (56,4 proc.; $n=79$), trys ketvirtadaliai – šeimos privatumu palatoje (77,9 proc.; $n=109$) (3 pav.).



3 pav. Moterų pasitenkinimas aplinka

Lyginant pasitenkinimą visomis priežiūros paslaugų sritimis grupėse pagal socialinius ir demografinius požymius, pateikiami rezultatai, kokia dalis tyrimo dalyvių buvo patenkintos priežiūros paslaugomis.

Palyginus moterų pasitenkinimą aplinka priklausomai nuo palatos, kurioje jos gulėjo po cezario pjūvio operacijos, buvo nustatyta, kad moterys, gulėjusios MP, statistiškai reikšmingai dažniau buvo patenkintos visais aplinkos veiksniais, taip pat suteiktomis sąlygomis palatoje būti vyrui ar kitiems šeimos nariams (93,8 proc.; n=61), šeimos privatumu, ramybe ir jaukumu palatoje (po 100 proc.; n=65), patogiai žindyti lova (98,5 proc.; n=64), palyginus su moterimis, kurios po operacijos gulėjo ITP ($p < 0,05$) (4 pav.).



*- $p < 0,05$, lyginant su moterimis gulėjusiomis ITP

4 pav. Moterų pasitenkinimas aplinka, priklausomai nuo palatos tipo

Gauti rezultatai parodė, kad moterų pasitenkinimas kai kuriais palatos aplinkos veiksniais reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo gimdymų skaičiaus. Nustatyta, kad gimdžiusios pirmą kartą (94,9 proc.; $n=56$) bei gimdžiusios trečią ir daugiau kartų (100 proc.; $n=34$) statistiškai reikšmingai dažniau buvo patenkintos ramybe palatoje, palyginus su gimdžiusiomis antrąjį naujagimį (85,1 proc.; $n=40$) ($p < 0,05$). Gimdžiusios trečią ir daugiau kartų (70,6 proc.; $n=24$) statistiškai reikšmingai dažniau buvo patenkintos suteiktomis sąlygomis vyrui ar kitiems šeimos nariams nuolat būti palatoje, palyginus su gimdžiusiomis antrąjį naujagimį (44,7 proc.; $n=21$) ($p < 0,05$) (2 lentelė).

2 lentelė. Moterų pasitenkinimas aplinka, priklausomai nuo gimdymų skaičiaus

Aplinkos veiksniai	Gimdymų skaičius, proc. (n)			χ^2 (p)
	Pirmas (n=59)	Antras (n=47)	Trečias ir daugiau (n=34)	
Palata buvo jauki	89,8 (53)	89,4 (42)	97,1 (33)	1,8 (0,402)
Palatoje buvo šilta	96,6 (57)	97,9 (46)	91,2 (31)	2,4 (0,308)
Palata buvo švari	98,3 (58)	95,7 (45)	97,1 (33)	0,6 (0,734)
Palatoje buvo ramu, nebuvo triukšmo	94,9 (56)	85,1 (40)*	100 (34)	7,2 (0,027)
Lova buvo patogi gulėti žindyti naujagimį	81,4 (48)	78,7 (37)	94,1 (32)	3,8 (0,152)
Palatoje buvo užtikrintas mano/mano šeimos privatumas	81,4 (48)	70,2 (33)	82,4 (28)	2,4 (0,300)
Palatoje buvo sąlygos nuolat būti mano vyrui/šeimos nariams	57,6 (34)	44,7 (21)**	70,6 (24)	5,4 (0,046)

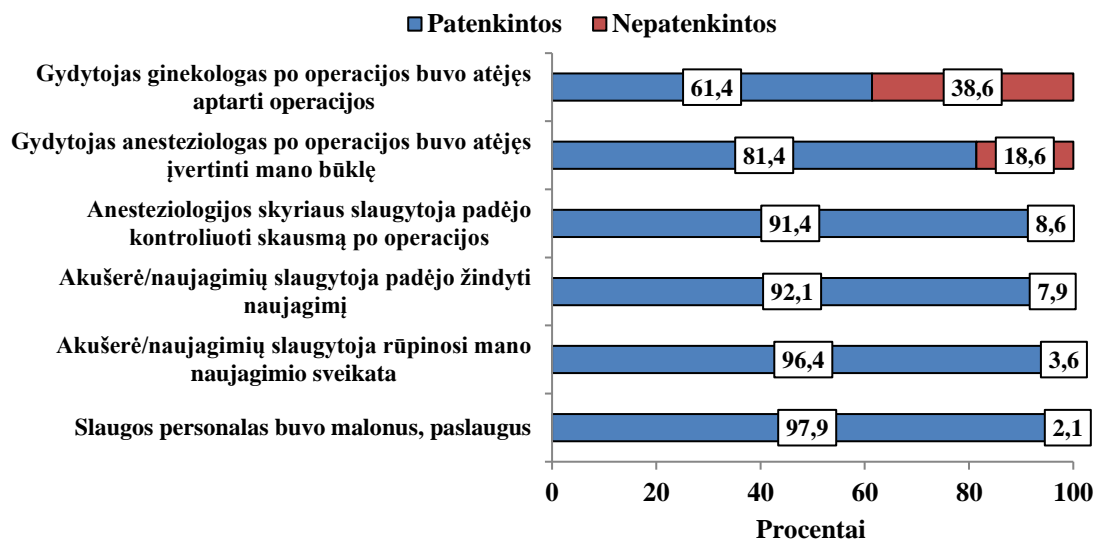
*- $p < 0,05$, lyginant su gimdžiusiomis pirmą bei trečią ir daugiau naujagimį; **- $p < 0,05$, lyginant su gimdžiusiomis trečią ir daugiau naujagimį (z testas Bonferroni metodu)

Stacionare po cezario pjūvio operacijos praleidusios 5 paras ar trumpiau moterys buvo statistiškai reikšmingai dažniau patenkintos palatos jaukumu (85,9 proc.; n=55), patogia žindymui lova, (73,4 proc.; n=47), privatumu (68,8 proc.; n=44) bei galimybe palatoje būti vyrui ar šeimos nariams (35,9 proc.; n=23), palyginus su stacionare praleidusiomis ilgiau nei 5 paras ($p < 0,05$) (3 lentelė).

3 lentelė. Moterų pasitenkinimas aplinka, priklausomai nuo laiko, praleisto stacionare

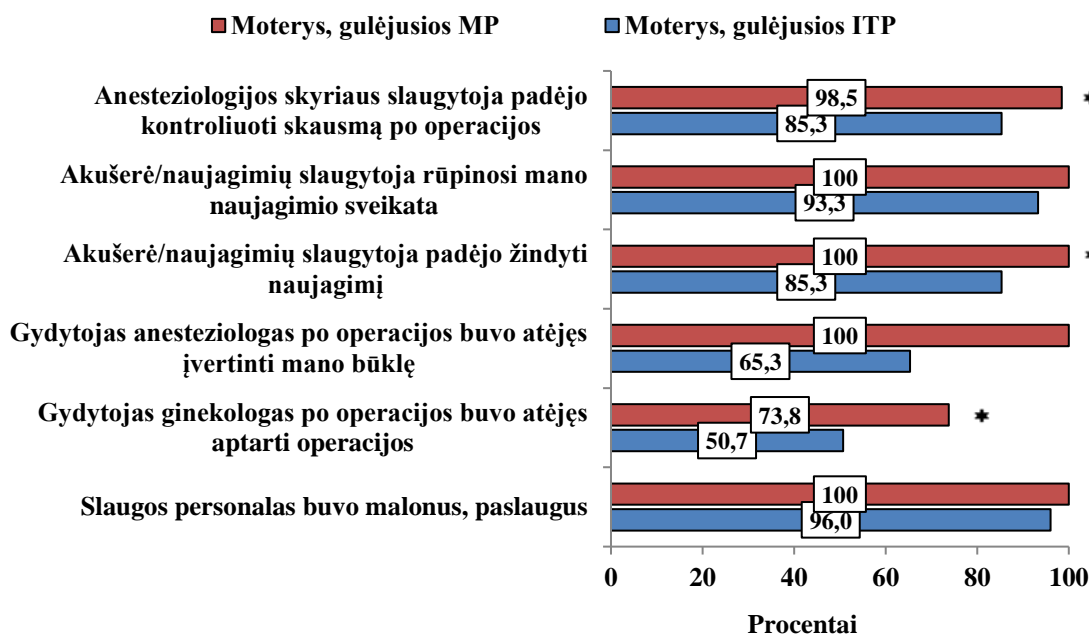
Aplinkos veiksniai	Laikas stacionare, proc. (n)		χ^2 (p)
	≤5 paras (N=76) proc.(n)	>5 paras (N=64) proc.(n)	
Palata buvo jauki	96,1 (73)	85,9 (55)	4,5 (0,033)
Palatoje buvo šilta	94,7 (72)	96,9 (62)	0,4 (0,534)
Palata buvo švari	96,1 (73)	98,4 (63)	0,7 (0,399)
Palatoje buvo ramu, nebuvo triukšmo	94,7 (72)	90,6 (58)	0,9 (0,347)
Lova buvo patogi gulėti žindyti naujagimį	92,1 (70)	73,4 (47)	8,8 (0,003)
Palatoje buvo užtikrintas mano/mano šeimos privatumas	85,5 (65)	68,8 (44)	5,7 (0,017)
Palatoje buvo sąlygos nuolat būti mano vyrui/šeimos nariams	73,7 (56)	35,9 (23)	20,1 (0,001)

Kita pasitenkinimo priežiūros paslaugomis sritis – personalo darbas. Dauguma respondenčių buvo patenkintos malonių ir paslaugių slaugos personalu (97,9 proc.; n=137), akušerės/naujagimių slaugytojos rūpesčiu naujagimio sveikata (96,4 proc.; n=135) bei pagalba žindant (92,1 proc.; n=129). Mažiausiai patenkintų buvo bendravimu su gydytoju ginekologu dėl operacijos aptarimo (61,4 proc.; n=86) (5 pav.).



5 pav. Moterų pasitenkinimas personalo darbu

Palyginus moterų pasitenkinimą personalo darbu priklausomai nuo palatos, kurioje jos gulėjo po cezario pjūvio operacijos, paaiškėjo, kad gulėjusios MP buvo statistiškai reikšmingai dažniau patenkintos anestezijos slaugytojų atlikta skausmo kontrole (98,5 proc.; n=64), akušerės pagalba žindant (100 proc.; n=65), gydytojo anesteziologo (100 proc.; n=65) bei gydytojo ginekologo (73,8 proc.; n=48) konsultacija po operacijos, palyginus su moterimis gulėjusiomis ITP ($p < 0,05$) (6 pav.).



*- $p < 0,05$, lyginant su moterimis gulėjusiomis ITP

6 pav. Moterų pasitenkinimas personalo darbu, priklausomai nuo palatos tipo

Kaip parodė gauti rezultatai, moterys, pagimdžiusios trečią ar daugiau naujagimių, statistiškai reikšmingai dažniau buvo patenkintos gydytojo ginekologo apsilankymu aptarti operacijos (79,4 proc.; n=27) bei gydytojo anesteziologo apsilankymu įvertinti moters būklę (97,1 proc.; n=33), palyginus su pagimdžiusiomis pirmą ar antrą naujagimių ($p < 0,05$) (4 lentelė).

