

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ»

**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» ΣΕ «ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ» (BABY FRIENDLY HOSPITAL)**

ΟΝΟΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΕΛΕΝΗ ΝΙΩΡΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Επιβλέπουσα: Λυκερίδου Αικατερίνη, Καθηγήτρια, Τμήμα Μαιευτικής, Τ.Ε.Ι. Αθηνών
2. Λιόσης Γεώργιος, Αν. Δ/ντής Τμήματος Προώρων, Π.Γ.Ν. "Έλενα Βενιζέλου", Διδάκτωρ Πανεπ. Ιωαννίνων και
3. Νάνου Χριστίνα, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Μαιευτικής, Τ.Ε.Ι. Αθηνών

ΑΘΗΝΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
---------------	----

1. ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

▪ Οφέλη Μητρικού Θηλασμού για τη Μητέρα και το Παιδί.....	14
▪ Οικονομικά Οφέλη Μητρικού Θηλασμού.....	15
▪ Οικολογικά και Περιβαλλοντικά Οφέλη του Μητρικού Γάλακτος.	16
▪ Οικολογικές επιπτώσεις της τεχνητής διατροφής.....	17

2. ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

▪ Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το Μητρικό θηλασμό και κοινοποίησή της τακτικά σε όλο το προσωπικό υγείας	18
▪ Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.....	19
▪ Ενημέρωση όλων των εγκύων για τα οφέλη και τους τρόπους διαχείρισης του θηλασμού.....	21
▪ Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό το πρώτο ημίωρο μετά τη γέννηση.....	22

▪ Επίδειξη στις μητέρες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρήσουν τη γαλουχία ακόμη κι όταν πρέπει να αποχωρισθούν τα νεογέννητά τους.....	25
▪ Να μη δίνεται στα νεογέννητα καμία άλλη τροφή ή υγρό παρά μόνο μητρικό γάλα, εκτός κι αν επιβάλλεται να γίνει διαφορετικά για ιατρικούς λόγους.....	28
▪ Εφαρμογή της πρακτικής “rooming in”, δηλαδή να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα μαζί με το μωρό της 24 ώρες την ημέρα....	28
▪ Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το αποζητάει.....	30
▪ Όχι τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα μωρά που θηλάζουν.....	30
▪ Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού στις οποίες θα παραπέμπονται οι μητέρες κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο ή την κλινική.....	32
3. ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ.....	33

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	51
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
2.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	52
2.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ.....	55
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	56
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	80
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	84
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	91

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο μητρικός θηλασμός ως “Θείο Δώρο” για τον άνθρωπο, αποτελεί το μοναδικό φυσιολογικό και φυσικό τρόπο σίτισης των βρεφών. Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για τα βρέφη με ευεργετικές προεκτάσεις στην οικογένεια, την κοινωνία, την οικονομία και την υγεία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), τη UNICEF και άλλους παγκόσμιους έγκυρους επιστημονικούς οργανισμούς, ο αποκλειστικός θηλασμός για τους πρώτους έξι μήνες, ακολουθούμενος από συνεχιζόμενο μητρικό θηλασμό μέχρι το δεύτερο έτος ζωής του νεογνού, σε συνδυασμό με την προσθήκη θρεπτικών στερεών τροφών αποτελούν το κλειδί για τη μελλοντική υγεία.

Η τεράστια λοιπόν σημασία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, καθιστά απαραίτητη τη συμβολή των μαιών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας, σε μαιευτήρια και μαιευτικά κέντρα, σε ότι αφορά την ενημέρωση, την ενθάρρυνση, την εκπαίδευση και την υποστήριξη των νέων μητέρων για την επίτευξη αυτού του στόχου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εισηγητές μου κα Λυκερίδου, κ. Λιόση και κα Νάνου για την συμπαράσταση και το ενδιαφέρον που μου δείξαν καθ’ όλη τη διάρκεια της εργασίας. Επιπλέον, τις συναδέλφους μου Ευθυμία Πατσουράκου και Καλλιόπη Δριτσάκου για τις χρήσιμες συμβουλές τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη Συνάντηση Κορυφής για το Παιδί το 1990, οι εκπρόσωποι όλων των κρατών του κόσμου δεσμεύτηκαν να δραστηριοποιηθούν ενάντια στην τάση να αποφεύγεται ο μητρικός θηλασμός και να υποκαθίσταται από βρεφικό γάλα του εμπορίου. Αναγνωρίζοντας την αξία του μητρικού θηλασμού, η UNICEF και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καθιέρωσαν την πρωτοβουλία «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη» (Baby Friendly Hospital).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Επιμέρους στόχοι της παρούσας μελέτης ήταν:

- Να καταγραφεί το ποσοστό του μητρικού θηλασμού κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2011
- Να καταγραφεί από τον κύριο μελετητή η παρέμβαση και οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν σύμφωνα με τον «Διεθνή Κώδικα Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό»
- Να γίνει συστηματική συλλογή και καταγραφή των ιστορικών διατροφής των νεογνών μέσω προσωπικής συνέντευξης του κύριου μελετητή με τις λεχωίδες
- Να μελετηθούν και να αξιολογηθούν οι αλλαγές στα ποσοστά του μητρικού θηλασμού μετά την παρέμβαση, ανά εξάμηνο.

Απώτερος λοιπόν στόχος της μελέτης μας ήταν να αξιολογηθούν όλες εκείνες οι ενέργειες και η παρέμβαση, που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να πιστοποιηθεί το μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» ως «Νοσοκομείο φιλικό προς τα βρέφη», μέσω ανάλυσης των αποτελεσμάτων μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν. Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» με έναρξη το πρώτο εξάμηνο του 2011 και λήξη το τέλος του δεύτερου εξαμήνου του 2012 με συνολικό δείγμα 2.780 νεογνών.

Στην πρώτη φάση της μελέτης ανατρέξαμε στο μητρώο του νοσοκομείου και βρήκαμε δειγματοληπτικά ιστορικά νεογνών που θήλασαν, προκειμένου να καταγράψουμε την υφιστάμενη κατάσταση κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2011. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να εφαρμοστούν τα «Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό» και τα άρθρα του «Διεθνούς Κώδικα Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος». Οι ενέργειες αυτές ήταν, η διανομή εντύπων στις εγκύους για την πολιτική του μαιευτηρίου, τα σεμινάρια επιμόρφωσης του προσωπικού σχετικά με την πολιτική του, τα μαθήματα σε έγκυες και λεχωίδες, η συστηματική εφαρμογή τοποθέτησης του νεογνού “δέρμα με δέρμα” με τη μητέρα του στην αίθουσα τοκετών, η διανομή γραπτής πολιτικής μητρικού θηλασμού σε κάθε λεχωίδα, η ενημέρωση και οι συμβουλές για τη διατήρηση της γαλουχίας σε γονείς που τα μωρά τους βρίσκονται στη Μ.Ε.Ν.Ν., η ενυπόγραφη συγκατάθεση όλων των λεχωίδων που δίνουν ξένο γάλα στα νεογνά τους και η διασφάλιση της πλήρους εφαρμογής του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Ακολούθως, έγινε συστηματική συλλογή και καταγραφή των ιστορικών διατροφής των νεογνών, μέσω προσωπικής συνέντευξης.

Ο πρώτος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του δευτέρου εξαμήνου του 2011, ο δεύτερος στο πέρας του πρώτου εξαμήνου του 2012 και ο τρίτος έλεγχος στο τέλος του δευτέρου εξαμήνου του 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι μητέρες που θήλασαν είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία από αυτές που δε θήλασαν ($30,63 \pm 4,7$ vs $29,16 \pm 5,3$), ($p=0,018$). Παράγοντες που σχετίστηκαν θετικά με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού ήταν η ηλικία της μητέρας ($p=0,018 < 0,05$), η ενημέρωση-εκπαίδευση των γυναικών για το θηλασμό ($p=0,032 < 0,05$), η επαφή “δέρμα με δέρμα” στην αίθουσα τοκετών ($p=0,037 < 0,05$) και η παραμονή του νεογνού στο δωμάτιο δίπλα στη μητέρα ($p=0,010 < 0,05$). Τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού ανήλθαν σε 96% (συμπεριλαμβανομένων των γυναικών που έδωσαν έστω και ένα γεύμα ξένου γάλακτος) και σε 46,7% αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Οι διαφορές με τα ποσοστά που υφίστατο

προ παρέμβασης και μετά ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0,016<0,05$). Παράγοντες που δεν φάνηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού ήταν το είδος του τοκετού ($p=0,075>0,05$), το φύλο του νεογνού ($p=0,926>0,05$), η ηλικία κύησης ($p=0,853>0,05$), το βάρος γέννησης ($p=0,636>0,05$), το είδος αναισθησίας της επιτόκου ($p=0,170>0,05$), η διάρκεια των προηγούμενων θηλασμών της μητέρας σε μήνες ($p=0,373$), το κάπνισμα ($p=0,377>0,05$) και τα προβλήματα προσαρμογής στο θηλασμό ($p=0,201>0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν στις διάφορες φάσεις της μελέτης μας, δείχνουν ότι η ενημέρωση των γυναικών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, σχετικά με τα οφέλη του μητρικού θηλασμού καθώς και η εκπαίδευση τους στη τεχνική του θηλασμού σε συνδυασμό με την εφαρμογή της πρακτική “rooming in” και της επαφής “δέρμα με δέρμα” μητέρας-νεογνού, βοήθησαν στην αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι μητέρες με μεγαλύτερη ηλικία δείχνουν να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θηλάσουν. Η πιστοποίηση λοιπόν, όλο και περισσότερων νοσοκομείων, σε «Νοσοκομεία Φιλικά Προς τα Βρέφη», θα βοηθήσει στην επίτευξη του στόχου του Π.Ο.Υ και της UNICEF, που δεν είναι άλλος, από τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους έξι μήνες και τη συνέχιση του μέχρι το δεύτερο έτος ζωής μαζί με συμπληρωματικές τροφές.

Λέξεις – Κλειδιά: μητρικός θηλασμός, πιστοποίηση, ενημέρωση, rooming-in

ABSTRACT

INTRODUCTION: At the World Summit for Children in 1990, all states representatives of the world pledged to bestir themselves against the trend of avoiding breastfeeding and being substituted by formula milk. Recognizing the value of breastfeeding, UNICEF and WHO launched the initiative "Baby-Friendly Hospital".

AIM: The secondary aims of this study were:

- To record the rate of breastfeeding during the first half of 2011
- To record, by the main researcher, the intervention and the procedures followed in accordance with the "International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes" and the "Ten Steps to Successful Breastfeeding"
- To make systematic collection and record the data of infant feeding through personal interview between the main researcher and the new mothers
- To study and assess changes in breastfeeding rates after the intervention per semester.

Thus, the ultimate target of our study was to assess all those actions and intervention, conducted in order to certify the "Elena Venizelou" hospital as "Baby Friendly Hospital" through analysis of our results.

MATERIALS AND METHODS: The research was conducted at Maternity Hospital "Elena Venizelou" starting in the first half of 2011 and ending, at the end of the second half of 2012 with a total sample of 2,780 infants.

In the first phase of the study we traced back hospital records and found random neonatal medical records of breastfed infants, in order to document the current situation during the first half of 2011. Then, the necessary actions were made to implement the "Ten Steps to Successful Breastfeeding" and the articles of "International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes". These actions were, the distribution of brochures to pregnant women for maternity policy, training seminars for staff on hospital policy, courses in pregnant and new mothers, the systematic application of the placement of the baby "skin to

skin" with his mother in the delivery room, the distribution of a written breastfeeding policy in each new mother, briefing parents for maintaining lactation whose babies are in the NICU, the written consent of all new mothers giving formula milk to their infants and to ensure total implementation of "International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes". Subsequently, we made a systematic collection and record the data of infant feeding through personal interview.

The first review of the results of the intervention was completed at the end of the second half of 2011, the second review at the end of the first half of 2012 and the third review at the end of the second half of 2012.

RESULTS: Initially, the results of this study showed that mothers that breastfed were older than those who did not ($30,63 \pm 4,7$ vs $29,16 \pm 5,3$), ($p=0,018$). Factors that were associated positively with breastfeeding rates were the mother's age ($p=0,018 < 0,05$), the briefing-education about breastfeeding ($p = 0,032 < 0,05$), the "skin to skin" contact ($p = 0,037 < 0,05$) and the staying of the infant next to the mother -rooming in system- ($p=0,010 < 0,05$). Breastfeeding percentages were acceded to 96% (including women that granted even once a bottle with formula milk) and 46,7% exclusive breastfeeding. Differences before and after intervention were statistically significant ($0,016 < 0,05$). Factors that were not associated statistically with the rates of breastfeeding were the delivery mode ($p = 0,075 > 0,05$), the infant's gender ($p = 0,926 > 0,05$), the gestational age ($p = 0,853 > 0,05$), the birth weight ($p = 0,636 > 0,05$), the type of anesthesia ($p=0,170 > 0,05$), the duration of past breastfeeding experience in months ($p=0,373 > 0,05$), smoking ($p = 0,377 > 0,05$) and the problems of adaptation to breastfeeding ($p = 0,201 > 0,05$).

CONCLUSIONS: The results obtained in the different phases of our study show that the awareness of women during pregnancy and postpartum, about the benefits of breastfeeding as well as the training of women in the technical of breastfeeding in conjunction with the implementation of practice "rooming in" and "skin to skin" contact between mother and infant helped to increase

the rates of breastfeeding. It is important to mention the fact that mothers in elder age seem to be more likely to breastfeed. The certification, of more and more hospitals as "Baby Friendly Hospitals", will help to achieve the target of WHO and UNICEF, which is the exclusive breastfeeding for the first six months, with continued breastfeeding along with complementary foods up to two years of age.

KEY-WORDS: breastfeeding, certification, WHO, UNICEF, Baby-Friendly Hospital

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη Συνάντηση Κορυφής για το Παιδί το 1990, οι εκπρόσωποι όλων των κρατών του κόσμου δεσμεύτηκαν να δραστηριοποιηθούν ενάντια στην τάση να αποφεύγεται ο μητρικός θηλασμός και να υποκαθίσταται από βρεφικό γάλα του εμπορίου. Αναγνωρίζοντας την αξία του μητρικού θηλασμού, η UNICEF και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καθιέρωσαν την πρωτοβουλία «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη» (Baby Friendly Hospital) με απώτερο στόχο να αυξηθούν τα ποσοστά του θηλασμού παγκοσμίως.

Το 1991 ανακοινώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τη UNICEF η πρωτοβουλία - πρόγραμμα «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο και το Μητρικό Θηλασμό» που ο ακρογωνιαίος λίθος του είναι η εφαρμογή των άρθρων του «Διεθνούς Κώδικα Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και των «Δέκα Βημάτων για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό».

Σκοπός του Διεθνούς Κώδικα Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος είναι η προστασία, η προαγωγή και η εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού ως αποκλειστική μέθοδο σίτισης των νεογνών σε όλα τα Μαιευτήρια. Θεσπίστηκε το 1981 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τη UNICEF, με στόχο τον περιορισμό της ανεξέλεγκτης διαφήμισής τους. Η χώρα μας τον υιοθέτησε το 1988. Ο κώδικας συστήνει να μην γίνεται καμία διαφήμιση ή άλλου είδους προώθηση (όπως χορήγηση δειγμάτων), προϊόντων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, μπιμπερό και θηλών¹.

Το 1989 θεσπίστηκαν τα Δέκα βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τη UNICEF. Το 1990 με τη Διακήρυξη INNOCENTI προτάθηκε η εφαρμογή των Δέκα βημάτων και του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος σε όλα τα Μαιευτήρια του κόσμου μέχρι το 1995. Τα βήματα αυτά πιστεύεται ότι μεταξύ άλλων συμβάλουν σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας νοσηλείας και φροντίδας που προσφέρει το νοσοκομείο στις μητέρες και τα βρέφη με μακροχρόνια οφέλη στην ψυχοσωματική υγεία του πληθυσμού. Τα δέκα αυτά βήματα είναι: η ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το μητρικό θηλασμό που να δεσμεύει όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η εκπαίδευση όλου του προσωπικού για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, η ενημέρωση όλων των εγκύων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, η 24ωρη υποστήριξη των μητέρων για το

θηλασμό, η διατήρηση του μητρικού θηλασμού ακόμα και σε συνθήκες νοσηλείας σε νεογνικές μονάδες, να παρέχεται μόνο μητρικό γάλα στα βρέφη, η τακτική 24ωρης παραμονής του νεογνού δίπλα στη μητέρα, θηλασμός σε κάθε αναζήτηση του νεογνού προς τροφή, η αποφυγή χρήσης πιπίλας και η υποστήριξη της μητέρας μετά την έξοδο από το μαιευτήριο ².

Απώτερος σκοπός της πρωτοβουλίας αυτής είναι η δημιουργία των προϋποθέσεων για την υποστήριξη και την εγκαθίδρυση του Μητρικού Θηλασμού ως αποκλειστική μέθοδο σίτισης των νεογνών σε όλα τα μαιευτήρια ³.

Σε όλο τον κόσμο, υπάρχουν περισσότερα από 20.000 σε 152 χώρες που έχουν χαρακτηριστεί ως «Νοσοκομεία Φιλικά για το Βρέφος και το Μητρικό Θηλασμό» όπως ενδεικτικά φαίνεται στον παρακάτω πίνακα. Στη Σουηδία, σχεδόν όλα τα μαιευτήρια είναι πιστοποιημένα ως «Νοσοκομεία Φιλικά για το Βρέφος και το Μητρικό Θηλασμό»⁴. Σε διεθνή κλίμακα, τα αποτελέσματα των στατιστικών μελετών που έγιναν σε χώρες λίγα μόλις χρόνια μετά την εφαρμογή του προγράμματος είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακά. Για παράδειγμα στην Κούβα, όπου τα 49 από τα 56 που έχει σε σύνολο νοσοκομεία είναι πιστοποιημένα «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη και το Μητρικό Θηλασμό», το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού σχεδόν τριπλασιάστηκε σε έξι χρόνια – από 25% το 1990 σε 72% το 1996, ενώ στην Κίνα, όπου τώρα υπάρχουν περισσότερα από 6.000 πιστοποιημένα νοσοκομεία το αντίστοιχο ποσοστό από 29% το 1992 αυξήθηκε στο 68% το 1994 στα αστικά κέντρα, ενώ στις επαρχίες από 10% σε 48% την ίδια χρονική περίοδο.

Το 2002, κάθε χώρα δεσμεύτηκε να επιτύχει τους στόχους της Παγκόσμιας Στρατηγικής για τη Βρεφική και την Παιδική Διατροφή του Π.Ο.Υ. και της UNICEF, δηλαδή: «Ως παγκόσμια σύσταση δημόσιας υγείας, τα βρέφη πρέπει να θηλάζουν αποκλειστικά για τους έξι πρώτους μήνες ζωής, για να αποκτήσουν την ιδανική αύξηση, ανάπτυξη και υγεία. Μετά τους έξι πρώτους μήνες, για να αντιμετωπιστούν οι διατροφικές ανάγκες, τα βρέφη πρέπει να διατρέφονται με επαρκή και ασφαλή συμπληρωματική τροφή, ενώ ο μητρικός θηλασμός συνεχίζεται ως τα δύο χρόνια ζωής ή και μετά».

Πίνακας Χωρών με Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία

Αμερική 55 (31560) 2%	Ιαπωνία 17 (300) 6%	Μ.Βρετανία 48 (300) 16%
Αίγυπτος 122 (3880) 3%	Ιορδανία 4 (97) 4%	Νορβηγία 36 (53) 68 %
Αμάν 51 (51) 100%	Ισλανδία 0 (10)	Ολλανδία 47 (191) 25%
Αραβία 6 (172) 3%	Ισπανία 10 (909) 1%	Ουγγαρία 8 (119) 7%
Αυστρία 52 (477) 11%	Ισραήλ 0 (28) 0%	Πολωνία 52 (456) 11%
Βέλγιο 6 (127) 5%	Ιταλία 9 (700) 1%	Πορτογαλία 1 (52) 2%
Βουλγαρία 5 (110) 5%	Κατάρ 2 (4) 50%	Ρουμανία 21 (82) 12%
Βοσνία 21 (42) 50%	Κίνα 7329 (13400) 55%	Σλοβενία 18 (70) 26%
Γαλλία 3 (800) 0%	Κροατία 15 (34) 44%	Σουδάν 30 (277) 115
Γερμανία 23 (1000) 2%	Κουβέιτ 2 (6) 33%	Σουηδία 64 (66) 97%
Δανία 11 (35) 31%	Λιθουανία 6 (42) 14%	Τουρκία 424 (891) 50%
Ελβετία 58 (148) 40%	Λουξεμβούργο 2 (6) 33%	Φινλανδία 4 (33) 12%
Ελλάδα 0 (50) 0%		

Τι συμβαίνει στην Ευρώπη σήμερα

Γενικότερα στην Ευρώπη, τα ποσοστά έναρξης, αποκλειστικότητας και διάρκειας του μητρικού θηλασμού είναι μικρότερα από τα προτεινόμενα ποσοστά του Π.Ο.Υ. και της UNICEF. Το γεγονός αυτό, οφείλεται συχνά σε ελλιπή ή ανακριβή στοιχεία, στην έλλειψη κοινών ορισμών και συστημάτων καταγραφής για την επίτευξη συγκρισιμότητας, στην ανεπαρκή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας καθώς επίσης και στην έλλειψη εθνικής πολιτικής και σχεδιασμού σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, πολλές χώρες δεν έχουν πετύχει τους στόχους της Διακήρυξης INNOCENTI ενώ αρκετές απ' αυτές δεν διαθέτουν «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο». Σε ότι αφορά το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τις ευρωπαϊκές χώρες, σε πολλές περιπτώσεις οι εθνικές νομοθεσίες για τη διαφήμιση και την εμπορία των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος υπολείπονται από το Διεθνή Κώδικα ενώ για πολλές κατηγορίες εργαζόμενων μητέρων η νομοθεσία για την προστασία της μητρότητας δεν φαίνεται να ισχύει ⁵.

Απώτερος λοιπόν στόχος της μελέτης μας ήταν να αξιολογηθούν όλες εκείνες οι ενέργειες και η παρέμβαση, που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να πιστοποιηθεί το μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» ως «Νοσοκομείο φιλικό προς τα βρέφη».

1. ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Οφέλη Μητρικού Θηλασμού για τη Μητέρα και το Παιδί

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τον ιδανικότερο τρόπο διατροφής ενός βρέφους τους πρώτους έξι μήνες ζωής. Το μητρικό γάλα είναι εύπεπτο, έχει την ιδανική κατά ηλικία παιδιού περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες, λίπη και πρωτεΐνες ενώ είναι πάντα διαθέσιμο στην κατάλληλη θερμοκρασία. Τα πλεονεκτήματα για το παιδί και τη μητέρα που θηλάζει είναι ανεκτίμητα. Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες, ο θηλασμός φαίνεται να ενισχύει τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα το ανοσοποιητικό σύστημα του παιδιού⁶⁻⁸. Η χορήγηση λίγο ή καθόλου μητρικού γάλακτος έχει σημαντικές επιπτώσεις στην δημόσια υγεία τόσο για τα παιδιά όσο και τους ενήλικες. Πλέον, ο Π.Ο.Υ. αλλά και μεγάλες ιατρικές εταιρείες συνιστούν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και συνέχιση του μαζί με συμπληρωματικές τροφές, για τουλάχιστον άλλο ένα χρόνο. Υπάρχουν πλέον αρκετά δεδομένα τα οποία δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τόσο μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης διαφόρων νοσημάτων στο παιδί και στην μητέρα⁹⁻¹².

