



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

«Γνώσεις και εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών από τους
επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό»

Όνομα φοιτητή: Λιάκου Ευτυχία

Επιβλέπων: Σαράφης Πάυλος

Αθήνα 2019



**HELLENIC REPUBLIC
National and Kapodistrian
University of Athens**

**MEDICAL SCHOOL
LABORATORY OF HYGIENE, EPIDEMIOLOGY
AND MEDICAL STATISTICS**

**POSTGRADUATE STUDY PROGRAM
DESIGN AND ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES**

DIPLOMATIC THESIS:

**“Knowledge and application of the guidelines by health professionals
in relation to breastfeeding”**

Students name: Liakou Eftihia

Supervisor: Sarafis Pavlos

Athens 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες προς όλους εκείνους που με βοήθησαν με την υποστήριξη και την συμπαράστασή τους.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Σαράφη Παύλο για τις άρτιες κατευθύνσεις, την καθοδήγηση και την αμέριστη υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου, που με τη μετάδοση χρήσιμων πληροφοριών βοήθησε στο σχεδιασμό και στη σωστή διεξαγωγή της έρευνας και συνέβαλε καθοριστικά στην επίτευξή της.

Θερμές ευχαριστίες αρμόζουν επίσης στη διεύθυνση της μαιευτικής και νεογνολογικής δομής του Αρεταιείου Νοσοκομείου που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα καθώς και σε όλους τους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας αφού χωρίς τη συμβολή τους δεν θα ήταν εφικτή η αποπεράτωσή της.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα παιδιά μου Μαγδαληνή και Νικόλα, καθώς και τον υπέροχο σύζυγό μου Γιάννη, που καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, ο καθένας ξεχωριστά με του τρόπου του, μου συμπαραστάθηκε με στήριξε και με βοήθησε σε αυτή μου την προσπάθεια, πιστεύοντας σε μένα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη

ABSTRACT

Λέξεις κλειδιά - Συντομογραφίες

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

1.1 Δομή μαστού.....	15
1.1.1 Εμβρυϊκή ηλικία.....	15
1.1.2 Εφηβεία.....	16
1.1.3 Κύηση.....	17
1.1.4 Γαλουχία.....	17
1.1.5 Εμμηνόπαυση.....	17
1.2 Ανατομία μαζικού αδένος.....	18
1.2.1 Το αδενικό παρέγχυμα.....	18
1.2.2 Το στρώμα.....	19
Συνδετικός ιστός.....	19
Λιπώδης ιστός.....	19
1.2.3 Αιμοφόρα αγγεία.....	19
1.2.4 Λεμφαγγεία.....	20
1.2.5 Νεύρα.....	20
1.2.6 Το δέρμα του μαστού και η θηλή.....	20
1.3 Ανατομία του στόματος του βρέφους.....	21
1.3.1 Οι ανατομικές δομές της στοματικής κοιλότητας.....	21
1.3.2 Η γλώσσα.....	22
1.3.3 Λειτουργίες της γλώσσας.....	22
1.4 Ανατομία της κατάποσης στον Ενήλικα και στο Βρέφος.....	24
1.4.1 Οι μύες της κεφαλής και του προσώπου.....	24
1.4.2 Νεύρωση της στοματικής κοιλότητας και του προσώπου.....	24
1.5 Αντανακλαστικά και σίτιση.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1 Ιστορικά στοιχεία του μητρικού θηλασμού.....	26
2.2 Ο θηλασμός στα μονοπάτια της τέχνης.....	30
2.3 Θηλασμός και τέχνη -Art Gallery.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

3.1 Φυσιολογία της γαλουχίας.....	31
3.1.1 Γαλακτογένεση I.....	32
3.1.2 Γαλακτογένεση II.....	33
3.1.3 Γαλακτογένεση III και εδραίωση του θηλασμού.....	33
3.1.4 Υποστροφή.....	33
3.2 Η φυσιολογία του θηλασμού.....	34
3.2.1 Αντανεκλαστικό εκροής του γάλακτος.....	35
3.3 Συστατικά μητρικού γάλακτος και διατροφική αξία.....	35
3.3.1 Πύαρ το πρώτο «εμβόλιο».....	35
3.3.2 Μεταβατικό γάλα.....	36
3.3.3 Ωριμο γάλα.....	36
3.4 Κίνδυνοι από τη χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.....	36
3.5 Η σημασία του μητρικού θηλασμού.....	37
3.5.1 Για το παιδί.....	39
3.5.2 Για την μητέρα - την οικογένεια.....	40
3.5.3 Για την κοινωνία - την πολιτεία.....	40
3.5.4 Για την οικονομία.....	40
3.5.5 Για την οικολογία.....	41
3.6 Ο μητρικός θηλασμός σε κρίσιμες καταστάσεις.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΥΗΣΗ ΣΤΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ - ΕΔΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

4.1 Προγεννητική προετοιμασία και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.....	43
4.2 Θεμελιακές πρακτικές κατά τις πρώτες μέρες ζωής στην μαιευτική δομή.....	44

4.2.1 Έναρξη θηλασμού μέσα στην 1 ^η ώρα γέννησης και επαφή δέρμα με δέρμα (skin to skin).....	44
4.2.2 Συνύπαρξη μητέρας - βρέφους όλο το 24ωρο στην μαιευτική δομή (rooming -in).....	45
4.2.3 Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από τις μαιευτικές δομές.....	46
4.3 Παρακολούθηση και επανεκτίμηση της μαιευτικής δομής «Φιλικής προς τα Βρέφη»	46
4.4 Αξία ορθών πρακτικών και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας στη μαιευτική δομή.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

5.1 Αποτελεσματικότητα των «Δέκα Βημάτων».....	50
5.2 Ελληνικά δρώμενα στις μαιευτικές δομές.....	51
5.3 Στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών υγείας στις μαιευτικές δομές.....	57

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

6.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	60
6.2 Σκοπός.....	60
6.3 Επιμέρους στόχοι.....	60
6.4 Χώρος Μελέτης.....	61
6.5 Δείγμα και δειγματοληψία.....	61
6.5.1 Δείγμα.....	61
6.5.2 Κριτήρια επιλογής.....	62
6.5.3 Κριτήρια αποκλεισμού.....	62
6.6 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων.....	62
6.7 Εργαλεία μέτρησης.....	62
6.7.1 Breastfeeding Questionnaire – short version (Ingram, 2006).....	62
6.7.2 Ερωτηματολόγιο για τη συμμόρφωση πρακτικών στις μαιευτικές δομές ως προς την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» - WHO/UNICEF.....	64
6.7.3 Ερωτηματολόγιο κοινωνικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών.....	65
6.7.4 Μετάφραση των εργαλείων.....	65
6.8 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	66

6.9 Στατιστική ανάλυση	66
6.9.1 Αποτελέσματα.....	67
6.9.2 Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «δέκα βημάτων» WHO/UNICEF.....	71
6.9.3 Γνώσεις και στάσεις για το θηλασμό.....	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συζήτηση.....	110
7.1 Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «δέκα βημάτων» WHO/UNICEF	111
7.2 Γνώσεις και στάσεις για το θηλασμό.....	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Συμπεράσματα.....	116
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Προτάσεις.....	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Χρονοδιάγραμμα Gantt.....	121
11.Παραρτήματα:.....	122
Παράρτημα 1: Διεθνής κώδικας εμπορίας υποκατάστατων μητρικού θηλασμού.....	123
Παράρτημα 2: Δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό.....	124
Παράρτημα 3: «Πρωτοβουλία Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (Baby-Friendly Hospital Initiative- BFHI).....	125
Παράρτημα 4: «Διακήρυξη INNOCENTI» Για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού.....	126
Παράρτημα 5: Έργο του προγράμματος «ΑΛΚΥΟΝΗ: Εθνική πρωτοβουλία Προαγωγής του μητρικού θηλασμού».....	127
Εργαλεία:	
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α: Γνώσεις και στάσεις για το θηλασμό.....	129
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β: Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών της μαιευτικής δομής για την εφαρμογή των δέκα βημάτων WHO/UNICEF...	131
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Γ: Κοινωνικο - επαγγελματικά χαρακτηριστικά.....	138
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	141

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα «δέκα βήματα» (WHO/UNICEF) αποτελούν αξιόπιστο δομημένο πρόγραμμα για την επιτυχή έναρξη, συνέχιση και στήριξη του μητρικού θηλασμού. Τα παγκόσμια ερευνητικά και στατιστικά δεδομένα αποδεικνύουν ξεκάθαρα τη σημαντικότητα της συμβολής των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται σε χώρους οξείας φροντίδας μητρότητας. Οι αρχές που πλαισιώνουν τα «δέκα βήματα» στηρίζουν την δυαδική σχέση μητέρας-βρέφους για να υπάρξει ομαλή και ορθή έναρξη, συνέχιση, και εγκαθίδρυση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ή οποιουδήποτε θηλασμού. Επιπρόσθετα, φέρνει στην επιφάνεια την ανεπαρκή γνώση των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με θέματα θηλασμού. Το έλλειμμα στη γνώση δημιουργεί εσφαλμένη καθοδήγηση με συγκρουόμενες συμβουλές και μπερδεμένα μηνύματα που δρουν αρνητικά προς τις μητέρες και γενικά προς την αποτελεσματική στήριξη του μητρικού θηλασμού.

Σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα 2017 το ποσοστό μητρικού θηλασμού μειώνεται αισθητά μετά την έξοδο της μητέρας από την μαιευτική δομή.

Σκοπός: Η γενική διερεύνηση, απεικόνιση και περιγραφή της παρούσας κατάστασης στη χώρα μας σχετικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στις μαιευτικές δομές είτε είναι είτε όχι αναγνωρισμένες ως "Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία" (ΠΦΒΝ) με στόχο πάντα την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού σε συνάρτηση με τις απόψεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας, που ασχολούνται με την φροντίδα μητέρας - βρέφους. Να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό οι χώροι οξείας φροντίδας μητρότητας συνδέονται ουσιαστικά και αρμονικά με τις αρχές που υποδεικνύουν τα δέκα βήματα με βασικό πυλώνα στόχευσης την αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού. Γιατί όσο περισσότερα εφαρμόζονται αυτά τα βήματα τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες για επιτυχή θηλασμό. Αυτός είναι ο λόγος που ο ΠΟΥ και η UNICEF έχουν θέσει ως στόχο την επέκταση της ΠΦΒΝ σε όσο το δυνατόν περισσότερες μαιευτικές δομές, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και στις μονάδες εντατικής νεογνικής φροντίδας. Επιπρόσθετος σκοπός, η προσέγγιση του επιπέδου γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας για το θηλασμό και τη συσχέτιση τους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

Μέθοδος: Πρόκειται για περιγραφική μελέτη της γενικής λειτουργίας των μαιευτικών δομών, με στόχο να αναδείξει κατά πόσο εφαρμόζεται το δομημένο πρόγραμμα θηλασμού των «δέκα βημάτων» και ο Διεθνής Κώδικας Υποκατάστατου Μητρικού Γάλακτος που επηρεάζουν θετικά την έναρξη και την διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και

οποιοδήποτε θηλασμού. Είναι μελέτη συσχέτισης των γνώσεων και στάσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, που ασχολούνται με τον θηλασμό. Έγινε η χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρουμένου ερωτηματολογίου με σκοπό τη διερεύνηση, την απεικόνιση και περιγραφή της παρούσας κατάστασης σχετικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στις μαιευτικές δομές είτε είναι είτε όχι αναγνωρισμένες ΠΦΒΝ σε συνάρτηση με τις απόψεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας, που ασχολούνται με την φροντίδα μητέρας - βρέφους. Έγινε συσχέτιση των γνώσεων και στάσεων των παραπάνω εργαζομένων για το θηλασμό και πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις που σχετίζουν τη βαθμολογία των στάσεων και των γνώσεων αντίστοιχα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των εργαζομένων. Δείγμα αποτέλεσαν μαίες, μαιευτές, παιδίατροι, γυναικολόγοι και βρεφονηπιοκόμοι που εργάζονται στην Μαιευτική και Νεογνολογική δομή του Αρεταιείου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, καθώς και οι επαγγελματίες των παραπάνω 4 ειδικοτήτων οι οποίοι απασχολούνται σε διάφορους χώρους οξείας φροντίδας μητρότητας και προσήλθαν στο 12ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού που πραγματοποιήθηκε από τις 21 έως 26 Ιανουαρίου 2019. Το συγκεκριμένο σεμινάριο διοργανώνεται ετησίως από την Νεογνολογική Κλινική του Αρεταιείου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο στάσεων και γνώσεων για μητρικό θηλασμό (Ingram, 2006) και το ερωτηματολόγιο για Αυτοαξιολόγηση της Συμμόρφωσης Πρακτικών της μαιευτικής δομής για την Εφαρμογή των «δέκα βημάτων» (WHO/UNICEF).

Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά την περίοδο Δεκέμβριος 2018 – Μάρτιος 2019.

Αποτελέσματα: Υψηλά ποσοστά συμμόρφωσης έχουν συγκεντρώσει πτυχές των βημάτων 1: «ύπαρξη γραπτής πολιτικής» που κυμαίνονται από 87,6% έως 40,5%, 4: «άμεση τοποθέτηση του μωρού στη μητέρα του μετά τη γέννα για μία ώρα τουλάχιστον» που κυμαίνονται από 85,7% έως 36,7%, 6: «έντυπη συγκατάθεση μητέρας» που κυμαίνονται από 84,8% έως 59%, 7,8,9: «συνδιαμονή του βρέφους με την μητέρα του 24ώρες το 24ωρο και τον απεριόριστο θηλασμό» που κυμαίνονται από 95,7% έως 68,6%. Όμως παρατηρήθηκε χαμηλό ποσοστό συμμόρφωσης του βήματος 10: «διασύνδεση μαιευτικών δομών με τις κοινοτικές δομές, τις υποστηρικτικές ομάδες θηλασμού και τις ομάδες μητέρων». Ο κώδικας 10 έχει τα υψηλότερα ποσοστά 92.2% και ο κώδικας 4 έχει τα χαμηλότερα ποσοστά 51,9% στην αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Αυξημένα ποσοστά συμφωνίας των στάσεων και γνώσεων των συμμετεχόντων όσον αφορά το ρόλο των επαγγελματιών υγείας για την ενθάρρυνση των μητέρων να θηλάσουν (97%), τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα (98,1%) και για το βρέφος (97,6%), το μητρικό γάλα είναι ιδανική τροφή για το βρέφος και η συμπληρωματική τροφή είναι επιζήμια για την εγκαθίδρυση της επαρκούς παραγωγής μητρικού γάλακτος (99,5%).

Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και υψηλότερη βαθμολογία στις γυναίκες κατά 1,72 μονάδες υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους άντρες.

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις αποτυπώνουν ότι οι παιδίατροι - νεογνολόγοι και οι μαίες -μαιευτές είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους γυναικολόγους - μαιευτήρες και βρεφοκόμους.

Υπήρξε σημαντική στατιστική διαφορά στο πόσο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες στο θηλασμό, νεογνολόγοι (70%), μαίες/μαιευτές (77,9%) ,βρεφονηπιοκόμοι (35,3%) και γυναικολόγοι - μαιευτήρες (23.8%).

Συμπεράσματα: Δεν υπάρχει καθολική εφαρμογή του δομημένου προγράμματος θηλασμού των δέκα βημάτων όπως αυτός προτείνεται από τον ΠΟΥ/Unicef παρά μόνο μερική εφαρμογή κάποιων πτυχών των βημάτων. Αποκαρδιωτική είναι η απεικόνιση του βήματος 10 όπου διαφαίνεται η προβληματική διασύνδεση των μαιευτικών δομών με τις κοινοτικές δομές, τις υποστηρικτικές ομάδες θηλασμού και τις ομάδες μητέρων, η οποία δημιουργεί φραγμούς στη συνέχιση του θηλασμού μετά την έξοδο των μητέρων από τις μαιευτικές δομές.

Παρατηρήθηκε υψηλό επίπεδο στάσεων και γνώσεων σχετικά με το θηλασμό στους νεογνολόγους/παιδίατρους και μαίες/μαιευτές ενώ σημειώνεται χαμηλό επίπεδο στους βρεφονηπιοκόμους και γυναικολόγους/μαιευτήρες. Γενικότερα, διαπιστώθηκε στατιστικά θετική συσχέτιση των γνώσεων και των στάσεων με την εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, έγινε αντιληπτό το έλλειμμα γνώσης στους γυναικολόγους/μαιευτήρες, οι οποίοι αποτελούν τον αδύναμο κρίκο στην προώθηση και την προαγωγή του μητρικού θηλασμού και διαταράσσουν την προσπάθεια διασύνδεσης με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας για την αύξηση των ποσοστών θηλασμού στη χώρα μας.

Λέξεις Ευρετηρίου: Δέκα βήματα, μητρικός θηλασμός, Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία, εγκαθίδρυση, γνώσεις, στάσεις, μαιευτικές δομές, εκπαίδευση, επαγγελματίες υγείας.

Συντομεύσεις

ΔΚΕΥΜΓ - Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος

Μ.Θ. ή μ.θ. - μητρικός θηλασμός

Μ.Γ. ή μ.γ. - μητρικό γάλα

Ξ.Γ. ή ξ.γ. - ξένο γάλα

Τ.Δ ή τ.δ. – τεχνητή διατροφή

ΠΟΥ - Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας – WHO - World Health Organization

Υ.Μ.Γ. ή υ.μ.γ -υποκατάστατα μητρικού γάλακτος

BFHI – Baby - Friendly Hospital Initiative

ΠΦΒΝ - Πρωτοβουλία Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο

ΠΦΥ - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ABSTRACT

Introduction: "Ten Steps" (WHO / UNICEF) are a credible structured breastfeeding program for the successful initiation, continuation and support of breastfeeding. The world's research and statistical data clearly demonstrates the importance of the contribution of health professionals involved in acute maternity care units. The ten - step principles underpin the birthing mother - infant relationship to ensure the smooth and correct initiation, continuation, and establishment of exclusive breastfeeding. In addition, it brings to the surface insufficient knowledge of health professionals involved in breastfeeding issues. The lack of knowledge creates inappropriate guidance with concerted advice and tangled messages that act negatively on mothers and generally on effective support for breastfeeding.

According to the National Study of Frequency and Maternal Determination of Maternal Breastfeeding in Greece 2017 the breastfeeding rate is noticeably reduced after the mother leaves the obstetric structure.

Purpose: The general investigation, depiction and description of the current situation in our country regarding the practices applied to maternal structures, whether or not identified, is an "Infant - Friendly Hospitals Initiative" aiming at the protection, promotion and support of breastfeeding based on the views and attitudes of health care professionals involved in mother – infant care. Find out to what extent obstetric structures are basically and harmoniously linked to the ten - point principles with a basic pillar targeting the increase in maternally breastfeeding rates. Because the more these steps are applied, the greater the chances of successful breastfeeding are. Might this be why WHO and UNICEF have set the goal of expanding BFHI to as many obstetric structures as possible, in Primary Health Care and in intensive nursing care units. Additionally, the approach to the level of knowledge and attitudes of breastfeeding health professionals and their correlation with demographic and work factors.

Method: This is a descriptive study of the function of Maternity units to highlight whether the structured breastfeeding program of the "ten steps" and the International Code for breast milk substitutes that positively affect the onset and duration of exclusive breastfeeding. It is a study of the correlation of knowledge and attitudes among health professionals involved in breastfeeding. Anonymous and self-completed questionnaire was used to investigate, visualize and describe the current situation on practices that apply to obstetric structures whether or not they are recognized BFHI in relation to the views and attitudes of healthcare professionals involved in maternal baby care. We have correlated the knowledge and attitudes of these workers to breastfeeding and multifactorial linear regressions that relate to the rating

of attitudes and knowledge, respectively, to the demographic and labor elements of the workers. Sample included midwives, pediatricians, gynecologists and nurses working in the Obstetrics and Neonatology structure of Aretaieio University Hospital, as well as the professionals of the above 4 specialties who are employed in various places of acute maternity care and attended the 12th Breastfeeding Seminar that took place from January 21 to 26, 2019. This seminar is organized annually by the Aretaieio University Hospital of Neonatology. The questionnaire has used attitudes and knowledge for breastfeeding (Ingram, 2006) and the WHO / UNICEF Midwifery Obstetrics Self - Assessment Questionnaire.

Data collection took place between December 2018 and March 2019.

Results: High compliance rates have garnered aspects of steps 1: 'written policy' ranging from 87.6% to 40.5%, 4: "direct placement of the baby to his mother after birth for at least one hour" ranging from 85.7% to 36.7%, 6: "mother's written consent" ranging from 84.8% to 59%, 7, 8, 9: "infant with his mother 24 hours a day and unlimited breastfeeding" ranging from 95.7% to 68%. However, a low compliance rate of step 10 was observed: "linking maternity structures to social structures, breastfeeding support groups and mother groups". Code 10 has the highest percentages of 92.2% and Code 4 has the lowest 51.9% percent in self-assessment of compliance with the International Code for Marketing of Breastmilk Substitutes. Increased rates of agreement of participants' attitudes and knowledge as regards to the role of health professionals in encouraging mothers to breastfeed (97%), the benefits of maternal breastfeeding for the mother (98.1%) and the infant (97.6%), breast milk is an ideal baby food and supplemental feed is detrimental to the establishment of adequate breast milk production (99.5%). Higher empathy and higher scores were observed in women by 1.72 units, suggesting a more positive attitude compared to men.

Multifactorial analyzes show that pediatrician - neonatologists and midwives had statistically significantly higher scores indicating a more positive attitude compared to gynecologists and baby nurses. There was a significant statistical difference on how educated and trained breastfeeding participants considered themselves to be, neonatologists (70%), midwives (77.9%), nurses (35.3%) and gynecologists (23.8%).

Conclusions: There is no universal implementation of the ten-step structured breastfeeding program as proposed by the WHO / Unicef than only partial implementation of some aspects of the steps. Discursive is the depiction of step 10 where the problematic interconnection of obstetric structures with social structures, nursing support groups and mother groups, which creates barriers to the continuation of breastfeeding after mothers leave the obstetric structures. There was a high level of attitudes and knowledge about breastfeeding among

neonatologists / midwives and male-midwives while there is a low level of baby nurses and gynecologists / obstetricians. Generally, there was a statistically positive correlation of knowledge and attitudes with education. In particular, the knowledge gap among gynecologists / obstetricians, which are the weak link in the promotion and promotion of breastfeeding disrupt the effort of interconnecting with other healthcare professionals to increase breastfeeding rates in our country.

Key words: Ten Steps, Breastfeeding, Breastfeeding Hospitals, Establishment, Knowledge, Attitudes, Obstetric Structures, Education, Healthcare Professionals.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

1.1 Δομή μαστού

Εμβρυϊκή ηλικία

Ο μαστός είναι το μόνο όργανο του ανθρώπινου σώματος το οποίο κατά την γέννηση δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένο, διαφοροποιημένο και πλήρως λειτουργικό. Η διάπλασή του αρχίζει από την ενδομήτριο ζωή.[1]

Η ανάπτυξη του μαστικού αδένα ξεκινάει στην εμβρυϊκή ηλικία, μεταξύ της 4^{ης}-5^{ης} εβδομάδας κύησης, όταν το έμβρυο έχει κεφαλουραίο μήκος 2,5 mm.. Σε αυτό το χρόνο, ανιχνεύονται δύο μαστικές κορυφογραμμές, που ονομάζονται «γραμμές γάλακτος» ή «γαλακτικές γραμμές» και επεκτείνονται από τις μασχάλες μέχρι το εσωτερικό των μηρών, τόσο στα άρρενα όσο και στα θήλεα έμβρυα. Τα άνω άκρα των γαλακτικών γραμμών αναπτύσσουν και διαμορφώνουν τους γαλακτοφόρους πόρους.[1,2]

Κατά τη διάρκεια των επόμενων δύο μηνών (μεταξύ της 12^{ης} και της 16^{ης} εβδομάδας) σχηματίζονται οι θηλές και η θηλαία άλως. Τα επιθηλιακά κύτταρα συνεχίζουν να εξελίσσονται σε μαστικές εκβλαστήσεις. Η ανάπτυξη συνεχίζεται κατά το δενδριτικό πρότυπο σχηματίζοντας επιθηλιακούς κλάδους, που στο τέλος καταλήγουν σε κυψελίδες. Το άνοιγμα κάθε συστήματος αγωγών καταλήγει ξεχωριστά στην θηλή.[2]

Από την 32^η έως τη 40^η εβδομάδα κύησης (τέλος του κυστικού σταδίου) αναπτύσσονται λοβιακές-κυψελιδικές δομές. Προς το τέλος της κύησης, οι γαλακτοφόροι πόροι αναπτύσσονται περαιτέρω και έτσι δημιουργούνται ανοίγματα στις θηλές. Το έγχυμα, που περιβάλλει τα συστήματα των γαλακτοφόρων πόρων, διαμορφώνεται και οδηγεί στη δημιουργία του ινώδους συνδετικού ιστού και του λίπους του μαστού. Χάρη στο μεσέγχυμα οι θηλές ωθούνται προς τα έξω και έρχονται στο ίδιο επίπεδο με το δέρμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτό το βήμα αποτυγχάνει, με αποτέλεσμα μερικώς ή πλήρως ανεστραμμένη θηλή.[3]

Σε μερικά θήλεα και άρρενα νεογνά μπορεί να παρατηρηθεί έκκριση μερικών σταγόνων γαλακτοειδούς εκκρίματος, λόγω ορμονικής επίδρασης της κύησης. Κατά την διάρκεια της γέννησης μόνο οι κύριοι γαλακτοφόροι πόροι είναι διαμορφωμένοι. Ο μαστός μένει σε ανενεργή μορφή και δεν αναπτύσσεται περαιτέρω μέχρι την εφηβεία.[1,2,3]

Εφηβεία

Στις γυναίκες η ανάπτυξη του μαστού ολοκληρώνεται σταδιακά μετά τη γέννηση. Στο θήλυ βρέφος, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, λόγω του αρνητικού feedback από τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης.[2,4]

Η ανάπτυξη του γυναικείου μαστικού αδένος κατά την παιδική ηλικία αποτελεί μέρος της γενικής ανάπτυξης και αύξησης του παιδιού και η τελική διαμόρφωση και η λειτουργική του ωρίμαση, επέρχεται μόνο μετά από μια τελειόμηνη κύηση και κυρίως μετά την επέλευση της γαλουχίας.[4]

Η διακλάδωση του δικτύου των εκφορητικών πόρων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια της προεφηβικής ηλικίας. Η ανάπτυξη του στήθους (θηλαρχή) είναι συνήθως το πρώτο σημάδι της εφηβείας στα κορίτσια. Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της θηλαρχής είναι τα 9,5 έως 10,3 χρόνια ζωής, ανάλογα με την εθνικότητα και τον δείκτη μάζας σώματος (body mass index/BMI) του νεαρού κοριτσιού.[4,3]

Στην εφηβεία, η ανάπτυξη των μαζικών αδένων είναι καθοριστική και εντυπωσιακή με περαιτέρω διακλάδωση των γαλακτοφόρων πόρων, αύξηση του αριθμού και του μεγέθους των λοβίων και του στρώματος. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό της μαστικής εκβλάστησης.[5]

Αρχικά, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη επηρεάζουν την ανάπτυξη των μαστών. Άλλες ορμόνες που παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του στήθους αυτή την περίοδο είναι η προλακτίνη, η αυξητική ορμόνη, η σωματοτροπίνη, η θυρεοειδοτρόπος (TSH) και η φλοιοεπινεφριδοτρόπος (ACTH). Η μεγαλύτερη ανάπτυξη του μαστού παρατηρείται κατά μέσο όρο μέχρι την ηλικία των 16 ετών.[3,5]

Στη συνέχεια με την έναρξη της εμμήνου ρύσεως, η ορμονική ισορροπία του γυναικείου σώματος μεταβάλλεται. Η αύξηση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινότροπου ορμόνης (LH) έχει σαν αποτέλεσμα την αυξημένη παραγωγή των οιστρογόνων, τα οποία προάγουν την ανάπτυξη και διακλάδωση του συστήματος των αγωγών και την αύξηση της αιμάτωσης του συνδετικού ιστού μεταξύ των αγωγών. Η προγεστερόνη (κατά την ωχρινική φάση του έμμηνου κύκλου) προκαλεί τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των κυψελίδων και των λοβίων. Κάποια παλινδρόμηση συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ωοθυλακικής φάσης με την απώλεια της ορμονικής υποστήριξης. Ωστόσο, η ανάπτυξη συμβαίνει με κάθε διαδοχικό κύκλο. Η θηλαία άλω και η θηλή αναπτύσσονται περαιτέρω και λαμβάνουν ένα πιο σκούρο χρώμα κατά τη διάρκεια της εφηβείας.[3,5,6]

Κύηση

Καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιείται η πλήρης δομική και λειτουργική ωρίμαση των μαστικών αδένων.

Κατά τη διάρκεια του 1^{ου} τριμήνου της εγκυμοσύνης, τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλούν τον πολλαπλασιασμό του συστήματος των αγωγών. Το σύστημα των αγωγών συνεχίζει να εξελίσσεται σε όλο το 2^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (13^η-28^η εβδομάδα) και οι κυψελίδες αναπτύσσονται και διαφοροποιούνται περαιτέρω με τη συνεργική δράση της προλακτίνης του πλακούντα.

Η εξέλιξη του μαστού συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του 3^{ου} τριμήνου (29^η-40^η εβδομάδα). Η θηλή και η θηλαία άλως σκουραίνουν και μεγθύνονται. Κατά τη διάρκεια του 3^{ου} τριμήνου, η παρατηρούμενη αύξηση του μαστού είναι το αποτέλεσμα της ανάπτυξης των παρεγχυματικών κυττάρων και της διαστολής των κυψελίδων λόγω της εμφάνισης πρωτογάλακτος ή πύατος (ένα υποκίτρινο έκκριμα, το οποίο είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες και χαμηλά λιπαρά).[5,6,7]

Το στήθος αρχίζει να λειτουργεί ως αδένας που παράγει γάλα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με την έναρξη της γαλακτογένεσης Ι όπου έχουμε την εκκριτική διαφοροποίηση που περιγράφεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 3.[6,8]

Γαλουχία

Μετά την ολοκλήρωση του τοκετού και την απομάκρυνση του πλακούντα αρχίζει η εκροή γάλακτος και ακολουθούν οι φάσεις της γαλακτογένεσης II και III, που χαρακτηρίζονται από την αύξηση της γαλακτοπαραγωγής και της εδραίωσης της γαλουχίας που περιγράφεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 3.[6,8]

Κατά τη φάση του αποθηλασμού ο μαστός αρχίζει να υποστρέφει. Η στάση του γάλακτος οδηγεί σε απόπτωση γαλακτοκυττάρων, επέρχεται ατροφία των λοβίων, στενεύουν οι δομές των πόρων και ολόκληρος ο μαστός μικραίνει εμφανώς σε μέγεθος και επιστρέφει αργά στην προ της εγκυμοσύνης κατάσταση.[5,7]

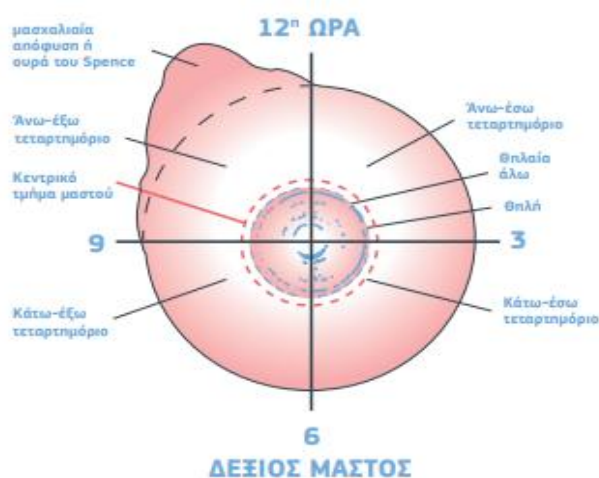
Εμμηνόπαυση

Με τον ερχομό της εμμηνόπαυσης υπάρχει μείωση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Στην αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με απώλεια του συνδετικού ιστού από το εσωτερικό και από το χώρο μεταξύ των λοβίων. Με το πέρασμα του χρόνου, οι δομές των λοβίων στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να είναι απολύτως απύσες από τον μαστό. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από λιπώδη ιστό.[7,8]

1.2 Ανατομία μαζικού αδένος

Ο μαστός είναι ένας εξωκρινής αδένος, με σχήμα δισκοειδές, που βρίσκεται μπροστά από το θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από την 2^η μέχρι την 6^η πλευρά και από το έξω στερνικό χείλος μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

Κατά την περιγραφική και αντικειμενική εξέταση ο μαστός συνηθίζεται να χωρίζεται σε τέσσερα τεταρτημόρια: το άνω - έξω, το κάτω - έξω, το άνω - έσω και το κάτω - έσω. Στο άνω - έξω τεταρτημόριο βρίσκεται μία προεκβολή μαστικού αδένος προς τη μασχάλη, που αναφέρεται και ως ουρά του Spence ή μασχαλιαία απόφυση.[9,10]

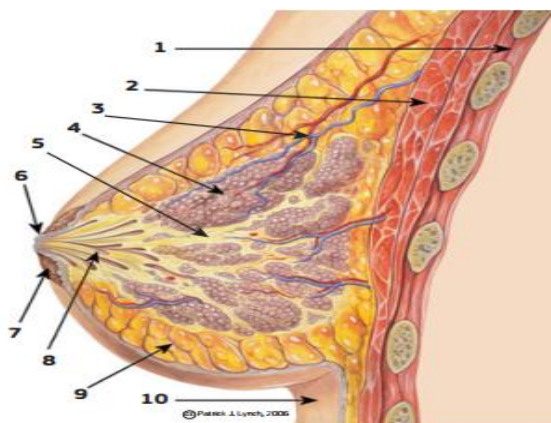


Εικόνα 1: Τεταρτημόρια μαστού και η μασχαλιαία απόφυση ή ουρά του Spence.

Η δομή του μαστού αποτελείται από: το αδενικό παρέγχυμα, το στρώμα και το δέρμα.

Το αδενικό παρέγχυμα

Το παρέγχυμα αποτελεί το λειτουργικό τμήμα του αδένος. Ο μαστικός αδένος διαθέτει 15-20 αυτόνομους λοβούς, που διατάσσονται ακτινοειδώς γύρω από την θηλή και τη θηλαία άλω. Κάθε λοβός αποτελείται από 20–40 λοβία και κάθε λοβίο από 10–100 λοβίδια ή αδενοκυψέλες. Οι αδενοκυψέλες, από όπου εκκρίνεται το γάλα, είναι ένα ενιαίο στρώμα επιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλονται με υποστηρικτικές δομές μυοεπιθηλιακών και συσταλτικών κυττάρων για την εκβολή του γάλακτος. Το γάλα εκκρίνεται μέσα στους κυψελιδικούς αυλούς, όπου αποθηκεύεται μέχρι το αντανακλαστικό εκροής γάλακτος (milk let down reflex) να πυροδοτήσει τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα για να οδηγήσουν στη σύσπαση του πόρου και την εκροή γάλακτος. Οι αδενοκυψέλες διατάσσονται σε αθροίσεις «δίκην σταφυλίου».[11]



Εικόνα 2: Ανατομικές δομές του μαστού

1. Μεσοπλεύριοι μύες **2.** Μείζων Θωρακικός Μυς **3.** Αιμοφόρα Αγγεία **4.** Λόβιο **5.** Γαλακτοφόρος πόρος **6.** Θηλή **7.** Θηλαία άλως **8.** Εκφορητικός Πόρος **9.** Υποδόριο Λίπος **10.** Δέρμα

Κάθε λοβός παροχετεύεται από το δικό του γαλακτοφόρο πόρο, ο οποίος είναι επιθηλιακός σωλήνας με μικρούς κλάδους και στενό αυλό, που στο τέλος της διαδρομής διευρύνεται σχηματίζοντας τον γαλακτοφόρο κόλπο ή λήκυθο, με ατρακτοειδές σχήμα και διάμετρο 1-2 mm. Η λήκυθος στενεύει εκ νέου σχηματίζοντας τον εκφορητικό πόρο, που εκβάλλει σε οπή της θηλής.[5,9,11]

Το στρώμα

Συνδετικός ιστός

Μακρόστενες ίνες που λέγονται ανεκκτήρες ή κρεμαστήρες σύνδεσμοι ή σύνδεσμοι του Cooper διαπερνούν όλο τον μαστό. Οι διεισδυτικές αυτές δεσμίδες συνδετικού ιστού είναι ανελαστικές και υποστηρίζουν τον μαστό.[11]

Λιπώδης ιστός

Το περιμαστικό λίπος είναι αυτό που δίνει τον όγκο και το σχήμα του μαστού. Τα κύτταρα του λίπους βρίσκονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους μεταξύ των λοβίων και των αγωγών του γάλακτος, κάτω από το δέρμα. Το λίπος είναι άφθονο στην πρόσθια επιφάνεια και λιγότερο κάτω από την θηλή και τη θηλαία άλω.[9,11]

Αιμοφόρα αγγεία

Ο μαστός είναι άμεσα συνδεδεμένος με το θωρακικό τοίχωμα και το άνω άκρο του σώματος. Η αρτηριακή τροφοδοσία του μαστού προέρχεται κατά 60% από τη μασχαλιαία αρτηρία και κατά 30% από την κατώτερη θωρακική. Επίσης, στην αγγείωση του μαστού συμβάλλουν και άλλοι κλάδοι αρτηριών, όπως των ακρομυοθωρακικών, των υποπλάτιων και θωρακοραχιαίων αρτηριών. Οι φλέβες που παροχετεύουν τον μαστό συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν στη μασχαλιαία, την έσω θωρακική και τις μεσοπλεύριες φλέβες.[9,11]

Λεμφαγγεία

Το λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και διοχετεύει τη λέμφο προς δύο κατευθύνσεις, προς τους μασχαλιαίους και προς τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Η λεμφική αποχέτευση γίνεται κατά το 75% περίπου με λεμφαγγεία που αποχετεύουν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η υπόλοιπη αποχέτευση γίνεται στο μεγαλύτερο μέρος της στους παραστερνικούς λεμφαδένες, που εντοπίζονται στο βάθος του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος και σχετίζονται με την έσω μαστική αρτηρία. Ένα μέρος αυτής γίνεται με λεμφαγγεία, τα οποία συνοδεύουν τους πλάγιους κλάδους των οπίσθιων μεσοπλεύριων αρτηριών και συνδέονται με τους μεσοπλεύριους λεμφαδένες, που εντοπίζονται κοντά στις κεφαλές και τους αυχένες των πλευρών.[9,11]

Νεύρα

Η νύρωση του μαστού προέρχεται από πρόσθιους και πλάγιους υποδόριους κλάδους του δεύτερου έως έκτου μεσοπλεύριου νεύρου, το μεσόπλευρο βραχιόνιο νεύρο, το θωρακοραχιαίο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Η θηλή νευρώνεται από το τέταρτο μεσοπλεύριο νεύρο και εμφανίζει ιδιαίτερη νευροβρίθεια. Ο κατώτερος κλάδος του τέταρτου μεσοπλεύριου νεύρου νευρώνει, επίσης, την περιοχή πολύ κοντά στην επιφάνεια της θηλαίας άλω και το έξω και κάτω τεταρτημόριο του μαστού καταλήγοντας στην περιοχή της 5^{ης} ώρας του αριστερού μαστού και της 7^{ης} του δεξιού. Η πλούσια αισθητική νύρωση της θηλής και της άλω είναι σημαντική για τον θηλασμό καθώς ο ερεθισμός τους από το θηλάζον βρέφος οδηγεί σε διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος και απελευθέρωση των κατάλληλων ορμονών της γαλουχίας που πετυχαίνουν την εδραίωση και διατήρησή της.[9,10,11]

Το δέρμα του μαστού και η θηλή

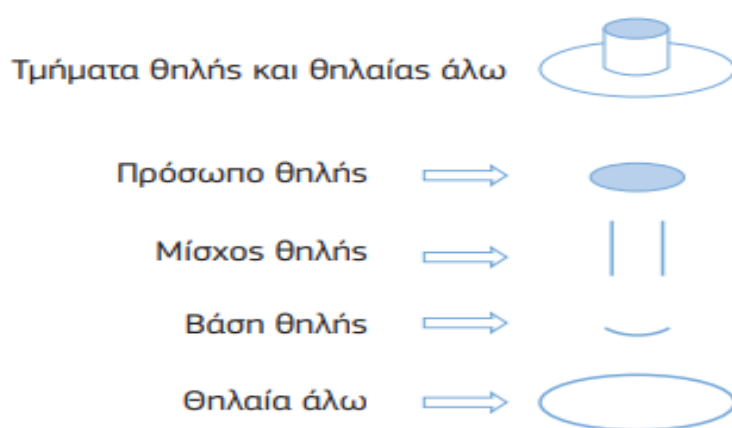
Το δέρμα του μαστού είναι σχετικά λεπτό. Στο μέσο περίπου της πρόσθιας επιφάνειας του μαστού βρίσκεται η θηλή, που αποτελεί κυλινδρoειδές ή κωνοειδές έπαρμα του δέρματος, μήκους 10-12mm. Στην κορυφή της θηλής υπάρχουν 10-15 τμήματα, στα οποία εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι.