4 lentelė. Moterų pasitenkinimas personalo darbu, priklausomai nuo gimdymų skaičiaus

Personalo darbo veiksniai	Gimdymų skaičius, proc. (n)			χ^2 (p)
	Pirmas (n=59)	Antras (n=47)	Trečias ir daugiau (n=34)	
Slaugos personalas buvo malonus, paslaugus	94,9 (56)	100 (47)	100 (34)	4,2 (0,122)
Gydytojas ginekologas po operacijos buvo atėjęs aptarti operacijos	55,9 (33)	55,3 (26)	79,4 (27)*	6,1 (0,047)
Gydytojas anesteziologas po operacijos buvo atėjęs įvertinti mano būklę	74,6 (44)	78,7 (37)	97,1 (33)*	7,6 (0,023)
Akušerė/naujagimių slaugytoja padėjo žindyti naujagimį	91,5 (54)	87,2 (41)	100 (34)	4,5 (0,106)
Akušerė/naujagimių slaugytoja rūpinosi mano naujagimio sveikata	96,6 (57)	93,6 (44)	100 (34)	2,3 (0,310)
Anesteziologijos skyriaus slaugytoja padėjo kontroliuoti skausmą po operacijos	88,1 (52)	91,5 (43)	97,1 (33)	2,2 (0,334)

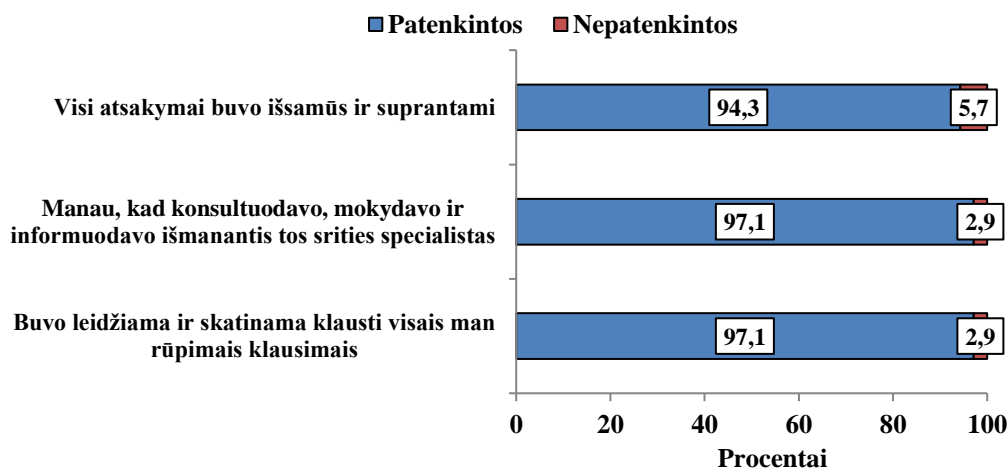
*- $p < 0,05$, lyginant su gimdžiusiomis pirmą ar antrą naujagimių

Analizuojant tyrimo rezultatus, nustatyta, kad respondentės, stacionare praleidusios 5 paras ar trumpiau, buvo statistiškai reikšmingai dažniau patenkintos dėl operacijos aptarimo su gydytoju ginekologu (73,7 proc.; n=56), lyginant su stacionare praleidusiomis daugiau kaip 5 paras (46,9 proc.; n=30) ($p < 0,05$). Pasitenkinimas kitais su personalo darbu susijusiais veiksniais priklausomai nuo laiko stacionare statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$) (5 lentelė).

5 lentelė. Moterų pasitenkinimas personalo darbu, priklausomai nuo laiko, praleisto stacionare

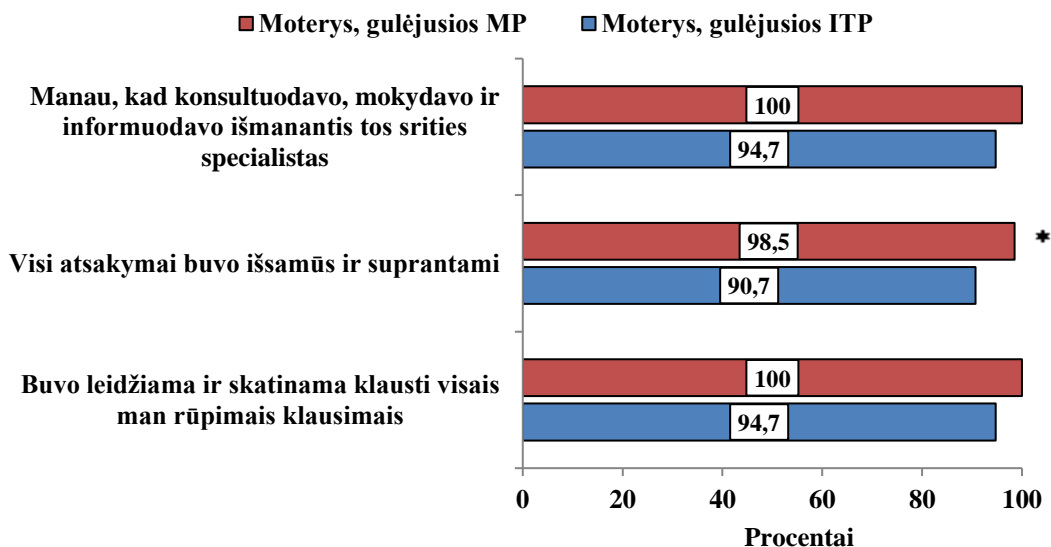
Personalo darbo veiksniai	Laikas stacionare, proc. (n)		χ^2 (p)
	≤5 paras (n=76)	>5 paras (n=64)	
Slaugos personalas buvo malonus, paslaugus	100 (76)	95,3 (61)	3,6 (0,056)
Gydytojas ginekologas buvo atėjęs aptarti operacijos	73,7 (56)	46,9 (30)	1,05 (0,001)
Gydytojas anesteziologas po operacijos buvo atėjęs įvertinti mano būklę	86,8 (66)	75,0 (48)	3,2 (0,073)
Akušerė/naujagimių slaugytoja padėjo žindyti naujagimį	93,4 (71)	90,6 (58)	0,4 (0,540)
Akušerė/naujagimių slaugytoja rūpinosi mano naujagimio sveikata	98,7 (75)	93,8 (60)	2,5 (0,117)
Anesteziologijos skyriaus slaugytoja padėjo kontroliuoti skausmą po operacijos	94,7 (72)	87,5 (56)	2,3 (0,128)

Tinkama, laiku suteikta informacija gali lemti naujagimio priežiūros, emocinio stabilumo sėkmę. Gauti rezultatai parodė, kad beveik visos respondentės buvo patenkintos stacionare suteikta informacija, o ypač galimybe klausti visais rūpimais klausimais (97,1 proc.; n=136). Daugumos respondenčių nuomone, jos informaciją gavo iš išmanančių savo sritį specialistų (97,1 proc.; n=136)(7 pav.).



7 pav. Moterų pasitenkinimas gauta informacija

Kaip parodė gauti rezultatai, moterys, gulėjusios MP po cezario pjūvio operacijos, statistiškai reikšmingai dažniau buvo patenkintos gavusios visus atsakymus į klausimus išsamiai ir suprantamai (98,5 proc.; n=64), palyginus su gulėjusiomis ITP (90,7 proc.; n=68)($p < 0,05$). Pasitenkinimas kitais informacijos veiksniais, priklausomai nuo palatos, statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$)(8 pav.).



*- $p < 0,05$, lyginant su moterimis, gulėjusiomis ITP

8 pav. Moterų pasitenkinimas gauta informacija, priklausomai nuo palatos tipo

Tyrimo metu lygintas respondenčių pasitenkinimas gauta informacija priklausomai nuo gimdymų skaičiaus. Gauti rezultatai parodė, kad visos moterys, pagimdžiusios trečią ar daugiau naujagimių, buvo patenkintos stacionare gauta informacija (100 proc.; n=34), tačiau nuomonės skirtumas su pagimdžiusiomis tiek pirmą, tiek antrą naujagimių, statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p>0,05$)(6 lentelė).

6 lentelė. Moterų pasitenkinimas gauta informacija, priklausomai nuo gimdymų skaičiaus

Informacijos veiksniai	Gimdymų skaičius, proc. (n)			χ^2 (p)
	Pirmas (n=59)	Antras (n=47)	Trečias ir daugiau (n=34)	
Buvo leidžiama ir skatinama klausti visais man rūpimais klausimais	96,6 (57)	95,7 (45)	100 (34)	1,4 (0,499)
Visi atsakymai buvo išsamūs ir suprantami	93,2 (55)	91,5 (43)	100 (34)	2,9 (0,238)
Manau, kad konsultuodavo, mokydavo ir informuodavo išmanantis tos srities specialistas	96,6 (57)	95,7 (45)	100 (34)	1,4 (0,499)

Kaip parodė gauti rezultatai, 5 paras ar trumpiau stacionare po cezario pjūvio operacijos praleidusios respondentės buvo dažniau patenkintos gauta informacija, o dėl atsakymų į iškilusius klausimus išsamumo ir suprantamumo – statistiškai reikšmingai dažniau (97,4 proc.; n=74), palyginus su ilgiau nei 5 paras stacionare praleidusiomis tyrimo dalyvėmis (90,6 proc.; n=58)($p<0,05$)(7 lentelė).

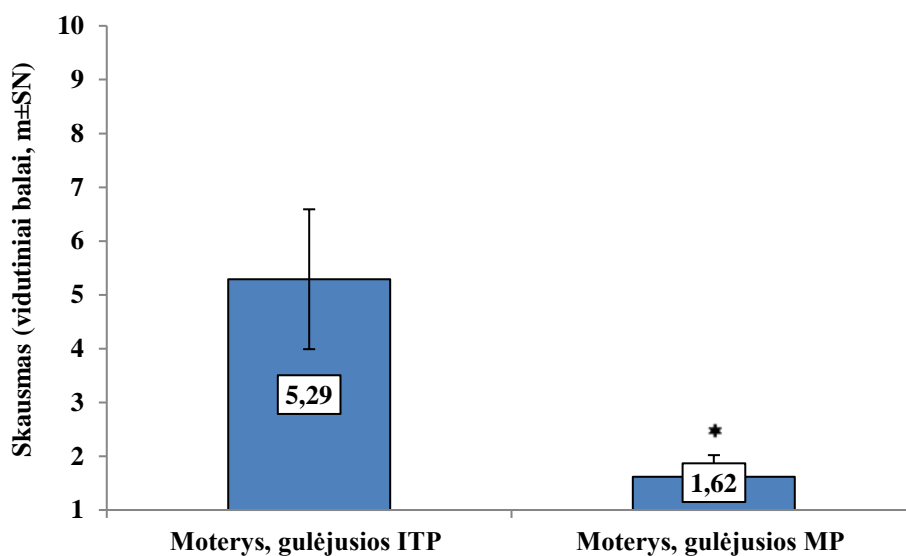
7 lentelė. Moterų pasitenkinimas gauta informacija, priklausomai nuo gimdymų skaičiaus

Informacijos veiksniai	Laikas stacionare, proc. (n)		χ^2 (p)
	≤5 paras (n=76)	>5 paras (n=64)	
Buvo leidžiama ir skatinama klausti visais man rūpimais klausimais	98,7 (75)	95,3 (61)	1,4 (0,233)
Visi atsakymai buvo išsamūs ir suprantami	97,4 (74)	90,6 (58)	3,9 (0,047)
Manau, kad konsultuodavo, mokydavo ir informuodavo išmanantis tos srities specialistas	98,7 (75)	95,3 (61)	1,4 (0,233)