Αναφερόμενα νοσήματα που εμφανίζονται συχνά στην παιδική ηλικία είναι η οξεία μέση ωτίτιδα (υπολογίζεται ότι 44% των παιδιών κάτω του έτους θα έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο), οι λοιμώξεις του αναπνευστικού (εμφανίζεται συχνότερα στην ηλικία 2 έως 8 μηνών), το άσθμα, το σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου, ο διαβήτης τύπου II, η υπερχοληστερολαιμία και η παιδική παχυσαρκία (κάθε μήνας μητρικού θηλασμού σχετίζεται με 4% μείωση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης της νόσου)¹³. Άλλα νοσήματα για τα οποία έχειδειχθεί ότι ο μητρικός θηλασμός και το μητρικό γάλα δρουν προστατευτικά είναι η ατοπική δερματίτιδα, η γαστρεντερίτιδα και η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (κυρίως στα πρόωρα νεογνά). Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, νεογνά τα οποία δεν έλαβαν καθόλου μητρικό γάλα έχουν 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (η οποία έχει 30% θνητότητα), διπλάσιες περιπτώσεις οξείας μέσης ωτίτιδας, αύξηση της συχνότητας εμφάνισης νόσου του κατώτερου αναπνευστικού, γαστρεντερίτιδας, συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου και εγκατάλειψης από την

μητέρας τους ενώ παιδιά τα οποία δεν θήλασαν έχουν αυξημένα ποσοστά σακχαρώδους διαβήτη, λευχαιμίας, ελκώδους κολίτιδας και νόσου του Crohn¹⁴.

Τα αποτελέσματα του μητρικού θηλασμού για τις μητέρες είναι τεκμηριωμένα, καθώς μελέτες έδειξαν ότι συμβάλλει στην ταχύτερη παλινδρόμηση της μήτρας και συνεπώς στη μείωση της συχνότητας των αιμορραγιών μετά από τον τοκετό, στη μείωση του σωματικού βάρους στη διάρκεια της λοχείας, ενώ παράλληλα, ενισχύει την αυτοεκτίμηση των μητέρων και ενδυναμώνει το δεσμό μητέρας-παιδιού. Μακροπρόθεσμα, ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, καρκίνου των ωοθηκών και οστεοπόρωσης¹⁵⁻¹⁸.

Οικονομικά Οφέλη Μητρικού Θηλασμού

Εκτός από τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού σε σχέση με την υγεία της μητέρας και των παιδιών, υπάρχουν και οικονομικά οφέλη τα οποία αφορούν τον οικογενειακό προϋπολογισμό, τις ιδιωτικές και δημόσιες ασφάλειες και τον εθνικό προϋπολογισμό στο σύνολο του^{19,20}. Τα κέρδη αυτά βασίζονται:

α) στην μείωση των άμεσων εξόδων (κόστος ξένου γάλακτος, έξοδα νοσηλείας-ιατρικών εξετάσεων, ιατρικών παρεμβάσεων λόγω αύξησης της νοσηρότητας των παιδιών που σιτίζονται με τροποποιημένο γάλα αγελάδας).

β) στην μείωση των έμμεσων εξόδων (λιγότερος χρόνος αποχής από την εργασία για τους γονείς, αύξηση της παραγωγικότητας, κέρδη για τις ασφαλιστικές εταιρείες λόγω μειωμένης νοσηρότητας-θνητότητας).

γ) στην αποφυγή των οικονομικών επιπτώσεων του πρόωρου θανάτου²¹.

Οικολογικά και Περιβαλλοντικά Οφέλη του Μητρικού Γάλακτος

Το μητρικό γάλα είναι φυσική τροφή η οποία δεν απαιτεί βιομηχανική παραγωγή. Επιπρόσθετα δεν απαιτεί τη χρήση συσκευασιών οι οποίες θα μπορούσαν να συντελέσουν στην αύξηση των τοξικών και χημικών αποβλήτων όπως γίνεται με το ξένο γάλα²². Είναι χαρακτηριστικό ότι για κάθε 1.000.000 νεογνά τα οποία σιτίζονται με ξένο γάλα, καταναλώνονται 150 συσκευασίες ξένου γάλατος. Κάποιες από αυτές θα ανακυκλωθούν, αρκετές όμως καταλήγουν στο περιβάλλον. Επιπλέον, το ξένο γάλα θα πρέπει να μεταφερθεί από το εργαστήριο παρασκευής στο σημείο κατανάλωσης ενώ αντίθετα ο μητρικός θηλασμός δεν απαιτεί συσκευασία, χαρτί, καύσιμα για την παρασκευή και τη μεταφορά του και αποτελεί έναν ανανεώσιμο φυσικό πόρο ενέργειας με μηδενικό κόστος. Είναι η μοναδική τροφή που συντελεί στην ανοσοποίηση του καταναλωτή και ταυτόχρονα προάγει την υγεία του παραγωγού. Μερικά από τα οικολογικά πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος είναι τα εξής:

- Είναι φυσική τροφή που παράγεται χωρίς πρόσθετες χημικές ή άλλες διεργασίες και παραδίδεται στην κατανάλωση χωρίς καμία τροποποίηση.
- Παράγεται σύμφωνα με τις ανάγκες του βρέφους όπως καθορίζονται αυτές από τις θηλαστικές του κινήσεις.
- Έχει φυσική άσηπτη συσκευασία ανθεκτική στο φως και στις υψηλές θερμοκρασίες.
- Συμβάλει στη μείωση βρεφικών απορριμμάτων (κυρίως πάνες) και απορριμμάτων που προέρχονται από τη χρήση bibero²³.

Οικολογικές Επιπτώσεις της Τεχνητής Διατροφής

Η τεχνητή διατροφή επηρεάζει αρνητικά την οικολογία με:

- Τη χρήση πλαστικών και γυάλινων bibero και πλαστικών ή σιλικονούχων θηλών.
- Τη χρήση μεταλλικών συσκευασιών σκόνης γάλακτος.
- Τη χρήση έτοιμων ατομικών συσκευασιών γάλακτος.
- Την αποστείρωση των παραπάνω μέσω ατμού ή χημικών παραγώγων χλωρίου.
- Το ζέσταμα γάλακτος στην επιθυμητή θερμοκρασία.
- Τη συντήρηση και εκτροφή αγελάδων που παράγουν το γάλα.
- Τη διαχείριση και αποικοδόμηση αποβλήτων αγελάδων.
- Την επεξεργασία και τροποποίηση γάλακτος. Τα βρεφικά γάλατα από σόγια παράγονται με παρόμοια διαδικασία. Οι ουσίες που προστίθενται στο γάλα π.χ. λίπη επίσης παράγονται βιομηχανικά.
- Τη μεταφορά γάλακτος προς τροποποίηση και συσκευασία
- Τη μεταφορά τροποποιημένου γάλακτος ανά τον κόσμο προς κατανάλωση²⁴.

Συμπερασματικά, η αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος από την τεχνητή διατροφή προκαλεί αποψίλωση των δασών, διάβρωση του εδάφους, μόλυνση, κλιματικές αλλαγές και κατασπατάληση των φυσικών πόρων. Από την άλλη μεριά, ο αποκλειστικός θηλασμός αποτελεί συνειδητή επιλογή προστασίας των φυσικών πόρων και διατήρησης της οικολογικής ισορροπίας.

2. ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Η UNICEF και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχουν ορίσει δέκα προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ένα Νοσοκομείο «Φιλικό προς τα Βρέφη» ²⁵.

ΒΗΜΑ 1: Έγερση γραπτής πολιτικής για το Μητρικό θηλασμό και κοινοποίησή της τακτικά σε όλο το προσωπικό υγείας

Γενικότερα, η εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» προϋποθέτει την ύπαρξη στις μονάδες υγείας κάθε μορφής, γραπτών οδηγιών προσβάσιμων σε όλους (ώστε όλο το προσωπικό που φροντίζει τα νεογνά να μπορεί να ανατρέχει σε αυτές), στις οποίες θα καθίσταται σαφές πως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεσμεύεται για την υλοποίησή τους ²⁶. Θα πρέπει λοιπόν οι περιλήψεις της πολιτικής που καλύπτουν τουλάχιστον τα δέκα βήματα, τον κώδικα και τα επόμενα ψηφίσματα του Π.Ο.Υ. και υποστηρίζουν τις HIV-θετικές μητέρες, να είναι εμφανώς αναρτημένες σε περιοχές του νοσοκομείου που εξυπηρετούν μητέρες και νεογνά ²⁷. Αυτές οι περιοχές περιλαμβάνουν τα τμήματα προγεννητικής φροντίδας, τα τμήματα και τα δωμάτια της μαιευτικής κλινικής, όλα τα τμήματα που φροντίζουν νεογνά, το τμήμα παρακολούθησης νεογνών (αν υπάρχει) και κάθε μονάδα ειδικής νοσηλείας νεογνών. Οι περιλήψεις θα πρέπει να είναι γραμμένες σε γλώσσα(ες) και με λέξεις που να είναι κατανοητές στις μητέρες και το προσωπικό. Επιπλέον, στην γραπτή πολιτική θα πρέπει να παρέχονται οδηγίες και για τις μητέρες που είναι HIV- θετικές σχετικά με τη διατροφή των νεογνών τους ²⁸. Η πολιτική για το μητρικό θηλασμό έχει σαν σκοπό να εξασφαλίσει υψηλά κριτήρια φροντίδας. Η πολιτική αυτή θα πρέπει:

- α) να εξασφαλίσει την εφαρμογή των δέκα βημάτων για το μητρικό θηλασμό,
- β) να απαγορεύει τη διαφήμιση και διανομή δειγμάτων ή δώρων διαφόρων παρασκευασμάτων σε βρέφη μέσα στο χώρο του νοσοκομείου,
- γ) να ζητήσει την δραστηριοποίηση όλων των φορέων που ασχολούνται με την επίτοκο, τη λεχιάδα, το βρέφος με σκοπό την προαγωγή, την υποστήριξη και τη προώθηση του μητρικού θηλασμού και
- δ) να είναι εύκολα αναγνωρίσιμη, κατανοητή και προσβάσιμη στις νέες μητέρες.

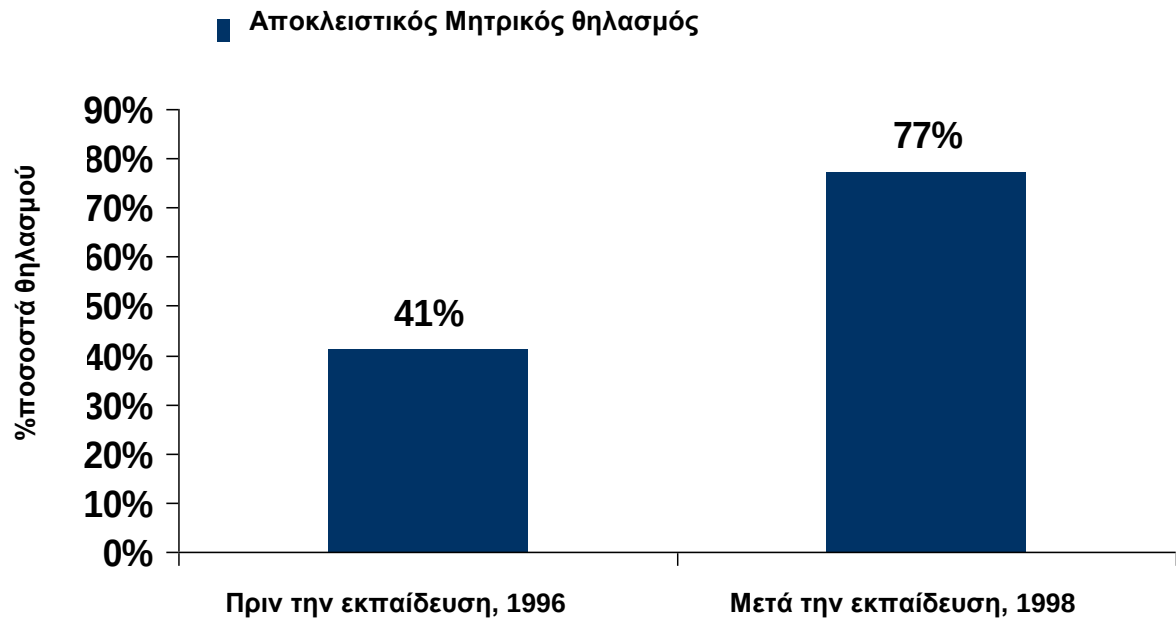
ΒΗΜΑ 2: Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής

Η εκπαίδευση σε όλα τα επίπεδα πρέπει να ενσωματώνει τα «Δέκα Βήματα», τις συμβουλές για το μητρικό θηλασμό και τον Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Το προσωπικό υγείας (μαίες και παιδίατροι), έχουν την κύρια ευθύνη να υποστηρίξουν τη νέα μητέρα που θηλάζει και να τη βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τυχόν δυσκολίες που θα της παρουσιαστούν ²⁶. Για το λόγο αυτό, η διοργάνωση τακτικών ενημερωτικών συνεδριάσεων βοηθάει στην αποτελεσματικότερη εφαρμογή του βήματος αυτού, ενημερώνοντας και εκπαιδεύοντας επαρκώς το προσωπικό σε ότι αφορά τον μητρικό θηλασμό. Η εκπαίδευση θα πρέπει να καλύπτει βασικά θέματα όπως:

- τους κινδύνους και τα πλεονεκτήματα των διαφόρων επιλογών διατροφής του νεογνού,
- τη βοήθεια προς τη μητέρα να επιλέξει αυτό που είναι αποδεκτό, εφικτό, προσιτό, παρατεταμένο και ασφαλές για την περίπτωσή της,
- την ασφαλή και υγιεινή προετοιμασία, διατροφή και φύλαξη των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού,
- τη διδασκαλία της προετοιμασίας των διαφόρων επιλογών διατροφής και
- το πώς να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα να επηρεαστούν οι μητέρες να χρησιμοποιήσουν τροποποιημένο γάλα.

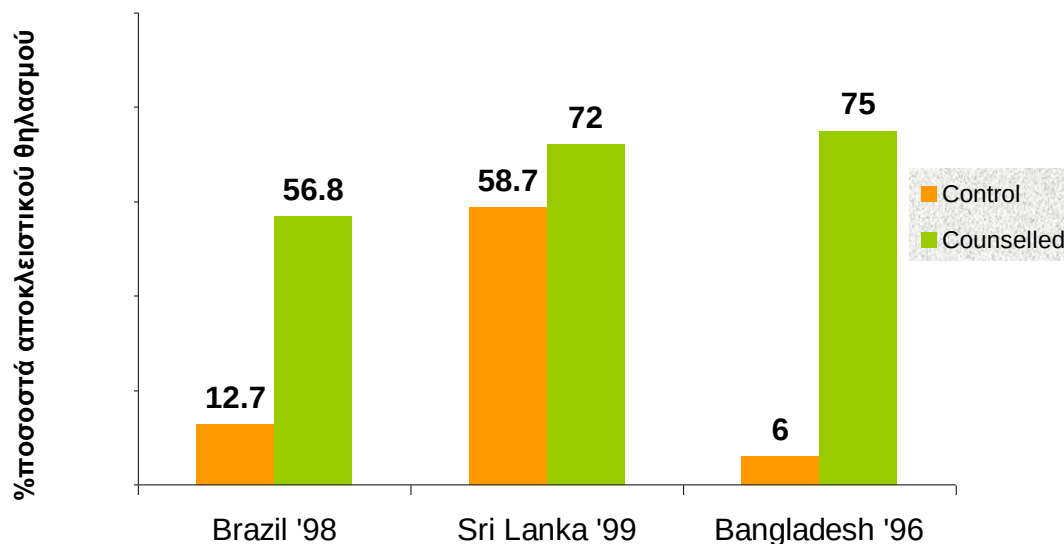
Τέλος, όλο το υπόλοιπο προσωπικό, διοικητικό ή βοηθητικό, που έρχεται σε επαφή με τις νέες μητέρες πρέπει να έχει όλες τις γνώσεις που απαιτούνται ώστε να κατευθύνει σωστά μια νέα μητέρα που θέλει υποστήριξη στο θηλασμό ενώ κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση του προσωπικού για το πώς να υποστηρίξουν τις μητέρες που δεν θηλάζουν ^{28,29}.

Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα 1 και 2 έρευνας που διενεργήθηκε το 2001, τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού αυξάνονται μετά από εκπαίδευση του προσωπικού ^{30,31}.



ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Ποσοστά μητρικού θηλασμού πριν και μετά την εκπαίδευση του προσωπικού

ΠΗΓΗ: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. BMJ, 2001, 323:1358-1362



ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Ποσοστά μητρικού θηλασμού πριν και μετά την εκπαίδευση του προσωπικού στη Βραζιλία, στη Σρι Λάνκα και στο Μπαγκλαντές

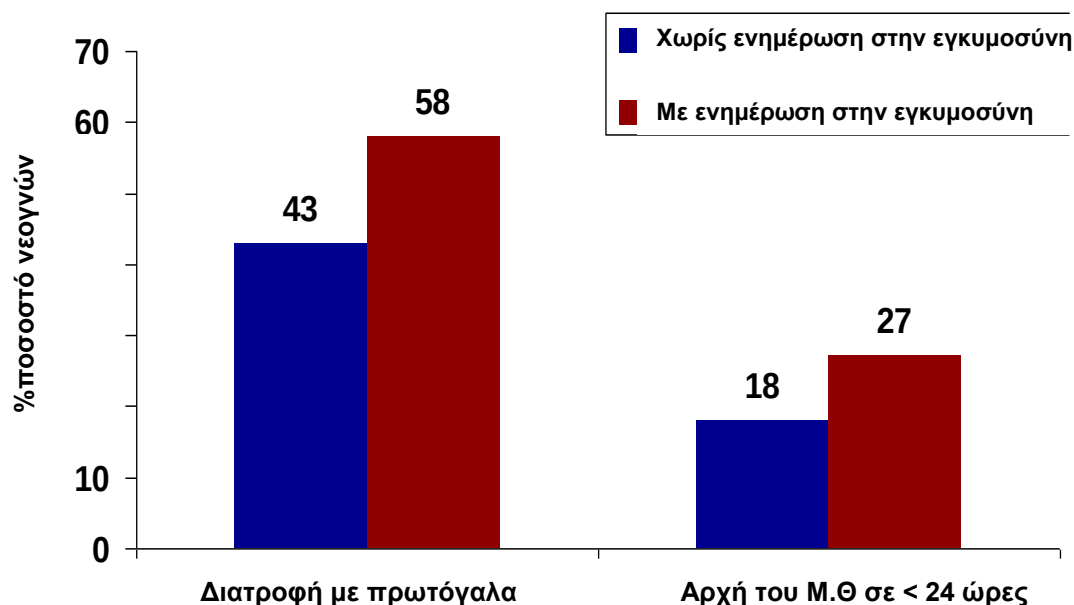
ΠΗΓΗ: CAH/WHO based on studies by Albernaz, Jayathilaka and Haider.

ΒΗΜΑ 3: Ενημέρωση όλων των εγκύων για τα οφέλη και τους τρόπους διαχείρισης του θηλασμού

Μέχρι τη στιγμή που θα γεννηθεί ένα μωρό, η νέα μητέρα πρέπει να αισθάνεται άνετα με το μητρικό θηλασμό, να καταλαβαίνει τα οφέλη και να γνωρίζει τι πρέπει να κάνει. Γι' αυτό, είναι υποχρέωση του προσωπικού που ασχολείται με την εκπαίδευση των εγκύων να τις ενημερώσει για τη σημασία του θηλασμού, τη σημασία της πρώιμης επαφής “δέρμα με δέρμα”, την πρώιμη έναρξη του θηλασμού, την παραμονή των βρεφών στο δωμάτιο όλο το 24ωρο, τη σίτιση του βρέφους όταν το ζητάει, τη συχνή σίτιση για την εξασφάλιση επαρκούς ποσότητας γάλακτος, την καλή στάση θηλασμού και σύλληψη του μαστού, τον αποκλειστικό θηλασμό τους πρώτους 6 μήνες και το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι σημαντικό να συνεχίζεται μετά τους έξι μήνες, ενώ δίνονται και άλλες συμπληρωματικές τροφές ³².

Επίσης, κάθε έγκυος θα πρέπει να έχει την δυνατότητα να συζητήσει με κάποιον αρμόδιο επαγγελματία υγείας για τυχόν απορίες της που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό, να ενημερωθεί για το πώς θα βοηθηθούν κατά τον τοκετό, πώς θα κρατήσουν το μωρό τους και πως θα καταλαβαίνουν ότι το μωρό τους έχει χορτάσει από το γάλα τους. Παράλληλα, θα πρέπει σε κάθε έγκυο να δοθούν σαφείς οδηγίες για το μητρικό θηλασμό και τη σωστή τεχνική που μειώνει τα συνήθη προβλήματα, ώστε να αποκτήσουν οι γυναίκες την απαραίτητη αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να θηλάσουν ^{33,34}.

Συμφώνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε το 1998 και φαίνεται στο γράφημα 3 η ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οδήγησε στην αύξηση του ποσοστού τόσο των νεογνών που έλαβαν πρωτόγαλα όσο και αυτών που θήλασαν το πρώτο 24ωρο ³⁵.



ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Σύγκριση ποσοστών των νεογνών που έλαβαν πρωτόγαλα και θήλασαν το πρώτο 24ωρο, με και χωρίς ενημέρωση των μητέρων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης

ΠΗΓΗ: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1998, 105:697-703.

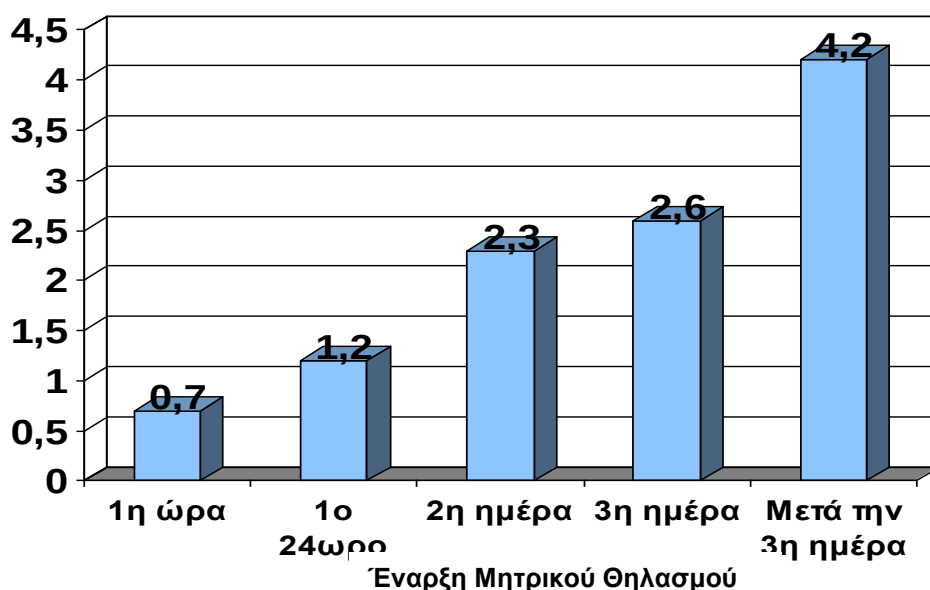
ΒΗΜΑ 4: Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό το πρώτο ημίωρο μετά τη γέννηση

Ο θηλασμός αμέσως μετά τη γέννηση είναι μια φυσικά ενστικτώδης συμπεριφορά του νεογέννητου. Η όσφρηση, η όραση και η γεύση βοηθούν το νεογέννητο να εντοπίσει το μαστό ενώ τα ακουστικά ερεθίσματα και το άγγιγμα από την μητέρα κάνουν το νεογνό να νοιώθει ασφάλεια και άνεση. Με την τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας αμέσως μετά τον τοκετό επιτυγχάνεται αφενός ο αποικισμός του νεογνού με την μικροβιακή χλωρίδα της μητέρας³⁶, αφετέρου το νεογέννητο να αποκτήσει την φυσιολογική

θερμοκρασία. Πολύ σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι η μητέρα παρέχει το πρωτόγαλα σαν πρώτο εμβολιασμό με ανοσολογικούς παράγοντες. Επιπλέον, το γεγονός ότι το νεογέννητο την πρώτη ώρα βρίσκεται σε εγρήγορση βοηθά στην εγκατάσταση του θηλασμού ³⁷.