Η θηλή αποτελείται από 3 τμήματα: το πρόσωπο, το μίσχο και τη βάση. Περιβάλλεται από μία υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή διαμέτρου 1,5 - 6 εκ, τη θηλαία άλω. Τα τμήματα της θηλής και της θηλαίας άλω απεικονίζονται στην εικόνα 3.[12]

Η θέση της θηλής σε σχέση με το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι σταθερή, αλλά εξαρτάται από το μέγεθος και το βαθμό χαλάρωσης του μαστού. Συνήθως, βρίσκεται στο ύψος του τέταρτου μεσοπλευρίου διαστήματος. Η θηλή και η θηλαία άλω έχουν καστανέρυθρο

χρώμα, λόγω της άφθονης μελανίνης.

Στην επιφάνεια της θηλαίας άλω υπάρχουν 10-15 μικρά επάρματα, οι αδένες του Montgomery, που θεωρούνται τροποποιημένοι σμηγματογόνοι αδένες. Οι αδένες αυτοί εκκρίνουν μία ελαιώδη ουσία, η έκκριση της οποίας αυξάνει κατά τη γαλακτοφορία και εξυπηρετεί τη λίπανση και την προστασία των θηλών έναντι του έντονου μηχανικού ερεθισμού που υφίστανται κατά τον θηλασμό. Λείες μυϊκές ίνες στο χόριο προκαλούν σκλήρυνση (στύση) των μορφωμάτων αυτών κατά τον ερεθισμό της θηλής.[11,12]



Εικόνα 3: Τμήματα της θηλής και της θηλαίας άλω

1.3 Ανατομία του στόματος του βρέφους

Το βρέφος για να επιτύχει το θηλασμό θα πρέπει να εκτελεί και να συντονίζει τρεις λειτουργίες: την αναρρόφηση, την κατάποση και την αναπνοή. Οι ανατομικές δομές που συμμετέχουν σε αυτό τον συντονισμό είναι σε στενή επαφή μεταξύ τους και συχνά αλληλεπιδρούν.

Με το προοδευτικό μέγλωμα του βρέφους η σχέση αυτών των ανατομικών δομών μεταβάλλεται, ώστε η λειτουργία τους να προσαρμόζεται στις νέες ανάγκες του βρέφους και του παιδιού.[7]

Οι ανατομικές δομές της στοματικής κοιλότητας

Η στοματική κοιλότητα του νεογνού από εμπρός αποτελείται από τα *χείλη* και τον φραγμό των *ούλων* ενώ προς τα πίσω μεταπίπτει στον φάρυγγα.

Το άνω τοίχωμα της στοματικής κοιλότητας καλείται *υπερώα* και στη διαμόρφωσή της συμμετέχει το οστό της άνω *γνάθου*. Η υπερώα αποτελείται από δύο επιμέρους τμήματα: στη πρόσθια 2/3 από τη σκληρή και στο οπίσθιο 1/3 από την μαλακή υπερώα. Στα πλάγια στη στοματική κοιλότητα υπάρχουν οι *παρειές* (μάγουλα). Το κάτω τοίχωμα της στοματικής κοιλότητας καλείται *έδαφος του στόματος* και σχηματίζεται από τον γενειογλωσσικό και τον γναθοϋοειδή μυ. Η στοματική κοιλότητα ολοκληρώνεται από τη *γλώσσα*. Τα χείλη εντοπίζουν

την θηλή, τη φέρνουν προς τη στοματική κοιλότητα και συγκρατούν την θηλή και τη θηλαία άλω μέσα στη στοματική κοιλότητα. Χαλινός του άνω *χείλους* είναι η μεμβράνη που ενώνει το άνω χείλος με την κορυφογραμμή των ούλων.[12]

Οι *παρειές* στο νεογνό και το μικρό βρέφος έχουν «μαξιλάρια λίπους», τα οποία συνδράμουν στο θηλασμό με το να προσφέρουν παθητική σταθερότητα, συμβάλλοντας στη δημιουργία αρνητικής πίεσης στη στοματική κοιλότητα. Ο λιπώδης αυτός ιστός είναι εμφανής μέχρι την ηλικία των 6 - 8 μηνών, οπότε το σταθεροποιητικό ρόλο αναλαμβάνουν οι μύες των παρειών. Στα πρόωρα βρέφη τα «μαξιλαράκια λίπους» είναι σχεδόν ανύπαρκτα.[13]

Η *άνω και κάτω γνάθος* αποτελούν τη βάση στήριξης για τη γλώσσα, τα χείλη και τις παρειές. Η προς τα κάτω κίνηση της γνάθου κατά το ρούφηγμα αυξάνει το μέγεθος της στοματικής κοιλότητας και οδηγεί στη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα σε αυτή. Είναι αξιοσημείωτο ότι η κάτω γνάθος του νεογνού είναι μικρή και ελαφρώς εισέχουσα σε σχέση με του ενήλικα. Ο ενεργός θηλασμός ενθαρρύνει την ανάπτυξη της κάτω γνάθου και δυναμώνει τους μυς της. Επίσης, φαίνεται ότι ο θηλασμός βοηθάει στη βέλτιστη ανάπτυξη του προσωπικού κρανίου και κατ' επέκταση στην καλύτερη θέση της κάτω γνάθου, όσον αφορά τη σύγκλιση και έκφυση των δοντιών.

Η *οροφή του στόματος* αποτελείται στο πρόσθιο τμήμα από την οστέινη σκληρή *υπερώα* και στο οπίσθιο από την κινητή μαλακή *υπερώα*. Η *υπερώα* διαχωρίζει τη στοματική από τη ρινική κοιλότητα, εξασφαλίζοντας μία καλά σφραγισμένη στοματική κοιλότητα, που επιτρέπει τη δημιουργία αρνητικής πίεσης κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Επίσης, η σκληρή *υπερώα* με τις κυματοειδείς εγκάρσιες πτυχώσεις παρέχει την κατάλληλη αντίσταση, ώστε η γλώσσα να συμπιέζει και να κρατά την θηλή κατά τον θηλασμό, ενώ κατά τη διάρκεια της κατάποσης οι μύες της μαλακής *υπερώας* ανασπώνονται κλείνοντας τη ρινική κοιλότητα και εμποδίζοντας το γάλα να εισέλθει σε αυτή.[12,13,14]

Επιπλέον, η διέγερση της *υπερώας* είναι απαραίτητη για την έκλυση του αντανακλαστικού του θηλασμού.

Η γλώσσα

Εκτελεί πολλές σύνθετες λειτουργίες:

- Την αναζήτηση
- Την αίσθηση της γεύσης
- Το πιάσιμο της θηλής
- Το πιπίλισμα
- Την κατάποση

Νευρώνεται από 3 κρανιακά νεύρα:

- Το προσωπικό νεύρο (αισθητική λειτουργία)
- Το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο (αίσθηση γεύσης)
- Το υπογλώσσιο νεύρο (κινητική λειτουργία)

Η σωστή κίνηση της γλώσσας είναι ζωτικής σημασίας για τον ενεργό και αποτελεσματικό θηλασμό.

Κατά τον θηλασμό η γλώσσα φέρνει την θηλή και τη θηλαία άλω μέσα στη στοματική κοιλότητα, τις διαμορφώνει και συμβάλλει στη σταθεροποίησή τους. Όταν χρησιμοποιείται βρεφική φιάλη σιτίσματος η γλώσσα δε χρειάζεται να φέρει την τεχνητή θηλή μέσα στη στοματική κοιλότητα, απλώς βοηθάει στη σταθεροποίησή της. Αλλάζοντας σχήμα η γλώσσα αυξάνεται ο όγκος της στοματικής κοιλότητας. Η γλώσσα ερχόμενη σε επαφή με τη μαλακή υπερώα απομονώνει τη στοματική κοιλότητα από τον ρινοφάρυγγα, συγκρατώντας το γάλα μέσα σε αυτή μέχρι να ξεκινήσει η διαδικασία της κατάποσης.

Ο *χαλινός της γλώσσας* είναι μια πτυχή του βλεννογόνου που εκτείνεται από το δάπεδο του στόματος προς το μέσον της κάτω επιφάνειας της γλώσσας. Όταν ο χαλινός είναι πολύ μικρός με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η ελεύθερη κίνηση της γλώσσας στη στοματική κοιλότητα, μπορεί να υπάρξουν προβλήματα κατά τον θηλασμό.[13]

Ο *φάρυγγας* συνδέει την στοματική κοιλότητα και τις ανώτερες αεροφόρους οδούς με τον οισοφάγο και τον λάρυγγα. Βρίσκεται μπροστά από την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

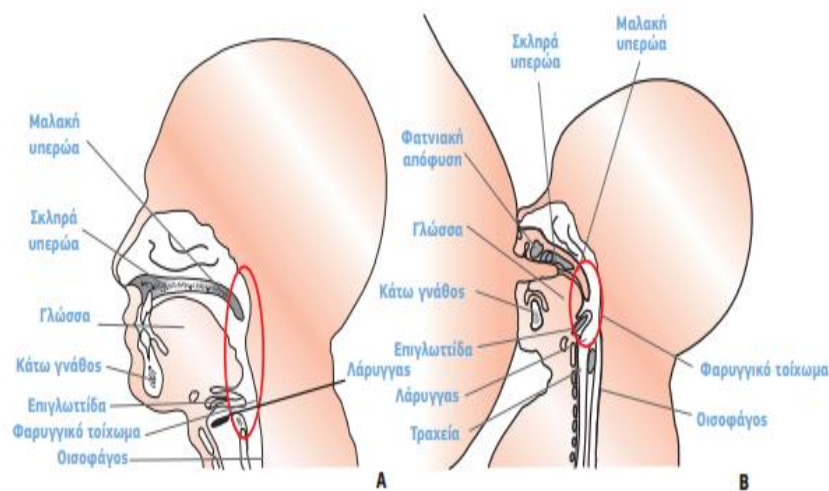
Διακρίνεται στον:

- *Ρινοφάρυγγα*
- *Στοματοφάρυγγα* (ονομάζεται το διάστημα μεταξύ της μαλακής υπερώας και της επιγλωττίδας)
- *Υποφάρυγγα* (το τμήμα μεταξύ της επιγλωττίδας και του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα)

Η *επιγλωττίδα* είναι ο χόνδρος που βρίσκεται στη ρίζα της γλώσσας μπροστά στον λάρυγγα. Κατά την κατάποση η επιγλωττίδα φράζει ανακλαστικά την είσοδο της αναπνευστικής οδού, για να αποφεύγεται η εισρόφιση της τροφής στην τραχεία και στους πνεύμονες.

Ο *λάρυγγας* αποτελεί όργανο του αναπνευστικού συστήματος και συνέχεια του φάρυγγα. Ο λάρυγγας χρησιμεύει τόσο για την αναπνοή όσο και για την παραγωγή φωνής. Στη συνέχεια του λάρυγγα είναι η τραχεία. Στα νεογνά και μικρά βρέφη ο λάρυγγας βρίσκεται ψηλότερα, στο επίπεδο των σπονδύλων A1 - A3, με συνέπεια η μαλακή υπερώα να είναι σε στενή επαφή με την επιγλωττίδα. Το αποτέλεσμα είναι κατά τον θηλασμό η άνοδος του λάρυγγα να οδηγεί σε επικάλυψη της μαλακής υπερώας από την επιγλωττίδα και συνεπώς δεν επιτρέπει την επικοινωνία του ρινοφάρυγγα με τις αεροφόρες οδούς. Αυτό επιτρέπει στα βρέφη να μπορούν να θηλάζουν και να αναπνέουν ταυτόχρονα τους πρώτους μήνες ζωής. Από την ηλικία των 3-4 μηνών αρχίζει η απομάκρυνση της επιγλωττίδας από τη μαλακή υπερώα με αποτέλεσμα κατά την ενήλικη ζωή η μαλακή υπερώα να μην μπορεί να έρθει σε επαφή με την επιγλωττίδα και η γλώσσα να πέφτει προς τα πίσω καθώς η επιγλωττίδα κατεβαίνει. Το οπίσθιο 1/3 της γλώσσας αποτελεί πλέον το οπίσθιο τοίχωμα του ρινοφάρυγγα.[12,13,14]

1.4 Ανατομία της Κατάποσης στον Ενήλικα και το Βρέφος



Εικόνα 4: Ανατομία της κατάποσης στην ενήλικα(A) και το βρέφος (B)

Οι μύες της κεφαλής και του προσώπου

Οι μύες της κεφαλής και του προσώπου διακρίνονται σε:

- Μύες που σχετίζονται με τα όργανα και τα σπλάχνα της κεφαλής (μύες του αυτιού, του ματιού, της μαλακής υπερώας, της γλώσσας και του φάρυγγα).
- Μασητήριους μύες. Προσφύονται στην κάτω γνάθο και την κινούν. Οι μύες οι οποίοι κατεβάζουν την κάτω γνάθο δεν ανήκουν στους μασητήριους.
- Δερματικούς ή μιμικούς μύες ή μύες προσώπου. Χρησιμοποιούν στις κινήσεις του προσώπου που οδηγούν στις ποικίλες εκφράσεις του.
- Μύες του στόματος. Βρίσκονται γύρω από τη στοματική σχισμή και συμβάλλουν στο να ανοιγοκλείνει το στόμα, να σηκώνεται το άνω χείλος και να έχει ο άνθρωπος τη δυνατότητα να σφυρίζει, να φυσάει και να γελάει.

Νεύρωση της στοματικής κοιλότητας και του προσώπου

Στη νεύρωση της στοματικής κοιλότητας συμμετέχουν έξι κρανιακά νεύρα, τα οποία αλληλεπιδρούν προκειμένου να συντονιστούν οι λειτουργίες της αναρρόφησης, της κατάποσης και της αναπνοής.[15,16]

Αντανακλαστικά και σίτιση

Τα τελειόμehνα νεογνά διαθέτουν καλά αναπτυγμένα αρχέγονα αντανακλαστικά που σχετίζονται με τη σύλληψη και κατάποση της τροφής. Αυτά τα αντανακλαστικά είναι ανεπτυγμένα στο έμβρυο και μετά τη γέννηση πρέπει να συνδυαστούν με τη λειτουργία της αναπνοής. Η πλειοψηφία των αντανακλαστικών εξαφανίζεται μεταξύ των 2 και 4 μηνών.

- **Αναζήτησης:** Το αντανακλαστικό της αναζήτησης εμφανίζεται μετά τις 32 εβδομάδες κύησης. Εκλύεται με την επαφή ενός αντικειμένου με το μάγουλο του νεογέννητου, οπότε εκείνο στρέφει την κεφαλή προς την αντίστοιχη μεριά. Το βρέφος αναζητά με τον τρόπο αυτό την θηλή του μαστού της μητέρας του. Το αντανακλαστικό είναι ιδιαίτερα έντονο μετά τις 40 εβδομάδες κύησης και εξαφανίζεται μετά από 3 μήνες.

- **Θηλασμού:** Σχετίζεται στενά με το αντανακλαστικό της αναζήτησης. Το μωρό μόλις πιάσει με το στόμα του την θηλή αρχίζει αμέσως να κάνει τις απαραίτητες θηλαστικές κινήσεις, ώστε να μπορέσει να αντλήσει το γάλα από το στήθος της μητέρας του.

Οι κινήσεις του θηλασμού ξεκινούν από τις 15 - 24 εβδομάδες κύησης και χαρακτηριστικά το έμβρυο μιμείται τις θηλαστικές κινήσεις βάζοντας τα δάκτυλά του στο στόμα. Μετά την ηλικία των 3 μηνών ο θηλασμός μεταβάλλεται από αντανακλαστικός σε εκούσιος.

- **Κατάποσης:** Η ικανότητα της κατάποσης παρατηρείται από τις 12 εβδομάδες κύησης. Ενδομήτρια το έμβρυο «εξασκείται» καταπίνοντας το αμνιακό υγρό. Ωστόσο, ο πλήρης συντονισμός της αναρρόφησης, κατάποσης και αναπνοής κατακτάται από την 28η έως και 37η εβδομάδα κύησης.

- **Αντανακλαστικό εξεμέσεως:** Είναι παρόν από τις 26 εβδομάδες κύησης και είναι αρκετά έντονο στα νεογνά.

- **Αντανακλαστικό της δήξεως ή δαγκώματος:** Όταν ερεθίζονται τα ούλα του νεογνού τότε παρουσιάζει ρυθμικές κινήσεις ανοίγματος και κλεισίματος της γνάθου σαν να δαγκώνει.[7,15,16]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΔΡΟΜΗ

2.1 Ιστορικά στοιχεία του μητρικού θηλασμού

Ο συμβολισμός αλλά και η καθολική σημασία του μητρικού θηλασμού διαφαίνεται μέσα στο πέρασμα των αιώνων, καθώς αντικατοπτρίζεται σε διαμορφωμένες δοξασίες και πολιτιστικά επιτεύγματα διαφόρων εθνικοτήτων και κοινωνιών από τα αρχαία χρόνια έως τις μέρες μας.

Σύμφωνα με την αρχαία ελληνική μυθολογία οι γαλαξίες σχηματίστηκαν όταν μητρικό γάλα από τους μαστούς της Ήρας περιχύθηκε στους αιθέρες εξ' ου και η ετυμολογία της λέξεως που φαίνεται να έχει κοινή ρίζα με το γάλα. Οι αρχαίες Αιγύπτειες θεές συχνά αναπαριστώνται ως θηλάζουσες μητέρες. Οι Ρωμαίοι πάλι θέλουν το Βάκχο να ανατρέφεται από γάλα που πηγάζει από τους μαστούς των Νυμφών. Στο Χριστιανισμό η Θεοτόκος αναπαρίσταται πολλάκις να θηλάζει ή να βαστάζει το Θείο Βρέφος εξ' ου και η προσωνυμία « Μητέρα Γαλακτοφορούσα», εικόνα που σίγουρα ακτινοβολεί προστασία, ζεστασιά, μητρική φροντίδα απέναντι σε ένα ανυπεράσπιστο βρέφος που καλείται να μεγαλώσει σε ένα απειλητικό και ξένο περιβάλλον σε αντιδιαστολή με το απόλυτα ελεγχόμενο και ασφαλή χώρο της μήτρας. [17,18,19]



Εικόνα 5:(Τοιχογραφία) Johann Michael Rottmayr (1656 - 1730) Iglesia de San Carlos Borromeo, Βιέννη, Αυστρία

Στην Αρχαία Ελλάδα τη σπουδαιότητα που προσδίδουν στο θηλασμό την αναπαριστούν πλήθος αγγεμάτων, παραστάσεις αγγείων, τοιχογραφιών αλλά και γλυπτών θεών, όπως η Ήρα, η Γαία και η Δήμητρα που θηλάζουν. Στον Μινωικό πολιτισμό οι μαστοί προβάλλονται στις ενδυμασίες των θεών τους. Ο Δίας σύμφωνα με την μυθολογία επέζησε πίνοντας το γάλα κατσίκας που του έδιδε η νύμφη Αμάλθεια. Όταν ο Δίας έπαιζε μαζί της, της έσπασε ένα

κέρας, το οποίο χάρισε στην Αμάλθεια, προσδίδοντάς του υπερφυσικές ιδιότητες. Στις μέρες μας έχει διατηρηθεί η έκφραση το κέρας της Αμάλθειας ή το κέρας της αφθονίας.[20]

Ο Όμηρος μας εκχώρησε την πρώτη έγγραφη μαρτυρία ότι στην Αρχαία Ελλάδα θήλαζαν όλα τα παιδιά τους. Αγόρι ή κορίτσι, πρωτότοκο ή μη, το νεογέννητο πάντα το θήλαζε η μητέρα του. Τα δρώμενα σχετικά με τον μητρικό θηλασμό αλλάζουν στην Ελλάδα γύρω στο 950 π.χ. όπου, οι γυναίκες υψηλότερης κοινωνικής θέσης απαιτούσαν συχνά την χρήση τροφών για να θρέψουν τα παιδιά τους.[19,20]

Η ιστορικές ερευνητικές πληροφορίες σχετικές με τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού, τις συνθήκες σίτισης και ανατροφής των βρεφών και νηπίων στο πέρασμα των αιώνων προέρχεται κυρίως από κείμενα της εποχής ιατρικής φύσεως και την ανεύρεση συμβολαίων με γυναίκες – τροφούς που αναλάμβαναν να βοηθήσουν τις μητέρες.[22]

Στην αρχαία Σπάρτη οι βασίλισσες θήλαζαν μοναχά τον πρωτότοκο γιό τους ο οποίος και προοριζόταν να κληρονομήσει το θρόνο, έτσι πίστευαν ότι η αυστηρή πειθαρχία τους και τα καλογυμνασμένα κορμιά τους αλλά και η αγάπη τους για την πατρίδα θα μεταβιβάζονταν μέσω του μητρικού γάλακτος της.[20]



Ρώμη-Αντίγκωνα, Health



Ρώμη- Antony Deform

Ο Πλούταρχος στο έργο του “Περί παίδων αγωγής” τονίζει την σπουδαιότητα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού αναφέροντας ότι: “είναι ανάγκη οι ίδιες οι μητέρες να θηλάζουν τα παιδιά τους”. Ακόμη, και ο Αριστοτέλης εναντιώνεται στη χρήση γυναικών - τροφών, θεωρώντας καθήκον της μητέρας να θηλάσει το μωρό της.[21]

Αξιόλογες πηγές αποτελούν τα κείμενα του Σωρανού του Εφέσιου τον 2^ο αι. μ.Χ. με τίτλο «Γυναικολογικά». Επίσης, η «Υγιεινή» του Γαληνού τον 2^ο αι. μ.Χ. και τα ιατρικά συγγράμματα του Ορειβάσιου της Εφέσου τον 4^ο αι. μ.Χ.[23]

Ο Γαληνός υποστήριζε ότι «το γάλα της μητέρας είναι το καλύτερο», καθώς και ότι «η έναρξη χορήγησης στερεάς τροφής πρέπει να συνδυάζεται με την έκφυση των οδόντων, που ως γνωστό ολοκληρώνεται μεταξύ 6 και 12 μηνών ζωής με μεγαλύτερη έμφαση αυτή μεταξύ 6-8 μηνών». Από την πλευρά του ο Σωρανός καταγράφει ως καταλληλότερο ηλικιακό σημείο για την εισαγωγή των στερεών τροφών, όταν το σώμα είναι σταθερό, ώριμο και έτοιμο να λάβει αυτού του είδους την τροφή, που αυτό συμβαίνει μετά τους πρώτους δμήνες ζωής του βρέφους, ενώ οποιαδήποτε άλλη στιγμή πριν από αυτό το χρονικό ορόσημο αντενδείκνυται.[23,24]

Τα ιστορικά κείμενα αποτελούν τεκμήριο των κατευθυντήριων οδηγιών της εποχής, τα οποία μας δίνουν πληροφορίες και για το χρονικό σημείο διακοπής του θηλασμού. Αυτό πρέπει να λαμβάνει χώρα μεταξύ 2 και 3 ετών, όπου το βρέφος σίγουρα μπορεί να καταπιεί και να πέψει μαλακή στερεά τροφή συνήθως από δημητριακά. Ο Σωρανός από την πλευρά του για το ίδιο θέμα προτείνει την ηλικία των 2 ετών, χωρίς ωστόσο να την οριοθετεί με απόλυτη αυστηρότητα. Ενώ ο Γαληνός οριοθετεί το τέλος του 3^{ου} έτους ζωής ως το απόλυτο μεταίχμιο μιας επιτυχούς μετάβασης. Συνεπώς, οι γιατροί της εποχής θεωρούν ως ασφαλέστερη τη διακοπή του μητρικού θηλασμού κατά το 2^ο εξάμηνο ζωής και την πλήρη διακοπή του περί τα 2 έτη ζωής.[25,26]

Οι βιολογικές, αρχαιολογικές και ανθρωπολογικές έρευνες του παρελθόντος διεξάγονται με σκοπό να αποσαφηνιστούν οι σιτιστικές μέθοδοι των βρεφών. Οι έρευνες αυτές βασίζονται σε δείγματα σκελετών και για την ακρίβεια σε κολλαγονικούς ιστούς των οστών από σκελετούς που ανευρέθησαν στην Isola Sacra της Ιταλίας, στο Oxfordshire της Μ. Βρετανίας και την περιοχή Dakhleh της Αιγύπτου που χρονολογούνται από τη Ρωμαϊκή περίοδο, 4^ο με 6^ο αι. μ.Χ και 250-450 μ.Χ. αντίστοιχα.[27,28]

Παράλληλα μελετώνται και οι οδοντοστοιχίες για αλλοιώσεις που σχετίζονται με τις μαλακές στερεές τροφές. Όλες αυτές οι έρευνες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι στην κοινωνία της Isola Sacra η διακοπή του μητρικού θηλασμού και η περίοδος απόλυτου απογαλακτισμού και μετάβασης στη συνδυασμένη χορήγηση στερεών ανάγονται στον 1^ο χρόνο ζωής μέχρι τα 2,5 έτη.[27,29,30,31]

Συμπερασματικά διαφαίνεται στο πέρασμα του χρόνου ότι η πράξη του μητρικού θηλασμού αποτελεί σύμβολο μητρικής αφοσίωσης και βρεφικής διασφάλισης παγκοσμίως. Αποτελεί από την μια πλευρά τον πιο φυσικό τρόπο παροχής θρεπτικών συστατικών σε ένα νεογνό και είναι σίγουρα η πιο ασφαλής, ευφυής και σοφή μέθοδος διευθέτησης του διατροφικού θέματος ενός νεογνού που ανακύπτει αμέσως μετά τον τοκετό καθώς μέχρι πρότινος σιτιζόταν ενδομητρίως απευθείας από τη μητέρα του. Από την άλλη πλευρά δεν διαταράσσεται ούτε αποκόπτεται βιαιώς ο ψυχοσυναισθηματικός δεσμός μητέρας – βρέφους, που αναπτύχθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, με την κοπή του ομφαλίου λώρου. Η μητέρα μέσω του θηλασμού παρέχει απλόχερα στο βρέφος της τα γνώριμα και

οικία στοιχεία της ζεστασιάς, της προστασίας και της θρεπτικής υποστήριξης μέσα από το ίδιο της το σώμα.[32].



Memling,



1487

Orley, 1522

2.2 Ο θηλασμός στα μονοπάτια της τέχνης

Θηλασμός και τέχνη - Art Gallery



**ΛΕΙΠΕΙ
ΦΩΤ;;;**

www.thilasmos.com

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

3.1 Φυσιολογία της γαλουχίας

Προϋπόθεση για την έναρξη του μηχανισμού της γαλουχίας στην προγεννητική περίοδο είναι η διαμόρφωση του μαστού από την εμβρυϊκή ζωή. Αυτή θα οδηγήσει στην ολοκλήρωση των τριών σταδίων της γαλακτογένεσης και της υποστροφής του μαστικού αδένα.[33]

Ορμόνες της κύησης που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του στήθους

Η επιρροή και η επίδραση των ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κατέχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του στήθους ώστε να προετοιμαστεί για το θηλασμό. Αυτές είναι:

ACTH: Φλοιοεπινεφριδοτρόπος Ορμόνη

EGF: Επιδερμικός αυξητικός παράγοντας

GH: Αυξητική ορμόνη

IGF-1: Ινσουλινοειδής αυξητικός παράγοντας -1

PRL: Προλακτίνη



Εικόνα 6: Ορμόνες της κύησης

Η ανάπτυξη των πόρων του αδενικού ιστού ρυθμίζεται κυρίως από τα οιστρογόνα και την αυξητική ορμόνη, ενώ των αδενοκυψέλων απαιτεί τη δράση της προγεστερόνης, της προλακτίνης και πιθανώς του πλακουντιακού γαλακτογόνου.

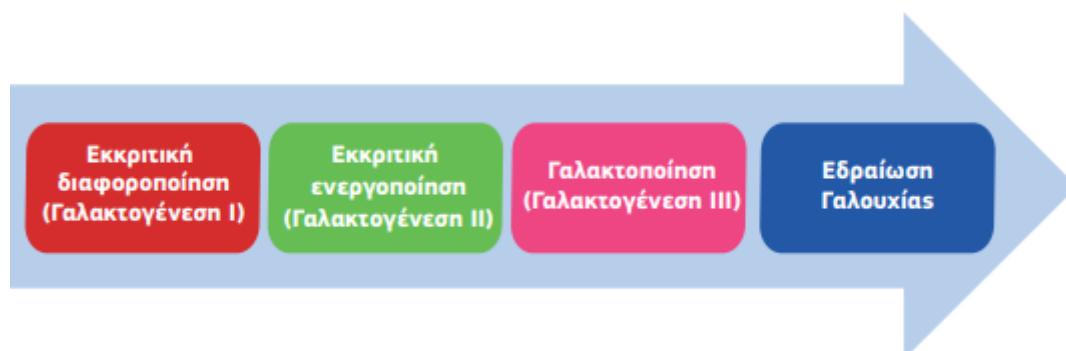
Η προλακτίνη είναι η ορμόνη που διαφοροποιεί επιθηλιακά τα κύτταρα σε γαλακτοκύτταρα και ελέγχει την παραγωγή του γάλακτος. Στη διάρκεια της κύησης τα επίπεδα αυτής της ορμόνης διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα λόγω των υψηλών επιπέδων της προγεστερόνης. Μετά τον τοκετό όμως από τη μια η προγεστερόνη μειώνεται και από την άλλη η προλακτίνη αυξάνεται.[33,34]

Γαλακτογένεση

Ο μηχανισμός της γαλακτογένεσης παρουσιάζει τρία στάδια:

- Εκκριτική διαφοροποίηση (Γαλακτογένεση I)
- Εκκριτική ενεργοποίηση (Γαλακτογένεση II) και
- Γαλακτοποίηση (Γαλακτογένεση III).

Και έτσι μετά την ολοκλήρωση των παραπάνω τριών σταδίων ακολουθεί η εδραίωση της γαλουχίας που είναι σχηματικά η παρακάτω:



Εικόνα 7: Η χρονική αλληλουχία των σταδίων της γαλακτογένεσης

Γαλακτογένεση I

Η γαλακτογένεση I ή εκκριτική διαφοροποίηση είναι η περίοδος κατά την εγκυμοσύνη που τα μαστικά επιθηλιακά κύτταρα διαφοροποιούνται σε γαλακτοκύτταρα, δηλαδή σε κύτταρα που είναι κατάλληλα να συνθέσουν τα συστατικά του μητρικού γάλακτος και ξεκινά μετά το 1^ο τρίμηνο της κύησης. Στο πλαίσιο της γαλακτογένεσης I, κατά το δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης, η εκκριτική δραστηριότητα ολοκληρώνεται με αποτελέσματα λοβία και οι κυψελίδες να διαστέλλονται από τη συσσώρευση σταγονιδίων λίπους και πρωτεϊνών για την παραγωγή του πρωτογάλακτος (πύαρ). Παρόλα αυτά η έκκριση του πρωτογάλακτος αναστέλλεται πριν τον ενεργό τοκετό λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης της προγεστερόνης. Η προγεστερόνη, είναι η ορμόνη που υποστηρίζει την εγκυμοσύνη και συμβάλλει καθοριστικά στην προετοιμασία του μαστού για τη γαλουχία.

Παράλληλα όμως, αναστέλλει την άφθονη παραγωγή του γάλακτος μέχρι τον τοκετό: μειώνει τη σύνθεση συστατικών του γάλακτος, τους υποδοχείς της προλακτίνης και τα γλυκοκορτικοειδή που δρουν συνεργατικά ως προς τη γαλακτοπαραγωγή. Η απομάκρυνση του πλακούντα κατά τον τοκετό οδηγεί σε πτώση των επιπέδων προγεστερόνης και επιτρέπει στην προλακτίνη να αρχίσει τη δράση της. Η γαλουχία ξεκινά ακόμη και εάν ένα μωρό γεννηθεί πρόωρα.

Η προλακτίνη είναι η ορμόνη που παίζει σημαντικό ρόλο στη σύνθεση του γάλακτος. Παράγεται στον πλακούντα και στο οπίσθιο τμήμα της υπόφυσης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη δρουν τοπικά στις κυψελίδες αναστέλλοντας την παραγωγή και έκκριση του γάλακτος. Λίγο μετά τον τοκετό τα επίπεδα της προγεστερόνης

πέφτουν, επιτρέποντας έτσι τη δράση της προλακτίνης. Ο ρόλος των οιστρογόνων στη γαλακτογένεση είναι έμμεσος, καθώς διεγείρουν την έκκριση προλακτίνης και πιθανών άλλων ορμονών από την υπόφυση. [33,34,35]

Γαλακτογένεση II

Η γαλακτογένεση II ή εκκριτική ενεργοποίηση είναι η εκκίνηση άφθονης παραγωγής μητρικού γάλακτος, που συνδυάζεται από αλλαγές στη σύστασή του και πραγματοποιείται μέσα στις πρώτες 4 ημέρες από τον τοκετό, κατά κανόνα γύρω στις 30-40 ώρες μετά τον τοκετό. Στο 3^ο στάδιο του τοκετού με την έξοδο του πλακούντα έχουμε ταυτόχρονη μείωση της προγεστερόνης, ενώ η προλακτίνη γίνεται ο πρωταγωνιστικός ορμονικός παράγων που καθορίζει την γαλακτοπαραγωγή. Στη φάση αυτή η προλακτίνη παράγεται μόνο από την υπόφυση (κεντρική παραγωγή).[34,35]

Γαλακτογένεση III και Εδραίωση

Η γαλακτογένεση III ή γαλακτοποίηση και εδραίωση είναι η φάση στην οποία διατηρείται η γαλουχία, μέσα από αυτοκρινείς μηχανισμούς που δρουν διαφορετικά σε κάθε στήθος. Ξεκινά μετά την 3^η ημέρα, και εξαρτάται από ένα μεγάλο αριθμό ορμονών και χαρακτηρίζεται από τη μετάβαση στην αυτοκρινική λειτουργία του μαζικού αδένος. Η αλλαγή σε αυτή τη φάση είναι ότι η παραγωγή της προλακτίνης δε γίνεται πλέον αυτόματα από την υπόφυση, αλλά εξαρτάται από τον συχνό ερεθισμό της θηλής. Η δράση της προλακτίνης τις πρώτες εβδομάδες της γαλουχίας, μέχρι δηλαδή την εδραίωσή της είναι πολύ σημαντική. Όταν το νεογνό θηλάζει, ο ερεθισμός της θηλής οδηγεί σε διέγερση του υποθαλάμου.[36,34]

Μια άλλη σημαντική ορμόνη είναι η ωκυτοκίνη που μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στον μαστό και προκαλεί την έκκριση του γάλακτος από τον μαστό.

Η παραγωγή γάλακτος στη φάση της γαλακτογένεσης III και της εδραίωσης αυξάνεται όσο περισσότερο και όσο συχνότερα απομακρύνεται το γάλα από τον μαστό, δηλαδή βασίζεται στο *νόμο της προσφοράς και της ζήτησης*. [36,37]

Υποστροφή

Στο τέλος, έχουμε τη φάση του αποθηλασμού, όπου ο μαστός αρχίζει να υποστρέφει και επανέρχεται στο φυσιολογικό μέγεθός του, γιατί η διακοπή του ερεθισμού του με το θηλασμό οδηγεί σε πτώση των επιπέδων των γαλακτογόνων ορμονών.[38,39,40]



Εικόνα 8: Ο κύκλος της γαλουχίας και των αλλαγών στην ανάπτυξη του μαστού.

3.2 Η φυσιολογία του θηλασμού

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ως αποκλειστικός μητρικός θηλασμός χαρακτηρίζεται η διαδικασία σίτισης που περιλαμβάνει τη χορήγηση μητρικού γάλακτος αποκλείοντας παράλληλα τη χορήγηση στερεών ή άλλου είδους υγρών πέραν ειδικών φαρμακευτικών ουσιών. Πλήρης είναι ο μητρικός θηλασμός όταν τα βρέφη λαμβάνουν επιπρόσθετα νερό ή άλλα υγρά αλλά όχι άλλο είδος γάλακτος ή στερεών. Τέλος, ο ΠΟΥ αναφέρεται στη χρήση του όρου συμπληρωματικός μητρικός θηλασμός όταν η χορήγηση του μητρικού γάλακτος συνδυάζεται με τροποποιημένο αγελαδινό γάλα με ή χωρίς τη συμπληρωματική προσφορά στερεών τροφών.[41,42,43]

Πρόσφυση, προσκόλληση του νεογνού στον μαστό και μεταφορά γάλακτος

Το νεογνό για να καταφέρει να θηλάσει επιτυχώς, είναι αναγκαίο να αναζητήσει τον μαστό της μητέρας του. Να συλλάβει και να συγκρατήσει την θηλή μαζί με τη θηλαία άλω στη στοματική κοιλότητα και στη συνέχεια να συντονίσει τις λειτουργίες της απομύζησης, της κατάποσης και της αναπνοής.[13,15]

Τους πρώτους μήνες ζωής του νεογνού η λειτουργία του θηλασμού είναι αυτοματοποιημένη, και σε αυτή συμμετέχουν τα αντανακλαστικά της αναζήτησης και του θηλασμού. Στο πρώτο αντανακλαστικό που είναι η αναζήτηση του μαστού πρωταρχικό ρόλο παίζει η αίσθηση της όσφρησης. Είναι αναγκαίο το νεογνό να τοποθετηθεί στη σωστή θέση σε συνάρτηση με τον μαστό, ώστε ενστικτωδώς να κάνει έκταση της κεφαλής προς τα πίσω και με οδηγό το πηγούνι του, να κινηθεί προς τα εμπρός, για να καταφέρει να έρθει σε επαφή με το μαστό και στη συνέχεια να αναζητήσει την θηλή. Στη συνέχεια η κάτω γνάθος εφάπτεται στον μαστό

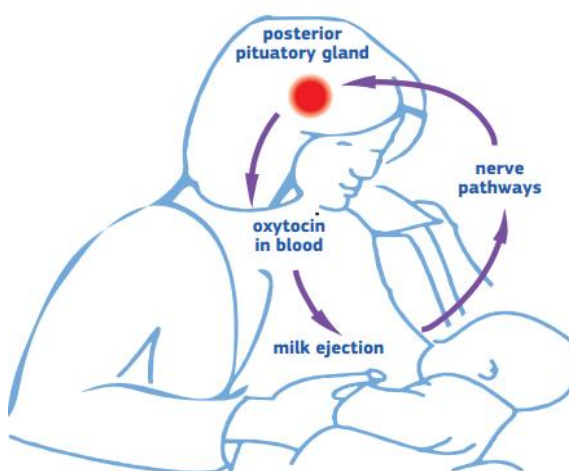
επιτρέποντας την υπερέκταση της κεφαλής και της απελευθέρωση της μύτης. Με αυτό το μηχανισμό επιτυγχάνεται και ολοκληρώνεται το αντανακλαστικό του θηλασμού.[4,5,15]

Αντανακλαστικό εκροής του γάλακτος

Η διαδικασία του θηλασμού επιτρέπει τη μεταφορά του γάλακτος από τη μητέρα στο νεογνό. Η έξοδος του μητρικού γάλακτος από τον μαστό γίνεται με μια θετική πίεση που ασκείται από την πλευρά του στόματος του νεογνού. Η όλη διαδικασία ολοκληρώνεται με την έκλυση του αντανακλαστικού εκροής του γάλακτος (MER: *milk ejection reflex* ή *let-down reflex*). Το αντανακλαστικό αυτό ορίζεται ως η απελευθέρωση του γάλακτος από το στήθος και εκλύεται από τη διέγερση της θηλής αλλά και από ακουστικά, οπτικά ερεθίσματα της μητέρας, ακόμα και στην σκέψη του βρέφους. Η έκλυση του

αντανακλαστικού εκροής του γάλακτος

είναι αναγκαία και καθοριστική για την έναρξη και τη διατήρηση της γαλουχίας μέσω νευρο-ορμονικού μηχανισμού. Όταν ολοκληρώνεται επιτυχώς η διέγερση της θηλής και της θηλαίας άλω ερεθίζονται οι κατώτεροι κλάδοι του 4^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου. Αυτό το ερέθισμα μεταφέρεται στον υποθάλαμο και προκαλεί την απελευθέρωση της μια ορμόνης που ονομάζεται ωκυτοκίνη από



Εικόνα 9: αντανακλαστικό εκροής του γάλακτος

τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης αλλά και της προλακτίνης από τον πρόσθιο λοβό της. Η ωκυτοκίνη στον μαστό συνδέεται με τους υποδοχείς της στα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, τα οποία περιβάλλουν τις κυψελίδες, με αποτέλεσμα τη σύνθλιψή τους και την προώθηση του γάλακτος προς την θηλή.[13,14,15]

3.3 Συστατικά μητρικού γάλακτος και διατροφική αξία

Η σύσταση του μητρικού γάλακτος είναι ίδια για όλες τις φυλές του κόσμου και δεν επηρεάζεται από τις διαφορετικές διατροφικές συνήθειες των γυναικών κάθε φυλής. Όμως η ηλικία του κάθε νεογνού και οι ανάγκες που καλείται κάθε φορά να καλύψει το μητρικό γάλα, καθώς και η ώρα της ημέρας κατά την οποία παράγεται μπορεί να διαμορφώσει την σύστασή του.[7,13]

Πύαρ «Το πρώτο εμβόλιο»

Πρόκειται για ένα γάλα κιτρινόλευκου χρώματος που παράγεται από την 1^η ως την 4^η ημέρα ζωής στα πλαίσια της γαλακτογένεσης Ι. Η σύστασή του είναι ιδιαίτερα υψηλή σε νάτριο, χλώριο, πρωτεΐνες (κυρίως ανοσοσφαιρίνες) και πληθώρα βιταμινών. Αλλά παρατηρείται μειωμένη συγκέντρωση της καζεΐνης, της λακτόζης και του λίπους. Η πληθώρα και έντονη

παρουσία των ανοσοσφαιρινών, που περιέχονται στο πύαρ είναι πολλαπλάσια σε συνάρτηση με το ώριμο γάλα. Και αυτή ακριβώς είναι η αιτία που το πύαρ χαρακτηρίζεται ως το «πρώτο εμβόλιο».[44,45]

Το μεταβατικό γάλα

Η έναρξη του μεταβατικού γάλακτος γίνεται μετά την 4^η μέρα ζωής του νεογνού και παράγεται μέχρι την 14^η ημέρα. Ύστερα από αυτή την χρονική περίοδο έχουμε κλιμακωτή πτώση της περιεκτικότητας του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη και νάτριο.[45,46]

Το ώριμο μητρικό γάλα

Ωριμο χαρακτηρίζεται το μητρικό γάλα μετά την 14^η ημέρα θηλασμού. Ο όγκος γάλακτος που παράγει η μητέρα κυμαίνεται μεταξύ 600-900ml (ανάλογα με το βάρος του μωρού). Ο όγκος του μητρικού γάλακτος που παράγεται και καταναλώνεται από τα νεογνά είναι σημαντικά μεγαλύτερος τη νύχτα.