Moterų, po cezario pjūvio operacijos gulėjusių MP, buvo prašoma pakomentuoti savijautą dėl galimybės pirmąsias valandas praleisti vienoje palatoje su savo naujagimių ir naujagimio tėčiu. Komentarų pateikė 67,7 proc. (n=44) respondenčių. Daugiau kaip ketvirtadalis moterų (27,3 proc.; n=12), gulėjusių MP, jautėsi puikiai, daugiau kaip pusė (52,3 proc.; n=23) – labai gerai. Apie dešimtadalis savo savijautą įvertino kaip nuostabią (11,4 proc.; n=5) bei fantastišką (9,1 proc.; n=4). Tokios moterų, po cezario pjūvio operacijos gulėjusių MP, savijautos priežastimis buvo galimybė būti su šeima: „...Pirmą kartą sužinojau apie tokią galimybę. Esu labai laiminga, kad galėjau iš karto po operacijos būti su savo šeima privačiai...“, „...Džiaugiuosi, kad visa šeima galėjom būti

nuo pat gimimo akimirkos visi kartu...“. Savijautą taip pat gerino galimybė būti su naujagimiu iškart po operacijos: „...Netikėta paslauga. Jaučiausi lyg nebūčiau operuota, taip gera būti su naujagimiu, nejauti jokio skausmo ar nuovargio, puiki patirtis...“, „...Puikiai! Prieš tai turėjau dvi cezario pjūvio operacijas, tai naujagimį galėjau laikyti tik kitą rytą, tad dabar didelis džiaugsmas būti kartu iš karto vos po 5 min...“, „...Kai pasakė apie šią palatą, iškart norėjau į ją, nes būti su savo naujagimiu iškart po operacijos, kažkas nerealaus!...“. Komentavusios moterys akcentavo ankstyvo žindymo galimybę šiose palatose: „...Labai džiaugiuosi, kad vaikelį galėjau iškart žindyti ir šildyti prie savęs, nesinorėjo nei sekundės praleisti atskirai...“, „...Manau, kad turi įtakos ankstyvam žindymui, nes pirmas vaikutis neėmė krūties kadangi buvo atskirtas, kitaip nei šis. Labai dėl to džiaugiuosi...“.

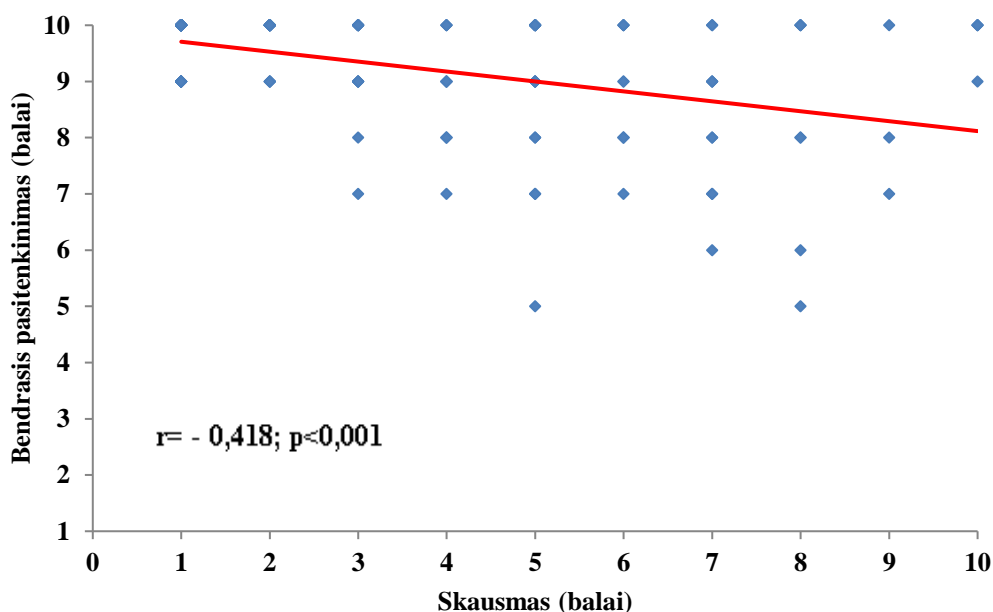
Tyrimo metu respondentės vertino patirtą fizinį skausmą. Gauti rezultatai parodė, kad moterys, gulėjusios ITP, savo skausmą įvertino vidutiniškai $5,29 \pm 1,3$ balais, moterys, gulėjusios MP – vidutiniškai $1,62 \pm 0,4$ balais ($p < 0,001$) (9 pav.).



*- $U=441,50$; $p < 0,001$, lyginant su moterimis, gulėjusiomis ITP

9 pav. Skausmo intensyvumo vertinimas, priklausomai nuo palatos tipo

Buvo vertintos cezario pjūvio operaciją patyrusių moterų pasitenkinimo priežiūros paslaugomis ir skausmo intensyvumo sąsajos. Atlikus koreliacinę analizę buvo gautas statistiškai reikšmingas neigiamas vidutinio stiprumo koreliacijos koeficientas ($r = -0,418$; $p < 0,001$). Tai rodo, kad kuo stipresnį skausmą moterys jautė, tuo buvo mažiau patenkintos priežiūros paslaugomis (10 pav.).



10 pav. Moterų pasitenkinimo priežiūros paslaugomis ir skausmo intensyvumo sąsajos

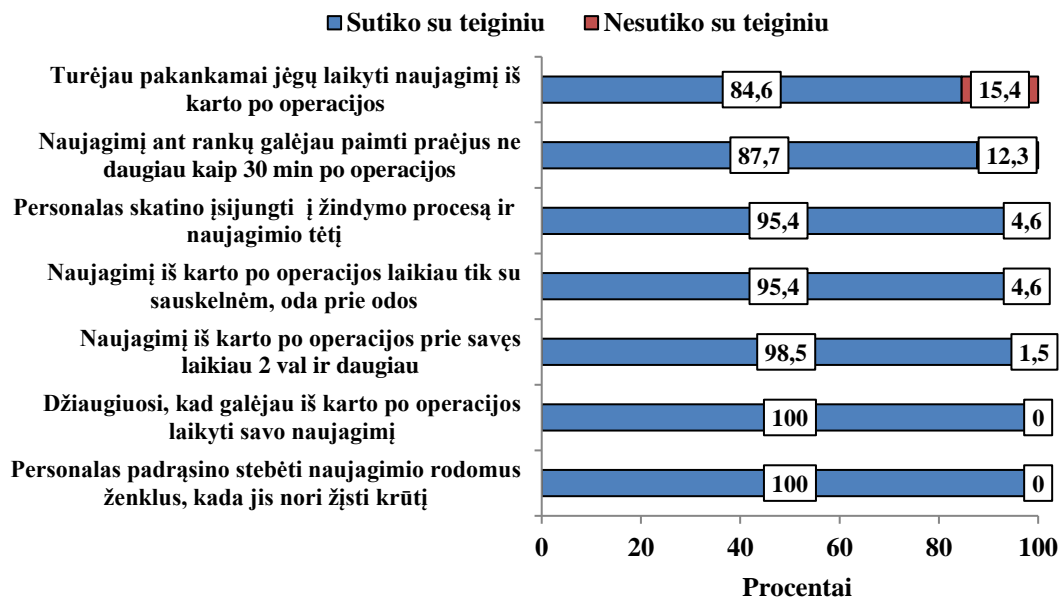
Apibendrinant galima teigti, kad moterys po cezario pjūvio operacijos dažniausiai buvo patenkintos palatos švara, maloniu ir paslaugiu slaugos personalu, galimybe patyrusių specialistų klausti visais rūpimais klausimais. Moterys, gulėjusios MP 5 paras ar trumpiau, dažniau buvo patenkintos priežiūros paslaugomis. Pagimdžiusios trečią ar daugiau naujagimių dažniau buvo patenkintos personalo darbu. Moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimas priežiūros paslaugomis priklausomai nuo jų amžiaus, išsilavinimo, šeiminės padėties reikšmingai nepriklausė. Po cezario pjūvio operacijos patirtas intensyvesnis skausmas buvo susijęs su mažesniu pasitenkinimu priežiūros paslaugomis.

3.2. Moterų po cezario pjūvio operacijos žindymo sėkmė

Jei tik gimdyvės ir naujagimio būklė po cezario pjūvio operacijos leidžia, naujagimis iš karto guldomas motinai ant krūtinės. Buvo analizuotas moterų, po cezario pjūvio operacijos gulėjusių MP, ryšis su naujagimiu.

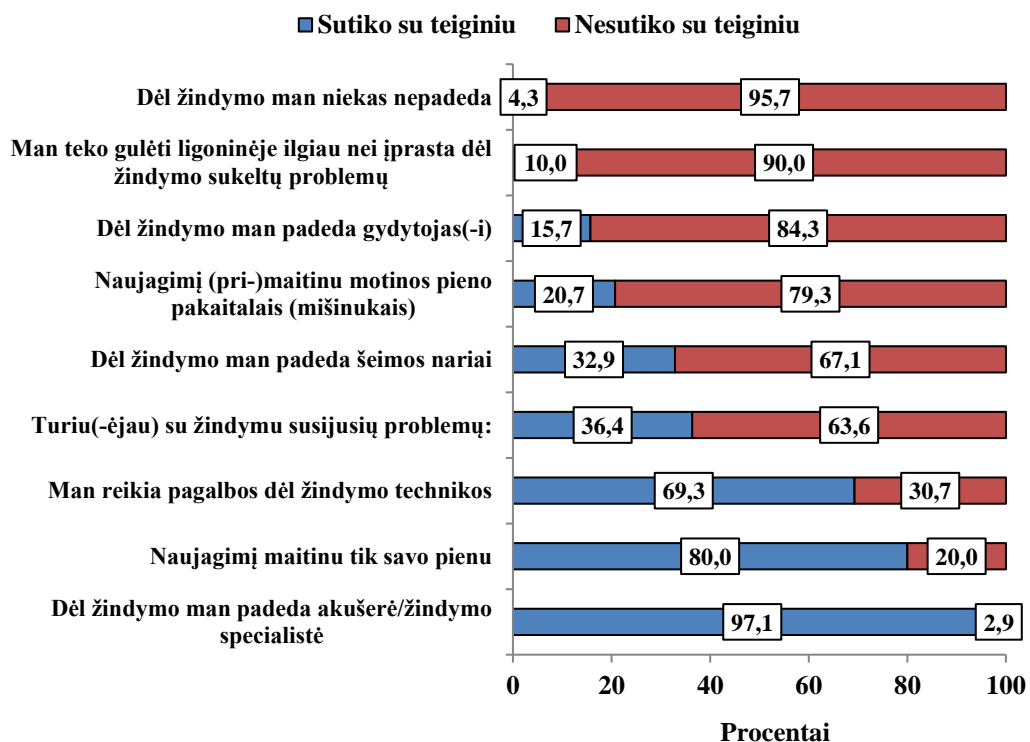
Gauti rezultatai parodė, kad visas respondentės personalas padaršino stebėti naujagimio rodomus ženklus, kada jis nori žįsti krūtį, o taip pat visos džiaugėsi, kad galėjo iš karto po operacijos laikyti savo naujagimį (100 proc.; n=65). Beveik visos po cezario pjūvio operacijos

gulėjusios MP moterys naujagimį iš karto po operacijos prie savęs laikė 2 val. ir daugiau (98,5 proc.; n=64), su sauskelnėmis, oda prie odos (95,4 proc.; n= 62). Kad turėjo pakankamai jėgų laikyti naujagimį iš karto po operacijos, pritarė 84,6 proc. (n=55)(11 pav.).