Στην εβδομάδα μητρικού θηλασμού του 2007, που διοργανώθηκε από την WABA (World Alliance For Breastfeeding Action), ανακοινώθηκε ότι ένα εκατομμύριο ζωές θα μπορούσαν να σωθούν σε όλο τον κόσμο εάν οι μητέρες θήλαζαν τα παιδιά τους την πρώτη ώρα της ζωής τους.

Πρόσφατη έρευνα έδειξε, ότι αν όλες οι γυναίκες άρχιζαν το μητρικό θηλασμό την 1η ώρα, θα μπορούσαν να σωθούν ένα εκατομμύριο νεογέννητα από τα 4 εκατομμύρια που πεθαίνουν (γράφημα 4). Η έναρξη του μητρικού θηλασμού στην 1η ώρα μειώνει τους κινδύνους θανάτου σε σχέση με την έναρξη μετά την 1^η ώρα ³⁸.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με τον χρόνο έναρξης μητρικού θηλασμού

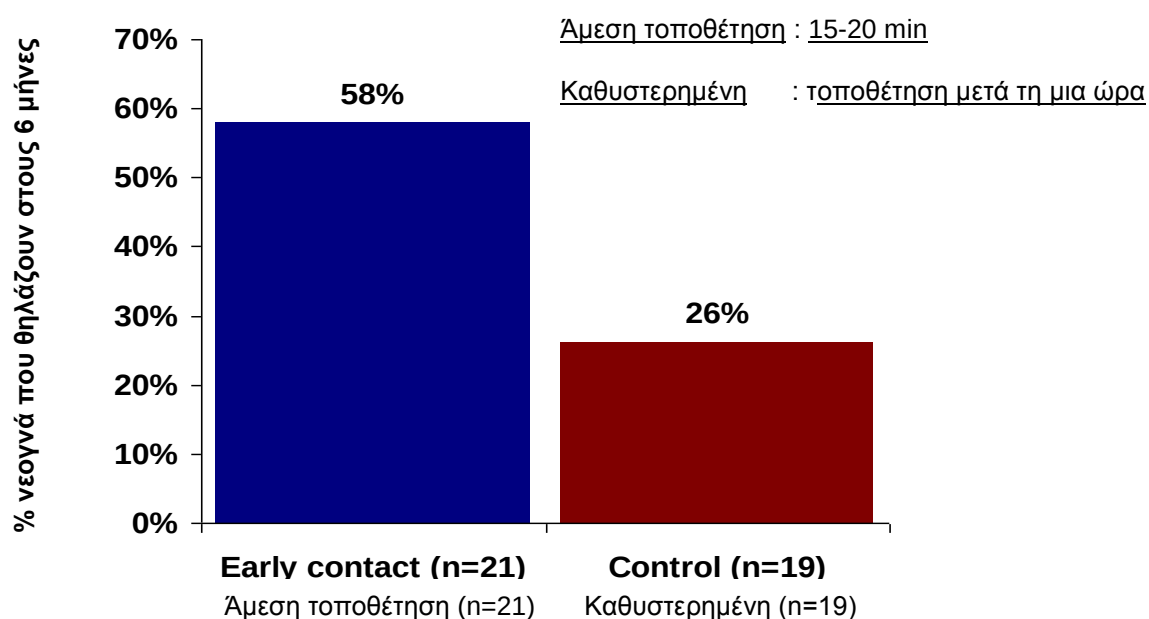
ΠΗΓΗ: PEDIATRICS 2006;117-380-386

Οι έμπειρες και κατάλληλα καταρτισμένες μαίες της αίθουσας τοκετών και του χειρουργείου πρέπει να υποστηρίζουν την έγκαιρη έναρξη του θηλασμού, μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό ³⁶. Το νεογέννητο θα πρέπει να τοποθετείται πάνω στη μητέρα αμέσως μετά τον τοκετό για τουλάχιστον μία ώρα (“δέρμα με δέρμα” επαφή). Επίσης, η μαία οφείλει να

ενθαρρύνει τη μητέρα ώστε να αναγνωρίσει τα σημάδια που δείχνουν πως το μωρό είναι έτοιμο να θηλάσει και να προσφέρει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη ^{28,39}.

Το βήμα αυτό αφορά όλα τα υγιή βρέφη. Η επαφή του μωρού “δέρμα με δέρμα” με τη μητέρα του, αμέσως μετά τον τοκετό ή μέσα σε 5 λεπτά από την γέννηση, δεν θα πρέπει να διακόπτεται από το νοσηλευτικό-μαιευτικό προσωπικό για κανένα λόγο εκτός εάν υπάρχει ιατρικός λόγος. Τέλος, στις περιπτώσεις όπου η μητέρα γεννήσει με καισαρική τομή υπό γενική αναισθησία θα πρέπει το βρέφος να τοποθετηθεί σε επαφή “δέρμα με δέρμα” όταν η ίδια έχει ξυπνήσει και μπορεί να ανταποκριθεί ⁴⁰.

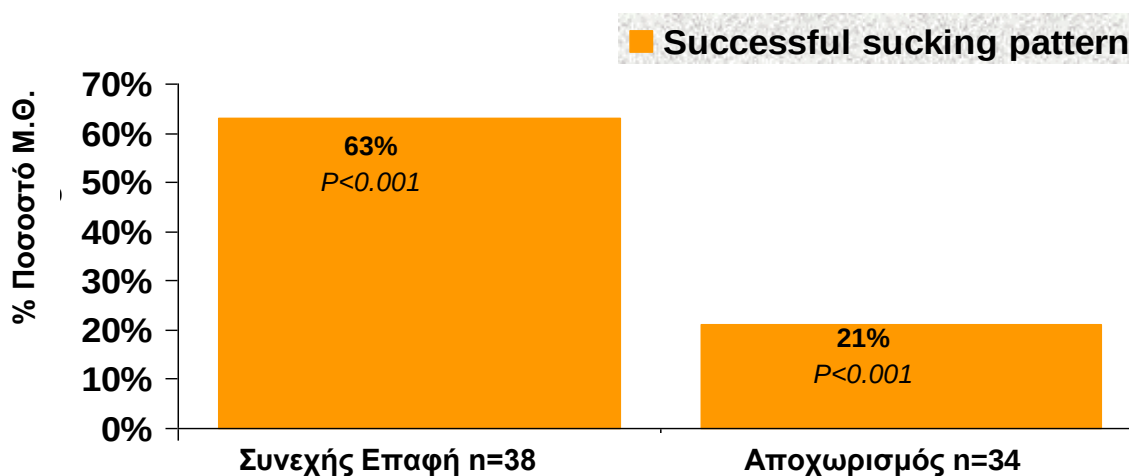
Η θετική επίδραση της άμεσης τοποθέτησης του νεογνού στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού φαίνεται στο γράφημα 5, όπου το 58% των νεογνών που θηλάζαν στους 3 μήνες είχαν τοποθετηθεί άμεσα ενώ το 26% καθυστερημένα ⁴¹.



ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Επίδραση της άμεσης τοποθέτησης του νεογνού στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού

ΠΗΓΗ: DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. Acta Paediatr, 1977, 66:145-151.

Η εφαρμογή του βήματος αυτού έχει ευεργετική επίδραση στην άμεση εγκατάσταση της γαλουχίας όπως φαίνεται στο γράφημα 6 ⁴².



ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Επίδραση της έγκαιρης έναρξης θηλασμού στη εγκατάσταση της γαλουχίας

ΠΗΓΗ: Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed .Lancet, 1990, 336:1105-1107.

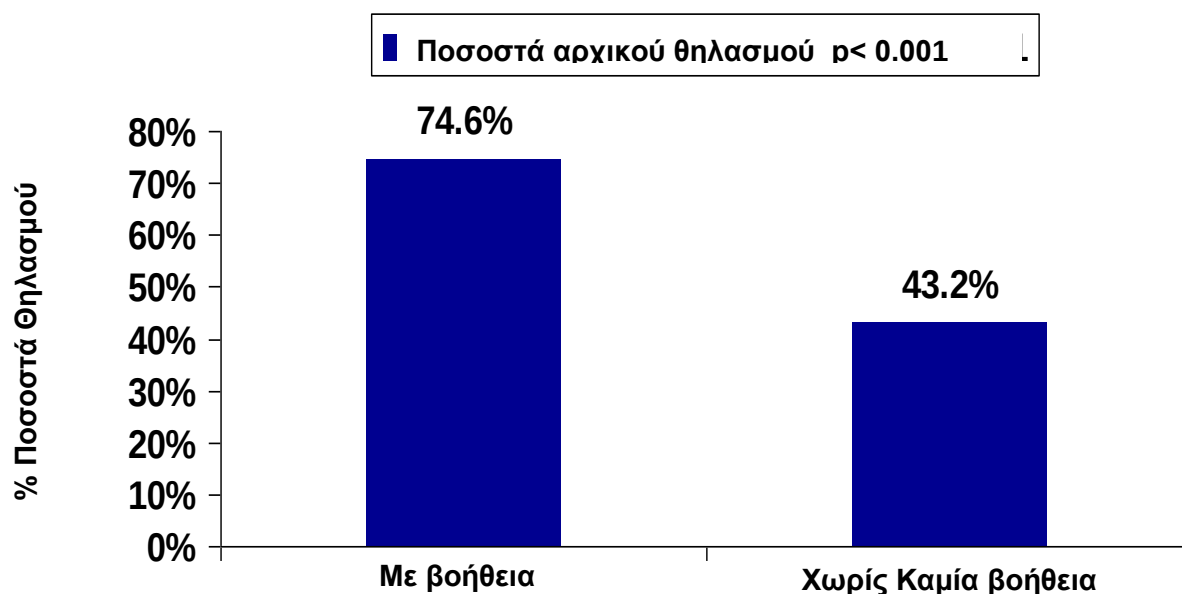
ΒΗΜΑ 5: Επίδειξη στις μητέρες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρήσουν τη γαλουχία ακόμη κι όταν πρέπει να αποχωρισθούν τα νεογέννητά τους

Η παροχή βοήθειας στις μητέρες προκειμένου να θηλάσουν αποτελεσματικά και με σωστή τεχνική, αποτελεί σημαντικό βήμα. Κάθε μητέρα θα πρέπει να έχει την απαραίτητη βοήθεια για να ξεκινήσει να θηλάζει μέσα σε έξι ώρες από την γέννηση. Οι μαίες, θα πρέπει να διδάξουν στις μητέρες τις διάφορες τεχνικές θηλασμού καθώς και τις θέσεις που μπορούν να πάρουν για να θηλάσουν ⁴³. Στην περίπτωση που τα βρέφη αποχωρίζονται από τις μητέρες τους, οι λεχώνες θα πρέπει να συλλέγουν το γάλα τους και να τους το προσφέρουν όταν ξεκινήσει η σίτισή τους. Το νοσηλευτικό-μαιευτικό προσωπικό οφείλει να ξέρει τι να κάνει ώστε να μπορέσει να βοηθήσει τις μητέρες ως προς αυτό.

Η εκπαίδευση των νέων μητέρων θα πρέπει μεταξύ άλλων να περιλαμβάνει τις διάφορες τεχνικές θηλασμού και τις θέσεις που μπορούν να πάρουν για να θηλάσουν και τεχνικές όπως είναι το μασάζ σε περιπτώσεις υπερφόρτωσης των μαστών. Επίσης, απαραίτητη είναι η επαναξιολόγηση της θηλάζουσας μητέρας ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση κάθε πιθανής επιπλοκής⁴⁴.

Ωστόσο, σε περιπτώσεις όπου η μητέρα και το μωρό πρέπει να χωριστούν, είναι υποχρέωση του προσωπικού να την ενημερώσουν για το πώς μπορεί να διατηρήσει τη γαλουχία και να την εκπαιδεύσουν στο πώς να αντλεί το γάλα της με το χέρι ή με θήλαστρο, διαδικασία η οποία πρέπει να γίνεται έξι με οχτώ φορές το εικοσιτετράωρο.

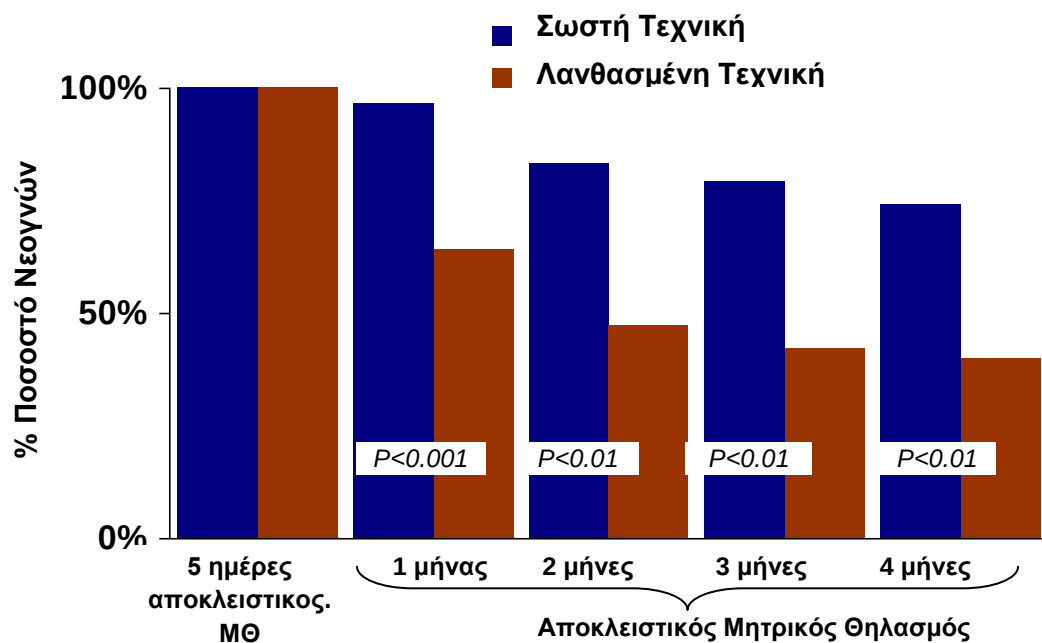
Η επίδραση λοιπόν, της εκπαίδευσης της εγκύου στα αρχικά ποσοστά μητρικού θηλασμού φαίνεται στο γράφημα 7 όπου το 74,6% των γυναικών θήλασαν με την βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού ενώ μόλις το 43,2% θήλασαν χωρίς καμία βοήθεια⁴⁵.



ΓΡΑΦΗΜΑ 7: Επίδραση της βοήθειας στις μητέρες στα ποσοστά θηλασμού

ΠΗΓΗ: Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295

Επιπλέον, η σωστή τεχνική θηλασμού έχει θετική επίδραση στο ποσοστό θηλασμού στη διάρκεια του χρόνου όπως παρουσιάζεται στο γράφημα 8 ⁴⁶.



ΓΡΑΦΗΜΑ 8: Τεχνική θηλασμού και η επίδρασή της στην επιτυχία του μητρικού θηλασμού.

ΠΗΓΗ: Righard L, Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 19(4):185-189.

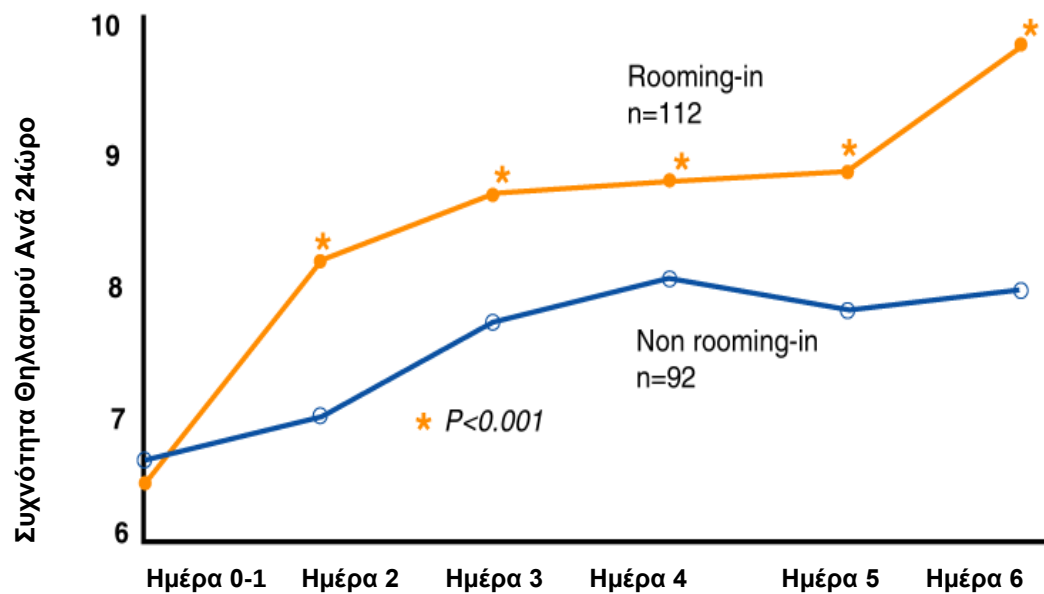
ΒΗΜΑ 6: Να μη δίνεται στα νεογέννητα καμιά άλλη τροφή ή υγρό παρά μόνο μητρικό γάλα, εκτός κι αν επιβάλλεται να γίνει διαφορετικά για ιατρικούς λόγους

Θα πρέπει να συνιστάται στους γονείς για το νεογέννητο μωρό τους ο αποκλειστικός θηλασμός για τους πρώτους έξι μήνες χωρίς άλλη συμπληρωματική διατροφή εκτός και αν υπάρχουν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι (πρόωρο νεογνό, μητέρα θετική για HIV) ή είναι απόφαση της μητέρας αφού πρώτα είναι πλήρως ενημερωμένη για τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος και τα μειονεκτήματα της συμπληρωματικής διατροφής. Στη περίπτωση που για κάποιον από τους παραπάνω λόγους δοθεί συμπληρωματική διατροφή θα πρέπει να αναγράφεται στο ιστορικό του μωρού και να αιτιολογείται. Δεν πρέπει να μοιράζονται στις μητέρες ενημερωτικά υλικά που να συστήνουν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Τέλος, το νοσοκομείο θα πρέπει να έχει επαρκή χώρο και τον απαιτούμενο εξοπλισμό για την επίδειξη προετοιμασίας τεχνητής διατροφής και άλλων μεθόδων σίτισης μακριά από τις θηλάζουσες μητέρες.

ΒΗΜΑ 7: Εφαρμογή της πρακτικής “rooming in”, δηλαδή να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα μαζί με το μωρό της 24 ώρες την ημέρα

Η μητέρα και το βρέφος θα πρέπει να παραμένουν μαζί στο δωμάτιο από την πρώτη στιγμή μετά τον τοκετό και για όλο το εικοσιτετράωρο είτε έχει γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό είτε με καισαρική τομή. Ακόμα και όταν η μητέρα είναι φορέας του AIDS ή νοσεί, το νεογνό δεν πρέπει να θηλάσει αλλά παραμένει στο ίδιο δωμάτιο με την μητέρα του η οποία ενημερώνεται για τον τρόπο παρασκευής της τεχνητής διατροφής. Το “rooming in” δεν εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που υπάρχουν τεκμηριωμένοι ιατρικοί λόγοι όπως στη περίπτωση του πρόωρου τοκετού όπου το νεογνό νοσηλεύεται στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Με την εφαρμογή του rooming-in επιτυγχάνεται η αύξηση της συχνότητας θηλασμού τις πρώτες ημέρες της ζωής, γεγονός που φαίνεται στο παρακάτω γράφημα^{47,48}.



ΓΡΑΦΗΜΑ 9: Επίδραση του rooming-in στη συχνότητα του θηλασμού στις πρώτες μέρες ζωής

ΠΗΓΗ: Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. Acta Paediatr Scand, 1990, 79:1019

ΒΗΜΑ 8: Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το αποζητάει

Τα μωρά θα πρέπει να τρέφονται σύμφωνα με τις ανάγκες τους και όχι σύμφωνα τον κανονισμό των μαιευτηρίων. Η κατανόηση των αναγκών του βρέφους βελτιώνει τόσο την ποιότητα του θηλασμού όσο και τη σχέση του με τη μητέρα του.

Επομένως κάθε μητέρα θα πρέπει να ενημερώνεται για τον κανόνα ζήτησης-προσφοράς και να ενθαρρύνεται να θηλάζει το μωρό της όποτε και για όσο αυτό θέλει, ακόμα και κατά τη διάρκεια της νύχτας^{49,50}.

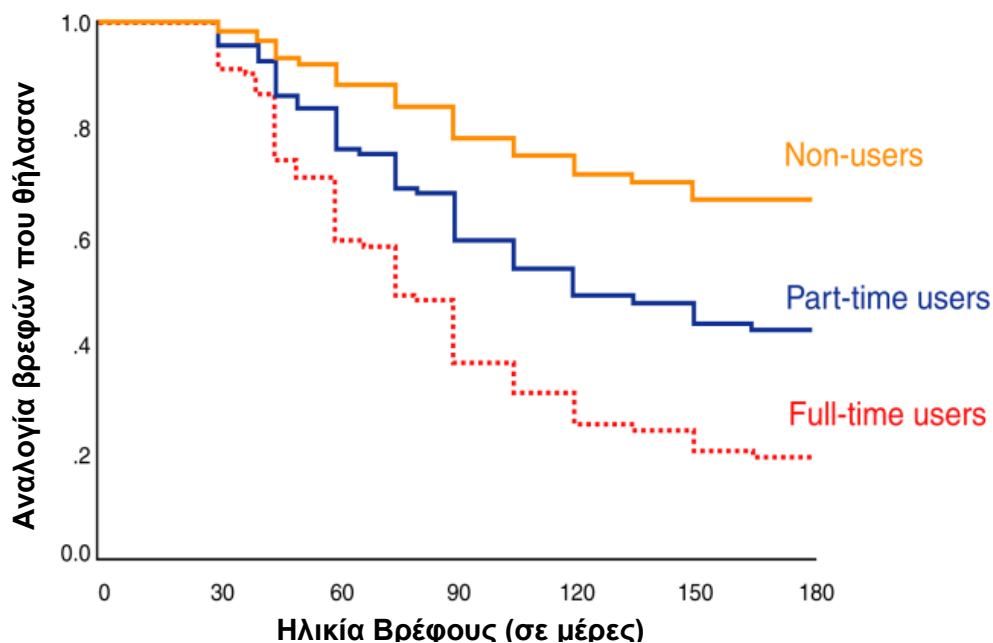
Η διάρκεια του μητρικού θηλασμού έχει άμεση σχέση με τη γρήγορη τοποθέτηση του μωρού στο στήθος και τη συχνότητα των γευμάτων⁵¹.

ΒΗΜΑ 9: Όχι τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα μωρά που θηλάζουν

Η χρήση θήλαστρου ή πιπίλας μπορεί να παρεμποδίσει το θηλασμό καθώς και τη ρύθμιση της παραγωγής γάλακτος σύμφωνα με τις ανάγκες του μωρού. Μία σειρά μελετών από όλο τον κόσμο έχουν δείξει ότι τα μωρά που χρησιμοποιούν πιπίλα είναι λιγότερο πρόθυμα να θηλάσουν γιατί μπερδεύονται αφού είναι τελείως διαφορετικός ο τρόπος που θηλάζουν τη πιπίλα από τον τρόπο που θηλάζουν το μαστό. Έτσι μειώνεται η διέγερση του μαστού για την παραγωγή προλακτίνης και ο αριθμός των γευμάτων του νεογέννητου⁵².