Το ώριμο μητρικό γάλα αποτελείται από τα εξής συστατικά:

- Νερό: Αποτελεί περίπου το 87% του γάλακτος, γι' αυτό και το γάλα επαρκεί για την ενυδάτωση του μωρού ακόμα και τους πολύ ζεστούς καλοκαιρινούς μήνες.

- Λιπίδια: Το μητρικό γάλα περιέχει ω-3 λιπαρά οξέα, δεκαεξανοϊκό οξύ (DHA) και άλλα λιπαρά οξέα μακράς αλυσού (Long Chain Fatty Acids –LCFA), που είναι σημαντικά για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς.

- Πρωτεΐνη: Όσον αφορά τη σύσταση του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη, κυριαρχούν η καζεΐνη και η ορολευκωματίνη και οι ανοσοσφαιρίνες. Το περιεχόμενο του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη, όπως ήδη αναφέρθηκε, μειώνεται σταδιακά τις πρώτες 6 εβδομάδες. Η συγκέντρωση της πρωτεΐνης στο γάλα μητέρων με εξαιρετικά πρόωρα βρέφη (<28 εβδομάδων) είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με των οριακά πρόωρων και τελειόμηνων νεογνών, το οποίο συμβαδίζει με τις αυξημένες ανάγκες και τον ρυθμό ανάπτυξης των πρόωρων.

Επίσης, στο μητρικό γάλα εκτός από τους υδατάνθρακες με κυρίαρχο την λακτόζη περιέχει σίδηρο, ηλεκτρολύτες πληθώρα βιταμινών και ανοσοσφαιρινών που συμβάλλουν στις αμυντικές ιδιότητες του γάλακτος. Πολύ σημαντικό στοιχείο είναι ο εντοπισμός ενός σπουδαίου Επιδερμικού Αυξητικού Παράγον (Epidermal Growth Factor - EGF).Ο EGF συμβάλει στην ωρίμαση και προστασία του εντερικού επιθηλίου και άρα αποτελεί την κύρια πηγή για την ομαλή ωρίμαση του εντερικού σωλήνα και την πρόληψη της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας στα πρόωρα νεογνά.[46,47]

3.4 Κίνδυνοι από την χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Η χρήση και κατανάλωση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στερεί σε μεγάλο βαθμό από το νεογνό πολύτιμους θρεπτικούς παράγοντες, που συνεισφέρουν όχι μόνο στην σωστή ανάπτυξη του, αλλά και στην μελλοντική ψυχοκοινωνική ισορροπία του. Γι' αυτό το λόγο οι επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό θα πρέπει να ενημερώνουν

τους γονείς όχι μόνο για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, αλλά και για τους κινδύνους από τη χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος. (Riordan, 1999)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα βρέφη που δε θηλάζουν απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας. Οι κίνδυνοι από τη χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος είναι πολλοί και έχουν σημαντικές επιπτώσεις μελλοντικά στο βρέφος.[45,48]

Το τροποποιημένο γάλα αγελάδος σε σκόνη δεν αποτελεί στείρο προϊόν. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις λοίμωξης βρεφών από βακτήρια όπως, *Cronobacter sakazakii* ή *Enterobacter sakazakii*, *Salmonella enterica*, αλλά και *Clostridium botulinum*, τα οποία έχουν βρεθεί ακόμη και σε κλειστές συσκευασίες σκόνης γάλακτος. Η επιμόλυνση των προϊόντων αυτών και ο πολλαπλασιασμός των μικροβίων είναι δυνατόν να γίνουν είτε κατά την παρασκευή, είτε κατά τη φύλαξη του τροποποιημένου γάλακτος. Για το λόγο αυτό η UNICEF και ο WHO έχουν εκδώσει ειδικές οδηγίες παρασκευής και φύλαξης του γάλακτος σε σκόνη. Εκτός των μικροβίων, έχουν βρεθεί στα τροποποιημένα γάλατα αρκετές χημικές ουσίες επιβλαβείς για τον ανθρώπινο οργανισμό, όπως διοξίνες, δισφαινόλη Α, μελαμίνη κ.α. Τα βρέφη που σιτίζονται με τροποποιημένο γάλα αγελάδος έχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης ειδικά τον 1^ο χρόνο ζωής. Ενώ το μητρικό γάλα συμβάλλει στην ανοσορρύθμιση με τα ειδικά IgA αντισώματα, που παράγει η μητέρα αλλά και άλλους αμυντικούς παράγοντες που σχηματίζονται. Τα παραπάνω εξηγούν τη μεγαλύτερη ευαισθησία σε λοιμώξεις του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού που εμφανίζουν τα βρέφη που σιτίζονται με ξένο γάλα και κυρίως στα πρόωρα που παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα νεκρωτικής εντεροκολίτιδας.[47,49,50]

3.5 Η σημασία του μητρικού θηλασμού

Ο μητρικός θηλασμός είναι ο φυσικός τρόπος διατροφής του βρέφους και του μικρού παιδιού, που εξασφαλίζει σωστή ανάπτυξη και καλή υγεία. Προσφέρει την ιδανική τροφή για το νεογέννητο και το βρέφος, έτσι είναι η φυσιολογική και ιδανική διαδικασία με την οποία η μητέρα, όπως και κάθε θηλαστικό της φύσης, θρέφει το νεογέννητο της με γάλα που παράγεται από τους μαστούς της. (Riordan, 1999)

“Αν υπήρχε ένα καινούριο εμβόλιο που θα μπορούσε να προλαμβάνει ένα εκατομμύριο, ή περισσότερους θανάτους παιδιών το χρόνο, που θα ήταν φτηνό και θα μπορούσε να χορηγηθεί από το στόμα, χωρίς να χρειάζεται «ψυχρός» τρόπος συντήρησης, θα ήταν άμεση προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία. Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να πετύχει αυτόν τον στόχο και ακόμα περισσότερα. Χρειάζεται όμως τη δική του «θερμή αλυσίδα» υποστήριξης. Δηλαδή σωστή καθοδήγηση των μητέρων ν’ αποκτήσουν, αυτοπεποίθηση και προστασία, από βλαπτικές πρακτικές. Αν αυτή η «θερμή αλυσίδα» υποστήριξης έχει χαθεί από τον πολιτισμό μας, ή έχει λανθασμένα διαφοροποιηθεί, τότε θα πρέπει να αποκατασταθεί και να εφαρμοστεί από τους επαγγελματίες υγείας”.

(Lancet, 1994)

Η έναρξη του μητρικού θηλασμού ξεκινάει με την πρώτη θηλαστική κίνηση του νεογνού που έρπεται προς το μαστό της μητέρας του, μετά την γέννησή του. Ο Π.Ο.Υ. συστήνει όψιμη διατροφή του βρέφους και του μικρού παιδιού δηλαδή αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 6 μήνες και συνέχιση του για 2 χρόνια και πλέον, με κατάλληλη βρεφική συμπληρωματική διατροφή, για τη θεμελίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου για ολόκληρη τη ζωή.[52,113]

Η δραματική μείωση του μητρικού θηλασμού παγκοσμίως στα μέσα του περασμένου αιώνα είχε σαν συνέπεια τη κατακόρυφη αύξηση της νεογνικής, βρεφικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Η Παγκόσμια Κοινότητα Υγείας κατανόησε εγκαίρως την σπουδαιότητα και την σοβαρότητα του προβλήματος. Έτσι κινητοποιήθηκε και ευαισθητοποιήθηκε με οργανωμένα και συντονισμένα επίσημα βήματα Υποστήριξης κα Προώθησης του Μητρικού Θηλασμού:

1. Το 1981 από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly-WHA) θεσπίστηκε ο «Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος», (Παρ. 1)
2. Το 1989 οι Π.Ο.Υ. και UNICEF όρισαν τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μ.Θ.», (Παρ. 2)
3. Το 1990 υπογράφηκε η Διακήρυξη Innocenti, (Παρ. 3)
4. Το 1992 ανακοινώθηκε, η Πρωτοβουλία «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI), (Παρ. 4) από τις Π.Ο.Υ. και UNICEF, που βασίζεται στην εφαρμογή των άρθρων του «Διεθνούς Κώδικα» και των «Δέκα Βημάτων για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό».

Ο μητρικός θηλασμός είναι μια προσωπική δέσμευση της μητέρας προς το βρέφος, που δυστυχώς στις μέρες είναι μια απειλούμενη πρακτική και απαιτεί υποστήριξη από όλους για να επιστρέψει στην πλήρη, δυναμική ισχύ του. Είναι ολοφάνερο ότι ο μητρικός θηλασμός είναι μια φυσική συνέχεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της γαλακτοφορίας.[54,113]

Στη συνέχεια, θα δούμε τις ευεργετικές προεκτάσεις του μητρικού θηλασμού για το παιδί, τη μητέρα, την οικογένεια, την κοινωνία, την πολιτεία, την οικονομία και την οικολογία.

ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ (Ζάχου, Θ. 2010)

- Ιδανική σύνθεση των συστατικών του μητρικού γάλακτος για την σωματική ανάπτυξη του παιδιού.
- Προστασία από λοιμώξεις του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος.
- Προστασία από ιώσεις, αλλεργίες, αναιμία.
- Η πιο κατάλληλη τροφή για πολλές αρρώστιες της νεογνικής, βρεφικής και παιδικής ηλικίας, επίμονη διάρροια, νεκρωτική εντεροκολίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, σηψαιμία, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, δυσανεξία στο γάλα της αγελάδας, χειρουργικές επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ανεπάρκεια της I.C.A. ανοσοσφαιρίνης.
- Μείωση του κινδύνου αιφνιδίου θανάτου.
- Αύξηση της επιβίωσης των προώρων νεογνών.
- Προστασία από τον κίνδυνο νεανικού διαβήτη και την παχυσαρκία.
- Πρόληψη για μελλοντικό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.
- Ελάττωση της συχνότητας του παιδικού καρκίνου.
- Βελτίωση του λόγου στα παιδιά με σχιστίες.
- Μείωση της τερηδόνας και των ορθοδοντικών προβλημάτων.
- Αύξηση της οπτικής οξύτητας.
- Αύξηση του δείκτη νοημοσύνης.
- Συμβολή στην ηρεμία του βρέφους λόγω ειδικής ορμόνης στο μητρικό γάλα.
- Συμβολή στη διαμόρφωση υγιούς προσωπικότητας και στο κτίσιμο της ψυχικής υγείας.



ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ – ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ (Ζάχου, Θ. 2010)

- Πρόληψη της αναιμίας.
- Πρόληψη της συμφορητικής διόγκωσης των μαστών και της μετατροπής της μαστίτιδας σε απόστημα.
- Βελτίωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.
- Προστασία από καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου και των ωοθηκών.
- Μείωση του όγκου υπάρχοντος ινομυώματος.
- Βελτίωση της ενδομητρίωσης.
- Προστασία από την οστεοπόρωση.
- Βελτίωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και του ερυθηματώδη λύκου.
- Προφύλαξη από μια σύντομη νέα εγκυμοσύνη.
- Συμβολή στην καλύτερη ρύθμιση του σωματικού βάρους της μητέρας.
- Προαγωγή της ψυχικής υγείας της μητέρας κατά την περίοδο της λοχείας.
- Ικανοποίηση από την ολοκλήρωση της σαν γυναίκα – μητέρα.
- Διευκόλυνση στη σίτιση κατά τις εξόδους με το παιδί.
- Οικονομία .



ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ – ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ (Ζάχου, Θ. 2010)

- Μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας για τις μητέρες και τα παιδιά.
- Μείωση των εξόδων φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Μείωση των εξόδων αγοράς ξένου γάλακτος σε κοινωνικό και εθνικό επίπεδο.
- Είναι οικολογικός και φυσικός αστείρευτος πόρος, ευεργετικός για τον πλανήτη.

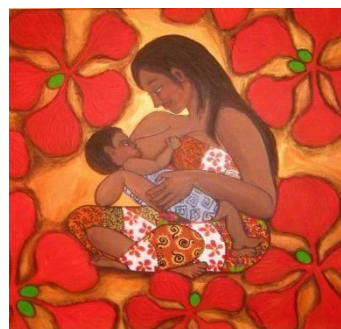
ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ (Ζάχου, Θ. 2010)

Ο μητρικός θηλασμός προσφέρει ένα αξιοσημείωτο οικονομικό όφελος στις οικογένειες, στις κοινότητες, στα κράτη, άλλα και στις νοσοκομειακές δομές μιας χώρας. Όλα τα κράτη δαπανούν υπέρογκα ποσά για την αγορά και χορήγηση υποκατάστατου βρεφικού γάλακτος (οι περισσότερες χώρες κάνουν εισαγωγή), καθώς και στις δαπάνες για υγειονομική – νοσοκομειακή περίθαλψη, που προκύπτουν λόγω της εφαρμογής της τεχνητής διατροφής στη σίτιση των βρεφών. Η μεγάλη έλλειψη προσωπικού που παρατηρείται στις νοσοκομειακές δομές σε συνδυασμό με τον όλο και πιο μειωμένο προϋπολογισμό στον τομέα της υγείας έρχεται σε θέση να επιβαρύνεται το σύστημα υγείας. Πρώτον, γιατί το κράτος πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες που προκύπτουν για τη φροντίδα των βρεφών και ύστερα να δαπανούν επιπλέον πολύτιμους οικονομικούς πόρους για την αντιμετώπιση διάφορων ασθενειών και λοιμώξεων των βρεφών και των μητέρων που δε θηλάζουν. Έτσι, στερούνται προγράμματα αγωγής υγείας και πρόληψης ο υγιής πληθυσμός και οι μικρές ηλικίες, που είναι το μέλλον

κάθε χώρας.[53] Το κόστος αγοράς ξένου γάλακτος μπορεί να αντιστοιχεί έως και 50% του μηνιαίου κατώτατου μισθού για τις οικογένειες στις αναπτυσσόμενες χώρες. (Ball and Wright, 1999)

ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑ (Ζάχου, Θ. 2010)

Η χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος έχει βαρύ αντίκτυπο στο περιβάλλον και γενικότερα στον πλανήτη. Το καλλιεργητικό πλάνο που αναπτύσσεται με την παραγωγή του αγελαδινού γάλακτος (χημικά λιπάσματα, βοσκοτόπια, διατροφή βοοειδών (Soyamolasses), μεθάνιο, ζωικά απόβλητα), καθώς και η βιομηχανική διαδικασία κατασκευής και διανομής του προϊόντος, η ενέργεια που χρειάζεται για τον κύκλο παραγωγής, μεταφοράς, κατανάλωσης και η διαχείριση της τεράστιας ποσότητας βλαβερών αποβλήτων πλήττουν ανεπανόρθωτα το περιβάλλον. Το περιβάλλον επιβαρύνεται επίσης, από τη σπατάλη φυσικών πηγών, όπως το νερό που καταναλώνεται, για την παρασκευή του γάλακτος και την καθαριότητα των υλικών που χρησιμοποιούνται, καθώς και η ηλεκτρική ενέργεια που χρειάζεται για την αποστείρωση και αποθήκευσή του.



3.6 Ο μητρικός θηλασμός σε κρίσιμες καταστάσεις

Ο μητρικός θηλασμός είναι αναφαίρετο δικαίωμα κάθε νέας μητέρας σε κρίσιμες καταστάσεις και έχει άμεση συσχέτιση με τις επιπτώσεις τόσο στην υγεία της μητέρας όσο και του βρέφους. Τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι συχνά πολύ υψηλά σε έκτακτες καταστάσεις, με κύριο απειλητικό πρωταγωνιστή τη διάρροια. (Khan and Munshi, 1983, Yip and Sharp, 1993, O'Connor et al., 2001)

Ο Π.Ο.Υ. θεωρεί ότι ο αποκλειστικός θηλασμός είναι το πρώτο μέτρο για να προληφθεί η διάρροια στα βρέφη, καθότι έτσι μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς τα παθογόνα μικρόβια και οι λοιμώξεις. Η μοναδική ασπίδα προστασίας που διαθέτει το νεογέννητο είναι αυτή η τόσο σπουδαία που του παρέχει το πρωτόγαλα (πύαρ). Θεωρείται ότι είναι ο πρώτος εμβολιασμός του βρέφους, διότι με το θηλασμό περνάνε στο βρέφος αντισώματα και ζωντανά κύτταρα που το προστατεύουν από βακτήρια και παθογόνους μικροοργανισμούς, μέχρι να αποκτήσει ενεργητική ανοσία μέσω του εμβολιασμού.

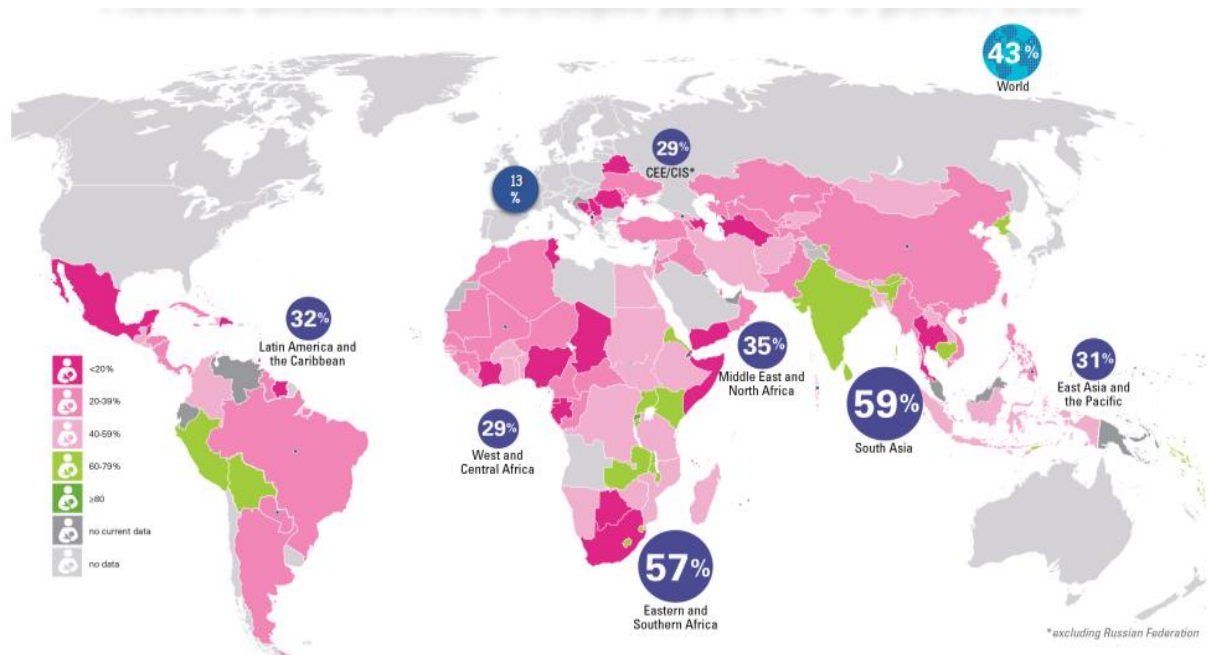


Υποστηρίζοντας και ενισχύοντας τις ορθές πρακτικές σίτισης των βρεφών αυξάνουμε τα

ποσοστά επιβίωσης τους σε έκτακτες και κρίσιμες καταστάσεις. Οι πρακτικές που είναι αναγκαίο να εφαρμόζονται περιλαμβάνουν: αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και συνέχισή του μαζί με κατάλληλη συμπληρωματική τροφή μέχρι και τα 2 χρόνια ή και περισσότερο. (WHO and UNICEF, 2003) [112,113]

Παρόλο που το όφελος για τα παιδιά είναι τεράστιο και πολύπλευρο, δυστυχώς το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού παγκοσμίως είναι ακόμη περίπου στο 43%

Ποσοστά % αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής των βρεφών, παγκόσμια (2015)



Πηγή: UNICEF global databases, 2016.

Ο θηλασμός παρέχει απλόχερα προστασία κατά της διάρροιας αφού προσφέρει μια σίγουρη, ασφαλή τροφή και ασφαλές νερό, καθώς και αντιβακτηριδιακούς, αντιικούς και αντιπρωτοζωικούς παράγοντες που φράζουν αλλά και διαχειρίζονται την αρρώστια. (Gribble, 2007) [113,114]

Τα βρέφη που σιτίζονται με τεχνητή διατροφή είναι ευάλωτα στη διάρροια γιατί εκτίθενται στους παθογόνους παράγοντες που μπορεί να περιέχονται στα γάλατα σε σκόνη, ή που εισάγονται μέσω της παρασκευής της τροφής. (Pan American Health Organization, 2002, Barron and Forsythe, 2007)

Σοβαρά κρούσματα διάρροιας σε βρέφη και μικρά παιδιά ξεσπούν σε έκτακτες και κρίσιμες καταστάσεις, πρωτίστως λόγω απουσίας αξιόπιστης και ασφαλούς πρόσβασης σε τροφή και νερό και δευτερευόντως λόγω του συνωστισμού και της περιορισμένης πρόσβασης σε ποιοτική ιατρική φροντίδα. (Toole and Waldman, 1997; Adhisivam et al., 2006; Doocy and Burnham, 2006.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΥΗΣΗ ΣΤΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ – ΕΔΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

4.1 Προγεννητική προετοιμασία και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού

Η σωστή προγεννητική προετοιμασία των γονέων και των ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντός τους καθορίζει την επιτυχή εδραίωση και εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού. Σε αυτή περιλαμβάνεται η ορθή ενημέρωση για τα οφέλη και τη σημασία του μητρικού θηλασμού για το νεογέννητο και γενικότερα την ισορροπία της οικογένειας. Ο ακρογωνιαίος λίθος της εκπαίδευσης αναφέρεται λεπτομερώς και ξεκάθαρα στις βασικές αρχές του θηλασμού και την έγκυρη αντιμετώπιση των κοινών προβλημάτων και δυσκολιών που προκύπτουν κατά την διάρκεια της γαλουχίας με ιδιαίτερη έμφαση στην περίοδο παραμονής στην μαιευτική δομή.[55,56]

Ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF (WHO and UNICEF,2009) κατανοώντας την σπουδαιότητα της προγεννητικής ενημέρωσης των εγκύων ενσωμάτωσαν στα «Δέκα βήματα» για τον επιτυχή θηλασμό το 3^ο Βήμα: «Ενημέρωση όλων των εγκύων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού». (παρ. 2)

Για να έχουμε αποτελεσματική προγεννητική υποστήριξη του μητρικού θηλασμού είναι αναγκαίο οι επαγγελματίες αλλά και οι κρατικοί φορείς υγείας να αποτελέσουν θερμή αλυσίδα υποστήριξης, προώθησης και προστασίας του μητρικού θηλασμού εφαρμόζοντας τα εξής:

- **Τη δημιουργία ειδικών χώρων φιλικών προς το θηλασμό.** Σε αυτούς τους χώρους θα γίνεται η παρακολούθηση των εγκύων και θα υπάρχει σε θεατά σημεία η γραπτή πολιτική για τον θηλασμό καθώς και γραπτές πληροφορίες σχετικά με αυτόν.

Απαγορεύονται σε αυτούς τους χώρους η προβολή, προώθηση και παροχή δειγμάτων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και ενημερωτικών εντύπων που έχουν συνάφεια με τα προϊόντα ξένου γάλακτος. (παρ. 1, 2)

- **Η προγεννητική φροντίδα να περιλαμβάνει την παρακολούθηση, την εκπαίδευση και την υποστήριξη των γονέων και των οικογενειών τους στο μητρικό θηλασμό.** Θα πρέπει να γίνεται ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και τη σπουδαιότητα του αποκλειστικού θηλασμού, αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων και δυσκολιών που πιθανόν θα προκύψουν στην περίοδο της λοχείας. Είναι αναγκαίο, να εκπαιδεύονται οι γονείς για τα σημάδια πείνας του νεογέννητου, τη συχνότητα των γευμάτων του, τις διάφορες θέσεις θηλασμού, όπως και για τον σωστό τρόπο σύλληψης της θηλής. Να καταρτίζεται πλάνο

τοκετού με στόχευση τον άμεσο θηλασμό μέσα στην 1^η ώρα ζωής του βρέφους και συνδιαμονή μητέρας – βρέφους 24 ώρες/24ωρο καθ' όλη την παραμονή τους στη μαιευτική δομή. (παρ. 2) [49,55,113]

- **Ορθή λήψη αναλυτικού ιστορικού θηλασμού.** Κατά την περιγεννητική φροντίδα να γίνει σφαιρική παρακολούθηση μιας εγκυμοσύνης. Θα πρέπει να λαμβάνεται πλήρες ιστορικό θηλασμού, ώστε αυτό από μόνο του να οδηγεί σε μεγάλο βαθμό στον επιτυχή θηλασμό. (παρ. 2), [56]

- **Να λαμβάνονται υπόψη η κουλτούρα, οι πεποιθήσεις και το πολιτιστικό πλαίσιο των εγκύων, των οικογενειών αλλά και των κοινοτήτων τους.** Οι γνώσεις αυτές βοηθούν ώστε να προσφέρεται η κατάλληλη εκπαίδευση και υποστήριξη των γονέων και των οικογενειών τους. [58]

- **Την κλινική εξέταση του μαστού και των θηλών κατά την προγεννητική παρακολούθηση.** Οι τυχόν χειρουργικές επεμβάσεις στον μαστό αλλά και η ανώμαλη ανάπτυξή του, θα παίξουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχή εγκατάσταση του θηλασμού. [57,58,59]

4.2 Θεμελιακές πρακτικές κατά τις πρώτες μέρες ζωής στην μαιευτική δομή

4.2.1 Έναρξη θηλασμού μέσα στην 1^η ώρα γέννησης και επαφή δέρμα με δέρμα (skin to skin)

Ο πρώτος θηλασμός μετά τη γέννηση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχή εδραίωση του θηλασμού. Για το λόγο αυτό η UNICEF, για τα «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία» με το 4^ο από τα 10 βήματα συστήνει θηλασμό την 1^η ώρα από τη γέννηση. Η επαφή δέρμα με δέρμα υποστηρίζεται ακόμη και μετά από καισαρική τομή, εφόσον η κατάσταση της μητέρας και του νεογνού το επιτρέπουν. (παρ. 4) [60,61,113]

Η επαφή δέρμα με δέρμα αμέσως μετά τον τοκετό συμβάλλει στη θερμορρύθμιση όχι μόνο του τελειόμηνου αλλά και του προώρου νεογνού. Κατέχει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη και εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού, στην ενίσχυση του ψυχο-συναισθηματικού δεσμού μητέρας – παιδιού.

Κατά την επαφή δέρμα με δέρμα το νεογνό μετά το στέγνωμα, τοποθετείται γυμνό πάνω στο στήθος της μητέρας του, ενώ καλύπτεται με ζεστό σκέπασμα. Εάν αφηθεί ανενόχλητο ακολουθεί ενστικτωδώς το ακόλουθο πρότυπο συμπεριφοράς. Σύντομα μετά την τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας του σταματάει να κλαίει και ηρεμεί. Σιγά – σιγά από μόνο του, αλλά και με την ήπια καθοδήγηση της μητέρας του αρχίζει να μετακινείται έρποντας προς το στήθος της. Όταν φτάσει κοντά στον μαστό, με οδηγό την αφή και την όσφρηση προσκολλάται σε αυτόν και ξεκινάει τον θηλασμό.

Για την αύξηση των ποσοστών μητρικού θηλασμού είναι αναγκαία η επαφή δέρμα με δέρμα όχι μόνο στην αίθουσα τοκετού, αλλά και σε όλη την παραμονή της μητέρας και του βρέφους

στη μαιευτική δομή. Για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητη η συνδιαμονή της μητέρας και του νεογνού στη μαιευτική δομή. (παρ. 4) [54,62,63,113]

Δυστυχώς, στις μέρες μας συναντάμε τον αποχωρισμό του νεογέννητου από την μητέρα του αμέσως μετά τη γέννηση. Αυτή η πρακτική εφαρμόζεται όχι μόνο στα πρόωρα νεογνά που πιθανόν να χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας αλλά και στα υγιή τελειόμηνα νεογνά, χωρίς ανάγκη ανάνηψης ή άλλης άμεσης παρέμβασης.

4.2.2 Συνύπαρξη μητέρας - βρέφους όλο το 24ωρο στη μαιευτική δομή (rooming -in)

Ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF (WHO and UNICEF, 2009) κατανοώντας την μεγάλη σημασία της συνύπαρξης του βρέφους με την μητέρα του από την πρώτη στιγμή της γέννησής του ορίζει στο 7^ο από τα «Δέκα Βήματα» για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό την διαρκή παραμονή του βρέφους κοντά στη μητέρα του 24 ώρες/24ωρο πετυχαίνοντας έτσι την εδραίωση και συνέχιση του μητρικού θηλασμού με επιτυχία. (παρ. 2, 4) [64,65,113]

Με την εφαρμογή αυτής της πρακτικής κατορθώνεται να υπάρχει συνεχής σωματική, βλεμματική και ψυχοσυναισθηματική επαφή των γονέων, ιδιαίτερα της μητέρας με το βρέφος. Η συνύπαρξη αυτή στο ίδιο δωμάτιο της μαιευτικής δομής συνδέεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα θηλασμών, γιατί η μητέρα παρατηρεί, αξιολογεί και ανταποκρίνεται ευθέως και άμεσα στα πρώιμα σημάδια πείνας του βρέφους της. [66,67]

Κατά τις πρώτες ημέρες της ζωής του βρέφους παρατηρείται φυσιολογικά απώλεια σωματικού βάρους σε σχέση με το βάρος γέννησής του. Η μέγιστη απώλεια παρουσιάζεται το 3^ο 24ωρο ζωής που φτάνει περίπου το 7%. Όλες οι παραπάνω πρακτικές συμβάλλουν ώστε ο ρυθμός πρόσληψης βάρους, να είναι σταθερός ή μεγαλύτερος στα βρέφη που παραμένουν κοντά στη μητέρα τους. Αυτό δικαιολογείται πιθανόν γιατί έχουμε μικρότερη κατανάλωση ενέργειας στα πλαίσια κλάματος ή κινήσεων που κάνει το πεινασμένο βρέφος σε συνδυασμό με την έγκαιρη



αναγνώριση των σημείων πείνας από τις μητέρες, οι οποίες ανταποκρίνονται άμεσα για την κάλυψη των αναγκών τους. Ο αυξημένος αριθμός θηλασμών που πετυχαίνεται με την συνδιαμονή μητέρας – βρέφους δεν καλύπτει μόνο τις σιτιστικές ανάγκες των βρεφών αλλά βοηθάει στην εδραίωση και εγκατάσταση της γαλουχίας.[66,68]

Από πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν αλλά και από την καθημερινή επαφή των μητέρων με τους επαγγελματίες υγείας στις μαιευτικές δομές γνωρίζουμε ότι μετά την έξοδο τους από αυτές αισθάνονται πιο σίγουρες και ικανές να φροντίσουν το μωρό τους, σε σύγκριση με μητέρες που δεν είχαν συνδιαμονή. Επιπλέον, φαίνεται ότι η εφαρμογή αυτής της πρακτικής τις πρώτες ημέρες δεν ευνοεί μόνο την ανάπτυξη του μοναδικού δεσμού μητέρας – βρέφους, αλλά θέτει και τις βάσεις για την υγιή

σχέση πατέρα – βρέφους, καθώς του δίνεται η ευκαιρία μέσα από τη φροντίδα του να δημιουργηθούν οι πρώτοι συναισθηματικοί κρίκοι μεταξύ τους και κατ' επέκταση η εδραίωση της μετέπειτα ομαλής οικογενειακής ζωής.[54,69]

Συμπερασματικά, οι πρακτικές των πρώτων ημερών, μέσα στη μαιευτική δομή, θεωρούνται θεμελιακές και κατέχουν το κλειδί για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό. Η προώθηση της συνδιαμονής μητέρας και βρέφους βελτιώνει σημαντικά την επιτυχία του θηλασμού καθώς κατέχει βασικό ρόλο στην εδραίωση και στην συνέχισή του.[113,114]

4.2.3 Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από τις μαιευτικές δομές

Το 1981 ο Π.Ο.Υ. θέσπισε τον Διεθνή Κώδικα για την Εμπορία των Υποκατάστατων του Μητρικού Γάλακτος (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes), όπου διαφαίνεται σαφέστατα και από τους 7 κώδικες, που περιλαμβάνει ότι η εμπορία και διανομή των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος δεν πρέπει να εμποδίζουν την προστασία και προώθηση του μητρικού θηλασμού, καθώς και ότι καμία υπηρεσία του συστήματος υγείας δεν πρέπει να εξυπηρετεί την προώθηση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος [125].

Το 1991 η UNICEF και ο Π.Ο.Υ. θέσπισαν την «Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία» (Baby Friendly Hospital Initiative) με σκοπό την βελτίωση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού [126,127].

Οι βασικοί πυλώνες που διασφαλίζουν το «Φιλικό προς το Βρέφος Νοσοκομείο» σύμφωνα με τους WHO/UNICEF (2006), η σημαντικότητα και ο τρόπος με τον οποίο το κάθε βήμα διασφαλίζει ή σχετίζεται με το άλλο αναλύονται στο Παράρτημα 2.

Για να πιστοποιηθεί ένα νοσοκομείο ως «Φιλικό προς τα Βρέφη» θα πρέπει να εφαρμόζει τα «Δέκα βήματα» για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού και να εφαρμόζει αυστηρά τις διατάξεις του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος [128].

Στην Ελλάδα ως “Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία” έχουν αναγνωρισθεί το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο - «Έλενα Βενιζέλου», το ιδιωτικό μαιευτήριο “Μητέρα” και το Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Γίνεται αξιοσημείωτη προσπάθεια από έναν μεγάλο αριθμό μαιευτικών δομών – δημόσιων και ιδιωτικών – να τηρήσουν κάποια από τα «Δέκα βήματα» για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, χωρίς όμως να καλύπτουν επαρκώς το σύνολο των προϋποθέσεων που είναι αναγκαίες για να επιτύχουν πιστοποίηση ως «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία».

4.3 Παρακολούθηση και επανεκτίμηση της μαιευτικής δομής «Φιλικής προς τα Βρέφη»

Για να διατηρούνται και να εφαρμόζονται τα πρότυπα της «Φιλικής προς τα Βρέφη» μαιευτικής δομής, θα πρέπει να κατακτηθούν τρεις γενικοί στόχοι που αφορούν την

παρακολούθηση και την επανεκτίμησή τους:

▪ «Να υποστηρίζεται και να ενεργοποιείται το προσωπικό της μαιευτικής δομής, ώστε να διατηρούνται οι φιλικές προς τα βρέφη πρακτικές», κάτι το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας. Υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ των γνώσεων, στάσεων και των πρακτικών των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την φροντίδα μητέρας – βρέφους σε σχέση με την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων». Οι γνώσεις και οι στάσεις καθορίζουν και επηρεάζουν τις πρακτικές, αλλά και η εφαρμογή των ορθών πρακτικών ενισχύει με τη σειρά της τις γνώσεις και τις στάσεις.



Εικόνα 10: Αλληλεξάρτηση γνώσεων και στάσεων - Δέκα βήματα - μητρικός θηλασμός

- «Να επιβεβαιωθεί κατά πόσο οι νεοαποκτηθείσες εμπειρίες των μητέρων στη μαιευτική δομή τις βοήθησαν να θηλάσουν με επιτυχία τις πρώτες ημέρες ζωής του βρέφους».
- «Να εξακριβωθεί αν δεν εφαρμόζεται ολοκληρωτικά κάποιο από τα «Δέκα Βήματα» στη δομή και στη συνέχεια να οργανωθεί σφαιρικά, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες διεργασίες για να επιτευχθούν οι αναγκαίες βελτιώσεις» (WHO/UNICEF, 2006).
- «Να επιβεβαιωθεί εάν οι κυβερνήσεις και άλλοι υπεύθυνοι οργανισμοί εφαρμόζουν και επιβάλλουν το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και των παρεμφερών αποφάσεων της συνέλευσης της Π.Ο.Υ.» (WHO/UNICEF, 2006).

Αυτός ο στόχος έχει σχέση με τα εθνικά μέτρα που λαμβάνονται από κάθε κράτος για τη λήψη δωρεάν και χαμηλού κόστους προμηθειών υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, φιαλών και πιπίλων.