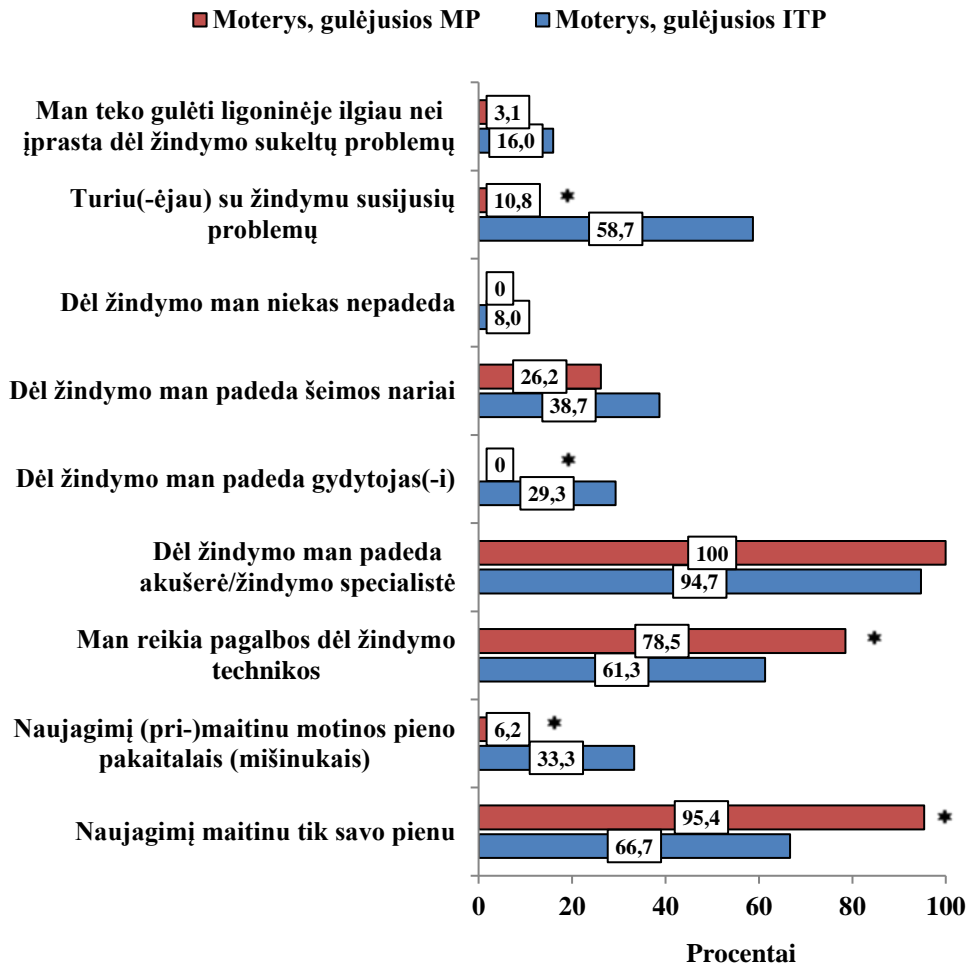
11 pav. Moterų požiūris į užmegztą ryšį su naujagimiu

Tyrimo metu analizuota, kaip moterims po cezario pjūvio operacijos sekėsi žindyti savo naujagimį. Gauti rezultatai parodė, kad daugumai tiriamųjų su žindymu susijusiais klausimais padėjo akušerė/žindymo specialistė (97,1 proc.; n=196). Nustatyta, kad 80,0 proc. (n=112) respondenčių naujagimius maitino savo pienu, tačiau 69,3 proc. (n=97) jų buvo reikalinga pagalba dėl žindymo technikos. Nesulaukiančių pagalbos dėl žindymo buvo mažuma – vos 4,3 proc. (n=6). Daugiau kaip trečdalis respondenčių turėjo su žindymu susijusių problemų (36,4 proc.; n=51), didžioji dalis – pieno trūkumą (12 pav.).



12 pav. Moterų žindymo patirtis po cezario pjūvio operacijos

Siekiant išsiaiškinti, ar aplinka po cezario pjūvio operacijos daro įtaką žindymo sėkmei, analizuota respondenčių žindymo patirtis priklausomai nuo palatos, kurioje jos gulėjo po operacijos. Nustatyta, kad moterys, po operacijos gulėjusios ITP, statistiškai reikšmingai dažniau turėjo su žindymu susijusių problemų (58,7 proc.; n=44), naujagimį primaitino mišiniais (33,3 proc.; n=33), o pagalbą, susijusią su žindymu, gavo iš gydytojo (29,3 proc.; n=22), palyginus su moterimis, gulėjusiomis MP ($p<0,05$). Moterys, gulėjusios MP, statistiškai reikšmingai dažniau naujagimį maitino savo pienu (95,4 proc.; n=62), taip pat dažniau pageidavo pagalbos dėl žindymo technikos (78,5 proc.; n=51), lyginant su moterimis, gulėjusiomis ITP ($p<0,05$)(13 pav.).



*- $p < 0,05$, lyginant su moterimis, gulėjusiomis ITP

13 pav. Moterų žindymo patirtys, priklausomai nuo palatos tipo

Dažnai moterys, gimdžiusios ne pirmą kartą, turi daugiau patirties, susijusios su žindymu. Analizuojant moterų, pritarusių teiginiams apie žindymo patirtį, pasiskirstymą priklausomai nuo gimdymų skaičiaus, nustatyta, kad gimdžiusios pirmą kartą statistiškai reikšmingai dažniau savo naujagimį maitino ar primaitino pieno pakaitalais (32,2 proc.; $n=19$), negu gimdžiusios ne pirmą kartą ($p < 0,05$). Pirmakartėms gimdyvėms taip pat statistiškai reikšmingai dažniau reikėjo pagalbos dėl žindymo technikos (81,4 proc.; $n=48$), lyginant su gimdžiusiomis pakartotinai ($p < 0,05$) (8 lentelė).

8 lentelė. Moterų žindymo patirtys, priklausomai nuo gimdymų skaičiaus

Žindymo patirtis	Gimdymų skaičius, proc. (n)			χ^2 (p)
	Pirmas (n=59)	Antras (n=47)	Trečias ir daugiau (n=34)	
Naujagimį maitinu tik savo pienu	71,2 (42)	85,1 (40)	88,2 (30)	5,1 (0,079)
Naujagimį (pri-)maitinu motinos pieno pakaitalais (mišinukais)	32,2 (19)*	14,9 (7)	8,8 (3)	8,6 (0,013)
Man reikia pagalbos dėl žindymo technikos	81,4 (48)*	48,9 (23)	47,1 (16)	14,0(0,001)
Dėl žindymo man padeda akušerė/žindymo specialistė	98,3 (58)	95,7 (45)	97,1 (33)	0,6 (0,734)
Dėl žindymo man padeda gydytojas(-i)	18,6 (11)	17,0 (8)	8,8 (3)	1,7 (0,436)
Dėl žindymo man padeda šeimos nariai	32,2 (19)	38,3 (18)	26,5 (9)	1,3 (0,530)
Dėl žindymo man niekas nepadeda	1,7 (1)	6,4 (3)	5,9 (2)	1,7 (0,432)
Turiu su žindymu susijusių problemų	45,8 (27)	31,9 (15)	26,5 (9)	4,1 (0,129)
Man teko gulėti ligoninėje ilgiau nei įprasta dėl žindymo sukeltų problemų	13,6 (8)	8,5 (4)	5,9 (2)	1,6 (0,452)

*- $p < 0,05$, lyginant su gimdžiusiomis antrą bei trečią ir daugiau naujagimį

Tyrimo metu nustatyta, kad tyrimo dalyvės, stacionare praleidusios ilgiau nei 5 paras, statistiškai reikšmingai dažniau naujagimį primaitino pieno pakaitalais (34,4 proc.; n=22), nes turėjo su žindymu susijusių problemų (56,3 proc.; n=36), negu stacionare praleidusios 5 paras ar trumpiau ($p < 0,05$). Pastarosios respondentės statistiškai reikšmingai dažniau naujagimį maitino tik savo pienu (90,8 proc.; n=69), negu stacionarizuotos ilgiau nei 5 paras moterys ($p < 0,05$) (9 lentelė).

9 lentelė. Moterų žindymo patirtys, priklausomai nuo laiko, praleisto stacionare

Žindymo patirtis	Laikas stacionare, proc. (n)		χ^2 (p)
	≤5 paras (n=76)	>5 paras (n=64)	
Naujagimį maitinu tik savo pienu	90,8 (69)	67,2 (43)	12,1 (0,001)
Naujagimį (pri-)maitinu motinos pieno pakaitalais (mišinukais)	9,2 (7)	34,4 (22)	13,4 (<0,001)
Man reikia pagalbos dėl žindymo technikos	75,0 (57)	62,5 (40)	2,6 (0,110)
Dėl žindymo man padeda akušerė/žindymo specialistė	97,4 (74)	96,9 (62)	0,1 (0,861)
Dėl žindymo man padeda gydytojas(-i)	7,9 (6)	25,0 (16)	7,7 (0,006)
Dėl žindymo man padeda šeimos nariai	26,3 (20)	40,6 (26)	3,2 (0,073)
Dėl žindymo man niekas nepadeda	3,9 (3)	4,7 (3)	0,1 (0,829)
Turiu su žindymu susijusių problemų	19,7 (15)	56,3 (36)	20,0 (<0,001)
Man teko gulėti ligoninėje ilgiau nei įprasta dėl žindymo sukeltų problemų	0	21,9 (14)	18,5 (<0,001)

Praėjus mėnesiui po operacijos, el. paštu buvo susisiektas su respondentėmis. Atsakymus pateikė 77,1 proc. (n=108) respondenčių, iš kurių 62,0 proc. (n=67) po operacijos buvo gulėjusios ITP ir – 38,0 proc. (n=41) MP palatoje. Iš visų atsiuntusių anketas 63,0 proc. (n=68) buvo lankiusios nėščiųjų mokyklėlę nėštumo metu. Gauti rezultatai parodė, kad nelankiusioms nėščiųjų

mokyklėlių statistiškai reikšmingai dažniau dėl žindymo padėjo šeimos nariai (26,5 proc.; n=18) arba visiškai niekas nepadėjo (72,5 proc.; n=29), palyginus su nėščiujų mokyklėles lankiusiomis respondentėmis ($p < 0,05$) (10 lentelė).

10 lentelė. Moterų žindymo patirtys po mėnesio, priklausomai nuo nėščiųjų mokyklėlės lankymo

Žindymo patirtis	Nėščiųjų mokyklėlė, proc. (n)		χ^2 (p)
	Lankė (n=68)	Nelankė (n=40)	
Naujagimį maitinu tik savo pienu	70,6 (48)	82,5 (33)	1,9 (0,167)
Naujagimį (pri-)maitinu motinos pieno pakaitalais	30,9 (21)	15,0 (6)	3,4 (0,066)
Man reikia pagalbos dėl žindymo technikos	15,0 (6)	19,1 (13)	0,3 (0,587)
Dėl žindymo man padeda akušerė/žindymo specialistė	23,5 (16)	10,0 (4)	3,1 (0,080)
Dėl žindymo man padeda gydytojas(-i)	7,4 (5)	2,5 (1)	1,1 (0,288)
Dėl žindymo man padeda šeimos nariai	12,5 (5)	26,5 (18)	3,9 (0,047)
Dėl žindymo man niekas nepadeda	51,5 (35)	72,5 (29)	4,6 (0,032)
Turiu su žindymu susijusių problemų	63,2 (43)	52,5 (21)	1,2 (0,273)
Man teko gulėti ligoninėje ilgiau nei įprasta dėl žindymo sukeltų problemų	0	1,5 (1)	0,6 (0,441)

Gauti rezultatai parodė, kad po mėnesio tyrimo dalyvėms statistiškai reikšmingai rečiau reikėjo pagalbos dėl žindymo technikos (17,6 proc.; n=19), nei iš karto po operacijos (74,1 proc.; n=80) ($p < 0,05$). Statistiškai reikšmingai dažniau moterims iš karto po operacijos pagalbą suteikė akušerė/žindymo specialistė (96,3 proc.; n=104), gydytojas (18,5 proc.; n=20), šeimos nariai (37,0 proc.; n=40), nei praėjus mėnesiui ($p < 0,05$).