Για το λόγο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να ενθαρρύνουν τη νέα μητέρα να χρησιμοποιεί τεχνητές θηλές ή πιπίλες σε μωρά που θηλάζουν καθώς επίσης να την ενημερώνουν για τους κινδύνους που έχει η χρήση τους σε ότι αφορά το χρόνο και την επιτυχία του θηλασμού⁵³.

Σε έρευνα που διεξήχθη το 1997 από τον Victora G.C. et al (γράφημα 10), έδειξε την καθοριστική επίδραση της χρήσης της πιπίλας και των θηλών των μπιμπερό στη διάρκεια του θηλασμού. Τα ποσοστά θηλασμού παρουσίασαν μεγάλη πτώση στο follow up του 1ου, 3ου και 6ου μήνα στα μωρά που χρησιμοποιούσαν πιπίλα full time ή part time. Τα ίδια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και σε άλλη έρευνα που έγινε στη Βραζιλία το 1995 (Fenardo C.Barros et al) αλλά και σε μελέτη στην Δανία σε 570 θηλάζουσες μητέρες 14 χρόνια μετά (Kronborg H, Vaeth M, 2009) ⁵⁴.



ΓΡΑΦΗΜΑ 10: Επίδραση της χρήσης της πιπίλας και των τεχνητών θηλών στη διάρκεια του θηλασμού

ΠΗΓΗ: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? Pediatrics, 1997, 99:445-453.

ΒΗΜΑ 10: Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού στις οποίες θα παραπέμπονται οι μητέρες κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο ή την κλινική

Θα πρέπει να δίνονται πληροφορίες στις μητέρες σχετικά με το που μπορούν να βρουν υποστήριξη, αν χρειαστούν βοήθεια με τη σίτιση των βρεφών τους, αφού γυρίσουν στο σπίτι. Οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν επίσης να αναφέρουν τουλάχιστον μία πηγή πληροφόρησης όπως για παράδειγμα το τηλέφωνο του τμήματος μητρικού θηλασμού του νοσοκομείου έτσι ώστε να μπορεί να πάρει επιπλέον πληροφορίες ή συμβουλές για την συνέχιση του θηλασμού και για τη δυνατότητά της να δημιουργήσει η ίδια μία τράπεζα γάλακτος ^{43,55}. Τέλος, το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τις μητέρες και τα βρέφη τους να επισκεφθούν μετά από δύο εβδομάδες το νοσοκομείο ή την κοινότητα έτσι ώστε ο παιδίατρος και η μαία να αξιολογήσει τη σίτιση των βρεφών τους και να τις υποστηρίξει, εάν χρειάζεται.

3. ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και η UNICEF (United Nations Children's Fund) τονίζουν εδώ και πολλά χρόνια τη σημασία της διατήρησης της πρακτικής του μητρικού θηλασμού καθώς και της αναβίωσής της, όπου είναι σε ύφεση ως τρόπου βελτίωσης της υγείας και της διατροφής των βρεφών και των μικρών παιδιών. Οι προσπάθειες για την προώθηση του θηλασμού και την υπερνίκηση των προβλημάτων, που θα μπορούσαν να τον αποθαρρύνουν, αποτελούν μέρος των συνολικών προγραμμάτων διατροφής και υγείας των μητέρων και των παιδιών που έχουν εκπονήσει και οι δύο οργανώσεις και συνιστούν βασικό στοιχείο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ως μέσου για την επίτευξη της υγείας για όλους μέχρι το έτος 2000.

Ποικίλοι παράγοντες επηρεάζουν την επικράτηση και τη διάρκεια του θηλασμού. Η εικοστή έβδομη παγκόσμια συνέλευση για την υγεία, το 1974, επεσήμανε τη γενική ύφεση του θηλασμού σε πολλά μέρη του κόσμου, η οποία συσχετίζεται με κοινωνικοπολιτιστικούς και άλλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης και της προώθησης των τυποποιημένων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και προέτρεψε: «Τα Κράτη Μέλη να αναθεωρήσουν τις δραστηριότητες προώθησης πωλήσεων στις βρεφικές τροφές, έτσι ώστε να θεσπιστούν τα κατάλληλα διορθωτικά μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των κωδικών διαφήμισης και της νομοθεσίας, όπου είναι απαραίτητο».

Το ζήτημα επανεξετάστηκε από την Τριακοστή Πρώτη Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία, το Μάιο του 1978. Μεταξύ των συστάσεων της ήταν ότι τα Κράτη Μέλη πρέπει να δίνουν προτεραιότητα στην πρόληψη του υποσιτισμού των βρεφών και των μικρών παιδιών μέσω, μεταξύ άλλων, της υποστήριξης και της προώθησης του θηλασμού, της λήψης νομοθετικών μέτρων και κοινωνικής δράσης, ώστε να διευκολύνεται ο θηλασμός για τις εργαζόμενες μητέρες, καθώς και μέσω «της ρύθμισης της ανάρμοστης προώθησης πωλήσεων των βρεφικών τροφών, οι οποίες μπορεί να

χρησιμοποιηθούν για να αντικαταστήσουν το μητρικό θηλασμό». Το ενδιαφέρον για τα προβλήματα που συνδέονται με τη σίτιση των βρεφών και των μικρών παιδιών και η έμφαση στη σημασία του μητρικού θηλασμού προκειμένου να επιλυθούν αυτά, φυσικά εκτείνονται πέρα από τον Π.Ο.Υ. και την UNICEF. Οι κυβερνήσεις, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι επαγγελματικές ενώσεις, οι επιστήμονες καθώς και οι κατασκευαστές βρεφικών τροφών έχουν επίσης κληθεί να λάβουν μέτρα σε παγκόσμιο επίπεδο, ως ένα βήμα προς τη βελτίωση της υγείας των βρεφών και των μικρών παιδιών.

Στο δεύτερο εξάμηνο του 1978, ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF εξήγγειλαν την πρόθεσή τους να διοργανώσουν από κοινού μία σύσκεψη για τη σίτιση των βρεφών και των μικρών παιδιών, στα πλαίσια των υπάρχοντων προγραμμάτων τους, έτσι ώστε να χρησιμοποιήσουν με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο τη μεγάλη δυναμική της συγκεκριμένης άποψης. Μετά από εκτενή εξέταση του τρόπου με τον οποίο θα μπορούσε να εξασφαλιστεί η πληρέστερη συμμετοχή, η σύσκεψη συνεκλήθη στη Γενεύη από τις 9 έως τις 12 Οκτωβρίου 1979 και την παρακολούθησαν 150 περίπου εκπρόσωποι κυβερνήσεων, οργανισμών των Ηνωμένων Εθνών και άλλων διακυβερνητικών φορέων, μη κυβερνητικών οργανώσεων, βιομηχανίας βρεφικών τροφών και εμπειρογνομόνων από τις σχετικές επιστήμες. Οι συζητήσεις οργανώθηκαν σε πέντε κύρια θέματα: ενθάρρυνση και υποστήριξη του θηλασμού προώθηση και υποστήριξη των κατάλληλων και σε σωστό χρόνο συμπληρωματικών πρακτικών σίτισης (απογαλακτισμού) με τη χρήση τοπικών τροφίμων, ενίσχυση της εκπαίδευσης, κατάρτισης και πληροφόρησης όσον αφορά στη σίτιση των βρεφών και των μικρών παιδιών, προώθηση της υγείας και της κοινωνικής θέσης των γυναικών σε σχέση με την υγεία και τη σίτιση των βρεφών και των μικρών παιδιών και κατάλληλη εμπορία (μάρκετινγκ) και διακίνηση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

Η Τριακοστή Τρίτη Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία, τον Μάιο του 1980, επικύρωσε στο σύνολό τους τόσο τη δήλωση όσο και τις συστάσεις που συμφωνήθηκαν με κοινή συναίνεση σε αυτήν την κοινή συνεδρίαση Π.Ο.Υ./UNICEF και έκαναν ιδιαίτερη αναφορά στη σύσταση ότι «πρέπει να υπάρξει ένας διεθνής κώδικας εμπορίας (μάρκετινγκ) των βρεφικών γαλάτων (infant formula) και των άλλων προϊόντων που χρησιμοποιούνται ως

υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος», ζητώντας από τον Γενικό Διευθυντή (Director-General) να συντάξει έναν τέτοιο κώδικα «σε στενή συνεργασία με τα Κράτη Μέλη και με όλα τα υπόλοιπα ενδιαφερόμενα μέρη».

Προκειμένου να δημιουργηθεί ένας διεθνής κώδικας εμπορίας (μάρκετινγκ) των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σύμφωνα με το αίτημα της Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία, πραγματοποιήθηκαν πολυάριθμες και μεγάλης διάρκειας διαβουλεύσεις με όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Τα Κράτη Μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καθώς και οι ομάδες και τα άτομα τα οποία συμμετείχαν στη σύσκεψη του Οκτωβρίου του 1979 κλήθηκαν να σχολιάσουν τα διαδοχικά σχέδια του κώδικα, ενώ πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω συνεδριάσεις τον Φεβρουάριο και τον Μάρτιο και ξανά τον Αύγουστο και τον Σεπτέμβριο του 1980. Ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF τέθηκαν στη διάθεση όλων των ομάδων σε μία προσπάθεια αφενός εδραίωσης ενός συνεχιζόμενου διαλόγου τόσο ως προς τη μορφή όσο και ως προς το περιεχόμενο του σχεδίου κώδικα και αφετέρου διατήρησης ως βασικού ελάχιστου περιεχομένου των σημείων εκείνων που είχαν συμφωνηθεί κατά κοινή συναίνεση στη σύσκεψη του Οκτωβρίου του 1979.

Τον Ιανουάριο του 1981, το Εκτελεστικό Συμβούλιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατά την εξηκοστή έβδομη συνεδρίασή του εξέτασε το τέταρτο σχέδιο του κώδικα, το επικύρωσε και ομόφωνα πρότεινε στην Τριακοστή Τέταρτη Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία το κείμενο ενός ψηφίσματος διά του οποίου θα υιοθετούσε τον κώδικα υπό μορφή σύστασης και όχι κανονισμού.

Τον Μάιο του 1981, η Συνέλευση για την Υγεία συζήτησε το ζήτημα μετά από εισήγηση του εκπροσώπου του Εκτελεστικού Συμβουλίου. Υιοθέτησε τον κώδικα, όπως προτάθηκε, στις 21 Μαΐου με 118 ψήφους υπέρ, 1 κατά και 3 αποχές.

Τα Κράτη Μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας:

Επιβεβαιώνοντας το δικαίωμα κάθε παιδιού και κάθε εγκύου και θηλάζουσας γυναίκας να τρέφονται επαρκώς ώστε να διατηρούν την υγεία τους.

Αναγνωρίζοντας ότι ο υποσιτισμός των βρεφών αποτελεί μέρος των ευρύτερων προβλημάτων της έλλειψης εκπαίδευσης, της φτώχειας και της κοινωνικής αδικίας.

Αναγνωρίζοντας ότι η υγεία των βρεφών και των νηπίων συνδέεται με την υγεία και τη διατροφή των γυναικών, την κοινωνικοοικονομική τους θέση και το ρόλο τους ως μητέρες.

Συνειδητοποιώντας ότι ο μητρικός θηλασμός είναι ένας απαραίτητος τρόπος παροχής ιδανικής τροφής για την υγιή ανάπτυξη των βρεφών, ότι αποτελεί μια μοναδική βιολογική και συναισθηματική βάση για την υγεία τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού ότι οι αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες του μητρικού γάλακτος βοηθούν στην προστασία των βρεφών από τις ασθένειες και ότι υπάρχει σημαντικός συσχετισμός μεταξύ του θηλασμού και της απόστασης γέννησης του ενός παιδιού από το άλλο. Αναγνωρίζοντας ότι η ενθάρρυνση και η προστασία του θηλασμού αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα των μέτρων για την υγεία και τη διατροφή καθώς και άλλων κοινωνικών μέτρων που απαιτούνται για την προαγωγή της υγιούς ανάπτυξης και της εξέλιξης των βρεφών και των νηπίων και ότι ο θηλασμός είναι μια σημαντική πτυχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Θεωρώντας ότι όταν δεν θηλάζουν οι μητέρες ή όταν θηλάζουν μόνο εν μέρει, υπάρχει μια νόμιμη αγορά για τα βρεφικά γάλατα (infant formula) και για τα ενδεδειγμένα συστατικά από τα οποία αυτά παρασκευάζονται ότι όλα αυτά τα προϊόντα πρέπει να είναι προσιτά σε εκείνους που τα χρειάζονται μέσω εμπορικών ή μη εμπορικών συστημάτων διανομής και ότι δεν πρέπει να διατίθενται στην αγορά ή να διανέμονται με τρόπους που μπορεί να παρεμποδίζουν την προστασία και την προώθηση του θηλασμού.

Αναγνωρίζοντας επιπλέον ότι οι ακατάλληλες πρακτικές σίτισης οδηγούν στον υποσιτισμό, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των βρεφών σε όλες τις χώρες, και ότι οι ανάρμοστες πρακτικές στην εμπορία των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και των σχετικών προϊόντων μπορεί να

συμβάλλουν σε αυτά τα σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας.

Έχοντας την πεποίθηση ότι είναι σημαντικό για τα βρέφη να λαμβάνουν κατάλληλες συμπληρωματικές τροφές, συνήθως από τον έκτο μήνα της ζωής, και ότι πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια ώστε να χρησιμοποιούνται οι διαθέσιμες σε κάθε τόπο τροφές και έχοντας ωστόσο την πεποίθηση, ότι τέτοιου είδους συμπληρωματικές τροφές δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος.

Εκτιμώντας ότι υπάρχουν διάφοροι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν το μητρικό θηλασμό, και ότι οι κυβερνήσεις, αναλόγως, πρέπει να αναπτύσσουν κοινωνικά συστήματα υποστήριξης που θα τον προστατεύουν, θα τον διευκολύνουν και θα τον ενθαρρύνουν, καθώς και ότι πρέπει να δημιουργούν ένα περιβάλλον, το οποίο θα παρέχει την κατάλληλη ενίσχυση στην οικογένεια και στην κοινότητα και θα προστατεύει τις μητέρες από τους παράγοντες που εμποδίζουν τον θηλασμό.

Επιβεβαιώνοντας ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και οι επαγγελματίες υγείας και οι λοιποί εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας παίζουν έναν καθοριστικό ρόλο όσον αφορά στις οδηγίες σχετικά με τις πρακτικές σίτισης των βρεφών, την ενθάρρυνση και τη διευκόλυνση του θηλασμού, και την παροχή αντικειμενικών και σωστών συμβουλών στις μητέρες και τις οικογένειες για την ανώτερη αξία του θηλασμού, ή, όπου απαιτείται, την σωστή χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, είτε βιομηχανοποιημένων είτε σπιτικών.

Βεβαιώνοντας επιπλέον ότι τα εκπαιδευτικά συστήματα και οι άλλες κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να εμπλακούν στην προστασία και την προώθηση του θηλασμού, και στη σωστή χρήση των συμπληρωματικών τροφών.

Συνειδητοποιώντας ότι οι οικογένειες, οι κοινότητες, οι γυναικείς οργανώσεις και οι άλλες μη κυβερνητικές οργανώσεις παίζουν έναν ειδικό ρόλο στην προστασία και την προώθηση του θηλασμού και στη διασφάλιση της υποστήριξης που χρειάζονται οι έγκυες γυναίκες και οι μητέρες βρεφών και νηπίων, είτε θηλάζουν είτε όχι.

Επιβεβαιώνοντας την ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των κυβερνήσεων, των οργανώσεων του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, των μη κυβερνητικών οργανώσεων, των εμπειρογνομόνων σε σχετικούς

επιστημονικούς τομείς, των οργανώσεων καταναλωτών και της βιομηχανίας, σε δραστηριότητες που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας και της διατροφής των μητέρων, των βρεφών και των νηπίων.

Αναγνωρίζοντας ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να λαμβάνουν ποικίλα υγειονομικά, διατροφικά και άλλα κοινωνικά μέτρα για την προαγωγή της υγιούς ανάπτυξης και εξέλιξης των βρεφών και των νηπίων, και ότι αυτός ο Κώδικας αποτελεί μία μόνο πτυχή των μέτρων αυτών. Θεωρώντας ότι οι κατασκευαστές και οι διανομείς υποκατάστατων μητρικού γάλακτος διαδραματίζουν σημαντικό και εποικοδομητικό ρόλο σε σχέση με τη σίτιση των βρεφών, καθώς και στην προώθηση του σκοπού του παρόντος Κώδικα και στη σωστή εφαρμογή του.

Επιβεβαιώνοντας ότι οι κυβερνήσεις καλούνται να αναλάβουν δράση συμβατή με το ισχύον κοινωνικό και νομοθετικό πλαίσιο και τους γενικούς αναπτυξιακούς στόχους τους, ώστε να εφαρμόσουν τις αρχές και το σκοπό του παρόντος Κώδικα, συμπεριλαμβανομένης της θέσπισης νομοθεσίας, κανονισμών ή άλλων κατάλληλων μέτρων.

Πιστεύοντας ότι, υπό το πρίσμα των προηγούμενων εκτιμήσεων, και λαμβάνοντας υπόψη την ευπάθεια των βρεφών κατά τους πρώτους μήνες της ζωής τους καθώς και τους κινδύνους που συνεπάγονται οι ακατάλληλες διατροφικές πρακτικές, συμπεριλαμβανομένης της περιττής και εσφαλμένης χρήσης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, η εμπορία (το μάρκετινγκ) υποκατάστατων μητρικού γάλακτος απαιτεί ειδικό χειρισμό, ο οποίος καθιστά τις συνηθισμένες πρακτικές της αγοράς ακατάλληλες για τα συγκεκριμένα προϊόντα.

ΣΥΝΕΠΩΣ: Τα Κράτη Μέλη με το παρόν έγγραφο συμφωνούν ως προς τα ακόλουθα άρθρα που συνιστούν μία βάση για δράση.

Άρθρο 1. Σκοπός του Κώδικα

Σκοπός αυτού του Κώδικα είναι να συμβάλει στην παροχή ασφαλούς και επαρκούς διατροφής στα βρέφη, προστατεύοντας και προωθώντας τον μητρικό θηλασμό και διασφαλίζοντας την κατάλληλη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, όταν αυτά είναι απαραίτητα, βάσει επαρκούς πληροφόρησης και μέσω κατάλληλου μάρκετινγκ και διανομής.

Άρθρο 2. Πεδίο Εφαρμογής του Κώδικα

Ο Κώδικας ισχύει για το μάρκετινγκ και όλες τις σχετικές πρακτικές που αφορούν τα ακόλουθα προϊόντα: υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, συμπεριλαμβανομένων των βρεφικών γαλάτων (infant formula), άλλα προϊόντα γάλακτος, τρόφιμα και πόσιμα, συμπεριλαμβανομένων των συμπληρωμάτων που δίδονται με μπουκάλι (μπιμπερό), όταν πωλούνται ή παρουσιάζονται έτσι ώστε να είναι κατάλληλα, με ή χωρίς τροποποίηση, για χρήση ως μερική ή πλήρη αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος καθώς επίσης μπουκάλια σίτισης (μπιμπερό) και θηλές. Ο Κώδικας αφορά επίσης στην ποιότητα και τη διαθεσιμότητά τους καθώς και στην ενημέρωση σχετικά με τη χρήση τους.

Άρθρο 3. Ορισμοί

Για τους σκοπούς του παρόντος Κώδικα:

“Υποκατάστατο μητρικού γάλακτος” σημαίνει οποιαδήποτε τροφή που πωλείται ή παρουσιάζεται ως μερική ή πλήρης αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος, είτε είναι κατάλληλη γι’ αυτό τον σκοπό είτε όχι.

“Συμπληρωματική τροφή” σημαίνει οποιαδήποτε τροφή, που κατασκευάζεται ή παρασκευάζεται τοπικά, κατάλληλη ως συμπλήρωμα του μητρικού γάλακτος ή των βρεφικών γαλάτων (infant formula), όταν ένα από αυτά καθίσταται ανεπαρκές από μόνο του να καλύψει διατροφικές ανάγκες του βρέφους. Τα τρόφιμα αυτά συνήθως καλούνται “τρόφιμα απογαλακτισμού” ή συμπληρώματα μητρικού γάλακτος”.

“Συσκευασία” σημαίνει οποιαδήποτε μορφή συσκευασίας των προϊόντων για την πώληση τους ως κανονική λιανική μονάδα, συμπεριλαμβανομένων των περιτυλιγμάτων.

“Διανομέας” σημαίνει ένα πρόσωπο, εταιρία ή οποιοδήποτε άλλο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού ή δημοσίου δικαίου που δραστηριοποιείται (άμεσα ή έμμεσα) στην εμπορία, σε χονδρικό ή λιανικό επίπεδο, ενός προϊόντος που είναι αντικείμενο αυτού του Κώδικα.

“Κύριος διανομέας” είναι ο πράκτορας πωλήσεων ενός κατασκευαστή, ο εμπορικός αντιπρόσωπος, ο διανομέας σε εθνικό επίπεδο ή ο μεσίτης.

“Σύστημα υγειονομικής περίθαλψης” σημαίνει τα κυβερνητικά, μη κυβερνητικά ή ιδιωτικά ιδρύματα ή οργανώσεις που συμμετέχουν, άμεσα ή έμμεσα, στην υγειονομική περίθαλψη των μητέρων, βρεφών και εγκύων καθώς και οι βρεφικοί σταθμοί ή ιδρύματα βρεφικής φροντίδας. Περιλαμβάνει επίσης τους ιδιώτες επαγγελματίες του χώρου της υγείας. Για τους σκοπούς αυτού του Κώδικα, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δεν περιλαμβάνει τα φαρμακεία ή άλλα καθιερωμένα σημεία πώλησης.

“Εργαζόμενος στον χώρο της υγείας” σημαίνει ένα πρόσωπο που εργάζεται στα πλαίσια ενός τέτοιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, επαγγελματίας ή μη, συμπεριλαμβανομένων των εθελοντών, μη αμειβομένων εργαζομένων.

“Βρεφικό γάλα (*infant formula*)” σημαίνει ένα υποκατάστατο μητρικού γάλακτος που παρασκευάζεται βιομηχανικά σύμφωνα με τα επίσημα πρότυπα του Κώδικα Διατροφής Codex Alimentarius για να ικανοποιήσει τις φυσιολογικές διατροφικές ανάγκες των βρεφών μέχρι την ηλικία των έξι μηνών και το οποίο είναι προσαρμοσμένο στα φυσιολογικά χαρακτηριστικά τους. Το βρεφικό γάλα (*infant formula*) μπορεί επίσης να παρασκευασθεί στο σπίτι, οπότε σ’ αυτή την περίπτωση χαρακτηρίζεται ως “παρασκευαζόμενο στο σπίτι”.

“Ετικέτα” σημαίνει οποιοδήποτε ετικέτα, εμπορικό σήμα, εικόνα ή οποιοδήποτε άλλο περιγραφικό θέμα, το οποίο αναγράφεται, τυπώνεται, εκτυπώνεται, αποτυπώνεται σε ανάγλυφο ή επισυνάπτεται στη συσκευασία (βλ. παραπάνω) οποιωνδήποτε προϊόντων που αποτελούν αντικείμενο αυτού του Κώδικα.