Συμπερασματικά, οι πρακτικές των πρώτων ημερών, μέσα στη μαιευτική δομή, θεωρούνται θεμελιακές και κατέχουν το κλειδί για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό. Η προώθηση της συνδιαμονής μητέρας και βρέφους, καθώς και η αυστηρή εφαρμογή του Διεθνή Κώδικα για την Εμπορία των Υποκατάστατων του Μητρικού Γάλακτος βελτιώνει σημαντικά την επιτυχία του θηλασμού καθώς κατέχει βασικό ρόλο στην εδραίωση και στην συνέχισή του.[113,114]

4.4 Αξία ορθών πρακτικών και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας στις μαιευτικές δομές

Οι πρακτικές των σωστά καταρτισμένων επαγγελματιών υγείας συμβάλλουν καταλυτικά, τόσο στην προγεννητική φροντίδα όσο και στη συνέχεια της φροντίδας μητέρας – βρέφους στις μαιευτικές δομές. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να παρέχουν όχι μόνο μύηση στη τέχνη του μητρικού θηλασμού αλλά και πλήρη, σωστή ενημέρωση των ζευγαριών και των οικογενειών τους, όσον αφορά την εμπέδωση των ωφελειών, που προσφέρει. Όλα αυτά βοηθάνε καθοριστικά στο να επιτευχθεί η αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού και κυρίως του αποκλειστικού, που τα ποσοστά του είναι χαμηλά παγκοσμίως (περίπου 43%) και ακόμη χαμηλότερα στη χώρα μας σύμφωνα με τα δεδομένα που προκύπτουν από την Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα, 2018 και τη UNICEF global databases, 2016.

Η προώθηση της συνδιαμονής μητέρας – βρέφους βελτιώνει σημαντικά την επιτυχία του θηλασμού, γιατί με αυτόν τον τρόπο εκπαιδεύεται η μητέρα, ώστε να γίνεται σωστή πρόσφυση του νεογνού στο μαστό και να επιλέγονται στάσεις θηλασμού που βολεύουν περισσότερο. Ο τρόπος που το νεογνό πιάνει την θηλή είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς η λανθασμένη πρόσφυση στον μαστό συχνά οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη γάλακτος ή σε πληγωμένες θηλές, με αποτέλεσμα την μειωμένη παραγωγή, την απογοήτευση της μητέρας και τελικά τον απογαλακτισμό.[70,71]

Σύμφωνα με το 8^ο από τα «Δέκα Βήματα» για επιτυχή μητρικό θηλασμό της UNICEF, το βρέφος πρέπει να θηλάζει κατ' απαίτησή του (παρ. 2). Ως φυσική λειτουργία δεν μπορεί να διέπεται από αυστηρούς κανόνες αλλά θα πρέπει να γίνεται κατ' απαίτηση του νεογνού επειδή έτσι ρυθμίζεται ταυτόχρονα η παραγωγή γάλακτος. Εάν εξασφαλίσει ένα ελάχιστο αριθμό γευμάτων στο 24ωρο θα αποφευχθούν σημεία αφυδάτωσης, υποσιτισμού και σοβαρής υπερχολερυθριναιμίας. Είναι αναγκαίο το νεογνό να καθορίζει τη διάρκεια και τη συχνότητα των γευμάτων του. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο θηλασμός κατά απαίτηση βοηθά στην εδραίωση και αύξηση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού ενώ αντίθετα, η επιθυμία των γονέων για προγραμματισμένη σίτιση δρα αρνητικά στον θηλασμό.[70,72]

Τέλος, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση των μητέρων αλλά και η ορθή εφαρμογή πρακτικών από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό στις μαιευτικές δομές είναι τελείως απαραίτητη, ώστε να επιτευχθεί:

- Πρώιμη έναρξη θηλασμού στην 1^η ώρα γέννησης και επαφή δέρμα με δέρμα (skin to skin)
- Συνδιαμονή μητέρας – βρέφους στη μαιευτική δομή (rooming-in)
- Ορθή καθοδήγηση των μητέρων για σωστή πρόσφυση στο μαστό και βολικές θέσεις θηλασμού.

- Αναγνώριση των πρώιμων σημείων πείνας του βρέφους, έτσι ώστε να μπορεί να ικανοποιεί η μητέρα άμεσα τις ανάγκες του.
- Εφαρμογή του κανόνα: «Ζήτησης και προσφοράς» στο θηλασμό λαμβάνοντας υπόψη τις απαιτήσεις του βρέφους. (παρ. 4) [70,71,72]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

5.1 Αποτελεσματικότητα των «Δέκα Βημάτων»

Τα «Δέκα Βήματα» όπως προείπαμε, έχουν επινοηθεί και αποφασιστεί από τον Π.Ο.Υ. και την UNICEF (παρ. 2) με σκοπό την βελτιστοποίηση των ποσοστών επιτυχίας του θηλασμού με έμφαση τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να παρέχουν βασική και εύκολη εφαρμογή στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές δομές. Χαρτογραφούν τις πιο ουσιαστικές και καταλυτικές ανάγκες που θα σημαδέψουν και θα εδραιώσουν την δυαδική σχέση μητέρας – βρέφους μέσα στο χρόνο. [52,129,130]

Πολύ σημαντικά σημεία της εφαρμογής τους είναι η εκπαίδευση, η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού, ο θηλασμός όποτε ζητηθεί από το βρέφος, και η αποφυγή χρήσης τεχνητών μέσων/βοηθημάτων. Η αποτελεσματικότητα των «Δέκα Βημάτων» έχει ευρέως μελετηθεί (World Health Organization, 1991; Schneidrova et al., 2003; Merten & Ackermann Liebrich, 2004; Broadfoot et al., 2005; Spyby et al., 2009; Beake et al., 2012; Perez-Escamilla et al., 2016;). Παράλληλα, η «Πρωτοβουλία Φίλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (Baby-Friendly Hospital Initiative) - BFHI σε συνδυασμό με τα «Δέκα Βήματα» (παρ.2,3) που απευθύνονται στο προσωπικό των μαιευτικών δομών, αποτελούν την χρυσή τομή για τη βελτιστοποίηση των ποσοστών επιτυχίας του μητρικού θηλασμού.[129,130,131,132]

Η Perez-Escamilla et al. (2016) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση που διαφαίνεται ξεκάθαρα η αποτελεσματικότητα των «Δέκα Βημάτων» ξεχωριστά για το καθένα. Μέσα από 35 άρθρα που μελέτησαν κατέληξαν στο πόρισμα ότι η εγκατάλειψη των λάθος πρακτικών και η υιοθέτηση ορθών στις μαιευτικές δομές σύμφωνα με τα «Δέκα Βήματα» πέτυχαν την βελτιστοποίηση και την αύξηση των ποσοστών επιτυχίας του μητρικού θηλασμού.

Βήμα 1ο: Η ύπαρξη γραπτής πολιτικής συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού, καθώς εφαρμόζεται καθολικά από τους επαγγελματίες υγείας κάθε μαιευτικής δομής, που εμπλέκεται με τη φροντίδα του νεογέννητου.

Βήμα 2ο: Παρατηρείται αύξηση των ορθών πρακτικών και βελτίωση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για το μητρικό θηλασμό. Η ολοκληρωμένη επιστημονική κατάρτιση τους συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της διάρκειας και της συχνότητας του θηλασμού των βρεφών.

Βήμα 3ο: Έχουμε εξοικείωση του μαιευτικού προσωπικού και κατ' επέκταση των μητέρων με την κουλτούρα και την τέχνη του μητρικού θηλασμού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προσφέρεται ουσιαστική ενημέρωση, βοήθεια καθώς και γονεϊκή υποστήριξή τους.

Βήμα 4ο: Η στήριξη που παρέχεται στις μητέρες από τους επαγγελματίες υγείας για να θηλάσουν εντός της 1^{ης} ώρας αμέσως μετά τον τοκετό, αυξάνει την πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από τη μαιευτική δομή.

Βήμα 6ο & 9ο: Πετυχαίνεται με την απομάκρυνση των παρασκευασμάτων ξένου γάλακτος καθώς και των τεχνητών θηλών -πιπίλων για βρέφη.

Με τις ακόλουθες συστηματικές ανασκοπήσεις (Fontes Figueredo et al., 2012; Spyby et al., 2009;) φαίνεται ξεκάθαρα ο καθοριστικός ρόλος όλων των βημάτων και η αλυσιδωτή σχέση με τους επαγγελματίες υγείας των μαιευτικών δομών. Πάντα με στόχο τη στήριξη της μητέρας και του βρέφους για την έναρξη του θηλασμού, τη συνέχιση, την εγκαθίδρυση και την αποκλειστικότητα του.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι με την εγκαθίδρυση της Διεθνούς Πρωτοβουλίας για τη δημιουργία νοσοκομείων «Φίλικα προς τα Βρέφη» τεκμηριώθηκε η σπουδαιότητα και η χρησιμότητα των «Δέκα Βημάτων» (Philip & Radford, 2006; Caldeira & Goncalves, 2007; Perez-Escamilla et al., 2007; Declercq et al., 2009; Abrahams & Labbok, 2012; Victora et al., 2016; Schmied et al., 2011; Lou et al., 2014; Ekstrom & Thprstensson, 2015;) και παρ' όλο που η εφαρμογή τους σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά μητρικού θηλασμού (Kramer et al., 2001; Merten et al., 2004; Ekstrom & Thprstensson, 2015; Ζακαρία- Γκρόκοβιτς et al., 2012;) εντούτοις επικρατεί μεγάλη ανησυχία διεθνώς πως δεν εφαρμόζονται από όλες τις μαιευτικές δομές. Επίσης, εξίσου ανησυχητικό με παράλληλη αύξηση των κερδών των βιομηχανιών γάλακτος – formula (Chalmers et al., 2009; Afiyanti & Juliastudi, 2012; Rollins et al., 2016; McFadden et al., 2016; Baker et al., 2016;).

5.2 Ελληνικά δρώμενα στις μαιευτικές δομές

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (ΙΥΠ), (Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής) σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), (Τομέας Υγείας του Παιδιού), πραγματοποίησαν την πρώτη «Εθνική Μελέτη για την εκτίμηση της συχνότητας και των κύριων προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα» (2007). Χαρακτηριστικό παράδειγμα της μελέτης είναι τα αυξημένα ποσοστά έναρξης του μητρικού θηλασμού, που όμως στη συνέχεια σημειώνει μείωση των ποσοστών κυρίως του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού κατά την 1^η εβδομάδα ζωής των βρεφών. Το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στον 6^ο μήνα ζωής ήταν σχεδόν μηδενικό, γεγονός το οποίο απέχει σημαντικά από τη στοχοθεσία που έχει θέσει ο Π.Ο.Υ. [71,112], (Γραφήμα: 2,3,4).

Τα συμπεράσματα της μελέτης οδήγησαν στην ανάληψη από το ΙΥΠ του προγράμματος «ΑΛΚΥΟΝΗ: Εθνική Πρωτοβουλία Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού» (παρ. 5), [72].

Το 2017 το ΙΥΠ σε συνεργασία με την ΕΣΔΥ πραγματοποίησε τη δεύτερη Εθνική Μελέτη, εφαρμόζοντας κοινή μεθοδολογία και εργαλεία συλλογής πληροφοριών, με σκοπό την συγκριτική χαρτογράφηση της εξέλιξης της συχνότητας και των κύριων προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα μέσα στα χρόνια 2007-2017.[87].

Έγινε χρήση ερωτηματολογίου που είχε σαν σκοπό τη συλλογή στοιχείων για τη σιτιστικές συνήθειες του βρέφους από τη γέννηση. Καθώς και για ορισμένες πρακτικές των επαγγελματιών υγείας στις μαιευτικές δομές δημόσιες και ιδιωτικές της χώρας που εφαρμόζονται κατά τις πρώτες ημέρες ζωής, και σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία σχετίζονται με τη συχνότητα του μητρικού θηλασμού. Αυτές οι πρακτικές είναι η τοποθέτηση του μωρού στο στήθος εντός της 1^{ης} ώρας αμέσως μετά τον τοκετό (skin to skin). Μια άλλη σημαντική πρακτική είναι η συνδιαμονή μητέρας – νεογνού 24ώρες /24ωρο (rooming-in) και τέλος, η έλλειψη προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από τις μαιευτικές δομές. [115,116]

Επίσης, συλλέχθηκαν πληροφορίες από την περιγεννητική περίοδο, όπως το είδος του τοκετού, η διάρκεια κύησης, η νοσηλεία σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών [71,87].

Η μελέτη έδειξε ότι όσον αφορά:

- **Την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος εντός της 1^{ης} ώρας αμέσως μετά τον τοκετό (skin to skin).** Βρέθηκε ότι το 51% των μητέρων θήλασαν εντός της 1^{ης} ώρας αμέσως μετά τον τοκετό χωρίς να παρατηρείται στατιστικά διαφορά μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών μαιευτικών δομών.[87], (Πίνακας 1), (Γράφημα 1α)

- **Την συνδιαμονή μητέρας-νεογνού (rooming-in).** Η πρακτική της συνδιαμονής εφαρμόστηκε στο 63% του δείγματος. Η εφαρμογή της ήταν σχεδόν καθολική στις δημόσιες μαιευτικές δομές (94%) έναντι των ιδιωτικών (48%). [87], (Πίνακας 1), (Γράφημα: 1α).

- **Την προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από τις μαιευτικές δομές.** Οι μητέρες του δείγματος ρωτήθηκαν αν φεύγοντας από τη μαιευτική δομή όπου γέννησαν τους δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο υποκατάστατο μητρικού γάλακτος και αν τους δόθηκε δωρεάν δείγμα. Οι μισές περίπου μητέρες (47%) ανέφεραν ότι έλαβαν συνταγή ή σημείωμα για κάποιο υποκατάστατο μητρικού γάλακτος φεύγοντας, ενώ σχεδόν μία στις πέντε (19%) έλαβε δωρεάν δείγμα υποκατάστατου μητρικού γάλακτος (Πίνακας 1). Οι παραπάνω πρακτικές δε διέφεραν μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών μαιευτικών δομών.[87], (Παράρτημα 2), (Πίνακας 1), (Γράφημα:1β).

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι μητέρες που το νεογνό τους χρειάστηκε να νοσηλευθεί στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN), περίπου 8 στις 10 χορήγησαν σε αυτό μητρικό γάλα, ενώ σχεδόν οι μισές θήλασαν το μωρό τους κατά την παραμονή του στη MENN (Πίνακας 2),[87,88]

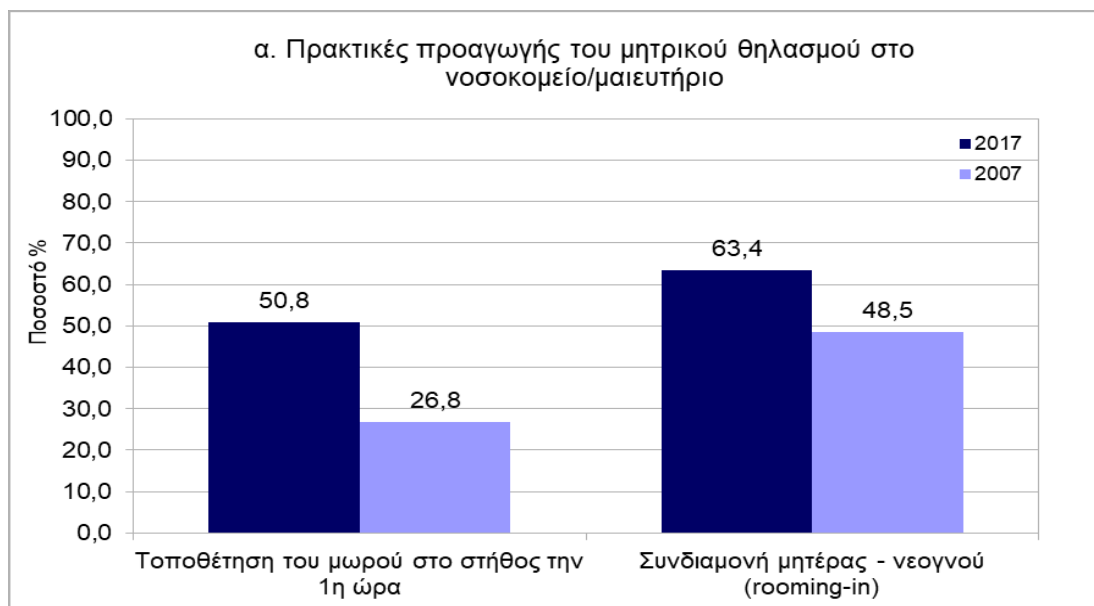
Πίνακας 1: Πρακτικές των μαιευτικών δομών που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό

	Ποσοστό %
Τοποθέτηση νεογνού στο στήθος εντός μιας ώρας από τον τοκετό	
Ναι	50,8
Όχι	49,2
Συνδιαμονή μητέρας – νεογνού (rooming-in)	
Ναι	63,4
Όχι	26,7
Δεν αφορά	9,9
Γραπτή συνταγή ή σημείωμα για υποκατάστατο μητρικού γάλακτος	
Ναι	47,3
Όχι	48,5
Άγνωστο	4,2
Δωρεάν δείγμα υποκατάστατου μητρικού γάλακτος	
Ναι	18,7
Όχι	77,8
Άγνωστο	3,5
Μητρικό γάλα στη MENN	
Ναι	78,8
Όχι	21,2
Θηλασμός στη MENN	
Ναι	53,6
Όχι	46,4

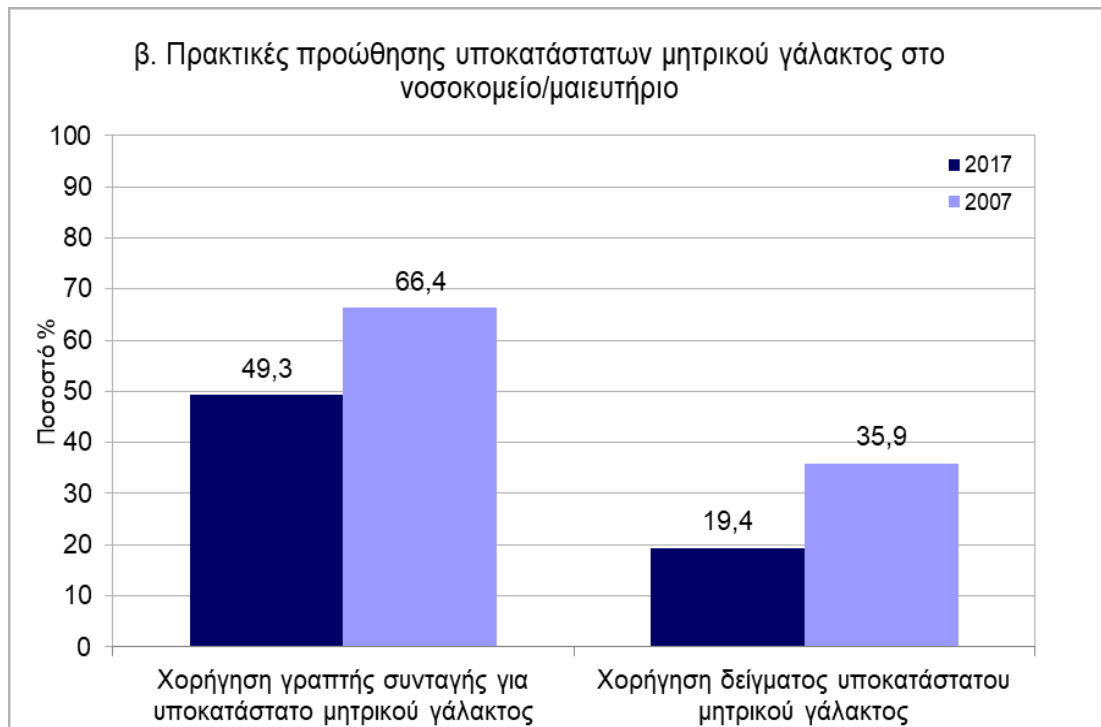
Συμπερασματικά, γίνεται φανερό ότι οι ορθές πρακτικές των επαγγελματιών υγείας στις μαιευτικές δομές ευνοούν τον μητρικό θηλασμό. Η μελέτη αποδεικνύει είτε ότι έχουν ισχυρή συσχέτιση με όλους τους δείκτες μητρικού θηλασμού (τοποθέτηση στο στήθος την 1^η ώρα αμέσως μετά τον τοκετό) είτε ότι τείνουν να σχετίζονται θετικά με αυτούς (συνδιαμονή μητέρας – νεογνού, “rooming-in”). Αντιθέτως, η χορήγηση γραπτής συνταγής ή δωρεάν δείγματος υποκατάστατου μητρικού γάλακτος βρέθηκε ότι έχουν ισχυρή αρνητική επίδραση στον μητρικό θηλασμό.[71,87]

Όπως πολλές χώρες, έτσι και η Ελλάδα ενστερνίστηκε τη σύσταση του Π.Ο.Υ. για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους έξι μήνες της ζωής και εισαγωγή στερεών τροφών μετά τη συμπλήρωση του 6^{ου} μήνα [87,117,118].

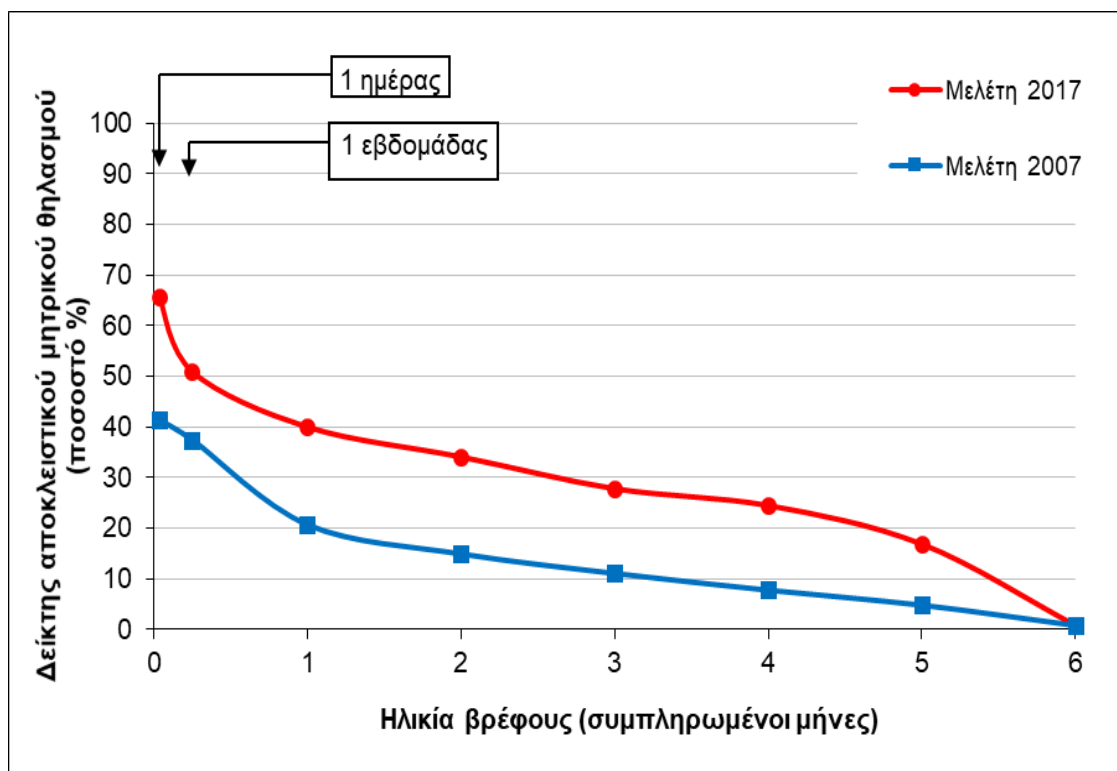
Στη Ελλάδα η Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού 2018 έχει δείξει, ότι κατά τη δεκαετία 2007 – 2017 παρατηρήθηκε βελτίωση των πρακτικών των μαιευτικών δομών δημόσιων και ιδιωτικών, αλλά παρά πολύ χαμηλό ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στον 6^ο μήνα. Επίσης, αξιοσημείωτη ήταν η αύξηση του ποσοστού του αποκλειστικού θηλασμού μέχρι και τον 5^ο μήνα ζωής και του μητρικού θηλασμού σε όλη τη διάρκεια του 1^{ου} εξαμήνου.[71,87], (Γράφημα:1α,1β,2,3,4)



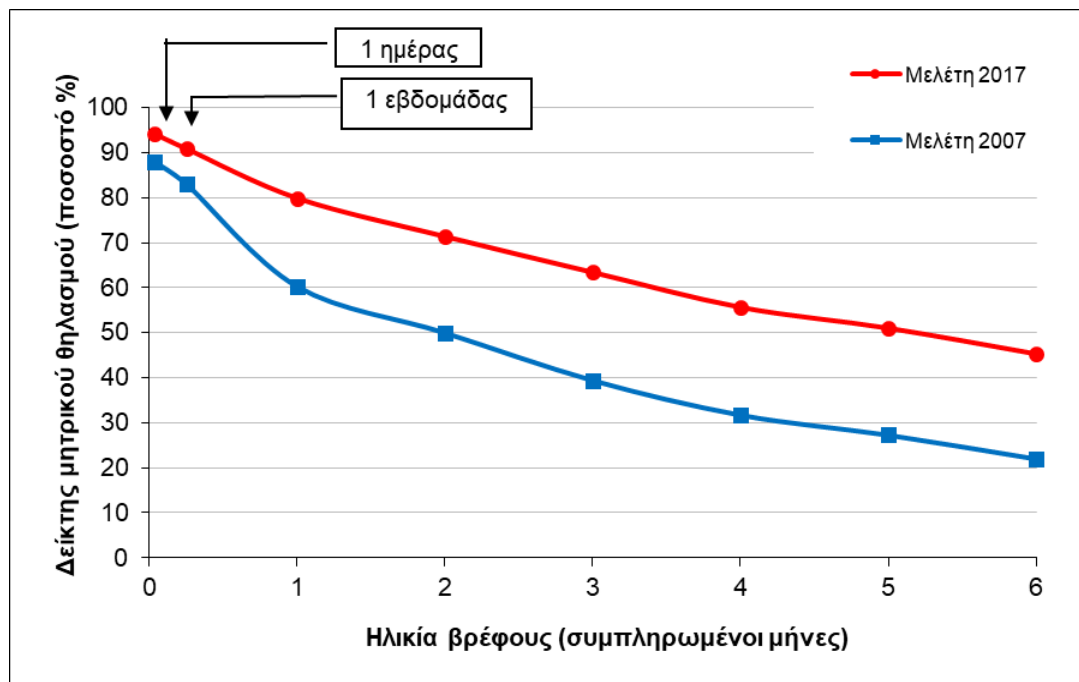
Γράφημα 1α: Πρακτικές των μαιευτικών δομών που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων 2017-2007



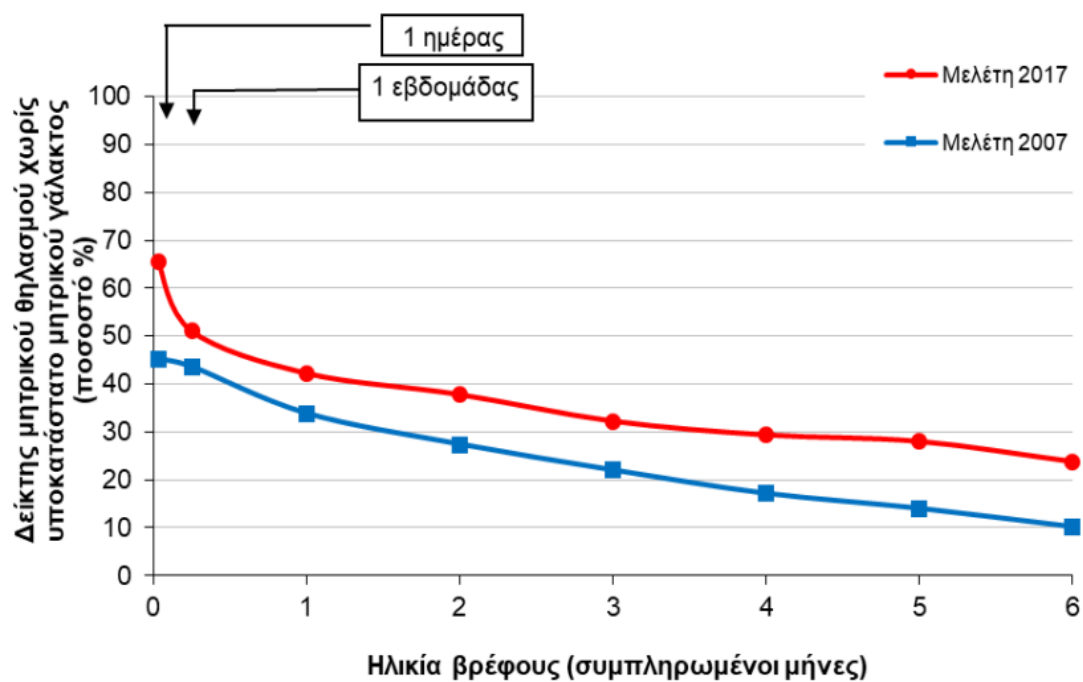
Γράφημα 1β: Πρακτικές των μαιευτικών δομών που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων 2017-2007



Γράφημα 2: Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχρότητας και προσδιοριστικών παραγόντων 2017-2007



Γράφημα 3: Μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχρότητας και προσδιοριστικών παραγόντων 2017-2007



Γράφημα 4: Μητρικός θηλασμός χωρίς υποκατάστατο μητρικού γάλακτος κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων 2017-2007

Σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και η αλλαγή της κουλτούρας του ελληνικού λαού σχετικά με τον μητρικό θηλασμό σε συνδυασμό με τη συμβολή πρωτοβουλιών για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού.

Πιθανόν, αυτή η βελτίωση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού να οφείλεται και στις θεσμικές – νομικές ρυθμίσεις και εφαρμογές των Υπουργείων Υγείας και Εργασίας:

1. Νόμος 4316/14, Άρθρο 3 «Προαγωγή Μητρικού Θηλασμού» [119]
2. Νόμος 3655/08, Άρθρο 142 «Ειδική Παροχή Προστασίας Μητρότητας» [120]
3. Νόμος 3996/11, Άρθρο 36 «Προστασία από απόλυση λόγω μητρότητας» [121]
4. Κοινή Υπουργική Απόφαση για την καθιέρωση έγγραφης συναίνεσης της μητέρας για τη χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος στα νεογνά εντός των νοσοκομείων και μαιευτηρίων [122]
5. Εγκύκλιος «Νέο Βιβλιάριο Υγείας του παιδιού» [123]
6. Εγκύκλιος «Κατευθυντήριες οδηγίες για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Παιδιών 0 έως 18 ετών» [117]
7. Εγκύκλιος «Χρήση καμπυλών ανάπτυξης Νέου Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού» [124]
8. Εγκύκλιος «Έγκριση διατροφικών συστάσεων για γενικό πληθυσμό και ειδικές πληθυσμιακές ομάδες» [118]

Τέλος, σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προστεθεί το σπουδαίο έργο και οι δράσεις της «Εθνικής Πρωτοβουλίας Προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού: ΑΛΚΥΟΝΗ» [72] (Παράρτημα 5), η οποία υλοποιείται από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και αποτελεί υποστηρικτικό δοκό του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας.

5.3 Στάσεις και γνώσεις των επαγγελματιών στις μαιευτικές δομές

Οι διάφορες μελέτες που διεξάγονται διεθνώς με σκοπό να αξιολογήσουν τις γνώσεις και τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το μητρικό θηλασμό άλλα και γενικά τη σίτιση των βρεφών οδηγούν στο κοινό συμπέρασμα, πως οι γυναίκες που λάμβαναν συμβουλές και βοήθεια από επιστημονικά καταρτισμένο προσωπικό σε θέματα σχετικά με το μητρικό θηλασμό, από την αρχή του ερχομού του μωρού τους, έχουν αυξημένη διάρκεια της γαλακτοφορίας χωρίς να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες. (Dennis, 2002; Hauck & Irurita, 2003; Martell, 2003; Sikorski et al., 2003; McFadden & Toole, 2006; Britton et al., 2007; Schmied et al., 2011; Lou et al., 2014; Nakar et al., 2007; Perez-Escamilla et al., 2016;)

Συγκεκριμένα, οι Laantera, Polkki and Pietila (2011) μέσα από έρευνα, κατέληξαν στο ουσιαστικό συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν χαμηλή γνωστική και επιστημονική κατάρτιση σε θέματα μητρικού θηλασμού δεν καταφέρνουν να στηρίζουν τις νέες μητέρες, γιατί δίνουν λανθασμένες και ανακριβείς οδηγίες.

Έρευνα των Schmied et al. (2011), έδειξε πως οι μητέρες που δέχονται στοχευμένη υποστήριξη και ορθές συμβουλές σχετικά με το μητρικό θηλασμό διαμορφώνουν ένα θετικό βίωμα και η διάρκεια του θηλασμού είναι αυξημένη. Οι έρευνες που ακολουθούν, Britton et al. (2007) και Victora et al. (2016) καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η επαγγελματική βοήθεια που λαμβάνουν οι μητέρες φανερώνει, πως οδηγεί στην αύξηση της χρονικής διάρκειας του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Έτσι γίνεται κατανοητό ότι οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στις μαιευτικές δομές παίζουν καθοριστικό ρόλο διότι με το σωστό τρόπο στηρίζουν και εκπαιδεύουν τις μητέρες στη τέχνη του μητρικού θηλασμού, γεγονός που διαφαίνεται από έρευνες των Renfrew et al. (2005); Dykes, (2006); Wallace et al. (2009); Spyby et al. (2009); Ekstrom et al. (2015); και Perez-Escamilla et al. (2016). Ο ρόλος τους είναι αρκετά σημαντικός καθώς μέσα από αυτόν πετυχαίνεται η προαγωγή, υποστήριξη και εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού. Όμως δυστυχώς, η εκπαίδευση που λαμβάνουν σχετικά με το θηλασμό δεν είναι συνεχιζόμενη και χαρακτηρίζεται από έλλειψη ορθών γνώσεων – πρακτικών και αντικρουόμενες στάσεις πάνω σε θέματα θηλασμού (Jones & Brown, 2003; Smale et al., 2006; Burt et al., 2006; Renfrew, 2006; Wallace et al., 2009; Laantera et al., 2011; Rollins et al., 2016).

Οι Daniels & Jackson (2011); Ward et al. (2011) και Perez-Escamilla et al. (2016); διεξήγαγαν έρευνα για τις γνώσεις, στάσεις και πρακτικές των επαγγελματιών υγείας ως προς την πολιτική της ΠΦΒΝ και των «Δέκα Βημάτων» και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι εντοπίζεται ελλειπής γνώση η οποία δε συντελεί στην ορθή εφαρμογή των πρακτικών. Επίσης, επισημαίνουν την σπουδαιότητα της συνεχούς και εμπειριστατωμένης εκπαίδευσής τους, ώστε να παρέχουν ολοκληρωμένη στήριξη των μητέρων από την πρώτη στιγμή που θα γεννήσουν το μωρό τους. Σε όλα αυτά, έρχεται να προστεθεί και η απουσία κοινής πρακτικής πολιτικής συνεργασίας και συντονισμού ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες που εμπλέκονται στην φροντίδα μητέρας – βρέφους (Ward et al., 2011; Krogstad et al., 2012; Sinha et al., 2015).

Κυρίως οι έρευνες με συνεντεύξεις σε μαιές και μητέρες (Furber, 2000; Henderson et al, 2000; Gill, 2001; Dykes, 2005a; Furber & Thomson, 2006; Smale et al, 2006) με σκοπό τον καθορισμό του επιπέδου γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ικανοποίηση της θηλάζουσας και την προσφορά υπηρεσιών σε αυτή και το μωρό της, έχουν συμπεράνει ελλείψεις στις γνώσεις και στις πρακτικές. Γνωσιολογική ανεπάρκεια κατέδειξε και η έρευνα των Finneman & Murphy (2004); Laantera et al. (2011); Rollins et al. (2016) που αφορούσε στις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το μητρικό θηλασμό.

Συμπερασματικά, όλες οι έρευνες έδειξαν ξεκάθαρα ότι προβλεπτικοί παράγοντες για

υποστηρικτική και ενισχυτική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας στην παροχή πληροφοριών σχετικά με το θηλασμό, καθώς και η σωστή τεχνική και ψυχο-συναισθηματική ενδυνάμωση των θηλαζουσών μητέρων αποτελούν ακράδαντα τα υψηλά ποσοστά γνώσεων που αποκτούν από τη βασική αλλά και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Επιπλέον, κυριαρχεί γνωσιολογικό πρόβλημα που φαίνεται να υπάρχει σε όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας και δεν περιορίζεται μόνο στη μαιευτικές δομές, αλλά είναι ορατό στις ενημερωτικές εκστρατείες προαγωγής υγείας, που στοχεύουν στα πλεονεκτήματα του θηλασμού, για το κοινό. Είναι χαρακτηριστικό ότι δεν εναρμονίζονται με την υποστήριξη και τις συμβουλές που παρέχονται με σκοπό τη μύηση στη τεχνική του θηλασμού (Dykes, 2006). Από μελέτες, αναδύθηκαν ευρήματα που φαίνεται καθαρά η απογοήτευση των μητέρων λόγω της λήψης αντικρουόμενων συμβουλών από τους επαγγελματίες υγείας (Simmons, 2002; Smale et al, 2006; Laantera et al. 2011; Haiek, 2012). Ο Leahy-Warren (2007) σε έρευνα έδειξε ότι τα 2/3 των πρωτότοκων μητέρων επενδύουν στους επαγγελματίες υγείας για την πλήρη πληροφόρηση που χρειάζονται σε όλα τα στάδια της ομαλής εγκαθίδρυσης της γαλακτοφορίας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

6.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη της λειτουργίας κάποιων μαιευτικών δομών της χώρας μας σε σχέση με την ορθή υιοθέτηση των οδηγιών των WHO/UNICEF 2006, στοχευμένη στο δομημένο πρόγραμμα των δέκα βημάτων και στον Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος για επιτυχή θηλασμό. Κατά πόσο δηλαδή πλησιάζουν και στηρίζουν τους στόχους που θέτει ο Π.Ο.Υ. για την προώθηση του ΜΘ [52].

Είναι μελέτη συσχέτισης των γνώσεων και στάσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (μαιών/των, παιδιάτρων, γυναικολόγων και βρεφονηπιοκόμων), που ασχολούνται με την φροντίδα μητέρας-βρέφους. Έγινε η χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου με σκοπό τη γενική διερεύνηση, την απεικόνιση και περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης σχετικά με τις πρακτικές, που εφαρμόζονται στις διάφορες μαιευτικές δομές, για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού μέσω της διερεύνησης των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή του δομημένου προγράμματος θηλασμού των «Δέκα Βημάτων». Όπως επίσης και τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των προαναφερομένων εργαζομένων με το θηλασμό και η συσχέτισή τους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

6.2 Σκοπός

Η γενική διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην φροντίδα μητέρας - βρέφους. Τις γνώσεις τους για το μητρικό θηλασμό και τις απόψεις τους για την εφαρμογή του δομημένου προγράμματος των «Δέκα Βημάτων» και τον Διεθνή Κώδικα Υποκατάστατου Μητρικού Γάλακτος για την εγκαθίδρυση και την επιτυχία του θηλασμού στις μαιευτικές δομές.

Η μελέτη αυτή στοχεύει στην ανάδειξη της γενικής παρούσας κατάστασης στη χώρα μας, σχετικά με τις ορθές πρακτικές που εφαρμόζονται στις μαιευτικές δομές για την προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

6.3 Επιμέρους στόχοι

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- ☐ Να διερευνηθεί η γενική υφιστάμενη κατάσταση σε κάποιες μαιευτικές δομές της χώρας μας, είτε είναι είτε όχι αναγνωρισμένες ως "Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία". Ως προς

τις πρακτικές που εφαρμόζονται για την προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού με βάση τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε αυτούς τους χώρους οξείας φροντίδας μητρότητας.

□ Να διερευνηθούν οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται και προσφέρουν στη δυαδική σχέση μητέρας – βρέφους από την προγεννητική περίοδο έως και την εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού, μελετώντας τις γνώσεις τους πάνω σε θέματα μητρικού θηλασμού.

□ Να διερευνηθούν οι στάσεις αυτών των επαγγελματιών υγείας για θέματα μητρικού θηλασμού.