Praėjus mėnesiui po gimdymo, žindančių savo naujagimį moterų skaičius išliko labai panašus (75,0 proc.; n=81), kaip ir buvo iš karto po gimdymo (77,8 proc.; n=84) ($p > 0,05$) (11 lentelė).

11 lentelė. Moterų žindymo patirtys iš karto po operacijos ir praėjus mėnesiui

Žindymo patirtis	Vertinimo laikas, proc. (n)		χ^2 (p)
	Iš karto po operacijos	Praėjus mėnesiui po operacijos	
Naujagimį maitinu tik savo pienu	77,8 (84)	75,0 (81)	0,1 (0,710)
Naujagimį (pri-)maitinu motinos pieno pakaitalais	21,3 (23)	25,0 (27)	0,3 (0,556)
Man reikia pagalbos dėl žindymo technikos	74,1 (80)	17,6 (19)	13,7 (<0,001)
Dėl žindymo man padeda akušerė/žindymo specialistė	96,3 (104)	18,5 (20)	18,1 (<0,001)
Dėl žindymo man padeda gydytojas(-i)	18,5 (20)	5,6 (6)	14,3 (<0,001)
Dėl žindymo man padeda šeimos nariai	37,0 (40)	21,3 (23)	5,0 (0,025)
Dėl žindymo man niekas nepadeda	5,6 (6)	59,3 (64)	16,6 (<0,001)
Turiu su žindymu susijusių problemų	41,7 (45)	59,3 (64)	6,8 (0,009)
Man teko gulėti ligoninėje ilgiau nei įprasta dėl žindymo sukeltų problemų	11,1 (12)	0,9 (1)	8,7 (0,003)

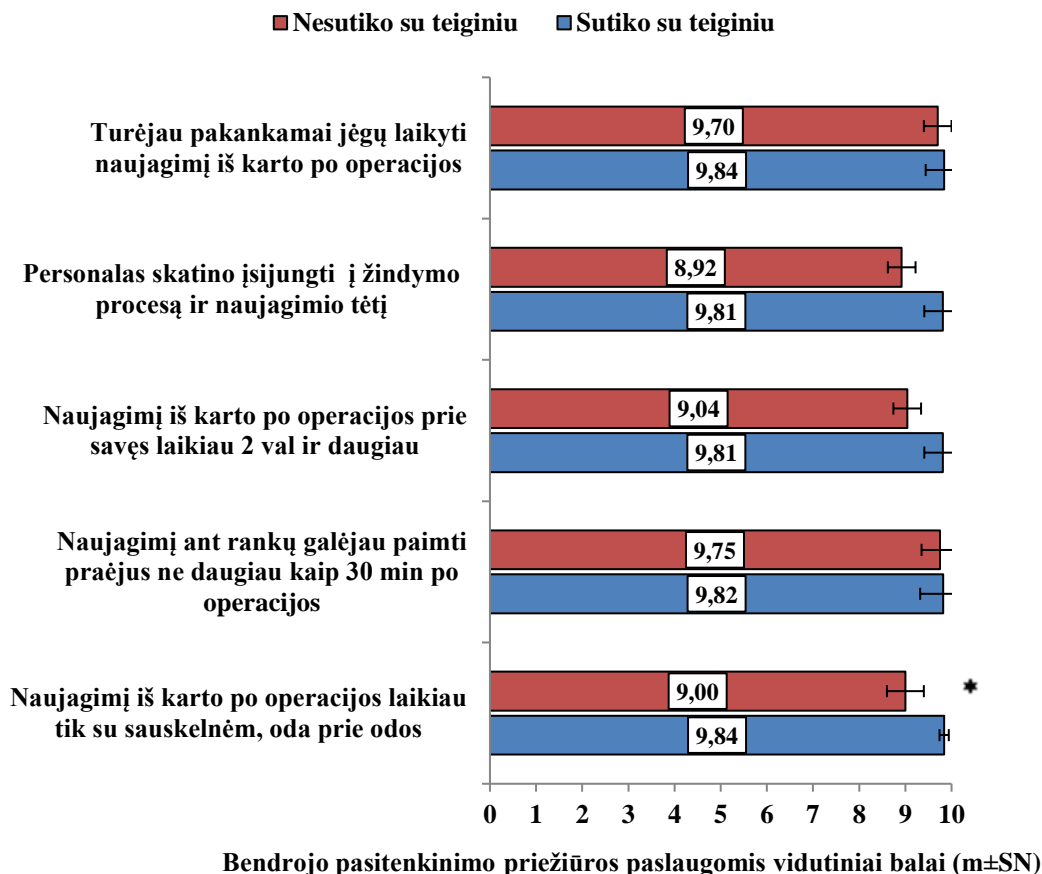
Apibendrinant galima teigti, kad dauguma moterų, gulėjusių MP po cezario pjūvio operacijos, turėjo galimybę dvi valandas ar ilgiau laikyti naujagimį prie savęs, oda prie odos, buvo personalo skatinamos užmegzti ryšį su naujagimiu. Dauguma moterų po cezario pjūvio operacijos maitino naujagimį tik savo pienu, o daugiausiai pagalbos dėl žindymo gavo iš akušerės/žindymo specialistės. Problemų, susijusių su žindymu, dažniau turėjo moterys, po cezario pjūvio operacijos gulėjusios ITP ilgiau nei 5 paras. Pagalbos dėl žindymo technikos dažniau reikėjo gimdžiusioms pirmą kartą. Praėjus mėnesiui po operacijos, žindančių savo kūdikį nesumažėjo, tačiau sumažėjo specialistų pagalbos dėl žindymo poreikis.

3.3. Moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimo priežiūros paslaugomis sąsajos su žindymo sėkme

Tyrimo metu analizuota, ar moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimas priežiūros paslaugomis susijęs su jų žindymo sėkme. Analizei pasirinkta palyginti tyrimo dalyvių bendrojo pasitenkinimo priežiūros paslaugomis vidutinį balą su teiginiais apie ryšio su naujagimiu užmezgimą bei su žindymo patirtį apibūdinančiais teiginiais.

Gauti rezultatai parodė, kad naujagimį tik su sauskelnėmis, oda prie odos, iš karto po operacijos laikiusios moterys pasitenkinimą priežiūros paslaugomis įvertino statistiškai reikšmingai didesniais balais (9,84±0,4 balai), nei nelaikiusios naujagimio moterys (9,00±0,3 balai)(p<0,05).

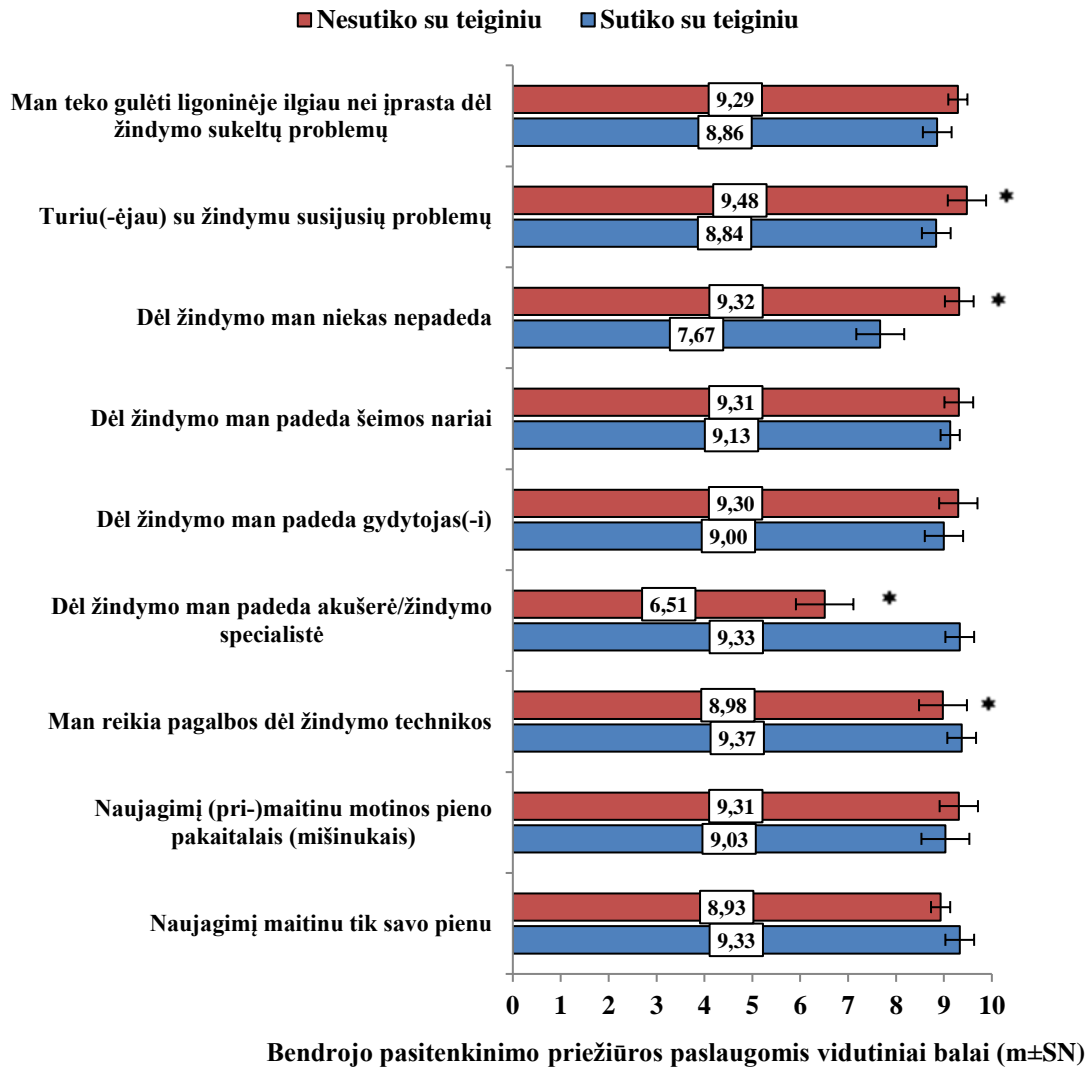
Lyginant kitus teiginius apie ryšio su naujagimių užmezgimą ir pasitenkinimo priežiūros paslaugomis balą, skirtumas tarp pritariusių ir nepritarusių minėtiems teiginiams statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$) (14 pav.).



*- $p < 0,05$, lyginant su pritarusiomis teiginiais

14 pav. Moterų bendrasis pasitenkinimas priežiūros paslaugomis ir požiūris į ryšio su naujagimių užmezgimą

Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai didesniais balais pasitenkinimą priežiūros paslaugomis įvertino respondentės, kurioms reikėjo pagalbos dėl žindymo technikos ($9,37 \pm 0,4$ balai), ir šią pagalbą jos gavo iš akušerės/žindymo specialistės ($9,33 \pm 0,4$ balai), negu moterys, kurioms tokios pagalbos nereikėjo ($p < 0,05$). Statistiškai reikšmingai mažesniais balais pasitenkinimą priežiūros paslaugomis įvertino moterys, kurios turėjo su žindymu susijusių problemų ($8,84 \pm 0,3$ balai) ir iš nieko nesulaukusios pagalbos dėl žindymo ($7,67 \pm 0,5$ balai), lyginant su nesusidūrusiomis su šiomis problemomis ir pagalbos trūkumu ($p < 0,05$) (15 pav.).