“Κατασκευαστής” σημαίνει μια εταιρία ή άλλο νομικό πρόσωπο δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου που εμπλέκεται στην επιχείρηση ή στη λειτουργία της παρασκευής (είτε άμεσα είτε μέσω αντιπροσώπου είτε μέσω νομικού προσώπου που ελέγχεται ή έχει συνάψει σύμβαση με αυτόν) προϊόντος που αποτελεί αντικείμενο αυτού του Κώδικα.

“Εμπορία (μάρκετινγκ)” σημαίνει προώθηση, διανομή, πώληση, διαφήμιση του προϊόντος, δημόσιες σχέσεις και υπηρεσίες ενημέρωσης σχετικά με αυτό.

“Προσωπικό μάρκετινγκ” σημαίνει όλα τα πρόσωπα οι αρμοδιότητες των οποίων περιλαμβάνουν το μάρκετινγκ προϊόντος ή προϊόντων που

αποτελούν αντικείμενο αυτού του Κώδικα.

“Δείγματα” σημαίνει μια μονάδα ή μικρές ποσότητες προϊόντος που διατίθενται δωρεάν.

“Προμήθειες” σημαίνει τις ποσότητες ενός προϊόντος που παρέχονται για χρήση κατά τη διάρκεια μιας μακράς περιόδου, δωρεάν ή σε χαμηλή τιμή, για κοινωνικούς σκοπούς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που παρέχονται σε οικογένειες που βρίσκονται σε ανάγκη.

Άρθρο 4. Ενημέρωση και εκπαίδευση

4.1 Οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη της διασφάλισης παροχής αντικειμενικής και συνεπούς πληροφόρησης σχετικά με θέματα που αφορούν στη διατροφή των βρεφών και των μικρών παιδιών, τα οποία απευθύνονται στις οικογένειες και σε όλους εκείνους που δραστηριοποιούνται στον τομέα της διατροφής βρεφών και μικρών παιδιών. Αυτή η αρμοδιότητα θα πρέπει να καλύπτει τόσο τον προγραμματισμό, την παροχή, το σχεδιασμό και τη διάδοση της πληροφόρησης, όσο και τον έλεγχο της.

4.2 Το ενημερωτικό και εκπαιδευτικό υλικό -γραφικό, ηχητικό, οπτικό- σχετικά με την διατροφή των βρεφών, το οποίο απευθύνεται σε έγκυες γυναίκες και σε μητέρες βρεφών και μικρών παιδιών, πρέπει να περιλαμβάνει σαφείς πληροφορίες για όλα τα ακόλουθα θέματα: α) τα οφέλη και την ανωτερότητα του μητρικού θηλασμού, β) τη διατροφή της μητέρας, την προετοιμασία για να θηλάσει καθώς και για τον τρόπο με τον οποίο θα καταφέρει τη συνέχιση του θηλασμού, γ) την αρνητική επίπτωση που έχει στο θηλασμό η παροχή ορισμένων γευμάτων με μπουκάλι (μπιμπερό), δ) τη δυσκολία αναθεώρησης της απόφασης διακοπής του θηλασμού, ε) τη σωστή χρήση των βρεφικών γαλάτων (infant formula) -όταν αυτά χρειάζονται-, είτε αυτά είναι τυποποιημένα είτε παρασκευάζονται στο σπίτι. Σε περίπτωση που το ενημερωτικό και εκπαιδευτικό υλικό περιέχει πληροφορίες για τη χρήση των βρεφικών γαλάτων (infant formula), θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της χρήσης τους, τους κινδύνους για την υγεία από ακατάλληλα τρόφιμα ή από ακατάλληλες μεθόδους σίτισης και, ειδικότερα, τους κινδύνους για την υγεία από την περιττή ή λανθασμένη χρήση των βρεφικών γαλάτων και άλλων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Το

ενημερωτικό και εκπαιδευτικό υλικό δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί οποιαδήποτε εικόνα ή κείμενο που μπορεί να εξιδανικεύσει τη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

4.3 Δωρεές ενημερωτικού ή εκπαιδευτικού εξοπλισμού ή υλικού από τους κατασκευαστές ή τους διανομείς πρέπει γίνονται μόνο αν τους ζητηθεί και με τη γραπτή έγκριση των αρμόδιων κυβερνητικών αρχών ή στα πλαίσια των κατευθυντηρίων οδηγιών που δίνονται από τις κυβερνήσεις για αυτόν το λόγο. Τέτοιος εξοπλισμός ή υλικό μπορεί να φέρει την επωνυμία ή το λογότυπο της επιχείρησης που κάνει την δωρεά, αλλά δεν πρέπει να αναφέρεται σε συγκεκριμένο όνομα προϊόντος που άπτεται του αντικειμένου αυτού του κώδικα, και θα πρέπει να διανεμηθεί μόνο μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Άρθρο 5. Το ευρύ κοινό και οι μητέρες

5.1 Δεν πρέπει να γίνεται καμία διαφημιστική ή άλλου είδους προώθηση στο ευρύ κοινό των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου αυτού του κώδικα.

5.2 Οι κατασκευαστές και οι διανομείς δεν πρέπει να παρέχουν, άμεσα ή έμμεσα, σε έγκυες γυναίκες, μητέρες ή μέλη των οικογενειών τους, δείγματα των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου αυτού του κώδικα.

5.3 Σύμφωνα με τις παραγράφους 1 και 2 αυτού του άρθρου, δεν πρέπει να υπάρχει διαφήμιση των σημείων πώλησης, προσφορά δειγμάτων, ή οποιαδήποτε άλλο σύστημα προώθησης που απευθύνεται άμεσα στον καταναλωτή, ώστε να προκαλέσει πωλήσεις σε λιανικό επίπεδο, προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου αυτού του κώδικα, όπως ειδικές εκθέσεις, εκπτωτικά κουπόνια, δώρα, ειδικές προσφορές, πωλήσεις με ζημία για την προσέλκυση πελατών. Ο όρος αυτός δεν πρέπει να περιορίζει την καθιέρωση πολιτικών και πρακτικών τιμολόγησης που στοχεύουν στη μακροπρόθεσμη παροχή προϊόντων σε χαμηλότερες τιμές.

5.4 Οι κατασκευαστές και οι διανομείς δεν πρέπει να προσφέρουν σε έγκυες γυναίκες ή μητέρες βρεφών και μικρών παιδιών οποιαδήποτε δώρα,

αντικείμενα ή συσκευές που μπορούν να προωθήσουν τη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος ή τη σίτιση με μπουκάλι (μπιμπερό).

5.5 Το προσωπικό του μάρκετινγκ δεν θα πρέπει στα πλαίσια των επαγγελματικών του δραστηριοτήτων να επιδιώκει την άμεση ή έμμεση επαφή, οποιουδήποτε είδους, με έγκυες γυναίκες ή με μητέρες βρεφών και μικρών παιδιών.

Άρθρο 6. Συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

6.1 Οι υγειονομικές αρχές των Κρατών Μελών πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα για να ενθαρρύνουν και να προστατεύουν τον θηλασμό και να προάγουν τις αρχές αυτού του Κώδικα, και πρέπει να δίνουν τις σωστές πληροφορίες και συμβουλές στους επαγγελματίες υγείας, όσον αφορά στις ευθύνες τους, συμπεριλαμβανομένων και των πληροφοριών που διευκρινίζονται στο Άρθρο 4.2.

6.2 Καμία εγκατάσταση συστήματος υγειονομικής περίθαλψης δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιηθεί με σκοπό την προώθηση βρεφικών γαλάτων (infant formula) ή άλλων προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα. Αυτός ο Κώδικας, εντούτοις, δεν αποκλείει την παροχή πληροφοριών προς τους επαγγελματίες υγείας όπως προβλέπεται στο Άρθρο 7.2.

6.3 Οι εγκαταστάσεις των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για την επίδειξη προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα, για αφίσες ή διαφημίσεις σχετικές με τέτοια προϊόντα ή για τη διανομή υλικού που παρέχεται από κατασκευαστή ή διανομέα εκτός όσων διευκρινίζονται στο Άρθρο 4.3.

6.4 Δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης προσωπικό το οποίο θα παρέχεται ή θα αμείβεται από κατασκευαστές ή διανομείς.

6.5 Η σίτιση με βρεφικά γάλατα (infant formula), είτε τυποποιημένα είτε παρασκευαζόμενα στο σπίτι, πρέπει να επιδεικνύεται μόνο από επαγγελματίες υγείας ή άλλους εργαζόμενους της κοινότητας εάν είναι

απαραίτητο. Η επίδειξη πρέπει να γίνεται μόνο στις μητέρες ή τα μέλη της οικογένειας που πρέπει να τα χρησιμοποιούν. Επίσης οι πληροφορίες που δίνονται πρέπει να περιλαμβάνουν μία σαφή επεξήγηση των κινδύνων που συνεπάγεται η λανθασμένη χρήση.

6.6 Επιτρέπονται δωρεές ή προσφορές σε χαμηλή τιμή προς ιδρύματα ή οργανώσεις προμηθειών βρεφικών γαλάτων (infant formula) ή άλλων προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα, είτε για τη χρήση εντός των ιδρυμάτων είτε για διανομή εκτός αυτών. Αυτές οι προμήθειες πρέπει να χρησιμοποιούνται ή να διανέμονται μόνο σε βρέφη που πρέπει να σιτιστούν με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Εάν οι προμήθειες αυτές διανεμηθούν προς χρήση εκτός των ιδρυμάτων, αυτό πρέπει να γίνει μόνο από τα συγκεκριμένα ιδρύματα ή τις οργανώσεις. Τέτοιου είδους δωρεές ή προσφορές σε χαμηλή τιμή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από τους κατασκευαστές ή τους διανομείς ως κίνητρο για πωλήσεις.

6.7 Όπου οι προσφερόμενες προμήθειες βρεφικών γαλάτων (infant formula) ή άλλων προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα διανέμονται εκτός ενός ιδρύματος, το συγκεκριμένο ίδρυμα ή η οργάνωση πρέπει να λάβουν μέτρα για να διασφαλίσουν ότι οι προμήθειες μπορούν να συνεχιστούν για όσο χρονικό διάστημα τις έχουν ανάγκη τα ενδιαφερόμενα βρέφη. Οι δωρητές, καθώς επίσης και τα σχετικά ιδρύματα ή οι οργανώσεις, πρέπει να λάβουν υπόψη τους τη συγκεκριμένη ευθύνη.

6.8 Ο εξοπλισμός και τα υλικά, επιπλέον όσων αναφέρονται στο Άρθρο 4.3, τα οποία δωρίζονται σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να φέρουν την επωνυμία ή το λογότυπο μιας επιχείρησης, αλλά δεν πρέπει να αναφέρονται σε οποιοδήποτε ιδιόκτητο προϊόν που άπτεται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα.

Άρθρο 7. Επαγγελματίες υγείας

7.1 Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενθαρρύνουν και να προστατεύουν τον μητρικό θηλασμό. Ιδιαίτερα εκείνοι που ασχολούνται με τη διατροφή των μητέρων και των βρεφών πρέπει να εξοικειωθούν με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τον παρόντα Κώδικα, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών που διευκρινίζονται στο Άρθρο 4.2.

7.2 Οι πληροφορίες που παρέχονται από τους κατασκευαστές και τους διανομείς προς τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τα προϊόντα που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα πρέπει να περιορίζονται σε επιστημονικά και πραγματικά στοιχεία. Αυτού του είδους οι πληροφορίες δεν πρέπει να υπαινίσσονται ούτε να δημιουργούν την πεποίθηση ότι η σίτιση με το μπουκάλι (μπιμπερό) είναι ισοδύναμη ή ανώτερη του μητρικού θηλασμού. Η ενημέρωση αυτή πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τις πληροφορίες που διευκρινίζονται στο Άρθρο 4.2.

7.3 Κανένα οικονομικό ή υλικό κίνητρο για την προώθηση των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα δεν επιτρέπεται να προσφέρεται από τους κατασκευαστές ή τους διανομείς στους επαγγελματίες υγείας ή τα μέλη των οικογενειών τους, ούτε πρέπει αυτά να γίνονται δεκτά από τους επαγγελματίες υγείας ή τα μέλη των οικογενειών τους.

7.4 Δείγματα των βρεφικών γαλάτων (infant formula) ή άλλων προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα ή του εξοπλισμού και των εργαλείων που χρησιμεύουν στην παρασκευή ή τη χρήση τους, δεν επιτρέπεται να παρέχονται προς τους επαγγελματίες υγείας εκτός εάν απαιτείται για λόγους επαγγελματικής αξιολόγησης ή επιστημονικής έρευνας. Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να δίνουν δείγματα των βρεφικών γαλάτων (infant formula) σε έγκυες γυναίκες, μητέρες βρεφών και νηπίων ή στα μέλη των οικογενειών τους.

7.5 Οι κατασκευαστές και οι διανομείς των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα πρέπει να γνωστοποιούν στο ίδρυμα με το οποίο συνδέεται ένας επαγγελματίας υγείας, οποιαδήποτε προσφορά

γίνεται προς αυτόν ή για λογαριασμό του σχετική με υποτροφίες, εκπαιδευτικά ταξίδια, ερευνητικές επιχορηγήσεις, συμμετοχή σε επαγγελματικά συνέδρια ή ανάλογες δραστηριότητες. Παρόμοιες γνωστοποιήσεις πρέπει να γίνονται και από τον αποδέκτη.

Άρθρο 8. Πρόσωπα που απασχολούνται από τους κατασκευαστές και τους διανομείς

8.1 Σε συστήματα με κίνητρα πωλήσεων για το προσωπικό μάρκετινγκ, δεν πρέπει να περιλαμβάνεται το σύνολο των πωλήσεων των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα στον υπολογισμό των επιμισθίων (bonus), ούτε πρέπει να καθορίζονται ποσοστώσεις ειδικά για τις πωλήσεις των συγκεκριμένων προϊόντων. Αυτό δεν σημαίνει ότι απαγορεύεται η καταβολή επιμισθίων βάσει των συνολικών πωλήσεων που πραγματοποιεί μία εταιρεία σε άλλα προϊόντα που διατίθενται από αυτήν.

8.2 Το προσωπικό που ασχολείται με την προώθηση των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου του παρόντος Κώδικα δεν πρέπει, στα πλαίσια των εργασιακών τους υπευθυνοτήτων, να εκτελεί εκπαιδευτικές λειτουργίες σε σχέση με έγκυες γυναίκες ή μητέρες νηπίων και μικρών παιδιών. Αυτό δεν σημαίνει ότι τέτοιο προσωπικό δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για άλλες λειτουργίες από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μετά από αίτημα και με τη γραπτή έγκριση των αρμόδιων αρχών της σχετικής κυβέρνησης.

Άρθρο 9. Σήμανση

9.1 Οι ετικέτες πρέπει να σχεδιάζονται έτσι ώστε να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες για την σωστή χρήση του προϊόντος, και έτσι ώστε να μην αποθαρρύνεται ο θηλασμός.

9.2 Οι κατασκευαστές και οι διανομείς βρεφικών γαλάτων (infant formula) πρέπει να εξασφαλίζουν ότι κάθε εμπορευματοκιβώτιο έχει ένα σαφές, ευδιάκριτο και εύκολα αναγνώσιμο και κατανοητό μήνυμα τυπωμένο πάνω σε αυτό ή σε μία ετικέτα που δεν μπορεί εύκολα να αποκολληθεί από αυτό, σε κατάλληλη γλώσσα, και το οποίο περιλαμβάνει όλα τα ακόλουθα

σημεία: α) τις λέξεις “Σημαντική Ειδοποίηση” ή αντίστοιχές τους, β) δήλωση σχετικά με την ανωτερότητα του θηλασμού γ) δήλωση ότι το προϊόν πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο κατόπιν σύστασης από έναν επαγγελματία υγείας ως προς την αναγκαιότητα για τη χρήση του και την κατάλληλη μέθοδο χρήσης, δ) οδηγίες για τη σωστή παρασκευή, καθώς και προειδοποίηση για τους κινδύνους για την υγεία εξαιτίας λανθασμένης παρασκευής. Ούτε το εμπορευματοκιβώτιο ούτε η ετικέτα πρέπει να περιέχουν εικόνες βρεφών, ούτε άλλη εικόνα ή κείμενο που μπορεί να εξιδανικεύουν τη χρήση βρεφικών γαλάτων (infant formula). Μπορούν, εντούτοις, να φέρουν γραφική παράσταση για την εύκολη αναγνώριση του προϊόντος ως υποκατάστατο του μητρικού γάλακτος και εικόνες για την επεξήγηση των μεθόδων παρασκευής του. Οι όροι “ανθρώπινος”, “μητρικός” ή παρόμοιοι όροι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται. Ένθετα που δίνουν επιπλέον πληροφορίες για το προϊόν και τη σωστή χρήση του, υποκείμενα στους ανωτέρω όρους, μπορούν να περιέχονται στη χονδρική ή λιανική συσκευασία. Όταν οι ετικέτες δίνουν οδηγίες για την τροποποίηση ενός προϊόντος σε βρεφικό γάλα (infant formula), πρέπει να εφαρμόζονται τα ανωτέρω.

9.3 Τα προϊόντα διατροφής στο πλαίσιο αυτού του Κώδικα, τα οποία πωλούνται για τη σίτιση βρεφών και δεν καλύπτουν όλες τις προδιαγραφές ενός βρεφικού γάλακτος (infant formula) αλλά μπορούν με την κατάλληλη επεξεργασία να γίνουν βρεφικό γάλα (infant formula), πρέπει να φέρουν στην ετικέτα προειδοποίηση ότι το ανεπεξέργαστο προϊόν δεν πρέπει να είναι η μόνη πηγή διατροφής ενός βρέφους. Δεδομένου ότι το ζαχαρούχο συμπυκνωμένο γάλα δεν είναι κατάλληλο για τη σίτιση βρεφών, ούτε για χρήση ως κύριο συστατικό σε βρεφικά γάλατα (infant formula), η ετικέτα του δεν πρέπει να περιέχει οδηγίες για το πώς θα τροποποιηθεί για αυτόν τον σκοπό.

9.4 Η ετικέτα των τροφίμων στο πλαίσιο του παρόντος Κώδικα πρέπει επίσης να δηλώνει όλα τα ακόλουθα σημεία: α) τα χρησιμοποιούμενα συστατικά β) τη σύνθεση/ανάλυση του προϊόντος, γ) τις απαιτούμενες συνθήκες αποθήκευσης και δ) τον αριθμό παρτίδας και την ημερομηνία πριν από την οποία το προϊόν πρέπει να καταναλωθεί, λαμβάνοντας υπόψη τις κλιματολογικές συνθήκες και τις συνθήκες αποθήκευσης κάθε χώρας.

Άρθρο 10. Ποιότητα

10.1 Η ποιότητα των προϊόντων είναι ένα απαραίτητο στοιχείο για την προστασία της υγείας των βρεφών και επομένως πρέπει να είναι υψηλών αναγνωρισμένων προτύπων.

10.2 Τα τρόφιμα που άπτονται του αντικειμένου αυτού του Κώδικα πρέπει, όταν πωλούνται ή διανέμονται με άλλο τρόπο, να ανταποκρίνονται στα πρότυπα που συστήνει η Επιτροπή για τον Κώδικα Διατροφής (Codex Alimentarius Commission) καθώς και ο Κώδικας Υγιεινής Πρακτικής για τα Τρόφιμα για τα Βρέφη και τα Παιδιά (Codex Code of Hygienic Practice for Foods for Infants and Children).

Άρθρο 11. Εφαρμογή και έλεγχος

11.1 Οι κυβερνήσεις πρέπει να λαμβάνουν μέτρα για την εφαρμογή των αρχών και του σκοπού του παρόντος Κώδικα, σύμφωνα με το κοινωνικό και νομοθετικό τους πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένης της θέσπισης εθνικής νομοθεσίας, κανονισμών ή άλλων κατάλληλων μέτρων. Για το λόγο αυτόν, οι κυβερνήσεις πρέπει να επιδιώκουν, όπου απαιτείται, τη συνεργασία με τον Π.Ο.Υ., τη UNICEF και άλλους οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών. Οι εθνικές πολιτικές και τα μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των νόμων και των κανονισμών, που υιοθετούνται για την εφαρμογή των αρχών και του σκοπού αυτού του Κώδικα πρέπει να δημοσιοποιούνται και να ισχύουν εξ ίσου για όλους εκείνους που εμπλέκονται στην παρασκευή και την εμπορία των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου αυτού του Κώδικα.

11.2 Ο έλεγχος της εφαρμογής αυτού του Κώδικα εναπόκειται στις κυβερνήσεις που ενεργούν χωριστά, αλλά και συλλογικά μέσω του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως προβλέπεται στις παραγράφους 6 και 7 του παρόντος άρθρου. Οι κατασκευαστές και οι διανομείς των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου αυτού του Κώδικα, καθώς και οι αρμόδιες μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι επαγγελματικές ενώσεις και οι οργανώσεις καταναλωτών πρέπει να συνεργάζονται με τις κυβερνήσεις για τον σκοπό αυτό.

11.3 Ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλα μέτρα που λαμβάνονται για την εφαρμογή αυτού του Κώδικα, οι κατασκευαστές και οι διανομείς των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου αυτού του Κώδικα πρέπει να θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους για τον έλεγχο των πρακτικών εμπορίας που εφαρμόζουν σύμφωνα με τις αρχές και το σκοπό αυτού του Κώδικα, καθώς και για τη λήψη μέτρων που θα διασφαλίζουν ότι η συμπεριφορά τους σε κάθε επίπεδο ακολουθεί τις αρχές αυτές.

11.4 Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι επαγγελματικές ομάδες, τα ιδρύματα και τα ενδιαφερόμενα άτομα πρέπει να έχουν την ευθύνη να εφιστούν την προσοχή των κατασκευαστών ή των διανομέων σε δραστηριότητες που είναι ασυμβίβαστες με τις αρχές και το σκοπό αυτού του Κώδικα, έτσι ώστε να μπορούν να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα. Πρέπει επίσης να ενημερώνεται η αρμόδια κυβερνητική αρχή.

11.5 Οι κατασκευαστές και οι αρχικοί διανομείς των προϊόντων που άπτονται του αντικειμένου αυτού του Κώδικα οφείλουν να πληροφορούν όλα τα μέλη του προσωπικού μάρκετινγκ για τον Κώδικα και τις ευθύνες τους που πηγάζουν από αυτόν.

11.6 Σύμφωνα με το Άρθρο 62 του καταστατικού χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Constitution of WHO), τα Κράτη Μέλη θα ενημερώνουν σε ετήσια βάση τον Γενικό Διευθυντή (Director-General) για τα μέτρα που λαμβάνονται σχετικά με την εφαρμογή των αρχών και το σκοπό του παρόντος Κώδικα.

11.7 Ο Γενικός Διευθυντής (Director-General) υποβάλλει έκθεση στα ζυγά έτη προς την Ολομέλεια του Π.Ο.Υ. (World Health Assembly) όσον αφορά την κατάσταση εφαρμογής του Κώδικα επιπλέον παρέχει, κατόπιν αιτήσεως, τεχνική υποστήριξη προς τα Κράτη Μέλη που συντάσσουν εθνική νομοθεσία ή κανονιστικές διατάξεις, ή λαμβάνουν άλλα αρμόζοντα μέτρα για την εφαρμογή και την προώθηση των αρχών και του σκοπού του παρόντος Κώδικα ¹.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Επιμέρους στόχοι της παρούσας μελέτης ήταν:

- Να καταγραφεί το επικρατούν ποσοστό μητρικού θηλασμού κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2011, μέσω αναδρομικής αναζήτησης ιστορικών νοσηλείας από το αρχείο
- Να καταγραφεί από τον κύριο μελετητή η παρέμβαση και οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν σύμφωνα με τον «Διεθνή Κώδικα Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό»
- Να γίνει συστηματική συλλογή και καταγραφή των ιστορικών διατροφής των νεογνών μέσω προσωπικής συνέντευξης του κύριου μελετητή με τις λεχωίδες
- Να μελετηθούν και να αξιολογηθούν οι αλλαγές στα ποσοστά του μητρικού θηλασμού μετά την παρέμβαση ανά εξάμηνο.