□ Να διερευνηθεί η συσχέτιση των γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται με την φροντίδα μητέρας - βρέφους για θέματα μητρικού θηλασμού.

□ Να διερευνηθεί κατά πόσο οι γνώσεις και οι στάσεις αυτών των επαγγελματιών υγείας διαφοροποιούνται ως προς τα κοινωνικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους.

6.4 Χώρος Μελέτης

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Μαιευτική και Νεογνολογική δομή του Αρεταιείου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Επίσης, διεξήχθη στα πλαίσια του Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου Μητρικού Θηλασμού που υλοποιήθηκε 21-26 Ιανουαρίου 2019 στο Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Οι υπεύθυνοι ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας.

Έγινε προσπάθεια η έρευνα να πραγματοποιηθεί και στο ιδιωτικό μαιευτήριο ΛΗΤΩ Α.Ε, το οποίο όμως αρνήθηκε να συμμετέχει λόγω της ύπαρξης των ερωτημάτων που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο και έχουν σχέση με τη συμμόρφωση του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

6.5 Δείγμα και δειγματοληψία

6.5.1 Δείγμα:

Δείγμα αποτέλεσαν μαίες/τες, παιδιάτροι, γυναικολόγοι και βρεφονηπιοκόμοι που εργάζονται στην Μαιευτική και Νεογνολογική δομή του Αρεταιείου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Επίσης, δείγμα αποτέλεσαν οι επαγγελματίες των παραπάνω 4 ειδικοτήτων οι οποίοι απασχολούνται σε διάφορους χώρους οξείας φροντίδας μητρότητας και προσήλθαν στο 12^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού που πραγματοποιήθηκε 21 έως 26 Ιανουαρίου 2019. Το συγκεκριμένο σεμινάριο διοργανώνεται ετησίως από την Νεογνολογική δομή του Αρεταιείου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος υπολογίστηκε στους 210 επαγγελματίες υγείας (μαίες/τες, παιδιάτροι, γυναικολόγοι και βρεφονηπιοκόμοι).

6.5.2 Κριτήρια επιλογής:

- (1) Να εργάζονται σε δημόσιες ή ιδιωτικές μαιευτικές δομές της χώρας.
- (2) Να μπορούν να διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- (3) Να είναι εγγεγραμμένοι στα αντίστοιχα μητρώα επαγγελματιών υγείας (μαιών/των, παιδιάτρων, γυναικολόγων και βρεφονηπιοκόμων).
- (4) Η συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα.

6.5.3 Κριτήρια αποκλεισμού:

Κατά αντιστοιχία με τα κριτήρια επιλογής:

- (1) Να μην εργάζονται σε δημόσια ή ιδιωτική μαιευτική δομή της χώρας.
- (2) Να μην είναι σε θέση να διαβάζουν ελληνικά για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- (3) Να μην είναι εγγεγραμμένοι στα αντίστοιχα μητρώα επαγγελματιών υγείας (μαιών/των, παιδιάτρων, γυναικολόγων και βρεφονηπιοκόμων).

6.6 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά την περίοδο Δεκέμβριος 2018 – Μάρτιος 2019. Προηγήθηκε επεξήγηση του σκοπού και της διαδικασίας και τονίστηκε η σημαντικότητα της συμβολής των συμμετεχόντων στην έρευνα για την απεικόνιση της γενικής παρούσας κατάστασης και τη διεξαγωγή πορισμάτων. Τονίστηκε η ανωνυμία και η διασφάλιση του απορρήτου των πληροφοριών.

Τα ερωτηματολόγια δίνονταν στους επαγγελματίες υγείας από την ερευνήτρια. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συλλέγονταν από την ερευνήτρια σε ειδικό κυτίο και υπήρχε αυστηρή και σχολαστική φύλαξη αυτών. Πρόσβαση σε αυτά είχε μόνο η ερευνήτρια. Γινόταν υπενθύμιση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με το πέρας δύο εβδομάδων σε μια προσπάθεια διασφάλισης υψηλού ποσοστού ανταπόκρισης.

6.7 Εργαλεία μέτρησης

Η αξιολόγηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων τους για το μητρικό θηλασμό έγινε με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείτο από τρία μέρη:

6.7.1 Breastfeeding Questionnaire – short version (Ingram, 2006)

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί συντομευμένη έκδοχή (Ingram, 2006) του επικυρωμένου εργαλείου (validated tool) που χρησιμοποιήθηκε από τους Scott et al (2003) σε έρευνα με

μαίες στη Σκωτία. Σε αυτήν τη συντομευμένη έκδοση του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας για το μητρικό θηλασμό. Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε είναι σχετικά σύντομο, απλό και κατανοητό και χρειάζεται δέκα (10) λεπτά για να συμπληρωθεί. Αποτελείται από είκοσι ερωτήσεις 5-βάθμιας κλίμακας Likert (διαφωνίας-συμφωνίας), όπου οι 7 από αυτές αφορούν σε γνώσεις (με μέγιστο αποτέλεσμα 35) και οι υπόλοιπες 13 αφορούν σε στάσεις (με μέγιστο αποτέλεσμα το 65). Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης επισυνάπτεται στην ελληνική γλώσσα. (Παράρτημα 6,1).

Η επιλογή του συγκεκριμένου επικυρωμένου εργαλείου ανάμεσα σε άλλα εργαλεία, έγινε μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών με παρόμοιο σκοπό και δείγμα και κρίθηκε ως το καταλληλότερο για τη διεκπεραίωση του σκοπού και στόχων της παρούσας έρευνας. Η Brodribb et al (2008) στην έρευνα τους που ασχολήθηκε με τις στάσεις, γνώσεις και προσωπική εμπειρία μητρικού θηλασμού των ιατρών στην Αυστραλία χρησιμοποίησαν, όπως και η Ingram (2006), συντομευμένη έκδοχή του ερωτηματολογίου των Scott et al (2003) με 18 από τα 33 σημεία του εργαλείου και τελικό Cronbach's alpha 0.84 που φανερώνει καλή εσωτερική συνοχή. Παρόμοιο αποτέλεσμα για την εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου που συμπεριλάμβανε και τα 33 σημεία, ανέδειξαν και στην έρευνα τους οι Scott et al (2003).

Στην έρευνα των Okolo & Ogbonna (2002) καταρτίστηκε ερωτηματολόγιο βασισμένο στις πρακτικές της ΠΦΒΝ και τα «Δέκα Βήματα» και διεκπεραιώθηκε υπό τύπον συνέντευξης με τη συμβολή εκπαιδευμένου συνεντευκτή. Στην έρευνά τους οι Zakarija-Grkovic & Burmaz (2010) δημιούργησαν δικό τους ερωτηματολόγιο για διερεύνηση των γνώσεων και πρακτικών, βασισμένοι στο περιεχόμενο του εργαλείου του WHO/UNICEF που προσφέρει 24ωρη εκπαίδευση για καλυτέρευση των γνώσεων, στάσεων και πρακτικών στους επαγγελματίες υγείας. Για τη διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Iowa Infant Feeding Attitude Scale των De la Mora et al (1999).

Δεν επιλέχθηκε το εργαλείο Iowa Infant Feeding Attitude Scale (1999) εξαιτίας του μεγέθους του αφού περιλάμβανε περισσότερα ερωτήματα από το εργαλείο της Ingram (2006). Στο περιεχόμενο του εργαλείου των WHO/UNICEF βασίστηκε και η έρευνα των Daniels & Jackson (2011) για τις γνώσεις, στάσεις και πρακτικές μαιών και διευθυντών μαιευτικών μονάδων.

Δικό τους εργαλείο ανέπτυξαν και οι Duran et al (2008), όπου αξιολογούν τις γνώσεις και στάσεις των μαιών συγκριτικά με τη συμπεριφορά των θηλαζουσών μητέρων που παρέχουν συμβουλευτική χωρίς όμως να αναφέρονται στην εγκυρότητα περιεχομένου του εργαλείου.

Στην έρευνα της Creedy et al (2008) για την αξιολόγηση των γνώσεων των μαιών για το θηλασμό, χρησιμοποιούνται δύο εργαλεία, από τα οποία το ένα είναι το ερωτηματολόγιο

Newborn Feeding Ability που περισσότερο, όμως, επικεντρώνεται στην πρακτική για την επαφή δέρμα με δέρμα νεογέννητου και μητέρας.

Άλλες έρευνες χρησιμοποίησαν την ποιοτική προσέγγιση (Cardoso & Paiva e Silva, 2010; Furber & Thomson, 2008, Schmied et al, 2011).

Στην έρευνά τους οι Hall Moran et al (2004) χρησιμοποίησαν το εργαλείο BeSST Breastfeeding Support Skill Tool (Hall Moran, 1999) για την αξιολόγηση των γνώσεων και πρακτικών ικανοτήτων των μαιών, για το οποίο όμως απαιτείται η προβολή τεσσάρων μικρού μήκους προβολών, πράγμα ανέφικτο στην παρούσα εργασία λόγω έλλειψης πόρων και χρόνου.

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα έχει εξασφαλιστεί η άδεια χρήσης του από τον κατασκευαστή του.

6.7.2 Ερωτηματολόγιο για τη συμμόρφωση πρακτικών στις μαιευτικές δομές ως προς την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» - WHO/UNICEF

Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για σκοπούς αυτοαξιολόγησης των μαιευτικών δομών σε σχέση με την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και συμμόρφωσης με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά από ομάδα ειδικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικό υπό την επιμέλεια της Δρ. Μέξη Μπουρνά (UNICEF/WHO, 2006). Στο συγκεκριμένο εργαλείο, υπάρχει σειρά ερωτημάτων (περισσότερα από ένα ερώτημα ανά βήμα) σχετικά με την εφαρμογή του κάθε ενός από τα «Δέκα Βήματα».(Παράρτημα 6.2)

Για παράδειγμα, σε σχέση με το Βήμα 1 «Να υπάρχει γραπτή πολιτική και η πολιτική αυτή να μεταδίδεται τακτικά σε όλο το υγειονομικό προσωπικό», οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στα εξής οκτώ (8) ερωτήματα:

- (1) «Έχει η μαιευτική δομή γραπτή πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών που αναφέρεται και στα «Δέκα Βήματα» για επιτυχή μητρικό θηλασμό στα τμήματά της και προσφέρει υποστήριξη στις HIV θετικές μητέρες;»
- (2) «Η πολιτική προστατεύει το θηλασμό με την απαγόρευση της προώθησης των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού, των φιαλών σίτισης και των θηλών;»
- (3) «Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό του νοσοκομείου;»
- (4) «Η πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών είναι προσιτή σε όλο το προσωπικό που φροντίζει μητέρες και νεογνά, ώστε να μπορεί να ανατρέξει σε αυτήν;»
- (5) «Υπάρχει μια περίληψη της πολιτικής θηλασμού/διατροφής νεογνών που περιλαμβάνει θέματα σχετικά με τα «Δέκα Βήματα», τον διεθνή κώδικα εμπορίας των υποκατάστατων

του μητρικού θηλασμού και των επόμενων ψηφισμάτων της Π.Ο.Υ. και τη βοήθεια στις HIV – μητέρες αναρτημένη σε όλες τις περιοχές της μαιευτικής δομής που φροντίζουν μητέρες νεογνά ή και παιδιά;»

(6) «Η αναρτημένη περίληψη της πολιτικής είναι γραμμένη σε γλώσσα(ες) και με λέξεις που μπορούν να καταλάβουν οι μητέρες και το προσωπικό;»

(7) «Υπάρχει μηχανισμός εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της πολιτικής;» και

(8) «Είναι η πολιτική ή τα πρωτοκόλλα που σχετίζονται με το θηλασμό ευθυγραμμισμένα με τα σύγχρονα βασισμένα σε μελέτες πρότυπα;»

Συνολικά, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 63 κλειστές ερωτήσεις με δίτομες απαντήσεις (ΝΑΙ=1 και ΌΧΙ=0). Μετά από τα «Δέκα Βήματα» ακολουθούν επτά (7) ερωτήματα σε σχέση με τη συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Στην παρούσα μελέτη η αξιολόγηση δεν έγινε σε επίπεδο μαιευτικών δομών αλλά σε ατομικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας. Επομένως, ο κάθε επαγγελματίας υγείας εξέφραζε την προσωπική του γνώμη ως προς την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων», η οποία μπορεί να διέφερε ή να ήταν παρόμοια με την γνώμη συναδέλφου του, που εργάζεται στην ίδια ή σε διαφορετική μαιευτική δομή. Η οποία από την πλευρά της μπορεί να είναι ή όχι πιστοποιημένη με τον τίτλο: «Φίλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (Baby-Friendly Hospital Initiative - BFHI).

6.7.3 Ερωτηματολόγιο κοινωνικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών

Έχει αναπτυχθεί ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-επαγγελματικών χαρακτηριστικών, αφού πρώτα διεκπεραιώθηκε μελέτη βιβλιογραφίας για το ποια χαρακτηριστικά θα ήταν χρήσιμα να συμπεριληφθούν και το οποίο επισυνάπτεται. Αυτό το ερωτηματολόγιο περικλείει την ειδικότητα, τα προσόντα, τα χρόνια υπηρεσίας, τη μητρότητα, την προσωπική εμπειρία μητρικού θηλασμού και τη συνεχή επαγγελματική επιμόρφωση. (Παράρτημα 6.3)

6.7.4 Μετάφραση των εργαλείων

Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο για τις απόψεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας για την συμμόρφωση των πρακτικών της μαιευτικής δομής στην οποία απασχολούνται για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» - WHO/UNICEF υπάρχει Ελληνική μετάφραση. Όπως προαναφέρθηκε το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά από ομάδα ειδικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικό υπό την επιμέλεια της Δρ. Μέξη Μπουρνά (UNICEF/WHO, 2006). Το Breastfeeding Questionnaire – short version (Ingram, 2006) μεταφράστηκε στην Ελληνική γλώσσα με τη χρήση διπλής αντίστροφης μετάφρασης σε κάθε φάση με παράλληλες μεταφράσεις από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και αντίστροφα από

τα Αγγλικά στα Ελληνικά από δύο ανεξάρτητα άτομα με πτυχίο στην αγγλική φιλολογία (double backward translation) με στόχο τη διατήρηση των κύριων χαρακτηριστικών του. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση των δύο μεταφράσεων, αξιολόγηση και επιλογή της τελικής μορφής των ερωτήσεων που αποτέλεσαν το ελληνικό ερωτηματολόγιο.

6.8 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων προστατεύτηκαν μέσω της ανωνυμίας (προστασία προσωπικών πληροφοριών), οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν είναι εμπιστευτικές, απόρρητες και η ανωνυμία τηρήθηκε σε όλα τα στάδια της διεξαγωγής της έρευνας. Τα δεδομένα φυλάχθηκαν από την ερευνήτρια σε ειδικό κυτίο στο γραφείο της όπου πρόσβαση είχε μόνο η ίδια.

Δόθηκε έμφαση στην συγκεκριμένη πληροφόρηση στους συμμετέχοντες, ότι σε καμία φάση της έρευνας δεν θα αναφέρονται οι μαιευτικές δομές στις οποίες εργάζονται. Σκοπός αυτού ήταν να ενθαρρυνθούν οι επαγγελματίες υγείας να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με κάθε ειλικρίνεια και να πειστούν ότι με τις απαντήσεις τους δεν θα προκύψουν επιπτώσεις στην εργασία τους. Επιπλέον, τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και οι σχετικές διαδικασίες καθώς και ότι είχαν τη δυνατότητα απόσυρσης συμμετοχής, χωρίς εξηγήσεις.

Τέλος, τηρήθηκαν όλες οι ενδεδειγμένες νομότυπες διαδικασίες και εξασφαλίστηκε έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από την επιτροπή του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών της Ιατρικής Σχολής.

Αφού εξασφαλίστηκαν οι άδειες, έγινε συνάντηση και δόθηκε ενημέρωση για τον σκοπό, τους στόχους, τις διαδικασίες της έρευνας στους διευθυντές της Μαιευτικής και Νεογνολογικής δομής του Αρεταιείου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου για εξασφάλιση της άδειας πρόσβασης, όπου και πάρθηκε η γραπτή συγκατάθεση τους.

6.9 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. 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/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

6.9.1 Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 210 επαγγελματίες υγείας, τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των οποίων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας:2

		N	%
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι - μαιευτήρες	21	10,0
	Παιδιάτροι - Νεογνολόγοι	50	23,8
	Μαίες - Μαιευτές	122	58,1
	Βρεφονηπιοκόμοι	17	8,1
Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου	144	68,6
	Μεταπτυχιακού	52	24,8
	Διδακτορικού	14	6,7
Φύλο	Άρρεν	29	13,8
	Θήλυ	181	86,2
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια), μέση τιμή (SD)		10,5 (8,5)	
Έχετε παιδιά;	Όχι	88	41,9
	Ναι	122	58,1
Αν έχετε παιδιά, θηλάσατε;	Όχι	2	1,7
	Ναι	119	98,3
Αν ναι, για πόσο καιρό;	<1 μήνα	2	1,7
	1-3 μήνες	10	8,4
	3-6 μήνες	26	21,8
	6-12 μήνες	30	25,2
	>12 μήνες	51	42,9
Αν Όχι, γιατί;	Ανεπαρκή ποσότητα λόγω χαμηλής προλακτίνης	1	0,5
	Ανύπαρκτες θηλές	1	0,5

Το 58,1% των συμμετεχόντων ήταν μαιές/μαιευτές και το 23,8% ήταν παιδίατροι/νεογνολόγοι. Ακόμη, το 24,8% των συμμετεχόντων είχε μεταπτυχιακό και το 6,7% διδακτορικό. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας ήταν 10,5 έτη (SD=8,5 έτη). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες με το ποσοστό να είναι 86,2% και το 58,1% είχε παιδιά. Από τους συμμετέχοντες, σχεδόν όλοι τα είχαν θηλάσει (98,3%) και μάλιστα το 42,9% τα είχε θηλάσει για παραπάνω από 12 μήνες.

Στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση των συμμετεχόντων για το θηλασμό δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

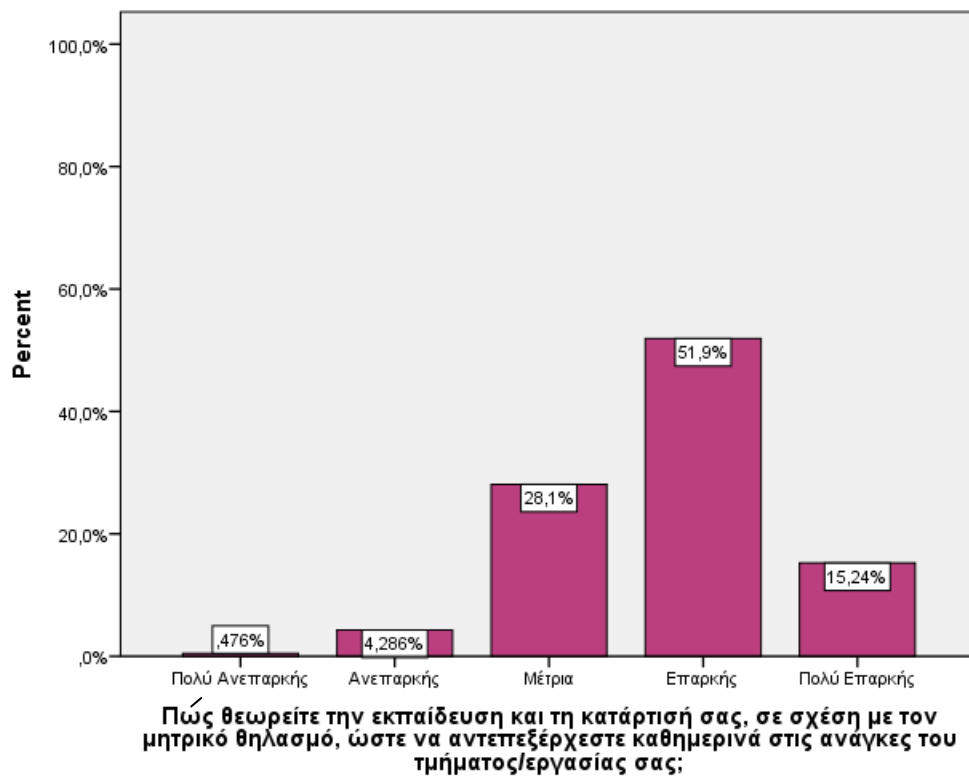
Πίνακας: 3

		N	%
Συνεχής Επαγγελματική Εκπαίδευση Τους Τελευταίους 12 Μήνες			
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων		173	82,4
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό		141	67,1
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό		123	58,6
Απόκτηση Πιστοποιητικού Από Το ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΩΜΑ ΕΞΕΤΑΣΤΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) Τα Τελευταία 5 Χρόνια		16	7,6
Αν η απάντησή σας είναι Όχι παρακαλώ δηλώστε το λόγο	Οικονομικοί λόγοι	56	28,9
	Έλλειψη χρόνου	45	23,2
	Δεν θεωρώ ότι είναι απαραίτητο για την προώθηση του θηλασμού	35	18,0
	Λόγω άγνοιας του συγκεκριμένου φορέα	17	8,8
	Είμαι πιστοποιημένη από το πτυχίο μου	24	12,4
	Δεν ενδιαφέρομαι για τέτοιου είδους πιστοποίηση	17	8,8
Καταγράψτε, ότι άλλο παρακολουθήσατε/αποκτήσατε και αφορά στην επαγγελματική σας εκπαίδευση σε σχέση με τον θηλασμό	Τίποτα άλλο	9	4,3
	Εβδομαδιαίο μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα μθ στο μαιευτήριο Αρεταίειο 2019	43	20,5
	Εβδομαδιαίο μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα μθ 40ωρών στο μαιευτήριο Έλενας	21	10,0
	Ημερίδες μητρικού θηλασμού	28	13,3
	Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια για το μθ από το σύλλογο μαιών -ΣΕΜΑ	8	3,8
	Πολλά σεμινάρια και συνέδρια	87	41,4
	Ημερίδα ΜΘ Αρεταίειο 2018	14	6,7
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε	Πολύ Ανεπαρκής	1	0,5
	Ανεπαρκής	9	4,3
	Μέτρια	59	28,1
	Επαρκής	109	51,9
	Πολύ Επαρκής	32	15,2

καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;			
Κρίνετε ότι χρειάζεστε να γνωρίζετε περισσότερα	Καθόλου	13	6,2
	Λίγο	77	36,7
	Αρκετά	61	29,0
	Πολύ	36	17,1
	Πάρα πολύ	23	11,0

Το 82,4% των συμμετεχόντων είχε ενημερωθεί για τις εξελίξεις στον τομέα τους (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων, το 67,1% είχε συμμετάσχει σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό και το 58,6% σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό. Το 7,6% των συμμετεχόντων είχε αποκτήσει το πιστοποιητικό IBCLC. Οι κυριότεροι λόγοι που δεν είχαν το συγκεκριμένο πιστοποιητικό ήταν η έλλειψη χρημάτων και χρόνου, με τα ποσοστά να είναι 28,9% και 23,2% αντίστοιχα. Επιπροσθέτως, το 51,9% των συμμετεχόντων θεωρούσαν επαρκή την εκπαίδευση και τη κατάρτισή τους, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχονται καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας τους. Το 36,7% των συμμετεχόντων έκρινε ότι χρειάζεται να γνωρίζουν λίγα παραπάνω πράγματα.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το πόσο επαρκή θεωρούσαν την εκπαίδευση και τη κατάρτισή τους, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχονται καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας τους.



Γράφημα: 5

6.9.2 Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των “δέκα βημάτων” WHO/UNICEF.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 1^{ου} βήματος.

Πίνακας: 4

Να υπάρχει γραπτή πολιτική και η πολιτική αυτή να μεταδίδεται τακτικά σε όλο το υγειονομικό προσωπικό	N	%
1.1 Έχει η μαιευτική δομή γραπτή πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών που αναφέρεται και στα Δέκα Βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό σε όλα τα τμήματά της και υποστήριξη στις HIV θετικές μητέρες;	170	81,0
1.2 Η πολιτική προστατεύει το θηλασμό με την απαγόρευση της προώθησης των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού, των φιαλών σίτισης και των θηλών;	164	78,1
1.3 Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό της μαιευτικής δομής;	159	75,7
1.4 Η πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών είναι προσιτή σε όλο το προσωπικό που φροντίζει μητέρες και νεογνά, ώστε να μπορεί να ανατρέξει σε αυτήν;	184	87,6
1.5 Υπάρχει μια περίληψη της πολιτικής θηλασμού/διατροφής νεογνών που περιλαμβάνει θέματα σχετικά με τα Δέκα Βήματα, τον διεθνή κώδικα εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού και των επόμενων ψηφισμάτων της Π.Ο.Υ. και τη βοήθεια στις HIV μητέρες;	139	66,2
1.6 Η αναρτημένη περίληψη της πολιτικής είναι γραμμένη σε γλώσσα(ες) και με λέξεις που μπορούν να καταλάβουν οι μητέρες και το προσωπικό;	140	66,7
1.7 Υπάρχει μηχανισμός εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της πολιτικής;	85	40,5
1.8 Είναι η πολιτική ή τα πρωτοκόλλα που σχετίζονται με το θηλασμό ευθυγραμμισμένα με τα σύγχρονα βασισμένα σε μελέτες πρότυπα;	165	78,6

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 2^{ου} βήματος.

Πίνακας: 5

Να εκπαιδευτεί όλο το υγειονομικό προσωπικό στις δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή της πολιτικής.	N	%
2.1 Είναι όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν εγκύους, μητέρες και νεογνά προσανατολισμένα στην πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών της Μαιευτικής δομής όταν αρχίζουν να εργάζονται;	137	65,2
2.2 Είναι όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά τόσο ενημερωμένα για τη σημασία του μητρικού θηλασμού όσο και εξοικειωμένα με την πολιτική του τμήματος και της Μαιευτικής δομής, ώστε να προστατεύουν, να προωθούν και να υποστηρίζουν το θηλασμό;	140	66,7
2.3 Όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά (ή όλα τα μέλη του προσωπικού, αν αυτά μετακινούνται σε θέσεις που έχουν αυτές τις ευθυνότητες) εκπαιδεύτηκαν στην προαγωγή του θηλασμού και την υποστήριξή του μέσα σε 6 μήνες από την έναρξη της εργασίας τους –εκτός κι αν είχαν επαρκή εκπαίδευση από άλλου;	125	59,5
2.4 Η εκπαίδευση καλύπτει τα 10 Βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό και τον Κώδικα Εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος;	166	79,0
2.5 Η εκπαίδευση για κάθε μέλος του προσωπικού είναι τουλάχιστον 20 ώρες συνολικά, συμπεριλαμβανομένης της κλινικής εμπειρίας με επίβλεψη τουλάχιστον 3 ωρών;	100	47,6
2.6 Η εκπαίδευση του μη κλινικού προσωπικού επαρκεί, ανάλογα με τη θέση του, ώστε να παρέχει την ικανότητα και τις γνώσεις που απαιτούνται, για να υποστηρίξουν τις μητέρες να θρέψουν τα παιδιά τους με επιτυχία;	74	35,2
2.7 Παρέχεται εκπαίδευση, επίσης, σε όλο ή σε ορισμένο από το προσωπικό που περιθάλπει εγκύους για τη διατροφή νεογνών που δεν θηλάζουν και για να υποστηρίζονται οι μητέρες που έχουν πάρει αυτή την απόφαση;	145	69,0
2.8 Μπορούν τα μέλη του μαιευτικού προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά να απαντήσουν σε απλές ερωτήσεις σχετικά με την προαγωγή του μητρικού θηλασμού και την υποστήριξη και περίθαλψη των μητέρων που δεν θηλάζουν;	187	89,0
2.9 Το μη κλινικό προσωπικό, όπως βοηθοί θαλάμου, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί υπάλληλοι, το προσωπικό καθαριότητας και οι τραπεζοκόμοι, μπορεί να απαντήσει σε απλές ερωτήσεις για το θηλασμό και πώς να υποστηρίξει τις μητέρες για τη διατροφή των μωρών τους;	56	26,7
2.10 Η Μαιευτική δομή έχει κανονίσει να λάβουν ειδική εκπαίδευση στη διαχείριση της γαλουχίας συγκεκριμένα μέλη του προσωπικού;	150	71,4

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 3^{ου} βήματος.

Πίνακας: 6

Να ενημερώνονται όλες οι έγκυες γυναίκες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τη διαχείριση του θηλασμού.	N	%
3.1 Η μαιευτική δομή διαθέτει τμήμα προγεννητικού ελέγχου ή εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία και τμήμα παραλαβής επιτόκου;	192	91,4
3.2 Εάν ναι, οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες ενημερώνονται για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;	166	79,0
3.3 Τα προγεννητικά ιστορικά δείχνουν ότι συζητήθηκε ο θηλασμός με τις έγκυες γυναίκες;	109	51,9
3.4 Η προγεννητική εκπαίδευση, που περιλαμβάνει και τη γραπτή ή προφορική πληροφόρηση, καλύπτει βασικά θέματα που αφορούν τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;	163	77,6
3.5 Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή, και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;	126	60,0
3.6 Οι έγκυες γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τους κινδύνους από τη χορήγηση συμπληρώματος, ενώ θα θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες;	112	53,3
3.7 Οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τη σημασία της πρώτης επαφής δέρμα με δέρμα με τα μωρά τους και της παραμονής των μωρών στο ίδιο δωμάτιο όλο το 24ωρο;	161	76,7
3.8 Το προγεννητικό ιστορικό της μητέρας είναι διαθέσιμο την ώρα του τοκετού;	165	78,6
3.9 Οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν υπόψη την πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν, όταν αποφασίζουν για τη χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων ή αναλγησίας ή αναισθησίας (όταν χορηγείται) κατά τη διάρκεια των ωδινών, του τοκετού και της καισαρικής τομής;	123	58,6
3.10 Το προσωπικό γνωρίζει τις επιπτώσεις τέτοιων φαρμάκων στο θηλασμό;	171	81,4

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 4^{ου} βήματος.

Πίνακας: 7

Να βοηθούνται οι μητέρες για την έναρξη του θηλασμού μέσα στην πρώτη μισή ώρα από την γέννηση.	N	%
4.1 Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική, χωρίς γενική αναισθησία, τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους αμέσως μετά τη γέννηση και οι μητέρες τους ενθαρρύνονται να συνεχίσουν την επαφή για μία ώρα τουλάχιστον;	137	65,2
4.2 Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με καισαρική τομή με γενική αναισθησία τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους, αμέσως μόλις οι μητέρες ξυπνήσουν και ανταποκρίνονται;	77	36,7
4.3 Δέχονται όλες οι μητέρες βοήθεια κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, για να αναγνωρίζουν τα σημάδια ότι τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν και τους προσφέρεται βοήθεια, αν χρειάζεται;	163	77,6
4.4 Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα ενθαρρύνονται να κρατούν τα μωρά τους σε επαφή δέρμα με δέρμα, εκτός και αν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος να μην το κάνουν;	180	85,7

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 5^{ου} βήματος.

Πίνακας: 8

Να δείχνεται στις μητέρες πώς να θηλάσουν και πώς να διατηρήσουν τη γαλουχία, ακόμα και όταν πρέπει να χωριστούν από τα βρέφη τους.	N	%
5.1 Το προσωπικό παρέχει περαιτέρω βοήθεια σε όλες τις θηλάζουσες μητέρες σχετικά με το θηλασμό την πρώτη φορά που θα ταΐσουν ξανά τα βρέφη τους ή μέσα σε έξι ώρες από τη γέννα;	193	91,9
5.2 Το προσωπικό μπορεί να περιγράψει το είδος των πληροφοριών και να επιδείξει τις δεξιότητες που απαιτούνται, προκειμένου οι μητέρες που θηλάζουν και εκείνες που δεν θηλάζουν να βοηθηθούν, για να σιτίσουν επιτυχώς τα βρέφη τους;	200	95,2
5.3 Το προσωπικό ή οι σύμβουλοι που έχουν ειδικευτεί στην εκπαίδευση του θηλασμού και της διαχείρισης της γαλουχίας είναι διαθέσιμοι όλες τις ώρες, για να συμβουλευθούν τις μητέρες κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη μαιευτική δομή και στην προετοιμασία τους για την έξοδό τους από αυτή;	163	77,6
5.4 Το προσωπικό παρέχει συμβουλές για άλλες μεθόδους σίτισης και για τη φροντίδα του στήθους στις μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και έχουν αποφασίσει να μην τα θηλάσουν;	197	93,8
5.5 Οι μητέρες μπορούν να δείξουν ποια είναι η σωστή στάση και η σύλληψη της θηλής από τα βρέφη τους, προκειμένου να θηλάσουν;	166	79,0
5.6 Οι μητέρες έχουν δει πώς να αντλούν γάλα με το χέρι ή έχουν πληροφορηθεί σχετικά με την άντληση και πού μπορούν να ζητήσουν βοήθεια, αν την χρειαστούν;	160	76,2
5.7 Οι μητέρες που δεν θηλάσαν ποτέ ή που έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν προβλήματα με τον θηλασμό, δέχτηκαν ειδική προσοχή και υποστήριξη από το προσωπικό της μαιευτικής δομής τόσο στην προγεννητική όσο και στη μετά τη γέννηση περίοδο;	154	73,3
5.8 Στις μητέρες που αποφάσισαν να μην θηλάσουν, έχουν δείξει ατομικά πώς να ετοιμάσουν και να δώσουν στα βρέφη τους τροφή και τους ζητήθηκε να ετοιμάσουν την τροφή μόνες τους, αφού τους είχαν δείξει πώς να το κάνουν;	137	65,2
5.9 Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και σκοπεύουν να θηλάσουν, έχουν δεχτεί βοήθεια μέσα σε έξι ώρες από τη γέννηση, προκειμένου να εγκαταστήσουν και να διατηρήσουν τη γαλουχία με συχνή άντληση του γάλακτος και έχουν ενημερωθεί πόσο συχνά πρέπει να το κάνουν;	181	86,2

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 6^{ου} βήματος.

Πίνακας: 9

Να χορηγείται στα νεογνά μόνο μητρικό γάλα, εκτός και αν υπάρχει ιατρική ένδειξη.	N	%
6.1 Τα στοιχεία της “Εθνικής μελέτης εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα για το 2018” δείχνουν πως τουλάχιστον το 66% των τελειόμηνων βρεφών που πήραν εξιτήριο τον τελευταίο χρόνο θηλάσαν αποκλειστικά από τη γέννηση μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου ή αν δεν το έκαναν υπήρχαν βάσιμοι λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση;	162	77,1
6.2 Τα βρέφη που θηλάζουν δεν δέχονται άλλη τροφή ή υγρά, εκτός κι αν υπάρχουν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση και συμπλήρωση συγκατάθεσης;	178	84,8
6.3 Η μαιευτική δομή λαμβάνει τα μέτρα τους ώστε να μη γίνεται διανομή ή επίδειξη υλικού που προτείνει υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, διατροφή σε προγραμματισμένα διαστήματα ή άλλες ακατάλληλες πρακτικές;	168	80,0

6.4 Οι μητέρες που έχουν αποφασίσει να μη θηλάσουν αναφέρουν ότι το προσωπικό συζήτησε μαζί τους τις διάφορες επιλογές σίτισης και τις βοήθησε να αποφασίσουν τι ήταν κατάλληλο για την περίπτωσή τους;	165	78,6
6.5 Η μαιευτική δομή έχει τον επαρκή χώρο, τον κατάλληλο εξοπλισμό και τις προμήθειες για την επίδειξη προετοιμασίας τεχνητής διατροφής και άλλες επιλογές διατροφής μακριά από τις θηλάζουσες μητέρες;	124	59,0
6.6 Τα κλινικά πρωτόκολλα και τα πρότυπα που αφορούν στο θηλασμό και στη διατροφή του βρέφους συμφωνούν με τις οδηγίες της (ΠΦΒΝ) Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και τις τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες;	176	83,8

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 7^{ου} βήματος.

Πίνακας: 10

Πρακτική της παραμονής των βρεφών στο δωμάτιο όλο το 24ωρο. Να επιτρέπεται στις μητέρες και στα βρέφη να παραμένουν μαζί 24 ώρες την ημέρα.	N	%
7.1 Η μητέρα και το βρέφος μένουν μαζί και /ή η παραμονή στο ίδιο δωμάτιο ξεκινά αμέσως μετά τη γέννηση;	191	91,0
7.2 Οι μητέρες με καισαρική τομή και γενικά με γενική αναισθησία μένουν μαζί με τα βρέφη τους και/ή η παραμονή στο ίδιο δωμάτιο ξεκινά, όταν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των βρεφών τους;	184	87,6
7.3 Οι μητέρες και τα βρέφη παραμένουν μαζί (παραμονή στο δωμάτιο ή στο ίδιο κρεβάτι) 24 ώρες την ημέρα, εκτός και αν ο διαχωρισμός τους είναι τελείως δικαιολογημένος;	191	91,0

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 8^{ου} βήματος.

Πίνακας: 11

Να ενθαρρύνονται οι μητέρες για θηλασμό, ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους.	N	%
8.1 Οι μητέρες διδάχτηκαν να αναγνωρίζουν τα σημεία πείνας των βρεφών τους;	195	92,9
8.2 Οι μητέρες ενθαρρύνθηκαν να ταΐζουν τα βρέφη τους όσο συχνά και για όσο χρονικό διάστημα ήθελαν τα βρέφη;	201	95,7
8.3 Δόθηκε η συμβουλή στις θηλάζουσες μητέρες πως, εάν τα βρέφη τους κοιμούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να τα ξυπνούν και να προσπαθούν να τα θηλάζουν και, αν νιώσουν το στήθος τους πλήρες, πρέπει επίσης, να προσπαθήσουν να τα θηλάσουν;	198	94,3

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 9^{ου} βήματος.

Πίνακας: 12

Να μη δίνονται τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα βρέφη που θηλάζουν	N	%
9.1 Τα μωρά που περιθάλπονται, ταΐζονται με βρεφικές φιάλες;	144	68,6
9.2 Έχουν ενημερωθεί οι μητέρες από το προσωπικό για τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χορήγηση γάλακτος (υποκατάστατου ή μητρικού) ή άλλων υγρών με βρεφικές φιάλες και θηλές;	171	81,4
9.3 Τα μωρά περιθάλπονται, χωρίς τη χρήση πιπίλας;	184	87,6

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά εφαρμογής του 10^{ου} βήματος.