*- $p < 0,05$, lyginant su pritarusiomis teiginiui

15 pav. Moterų bendrasis pasitenkinimas priežiūros paslaugomis ir žindymo patirtis

Apibendrinant galima teigti, kad labiau patenkintos priežiūros paslaugomis po cezario pjūvio operacijos buvo moterys, iš karto turėjusios galimybę užmegzti ryšį su naujagimiu, ypač naujagimį iš karto po operacijos laikiusios oda prie odos. Moterys, kurioms problemas, susijusias su žindymo technika, padėjo spręsti akušerė/žindymo specialistė, buvo labiau patenkintos priežiūros paslaugomis.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Didžioji dalis mūsų tyrime dalyvavusių pacienčių buvo patenkintos jaučia fizine aplinka (91,4 proc.) ir suteikta informacija (97,1 proc.) pooperaciniu laikotarpiu. Tai pastebėta ir kitų autorių atliktame tyrime Irane, Tebrizo mieste (2013 m.), kurio metu nustatyta, kad taip pat didžioji dalis moterų po cezario pjūvio operacijos valstybinėje ligoninėje buvo patenkintos aplinkos jaukumu (95,7 proc.), o suteikta informacija buvo patenkintų daugiau nei pusė (69 proc.) (4). Mūsų tyrimo metu suteikta informacija patenkintų moterų buvo galimai daugiau dėl to, jog mūsų tyrimo vieta, kitaip nei Tebrize atlikto tyrimo metu, buvo mokomoji universitetinė ligoninė, kurioje daug gydytojų rezidentų, studentų, kurie yra mokomi ir mokosi bendravimo su pacientu ir skiria tam daug laiko.

Kurdistano regiono (2009 m.) dviejose universitetinėse ligoninėse atlikto tyrimo metu nustatyta, kad personalo darbu, praėjus 2 valandoms po gimdymo, buvo patenkinti beveik du trečdaliai tirtų moterų (70,5 proc.) (79). Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad personalo darbu buvo patenkinta didžioji dalis pacienčių (97,9 proc.). 2012 m. Kanados universitetinėje ligoninėje buvo atliktas tyrimas, kurio rezultatai atskleidė, kad moterims po cezario pjūvio operacijos dažniausiai užtenka personalo skiriamo dėmesio ir jos linkusios teigiamai vertinti personalo darbą, kitaip nei moterų vyrai – jiems trūksta dėmesingumo ir rūpestingumo iš personalo pusės, jie dažnai jaučiasi užmiršti (80). Minėto tyrimo, atlikto Tebrize (2013 m.), autoriai teigia, kad aukštą pasitenkinimo rodiklį galima paaiškinti kiekvienam pacientui skiriamo laiko trukme (4). Didelio užimtumo ir plataus profilio valstybinėje ligoninėje laikas yra prabanga, tačiau sveikatos priežiūros specialistai visgi turi stengtis užtikrinti pacientui komfortą, skiriant ne tik jam, bet ir artimiesiems išskirtinio dėmesio (81). Kanados pediatrijos draugijos bei Mitybos ir gastroenterologijos komiteto nariai (2012 m.) teigia, kad siekdami suteikti kokybišką visapusišką pagalbą šeimai pirmomis valandomis po cezario pjūvio operacijos, personalo nariai, prižiūrintys gimdyvę ir jos naujagimį, turėtų dėmesį sutelkti ne tik į motinos fizinę bei psichinę sveikatą, bet skirti dėmesio ir naujagimio tėčiui, kuris yra integruotas į pooperacinę moters ir naujagimio priežiūrą, taip pat konsultuoti žindymo klausimais (82).

Japonijoje manoma, kad ilgiau moterims gulint stacionare, galima suteikti daugiau žindymo konsultacijų, kas gali padidinti žindymo dažnį, tad moterys čia po cezario pjūvio operacijos lieka gulėti nuo 6 iki 10 dienų (77). Mūsų tyrimo rezultatai atskleidžia, kad vidutiniškai po cezario pjūvio operacijos moterys yra išrašomos į namus po 5 – 6 dienų. Egipte (2013 m.) atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad moterys gali būti išleidžiamos namo ir praėjus 2 dienoms po operacijos, be žymesnių sveikatos pakitimų ar žinių trūkumo dėl žindymo (83).

Vienoje iš Turkijos ligoninių Akušerijos skyriuje 2012 m. birželio – gruodžio mėnesiais buvo atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 219 moterų po cezario pjūvio operacijos, ir kurio tikslas buvo ištirti moterų po cezario pjūvio operacijos pasitenkinimą priežiūros paslaugomis prieš išleidžiant iš liginės. Turkijoje (2012 m.) atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad moterų pasitenkinimas priežiūra nepriklausė nuo socialinių ir demografinių rodiklių, tokių kaip amžius, išsilavinimas ir gimdymų skaičius (84). Mūsų atlikto tyrimo metu nustatyta, kad moterų pasitenkinimas priežiūros paslaugomis po cezario pjūvio operacijos taip pat nepriklausė nuo moters amžiaus, išsilavinimo ir šeiminės padėties, tačiau pagimdžiusios trečią ar daugiau naujagimių dažniau buvo patenkintos personalo darbu. Kita vertus, abiejų tyrimų metu nustatyta, jog patirtas intensyvesnis skausmas buvo susijęs su mažesniu pasitenkinimu priežiūros paslaugomis. Tokiu atveju, moterį po cezario pjūvio operacijos prižiūrintis slaugos personalas turėtų apsvarstyti tokius efektyvius nefarmakologinius skausmo malšinimo būdus, kaip kad 20 min pėdų ir rankų masažo terapija, kuri, įrodyta (Iranas, 2011 m.), jog yra veiksminga mažinant skausmą moteriai per pirmąsias 90 min po cezario pjūvio operacijos (85).

Kalbant apie naujagimį, geriausias būdas naujagimiui prisitaikyti prie pasikeitusios aplinkos ir apsaugoti nuo ankstyvų ligų yra žindymas (86). Nuo 1991 m., kai PSO ir UNICEF pradėjo iniciatyvą „Naujagimiams palanki liginė“, daugiau nei 20 000 ligoninių 156 šalyse pasiekė Naujagimiui palankios liginės statusą, todėl pagerėjo tiek žindymo inicijavimo, tiek trukmės rezultatai (82). Kalbant apie šių dienų aktualijas, žindymas turėtų būti visuotinai skatinamas, net jeigu žindyvei yra patvirtintas teigiamas COVID-19 testas, kadangi, PSO tyrimų duomenimis (2020 m.), SARS-CoV-2 nerasta motinos piene ir sunki šios ligos eiga nėra būdinga naujagimiams (87).

Atidėtas žindymas, t.y. kai naujagimis žindomas vėliau nei per pirmąją gyvenimo valandą, susijęs su padidėjusia naujagimių mirties rizika. Ankstyva žindymo pradžia ir išskirtinis maitinimas krūtimi pirmąjį gyvenimo mėnesį yra dvi intervencijos, kurias įgyvendinus galima sumažinti mirtingumo rodiklius (88). UNICEF duomenimis, 2012 m. visame pasaulyje mirė maždaug 3 milijonai naujagimių (89). Apskaičiuota, kad penktadalio visų naujagimių mirčių galima išvengti pradėjus ankstyvą žindymą per pirmąją valandą po gimimo (88). Ankstyvo žindymo dažnis svyruoja nuo 40 proc. Pietų Azijoje ir 52 proc. Lotynų Amerikoje iki 56 proc. Rytų Europoje ir Centrinėje Azijoje (90). Tyrimai rodo, kad Kanadoje (2013 m.) žindymo inicijavimo dažnis yra didelis – nuo 87,3 proc. iki 89 proc., viso pasaulio (2017 m.) – 42 proc., o, pavyzdžiui, Vietname (2016 m.) – tik 27 proc. (90–92). Mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, kad ankstyvo žindymo dažnis LSMUL yra 46,4 proc. Tai šiek tiek daugiau už pasaulio vidurkį, bet mažiau už Rytų Europos bei Centrinės Azijos vidurkį (90). Tai rodo, jog mums yra kur tobulėti ir vyti Rytų Europos ir Centrinės Azijos ankstyvo žindymo vidurkį. Europoje ir Vidurio Azijoje (2017 m.), kur gimdyves

dažniausiai prižiūri kvalifikuoti specialistai, tik šiek tiek daugiau nei pusė (56 proc.) naujagimių buvo pradėti maitinti krūtimi per pirmąją gyvenimo valandą (90). Tai parodo, jog ugdymo ir kvalifikacijos sistemoje trūksta žinių ir gebėjimų, kaip pasiekti aukštesnio ankstyvo žindymo dažnio, o tai neigiamai veikia pačių slaugytojų ir akušerių pasitikėjimą savimi mokant moteris (93). Indijoje (1992 m.), nors žindymo dažnis naujagimiams per pirmąjį mėnesį yra pakankamai aukštas, bet daugiau nei trečdalis naujagimių buvo primaitinami vandeniu ar kitu papildomu maistu (94). Kuboje (2014 m.) išskirtinio maitinimo krūtimi rodiklis po mėnesio buvo 93,3 proc., bet praėjus 2 – 3 mėnesiams, pusė šių kūdikių (55 proc.) buvo primaitinti vandeniu ar karvės pienu galimai dėl to, autorių nuomone, jog personalui trūksta žinių ir įgūdžių, kaip apmokyti motinas žindyti naujagimį ne tik ligoninėje, bet grįžus namo ir vaikeliai paaugus (95). Kinijoje (2007 m.), kurioje yra daugiau nei 6000 naujagimiams palankių ligoninių, išskirtinis maitinimas krūtimi kaimo vietovėse padidėjo nuo 29 proc. iki 68 proc. (96). Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad išskirtinis maitinimas tik motinos pienu LSMUL siekė net 80 proc., bet po mėnesio ketvirtadalis naujagimių buvo primaitinami pieno pakaitalais.

Inicijuoti žindymą pirmąją gyvenimo valandą po cezario pjūvio operacijos nėra lengva, nereikėtų tikėtis, kad motinos tai padarys vienos (90). Joms reikalinga tinkama parama ir pagalba bei patarimai dėl naujagimio padėties ir maitinimo. Švietimą rekomenduojama pradėti jau nėštumo metu. 2006 m. Kanadoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad moterys, lankiusios pamokėles apie žindymą, buvo nusiteikusios ir žindė naujagimius savo pienu dažniau nei tos, kurios neturėjo jokių žinių ir nelankė pamokėlių apie žindymą (97). Kitaip nei mūsų atlikto tyrimo metu, žindymo dažnis motinos pienu tarp lankusių ir nelankusių pamokėles statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Mūsų tyrimo metu buvo analizuojamas žindymo dažnis ir moterims išvykus namo, praėjus mėnesiui. Rezultatai atskleidė, kad moterys, kurios turėjo su žindymu susijusių problemų iškart po cezario pjūvio operacijos, po mėnesio jų turėjo dar dažniau. Šie rezultatai sutapo su trijose Kinijos (2019 m.) Nantongo miesto mokomosiose ligoninėse atlikto tyrimo apie žindymo sėkmę iškart po cezario pjūvio operacijos ir praėjus mėnesiui rezultatais (98). Remiantis UNICEF rekomendacijomis, tinkama naujagimio ir motinos priežiūra po cezario pjūvio operacijos yra labai svarbi siekiant užtikrinti ne tik žindymo pradžią, bet kad ir toliau motina sėkmingai tai tęstų namuose (90).