Απώτερος λοιπόν στόχος της μελέτης μας ήταν να αξιολογηθούν όλες εκείνες οι ενέργειες και η παρέμβαση, που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να πιστοποιηθεί το μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» ως «Νοσοκομείο φιλικό προς τα βρέφη», μέσω ανάλυσης των αποτελεσμάτων μας.

Τα νοσοκομεία που χαρακτηρίζονται ως φιλικά προς τα βρέφη βοηθούν τις μητέρες να παίρνουν τις σωστές αποφάσεις για τη διατροφή του παιδιού τους, χωρίς να προωθούνται εμπορικά συμφέροντα. Με αυτό τον τρόπο, η ύπαρξη τέτοιων Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας συμβάλλει καταλυτικά στην προώθηση του μητρικού θηλασμού που αποτελεί το κλειδί για τη μελλοντική υγεία.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν. Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» με έναρξη το πρώτο εξάμηνο του 2011 και λήξη το τέλος του δεύτερου εξαμήνου του 2012 με συνολικό δείγμα 2.780 νεογνών.

Στην πρώτη φάση της μελέτης ανατρέξαμε στο μητρώο του νοσοκομείου και βρήκαμε δειγματοληπτικά (με τυχαιοποίηση) ιστορικά νεογνών που θήλασαν, προκειμένου να καταγράψουμε την υφιστάμενη κατάσταση κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2011.

Στη συνέχεια έγινε η παρέμβαση που περιελάμβανε τις εξής παρακάτω ενέργειες:

1. Ενημέρωση εγκύων και λεχωίδων, για την πολιτική που ακολουθείται από το μαιευτήριο, όσον αφορά το μητρικό θηλασμό, με τη διανομή ειδικών φυλλαδίων. Τα φυλλάδια αυτά, περιελάμβαναν πληροφορίες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, για την έγκαιρη έναρξη, την τεχνική και τη σημασία του αποκλειστικού θηλασμού και πως αυτά επιτυγχάνονται. Ενημέρωση για το σύστημα “rooming-in”, καθώς επίσης και πληροφορίες υποστήριξης της μητέρας μετά την έξοδό της από το μαιευτήριο.
2. Ενημέρωση για την πολιτική και τις προσπάθειες που θα πρέπει να καταβάλει κάθε εργαζόμενος (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό).
3. Σεμινάρια επιμόρφωσης προσωπικού σε ότι αφορά το πρόγραμμα «Νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη» και ειδικότερα οδηγίες για την εφαρμογή των δέκα βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό.

Αναλυτικότερα πραγματοποιήθηκαν:

- Δύο (2) 40ωρα σεμινάρια
- 11 τριήμεροι κύκλοι των 20 ωρών για γιατρούς, μαίες-νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλείας (παρακολούθησαν 278 άτομα)
- 2 κύκλοι των 5 ωρών για διοικητικό προσωπικό

4. Μαθήματα μητρικής τέχνης από μαίες σε έγκυες και λεχωίδες σε μηνιαία βάση (περίπου 60 έγκυες και 100 λεχωίδες μηνιαία)
5. Εφαρμογή επαφής του νεογνού “δέρμα με δέρμα” με τη μητέρα αμέσως μετά τον τοκετό, όπου το προσωπικό ενθαρρύνει και βοηθά τις λεχωίδες να βάλουν το νεογνό στο στήθος για να αρχίσουν το μητρικό θηλασμό ακόμα και πριν την αποκοπή του ομφαλίου λώρου
6. Ενημέρωση και συμβουλές για διατήρηση γαλουχίας σε γονείς που τα μωρά τους βρίσκονται στο τμήμα προώρων νεογνών
7. Πλήρης εφαρμογή των Δέκα Βημάτων για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό και του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος
8. Διανομή γραπτής πολιτικής Μητρικού Θηλασμού σε κάθε λεχωίδα
9. Διασφάλιση της πλήρους εφαρμογής του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και
10. Ενυπόγραφη συγκατάθεση όλων των λεχωίδων που δίνουν ξένο γάλα στα νεογνά τους.

Ακολούθως, έγινε συστηματική συλλογή και καταγραφή των ιστορικών διατροφής των νεογνών, μέσω προσωπικής συνέντευξης. Το ιστορικό διατροφής των νεογνών, που χρησιμοποιήθηκε για καταγραφή στη μελέτη μας περιελάμβανε τα παρακάτω επιμέρους στοιχεία (παράρτημα 1):

- ✓ Την ηλικία της μητέρας
- ✓ Το φύλο του νεογνού
- ✓ Την ηλικία κύησης του νεογνού
- ✓ Το βάρος γέννησης του νεογνού
- ✓ Το είδος του τοκετού
- ✓ Το είδος αναισθησίας που δόθηκε στην επίτοκο
- ✓ Προηγούμενους τοκετούς της μητέρας
- ✓ Τη διάρκεια προηγούμενων θηλασμών
- ✓ Την εκπαίδευση και την ενημέρωση για τον θηλασμό κατά την εγκυμοσύνη
- ✓ Το είδος εκπαίδευσης και ενημέρωσης για το θηλασμό πριν και μετά τον τοκετό

- ✓ Πότε και που έγινε η πρώτη επαφή “δέρμα με δέρμα” (στην αίθουσα τοκετών, στο δωμάτιο, στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών)
- ✓ Διατροφή νεογνού (αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, χορήγηση ξένου γάλακτος)
- ✓ Ημέρα χορήγησης ξένου γάλακτος (σε περίπτωση που είχε δοθεί)
- ✓ Η παραμονή νεογνού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (στο δωμάτιο, στη ΜΕΝΝ ή και συνδυασμός)
- ✓ Κάπνισμα και λήψη φαρμάκων
- ✓ Εμφάνιση προβλημάτων κατά το θηλασμό και είδος αυτών.

Στις περιπτώσεις που χορηγήθηκε ξένο γάλα ήταν απαραίτητη η ενυπόγραφη συγκατάθεση της μητέρας καθώς και η διευκρίνιση της αιτίας χορήγησής του. Τα αίτια περιελάμβαναν:

1. Προωρότητα
2. Σοβαρή νεογνική υπογλυκαιμία
3. Διαταραχή μεταβολισμού
4. Νεογνό με σημαντική αφυδάτωση
5. Σοβαρή ασθένεια της μητέρας
6. Λήψη φαρμάκων της μητέρας
7. Μητέρα θετική για HIV
8. Επιλογή της μητέρας
9. Άλλος λόγος

Ο πρώτος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του δεύτερου εξαμήνου του 2011, ο δεύτερος στο πέρας του πρώτου εξαμήνου του 2012 και ο τρίτος έλεγχος στο τέλος του δεύτερου εξαμήνου του 2012.

2.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Για την ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0. Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) ή/και οι διάμεσοι χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's t-test ή το κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 του Pearson και όπου ήταν απαραίτητο το Fisher's exact test. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων).

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων και προέκυψαν λόγοι συμπληρωματικής πιθανοφάνειας (Odds ratio=OR) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (CI). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο συνολικός αριθμός των νεογνών που κατεγράφησαν κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν 2.780 νεογνά. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τυχαιοποιημένη δειγματοληψία. Στην πρώτη φάση της μελέτης ανατρέξαμε στο μητρώο του νοσοκομείου και βρήκαμε δειγματοληπτικά (με τυχαιοποίηση) 336 ιστορικά νεογνών που θήλασαν, προκειμένου να καταγράψουμε την υπάρχουσα κατάσταση κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2011. Ακολούθως κάναμε την παρέμβαση με τη διεξαγωγή μαθημάτων, όπως περιγράφεται στη μεθοδολογία. Ο πρώτος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του δεύτερου εξαμήνου του 2011, με σύνολο δείγματος 710 νεογνά από τα νεογνά που θήλασαν. Ο δεύτερος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του πρώτου εξαμήνου του 2012 με σύνολο δείγματος 761 νεογνά και ο τρίτος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του δεύτερου εξαμήνου του 2012 με σύνολο δείγματος 973 νεογνά από τα νεογνά που θήλασαν (πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΦΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ			
		Συχνότητα	Ποσοστό%
	Αρχείο α'εξάμηνο 2011	336	12,1%
	β'εξάμηνο 2011 α φάση ελέγχου παρέμβασης	710	25,5%
	α'εξάμηνο 2012 β φάση ελέγχου παρέμβασης	761	27,4%
	β'εξάμηνο 2012 γ φάση ελέγχου παρέμβασης	973	35,0%
	Σύνολο	2.780	100,0%

Από τη στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε προέκυψαν τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία, όσον αφορά το είδος του τοκετού (πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ				
		ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ		Σύνολα
		φυσιολογικός τοκετός	καισαρική τομή	
Αρχείο α'εξάμηνο 2011		109	227	336
		32,4%	67,6%	100,0%
β'εξάμηνο 2011		257	453	710
		36,2%	63,8%	100,0%
α'εξάμηνο 2012		259	502	761
		34,0%	66,0%	100,0%
β'εξάμηνο 2012		314	659	973
		32,3%	67,7%	100,0%

Τα ποσοστά της καισαρικής τομής ήταν ιδιαίτερα υψηλά, αφού κυμάνθηκαν από 63,8%-67,7%. Το β' εξάμηνο του 2012 οι καισαρικές τομές άγγιξαν το 67,7% σε αντίθεση με τους φυσιολογικούς τοκετούς, που στο υψηλότερο ποσοστό τους έφτασαν το β' εξάμηνο του 2011 σε ποσοστό μόλις 36,2%. Τα ποσοστά των καισαρικών τομών κυμάνθηκαν σε υψηλές αναλογίες, χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη διακύμανση από εξάμηνο σε εξάμηνο ($p=0,373>0,05$) (πίνακας 2).

Ακολουθεί η ηλικιακή κατανομή των μητέρων ανά φάση της μελέτης (πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ			
Levene's Test for Equality of Variances		ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(mean)	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (St.Deviation)
	Αρχείο α'εξάμηνο 2011	30,52	P=0,08 4,833
	β'εξάμηνο 2011	32,21	4,212
	α'εξάμηνο 2012	30,46	P=0,66 4,809
	β'εξάμηνο 2012	30,56	4,794

Η μέση τιμή της ηλικίας των μητέρων κυμάνθηκε από 30,46 έτη $\pm 4,8$ έως 32,21 $\pm 4,2$. Δεν παρατηρήσαμε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικιακή κατανομή κατά τη διάρκεια του έτους 2012 ($p=0,66>0,05$), ενώ υπήρχε άνοδος της ηλικιακής κατανομής κατά τη διάρκεια του 2011, χωρίς όμως αυτό να συνιστά και πάλι στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,08>0,05$) (πίνακας 3).

Ο πίνακας 4 μας δείχνει την κατανομή των νεογνών ανά φύλο.

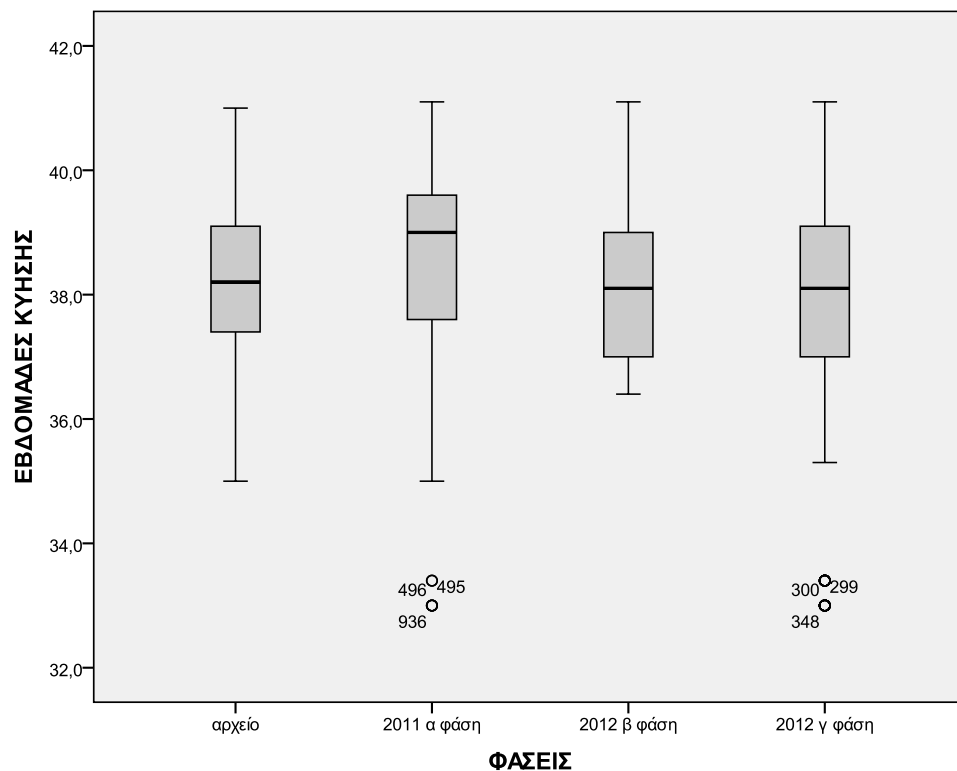
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ				
		ΦΥΛΟ ΝΕΟΓΝΟΥ		Σύνολα
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	
Αρχείο α'εξάμηνο 2011		154	182	336
		45,8%	54,2%	
β'εξάμηνο 2011		397	313	710
		55,9%	44,01%	
α'εξάμηνο 2012		387	374	761
		50,9%	49,1%	
β'εξάμηνο 2012		473	500	973
		48,6%	51,4%	
ΣΥΝΟΛΑ		1411	1359	2780

Παρατηρήσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αρρένων νεογνών (55,9%) καταγράφηκε το β' εξάμηνο του 2011 και των θηλέων νεογνών (54,2%) το α' εξάμηνο του 2011. Η κατανομή των φύλων των νεογνών παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διακύμανση τους κατά τη διάρκεια της μελέτης ($p=0,02<0,05$) (πίνακας 4).

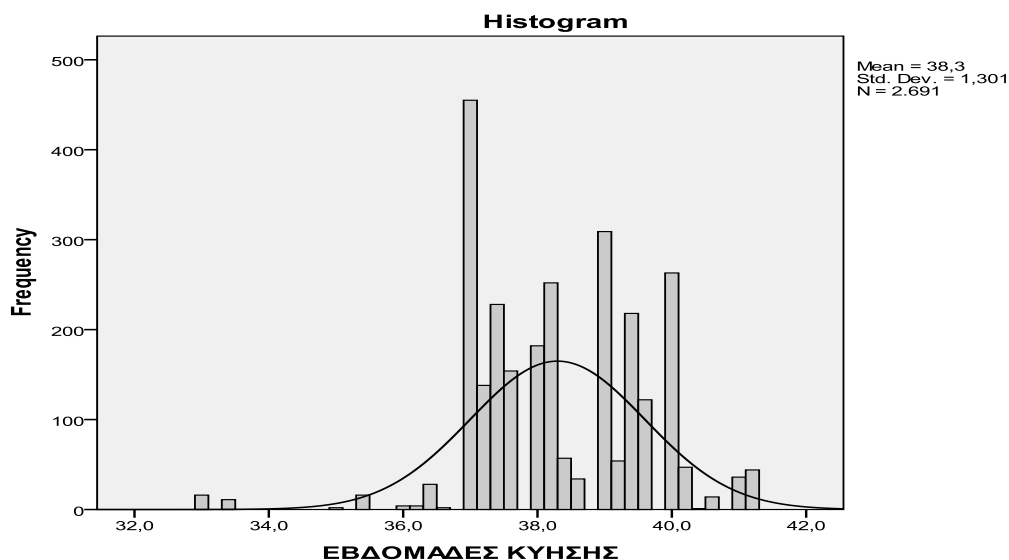
Στον πίνακα 5 βλέπουμε την ηλικιακή κατανομή των κυήσεων ανά φάση ελέγχου (πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ			
Levene's Test for Equality of Variances		ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(mean)	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (St.Deviation)
	Αρχείο α'εξάμηνο 2011	38,34 w	P=0,000 1,13
	β'εξάμηνο 2011	38,73 w	1,27
	α'εξάμηνο 2012	38,12 w	P=0,879 1,15
	β'εξάμηνο 2012	38,11 w	1,40
Όλα τα Νεογνά		38,29 w $\pm 1,3$ (38,1;33,0-41,1)	

Βλέπουμε ότι η ηλικιακή κατανομή των κυήσεων εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο εξάμηνα του 2011 ($p=0,00<0,05$) σε αντίθεση με το 2012, που δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο εξάμηνα ($p=0,879>0,05$). Η μέση ηλικία κύησης όλων των νεογνών της μελέτης ήταν $38,29 \pm 1,3$ (38,1;33,0-41,1) (πίνακας 5). Ακολουθεί σχηματική αναπαράσταση της ηλικίας κύησης σε όλες τις φάσεις της μελέτης και κατανομή του βάρους γέννησης όλων των νεογνών (σχήμα 1 και 2).



Σχήμα 1. Κατανομή Ηλικίας Κύησης σε όλες τις φάσεις της μελέτης.

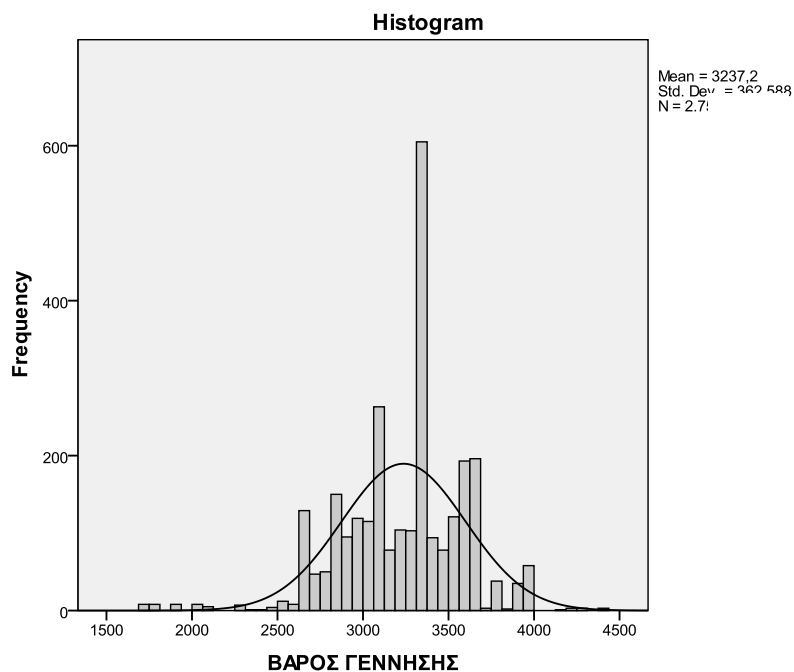


Σχήμα 2. Κατανομή Ηλικίας Κύησης όλων των νεογνών της μελέτης.

Ο πίνακας, που ακολουθεί, αποτυπώνει την κατανομή της μέσης τιμής του βάρους γέννησης των νεογνών στις τέσσερις φάσεις της μελέτης (πίνακας 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
Levene's Test for Equality of Variances		ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(mean)	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (St.Deviation)
	Αρχείο α'εξάμηνο 2011	3.221,19g	P=0,726 414,95
	β'εξάμηνο 2011	3.213,00g	318,76
	α'εξάμηνο 2012	3.272,89g	P= 0,025 323,58
	β'εξάμηνο 2012	3.232,69g	398,42
Όλα τα νεογνά		3.237,2 g ± 362,5 (3.340; 1.710-4.410)	

Βλέπουμε ότι η κατανομή του βάρους γέννησης των νεογνών δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο εξάμηνα του 2011 ($p=0,726>0,05$) σε αντίθεση με τα δυο εξάμηνα του 2012 ($p=0,025<0,05$). Το μέσο βάρος γέννησης όλων των νεογνών της μελέτης ήταν $3.237g \pm 362,5(3.340; 1.710-4.410)$ (πίνακας 6 και σχήμα 3).



Σχήμα 3. Κατανομή Βάρους Γέννησης όλων των νεογνών της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ					
			ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ		
ΤΟΠΙΚΗ			ΓΕΝΙΚΗ-ΟΛΙΚΗ	ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ -ΡΑΧΙΑΙΑ	ΚΑΜΙΑ
	Αρχείο- α΄εξάμηνο 2011	59	288	0	47
		8,1%	17,1%	0%	26,6%
	β΄εξάμηνο 2011	218	377	76	32
		30,1%	22,3%	41,1%	18,1%
	α΄εξάμηνο 2012	176	427	56	60
		24,3%	25,2%	30,3%	33,9%
	β΄εξάμηνο 2012	272	601	53	38
		37,5%	35,4%	28,6%	21,5%
	ΣΥΝΟΛΑ	725 (100%)	1693(100%)	185(100%)	177(100%)

Το μεγαλύτερο ποσοστό (60,9%) των γυναικών που γέννησαν, υπεβλήθη σε ολική-γενική αναισθησία (1.693/2.780), γεγονός που αποδίδεται στο υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών, με στατιστική σημαντικότητα ($p=0,00<0,05$) (πίνακας 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΘΗΛΑΣΜΩΝ ΣΕ ΜΗΝΕΣ			
Levene's Test for Equality of Variances		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΘΗΛΑΣΜΩΝ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(mean)	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (St.Deviation)
	Αρχείο α'εξάμηνο 2011	1,69	P=0,01 3,32
	β'εξάμηνο 2011	2,65	4,66
	α'εξάμηνο 2012	2,91	P= 0,253 4,30
	β'εξάμηνο 2012	3,16	4,60
Όλες οι μητέρες		2,79 ± 4,4 (0,0; 0-36)	

Χαμηλή εμφανίστηκε να είναι η διάρκεια που αναφέρουν ότι θήλασαν οι μητέρες τα προηγούμενα νεογνά τους με μέση τιμή 2,79 μήνες ± 4,4 (0; 0-36) (πίνακας 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ				
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	Αρχείο-α'εξάμηνο 2011			
	β'εξάμηνο 2011	66 (3,2%)	270(37,1%)	
	α'εξάμηνο 2012	422(20,6%)	288(39,6%)	
	β'εξάμηνο 2012	648(31,6%)	113(15,5%)	
ΣΥΝΟΛΑ		916(44,6%)	57(7,8%)	
		2052(100%)	728(100%)	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δήλωσαν ότι εκπαιδεύτηκαν- ενημερώθηκαν για το μητρικό θηλασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Η εκπαίδευση-ενημέρωση φάνηκε προοδευτικά να αυξάνει σε ποσοστά, με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,00<0,05$) (πίνακας 9).