Πίνακας: 13

Να προωθείται η ίδρυση υποστηρικτικών ομάδων θηλασμού και να ενημερώνονται οι μητέρες, όταν φεύγουν από την μαιευτική δομή	N	%
10.1 Το προσωπικό δίνει οδηγίες και συζητά με τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο πώς θα συνεχίσουν τον θηλασμό, αφού επιστρέψουν στο σπίτι;	196	93,3
10.2 Η μαιευτική δομή διαθέτει σύστημα υποστήριξης των μητέρων, αφού αποχωρίσουν για το σπίτι όπως: εξωτερικό ιατρείο που περιλαμβάνει έλεγχο γαλουχίας, επισκέψεις στο σπίτι ή τηλεφωνική επικοινωνία (oncall);	141	67,1
10.3 Οι υπηρεσίες υγείας προωθούν την ίδρυση ή συνεργάζονται με υποστηρικτικές ομάδες μητέρων και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχουν υποστήριξη στις μητέρες σχετικά με τη σίτιση των βρεφών τους;	116	55,2
10.4 Οι μητέρες μπορούν να ζητήσουν βοήθεια σχετικά με τη σίτιση στις υπηρεσίες υποστήριξης θηλασμού της μαιευτικής δομής και στις υποστηρικτικές ομάδες μητέρων; Μπορούν να αναζητήσουν εκπαιδευμένους συμβούλους και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες όπως πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη ή κέντρα υγείας μητέρας – παιδιού, εάν είναι διαθέσιμα;	140	66,7
10.5 Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;	137	65,2
10.6 Οι μητέρες ενθαρρύνονται να επισκεφθούν επαγγελματία υγείας ή κάποιον σύμβουλο γαλουχίας στην κοινότητα σύντομα μετά την έξοδο από την μαιευτική δομή (κατά προτίμηση 24 ημέρες μετά τη γέννηση και ξανά τη δεύτερη εβδομάδα) που μπορεί να αξιολογήσει τη σίτιση των βρεφών και να τα υποστηρίξει, όταν κριθεί αναγκαίο;	127	60,5
10.7 Η μαιευτική δομή επιτρέπει τις συζητήσεις σχετικά με το θηλασμό και τη σίτιση των βρεφών με συμβούλους εκπαιδευμένων υποστηρικτικών ομάδων για μητέρες στα τμήματα της;	117	55,7

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά συμμόρφωσης με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Πίνακας: 14

Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος	N	%
Κώδικας 1. Η μαιευτική δομή αρνείται τη δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμήθεια υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και τα αγοράζει με τη χονδρική τιμή ή περισσότερο;	116	55,2
Κώδικας 2. Η προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, βρεφικών φιαλών, τεχνητών θηλών ή πιπιλών είναι ανύπαρκτη στο χώρο της μαιευτικής δομής, ενώ δεν προωθείται διαφημιστικό υλικό στις έγκυες γυναίκες και στις μητέρες;	140	66,7
Κώδικας 3. Απαγορεύεται για τους υπαλλήλους βιομηχανιών ή τους διανομείς υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, βρεφικών φιαλών, τεχνητών θηλών και πιπιλών να έρχονται σε επαφή με τις έγκυες γυναίκες ή τις μητέρες;	164	78,1
Κώδικας 4. Η μαιευτική δομή αρνείται δώρα, μη επιστημονική βιβλιογραφία, υλικό ή εξοπλισμό, χρήματα ή υποστήριξη για εκπαιδευτικά προγράμματα ή για εκδηλώσεις από τους κατασκευαστές ή τους διανομείς των προϊόντων που εμπίπτουν στους κανονισμούς του Κώδικα	109	51,9
Κώδικας 5. Όλα τα σκεύασματα τεχνητής διατροφής νεογνών και οι έτοιμες φιάλες φυλάγονται μακριά από κοινή θέα;	174	82,9

Κώδικας 6. Η μαιευτική δομή αποφεύγει να δίνει στις έγκυες γυναίκες, στις μητέρες και τις οικογένειές τους διαφημιστικό υλικό, δείγματα ή πακέτα δώρων που περιέχουν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, βρεφικές φιάλες, θηλές, πιπίλες ή άλλο εξοπλισμό ή κουπόνι	166	79,0
Κώδικας 7. Το προσωπικό αντιλαμβάνεται γιατί είναι σημαντικό να μην δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες;	195	92,9

Τα ποσοστά συμμόρφωσης κυμαίνονταν από 51,9% μέχρι 92,9%. Το 51,9% των συμμετεχόντων είχε συμμορφωθεί με τον κώδικα 4 και το 92,9% με τον κώδικα 7.

6.9.3 Γνώσεις και στάσεις για το θηλασμό

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι στάσεις των συμμετεχόντων για το θηλασμό.

Πίνακας: 15

	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Έντονα	Συμφωνώ / Συμφωνώ Έντονα (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την καθημερινή τους πρακτική, πρέπει ενεργά να ενθαρρύνουν όλες τις μητέρες να δοκιμάσουν το θηλασμό	0 (0)	1 (0,5)	5 (2,4)	69 (32,9)	135 (64,3)	97,2
Η σίτιση με τεχνητό γάλα (φόρμουλα) είναι ένας καλός τρόπος να δίνεται η ευκαιρία στον πατέρα να φροντίζει το βρέφος	80 (38,1)	83 (39,5)	36 (17,1)	11 (5,2)	0 (0)	5,2
Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για το βρέφος	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	29 (13,8)	180 (85,7)	99,5
Μια μητέρα η οποία περιστασιακά καταναλώνει αλκοόλ ή καπνίζει δεν πρέπει να θηλάζει το βρέφος της	31 (14,8)	107 (51)	35 (16,7)	29 (13,8)	8 (3,8)	17,6
Οι μητέρες που έχουν πρόθεση να θηλάσουν πρέπει να αναμένουν τις πληγωμένες θηλές ως φυσιολογικό	18 (8,6)	86 (41)	38 (18,1)	53 (25,2)	15 (7,1)	32,3

μέρος του θηλασμού						
Οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν μόνο σε μικρό βαθμό την απόφαση της γυναίκας να συνεχίσει το θηλασμό	56 (26,7)	111 (52,9)	20 (9,5)	22 (10,5)	1 (0,5)	11,0
Τα βρέφη που θηλάζουν πιθανώς να έχουν λιγότερες λοιμώξεις από τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητό γάλα (φόρμουλα)	0 (0)	2 (1)	11 (5,2)	105 (50)	92 (43,8)	93,8
Τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητό γάλα (φόρμουλα) είναι πιο πιθανό να υπερσιτίζονται συγκριτικά με τα βρέφη που θηλάζουν	2 (1)	9 (4,3)	29 (13,8)	130 (61,9)	40 (19)	80,9
Ο μητρικός θηλασμός είναι ευεργετικός για την υγεία της μητέρας	0 (0)	1 (0,5)	3 (1,4)	80 (38,1)	126 (60)	98,1
Το μητρικό γάλα μπορεί από μόνο του να ικανοποιήσει τα περισσότερα βρέφη περίπου για τους έξι (6) πρώτους μήνες ζωής	0 (0)	5 (2,4)	4 (1,9)	83 (39,5)	118 (56,2)	95,7
Το τεχνητό γάλα (φόρμουλα) χωνεύεται πιο εύκολα από το μητρικό γάλα	109 (51,9)	77 (36,7)	9 (4,3)	8 (3,8)	7 (3,3)	7,1
Ο μητρικός θηλασμός παρέχει πλεονεκτήματα για την υγεία του βρέφους τα οποία δεν μπορεί να παρέχει το τεχνητό γάλα (φόρμουλα)	1 (0,5)	2 (1)	2 (1)	53 (25,2)	152 (72,4)	97,6
Ο πατέρας αισθάνεται παραγκωνισμένος αν η μητέρα θηλάζει	60 (28,6)	107 (51)	31 (14,8)	9 (4,3)	3 (1,4)	5,7

Τα ποσοστά συμφωνίας με τις παραπάνω προτάσεις κυμαίνονταν από 5,2% μέχρι 99,5%.

Συγκεκριμένα, το 5,2% των συμμετεχόντων συμφωνούσε με την πρόταση «Η σίτιση με

τεχνητό γάλα (φόρμουλα) είναι ένας καλός τρόπος να δίνεται η ευκαιρία στον πατέρα να φροντίζει το βρέφος» και το 5,7% με την πρόταση «Ο πατέρας αισθάνεται παραγκωνισμένος αν η μητέρα θηλάζει». Το 99,5% των συμμετεχόντων συμφωνούσε με την πρόταση «Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για το βρέφος» και το 98,1% με την πρόταση «Ο μητρικός θηλασμός είναι ευεργετικός για την υγεία της μητέρας».

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι βαθμολογίες στις διαστάσεις στάσεων καθώς και η συνολική βαθμολογία στάσεων των συμμετεχόντων, οι οποίες περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν θετικότερη στάση για το θηλασμό.

Πίνακας: 16

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού	16,0	30,0	26,2	2,5
Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	11,0	20,0	17,6	1,7
Συνολική βαθμολογία στάσεων	39,0	65,0	54,3	4,5

Η βαθμολογία στάσεων γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού κυμαινόταν από 16 μέχρι 30 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 26,2 μονάδες (SD=2,5 μονάδες). Η βαθμολογία στάσεων σχετιζόμενων με μητρικό θηλασμό και την υγεία κυμαινόταν από 11 μέχρι 20 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 17,6 μονάδες (SD=1,7 μονάδες). Η συνολική βαθμολογία στάσεων κυμαινόταν από 39 μέχρι 65 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 54,3 μονάδες (SD=4,5 μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι γνώσεις των συμμετεχόντων για το θηλασμό.

Πίνακας:17

	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Έντονα	Συμφωνώ/ Συμφωνώ Έντονα (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Η γυναίκα που θηλάζει αποκλειστικά έχει λιγότερες πιθανότητες να μείνει έγκυος στους τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό, παρά μια γυναίκα που δίνει στο βρέφος τεχνητό γάλα (φόρμουλα)	9 (4,3)	22 (10,5)	30 (14,3)	123 (58,6)	26 (12,4)	71,0
Η συμπληρωματική τροφή είναι επιζήμια στην εγκαθίδρυση επαρκούς παραγωγής μητρικού	0 (0)	15 (7,1)	29 (13,8)	104 (49,5)	62 (29,5)	79,0

γάλακτος						
Συνήθως συστήνεται τα βρέφη να λάβουν τεχνητό γάλα (φόρμουλα) πριν τον πρώτο θηλασμό	124 (59)	69 (32,9)	2 (1)	11 (5,2)	4 (1,9)	7,1
Ο συχνός θηλασμός τις πρώτες μέρες βοηθά στη μείωση του νεογνικού ικτέρου	3 (1,4)	24 (11,4)	29 (13,8)	88 (41,9)	66 (31,4)	73,3
Ο ρυθμός ανάπτυξης των βρεφών που θηλάζουν διαφέρει από αυτό των βρεφών που σιτίζονται με τεχνητό γάλα	3 (1,4)	20 (9,5)	25 (11,9)	106 (50,5)	56 (26,7)	77,2
Αν ένα βρέφος που θηλάζει δεν ανακτήσει το βάρος γέννησης του σε δύο (2) βδομάδες, τότε πρέπει να ενθαρρυνθεί η μητέρα να εισαγάγει συμπληρώματα τεχνητού γάλακτος (φόρμουλα)	41 (19,5)	89 (42,4)	45 (21,4)	35 (16,7)	0 (0)	16,7
Μια μητέρα που νοιώθει ότι έχει ανεπαρκή ποσότητα γάλακτος, πρέπει μετά από κάθε γεύμα να «συμπληρώνει» με μπιμπερό	64 (30,5)	105 (50)	21 (10)	20 (9,5)	0 (0)	9,5

Τα ποσοστά συμφωνίας με τις παραπάνω προτάσεις κυμαίνονταν από 7,1% μέχρι 79%. Συγκεκριμένα, το 7,1% των συμμετεχόντων συμφωνούσε με την πρόταση «Συνήθως συστήνεται τα βρέφη να λάβουν τεχνητό γάλα (φόρμουλα) πριν τον πρώτο θηλασμό» και το 79% με την πρόταση «Η συμπληρωματική τροφή είναι επιζήμια στην εγκαθίδρυση επαρκούς παραγωγής μητρικού γάλακτος».

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι επιμέρους απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις γνώσεων και δημιουργήθηκε η βαθμολογία γνώσεων, η οποία περιγράφεται στον πίνακα που ακολουθεί. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερες γνώσεις για το θηλασμό.

Πίνακας:18

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Βαθμολογία γνώσεων	15,0	35,0	27,6	4,0

Η βαθμολογία γνώσεων κυμαινόταν από 15 μέχρι 35 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 27,6 μονάδες (SD=4,0 μονάδες).

Συσχέτιση των στάσεων και γνώσεων για το θηλασμό με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στάσεων γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

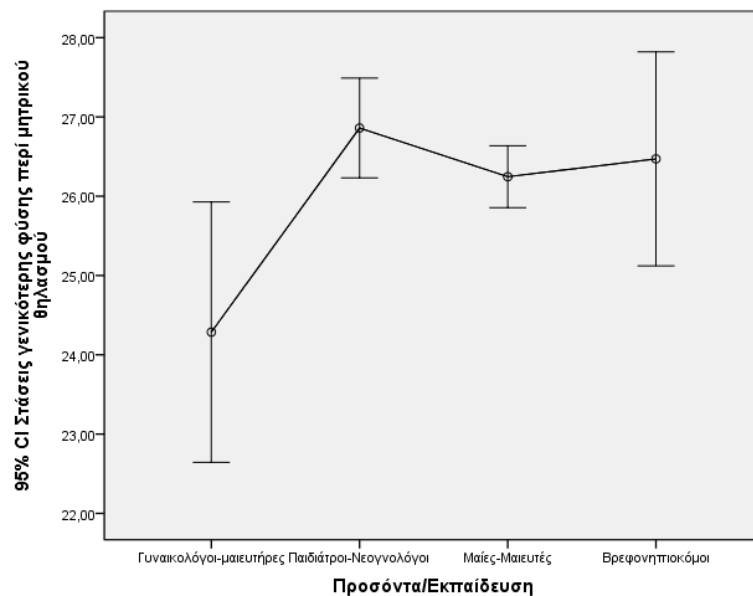
Πίνακας: 19

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι-μαιευτήρες	24,3	3,6	0,001⁺
	Παιδιάτροι-Νεογνολόγοι	26,9	2,2	
	Μαίες- Μαιευτές	26,2	2,2	
	Βρεφονηπιοκόμοι	26,5	2,6	
Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου	26,1	2,5	0,442
	Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	26,4	2,5	
Φύλο	Άρρεν	24,8	3,1	0,001
	Θήλυ	26,4	2,3	
Έχετε παιδιά;	Όχι	26,3	2,6	0,860
	Ναι	26,2	2,4	
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι	25,6	2,7	0,080
	Ναι	26,4	2,4	
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	25,7	2,9	0,021
	Ναι	26,5	2,2	
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	25,6	2,8	0,004
	Ναι	26,6	2,1	
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC Τα Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι	26,3	2,5	0,378
	Ναι	25,7	2,3	

⁺ANOVA

Η βαθμολογία στάσεων γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα προσόντα/εκπαίδευση των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι γυναικολόγοι/μαιευτήρες είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας λιγότερο θετική στάση γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού, σε σύγκριση με παιδίατρους/νεογνολόγους ($p < 0,001$), μαίες/μαιευτές ($p = 0,004$) και βρεφονηπιοκόμους ($p = 0,034$). Επίσης, πιο θετική στάση γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού είχαν οι γυναίκες καθώς και εκείνοι που συμμετείχαν σε σεμινάρια ή συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στάσεων γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού ανάλογα με τα προσόντα/εκπαίδευση των συμμετεχόντων.



Γράφημα:6

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στάσεων γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού με τα έτη προϋπηρεσίας, το πόσο εκπαιδευμένοι θεωρούσαν ότι είναι για τον μητρικό θηλασμό και το πόσο επιπλέον εκπαίδευση χρειάζονται.

Πίνακας:20

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια)	r ⁺	0,03
	P	0,616
Πώς θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;	r ⁺⁺	0,23
	P	0,001
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;	r ⁺⁺	0,03
	P	0,658

⁺ συντελεστής συσχέτισης του Pearson

⁺⁺ συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της εκπαίδευσης και κατάρτισης των συμμετεχόντων για το μητρικό θηλασμό με τη βαθμολογία στάσεων γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού. Συγκεκριμένα, όσο πιο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες σχετικά με τον μητρικό θηλασμό τόσο θετικότερη στάση γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού είχαν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στάσεων γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας:21

		β^+	SE ⁺⁺	P
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι-μαιευτήρες (αναφορά)			
	Παιδίατροι-Νεογνολόγοι	1,65	0,71	0,021
	Μαίες- Μαιευτές	0,69	0,72	0,344
	Βρεφονηπιοκόμοι	1,61	0,91	0,078
Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου (αναφορά)			
	Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	0,26	0,37	0,485
Φύλο	Άρρεν (αναφορά)			
	Θήλυ	0,84	0,58	0,148
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια)		0,01	0,02	0,549
Έχετε παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,23	0,39	0,550
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,11	0,45	0,810
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,03	0,45	0,938
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,74	0,44	0,096
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC Τα Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,04	0,67	0,119
Πώς θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;		0,62	0,25	0,014
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;		0,21	0,16	0,197

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Τα προσόντα των συμμετεχόντων και το πόσο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι πίστευαν ότι είναι σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχονται καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας τους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στάσεων γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού. Συγκεκριμένα:

- Οι παιδίατροι/νεογνολόγοι είχαν κατά 1,65 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους γυναικολόγους/μαιευτήρες.
- Όσο πιο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες σχετικά με τον μητρικό θηλασμό τόσο θετικότερη στάση γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού είχαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στάσεων σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

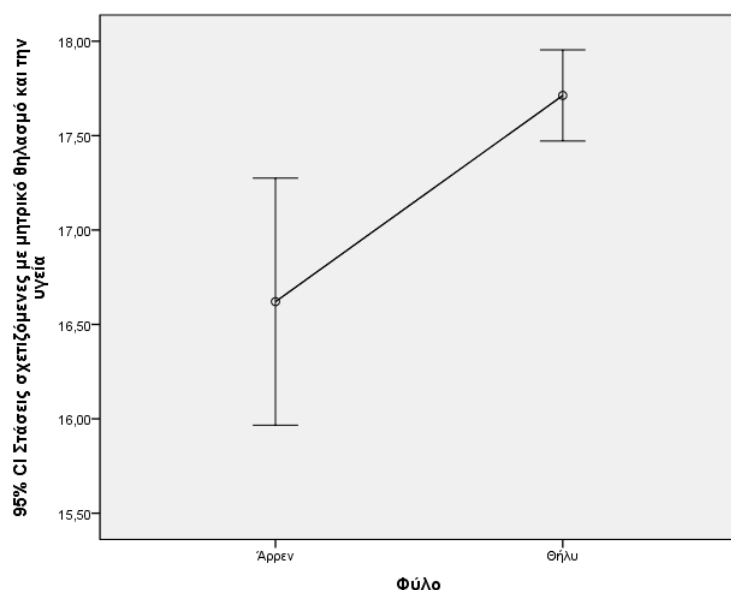
Πίνακας: 22

		Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι-μαιευτήρες	16,9	2,1	0,272 ⁺
	Παιδίατροι-Νεογνολόγοι	17,6	1,9	
	Μαίες- Μαιευτές	17,6	1,5	
	Βρεφονηπιοκόμοι	17,9	1,7	
Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου	17,5	1,7	0,163
	Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	17,8	1,7	
Φύλο	Άρρεν	16,6	1,7	0,001
	Θήλυ	17,7	1,6	
Έχετε παιδιά;	Όχι	17,5	1,7	0,540
	Ναι	17,6	1,7	
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι	17,4	1,6	0,610
	Ναι	17,6	1,7	
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	17,2	1,8	0,016
	Ναι	17,8	1,6	
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	17,1	1,7	0,002
	Ναι	17,9	1,6	
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC Τα Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι	17,6	1,7	0,999
	Ναι	17,6	1,9	

⁺ANOVA

Σημαντικά πιο θετικές στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν οι γυναίκες καθώς και εκείνοι που συμμετείχαν σε σεμινάρια ή συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στάσεων σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.



Γράφημα: 7

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στάσεων σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία με τα έτη προϋπηρεσίας, το πόσο εκπαιδευμένοι θεωρούσαν ότι είναι για τον μητρικό θηλασμό και το πόσο επιπλέον εκπαίδευση χρειάζονται.

Πίνακας: 23

		Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια)	r^+	0,03
	P	0,659
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;	r^{++}	0,17
	P	0,016
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;	r^{++}	0,11
	P	0,106

⁺ συντελεστής συσχέτισης του Pearson

⁺⁺ συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της εκπαίδευσης και κατάρτισης των συμμετεχόντων για το μητρικό θηλασμό με τη βαθμολογία στάσεων σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία. Συγκεκριμένα, όσο πιο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες σχετικά με τον μητρικό θηλασμό τόσο θετικότερες στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στάσεων σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: 24

		β^+	SE ⁺⁺	P
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι-μαιευτήρες (αναφορά)			
	Παιδίατροι-Νεογνολόγοι	-0,09	0,49	0,861
	Μαίες- Μαιευτές	-0,41	0,50	0,418
	Βρεφονηπιοκόμοι	0,54	0,63	0,396
Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου (αναφορά)			
	Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	0,26	0,26	0,322
Φύλο	Άρρεν (αναφορά)			
	Θήλυ	0,80	0,40	0,048
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια)		0,00	0,02	0,989
Έχετε παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,07	0,27	0,796
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,16	0,31	0,619
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,15	0,31	0,628
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,58	0,31	0,061
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC Τα Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,22	0,46	0,637
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;		0,40	0,17	0,021
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;		0,28	0,11	0,062

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Το φύλο των συμμετεχόντων και το πόσο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι πίστευαν ότι είναι σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχονται καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας τους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στάσεων σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 0,80 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Όσο πιο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες σχετικά με τον μητρικό θηλασμό τόσο θετικότερη στάση σχετιζόμενη με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία στάσεων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

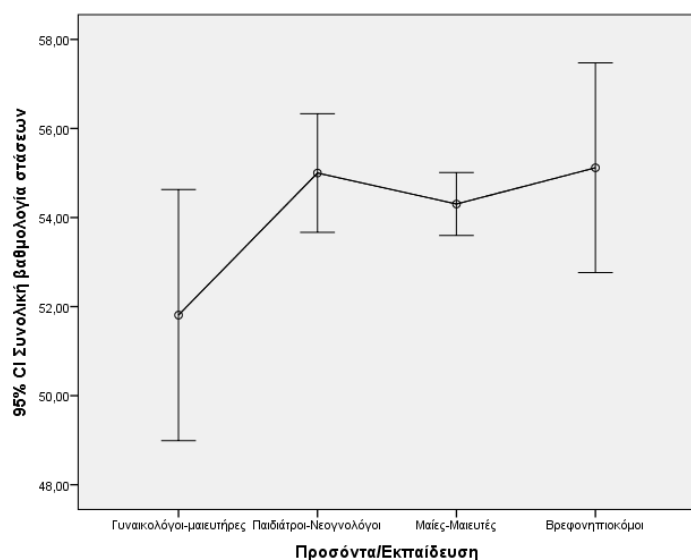
Πίνακας: 25

		Συνολική βαθμολογία στάσεων		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι-μαιευτήρες	51,8	6,2	0,041⁺
	Παιδιάτροι-Νεογνολόγοι	55,0	4,7	
	Μαίες- Μαιευτές	54,3	3,9	
	Βρεφονηπιοκόμοι	55,1	4,6	
Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου	53,9	4,3	0,097
	Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	55,0	4,8	
Φύλο	Άρρεν	51,8	4,9	0,001
	Θήλυ	54,7	4,3	
Έχετε παιδιά;	Όχι	54,2	4,4	0,730
	Ναι	54,4	4,5	
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι	52,9	4,6	0,041
	Ναι	54,6	4,4	
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	53,3	5,0	0,022
	Ναι	54,8	4,1	
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	53,3	4,9	0,007
	Ναι	55,0	4,0	
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC Τα Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι	54,4	4,5	0,311
	Ναι	53,2	4,6	

⁺ANOVA

Η συνολική βαθμολογία στάσεων διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα προσόντα/εκπαίδευση των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι γυναικολόγοι/μαιευτήρες είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας λιγότερο θετική στάση απέναντι στον μητρικό θηλασμό, σε σύγκριση με παιδίατρους/νεογνολόγους ($p=0,037$). Επίσης, σημαντικά πιο θετική στάση συνολικά είχαν οι γυναίκες, οι συμμετέχοντες που ενημερώνονταν για τις εξελίξεις στον τομέα τους μέσα από μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων καθώς και εκείνοι που συμμετείχαν σε σεμινάρια ή συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία στάσεων ανάλογα με τα προσόντα/εκπαίδευση των συμμετεχόντων.



Γράφημα:8

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας στάσεων με τα έτη προϋπηρεσίας, το πόσο εκπαιδευμένοι θεωρούσαν ότι είναι για τον μητρικό θηλασμό και το πόση επιπλέον εκπαίδευση χρειάζονται.

Πίνακας: 26

		Συνολική βαθμολογία στάσεων
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια)	r+	0,04
	P	0,555
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;	r++	0,21
	P	0,002
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;	r++	0,11
	P	0,101

⁺ συντελεστής συσχέτισης του Pearson

⁺⁺ συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της εκπαίδευσης και κατάρτισης των συμμετεχόντων για το μητρικό θηλασμό με τη συνολική βαθμολογία στάσεων. Συγκεκριμένα, όσο πιο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες σχετικά με τον μητρικό θηλασμό τόσο θετικότερη στάση είχαν συνολικά.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στάσεων και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: 26

		β^+	SE ⁺⁺	P
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι-μαιευτήρες (αναφορά)			
	Παιδίατροι-Νεογνολόγοι	1,09	1,27	0,393
	Μαίες- Μαιευτές	-0,33	1,29	0,797
	Βρεφονηπιοκόμοι	2,21	1,63	0,176
Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου (αναφορά)			
	Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	1,00	0,67	0,137
Φύλο	Άρρεν (αναφορά)			
	Θήλυ	1,72	0,64	0,048
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια)		0,03	0,04	0,485
Έχετε παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,26	0,70	0,716
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,62	0,81	0,446
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,34	0,80	0,675
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,09	0,79	0,169
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLCTa Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,49	1,19	0,212
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;		1,39	0,45	0,002
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;		0,87	1,29	0,063

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Το φύλο των συμμετεχόντων και το πόσο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι πίστευαν ότι είναι σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχονται καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας τους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία στάσεων. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 1,72 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους άντρες.
- Όσο πιο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες σχετικά με τον μητρικό θηλασμό τόσο θετικότερη συνολική στάση είχαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία γνώσεων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

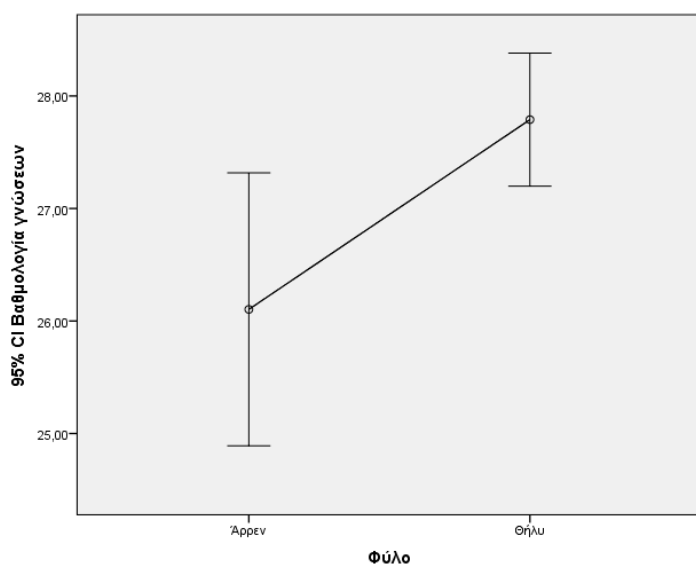
Πίνακας: 27

		Βαθμολογία γνώσεων		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι-μαιευτήρες	25,6	3,3	0,081+
	Παιδίατροι-Νεογνολόγοι	27,8	3,9	
	Μαίες- Μαιευτές	27,7	4,0	
	Βρεφονηπιοκόμοι	28,6	3,7	
Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου	27,4	3,9	0,308
	Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	28,0	4,1	
Φύλο	Άρρεν	26,1	3,2	0,033
	Θήλυ	27,8	4,0	
Έχετε παιδιά;	Όχι	27,3	3,8	0,438
	Ναι	27,7	4,0	
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι	26,0	3,6	0,007
	Ναι	27,9	4,0	
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	26,6	3,7	0,018
	Ναι	28,0	4,0	
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	26,7	3,6	0,011
	Ναι	28,1	4,1	
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC) Τα Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι	27,6	3,9	0,328
	Ναι	26,6	4,2	

⁺ANOVA

Σημαντικά περισσότερες γνώσεις για το θηλασμό είχαν οι γυναίκες, οι συμμετέχοντες που ενημερώνονταν για τις εξελίξεις στον τομέα τους μέσα από μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων καθώς και εκείνοι που συμμετείχαν σε σεμινάρια ή συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία γνώσεων ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.



Γράφημα:9

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας γνώσεων με τα έτη προϋπηρεσίας, το πόσο εκπαιδευμένοι θεωρούσαν ότι είναι για τον μητρικό θηλασμό και το πόση επιπλέον εκπαίδευση χρειάζονται.

Πίνακας: 28

		Βαθμολογία γνώσεων
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια)	r ⁺	-0,05
	P	0,507
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;	r ⁺	0,11
	P	0,113
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;	r ⁺	0,08
	P	0,241

⁺ συντελεστής συσχέτισης του Pearson

⁺⁺ συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων με τα υπόλοιπα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχόντων, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας: 29

		β^+	SE ⁺⁺	P
Προσόντα/Εκπαίδευση	Γυναικολόγοι-μαιευτήρες (αναφορά)			
	Παιδιάτροι-Νεογνολόγοι	1,18	1,16	0,309
	Μαίες- Μαιευτές	1,12	1,18	0,345
	Βρεφονηπιοκόμοι	2,92	1,49	0,050

Κάτοχος Διπλώματος:	Πτυχίου (αναφορά)			
	Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	0,83	0,61	0,177
Φύλο	Άρρεν (αναφορά)			
	Θήλυ	0,28	0,95	0,766
Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας (χρόνια)		-0,05	0,04	0,199
Έχετε παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,85	0,64	0,183
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,27	0,74	0,088
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,54	0,73	0,466
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,16	0,72	0,109
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC Τα Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,14	1,09	0,296
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;		0,25	0,41	0,543
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;		0,40	0,26	0,126

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Μόνο τα προσόντα των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία γνώσεων. Συγκεκριμένα, οι βρεφονηπιοκόμοι είχαν κατά 2,92 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερες γνώσεις, σε σύγκριση με τους γυναικολόγους/μαιευτήρες.

Συσχέτιση των στάσεων και των γνώσεων των συμμετεχόντων για τον μητρικό θηλασμό με τα στοιχεία που αφορούν στην αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 1^{ου} βήματος.

Πίνακας:30

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
1.1 Έχει η μαιευτική δομή γραπτή πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών που αναφέρεται και στα Δέκα Βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό σε όλα τα τμήματά της και υποστήριξη στις HIV θετικές μητέρες;	Όχι	26,2 (2,5)	0,976	17,7 (1,6)	0,500	54,5 (5)	0,768	27,1 (3,9)	0,393
	Ναι	26,2 (2,5)		17,5 (1,7)		54,2 (4,4)		27,7 (4)	
1.2 Η πολιτική προστατεύει το θηλασμό με την απαγόρευση της προώθησης των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού, των φιαλών σίτισης και των θηλών;	Όχι	25,6 (2,7)	0,071	17,1 (2,2)	0,040	52,9 (5,3)	0,019	25,9 (4,4)	0,001
	Ναι	26,4 (2,4)		17,7 (1,5)		54,7 (4,2)		28 (3,7)	
1.3 Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό της μαιευτικής δομής;	Όχι	25,4 (2,9)	0,009	17 (2)	0,003	52,8 (5,3)	0,007	25,3 (3,8)	<0,001
	Ναι	26,5 (2,3)		17,8 (1,5)		54,8 (4,1)		28,3 (3,7)	
1.4 Η πολιτική θηλασμού/διατροφής	Όχι	26,2 (3,1)	0,962	17,5 (2,2)	0,940	54,5 (5,4)	0,832	27,3 (4,2)	0,732

νεογνών είναι προσιτή σε όλο το προσωπικό που φροντίζει μητέρες και νεογνά, ώστε να μπορεί να ανατρέξει σε αυτήν;	Ναι	26,2 (2,4)		17,6 (1,6)		54,3 (4,4)		27,6 (3,9)	
1.5 Υπάρχει μια περίληψη της πολιτικής θηλασμού/διατροφής νεογνών που περιλαμβάνει θέματα σχετικά με τα Δέκα Βήματα, τον διεθνή κώδικα εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού και των επόμενων ψηφισμάτων της Π.Ο.Υ. και τη βοήθεια στις HIVμητέρες	Όχι	26,1 (2,6)	0,630	17,4 (2)	0,395	54,2 (5,2)	0,789	26,5 (4,2)	0,006
	Ναι	26,3 (2,4)		17,6 (1,5)		54,3 (4,1)		28,1 (3,7)	
1.6 Η αναρτημένη περίληψη της πολιτικής είναι γραμμένη σε γλώσσα(ες) και με λέξεις που μπορούν να καταλάβουν οι μητέρες και το προσωπικό;	Όχι	26,4 (2,5)	0,346	17,3 (1,7)	0,079	54,5 (4,9)	0,559	27,7 (4,1)	0,768
	Ναι	26,1 (2,4)		17,7 (1,7)		54,2 (4,3)		27,5 (3,9)	
1.7 Υπάρχει μηχανισμός εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της πολιτικής;	Όχι	26,2 (2,3)	0,856	17,5 (1,7)	0,352	54,3 (4,3)	0,982	27,7 (4,1)	0,408
	Ναι	26,2 (2,7)		17,7 (1,7)		54,3 (4,9)		27,3 (3,8)	
1.8 Είναι η πολιτική ή τα πρωτοκόλλα που σχετίζονται με το θηλασμό ευθυγραμμισμένα με τα σύγχρονα βασισμένα σε μελέτες πρότυπα;	Όχι	25,8 (2,9)	0,183	17,2 (2,2)	0,157	53,5 (5,6)	0,193	26,4 (4,6)	0,027
	Ναι	26,3 (2,4)		17,6 (1,5)		54,5 (4,1)		27,9 (3,7)	

Σημαντικά θετικότερες στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού είχαν οι συμμετέχοντες που εφάρμοζαν την πρακτική «1.3 Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό της μαιευτικής δομής;».

Σημαντικά θετικότερες στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν οι συμμετέχοντες που εφάρμοζαν τις πρακτικές «1.2 Η πολιτική προστατεύει το θηλασμό με την απαγόρευση της προώθησης των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού, των φιαλών σίτισης και των θηλών;» και «1.3 Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή

υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό της μαιευτικής δομής;».

Σημαντικά θετικότερες στάσεις συνολικά είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «1.2 Η πολιτική προστατεύει το θηλασμό με την απαγόρευση της προώθησης των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού, των φιαλών σίτισης και των θηλών;» και «1.3 Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό της μαιευτικής δομής;».

Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «1.2 Η πολιτική προστατεύει το θηλασμό με την απαγόρευση της προώθησης των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού, των φιαλών σίτισης και των θηλών;», «1.3 Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό της μαιευτικής δομής;», «1.5 Υπάρχει μια περίληψη της πολιτικής θηλασμού/διατροφής νεογνών που περιλαμβάνει θέματα σχετικά με τα «Δέκα Βήματα», τον διεθνή κώδικα εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού και των επόμενων ψηφισμάτων της Π.Ο.Υ. και τη βοήθεια στις ΗΙV μητέρες» και «1.8 Είναι η πολιτική ή τα πρωτοκόλλα που σχετίζονται με το θηλασμό ευθυγραμμισμένα με τα σύγχρονα βασισμένα σε μελέτες πρότυπα;».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 2^{ου} βήματος.

Πίνακας: 31

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική ή βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
2.1 Είναι όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν εγκύους, μητέρες και νεογνά προσανατολισμένα στην πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών της Μαιευτικής δομής όταν αρχίζουν να εργάζονται;	Όχι	26,5 (2,2)	0,235	17,5 (1,8)	0,494	54,6 (4,6)	0,457	27,4 (4)	0,670
	Ναι	26,1 (2,6)		17,6 (1,6)		54,1 (4,4)		27,6 (3,9)	
2.2 Είναι όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα	Όχι	26,2 (2,6)	0,860	17,6 (1,9)	0,752	54,3 (5,1)	0,948	26,9 (4,1)	0,076
	Ναι	26,2		17,5 (1,6)		54,3		27,9	

νεογνά τόσο ενημερωμένα για τη σημασία του μητρικού θηλασμού όσο και εξοικειωμένα με την πολιτική του τμήματος και της Μαιευτικής δομής, ώστε να προστατεύουν, να προωθούν και να υποστηρίζουν το θηλασμό;		(2,4)				(4,2)		(3,8)	
2.3 Όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά (ή όλα τα μέλη του προσωπικού, αν αυτά μετακινούνται σε θέσεις που έχουν αυτές τις υπευθυνότητες) εκπαιδεύτηκαν στην προαγωγή του θηλασμού και την υποστήριξη του μέσα σε 6 μήνες από την έναρξη της εργασίας τους –εκτός κι αν είχαν επαρκή εκπαίδευση από αλλού;	Όχι	26,2 (2,5)	0,900	17,4 (1,8)	0,291	54,2 (4,7)	0,749	27,1 (3,9)	0,174
	Ναι	26,2 (2,5)		17,7 (1,6)		54,4 (4,3)		27,9 (4)	
2.4 Η εκπαίδευση καλύπτει τα 10 Βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό και τον Κώδικα Εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος;	Όχι	25,8 (3)	0,163	17,6 (2)	0,820	53,9 (5,4)	0,533	26,6 (3,8)	0,083
	Ναι	26,3 (2,3)		17,5 (1,6)		54,4 (4,3)		27,8 (4)	
2.5 Η εκπαίδευση για κάθε μέλος του προσωπικού είναι τουλάχιστον 20 ώρες συνολικά, συμπεριλαμβανομένης της κλινικής εμπειρίας με επίβλεψη τουλάχιστον 3 ωρών;	Όχι	26,4 (2,5)	0,174	17,6 (1,8)	0,615	54,7 (4,6)	0,171	27,9 (4,1)	0,240
	Ναι	26 (2,4)		17,5 (1,6)		53,8 (4,3)		27,2 (3,8)	
2.6 Η εκπαίδευση του μη κλινικού προσωπικού επαρκεί, ανάλογα με τη θέση του, ώστε να παρέχει την ικανότητα και τις γνώσεις που απαιτούνται, για να υποστηρίξουν τις μητέρες να θρέψουν τα παιδιά τους με επιτυχία;	Όχι	26,2 (2,4)	0,855	17,5 (1,8)	0,423	54,2 (4,5)	0,704	27,8 (4,1)	0,187
	Ναι	26,3 (2,6)		17,7 (1,5)		54,4 (4,4)		27,1 (3,6)	
2.7 Παρέχεται εκπαίδευση, επίσης, σε όλο ή σε ορισμένο από το προσωπικό που περιθάλπει εγκύους για τη διατροφή νεογνών που δεν θηλάζουν και για να υποστηρίζονται οι μητέρες που έχουν πάρει αυτή την απόφαση;	Όχι	26,2 (2,7)	0,901	17,5 (1,8)	0,894	54,4 (5)	0,832	27,3 (4,1)	0,593
	Ναι	26,2 (2,4)		17,6 (1,6)		54,2 (4,2)		27,7 (3,9)	
2.8 Μπορούν τα μέλη του μαιευτικού προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά να απαντήσουν σε απλές ερωτήσεις σχετικά με την προαγωγή του μητρικού θηλασμού και την υποστήριξη και περίθαλψη των μητέρων που δεν θηλάζουν;	Όχι	25,7 (3,6)	0,331	17,3 (2)	0,368	54 (5,8)	0,748	27,1 (3,5)	0,585
	Ναι	26,3 (2,3)		17,6 (1,7)		54,3 (4,3)		27,6 (4)	
2.9 Το μη κλινικό προσωπικό,	Όχι	26,2	0,754	17,4 (1,7)	0,072	54,1	0,406	27,5	0,700

όπως βοηθοί θαλάμου, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί υπάλληλοι, το προσωπικό καθαριότητας και οι τραπεζοκόμοι, μπορεί να απαντήσει σε απλές ερωτήσεις για το θηλασμό και πώς να υποστηρίξει τις μητέρες για τη διατροφή των νεογνών;		(2,4)				(4,4)		(3,9)	
	Ναι	26,3 (2,7)		17,9 (1,7)		54,7 (4,7)		27,7 (4,2)	
2.10 Η Μαιευτική δομή έχει κανονίσει να λάβουν ειδική εκπαίδευση στη διαχείριση της γαλουχίας συγκεκριμένα μέλη του προσωπικού;	Όχι	26,1 (2,9)	0,674	17,4 (2)	0,382	54,1 (5,5)	0,632	27,1 (4,5)	0,291
	Ναι	26,3 (2,3)		17,6 (1,6)		54,4 (4)		27,7 (3,7)	

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων με τις πρακτικές του 2^{ου} βήματος.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 3^{ου} βήματος.