Atsižvelgiant į naujagimiams palankios ligoninės principus, pirmasis žingsnis sėkmingo žindymo link yra oda – oda kontaktas tarp motinos ir naujagimio, kurį naujagimis turėtų gauti per pirmąjį pusvalandį nuo cezario pjūvio operacijos, net jei žindymas nėra galimas ar įmanomas (99). Vienas svarbesnių aspektų, padėsiančių įgyvendinti šį principą po cezario pjūvio operacijos yra šeimos palatos įrengimas stacionaruose, kur naujagimis tęstų dar operacinėje pradėtą oda – oda kontaktą ant motinos krūtinės, o motinai padėtų ir šalia palaikytų naujagimio tėtis ar kiti artimieji

(82). Mūsų tyrimas atskleidė, kad „meškučių“ šeimos palatoje gulėjusių moterų pasitenkinimas, lyginant su tomis, kurios gulėjo įprastoje pooperacinėje palatoje, beveik visais aspektais buvo statistiškai reikšmingai didesnis. Velse, Šiaurės Airijoje, Anglijoje ir Škotijoje (2015 m.) buvo atliktas 2000 – 2002 m. gimusių vaikų retrospektyvus kohortinis tyrimas, kurio metu nustatyta, jog naujagimio tėčio dalyvavimas ir emocinė parama teigiamai veikė žindymo sėkmę, tačiau pagimdžiusios moters motinos, naujagimio senelės, buvimas šalia ir patarimai dėl žindymo pablogino naujagimių žindymo inicijavimo dažnio ir trukmės rodiklius (100). Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad iškart po cezario pjūvio operacijos trečdalis, o po mėnesio – penktadalis pagimdžiusių moterų žindymo pagalbą gavo iš savo šeimos narių. Dažniausiai reikiamą pagalbą mūsų tyrimo dalyvėms iškart po operacijos suteikė akušerė.

IŠVADOS

1. Moterys po cezario pjūvio operacijos dažniausiai buvo patenkintos palatos švara, maloniu ir paslaugiu slaugos personalu, galimybe patyrusių specialistų klausti visais rūpimais klausimais. Po cezario pjūvio operacijos „meškučių“ palatoje gulėjusios moterys dažniau buvo patenkintos suteiktomis paslaugomis, įskaitant aplinką, personalo darbą ir suteiktą informaciją, nei moterys, gulėjusios intensyviosios terapijos palatoje. Priežiūra „meškučių“ palatoje dažniausiai pateisino moterų lūkesčius dėl galimybės būti su naujagimiu, šeimos privatumo ir ankstyvo žindymo galimybės.

2. Didžioji dalis moterų po cezario pjūvio operacijos maitino naujagimį tik savo pienu, o daugiausiai pagalbos dėl žindymo gavo iš akušerės, tačiau daugiau kaip trečdalis moterų turėjo su žindymu susijusių problemų. Praėjus mėnesiui po cezario pjūvio operacijos, žindančių savo kūdikį skaičius beveik nepakito, tačiau specialistų pagalbos dėl žindymo poreikis sumažėjo keturis kartus. Po cezario pjūvio operacijos „meškučių“ palatoje didžioji dalis gulėjusių moterų turėjo galimybę dvi valandas ar ilgiau laikyti naujagimį oda prie odos, buvo personalo skatinamos užmegzti ryšį su naujagimiu.

3. Galimybė laikyti naujagimį oda prie odos lėmė didesnę moterų pasitenkinimą suteiktomis priežiūros po cezario pjūvio operacijos paslaugomis. Moterys, kurioms problemas, susijusias su žindymu, padėjo spręsti akušerė, buvo labiau patenkintos priežiūros paslaugomis. Moterys, po operacijos gulėjusios „meškučių“ palatoje, penkis kartus rečiau turėjo su žindymu susijusių problemų ir rečiau naujagimį primaitino mišiniais, palyginus su moterimis, gulėjusiomis intensyviosios terapijos palatoje.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Klinikos administracijai:

- Įrengti daugiau šeimos palatų stacionare ir užtikrinti, kad šios palatos būtų kuo artimesnės namų aplinkai.
- Intensyvaus sekimo skyriaus palatose užtikrinti pacienčių privatumą (pastatyti širmas), patogią lovą žindymui ir ramybę (kiek įmanoma, nutildyti medicinos aparatų skleidžiamus garsus, įrengti garso lygio matuoklį/jutiklį, kad personalas galėtų stebėti, kuomet triukšmas palatose yra per didelis).

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, besirūpinantiems motinomis ir jų naujagimiais:

- Jeigu leidžia pacientės ir naujagimio sveikatos būklė, išrašyti į namus kuo anksčiau, kadangi mažiau laiko stacionare praleidusių moterų pasitenkinimas priežiūros paslaugomis ir žindymo sėkmės rodikliai, nustatyta, yra didesni.
- Slaugos personalui domėtis įvairiais pooperacinį skausmą malšinančiais būdais ir taikyti juos palatose po operacijos.
- Dar prieš operaciją mokyti ir paruošti naujagimio tėčius ir moteris, kurioms planuojama atlikti cezario pjūvio operaciją: kaip bus taikomas oda – oda kontaktas operacinėje, supažindinti su šeimos palatos privalumais.

Moksliniams tyrimams:

- Atlikti tyrimus, kurie analizuotų skirtingų gydymo įstaigų pacienčių pasitenkinimą priežiūros paslaugomis po cezario pjūvio operacijos ir sąsajas su žindymo sėkme.
- Atlikti kokybinius tyrimus, kurie tirtų moterų patirtis po cezario pjūvio operacijos gulint šeimos palatoje ir įprastoje pooperacinėje palatoje.

Nėščiosioms ir jų šeimoms nariams:

- Dar nėštumo metu dalyvauti mokymuose apie laikotarpį po cezario pjūvio operacijos, šeimos palatos privalumus, kaip taikyti oda – oda kontaktą su naujagimiu.

MOKSLO PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS

Žodinis pranešimas „Šeimos palata – kokybiška priežiūra po cezario pjūvio operacijos“ Respublikinėje mokslinėje praktinėje konferencijoje „Slaugos mokslas ir praktika: iššūkiai ir galimybės 2021“ 2021 m. gegužės 6 d.

Pranešimo tezės išspausdintos Respublikinės mokslinės praktinės konferencijos santraukų leidinyje „Slaugos mokslas ir praktika: iššūkiai ir galimybės 2021“ Kauno kolegija; 2021. 29 p. ISBN 978-9955-27-598-5

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. LR SAM Akušerijos diagnostikos ir gydymo metodikos [Internet] [cited 2021 Jan 10 d] Available from: <http://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/programos-ir-projektai/sveicarijos-paramos-programa/akuserijos-ir-neonatologijos-diagnostikos-ir-gydymo-metodikos/akuserijos-diagnostikos-ir-gydymo-metodikos>
2. Crenshaw JT, Adams ED, Gilder RE, DeButy K, Scheffer KL. Effects of Skin-to-Skin Care During Cesareans: A Quasiexperimental Feasibility/Pilot Study. *Breastfeeding Medicine*. 2019; 14(10): 731–43.
3. Stone S, Prater L, Spencer R. Facilitating Skin-to-Skin Contact in the Operating Room After Cesarean Birth. *Nursing for Women's Health*. 2014; 18(6): 486–99.
4. Azari S, Sehaty F, Ebrahimi H. Satisfaction of women from cesarean section care services in public and private hospitals of Tabriz. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2013; 18(6): 4.
5. Prakash B. Patient satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010; 3(3): 151–5.
6. Tengilimoglu D, Kisa A, Dziegielewski SF. Patient Satisfaction in Turkey: Differences between Public and Private Hospitals. *Journal of Community Health*. 1999; 24(1): 73–91.
7. Cooijmans KHM, Beijers R, Rovers AC, de Weerth C. Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 2017; 17(1): 154.
8. Boyd MM. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. *AORN Journal*. 2017; 105(6): 579–92.
9. Huang X, Chen L, Zhang L. Effects of Paternal Skin-to-Skin Contact in Newborns and Fathers After Cesarean Delivery. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2019; 33(1): 68–73.
10. Health USSP for the P of C. Better Health for Our Children: A National Strategy : the Report of the Select Panel for the Promotion of Child Health to the United States Congress and the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General; 1981. 960 p.
11. Zwelling E, Phillips CR. Family-centered maternity care in the new millennium: is it real or is it imagined? *J Perinat Neonatal Nurs*. 2001; 15(3): 1–12.
12. Hung KJ, Berg O. Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2011; 36(5): 318–24.

13. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates [Internet] [cited 2021 Jan 21]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
14. Armbrust R, Hinkson L, von Weizsäcker K, Henrich W. The Charité cesarean birth: a family orientated approach of cesarean section. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016; 29(1): 163–8.
15. Goodlin RC, O’Connell LP, Gunther RE. Childbirth chills are they an immunological reaction? *The Lancet*. 1967; 290(7506): 79–80.
16. Ravid D, Gidoni Y, Bruchim I, Shapira H, Fejgin MD. Postpartum chills phenomenon: Is it a fetomaternal transfusion reaction?: Postpartum chills may be a fetomaternal transfusion reaction. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001; 80(2): 149–51.
17. Sharma N. Misoprostol Induced Convulsion - A Rare Side Effect of Misoprostol. *J Clin Diagn Res*. 2017; 11(2): QD01-QD02.
18. Fabic MS, Choi Y. Assessing the Quality of Data Regarding Use of the Lactational Amenorrhea Method. *Studies in Family Planning*. 2013; 44(2): 205–21.
19. Van Duong D. Breastfeeding, Sexuality and Contraception During the Postpartum Period. *Current Pediatric Reviews*. 2012; 8(4): 332–8.
20. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006641.pub3>
21. Eisenach JC, Pan P, Smiley RM, Lavand’homme P, Landau R, Houle TT. Resolution of Pain after Childbirth. *Anesthesiology*. 2013; 118(1): 143–51.
22. Mohamed AHG, Gudia ADK. The effect of early versus delayed oral hydration on post cesarean maternal outcome and satisfaction. *The Malaysian Journal of Nursing*. 2018; 9(4): 3-10.
23. Hassan HE, El-Sadek ANE-D, Ali LAH. Effect of Three Different Nursing Interventions on Intestinal Motility and Women’s Satisfaction Post-Cesarean Section Birth. *American Journal of Nursing Research*. 2019; 7(6): 932-41.
24. Sahin E, Terzioglu F. The Effect of Gum Chewing, Early Oral Hydration, and Early Mobilization on Intestinal Motility After Cesarean Birth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2015; 12(6): 380–8.
25. Short V, Herbert G, Perry R, Atkinson C, Ness AR, Penfold C, et al. Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function. *Cochrane Database of Systematic*

- Reviews. 2015; 20(2). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006506.pub3/full>
26. Ciardulli A, Saccone G, Di Mascio D, Caissutti C, Berghella V. Chewing gum improves postoperative recovery of gastrointestinal function after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018; 31(14): 1924–32.
 27. Mawson AL, Bumrungphuet S, Manonai J. A randomized controlled trial comparing early versus late oral feeding after cesarean section under regional anesthesia. *Int J Womens Health*. 2019; 11: 519–25.
 28. Cullinane M, Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Payne MS, et al. Determinants of mastitis in women in the CASTLE study: a cohort study. *BMC Fam Pract*. 2015; 16(1): 181.
 29. Ituk U, Habib AS. Enhanced recovery after cesarean delivery. *F1000Res*. 2018; 7:513. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5931266/>
 30. Ericson J, Flacking R, Udo C. Mothers' experiences of a telephone based breastfeeding support intervention after discharge from neonatal intensive care units: a mixed-method study. *International Breastfeeding Journal*. 2017; 12(1): 50.
 31. Kirkegaard H, Stovring H, Rasmussen KM, Abrams B, Sørensen TI, Nohr EA. How do pregnancy-related weight changes and breastfeeding relate to maternal weight and BMI-adjusted waist circumference 7 y after delivery? Results from a path analysis. *Am J Clin Nutr*. 2014; 99(2): 312–9.
 32. Andemeskel YM, Elsholz T, Gebreyohannes G, Tesfamariam EH. Patient satisfaction with peri-operative anesthesia care and associated factors at two National Referral Hospitals: a cross sectional study in Eritrea. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1): 669.
 33. Ghosh MS. An analytical study on patients satisfaction and medical facilities provided by public hospital: with special reference to dhubri civil hospital, Jhagarpar. 2014; 2(1): 9.
 34. Falco D, Rutledge DN, Elisha S. Patient Satisfaction With Anesthesia Care: What Do We Know? *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*. 2017; 85(4): 286-292.
 35. Zarei A, Arab M, Froushani AR, Rashidian A, Ghazi Tabatabaei SM. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12(1): 31.
 36. Derebe MM, Shiferaw MB, Ayalew MA. Low satisfaction of clients for the health service provision in West Amhara region, Ethiopia. *PLoS ONE*. 2017; 12(6): e0179909.
 37. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002; 16(4): 337–44.