Ειδικότερα για την εκπαίδευση των εγκύων πριν τον τοκετό, αναφέρεται ο πίνακας 10, που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ				
		ΕΙΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ		
ΚΑΜΙΑ		ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΜΑΙΩΝ ΣΤΟ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΣΕ ΑΛΛΑ ΚΕΝΤΡΑ	ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ
		ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ		
Αρχείο-α'εξάμηνο 2011	229(33,5%)	62(3,0%)	45(90%)	0(0%)
β'εξάμηνο 2011	288(42,2%)	420(20,5%)	1(2%)	1(100%)
α'εξάμηνο 2012	112(16,4%)	648(31,7%)	1(2%)	0(0%)
β'εξάμηνο 2012	54(7,9%)	916(44,8%)	3(6%)	0(0%)
ΣΥΝΟΛΑ	683(100%)	2046(100%)	50(100%)	1(100%)

Από τον πίνακα 10 βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των εγκύων γυναικών (2046/2870) είχαν εκπαιδευτεί από μαίες που κάνουν μαθήματα μητρικού θηλασμού σε μηνιαία βάση στο μαιευτήριο, ενώ τα ποσοστά εκπαίδευσης αυξήθηκαν με στατιστική σημαντικότητα με την πρόοδο του χρόνου ($p=0,00<0,05$). Για την εκπαίδευση των εγκύων μετά τον τοκετό, αναφέρεται ο πίνακας 11, που έπεται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ				
		ΕΙΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ		
		ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΜΑΙΩΝ ΣΤΟ	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ
		ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	ΑΠΟ ΠΑΝΤΟΥ	
Αρχείο-α'εξάμηνο 2011		62(3%)	229(82,9%)	45(91,8%)
β'εξάμηνο 2011		419(20,5%)	291(42,4%)	0(0%)
α'εξάμηνο 2012		648(31,7%)	112(16,3%)	1(2%)
β'εξάμηνο 2012		916(44,8%)	54(7,9%)	3(6,1%)
ΣΥΝΟΛΑ		2045(100%)	686(100%)	49(100%)

Στον πίνακα 11 βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών (2045/2780) έλαβαν βοήθεια για να συνεχίσουν να θηλάσουν στη λοχεία από τις μαίες, ενώ τα ποσοστά εκπαίδευσης αυξήθηκαν με στατιστική σημαντικότητα με την πρόοδο του χρόνου ($p=0,00<0,05$).

Στον πίνακα 12 που ακολουθεί βλέπουμε την επαφή “δέρμα με δέρμα” άμεσα μετά τον τοκετό κατά τις τέσσερις φάσεις της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΕΠΑΦΗ “ΔΕΡΜΑ ΜΕ ΔΕΡΜΑ”				
		ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΩΝ	ΔΩΜΑΤΙΟ	MENN
	Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	0(0%)	336(30,1%)	0(0%)
	β'εξάμηνο 2011	530(32,3%)	169(15,1%)	11(4,9%)
	α'εξάμηνο 2012	493(30,0%)	265(23,7%)	3(5,2%)
	β'εξάμηνο 2012	620(37,7%)	348(31,1%)	5(26,3%)
	ΣΥΝΟΛΑ	1643(100%)	1118(100%)	19(100%)

Ο πίνακας 12 δείχνει ότι πάνω από τις μισές γυναίκες (59,1%) ήρθαν σε επαφή “δέρμα με δέρμα” με το νεογνό τους στην αίθουσα τοκετών, με το υψηλότερο ποσοστό (37,7%) στο β' εξάμηνο του 2012. Η διαφορά φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,00<0,05$). Στον πίνακα 13 αναγράφονται τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού έτσι όπως διαμορφώθηκαν κατά τις 4 φάσεις της μελέτης. Σε αυτά τα ποσοστά αναφέρονται και τα νεογνά που πήραν έστω και ένα γεύμα ξένου γάλακτος με ένδειξη (υπογλυκαιμία, μεγάλη απώλεια βάρους<10%, υπερχολερυθριναιμία, επιθυμία μητέρας κτλ) και πάντα με την ενυπόγραφη συγκατάθεση της μητέρας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ				
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ
	Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	317(11,9%)	19(17,3%)	94,3%
	β'εξάμηνο 2011	679(25,4%)	31(28,2%)	95,6%
	α'εξάμηνο 2012	741(27,8%)	20(18,2%)	97,4%
	β'εξάμηνο 2012	933(34,9%)	40(36,4%)	95,9%
	ΣΥΝΟΛΑ	2670(100%)	110(100%)	96,0%

Στα ποσοστά που αναγράφονται στον πίνακα 13 βλέπουμε ότι τα επίπεδα του μητρικού θηλασμού αυξήθηκαν σταδιακά μετά την παρέμβαση με στατιστική σημαντικότητα ($p=0,04<0,05$) έως και στο 96%. Ακολουθεί σύγκριση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού, έτσι όπως διαμορφώθηκαν ανά φάσεις στην πορεία της μελέτης.

Χρονικές Περίοδοι	Μητρικός Θηλασμός		P Value	Odds Ratio
	NAI	OXI		
Αρχείο α'εξάμηνο 2011- Προ Παρέμβασης- Μαθημάτων	94,3%	5,7%	$p=0,368>0,05$	1,295
β'εξάμηνο 2011	95,6%	4,4%		CI: 0,743- 2,259

Στην πρώτη φάση της παρέμβασης η διαφορά που προέκυψε δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Χρονικές Περίοδοι	Μητρικός Θηλασμός		P Value	Odds Ratio
	NAI	OXI		
β'εξάμηνο 2011	95,6%	4,4%	$p=0,068>0,05$	1,661
α'εξάμηνο 2012	97,4%	2,6%		CI: 0,95- 2,88

Στη δεύτερη φάση της παρέμβασης η διαφορά που προέκυψε δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Χρονικές Περίοδοι	Μητρικός Θηλασμός		P Value	Odds Ratio
	NAI	OXI		
α'εξάμηνο 2012	97,4%	2,6%	$p=0,090>0,05$	1,015
β'εξάμηνο 2012	95,9%	4,1%		CI: 0,99- 1,033

Στην τρίτη φάση της παρέμβασης η διαφορά που προέκυψε δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Χρονικές Περίοδοι	Μητρικός Θηλασμός			
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	P Value	Odds Ratio
Αρχείο α'εξάμηνο 2011- Προ Παρέμβασης- Μαθημάτων	94,3%	5,7%	p=0,016<0,05	2,152
α'εξάμηνο 2012	97,4%	2,6%		CI:1,16- 3,97

Μεταξύ της πρώτης και της τρίτης φάσης, οι διαφορές απέδωσαν στατιστική σημαντικότητα ($p=0,016<0,05$). Συνολικά παρατηρήσαμε ότι τα ποσοστά μητρικού θηλασμού αυξήθηκαν με την παρέμβαση, που πραγματοποιήσαμε. Οι γυναίκες μετά το πέρας της παρέμβασης είχαν δυο φορές περισσότερο πιθανότητα να θηλάσουν (OR: 2,152; CI:1,16-3,97).

Στο πίνακα 14 αναγράφεται το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Σε αυτά τα ποσοστά συμπεριλαμβάνονται τα νεογνά που δεν πήραν καθόλου ξένο γάλα.

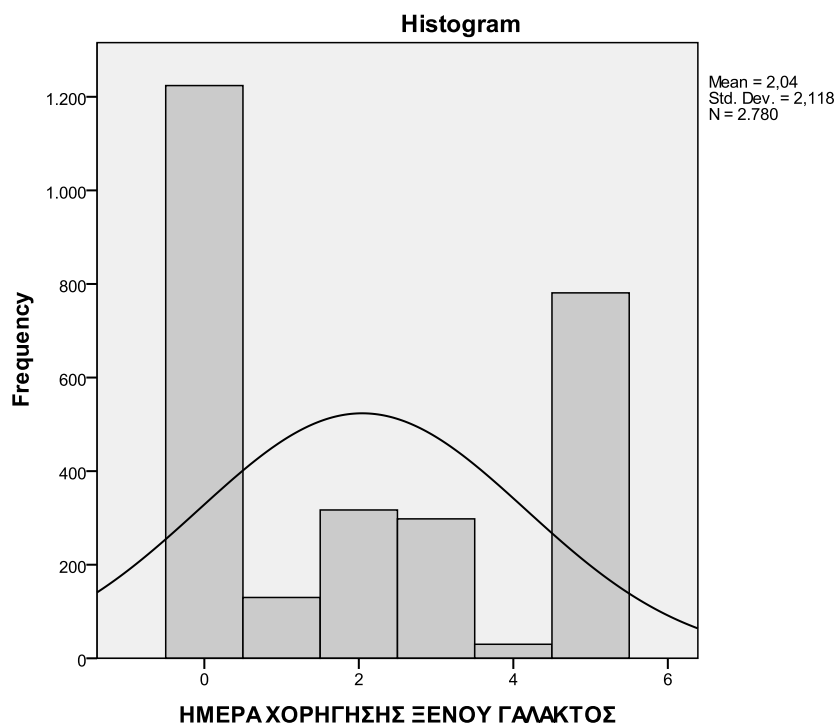
ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ					
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ	
	Αρχείο- α'εξάμηνο 2011				
		129(9,9%)	207(14%)		38,4%
	β'εξάμηνο 2011	374(28,8%)	336(22,7%)		52,7%
	α'εξάμηνο 2012	355(27,3%)	406(27,4%)		46,6%
	β'εξάμηνο 2012	440(33,9%)	533(36,0%)		45,2%
ΣΥΝΟΛΑ		1298(100%)	1482(100%)		46,7%

Ο πίνακας 14 μας δείχνει αύξηση των ποσοστών του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μετά την παρέμβαση, που εκτόξευσαν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό από 38,4%, που ήταν, σε 52,7% στην πρώτη φάση, με στατιστική σημαντικότητα $p=0,00<0,05$. Το τελικό συνολικό ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μετά την ολοκλήρωση όλων των φάσεων

της μελέτης διαμορφώθηκε στο 46,7%. Ακολουθεί κατανομή του ποσοστού των νεογνών που έλαβαν έστω και ένα γεύμα με ξένο γάλα στον πίνακα 15.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. ΠΟΣΟΣΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΞΕΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ				
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ
	Αρχείο- α'εξάμηνο 2011			
		212(13,8%)	124(10%)	63,1%
	β'εξάμηνο 2011	338(22,0%)	372(29,9%)	47,6%
	α'εξάμηνο 2012	420(27,3%)	341(27,4%)	55,2%
	β'εξάμηνο 2012	567(36,9%)	406(32,7%)	58,3%
ΣΥΝΟΛΑ		1537(100%)	1243(100%)	55,3%

Ο πίνακας 15 μας δείχνει μείωση των ποσοστών χορήγησης ξένου γάλακτος (έστω και ενός γεύματος) μετά την παρέμβαση, που κυμάνθηκε από 63,1%, που ήταν, σε 58,3%, με στατιστική σημαντικότητα ($p=0,00<0,05$). Το τελικό συνολικό ποσοστό χορήγησης ξένου γάλακτος (έστω και ενός γεύματος) μετά την παρέμβαση διαμορφώθηκε στο 55,3%. Η μέση ημέρα χορήγησης ξένου γάλακτος φαίνεται στην κατανομή του σχήματος 4.



Σχήμα 4. Κατανομή της Ημέρας Χορήγησης Ξένου Γάλακτος.

Η μέση ημέρα χορήγησης ξένου γάλακτος ήταν η 2,04 ημέρα $\pm 2,11(2; 0-5)$.

Ο πίνακας 16 που ακολουθεί, παρουσιάζει την αναλογία των νεογνών που πήραν ξένο γάλα ανά ημέρα ζωής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΗΜΕΡΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΞΕΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ			
		Αριθμός	Ποσοστό %
	Δεν Πήραν Καθόλου Ξένο Γάλα	1224	44,0%
	1η Ημέρα Ζωής	130	4,7%
	2η Ημέρα Ζωής	317	11,4%
	3η Ημέρα Ζωής	298	10,7%
	4η Ημέρα Ζωής	30	1,1%
	Σε Διάφορες Ημέρες	781	28,1%
	ΣΥΝΟΛΑ	2780	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νεογνών (28,1%) πήρε ξένο γάλα σε περισσότερες από μία ημέρες κατά την παραμονή του στο μαιευτήριο (πίνακας 16). Στον πίνακα 17 βλέπουμε το σημείο της παραμονής του νεογνού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ανά φάση της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ				
		ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΝΕΟΓΝΟΥ		
		ΜΕΝΝ-ΔΩΜΑΤΙΟ	ΔΩΜΑΤΙΟ	ΜΕΝΝ
Αρχείο- α' εξάμηνο 2011 β' εξάμηνο 2011 α' εξάμηνο 2012 β' εξάμηνο 2012				
		0(0%)	336(12,9%)	0(0%)
		39(25,8%)	670(25,8%)	1(2,9%)
		44(41,3%)	698(26,9%)	19(55,9%)
		68(45%)	891(34,3%)	14(41,2%)
ΣΥΝΟΛΑ		151(100%)	2595(100%)	34(100%)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νεογνών (93,3%) παρέμεινε στο δωμάτιο δίπλα στη μητέρα του.

Τα ποσοστά καπνίσματος αποτυπώνονται στον πίνακα 18.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ				
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ
	Αρχείο- α'εξάμηνο 2011			
		0(0%)	336(13%)	0%
	β'εξάμηνο 2011	66(34,4%)	644(24,9%)	9,3%
	α'εξάμηνο 2012	50(26%)	711(27,5%)	6,6%
	β'εξάμηνο 2012	76(39,6%)	897(34,7%)	7,8%
ΣΥΝΟΛΑ		192(100%)	2588(100%)	6,9%

Το συνολικό ποσοστό των γυναικών που κάπνισαν διαμορφώθηκε σε 6,9%. Ο πίνακας 19 αναφέρει τα ποσοστά λήψης φαρμάκων από τις μητέρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ				
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
	Αρχείο- α'εξάμηνο 2011			
		0(0%)	336(26,8%)	0%
	β'εξάμηνο 2011	386(25,3%)	324(25,9%)	54,4%
	α'εξάμηνο 2012	508(33,2%)	253(20,2%)	66,8%
	β'εξάμηνο 2012	634(41,5%)	339(27,1%)	65,2%
ΣΥΝΟΛΑ		1528(100%)	1252(100%)	55%

Το συνολικό ποσοστό των γυναικών που πήραν κάποιο φάρμακο κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών του θηλασμού διαμορφώθηκε σε 55%.

Στον πίνακα 20 αποτυπώνεται η ποσοστιαία αναλογία εμφάνισης προβλημάτων προσαρμογής στο θηλασμό κατά τη διάρκεια της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ				
				ΠΟΣΟΣΤΑ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
	Αρχείο- α'εξάμηνο 2011			
		0(0%)	336(12,9%)	0%
	β'εξάμηνο 2011	104(59,1%)	606(23,3%)	14,6%
	α'εξάμηνο 2012	35(19,9%)	726(27,9%)	4,6%
	β'εξάμηνο 2012	37(21%)	936(35,9%)	3,8%
ΣΥΝΟΛΑ		176(100%)	2604(100%)	6,3%

Το συνολικό ποσοστό προβλημάτων που σχετίζονταν με το θηλασμό άγγιξε μόλις το 6,3%. Αναλυτικότερα, γίνεται έκθεση του είδους των προβλημάτων που αντιμετωπίστηκαν κατά την προσαρμογή στο μητρικό θηλασμό στον πίνακα 21.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ				
		ΕΙΣΕΧΟΥΣΑ ΘΗΛΗ	ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΟΥΔΕΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ
	Αρχείο- α'εξάμηνο 2011			
		0(0%)	0(0%)	336(12,9%)
	β'εξάμηνο 2011	8(88,9%)	97(57,7%)	605(23,2%)
	α'εξάμηνο 2012	1(11,1%)	34(20,2%)	729(27,9%)
	β'εξάμηνο 2012	0(0%)	37(22%)	936(36%)
ΣΥΝΟΛΑ		9(100%)	168(100%)	2603(100%)

Ο τραυματισμός των θηλών φαίνεται να είναι το κυριότερο πρόβλημα προσαρμογής στο μητρικό θηλασμό.

Στον πίνακα 22 βλέπουμε τα ποσοστά των γυναικών, που έδωσαν την ενυπόγραφη συγκατάθεση τους για χορήγηση ξένου γάλακτος (έστω και ενός γεύματος).

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ				
			ΠΟΣΟΣΤΑ	
			ΝΑΙ	ΟΧΙ
			ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	
	Αρχείο-			
	α' εξάμηνο 2011		219(14,4%)	117(9,3%)
	β' εξάμηνο 2011		317(20,8%)	393(31,3%)
	α' εξάμηνο 2012		427(28%)	334(26,6%)
	β' εξάμηνο 2012		561(36,8%)	412(32,8%)
ΣΥΝΟΛΑ			1524(100%)	1256(100%)
			54,8%	

Παρατηρήθηκε σταδιακά ήπια πτώση του ποσοστού ενυπόγραφης συγκατάθεσης για έστω και ένα γεύμα ξένου γάλακτος, από 65,2% σε 54,8% (πίνακας 22).

Οι λόγοι της ενυπόγραφης συγκατάθεσης αποτυπώνονται στον πίνακα 23.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. ΕΝΔΕΙΞΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ							
			ΦΑΣΕΙΣ ΜΕΛΕΤΗΣ				Σύνολα
			2011 α εξάμηνο	2011 β εξάμηνο	2012 α εξάμηνο	2012 β εξάμηνο	
	ΔΕ ΔΟΘΗΚΕ ΞΕΝΟ ΓΑΛΑ		117	393	334	412	1256
			9,3%	31,3%	26,6%	32,8%	100%
	Επιθυμία της Μητέρας		219	229	318	415	1181
			18,5%	19,4%	26,9%	35,1%	100,0%
	Υπογλυκαιμία		0	8	8	8	24
			0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	Ίκτερος		0	0	10	7	17
			,0%	,0%	58,8%	41,2%	100,0%
	Πρωωρότητα		0	10	0	0	10
			0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Απώλεια Βάρους>10% αρχικού βάρους		0	33	37	53	123
			0,0%	26,8%	30,1%	43,1%	100,0%
	Πυρετός		0	1	7	8	16
			0,0%	6,3%	43,8%	50,0%	100,0%
	Πυρετός και Υπογλυκαιμία		0	1	0	0	1
			,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Νοσηλεία στη ΜΕΝΝ		0	29	39	56	124
			,0%	23,4%	31,5%	45,2%	100,0%
	Υπογλυκαιμία-Ίκτερος		0	0	0	1	1
			,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Ασθένεια Μητέρας		0	6	8	13	27
			,0%	22,2%	29,6%	48,1%	100,0%
Σύνολα			336	710	761	973	2780
			12,1%	25,5%	27,4%	35,0%	100,0%

Από τα ποσοστά που καταγράφηκαν ως ενδείξεις συγκατάθεσης τα υψηλότερα (42,4%) αντιστοιχούσαν σε επιθυμία της μητέρας.

Στον πίνακα 24, βλέπουμε τη σύγκριση της ηλικίας της μητέρας με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ						
	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		N	Mean	Std. Deviation	p
ΗΛΙΚΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ		ναι	2670	30,63	4,765	0,018<0,05
		όχι	110	29,16	5,319	

Levene's Test for Equality of Variances

Οι μητέρες που θήλασαν είχαν στατιστικά σημαντικά ($p=0,018<0,05$) μεγαλύτερη μέση ηλικία από αυτές που δε θήλασαν ($30,63\pm 4,7$ vs $29,16\pm 5,3$).

Στον πίνακα 25, αναφέρεται η σύγκριση του είδους του τοκετού με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		Σύνολα
			ναι	όχι	
ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	φυσιολογικός τοκετός		911	28	939
			34,1%	25,5%	33,8%
	καισαρική τομή p=0,075>0,05 OR=1,015(1,0-1,031)		1759	82	1841
			65,9%	74,5%	66,2%
Σύνολα			2670	110	2780
			100.0%	100,0%	100.0%

Chi-Square Tests

Οι γυναίκες που έκαναν καισαρική τομή φαίνεται να είχαν διπλάσια πιθανότητα να θηλάσουν τα νεογνά τους παρόλο που το είδος του τοκετού δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,075>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 26, αναφέρεται η σύγκριση του φύλου με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. ΦΥΛΟ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
			ναι	Όχι	
ΦΥΛΟ	άρρεν	P=0,926>0,05	1355	66	1421
		OR=1,018(0,7-1,4)	50,9%	55,4%	50,9%
	θήλυ		1306	53	1359
			49,1%	44,6%	49,1%
ΣΥΝΟΛΑ			2661	119	2780
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

Το φύλο του νεογνού δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,926>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 27, αναφέρεται η σύγκριση της ηλικίας κύησης με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ						
		ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	N	Mean	Std. Deviation	P=0,853>0,05
ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ		ναι	2583	38,299	1,3083	
		όχι	108	38,275	1,1314	

Levene's Test for Equality of Variances

Η ηλικία κύησης δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,853>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 28, αναφέρεται η σύγκριση του βάρους γέννησης με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ						
	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		N	Mean	Std. Deviation	P=0,636 >0,05
ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ναι	2646	3237,87	362,242	
		όχι	110	3221,15	372,159	

Levene's Test for Equality of Variances

Το βάρος γέννησης δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,636>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 29, αναφέρεται η σύγκριση του είδους αναισθησίας με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
			ναι	όχι	
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	τοπική		703	22	725
			26,9%	13,1%	26,1%
	γενική		1558	77	1635
			59,6%	45,8%	58,8%
	επισκληρίδιος		180	5	185
			6,9%	2,97%	6,7%
	Καμία αναισθησία		171	64	235
			6,5%	38,1%	8,45%
ΣΥΝΟΛΑ			2612	168	2780
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

Το είδος αναισθησίας δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,170>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 30, αναφέρεται η σύγκριση της διάρκειας των προηγούμενων θηλασμών με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΘΗΛΑΣΜΩΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ						
	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		N	Mean	Std. Deviation	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΘΗΛΑΣΜΩΝ(ΜΗΝΕΣ)		ναι	2670	2,80	4,439	P=0,373>0,05
		όχι	110	2,43	4,010	

Levene's Test for Equality of Variances

Η διάρκεια των προηγούμενων θηλασμών σε μήνες δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,373>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 31, αναφέρεται η σύγκριση της εκπαίδευσης-ενημέρωσης για το μητρικό θηλασμό με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
P=0,032<0,05 OR= 1,579 (1,058-2,356)			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟ	ΝΑΙ		1981	71	2052
			74,2%	64,5%	73,8%
	ΟΧΙ		689	39	728
			25,8%	35,5%	26,2%
ΣΥΝΟΛΑ			2670	110	2780
Chi-Square Tests			100.0%	100.0%	100.0%

Η ενημέρωση-εκπαίδευση για το θηλασμό σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,032<0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. Οι γυναίκες που ενημερώθηκαν και εκπαιδεύτηκαν για το μητρικό θηλασμό είχαν 1,5 φορά παραπάνω πιθανότητα να θηλάσουν.

Στον πίνακα 32, αναφέρεται η σύγκριση της επαφής “δέρμα με δέρμα” με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. ΕΠΑΦΗ “ΔΕΡΜΑ ΜΕ ΔΕΡΜΑ” ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
			ναι	όχι	
ΕΠΑΦΗ “ΔΕΡΜΑ ΜΕ ΔΕΡΜΑ”	αίθουσα τοκετών		1589	54	1643
			59,5%	49,1%	59,1%
	δωμάτιο		1062	56	1118
			39,8%	50,9%	40,2%
	MENN		19	0	19
			,7%	,0%	,7%
ΣΥΝΟΛΑ			2670	110	2780
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

Η επαφή “δέρμα με δέρμα” σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,037<0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. Οι γυναίκες που είχαν επαφή “δέρμα με δέρμα” με το νεογνό τους στην αίθουσα τοκετών είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν.