Πίνακας: 32

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική ή βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
3.1 Η μαιευτική δομή διαθέτει τμήμα προγεννητικού ελέγχου ή εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία και τμήμα παραλαβής επιτόκου;	Όχι	24,4 (3,4)	0,001	17,5 (2)	0,872	51,9 (5,1)	0,020	25,2 (4)	0,007
	Ναι	26,4 (2,3)		17,6 (1,7)		54,5 (4,4)		27,8 (3,9)	
3.2 Εάν ναι, οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες ενημερώνονται για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;	Όχι	25,7 (2,6)	0,109	17 (2)	0,013	52,8 (5,2)	0,013	25,8 (4,8)	0,001
	Ναι	26,4 (2,4)		17,7 (1,6)		54,7 (4,2)		28 (3,6)	
3.3 Τα προγεννητικά ιστορικά δείχνουν ότι συζητήθηκε ο θηλασμός με τις έγκυες γυναίκες;	Όχι	26,1 (2,6)	0,483	17,4 (1,7)	0,230	54 (4,8)	0,393	27,2 (4,3)	0,171
	Ναι	26,3 (2,4)		17,7 (1,7)		54,5 (4,2)		27,9 (3,6)	
3.4 Η προγεννητική εκπαίδευση, που περιλαμβάνει και τη γραπτή ή προφορική πληροφόρηση, καλύπτει βασικά θέματα που αφορούν στη σημασία και στη διαχείριση του θηλασμού;	Όχι	26 (3,1)	0,422	17,3 (1,9)	0,191	53,7 (5,5)	0,314	26,3 (4,7)	0,010
	Ναι	26,3 (2,3)		17,6 (1,6)		54,5 (4,2)		27,9 (3,6)	

3.5 Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή, και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;	Όχι	25,6 (2,9)	0,002	17,2 (1,9)	0,005	53,1 (5,2)	0,001	26,3 (4,1)	<0,001
	Ναι	26,7 (2,1)		17,8 (1,5)		55,1 (3,8)		28,4 (3,7)	
3.6 Οι έγκυες γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τους κινδύνους από τη χορήγηση συμπληρώματος, ενώ θα θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες;	Όχι	26,1 (2,7)	0,470	17,2 (1,9)	0,005	53,8 (5,2)	0,187	26,8 (4,3)	0,006
	Ναι	26,3 (2,3)		17,9 (1,4)		54,7 (3,8)		28,3 (3,5)	
3.7 Οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τη σημασία της πρώτης επαφής δέρμα με δέρμα με τα μωρά τους και της παραμονής των μωρών στο ίδιο δωμάτιο όλο το 24ωρο;	Όχι	26 (2,9)	0,412	17,4 (1,9)	0,469	54 (5,6)	0,664	26,7 (4,7)	0,081
	Ναι	26,3 (2,3)		17,6 (1,6)		54,4 (4,1)		27,8 (3,7)	
3.8 Το προγεννητικό ιστορικό της μητέρας είναι διαθέσιμο την ώρα του τοκετού;	Όχι	25,5 (3,3)	0,032	17,4 (1,7)	0,471	53,5 (5,4)	0,180	26,5 (4,3)	0,045
	Ναι	26,4 (2,2)		17,6 (1,7)		54,5 (4,2)		27,8 (3,8)	
3.9 Οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν υπόψη την πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν, όταν αποφασίζουν για τη χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων ή αναλγησίας ή αναισθησίας (όταν χορηγείται) κατά τη διάρκεια των ωδινών, του τοκετού και της καισαρικής τομής;	Όχι	26 (2,3)	0,222	17,4 (1,6)	0,252	53,8 (4,2)	0,182	27,7 (4,4)	0,560
	Ναι	26,4 (2,6)		17,7 (1,7)		54,6 (4,7)		27,4 (3,7)	
3.10 Το προσωπικό γνωρίζει τις επιπτώσεις τέτοιων φαρμάκων στο θηλασμό;	Όχι	25,5 (3,1)	0,059	17,3 (2)	0,300	53,4 (5,6)	0,154	27 (4,4)	0,331
	Ναι	26,4 (2,3)		17,6 (1,6)		54,5 (4,2)		27,7 (3,9)	

Σημαντικά θετικότερες στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού είχαν οι συμμετέχοντες που εφάρμοζαν τις πρακτικές «3.1 Η μαιευτική δομή διαθέτει τμήμα προγεννητικού ελέγχου ή εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία και τμήμα παραλαβής επιτόκου;», «3.5 Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή, και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;» και «3.8 Το προγεννητικό ιστορικό της μητέρας είναι διαθέσιμο την ώρα του τοκετού;».

Σημαντικά θετικότερες στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν οι συμμετέχοντες που εφάρμοζαν τις πρακτικές «3.2 Εάν ναι, οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες ενημερώνονται για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;», «3.5 Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή, και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;» και «3.6 Οι έγκυες

γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τους κινδύνους από τη χορήγηση συμπληρώματος, ενώ θα θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες;».

Σημαντικά θετικότερες στάσεις συνολικά είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «3.1 Η μαιευτική δομή διαθέτει τμήμα προγεννητικού ελέγχου ή εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία και τμήμα παραλαβής επιτόκου;», «3.2 Εάν ναι, οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες ενημερώνονται για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;» και «3.5 Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή, και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;».

Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «3.1 Η μαιευτική δομή διαθέτει τμήμα προγεννητικού ελέγχου ή εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία και τμήμα παραλαβής επιτόκου;», «3.2 Εάν ναι, οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες ενημερώνονται για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;», «3.4 Η προγεννητική εκπαίδευση, που περιλαμβάνει και τη γραπτή ή προφορική πληροφόρηση, καλύπτει βασικά θέματα που αφορούν τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;», «3.5 Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή, και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;», «3.6 Οι έγκυες γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τους κινδύνους από τη χορήγηση συμπληρώματος, ενώ θα θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες;» και «3.8 Το προγεννητικό ιστορικό της μητέρας είναι διαθέσιμο την ώρα του τοκετού;».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 4^{ου} βήματος.

Πίνακας: 33

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική ή βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
4.1 Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική, χωρίς γενική αναισθησία, τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους αμέσως μετά τη γέννηση και οι μητέρες τους ενθαρρύνονται να συνεχίσουν	Όχι	26,1 (2,7)	0,574	17,3 (1,9)	0,146	54 (4,8)	0,482	27,4 (4,1)	0,752
	Ναι	26,3 (2,4)		17,7 (1,6)		54,4 (4,4)		27,6 (3,9)	

την επαφή για μία ώρα τουλάχιστον;									
4.2 Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με καισαρική τομή με γενική αναισθησία τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους, αμέσως μόλις οι μητέρες ξυπνήσουν και ανταποκρίνονται;	Όχι	26,2 (2,3)	0,796	17,6 (1,6)	0,951	54,3 (4,3)	0,824	27,9 (3,9)	0,060
	Ναι	26,2 (2,7)		17,6 (1,9)		54,2 (4,9)		26,9 (4,1)	
4.3 Δέχονται όλες οι μητέρες βοήθεια κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, για να αναγνωρίζουν τα σημάδια ότι τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν και τους προσφέρεται βοήθεια, αν χρειάζεται;	Όχι	25,7 (2,9)	0,082	17,2 (1,9)	0,089	53,3 (5,3)	0,087	26,6 (4,2)	0,048
	Ναι	26,4 (2,3)		17,7 (1,6)		54,6 (4,2)		27,8 (3,8)	
4.4 Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα ενθαρρύνονται να κρατούν τα μωρά τους σε επαφή δέρμα με δέρμα, εκτός και αν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος να μην το κάνουν;	Όχι	26 (2,8)	0,610	17,8 (1,7)	0,407	54,2 (5,4)	0,876	27,7 (4,6)	0,870
	Ναι	26,3 (2,4)		17,5 (1,7)		54,3 (4,4)		27,5 (3,9)	

Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «4.3 Δέχονται όλες οι μητέρες βοήθεια κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, για να αναγνωρίζουν τα σημάδια ότι τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν και τους προσφέρεται βοήθεια, αν χρειάζεται;».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 5^{ου} βήματος.

Πίνακας: 34

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
5.1 Το προσωπικό παρέχει περαιτέρω βοήθεια σε όλες τις θηλάζουσες μητέρες σχετικά με το θηλασμό την πρώτη φορά που θα ταΐσουν ξανά τα βρέφη τους ή μέσα σε έξι ώρες από τη γέννα;	Όχι	26,8 (2)	0,341	17,5 (1,1)	0,817	54,9 (3,1)	0,569	27,5 (2,8)	0,976
	Ναι	26,2 (2,5)		17,6 (1,7)		54,2 (4,6)		27,6 (4,1)	
5.2 Το προσωπικό μπορεί να περιγράψει το είδος των	Όχι	26,3 (2,1)	0,911	18 (1,4)	0,403	55,6 (2,8)	0,345	29,1 (3,6)	0,208

πληροφοριών και να επιδείξει τις δεξιότητες που απαιτούνται, προκειμένου οι μητέρες που θηλάζουν και εκείνες που δεν θηλάζουν να βοηθηθούν, για να σιτίσουν επιτυχώς τα βρέφη τους;	Nαι	26,2 (2,5)		17,5 (1,7)		54,2 (4,6)		27,5 (4)	
5.3 Το προσωπικό ή οι σύμβουλοι που έχουν ειδικευτεί στην εκπαίδευση του θηλασμού και της διαχείρισης της γαλουχίας είναι διαθέσιμοι όλες τις ώρες, για να συμβουλευθούν τις μητέρες κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη μαιευτική δομή και στην προετοιμασία	Όχι	26,2 (2,5)	0,890	17,2 (1,9)	0,132	53,7 (4,6)	0,350	26,5 (4,7)	0,044
	Nαι	26,2 (2,5)		17,7 (1,6)		54,4 (4,5)		27,9 (3,7)	
5.4 Το προσωπικό παρέχει συμβουλές για άλλες μεθόδους σίτισης και για τη φροντίδα του στήθους στις μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και έχουν αποφασίσει να μην τα θηλάσουν;	Όχι	25,2 (3)	0,140	16,9 (1,8)	0,161	51,8 (4,3)	0,037	25,5 (3,6)	0,049
	Nαι	26,3 (2,4)		17,6 (1,7)		54,5 (4,5)		27,7 (4)	
5.5 Οι μητέρες μπορούν να δείξουν ποια είναι η σωστή στάση και η σύλληψη της θηλής από τα βρέφη τους, προκειμένου να θηλάσουν;	Όχι	25,7 (2,6)	0,125	17,2 (1,9)	0,094	53,4 (4,6)	0,136	27 (4,5)	0,295
	Nαι	26,3 (2,4)		17,7 (1,6)		54,5 (4,5)		27,7 (3,8)	
5.6 Οι μητέρες έχουν δει πώς να αντλούν γάλα με το χέρι ή έχουν πληροφορηθεί σχετικά με την άντληση και πού μπορούν να ζητήσουν βοήθεια, αν την χρειαστούν;	Όχι	26,2 (2)	0,963	17,7 (1,5)	0,396	54,2 (3,6)	0,906	28,3 (3,8)	0,151
	Nαι	26,2 (2,6)		17,5 (1,8)		54,3 (4,8)		27,3 (4)	
5.7 Οι μητέρες που δεν θήλασαν ποτέ ή που έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν προβλήματα με τον θηλασμό, δέχτηκαν ειδική προσοχή και υποστήριξη από το προσωπικό της μαιευτικής δομής τόσο στην προγεννητική όσο και στη μετά τη γέννηση περίοδο;	Όχι	25,8 (2,5)	0,167	17,6 (1,8)	0,691	53,8 (4,7)	0,299	26,5 (4,3)	0,021
	Nαι	26,4 (2,5)		17,6 (1,7)		54,5 (4,4)		27,9 (3,8)	
5.8 Στις μητέρες που αποφάσισαν να μην θηλάσουν, έχουν δείξει ατομικά πώς να ετοιμάσουν και να δώσουν στα βρέφη τους τροφή και τους ζητήθηκε να ετοιμάσουν την τροφή μόνες τους, αφού τους είχαν δείξει πώς να το κάνουν;	Όχι	26,4 (2,1)	0,546	17,5 (1,5)	0,669	54,4 (3,8)	0,819	28,5 (3,7)	0,013
	Nαι	26,1 (2,7)		17,6 (1,8)		54,2 (4,8)		27,1 (4)	
5.9 Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και σκοπεύουν να θηλάσουν, έχουν δεχτεί βοήθεια μέσα σε έξι ώρες από τη γέννηση, προκειμένου να εγκαταστήσουν και να διατηρήσουν τη γαλουχία με συχνή άντληση του γάλακτος και έχουν	Όχι	25,6 (2,8)	0,121	17 (2)	0,054	52,7 (5,4)	0,044	26,5 (4,6)	0,116
	Nαι	26,3 (2,4)		17,7 (1,6)		54,5 (4,3)		27,7 (3,8)	

ενημερωθεί πόσο συχνά πρέπει να το κάνουν;									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Σημαντικά θετικότερες στάσεις συνολικά είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «5.4 Το προσωπικό παρέχει συμβουλές για άλλες μεθόδους σίτισης και για τη φροντίδα του στήθους στις μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και έχουν αποφασίσει να μην τα θηλάσουν;» και «5.9 Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και σκοπεύουν να θηλάσουν, έχουν δεχτεί βοήθεια μέσα σε έξι ώρες από τη γέννηση, προκειμένου να εγκαταστήσουν και να διατηρήσουν τη γαλουχία με συχνή άντληση του γάλακτος και έχουν ενημερωθεί πόσο συχνά».

Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «5.3 Το προσωπικό ή οι σύμβουλοι που έχουν ειδικευτεί στην εκπαίδευση του θηλασμού και της διαχείρισης της γαλουχίας είναι διαθέσιμοι όλες τις ώρες, για να συμβουλευθούν τις μητέρες κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη μαιευτική δομή και στην προετοιμασία», «5.4 Το προσωπικό παρέχει συμβουλές για άλλες μεθόδους σίτισης και για τη φροντίδα του στήθους στις μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και έχουν αποφασίσει να μην τα θηλάσουν;», «5.7 Οι μητέρες που δεν θήλασαν ποτέ ή που έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν προβλήματα με τον θηλασμό, δέχτηκαν ειδική προσοχή και υποστήριξη από το προσωπικό της μαιευτικής δομής τόσο στην προγεννητική όσο και στη μετά τη γέννηση περίοδο;» και «5.8 Στις μητέρες που αποφάσισαν να μην θηλάσουν, έχουν δείξει ατομικά πώς να ετοιμάσουν και να δώσουν στα βρέφη τους τροφή και τους ζητήθηκε να ετοιμάσουν την τροφή μόνες τους, αφού τους είχαν δείξει πώς να το κάνουν;».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 6^{ου} βήματος.

Πίνακας: 35

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική ή βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
6.1 Τα στοιχεία της “Εθνικής μελέτης εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα για	Όχι	26,3 (2,7)	0,806	17,7 (1,8)	0,497	54,5 (5,1)	0,708	27,1 (4,4)	0,326
	Ναι	26,2 (2,4)		17,5 (1,7)		54,2 (4,3)		27,7 (3,8)	

το 2018” δείχνουν πως τουλάχιστον το 66% των τελειόμηνων βρεφών που πήραν εξιτήριο τον τελευταίο χρόνο θήλασαν αποκλειστικά από τη γέννηση μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου ή αν δεν το έκαναν υπήρχαν βάσιμοι λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση;									
6.2 Τα βρέφη που θηλάζουν δεν δέχονται άλλη τροφή ή υγρά, εκτός κι αν υπάρχουν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση και συμπλήρωση συγκατάθεσης;	Όχι	25,8 (3)	0,360	17,2 (1,9)	0,214	53,7 (5,2)	0,391	26 (4,1)	0,015
	Ναι	26,3 (2,4)		17,6 (1,7)		54,4 (4,4)		27,8 (3,9)	
6.3 Η μαιευτική δομή λαμβάνει τα μέτρα της ώστε να μη γίνεται διανομή ή επίδειξη υλικού που προτείνει υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, διατροφή σε προγραμματισμένα διαστήματα ή άλλες ακατάλληλες πρακτικές;	Όχι	25,8 (3,1)	0,267	17,1 (1,8)	0,073	53,5 (5,3)	0,206	26,7 (4,1)	0,113
	Ναι	26,3 (2,3)		17,7 (1,7)		54,5 (4,3)		27,8 (3,9)	
6.4 Οι μητέρες που έχουν αποφασίσει να μη θηλάσουν αναφέρουν ότι το προσωπικό συζήτησε μαζί τους τις διάφορες επιλογές σίτισης και τις βοήθησε να αποφασίσουν τι ήταν κατάλληλο για την περίπτωσή τους;	Όχι	25,9 (3)	0,393	17,1 (1,9)	0,027	53,6 (5,2)	0,220	26,6 (4,1)	0,067
	Ναι	26,3 (2,3)		17,7 (1,6)		54,5 (4,3)		27,8 (3,9)	
6.5 Η μαιευτική δομή έχει τον επαρκή χώρο, τον κατάλληλο εξοπλισμό και τις προμήθειες για την επίδειξη προετοιμασίας τεχνητής διατροφής και άλλες επιλογές διατροφής μακριά από τις θηλάζουσες μητέρες;	Όχι	26,2 (2,6)	0,760	17,4 (1,7)	0,236	54,1 (4,6)	0,696	27,8 (4,1)	0,435
	Ναι	26,3 (2,4)		17,7 (1,7)		54,4 (4,4)		27,4 (3,8)	
6.6 Τα κλινικά πρωτόκολλα και τα πρότυπα που αφορούν στο θηλασμό και τη διατροφή του βρέφους συμφωνούν με	Όχι	26,3 (3)	0,780	17,6 (1,7)	0,921	54,9 (5,1)	0,423	27,1 (3,9)	0,424
	Ναι	26,2 (2,4)		17,6 (1,7)		54,2 (4,4)		27,7 (4)	

τις οδηγίες της (ΠΦΒΝ) Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και τις τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες;									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Σημαντικά θετικότερες στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «6.4 Οι μητέρες που έχουν αποφασίσει να μη θηλάσουν αναφέρουν ότι το προσωπικό συζήτησε μαζί τους τις διάφορες επιλογές σίτισης και τις βοήθησε να αποφασίσουν τι ήταν κατάλληλο για την περίπτωσή τους;».

Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «6.2 Τα βρέφη που θηλάζουν δεν δέχονται άλλη τροφή ή υγρά, εκτός κι αν υπάρχουν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση και συμπλήρωση συγκατάθεσης;».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 7^{ου} βήματος.

Πίνακας: 36

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική ή βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
7.1 Η μητέρα και το βρέφος μένουν μαζί και /ή η παραμονή στο ίδιο δωμάτιο ξεκινά αμέσως μετά τη γέννηση;	Όχι	26,1 (2,4)	0,841	17,4 (2,1)	0,705	53,8 (4,7)	0,615	26,9 (4,5)	0,446
	Ναι	26,2 (2,5)		17,6 (1,7)		54,3 (4,5)		27,6 (3,9)	
7.2 Οι μητέρες με καισαρική τομή και γενικά με γενική αναισθησία μένουν μαζί με τα βρέφη τους και/ή η παραμονή στο ίδιο δωμάτιο ξεκινά, όταν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των βρεφών τους;	Όχι	26,1 (2,8)	0,764	17 (1,9)	0,050	53,1 (4,7)	0,143	27,2 (4,2)	0,580
	Ναι	26,2 (2,4)		17,6 (1,6)		54,5 (4,5)		27,6 (3,9)	
7.3 Οι μητέρες και τα	Όχι	25,5	0,173	17,2 (1,6)	0,277	52,8	0,129	26,3	0,152

βρέφη παραμένουν μαζί (παραμονή στο δωμάτιο ή στο ίδιο κρεβάτι) 24 ώρες την ημέρα, εκτός και αν ο διαχωρισμός τους είναι τελείως δικαιολογημένος;		(2,7)			(4,2)		(4,3)
	Ναι	26,3 (2,4)	17,6 (1,7)		54,4 (4,5)		27,7 (3,9)

Σημαντικά θετικότερες στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν οι συμμετέχοντες που εφάρμοζαν την πρακτική «7.2 Οι μητέρες με καισαρική τομή και γενικά με γενική αναισθησία μένουν μαζί με τα βρέφη τους και/ή η παραμονή στο ίδιο δωμάτιο ξεκινά, όταν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των βρεφών τους;».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 8^{ου} βήματος.

Πίνακας: 37

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική ή βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
8.1 Οι μητέρες διδάχθηκαν να αναγνωρίζουν τα σημεία πείνας των βρεφών τους;	Όχι	25,9 (2,9)	0,650	17,1 (2,3)	0,241	53 (5,8)	0,251	25,3 (4,9)	0,020
	Ναι	26,2 (2,5)		17,6 (1,6)		54,4 (4,4)		27,7 (3,8)	
8.2 Οι μητέρες ενθαρρύνθηκαν να ταΐζουν τα βρέφη τους όσο συχνά και για όσο χρονικό διάστημα ήθελαν τα βρέφη;	Όχι	25,2 (2,3)	0,221	16,8 (1,8)	0,156	52,1 (4,1)	0,138	26 (4,8)	0,229
	Ναι	26,3 (2,5)		17,6 (1,7)		54,4 (4,5)		27,6 (3,9)	
8.3 Δόθηκε η συμβουλή στις θηλάζουσες μητέρες πως, εάν τα βρέφη τους κοιμούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να τα ξυπνούν και να προσπαθούν να τα θηλάζουν και, αν νιώσουν το στήθος τους πλήρες, πρέπει επίσης, να προσπαθήσουν να τα θηλάσουν;	Όχι	25,2 (2,3)	0,132	16,6 (2,5)	0,039	51,8 (4,9)	0,050	25,7 (4,9)	0,089
	Ναι	26,3 (2,5)		17,6 (1,6)		54,4 (4,4)		27,7 (3,9)	

Σημαντικά θετικότερες στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «8.3 Δόθηκε η συμβουλή στις θηλάζουσες μητέρες πως, εάν τα βρέφη τους κοιμούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να τα ξυπνούν και να προσπαθούν να τα θηλάζουν και, αν νιώσουν το στήθος τους πλήρες, πρέπει επίσης, να προσπαθήσουν να τα θηλάσουν;».

Σημαντικά θετικότερες στάσεις συνολικά είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «8.3 Δόθηκε η συμβουλή στις θηλάζουσες μητέρες πως, εάν τα βρέφη τους κοιμούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να τα ξυπνούν και να προσπαθούν να τα θηλάζουν και, αν νιώσουν το στήθος τους πλήρες, πρέπει επίσης, να προσπαθήσουν να τα θηλάσουν;».

Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «8.1 Οι μητέρες διδάχτηκαν να αναγνωρίζουν τα σημεία πείνας των βρεφών τους;».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 9^{ου} βήματος.

Πίνακας: 38

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική ή βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
9.1 Τα μωρά που περιθάλπονται, ταΐζονται με βρεφικές φιάλες;	Όχι	26,3 (2,7)	0,682	17,6 (1,6)	0,732	54,8 (4,4)	0,304	27,3 (3,9)	0,482
	Ναι	26,2 (2,4)		17,5 (1,7)		54,1 (4,5)		27,7 (4)	
9.2 Έχουν ενημερωθεί οι μητέρες από το προσωπικό για τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χορήγηση γάλακτος (υποκατάστατου ή μητρικού) ή άλλων υγρών με βρεφικές φιάλες και θηλές;	Όχι	26,1 (2,9)	0,756	17,4 (1,9)	0,408	53,7 (5)	0,405	27,9 (4,1)	0,553
	Ναι	26,2 (2,4)		17,6 (1,6)		54,4 (4,4)		27,5 (3,9)	
9.3 Τα μωρά περιθάλπονται, χωρίς τη χρήση πιπίλας;	Όχι	25,9 (2,7)	0,524	17,3 (1,8)	0,415	53,2 (5,6)	0,202	24,9 (4,7)	<0,001
	Ναι	26,3 (2,4)		17,6 (1,7)		54,4 (4,3)		27,9 (3,7)	

Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «9.3 Τα μωρά περιθάλπονται, χωρίς τη χρήση πιπίλας;».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στάσεων και γνώσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση στις πρακτικές του 10^{ου} βήματος.

Πίνακας: 39

		Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού ή θηλασμού	P Student's t-test	Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	P Student's t-test	Συνολική ή βαθμολογία στάσεων	P Student's t-test	Βαθμολογία γνώσεων	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
10.1 Το προσωπικό δίνει οδηγίες και συζητά με τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο πώς θα συνεχίσουν τον θηλασμό, αφού επιστρέψουν στο σπίτι;	Όχι	24,8 (3,6)	0,025	17,3 (2,3)	0,529	52,6 (6,2)	0,158	26,6 (4,6)	0,373
	Ναι	26,3 (2,4)		17,6 (1,7)		54,4 (4,3)		27,6 (3,9)	
10.2 Η μαιευτική δομή διαθέτει σύστημα υποστήριξης των μητέρων, αφού αποχωρίσουν για το σπίτι όπως: εξωτερικό ιατρείο που περιλαμβάνει έλεγχο γαλουχίας, επισκέψεις στο σπίτι ή τηλεφωνική επικοινωνία (oncall);	Όχι	26 (2,6)	0,450	17,3 (1,8)	0,201	53,9 (5,2)	0,440	26,8 (4,5)	0,066
	Ναι	26,3 (2,4)		17,7 (1,6)		54,5 (4,1)		27,9 (3,6)	
10.3 Οι υπηρεσίες υγείας προωθούν την ίδρυση ή συνεργάζονται με υποστηρικτικές ομάδες μητέρων και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχουν υποστήριξη στις μητέρες σχετικά με τη σίτιση των βρεφών τους;	Όχι	26,2 (2,3)	0,905	17,5 (1,6)	0,694	54,2 (4,5)	0,715	27,3 (4,1)	0,455
	Ναι	26,2 (2,6)		17,6 (1,7)		54,4 (4,5)		27,7 (3,8)	
10.4 Οι μητέρες μπορούν να ζητήσουν βοήθεια σχετικά με τη σίτιση στις υπηρεσίες υποστήριξης θηλασμού της μαιευτικής δομής και στις υποστηρικτικές ομάδες μητέρων; Μπορούν να αναζητήσουν εκπαιδευμένους συμβούλους και άλλες	Όχι	26,2 (2,5)	0,953	17,4 (1,7)	0,473	54 (4,7)	0,559	28 (3,9)	0,302
	Ναι	26,2 (2,5)		17,6 (1,7)		54,4 (4,4)		27,4 (4)	

κοινωνικές υπηρεσίες όπως πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη ή κέντρα υγείας μητέρας –παιδιού, εάν είναι διαθέσιμα;									
10.5 Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;	Όχι	25,7 (2,9)	0,032	17,2 (1,8)	0,020	53,4 (5,3)	0,036	26,1 (4,2)	<0,001
	Ναι	26,5 (2,2)		17,8 (1,6)		54,8 (4)		28,3 (3,6)	
10.6 Οι μητέρες ενθαρρύνονται να επισκεφθούν επαγγελματία υγείας ή κάποιον σύμβουλο γαλουχίας στην κοινότητα σύντομα μετά την έξοδο από την μαιευτική δομή (κατά προτίμηση 24 ημέρες μετά τη γέννηση και ξανά τη δεύτερη εβδομάδα) που μπορεί να αξιολογήσει τη σίτιση των βρεφών και να το υποστηρίξει, όταν κριθεί αναγκαίο;	Όχι	26,2 (2,2)	0,900	17,5 (1,6)	0,640	54,2 (4,5)	0,834	27,5 (4,5)	0,880
	Ναι	26,2 (2,7)		17,6 (1,8)		54,3 (4,5)		27,6 (3,6)	
10.7 Η μαιευτική δομή επιτρέπει τις συζητήσεις σχετικά με το θηλασμό και τη σίτιση των βρεφών με συμβούλους εκπαιδευμένων υποστηρικτικών ομάδων για μητέρες στα τμήματα της;	Όχι	26,1 (2,5)	0,404	17,5 (1,8)	0,918	54,1 (4,6)	0,610	28,1 (4,3)	0,105
	Ναι	26,3 (2,5)		17,6 (1,7)		54,4 (4,4)		27,2 (3,7)	

Σημαντικά θετικότερες στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «10.5 Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;».

Σημαντικά θετικότερες στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «10.5 Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;».

Σημαντικά θετικότερες στάσεις συνολικά είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «10.5 Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;».

Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «10.5 Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;».

Συσχέτιση του επαγγέλματος με τα στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση των συμμετεχόντων ανάλογα με το επάγγελμά τους.

Πίνακας: 40

		Προσόντα/Εκπαίδευση								P
		Γυναικολόγοι-μαιευτήρες		Παιδιάτροι-Νεογνολόγοι		Μαίες-Μαιευτές		Βρεφονηπιοκόμοι		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	Όχι	7	33,3	4	8,0	24	19,7	2	11,8	0,055 ⁺⁺
	Ναι	14	66,7	46	92,0	98	80,3	15	88,2	
Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	16	76,2	15	30,0	27	22,1	11	64,7	<0,001 ⁺
	Ναι	5	23,8	35	70,0	95	77,9	6	35,3	
Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	Όχι	16	76,2	22	44,0	37	30,3	12	70,6	<0,001 ⁺
	Ναι	5	23,8	28	56,0	85	69,7	5	29,4	
Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC Τα Τελευταία 5 Χρόνια	Όχι	21	100,0	46	92,0	110	90,2	17	100,0	0,367 ⁺⁺
	Ναι	0	0,0	4	8,0	12	9,8	0	0,0	
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,1 (0,7)	3 (3 – 3)	3,8 (0,7)	4 (3 – 4)	3,9 (0,7)	4 (4 – 4)	3,3 (0,8)	3 (3 – 4)	<0,001 [¶]
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;,, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,8 (0,9)	3 (2 – 3)	2,8 (1,1)	3 (2 – 4)	2,9 (1,1)	3 (2 – 4)	3,1 (1,1)	3 (2 – 4)	0,731 [¶]

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test [¶]Kruskal-Wallis test

Τα ποσοστά συμμετοχής σε σεμινάρια και συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, ήταν υψηλότερα σε παιδιάτρους/νεογνολόγους και μαίες/μαιευτές και χαμηλότερα σε γυναικολόγους/μαιευτήρες και βρεφονηπιοκόμους. Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στο

πόσο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες για το θηλασμό μεταξύ των 4 επαγγελματιών. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, βρέθηκε ότι οι παιδίατροι/νεογνολόγοι και μαίες/μαιευτές θεωρούσαν ότι είναι περισσότερο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι για το θηλασμό σε σύγκριση με τους γυναικολόγους/μαιευτήρες ($p<0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα) και τους βρεφονηπιοκόμους ($p=0,010$ και $p=0,001$ αντίστοιχα).

7. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό τη διερεύνηση, απεικόνιση και περιγραφή των πρακτικών που εφαρμόζονται σε κάποιες από τις μαιευτικές δομές της χώρας μας σχετικά με την προστασία, την προαγωγή και την υποστήριξη του ΜΘ μέσω της διερεύνησης των απόψεων των επαγγελματιών υγείας (ΕΥ), που ασχολούνται με τη φροντίδα μητέρας – βρέφους. Κατά πόσο δηλαδή πλησιάζουν και στηρίζουν τους στόχους που θέτει ο Π.Ο.Υ. για την προώθηση του ΜΘ [52].

Επίσης, σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να αναδείξει κατά πόσο εφαρμόζεται το δομημένο πρόγραμμα θηλασμού των δέκα βημάτων και ο Διεθνής Κώδικας Υποκατάστατου Μητρικού Γάλακτος που επηρεάζουν θετικά την έναρξη και την διάρκεια του αποκλειστικού ΜΘ και οποιουδήποτε θηλασμού και να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό οι χώροι οξείας φροντίδας μητρότητας συνδέονται ουσιαστικά και αρμονικά με τις αρχές που υποδεικνύουν τα δέκα βήματα με βασικό πυλώνα στόχευσης την αύξηση των ποσοστών του ΜΘ. Γιατί όσο περισσότερο εφαρμόζονται αυτά τα βήματα τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες για επιτυχή θηλασμό. Αυτός είναι ο λόγος που ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF έχουν θέσει ως στόχο την επέκταση της ΠΦΒΝ σε όσο το δυνατό περισσότερες μαιευτικές δομές, στην ΠΦΥ και στις μονάδες εντατικής νεογνικής φροντίδας.

Επίσης, στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να προσεγγίσει το επίπεδο γνώσεων και στάσεων των ΕΥ για το θηλασμό και τη συσχέτιση τους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

7.1 Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των “δέκα βημάτων” WHO/UNICEF.

Από το 1^ο βήμα η 1.1 πρακτική: «Έχει η μαιευτική δομή γραπτή πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών που αναφέρεται και στα Δέκα Βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό σε όλα τα τμήματά της και υποστήριξη στις HIV θετικές μητέρες;» φανερώνει ότι οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 81% γνωρίζουν πως είναι απαραίτητο να υπάρχει γραπτή πολιτική και από την 1.4 πρακτική: «Η πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών είναι προσιτή σε όλο το προσωπικό που φροντίζει μητέρες και νεογνά, ώστε να μπορεί να ανατρέξει σε αυτήν;» φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 87,6% γνωρίζουν πως αυτή η πολιτική πρέπει να υπάρχει σε εμφανές και προσιτό σημείο για όλο το προσωπικό που φροντίζει μητέρες και νεογνά ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να ανατρέξουν σε αυτήν.

Η κατανόηση του συγκεκριμένου βήματος είναι αρκετά ενθαρρυντική γιατί είναι ένα από τα βήματα που κατέχουν καθοριστικό ρόλο για την συνολική εφαρμογή των δέκα βημάτων.

Από το 4^ο βήμα η 4.1 πρακτική θεωρείται πολύ βασική για την ομαλή έναρξη και συνέχεια του ΜΘ όπως αναφέρει: «Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική, χωρίς γενική αναισθησία, τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους αμέσως μετά τη γέννηση και οι μητέρες τους ενθαρρύνονται να συνεχίσουν την επαφή για μία ώρα τουλάχιστον;». Σε αυτό το σημείο της έρευνας διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 65,2% δήλωσαν ότι τα βρέφη από φυσιολογικό τοκετό (ΦΤ) ή καισαρική τομή (ΚΤ) χωρίς γενική αναισθησία τοποθετούνται δέρμα με δέρμα στο στήθος της μητέρας τους αμέσως μετά την γέννηση τους για τουλάχιστον 1 ώρα. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η καθυστερημένη επαφή έχει αρνητική επίδραση στην αύξηση των ποσοστών του ΜΘ (McFadden et al., 2016; Baker et al., 2016;).

Στη συγκεκριμένη πρακτική πιθανόν οι συμμετέχοντες να θεωρούν ότι εφαρμόζεται στην περίπτωση του ΦΤ και όχι της ΚΤ διότι στα χειρουργεία της χώρας μας όπου πραγματοποιούνται οι ΚΤ δυστυχώς δεν απασχολείται μαιευτικό αλλά νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο δεν είναι καθόλου εξοικειωμένο με το δομημένο πρόγραμμα των δέκα βημάτων. Βέβαια, αξίζει να αναφέρουμε ότι αυτό το πρόβλημα υπάρχει μόνο στα δημόσια νοσοκομεία και όχι στα ιδιωτικά.

Από το 5^ο βήμα η 5.1 πρακτική: «Το προσωπικό παρέχει περαιτέρω βοήθεια σε όλες τις θηλάζουσες μητέρες σχετικά με το θηλασμό την πρώτη φορά που θα ταΐσουν ξανά τα βρέφη τους ή μέσα σε έξι ώρες από τη γέννα;» και η 5.2 πρακτική: «Το προσωπικό μπορεί να περιγράψει το είδος των πληροφοριών και να επιδείξει τις δεξιότητες που απαιτούνται,

προκειμένου οι μητέρες που θηλάζουν και εκείνες που δεν θηλάζουν να βοηθηθούν, για να σιτίσουν επιτυχώς τα βρέφη τους;» υποδηλώνουν ότι σε ποσοστό 91,9% και 95,2% αντίστοιχα οι ΕΥ παρέχουν βοήθεια, συμβουλές και πληροφόρηση στις θηλάζουσες μητέρες μετά την γέννα του μωρού τους στα τμήματα λεχωίδων.

Είναι αρκετά εγκαρδιωτικό ότι οι ΕΥ γνωρίζουν και εφαρμόζουν από το βήμα 6 την 6.2 πρακτική: «*Τα βρέφη που θηλάζουν δεν δέχονται άλλη τροφή ή υγρά, εκτός κι αν υπάρχουν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση και συμπλήρωση συγκατάθεσης;*» σε ποσοστό 84,8%. Σε αυτό το σημείο αποτυπώνεται ξεκάθαρα ότι οι ΕΥ έχουν κατανοήσει την συμπλήρωση συγκατάθεσης από την μητέρα για την χορήγηση ΥΜΓ μετά από εμπεριστατωμένη ενημέρωση.

Είναι πολύ αισιόδοξο ότι οι ΕΥ έχουν κατανοήσει ικανοποιητικά και εφαρμόζουν τα βήματα 7,8,9 που έχουν σχέση με την συνδιαμονή του βρέφους με την μητέρα του 24ώρες το 24ωρο και τον απεριόριστο θηλασμό ανάλογα με τις σιτιστικές ανάγκες του σε μητρικό γάλα, χωρίς τη χρήση τεχνικών θηλών, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 68,6% έως 95,7%. Επιπλέον, σε ποσοστό 93,8% τα βρέφη που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερες λοιμώξεις.

Τέλος, το βήμα 10: «να προωθείται η ίδρυση υποστηρικτικών ομάδων θηλασμού και να ενημερώνονται οι μητέρες, όταν φεύγουν από την μαιευτική δομή» φέρνει στην επιφάνεια ένα γενικό πρόβλημα του συστήματος υγείας μας που είναι η διασύνδεση της νοσοκομειακής περίθαλψης και της ΠΦΥ που στη χώρα μας δυστυχώς είναι υποτυπώδης και κατακερματισμένη.

Συγκεκριμένα, ενώ στις πρακτικές 10.1: «*Το προσωπικό δίνει οδηγίες και συζητά με τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο πώς θα συνεχίσουν τον θηλασμό, αφού επιστρέψουν στο σπίτι;*» και 10.2: «*Η μαιευτική δομή διαθέτει σύστημα υποστήριξης των μητέρων, αφού αποχωρίσουν για το σπίτι όπως: εξωτερικό ιατρείο που περιλαμβάνει έλεγχο γαλουχίας, επισκέψεις στο σπίτι ή τηλεφωνική επικοινωνία (on call);*» έχουμε ποσοστό 93,3% και 67,1% αντίστοιχα τα οποία δηλώνουν ότι δίνονται οδηγίες, συμβουλές και γίνεται σφαιρική ενημέρωση από τις μαιευτικές δομές και τους ΕΥ όταν οι μητέρες παίρνουν εξιτήριο. Ενημερώνουν ότι λειτουργεί γραμμή επικοινωνίας (on call) για θέματα γαλουχίας. Εντούτοις παρόλα αυτά δεν υπάρχει διασύνδεση με τις κοινοτικές δομές, τις υποστηρικτικές ομάδες θηλασμού και ομάδες μητέρων.

Τα ποσοστά συμμόρφωσης με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος (ΔΚΕΥΜΓ) κυμαίνονταν από 51,9% μέχρι 92,9%. Το 51,9% των συμμετεχόντων είχε συμμορφωθεί με τον κώδικα 4: «*Η μαιευτική δομή αρνείται δώρα, μη επιστημονική βιβλιογραφία, υλικό ή εξοπλισμό, χρήματα ή υποστήριξη για εκπαιδευτικά προγράμματα ή για*

εκδηλώσεις από τους κατασκευαστές ή τους διανομείς των προϊόντων που εμπίπτουν στους κανονισμούς του Κώδικα» και το 92,9% με τον κώδικα 7:«Το προσωπικό αντιλαμβάνεται γιατί είναι σημαντικό να μην δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες;»

Στο κώδικα συμμόρφωσης διαπιστώνεται δυσκολία στην εφαρμογή του γιατί εμπλέκονται τα οικονομικά κέρδη και συμφέροντα των βιομηχανιών γάλακτος με αποτέλεσμα να έχουμε παγκόσμια αύξηση των πωλήσεων βρεφικού γάλακτος, με την αντίστοιχη αύξηση των κερδών των εταιρειών παραγωγής του. Αυτό βέβαια, εγείρει σοβαρές ανησυχίες και θέτει υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα των πολιτικών που εφαρμόζονται για την προστασία, προώθηση και προαγωγή του ΜΘ (LANCET BREASTFEEDING SERIES, 2016).