38. Dusdieker LB, Dungy CI, Losch ME. Prenatal office practices regarding infant feeding choices. *Clin Pediatr (Phila)*. 2006; 45(9): 841–5.
39. Jankauskienė D. Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2016; 1(9): 42-68.
40. World Health Organization. Archived: Baby-Friendly Hospital Initiative [Internet] [cited 2020 Nov 25]. Available from: https://apps.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/index.html
41. Bergman J, Bergman N. Whose Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby's Biological Needs. *J Perinat Educ*. 2013; 22(1): 8–13.
42. Dani C, Cecchi A, Commare A, Rapisardi G, Breschi R, Pratesi S. Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin. *J Hum Lact*. 2015; 31(3): 452–7.
43. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
44. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. 2011; 21: 5.
45. Vamour C, De Jonckheere J, Mestdagh B, Storme L, Richart P, Garabedian C, ir kt. Impact of skin-to-skin contact on maternal comfort in patients with elective caesarean section: A pilot study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2019; 48(8): 663–8.
46. Smith PB, Moore K, Peters L. Implementing Baby-Friendly Practices: Strategies for Success. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2012; 37(4): 228–33.
47. Kennell JH, Klaus MH. Mother-infant bonding: Weighing the evidence. *Developmental Review*. 1984; 4(3): 275–82.
48. Frederick AC, Busen NH, Engebretson JC, Hurst NM, Schneider KM. Exploring the skin-to-skin contact experience during cesarean section. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2016; 28(1): 31–8.
49. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen HG. Skin-to-skin contact and what women want in the first hours after a caesarean section. *Midwifery*. 2019; 74: 140–6.
50. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*. 2016; 46(6): 1121–34.
51. Wang X, Hellerstein S, Hou L, Zou L, Ruan Y, Zhang W. Caesarean deliveries in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 54.
52. Helth TD, Jarden M. Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. *Journal of Neonatal Nursing*. 2013; 19(3): 114–21.

53. Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2011; 2(3): 107–11.
54. Koopman I, Callaghan-Koru JA, Alaofin O, Argani CH, Farzin A. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(9–10): 1367–76.
55. Zwedberg S, Blomquist J, Sigerstad E. Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*. 2015; 31(1): 215–20.
56. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [Internet]. AWHONN. [cited 2021 Feb 7]. Available from: <https://www.awhonn.org/>
57. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother – infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*. 2014; 27(1): 37–40.
58. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature: Skin-to-skin contact after a Caesarean section. *Matern Child Nutr*. 2014; 10(4): 456–73.
59. Medscape. Could the Pandemic Be a Boon to Breastfeeding? [Internet] [cited 2021 Feb 7]. Available from: https://www.medscape.com/viewarticle/933964?src=soc_tw_200716_mscpedt_news_mdscp_breastfeeding&faf=1#vp_2
60. Hood L, Fenwick J, Butt J. A story of scrutiny and fear: Australian midwives' experiences of an external review of obstetric services, being involved with litigation and the impact on clinical practice. *Midwifery*. 2010; 26(3): 268–85.
61. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen HG. Who owns the baby? A video ethnography of skin-to-skin contact after a caesarean section. *Women and Birth*. 2018; 31(6): 453–62.
62. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(2 Pt 1): 479–80.
63. McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, et al. Prevalence and Predictors of Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *Obstetrics & Gynecology*. 2012; 119(6): 1171–9.
64. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13(3): S19.

65. Schneider LW, Crenshaw JT, Gilder RE. Influence of Immediate Skin-to-Skin Contact During Cesarean Surgery on Rate of Transfer of Newborns to NICU for Observation. *Nursing for Women's Health*. 2017; 21(1): 28–33.
66. Senanayake P, O'Connor E, Ogbo FA. National and rural-urban prevalence and determinants of early initiation of breastfeeding in India. *BMC Public Health*. 2019; 19(1): 896.
67. Patel A, Banerjee A, Kaletwad A. Factors Associated with Prelacteal Feeding and Timely Initiation of Breastfeeding in Hospital-Delivered Infants in India. *J Hum Lact*. 2013; 29(4): 572–8.
68. Maria A, Shukla A, Wadhwa R, Kaur B, Sarkar B, Kaur M. Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative. *Indian Pediatr*. 2018; 55(9): 765–7.
69. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2012; 95(5): 1113–35.
70. Shamsa A, Bai J, Raviraj P, Gyaneshwar R. Mode of delivery and its associated maternal and neonatal outcomes. *OJOG*. 2013; 03(03): 307–12.
71. Zanardo V, Pigozzo A, Wainer G, Marchesoni D, Gasparoni A, Fabio SD. ir kt. Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 2013; 98(1): F37–41.
72. Suzuki S, Hirohata S, Uriu K, Hutago Y, Murakami M. Cesarean delivery as a factor promoting exclusive breastfeeding in Japan. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2013; 26(17): 1762–3.
73. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM, for the CASTLE Study Team. Nipple Pain, Damage, and Vasospasm in the First 8 Weeks Postpartum. *Breastfeeding Medicine*. 2014; 9(2): 56–62.
74. Ikhlasiah M, Winarni LM, Poddar S, Bhaumik A. The effects of papaya leaf juice for breastfeeding and working mothers on increasing prolactin hormone levels and infant's weight in Tangerang. *Enfermería Clínica*. 2020; 30: 202–5.
75. Frota DAL, Marcopito LF. Breastfeeding among teenage and adult mothers in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38(1): 85–92.
76. Donath S, Amir L. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: A cohort study. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2003; 92: 352–6.
77. Chung W, Kim H, Nam C-M. Breast-feeding in South Korea: factors influencing its initiation and duration. *Public Health Nutr*. 2008; 11(3): 225–9.

78. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Matern Child Health J.* 2015; 19(3): 468–79.
79. Simbar M, Ghafari F, Zahrani ST, Majd HA. Assessment of quality of midwifery care in labour and delivery wards of selected Kordestan Medical Science University hospitals. *Int J Health Care Qual Assur.* 2009; 22(3): 266–77.
80. Bélanger-Lévesque M-N, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier J-C. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open.* 2014; 4(2): e004013.
81. Jagannathan M. Patient satisfaction and ethics in a public hospital practice. *Indian J Plast Surg.* 2008; 41(2): 107–9.
82. Pound C, Unger S, Canadian Paediatric Society, Nutrition and Gastroenterology Committee, Hospital Paediatrics Section. The Baby-Friendly Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding. *Paediatrics & Child Health.* 2012; 17(6): 317–21.
83. Abdel-Aleem H, Alhusaini TK, Abdel-Aleem MA, Menoufy M, Gülmezoglu AM. Effectiveness of tranexamic acid on blood loss in patients undergoing elective cesarean section: randomized clinical trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2013; 26(17): 1705–9.
84. Ozkan SA, Bal MD. Maternal Satisfaction in Normal and Caesarean Birth: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Caring Sciences.* 2019; 12(1):408-15.
85. Abbaspoor Z, Akbari M, Najjar S. Effect of Foot and Hand Massage In Post–Caesarean Section Pain Control: A Randomized Control Trial. *Pain Management Nursing.* 2014; 15(1): 132–6.
86. Nadeem J, Nadeem A, Sarwar MH, Sarwar M. Breastfeeding Benefit from Mom Gives the Gift of a Lifetime to the Baby for Healthy Future. 2017; 3(5): 7.
87. Tomori C, Gribble K, Palmquist AEL, Ververs M-T, Gross MS. When separation is not the answer: Breastfeeding mothers and infants affected by COVID-19. *Maternal & Child Nutrition.* 2020; 16(4): e13033.
88. Organization PAH. Early Initiation of Breastfeeding: the Key to Survival and Beyond. 2011 [Internet] [cited 2021 Aug 17]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53924/earlyinitiation_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
89. IGME: Levels and Trends in Child Mortality [Internet]. UNICEF DATA. 2020 [cited 2021 Aug 22]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>

90. UNICEF, WHO. Capture the moment: early initiation of breastfeeding : the best start for every newborn [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 22]. Available from: https://www.unicef.org/publications/index_102949.html
91. Morseth MS, Nguyen TT, Skui M, Terragni L, Ngo QV, Vu HTT. Health staff experiences with the implementation of early essential newborn care guidelines in Da Nang municipality and Quang Nam province in Viet Nam. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20(1): 585.
92. Irvine B, Dzakpasu S, León JA. Perinatal Health Indicators 2013: a Surveillance Report by the Public Health Agency of Canada's Perinatal Surveillance System. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2015; 35(1): 23–4.
93. Pemo K, Phillips D, Hutchinson AM. Midwives' perceptions of barriers to exclusive breastfeeding in Bhutan: A qualitative study. *Women and Birth.* 2020; 33(4): e377–84.
94. International Institute for Population Sciences. India - National Family Health Survey 1992-1993 [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 22]. Available from: <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1404>
95. Jiménez Acosta S. Prevalence of Breastfeeding Practices Among Cuban Women in 2014. *IJSQA.* 2017; 3(3): 31.
96. Lawrence M, Worsley T. *Public Health Nutrition: From principles to practice.* Routledge; 2020. 513 p.
97. Fairbrother N, Stanger-Ross I. Reproductive-aged women's knowledge and attitudes regarding infant-feeding practices: an experimental evaluation. *J Hum Lact.* 2010; 26(2):157–67.
98. Zhang F, Cheng J, Yan S, Wu H, Bai T. Early Feeding Behaviors and Breastfeeding Outcomes After Cesarean Section. *Breastfeeding Medicine.* 2019; 14(5): 325–33.
99. Dudeja S, Sikka P, Jain K, Suri V, Kumar P. Improving First-hour Breastfeeding Initiation Rate After Cesarean Deliveries: A Quality Improvement Study. *Indian Pediatr.* 2018; 55(9): 761–4.
100. Emmott EH, Mace R. Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLoS ONE.* 2015; 10(7): e0133547.
101. Hamza A, Herr D, Solomayer EF, Meyberg-Solomayer G. Polyhydramnios: Causes, Diagnosis and Therapy. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2013; 73(12): 1241-1246.