Στον πίνακα 33, αναφέρεται η σύγκριση του καπνίσματος με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
			ναι	Όχι	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ναι		182	10	192
			6,8%	9,1%	6,9%
	όχι		2488	100	2588
			93,2%	90,9%	93,1%
ΣΥΝΟΛΑ			2670	110	2780
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

Το κάπνισμα δε σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,377>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 34, αναφέρεται η σύγκριση της λήψης φαρμάκων με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
			ναι	Όχι	
ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ναι		1483	45	1528
			55,5%	40,9%	55,0%
	όχι		1187	65	1252
			44,5%	59,1%	45,0%
ΣΥΝΟΛΑ			2670	110	2780
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

Η λήψη φαρμάκων σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,003<0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. Οι γυναίκες που πήραν φάρμακα είχαν 1,8 περισσότερη πιθανότητα να θηλάσουν σε σχέση με αυτές που δεν πήραν.

Στον πίνακα 35, αναφέρεται η σύγκριση της ύπαρξης προβλημάτων προσαρμογής στο θηλασμό με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
			ναι	όχι	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	ναι		172	4	176
			6,4%	3,6%	6,3%
	όχι		2498	106	2604
			93,6%	96,4%	93,7%
ΣΥΝΟΛΑ			2670	110	2780
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

Οι γυναίκες που δεν είχαν προβλήματα προσαρμογής στο μητρικό θηλασμό είχαν 1,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν παρόλο που τα προβλήματα προσαρμογής στο θηλασμό δε σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p=0,201>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Στον πίνακα 36, αναφέρεται η σύγκριση της του χώρου παραμονής του νεογνού κατά τη νοσηλεία με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. ΧΩΡΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
			ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
			ναι	όχι	
ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΝΕΟΓΝΟΥ	ΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ		2497	98	2595
			93,5%	89,1%	93,3%
	ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΕΟΓΝΩΝ		30	4	34
			1,1%	3,6%	1,2%
	ΣΤΗ ΜΕΝΝ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ		143	8	151
			5,4%	7,3%	5,4%
ΣΥΝΟΛΑ			2670	110	2780
			100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

Ο χώρος παραμονής του νεογνού δε σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,105>0,05$) με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Σε πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή τον μητρικό θηλασμό οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ήταν οι ακόλουθοι: η ηλικία της μητέρας και η παραμονή του νεογνού στο δωμάτιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37. ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ							
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI
ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	-,067	,024	7,784	1	,005	1,476	0,95-2,27
ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ	-,746	,389	3,691	1	,001	2,346	1,22-3,87

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την άποψη της οικονομίας στην υγεία θα πρέπει να αναφέρουμε ότι κάθε μη θηλάζον βρέφος προσθέτει \$475 σε υγειονομική δαπάνη κατά τον πρώτο χρόνο ζωής, σε σύγκριση με ένα βρέφος που θηλάζει αποκλειστικά για 3 μήνες⁵⁶. Παρά την παραπάνω διαπίστωση, τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο από τα μέσα του 20ου αιώνα και μετά, γνώρισαν κατακόρυφη πτώση.

Οι αιτίες για αυτήν την τάση ήταν πολλές. Ενδεικτικά θα μπορούσε κανείς να αναφέρει τη στροφή προς το φεμινιστικό κίνημα από τη δεκαετία του '30 και μετά, η ανάγκη του να μπουν οι γυναίκες στην αγορά εργασίας στο μεταπολεμικό κόσμο, η έλευση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος και η χωρίς έλεγχο καμπάνια προώθησής τους.

Στις δεκαετίες του '60-'70 τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος έφτασαν να θεωρούνται ότι υπερέχουν του μητρικού γάλακτος, μια αντίληψη που “ριζώθηκε” στη συνείδηση της κοινωνίας, αλλά και στην πρακτική των επαγγελματιών υγείας της εποχής εκείνης.

Το αποτέλεσμα ήταν η “τέχνη” του θηλασμού που σε παλαιότερες εποχές περνούσε από γενιά σε γενιά, να ξεχαστεί. Τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στους 6 μήνες παρουσίασαν εκείνες τις εποχές μεγάλες διακυμάνσεις στον Ευρωπαϊκό χώρο, με τα μεγαλύτερα ποσοστά μητρικού θηλασμού να καταγράφονται στη Γερμανία 22%, στη Σουηδία 12% και στην Αυστρία 9,7%. Αντίθετα στο Ηνωμένο Βασίλειο τα ποσοστά κατεγράφησαν πολύ χαμηλά, κάτω του 1%^{4,57,58}. Παρόμοια κατάσταση καταγράφεται και στον ελληνικό χώρο. Η μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού (Ι.Υ.Π), που διεξήχθη σε πανελλήνιο δείγμα 1187 (Ελληνίδων και αλλοδαπών) μητέρων μεταξύ 2006-2007 κατέγραψε αποτελέσματα που αφορούσαν τα ποσοστά έναρξης και συνέχισης του μητρικού θηλασμού την 1η ημέρα, τον 1ο μήνα, στους 3, 6, 9 και 12 μήνες. Η πλειοψηφία των γυναικών που ρωτήθηκαν (89%) δήλωσε ότι είχε αποφασίσει να θηλάσει το μωρό πριν αυτό γεννηθεί και περίπου το ίδιο ποσοστό γυναικών (88%) ξεκίνησε να θηλάζει. Την πρώτη ημέρα ζωής θήλασαν αποκλειστικά 41% των γυναικών, στο τέλος του πρώτου μήνα θήλαζε μόλις το 21%, στο τέλος του 3ου μήνα 11% και τον 6ο μήνα το

ποσοστό αυτό σχεδόν μηδενίστηκε (0,8%). Όσο για τον θηλασμό μετά τους 6 μήνες, μόνο 9% διατήρησαν το θηλασμό σε συμπληρωμένους 9 μήνες και 6% σε συμπληρωμένους 12 μήνες ⁵⁹. Με αφορμή την κατακόρυφη πτώση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού γεννήθηκε στην Ελλάδα το κίνημα πιστοποίησης των μαιευτηρίων ως «Φιλικά προς τα Βρέφη», η οποία τείνει να κερδίζει όλο και μεγαλύτερο έδαφος στις ημέρες μας.

Η πιστοποίηση ενός μαιευτηρίου ως «Φιλικό προς τα Βρέφη», προϋποθέτει τη συνεργασία και την ομαδική προσπάθεια όλου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τα ποσοστά αποκλειστικού και μη μητρικού θηλασμού, που επετεύχθησαν στο νοσοκομείο μας, αρχικά ήταν ιδιαίτερα υψηλά και η πτώση τους σταδιακά με την πρόοδο του χρόνου στα επίπεδα που έφτασαν, ήταν αναμενόμενη, σύμφωνα και με τις επίσημες συστάσεις του Π.Ο.Υ. και της Unicef.

Οι παράγοντες που ανευρέθηκαν να επηρεάζουν τα ποσοστά μητρικού θηλασμού ήταν η ηλικία της μητέρας, η παραμονή του νεογνού δίπλα στη μητέρα, η επαφή “δέρμα με δέρμα” στην αίθουσα τοκετών και η ενημέρωση-βοήθεια των γυναικών κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας από το προσωπικό του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, οι μητέρες που θήλασαν είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία από αυτές που δε θήλασαν. Η παραμονή του νεογνού στο δωμάτιο σχετίστηκε με την αύξηση του ποσοστού του μητρικού θηλασμού. Τα νεογνά που παρέμειναν δίπλα στη μητέρα τους είχαν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν. Οι γυναίκες που είχαν επαφή “δέρμα με δέρμα” με το νεογνό τους στην αίθουσα τοκετών είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν. Ενώ τέλος, οι γυναίκες που ενημερώθηκαν-εκπαιδεύτηκαν για το μητρικό θηλασμό από το προσωπικό του νοσοκομείου είχαν 1,5 φορά παραπάνω πιθανότητα να θηλάσουν.

Τα αποτελέσματα μας συμβαδίζουν με τις πλέον πρόσφατες μελέτες των Rosenberg et al, 2008 αλλά και των Britton et al, 2007, οι οποίοι τονίζουν ότι η παραμονή του νεογνού δίπλα στη μητέρα και η αμέριστη υποστήριξη της θηλάζουσας από τις μαίες είναι οι πλέον σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού αλλά και στην καταξίωση ενός νοσοκομείου στο δρόμο της πιστοποίησης ως «Φιλικό προς τα Βρέφη». Οι Caldeira et al, 2007 αναφέρουν ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερη ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν,

αποτέλεσμα και της δικής μας μελέτης. Σύμφωνα και με τα ευρήματα των Ogunlesi et al, 2005, οι μητέρες που είναι μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να γνωρίζουν τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού σε σχέση με νεαρότερες γυναίκες, που δε γνωρίζουν τα οφέλη του θηλασμού και σαφέστατα οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες έχουν βιώσει σε μεγαλύτερο ποσοστό εμπειρίες θηλασμού από το οικείο περιβάλλον τους, γεγονός που τις καθιστά και περισσότερο επιδεκτικές στο θηλασμό, ως βιωματική εμπειρία^{27,60-62}.

Οι DiGirolamo AM et al, 2008 τονίζουν ότι η επαφή “δέρμα με δέρμα” είναι θεμέλιος λίθος στην προσπάθεια επίτευξης του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, έτσι όπως διαμορφώνεται και από τα δικά μας συμπεράσματα. Οι Broadfoot et al, 2005, χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η πρώτη επαφή “δέρμα με δέρμα” της μητέρας με το νεογνό της, που επιτυγχάνεται στην αίθουσα τοκετών είναι παράγοντας που διεγείρει όλους εκείνους τους οσφρητικό-αισθητικό-νευρουποδοχείς του νεογνού, που χρειάζονται για την επίτευξη του μητρικού θηλασμού. Οι Kramer (2001) και Fairbank (2000) αναφέρουν ότι νεογνό που δεν έχει θηλάσει από την πρώτη στιγμή της γέννησης του στην αίθουσα τοκετών, αποπροσανατολίζεται από τη σύλληψη της θηλής του μαστού και εμπλέκεται σε ένα φαύλο κύκλο αναζήτησης της τροφού του, όλο και περισσότερο όσο απομακρύνεται χρονικά ο θηλασμός από τον τοκετό⁶³⁻⁶⁶.

Τα ποσοστά που επετεύχθησαν στον αποκλειστικό και μη μητρικό θηλασμό στη μελέτη μας, συμφωνούν με τα διεθνή δεδομένα ανά τον κόσμο, έτσι όπως αποτυπώνονται από τον Π.Ο.Υ. Σε Καναδά, Αμερική και Αυστραλία τα επίπεδα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού καταγράφονται σε 45%, 49% και 46% αντίστοιχα, τη στιγμή που και εμείς επιτύχαμε 46,7% ως τελικό ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στο νοσοκομείο μας⁶⁷.

Παρομοίως τα ποσοστά μητρικού θηλασμού με έστω και ένα γεύμα ξένου γάλακτος υπό συγκατάθεση, αγγίζουν και ξεπερνούν το 96% στο νοσοκομείο μας, όπως και σε άλλα νοσοκομεία που έχουν πιστοποιηθεί. Οι Merten et al, 2005 αναφέρουν ότι όταν ένα νοσοκομείο ξεκινά τη διαδικασία προς πιστοποίηση, επιτυγχάνει υψηλά ποσοστά αποκλειστικά και μη μητρικού θηλασμού στην αρχή και εν συνεχεία με την πρόοδο του χρόνου αρχίζει η πτώση τους³.

Τα ποσοστά των όλο και περισσότερων «Φιλικών προς τα Βρέφη νοσοκομείων» τείνουν να αυξάνουν. Τα εμπόδια στο δρόμο της πιστοποίησης είναι περίπου τα ίδια σε όλες τις χώρες του κόσμου. Η πιστοποίηση, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται και στη μελέτη των Abrahams et al, 2009, είναι ίσως ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος να αυξήσει κάποιος τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού σε υψηλά επίπεδα, αφού η διαδικασία της πιστοποίησης, από μόνη της και μόνο, αποτελεί «μονόδρομο» για τη συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών-μαιών του “εκάστοτε” υπό πιστοποίηση νοσοκομείου ⁶⁸.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη μας, δείχνει την διαρκή και έντονη προσπάθεια για την προώθηση του μητρικού θηλασμού, ενώ τα αποτελέσματα μας είναι συμβατά με τις αρχές της UNICEF για την πιστοποίηση ενός νοσοκομείου ως «Φιλικό προς τα Βρέφη».

Ενδεικτικό της σπουδαιότητας του μητρικού θηλασμού είναι ότι, σύμφωνα με υπολογισμούς της UNICEF και διεθνών οργανώσεων υγείας, αν κάθε μωρό τρεφόταν αποκλειστικά με μητρικό θηλασμό από τη γέννησή του και μέχρι τους έξι πρώτους μήνες της ζωής του, 3.500 παιδικές ζωές θα μπορούσαν να σώζονται κάθε ημέρα.

Η UNICEF έχει συμβάλλει στη διάσωση της ζωής εκατομμυρίων παιδιών μέσω εκστρατειών κατά των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και υπέρ του θηλασμού. Στα πλαίσια της πρωτοβουλίας της «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Παιδιά (BFHI)», από το 1991, περισσότερα από 20.000 νοσοκομεία σε 152 χώρες έχουν εφαρμόσει τα δέκα βήματα για το θηλασμό και έχουν χαρακτηριστεί «Φιλικά προς τα Βρέφη».

Η UNICEF υποστηρίζει το μητρικό θηλασμό συνεργαζόμενη με τα όλα τα κράτη του κόσμου προασπίζοντας πολιτικές και δράσεις, που υποστηρίζουν το θηλασμό τόσο στον αναπτυσσόμενο όσο και στον βιομηχανικό κόσμο συνιστώντας απλά και μόνο τον αποκλειστικό θηλασμό των βρεφών κατά τους 6 πρώτους μήνες της ζωής τους. Στην Ελλάδα, η πιστοποίηση ενός νοσοκομείου ως «Φιλικό προς τα Βρέφη» συνιστά ένα σημαντικό γεγονός καθώς ανοίγει το δρόμο για ένα σύστημα περίθαλψης υπέρ του θηλασμού.

Μια κοινωνία «Φιλική προς τα Βρέφη» είναι αυτή που ενθαρρύνει τις μητέρες να θηλάζουν διευκολύνοντάς τους στην καθημερινή τους ζωή με ελαστικό ωράριο εργασίας, πρόσβαση σε ασφαλείς υπηρεσίες υγείας με ειδικευμένο προσωπικό και νόμους που διασφαλίζουν το δικαίωμά τους να θηλάζουν το παιδί τους.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO/UNICEF, The Baby - Friendly Hospital Initiative, (2009). Available at: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
2. Saadeh, R., & Akre, J. (2007). Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, 23(3), 154-160.
3. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*.2005;116:e702-708.
4. Hofvander, Y. (2007). Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatrica*, 94(8), 1012-1016.
5. Greisen G, Mirante N, Haumont D, et al; ESF Network. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatr*. 2009;98:1744-1750
6. Lemoyne R. Infant and young child feeding and care. Unicef web site. Available at: http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html (retrieved October 30, 2008)
7. Vinther T, Helsing E. Breastfeeding – How to support success – A practical guide for health workers. World Health Organization web site. Available at: <http://www.euro.who.int/document/e57592.pdf> (retrieved 1997)
8. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatric Clinics of North America* 2001 Feb;48(1) 143-58.
9. Beaudry M, Dufour R, Carcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr* 1995;126:191-97.
10. Hening, MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatric Clinics of North America* 2001 Feb; 48(1):105-123.
11. Gijsbers B, Mesters I, Andri Kottnerus J, Legtenberg AH, van Schayck CP. Factors influencing breastfeeding practices and postponement of solid food to prevent allergic disease in high-risk children: results from an explorative study. *Patient Educ Couns* 2005, 57:15–21

12. Oddy WH. The impact of breast milk on infant and child health. *Breastfeed Rev* 2002, 10:5–18
13. Ip S, Chung M, Raman G, et al., Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries.
14. Riordan, J. M. (1997). The cost of not breastfeeding: a commentary. *Journal of Human Lactation*, 13, 93-98.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding: maternal and infant aspects. Special report from ACOG. *ACOG Clin Rev* 2007;12(suppl):1S–16S.
16. Imaginis website. Breast cancer: statistics on incidence, survival, and screening.
Available at: <http://www.imaginis.com/breasthealth/statistics.asp?mode=1>.
17. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002 Jul 20; 360:187-195.
18. Salazar-Martinez E, et al. Reproductive factors of ovarian and endometrial cancer risk in a high fertility population in Mexico. *Cancer Res* 1999 Aug1;59(5):3658-62.
19. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:253.
20. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999; (103)4:870-66.
21. Riordan, J. M. (1997). The cost of not breastfeeding: a commentary. *Journal of Human Lactation*, 13, 93-98.
22. Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D., Schanler, R. J., & Eidelman, A. I. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496.
23. McIntyre, E., Hiller, J. E., & Turnbull, D. (2008). Determinants of infant feeding practices in a low socio- economic area: identifying environmental barriers to breastfeeding. *Australian and New Zealand journal of public health*, 23(2), 207-209.
24. Radford, A The ecological impact of bottle feeding. Baby Milk Action, 1991

25. World Health Organisation – Regional Office for Europe. Ten steps to successful breastfeeding. World Health Organization web site. Available at: <http://www.euro.who.int/nutrition/infant/20020808> (retrieved November 1, 2004)
26. Vinther T, Helsing E. Breastfeeding – How to support success– A practical guide for health workers. World Health Organization web site. Available at: <http://www.euro.who.int/document/e57592.pdf> (retrieved 1997)
27. Rosenberg KD, Stull JD, Adler MR, Kasehagen LJ, Crivelli-Kovach A. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med.* 2008;3:110-116.
28. Wallace, L. M., & Kosmala - Anderson, J. (2007). Training needs survey of midwives, health visitors and voluntary - sector breastfeeding support staff in England. *Maternal & child nutrition*, 3(1), 25-39.
29. Ekström, A., Widström, A. M., & Nissen, E. (2005). Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(6), 424-431.
30. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362
31. Didáctica, H. (2003). Presentación para la Sesión 4 Las pruebas científicas para los " Diez Pasos para una Lactancia Exitosa. MÓDULO 2 FORTALECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DE, 177.
32. Palmer G. The politics of breastfeeding. 2nd ed. Harper Collins Publishers, London, 1993
33. Kuan, L. W., Britto, M., Decolongon, J., Schoettker, P. J., Atherton, H. D., & Kotagal, U. R. (1999). Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics*, 104(3), e28-e28.
34. Hellings, P., & Howe, C. (2000). Assessment of Breastfeeding Knowledge of Nurse Practitioners and Nurse - Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(3), 264-270.
35. Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.
36. Law, S. M., Dunn, O. M., Wallace, L. M., & Inch, S. A. (2007). Breastfeeding Best Start study: training midwives in a 'hands off' positioning and attachment intervention. *Maternal & child nutrition*, 3(3), 194-205.

37. Macy, I. G. (1949). Composition of human colostrum and milk. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 78(4), 589.
38. Karen M, Edmond, ET. Al. Delayed breast feeding initiation increases risk of Neonatal mortality pediatrics. 2006, p (117) 380-386
39. Dykes, F. (2006). *Breastfeeding in hospital: mothers, midwives and the production line*. Routledge.
40. Rowe - Murray, H. J., & Fisher, J. R. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29(2), 124-131.
41. DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.
42. Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336:1105-1107.
43. Wright, A., Rice, S., & Wells, S. (1996). Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics*, 97(5), 669-675.
44. Lawrence, R. A. (2010). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional-Expert Consult*. Saunders.
45. Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breastfeeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295
46. Righard L, Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19(4):185-189
47. Buranasin, B. (1991). The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia-Pacific journal of public health*, 5(3), 217-220.
48. YAMAUCHI, Y., & YAMANOUCHI, I. (1990). The relationship between rooming- in/not rooming- in and breast- feeding variables. *Acta Paediatrica*, 79(11), 1017-1022.
49. Dyson, L., Renfrew, M., McFadden, A., McCormick, F., Herbert, G., & Thomas, J. (2006). *Promotion of breastfeeding initiation and duration*. National Institute for Health and Clinical Excellence.

50. Weddig, J., Baker, S. S., & Auld, G. (2011). Perspectives of Hospital - Based Nurses on Breastfeeding Initiation Best Practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(2), 166-178.
51. Salariya EM. Easton PM. Cater JI (1978). Duration of breast-feeding after initiation and feeding *Lancet* 25:1141-1143.
52. Vogel, A. M., Hutchison, B. L., & Mitchell, E. A. (2001). The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. *Journal of paediatrics and child health*, 37(1), 58-63.
53. Lawrence, R. A. (2010). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional-Expert Consult*. Saunders.
54. Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.
55. Beeken, S., & Waterston, T. (1992). Health service support of breast feeding--are we practising what we preach?. *British medical journal*, 305(6848), 285-287.
56. Pérez-Escamilla R: Evidence based breast-feeding promotion: the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Nutr* 2007, 137(2):484-487.
57. M Broadfoot, J Britten, D Tappin, J MacKenzie (2005) the Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland
58. Suzanne Bartington*, Lucy J Griffiths, A Rosemary Tate†, Carol Dezateux and the Millennium Cohort Study Child Health Group, (2006), Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK?
59. Γάκη Ε., Παπαμιχαήλ Δ., Σαραφίδου Γ., Παναγιωτόπουλος Τ., Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι. (2009). Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού. Ινστιτούτο υγείας του παιδιού/Εθνική σχολή δημόσιας υγείας, τομέας υγείας του παιδιού.
60. Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).
61. Caldeira, A. P., & Gonçalves, E. (2007). Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Jornal de Pediatria*, 83(2), 127-132.

62. Ogunlesi, T. A., Dedek, O. O., Okeniyi, J. A., & Oyediji, G. A. (2005). Infant And Toddler Feeding Practices In The Baby Friendly Initiative (BFI) Era In Ilesha, Nigeria. *The Internet Journal of Nutrition and Wellness*, 1(2).
63. DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (2008). Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*, 122(Supplement 2), S43-S49.
64. Broadfoot, M., Britten, J., Tappin, D. M., & MacKenzie, J. M. (2005). The baby friendly hospital initiative and breast feeding rates in Scotland. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 90(2), F114-F116.
65. Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S. & Helsing, E. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT). *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 285(4), 413-420.
66. Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M. J., Woolridge, M., Sowden, A. J., & Lister-Sharp, D. (2000). A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 4(25), 1.
67. WHO, Baby Friendly Hospital, <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
68. Abrahams SW & Labbok MH (2009) Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breast-feeding Journal* 4, 11.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ				
ΕΠΩΝΥΜΟ ΝΕΟΓΝΟΥ				
ΓΕΝΟΣ				
ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ				
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ				
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΤΟΚΕΤΟΙ ΜΗΤΕΡΑΣ				
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ				
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ				
ΕΠΑΦΗ ΔΕΡΜΑ ΜΕ ΔΕΡΜΑ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΩΝ		ΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ	
ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ	1Η	2Η	3Η	4Η
ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ	ΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ	ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΕΟΓΝΩΝ	ΑΛΛΟΥ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ				
ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ				
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ				
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ				

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»
ΤΡΑΠΕΖΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ – ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ
ΤΗΛ: 2106402360

Συγκατάθεση

Η υπογεγραμμένη.....μητέρα του νεογνού
.....συμφωνώ να χορηγηθεί υποκατάστατο μητρικού
γάλακτος (τροποποιημένο γάλα αγελάδας) στο παιδί μου. Έχω ενημερωθεί
για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.

Η μητέρα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Αίτια χορήγησης ξένου γάλακτος

1. Προωρότητα,
2. Σοβαρή νεογνική υπογλυκαιμία,
3. Διαταραχή του μεταβολισμού,
4. Νεογνό με σημαντική αφυδάτωση,
5. Σοβαρή ασθένεια της μητέρας,
6. Λήψη φαρμάκων της μητέρας,
7. Μητέρα θετική για HIV,
8. Επιλογή της μητέρας,
9. Άλλος λόγος