7.2 Γνώσεις και στάσεις για το θηλασμό

Τα ποσοστά συμφωνίας των στάσεων των συμμετεχόντων για το ΜΘ κυμαίνονται από 5,2% μέχρι 99,5%. Συγκεκριμένα έχουμε αυξημένα ποσοστά στις στάσεις που αφορούν την σπουδαιότητα του ρόλου ΕΥ για την ενθάρρυνση των μητέρων να θηλάσουν (97%) και στο ότι το μητρικό γάλα είναι ιδανική τροφή για το βρέφος (99,5%). Διαφαίνεται πως γίνονται κατανοητά από τους συμμετέχοντες τα πλεονεκτήματα του ΜΘ για τη μητέρα (98,1%) και για το βρέφος (97,6%).

Τα ποσοστά συμφωνίας των γνώσεων των συμμετεχόντων για το ΜΘ κυμαίνονται από 7,1% μέχρι το 79%. Το τελευταίο ποσοστό αφορά τη γνώση για το επιζήμιο αποτέλεσμα της συμπληρωματικής τροφής (φόρμουλα) για την εγκαθίδρυση επαρκούς παραγωγής ΜΓ. Γίνεται αντιληπτό ότι και στο θηλασμό ισχύει ο νόμος της ζήτησης και της προσφοράς, δηλαδή όσο το βρέφος θηλάζει τόσο παράγει γάλα ο μαστός για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, χωρίς να επηρεάζεται ο ρυθμός ανάπτυξης του (77,2%).

7.2.1 Συσχέτιση των στάσεων και γνώσεων για το θηλασμό με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Η πολυπαραγοντική ανάλυση των στάσεων και των δημογραφικών – εργασιακών στοιχείων έδειξε ότι οι παιδίατροι/νεογνολόγοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους γυναικολόγους/μαιευτήρες. Επιπλέον, όσο πιο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες σχετικά με τον ΜΘ τόσο θετικότερα συνολική στάση περί ΜΘ είχαν.

Αποτυπώθηκε υψηλότερη βαθμολογία στις γυναίκες υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους άντρες.

Η πολυπαραγοντική ανάλυση των γνώσεων και των δημογραφικών – εργασιακών στοιχείων έδειξε ότι μόνο τα προσόντα των συμμετεχόντων σχετίζονται με τη βαθμολογία γνώσεων. Συγκεκριμένα, οι βρεφονηπιοκόμοι είχαν κατά 2,92 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερες γνώσεις, σε σύγκριση με τους γυναικολόγους/μαιευτήρες.

7.2.2 Συσχέτιση των στάσεων και των γνώσεων των συμμετεχόντων για τον μητρικό θηλασμό με τα στοιχεία που αφορούν στην αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών.

1^ο βήματος: Θετικότερες στάσεις συνολικά και σημαντικά περισσότερη γνώση για το ΜΘ είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «1.2: Η πολιτική προστατεύει το θηλασμό με την απαγόρευση της προώθησης των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού, των φιαλών σίτισης και των θηλών;» και «1.3: Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό της μαιευτικής δομής;».

3^ο βήματος: Θετικότερες στάσεις συνολικά και σημαντικά περισσότερη γνώση για το ΜΘ είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «3.1: Η μαιευτική δομή διαθέτει τμήμα προγεννητικού ελέγχου ή εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία και τμήμα παραλαβής επιτόκου;», «3.2: Εάν ναι, οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες ενημερώνονται για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;», «3.5: Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή, και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;», «3.6: Οι έγκυες γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τους κινδύνους από τη χορήγηση συμπληρώματος, ενώ θα θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες;» και «3.8: Το προγεννητικό ιστορικό της μητέρας είναι διαθέσιμο την ώρα του τοκετού;».

4^ο βήματος: Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «4.3: Δέχονται όλες οι μητέρες βοήθεια κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, για να αναγνωρίζουν τα σημάδια ότι τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν και τους προσφέρεται βοήθεια, αν χρειάζεται;».

5^ο βήματος: Θετικότερες στάσεις συνολικά και σημαντικά περισσότερη γνώση για το ΜΘ είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «5.4: Το προσωπικό παρέχει συμβουλές για άλλες μεθόδους σίτισης και για τη φροντίδα του στήθους στις μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και έχουν αποφασίσει να μην τα θηλάσουν;»

6^ο βήματος: Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «6.2: Τα βρέφη που θηλάζουν δεν δέχονται άλλη τροφή ή υγρά, εκτός κι αν υπάρχουν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση και συμπλήρωση συγκατάθεσης;».

7^ο βήματος: Σημαντικά θετικότερες στάσεις σχετιζόμενες με ΜΘ είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «7.2: Οι μητέρες με καισαρική τομή και γενικά με γενική αναισθησία μένουν μαζί με τα βρέφη τους και/ή η παραμονή στο ίδιο δωμάτιο ξεκινά, όταν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των βρεφών τους;».

8^ο βήματος: Θετικότερες στάσεις συνολικά και σημαντικά περισσότερη γνώση για το ΜΘ είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν τις πρακτικές «8.1: Οι μητέρες διδάχτηκαν να αναγνωρίζουν τα σημεία πείνας των βρεφών τους;» και «8.3: Δόθηκε η συμβουλή στις θηλάζουσες μητέρες πως, εάν τα βρέφη τους κοιμούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να τα ξυπνούν και να προσπαθούν να τα θηλάζουν και, αν νιώσουν το στήθος τους πλήρες, πρέπει επίσης, να προσπαθήσουν να τα θηλάσουν;».

9^ο βήματος: Σημαντικά περισσότερη γνώση για το θηλασμό είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «9.3 Τα μωρά περιθάλπονται, χωρίς τη χρήση πιπίλας;».

10^ο βήματος: Θετικότερες στάσεις συνολικά και σημαντικά περισσότερη γνώση για το ΜΘ είχαν οι συμμετέχοντες που εφαρμόζαν την πρακτική «10.5: Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;».

7.2.3 Συσχέτιση του επαγγέλματος με τα στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση των συμμετεχόντων.

Τα ποσοστά συμμετοχής σε σεμινάρια και συνέδρια σχετικά με θέματα για τον ΜΘ διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, ήταν υψηλότερα σε παιδιάτρους/νεογνολόγους και μαίες/μαιευτές και χαμηλότερα σε γυναικολόγους/μαιευτήρες και βρεφονηπιοκόμους.

Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στο πόσο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες για το θηλασμό μεταξύ των 4 επαγγελμάτων. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι νεογνολόγοι (70%) και μαίες/μαιευτές (77,9%) θεωρούσαν ότι είναι περισσότερο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι για το θηλασμό σε σύγκριση με τους βρεφονηπιοκόμους (35,3%) και με τους γυναικολόγους-μαιευτήρες (23.8%).

Από τα παραπάνω ποσοστά φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι γυναικολόγοι – μαιευτήρες αποτελούν τον αδύναμο κρίκο στην προώθηση και την προαγωγή του ΜΘ και διαταράσσουν την προσπάθεια διασύνδεσης με τους υπόλοιπους ΕΥ για την αύξηση των ποσοστών του ΜΘ. Έτσι είναι επιτακτική ανάγκη να αντιμετωπιστούν τα εμπόδια στην εκπαίδευσή τους και να

δώσουν αυξημένη προτεραιότητα στο θηλασμό, ώστε να επιτευχθεί η σφαιρική προαγωγή και προώθηση του ΜΘ.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα εργασία καταδεικνύουν την ανάγκη συνέχισης και ενίσχυσης της εφαρμογής του δομημένου προγράμματος θηλασμού των δέκα βημάτων και του ΔΚΕΥΜΓ που επηρεάζουν θετικά την έναρξη και την διάρκεια του αποκλειστικού ΜΘ και οποιουδήποτε θηλασμού. Επιπρόσθετα, ιδιαίτερη σημασία έχει να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό οι χώροι οξείας φροντίδας μητρότητας συνδέονται ουσιαστικά και αρμονικά με τις αρχές που υποδεικνύουν τα δέκα βήματα με βασικό πυλώνα στόχευσης την αύξηση των ποσοστών του ΜΘ. Γιατί όσο περισσότερο εφαρμόζονται αυτά τα βήματα τόσο αυξημένες είναι οι πιθανότητες για επιτυχή θηλασμό.

Είναι αρκετά ενθαρρυντική η συμμόρφωση των ΕΥ στην εφαρμογή του 1^{ου} βήματος που αναφέρεται στην γραπτή πολιτική θηλασμού και πως αυτή θα πρέπει να υπάρχει σε εμφανές και προσιτό σημείο για όλο το προσωπικό διότι αποτελεί ένα από τα βήματα που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην συνολική εφαρμογή του προγράμματος θηλασμού.

Τα στατιστικά δεδομένα του 4^{ου} βήματος, που αφορά στην τοποθέτηση του μωρού δέρμα με δέρμα με την μητέρα του αμέσως μετά τη γέννηση για μία ώρα τουλάχιστον φανερώνουν ότι οι ΕΥ κατανοούν την σπουδαιότητά του και παρέχουν συμβουλές και βοήθεια στις νέες μητέρες. Στη συγκεκριμένη πρακτική το πιο πιθανό είναι οι συμμετέχοντες να θεωρούν ότι εφαρμόζεται στην περίπτωση του φυσιολογικού τοκετού και όχι της καισαρικής τομής διότι στα χειρουργεία στη χώρα μας όπου πραγματοποιούνται οι καισαρικές τομές δυστυχώς δεν απασχολείται μαιευτικό αλλά νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο δεν είναι καθόλου εξοικειωμένο με το δομημένο πρόγραμμα των δέκα βημάτων. Βέβαια, αξίζει να αναφέρουμε ότι αυτό το πρόβλημα υπάρχει μόνο στα δημόσια νοσοκομεία και όχι στα ιδιωτικά.

Επίσης, αυξημένα ποσοστά εφαρμογής παρουσίασαν σε γενικές γραμμές τα βήματα 7,8,9 που έχουν σχέση με την συνδιαμονή του βρέφους με την μητέρα του 24ώρες το 24ωρο και τον απεριόριστο θηλασμό. Αυτά τα βήματα αποτελούν κομβικό σημείο για την εγκαθίδρυση και συνέχιση του ΜΘ.

Επιπλέον, στο βήμα 6 που αφορά την έντυπη συγκατάθεση μετά από πλήρη ενημέρωση αποτυπώνεται η άποψη των ΕΥ ότι η παρακολούθηση της συμμόρφωσης στη συμπλήρωση

του εντύπου συναίνεσης ΥΜΓ, που έχει θεσμοθετηθεί, είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας του συγκεκριμένου μέτρου.

Όμως το βήμα 10 μας θυμίζει τι ακριβώς συμβαίνει στη χώρα μας με την ΠΦΥ όπου είναι υποτυπώδης και κατακερματισμένη. Χαρακτηριστικό είναι ότι δεν έχει διασύνδεση και πολυεπιστημονική επικοινωνία με την Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη. Αυτό το μεγάλο και πολύ σημαντικό πρόβλημα συναντιέται και στέκεται εμπόδιο και στο θηλασμό μετά την έξοδο των μητέρων από τις μαιευτικές δομές για το σπίτι και αφού πρώτα τους έχουν δοθεί οδηγίες για τη συνέχιση της γαλουχίας. Είναι απογοητευτικό γιατί δεν φαίνεται να υπάρχει διασύνδεση όλων των επιστημονικών ομάδων υγείας που εμπλέκονται από την αρχή της εγκυμοσύνης μέχρι την γαλουχία με τις κοινοτικές δομές, τις υποστηρικτικές ομάδες θηλασμού και τις ομάδες μητέρων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η αρχική δουλειά που γίνεται στις δομές να μην έχει συνέχεια και να έχουμε χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τα ποσοστά συμμόρφωσης με τον ΔΚΕΥΜΓ μαρτυρούν ότι οι ΕΥ αντιλαμβάνονται την σημαντικότητα να μην δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες γιατί αναστέλλουν την προώθηση και προαγωγή του ΜΘ.

Στο κώδικα συμμόρφωσης διαπιστώνεται δυσκολία στην εφαρμογή του γιατί εμπλέκονται τα οικονομικά κέρδη και συμφέροντα των βιομηχανιών γάλακτος με αποτέλεσμα να έχουμε παγκόσμια αύξηση των πωλήσεων βρεφικού γάλακτος, με την αντίστοιχη αύξηση των κερδών των εταιρειών παραγωγής του. Αυτό βέβαια, εγείρει σοβαρές ανησυχίες και θέτει υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα των πολιτικών που εφαρμόζονται για την προστασία και προώθηση και προαγωγή του ΜΘ (LANCET BREASTFEEDING SERIES, 2016).

Τα ποσοστά συμφωνίας των στάσεων και γνώσεων των συμμετεχόντων για το ΜΘ βρέθηκαν αυξημένα και εστιασμένα στις παρακάτω τοποθετήσεις. Στην σπουδαιότητα του ρόλου ΕΥ για την ενθάρρυνση των μητέρων να θηλάσουν (97%), στην επίγνωση των συμμετεχόντων για τα πλεονεκτήματα του ΜΘ για τη μητέρα (98,1%) και για το βρέφος (97,6%), στο ότι το ΜΓ είναι ιδανική τροφή για το βρέφος και η συμπληρωματική τροφή είναι επιζήμια για την εγκαθίδρυση επαρκούς παραγωγής ΜΓ(99,5%). Γίνεται αντιληπτό ότι και στο θηλασμό ισχύει ο νόμος της ζήτησης και προσφοράς δηλαδή όσο το βρέφος θηλάζει τόσο παράγει γάλα ο μαστός για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, χωρίς να επηρεάζεται με αυτόν τον τρόπο ο ρυθμός ανάπτυξης του (77,2%).

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις σχετικά με τα δημογραφικά-εργασιακά στοιχεία αποτυπώνουν ότι οι παιδίατροι-νεογνολόγοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους γυναικολόγους-μαιευτήρες. Επιπλέον, όσο πιο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες σχετικά με τον ΜΘ τόσο θετικότερα συνολική στάση περί ΜΘ είχαν. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ενσυναίσθηση

και υψηλότερη βαθμολογία στις γυναίκες υποδηλώνοντας θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους άντρες.

Τους κυριότερους προβλεπτικούς παράγοντες της αυτοαξιολόγησης της συμμόρφωσης στην εφαρμογή των βημάτων αποτέλεσαν τα προσόντα και η εκπαίδευση. Οι παιδίατροι-νεογνολόγοι και οι μαίες-τες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες αυτοαξιολογήσεις της συμμόρφωσης πρακτικών ως προς την εφαρμογή των Βημάτων σε σχέση με τους υπόλοιπους ΕΥ.

Στατιστικά σημαντικά υψηλότερες αυτοαξιολογήσεις της συμμόρφωσης πρακτικών ως προς την εφαρμογή στα βήματα παρατηρήθηκε στους επαγγελματίες που απόκτησαν μεταπτυχιακή ή άλλη υψηλότερου επιπέδου μόρφωση σε σχέση με τους κατόχους βασικού πτυχίου.

Τα ποσοστά συμμετοχής σε σεμινάρια και συνέδρια σχετικά με θέματα για τον ΜΘ διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, ήταν υψηλότερα σε παιδίατρους-νεογνολόγους και μαίες-μαιευτές και χαμηλότερα σε γυναικολόγους-μαιευτήρες και βρεφονηπιοκόμους.

Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στο πόσο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι θεωρούσαν ότι είναι οι συμμετέχοντες για το θηλασμό μεταξύ των 4 επαγγελμάτων. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι νεογνολόγοι (70%) και μαίες/μαιευτές (77,9%) θεωρούσαν ότι είναι περισσότερο εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι για το θηλασμό σε σύγκριση τους βρεφονηπιοκόμους (35,3%) και με τους γυναικολόγους-μαιευτήρες (23.8%).

Από τα παραπάνω ποσοστά φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι γυναικολόγοι – μαιευτήρες αποτελούν τον αδύναμο κρίκο στην προώθηση και την προαγωγή του ΜΘ και διαταράσσουν την προσπάθεια διασύνδεσης με τους υπόλοιπους ΕΥ για την αύξηση των ποσοστών του ΜΘ. Έτσι προβάλλει επιτακτική η ανάγκη να αντιμετωπιστεί το έλλειμμα γνώσης στην εκπαίδευσή τους και να δοθεί αυξημένη προτεραιότητα στο θηλασμό, ώστε να επιτευχθεί η σφαιρική προαγωγή και προώθηση του ΜΘ.

9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα 2017 δείχνει ότι οι δείκτες του ΜΘ έχουν βελτιωθεί σημαντικά συγκριτικά με την εκτίμηση του 2007, αλλά υπολείπονται των στόχων που βάζει ο Π.Ο.Υ.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η επεξεργασία ενός εθνικού σχεδίου προαγωγής του ΜΘ με βάση αφενός τους κατευθυντήριους άξονες του Π.Ο.Υ. και αφετέρου τα εθνικά επιδημιολογικά δεδομένα. Αναγκαία είναι η συνεχής και διαχρονική παρακολούθηση των επιδημιολογικών δεδομένων που αφορούν στο ΜΘ, με σκοπό τόσο την αξιολόγηση των ακολουθούμενων πολιτικών όσο και την προσαρμογή τους στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και μελλοντικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος προς το ΜΘ στο πλαίσιο της ΠΦΥ, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα ώστε να περιοριστεί η απότομη μείωση των ποσοστών του θηλασμού μετά την έξοδο της μητέρας από τη μαιευτική δομή.

Έτσι απαιτείται η εφαρμογή των νόμων και των εγκυκλίων που έχουν ψηφισθεί για την προστασία της μητρότητας, η εφαρμογή των πρακτικών και των δομημένων προγραμμάτων θηλασμού που βοηθούν τις μαιευτικές δομές, όπως τα δέκα βήματα.

Στη χώρα μας παρόλο που ως “Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία” έχουν αναγνωρισθεί το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», το ιδιωτικό μαιευτήριο “Μητέρα” και το Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, είναι αισιόδοξο ότι ένας σημαντικός αριθμός μαιευτικών δομών εφαρμόζει ορισμένα από τα δέκα βήματα για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, χωρίς να καλύπτουν όμως το σύνολο των προϋποθέσεων που απαιτούνται για να μπορούν να αναγνωρισθούν ως «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία». Στο μέλλον θα μπορούσε να αξιολογηθεί η εφαρμογή των Βημάτων σε συνδυασμό με τα ποσοστά θηλασμού κατά το εξιτήριο, αφού μέσα από τη βιβλιογραφία φαίνεται ξεκάθαρα η συσχέτισή τους.

Κρίνεται σκόπιμο να συμπεριληφθεί ο ΜΘ στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης για τις ειδικότητες της Παιδιατρικής και της Γυναικολογίας και να υποστηριχθεί η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του συνόλου των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τη δυάδα μητέρα – βρέφος έτσι ώστε να μην δημιουργείται έλλειμμα στη γνώση σχετικά με την τέχνη του θηλασμού.

Η Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού του Υπουργείου Υγείας θα πρέπει να στοχεύει στη διαμόρφωση εθνικού σχεδίου προαγωγής του ΜΘ με μετρήσιμους στόχους στην

κατεύθυνση των προτεινόμενων από τον Π.Ο.Υ. και τα Ηνωμένα Έθνη Βιώσιμων Αναπτυξιακών Στόχων (SDGs).

Πολύ σημαντική είναι η συνέχιση του προγράμματος «ΑΛΚΥΟΝΗ» και ο ρόλος του ΙΥΠ, όπως αυτός καθορίζεται στον νόμο 4316/14, σε δυναμική συνέργεια με τις πρωτοβουλίες του Υπουργείου Υγείας, διότι μπορούν να συντελέσουν στη διασφάλιση της βιωσιμότητας των παρεμβάσεων και στην περαιτέρω βελτίωση των δεικτών ΜΘ στη χώρα μας.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να κατακτηθεί η εμπειρία του θηλασμού ως βίωμα και ως κοινωνική εμπειρία γιατί έτσι οι μητέρες θα γίνουν δυνατές με προσωπική εμπειρία και γνώση. Ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου των ΕΥ θα προσφέρει βοήθεια στην κατάκτηση της φυσικής ικανότητας του θηλασμού.

Υπάρχει έλλειψη κουλτούρας θηλασμού η οποία αποτυπώνει την ανάγκη για υποστήριξη του ΕΥ που πρέπει από όποια θέση βρίσκεται να υποστηρίξει την μητέρα και να απορροφήσει το άγχος της. Γιατροί, μαίες-τες και όλη η ομάδα υγείας, πρέπει να μπορούν να βοηθήσουν την μητέρα και την οικογένεια στην διαδικασία του θηλασμού που συχνά είναι δύσκολη μέχρι να εδραιωθεί.

Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για την βελτίωση της υγείας των παιδιών μας. Έχει ακόμα ευεργετικά αποτελέσματα στις μητέρες, τις οικογένειες, την κοινότητα, το κοινωνικό και υγειονομικό σύστημα, το περιβάλλον και ολόκληρη την κοινωνία γενικά.

Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες που προωθούν τον ΜΘ σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Ωστόσο, οι πρωτοβουλίες αυτές θα έχουν επιθυμητά και μόνιμα αποτελέσματα, αν βασιστούν σε καλά οργανωμένα σχέδια, που περιέχουν δραστηριότητες αποδεδειγμένα αποτελεσματικές και αποτελούν μέρος ενός συντονισμένου και καλά οργανωμένου προγράμματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Χρονοδιάγραμμα Gantt

ΜΗΝΑΣ	10	11	12	1	2	3	4	5	6
ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ									
Εξασφάλιση σχετικών αδειών									
Ενημέρωση διευθύνσεων									
Βιβλιογραφική ανασκόπηση									
Διαδικασία συλλογής δεδομένων									
Διαδικασία ανάλυσης δεδομένων									
Συγγραφή εργασίας									
παρουσίαση αποτελεσμάτων									

11. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: «ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ» (Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας – World Health Assembly-WHA,1981)

Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος θεσπίστηκε το 1981 και ισχύει στην Ελλάδα από το 1983. Σκοπός του είναι:

- Η εξασφάλιση της ορθής χρήσης των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος όταν αυτά θεωρούνται απαραίτητα, με ιατρική τεκμηρίωση, καθώς και ο περιορισμός της ανεξέλεγκτης διαφήμισής τους.
- Η προστασία και προαγωγή του μητρικού θηλασμού.

Ο Κώδικας έχει 10 άρθρα:

1. Απαγορεύεται η διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο κοινό, σε μαιευτικές δομές ή άλλους χώρους υγείας που φιλοξενούν τις μητέρες με τα μωρά τους.
2. Απαγορεύεται η δωρεάν διανομή δειγμάτων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στις μητέρες και στις έγκυες.
3. Απαγορεύεται η δωρεάν, ή με μειωμένη τιμή προμήθεια βρεφικού γάλακτος στις μαιευτικές δομές.
4. Απαγορεύεται η επαφή εκπροσώπων εταιριών βρεφικού γάλακτος με τις μητέρες.
5. Απαγορεύεται η διανομή ενημερωτικών εντύπων εταιρειών υποκατάστατων μητρικού γάλακτος που απευθύνονται στις νέες μητέρες.
6. Απαγορεύεται οι εταιρείες υποκατάστατων μητρικού γάλακτος να προσφέρουν δώρα στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό των μαιευτικών δομών.
7. Απαγορεύεται η δωρεάν διανομή δειγμάτων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό των μαιευτικών δομών.
8. Τα ενημερωτικά έντυπα εταιρειών υποκατάστατων μητρικού γάλακτος που απευθύνονται στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να περιορίζονται σε επιστημονικές και συγκεκριμένες τεκμηριωμένες πληροφορίες.
9. Απαγορεύεται να υπάρχουν φωτογραφίες βρεφών σε ετικέτες καθώς και διαφημιστικά των εταιρειών που παράγουν βρεφικό γάλα.
10. α) Στις ετικέτες θα πρέπει να αναγράφονται ακριβείς και αναγκαίες πληροφορίες για την ορθή χρήση των υποκατάστατων προϊόντων μητρικού γάλακτος, καθώς και να γίνεται ενθάρρυνση των μητέρων για μητρικό θηλασμό.
β) Στις ετικέτες του βρεφικού γάλακτος, θα πρέπει να αναφέρεται ότι το μητρικό γάλα είναι το βέλτιστο για το βρέφος και ότι το βρεφικό γάλα πρέπει να χορηγείται μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής.

ΒΗΜΑ 1^ο

Να υπάρχει γραπτή πολιτική για τον μητρικό θηλασμό και η πολιτική αυτή να ακολουθείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας της μαιευτικής δομής που εμπλέκονται με τη φροντίδα του νεογέννητου.

ΒΗΜΑ 2^ο

Οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδεύονται ώστε να γίνουν ικανοί και επιδέξιοι να εφαρμόσουν την πολιτική αυτή.

ΒΗΜΑ 3^ο

Να ενημερώνονται όλες οι έγκυες για τα πλεονεκτήματα και τον τρόπο εξοικείωσης τους με την τέχνη του μητρικού θηλασμού.

ΒΗΜΑ 4^ο

Έναρξη του μητρικού θηλασμού την πρώτη ώρα αμέσως μετά τον τοκετό με τη βοήθεια ορθά καταρτισμένου προσωπικού.

ΒΗΜΑ 5^ο

Να υπάρχει μύηση των μητέρων στην τέχνη του μητρικού θηλασμού σε περίπτωση αναγκαστικού αποχωρισμού από τα μωρά τους και να εκπαιδεύονται στη διατήρηση της γαλουχίας.

ΒΗΜΑ 6^ο

Στο νεογέννητο να δίδεται αποκλειστικά μόνο μητρικό γάλα, όχι υγρά, όχι συμπλήρωμα ξένου γάλακτος παρά μόνο εάν υπάρχει ειδικός ιατρικός λόγος.

ΒΗΜΑ 7^ο

Να εφαρμόζεται το σύστημα “rooming-in” που σημαίνει το νεογέννητο δίπλα στη μητέρα του, 24ώρες το 24ωρο.

ΒΗΜΑ 8^ο

Ο μητρικός θηλασμός να είναι ελεύθερος χωρίς χρονικούς φραγμούς.

ΒΗΜΑ 9^ο

Απαγορεύονται οι τεχνητές θηλές και οι πιπίλες σε μωρά που θηλάζουν.

ΒΗΜΑ 10^ο

Ενθάρρυνση για ίδρυση και ενδυνάμωση των ομάδων υποστήριξης μητρικού θηλασμού και μετά την έξοδο των μητέρων και των μωρών τους από την μαιευτική δομή, στις οποίες να μετέχουν ενεργά και μητέρες.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: «Πρωτοβουλία Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (Baby-Friendly Hospital Initiative- BFHI)



2003 Estate of Pablo Picasso/Artists Rights Society (ARS), New York

Ανακοινώθηκε το 1992 και αναθεωρήθηκε το 2006, από τις Π.Ο.Υ. και UNICEF, η πρωτοβουλία **«Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο»** που ακρογωνιαίος λίθος του είναι η εφαρμογή των άρθρων του «Διεθνούς Κώδικα Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και των «Δέκα Βημάτων για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό». Αυτή η πρωτοβουλία έχει σαν σκοπό να εξασφαλισθεί ότι όλες οι μαιευτικές δομές θα υποστηρίζουν και θα συμβάλλουν με στόχο οι μητέρες να παίρνουν τις σωστές αποφάσεις για την διατροφή του παιδιού τους, απαλλαγμένες από εμπορικά συμφέροντα.

Μέχρι το 2009, περισσότερα από 20.000 νοσοκομεία (ποσοστό 28% παγκοσμίως) σε 152 χώρες, ήταν διαπιστευμένα «Φιλικά για το Βρέφος Νοσοκομεία». Στην Ελλάδα ως “Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία” έχουν αναγνωρισθεί το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», το ιδιωτικό μαιευτήριο “Μητέρα” και το Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, ένας σημαντικός αριθμός νοσοκομείων εφαρμόζει ορισμένα από τα δέκα βήματα για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, χωρίς να καλύπτουν το σύνολο των προϋποθέσεων που απαιτούνται για να μπορούν να αναγνωρισθούν ως «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία».

Όλα τα διαπιστευμένα «Φιλικά προς το Βρέφος Νοσοκομεία» φέρουν στην είσοδό τους το παραπάνω έμβλημα. Η πιστοποίηση δίδεται για όσο διάστημα το νοσοκομείο-μαιευτήριο εφαρμόζει τα σχετικά άρθρα, γι’ αυτό υπάρχει συχνή επαναξιολόγηση. Επίσης, θα πρέπει να πληροί όλες τις οδηγίες σε ποσοστό τουλάχιστον 80%.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: «Διακήρυξη INNOCENTI» Για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού



- Η Διακήρυξη INNOCENTI για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού υποστηρίζεται από την Π.Ο.Υ., τη UNICEF και άλλους διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία και ανάπτυξη των παιδιών: SIDA (Σουηδική Αντιπροσωπεία Διεθνούς Ανάπτυξης) και US.A.I.D. (Αντιπροσωπεία Διεθνούς Ανάπτυξης των Η.Π.Α.).
Σύμφωνα με τη Διακήρυξη INNOCENTI, όλα τα κράτη μέχρι το 1995 θα πρέπει: Να ορίσουν έναν εθνικό συντονιστή για τον μητρικό θηλασμό που θα έχει εξουσιοδοτηθεί να πράττει κατάλληλα. Στη συνέχεια να ιδρυθεί μια εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού που να αποτελείται από μέλη συναφών Υπουργείων, μη κυβερνητικών οργανισμών και φορέων επαγγελματιών υγείας.
- Στις μαιευτικές δομές να εφαρμόζονται τα «Δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό», που έχουν οριστεί από την Π.Ο.Υ. και τη UNICEF (1989).
- Ολοκληρωτική εφαρμογή των αρχών και σκοπών των άρθρων του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.
- Να θεσπιστεί ευεργετική νομοθεσία για τα δικαιώματα της εργαζόμενης μητέρας που θηλάζει και να δημιουργηθούν προϋποθέσεις για την εφαρμογή της.



Image of Innocenti Building.
Source: Peggy Koniz-Booher

Florence, Italy.

Παράρτημα 5: Έργο του προγράμματος «ΑΛΚΥΟΝΗ: Εθνική πρωτοβουλία Προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού»

Πρόκειται για Εθνικό πρόγραμμα προαγωγής του μητρικού θηλασμού που άρχισε τον Απρίλιο του 2013 και υλοποιείται από τη Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής του Ινστιτούτου Υγείας Παιδιού. Το πρόγραμμα «ΑΛΚΥΟΝΗ» έρχεται να ανταποκριθεί στην ανάγκη για προαγωγή του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας η οποία αποτυπώθηκε μέσα από την «Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού» του 2007.

1. Ενημέρωση επαγγελματιών υγείας

□ **Εγχειρίδιο:** Συγγραφή, έκδοση και διανομή 10.000 εγχειριδίων για επαγγελματίες υγείας σε ενδιαφερόμενους επαγγελματίες υγείας, φορείς και δομές υγείας.

□ **Εργαστήρια ενημέρωσης επαγγελματιών υγείας:** Έχουν υλοποιηθεί περισσότερα από 15 σεμινάρια εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας σε όλη την Ελλάδα και υπήρξε συμμετοχή ή συνδιοργάνωση σε περισσότερα από 30 σεμινάρια.

□ **E-learning:** Δημιουργία και οργάνωση διαδικτυακής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

□ **Ιστοσελίδα:** Κατασκευή και επιμέλεια ιστοσελίδας με υποστηρικτικό υλικό για επαγγελματίες υγείας.

2. Υποστήριξη μητέρων/οικογενειών

□ **Τηλεφωνική γραμμή:** Λειτουργία τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης με αριθμό **10525**, με υπηρεσία συμβουλευτικής για τον θηλασμό, σε μητέρες και επαγγελματίες υγείας. Η τηλεφωνική γραμμή έως τώρα έχει δεχτεί 12.000 περίπου κλήσεις μέσης διάρκειας 20 λεπτών.

□ **Μητρικός Θηλασμός - Οδηγός για γονείς:** Έχουν εκδοθεί και διανεμηθεί 220.000 αντίτυπα σε όλα τα μαιευτήρια της χώρας.

□ **Ενημερωτικά φυλλάδια:** Έχουν εκδοθεί και διανεμηθεί 20.000 ενημερωτικά φυλλάδια σε φορείς, ομάδες θηλασμού, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, ΠΕΔΥ, επαγγελματίες υγείας, επιστημονικούς συλλόγους.

□ **Αφίσες:** Έχουν διανεμηθεί 2000 αφίσες σε ΠΕΔΥ, Παιδιατρικές και Μαιευτικές κλινικές, Κέντρα Υγείας, συνεργαζόμενους φορείς, ΤΕΙ, φαρμακεία με στόχο την προαγωγή του μητρικού θηλασμού.

□ **Ιστοσελίδα:** Κατασκευή και επιμέλεια ιστοσελίδας με υποστηρικτικό υλικό για μητέρες/οικογένειες.

3. Συμβουλευτικοί σταθμοί Μητρικού Θηλασμού

Έχουν υποστηριχθεί στην οργάνωση και λειτουργία με την κατάλληλη τεχνογνωσία και υλικό 108 φορείς και δομές σε όλη τη χώρα.

4. Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (ΦΒΝ)

- ☐ Έγινε αξιολόγηση 2 νοσοκομείων τα οποία χαρακτηρίστηκαν ως Φιλικά προς τα Βρέφη και υποστηρίζονται άλλα 5 νοσοκομεία για αυτό τον σκοπό.
- ☐ **Προτυποποίηση διαδικασίας αναγνώρισης ΦΒΝ:** Έγινε η μετάφραση του Section 4 της UNICEF και επικαιροποίηση των ερωτηματολογίων της εξωτερικής αξιολόγησης και προετοιμασία των όρων και προϋποθέσεων αναγνώρισης ΦΒΝ.
- ☐ **Προτυποποίηση πρωτοβουλίας ΦΒΝ για ΜΕΝΝ:** Έγινε διαμόρφωση των δέκα βημάτων προσαρμοσμένων στις ΜΕΝΝ.

5. Μητρικός Θηλασμός στην εργασία και την κοινότητα

Χώροι θηλασμού/άντλησης σε φορείς: 18 δημόσιοι φορείς και πολυκαταστήματα έχουν δημιουργήσει χώρο θηλασμού και άντλησης.

- ☐ **Σημεία φιλικά για τον Θηλασμό:** 250 επιχειρήσεις (χώροι εστίασης, εμπορικά καταστήματα, φαρμακεία κ.α.) σε όλη τη χώρα έχουν δηλώσει «φιλικές προς τον θηλασμό», έχουν λάβει το σχετικό σήμα και αναφέρονται σε ειδική διαδικτυακή εφαρμογή.

6. Κοινωνική ευαισθητοποίηση - Προβολή Μητρικού Θηλασμού

- ☐ Δημιουργήθηκαν 3 ραδιοφωνικά και 3 τηλεοπτικά σποτ τα οποία μεταδίδονται σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα από τους κεντρικούς αλλά και περιφερικούς σταθμούς.
- ☐ Αφίσες της «ΑΛΚΥΟΝΗ» με κοινωνικό μήνυμα έχουν αναρτηθεί σε λεωφορεία, σταθμούς μετρό, στάσεις κ.λπ.
- ☐ Προβολή σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης: (Facebook, twitter).

7. Υποστήριξη στην διαμόρφωση θεσμικού πλαισίου

- ☐ Νόμος 4316 (ΦΕΚ 4316/2014).
- ☐ Συναίνεση για την χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας.
- ☐ Νέο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού.
- ☐ Κατευθυντήριες οδηγίες για την Πρωτοβάθμια Παιδιατρική παρακολούθηση.
- ☐ Έγκριση για χρήση των διαγραμμάτων αύξησης του Π.Ο.Υ.

Η «ΑΛΚΥΟΝΗ» στο διαδίκτυο:

Ιστοσελίδα: <http://www.epilegothilasmo.gr/>

Facebook: <https://el-gr.facebook.com/epilegothilasmo/>

Twitter: <https://twitter.com/alky>

Παράρτημα 6: ΕΡΓΑΛΕΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Για την κάθε δήλωση πιο κάτω παρακαλώ σημειώστε Διαφωνώ Έντονα 1, Διαφωνώ 2, Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ 3, Συμφωνώ 4, Συμφωνώ Έντονα 5, κυκλώνοντας τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα στην άποψη σας

Μέρος Α

	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ έντονα
1. Οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την καθημερινή τους πρακτική, πρέπει ενεργά να ενθαρρύνουν όλες τις μητέρες να δοκιμάσουν το θηλασμό	1	2	3	4	5
2. Η σίτιση με τεχνητό γάλα (φόρμουλα) είναι ένας καλός τρόπος να δίνεται η ευκαιρία στον πατέρα να φροντίζει το βρέφος	1	2	3	4	5
3. Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για το βρέφος	1	2	3	4	5
4. Μια μητέρα η οποία περιστασιακά καταναλώνει αλκοόλ ή καπνίζει δεν πρέπει να θηλάζει το βρέφος της	1	2	3	4	5
5. Οι μητέρες που έχουν πρόθεση να θηλάσουν πρέπει να αναμένουν τις πληγωμένες θηλές ως φυσιολογικό μέρος του θηλασμού	1	2	3	4	5
6. Οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν μόνο σε μικρό βαθμό την απόφαση της γυναίκας να συνεχίσει το θηλασμό	1	2	3	4	5
7. Τα βρέφη που θηλάζουν πιθανώς να έχουν λιγότερες λοιμώξεις από τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητό γάλα (φόρμουλα)	1	2	3	4	5
8. Τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητό γάλα (φόρμουλα) είναι πιο πιθανό να υπερσιτίζονται συγκριτικά με τα βρέφη που θηλάζουν	1	2	3	4	5
9. Ο μητρικός θηλασμός είναι ευεργετικός για την υγεία της μητέρας	1	2	3	4	5
10. Το μητρικό γάλα μπορεί από μόνο του να ικανοποιήσει τα περισσότερα βρέφη περίπου για τους έξι (6) πρώτους μήνες ζωής	1	2	3	4	5
11. Το τεχνητό γάλα (φόρμουλα) χωνεύεται πιο εύκολα από το μητρικό γάλα	1	2	3	4	5

12. Ο μητρικός θηλασμός παρέχει πλεονεκτήματα για την υγεία του βρέφους τα οποία δεν μπορεί να παρέχει το τεχνητό γάλα (φόρμουλα)	1	2	3	4	5
13 Ο πατέρας αισθάνεται παραγκωνισμένος αν η μητέρα θηλάζει	1	2	3	4	5

Μέρος Β

	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ έντονα
1. Η γυναίκα που θηλάζει αποκλειστικά έχει λιγότερες πιθανότητες να μείνει έγκυος στους τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό, παρά μια γυναίκα που δίνει στο βρέφος τεχνητό γάλα (φόρμουλα)	1	2	3	4	5
2. Η συμπληρωματική τροφή είναι επιζήμια στην εγκαθίδρυση επαρκούς παραγωγής μητρικού γάλακτος	1	2	3	4	5
3. Συνήθως συστήνεται τα βρέφη να λάβουν τεχνητό γάλα (φόρμουλα) πριν τον πρώτο θηλασμό	1	2	3	4	5
4. Ο συχνός θηλασμός τις πρώτες μέρες βοηθά στη μείωση του νεογνικού ικτέρου	1	2	3	4	5
5. Ο ρυθμός ανάπτυξης των βρεφών που θηλάζουν διαφέρει από αυτό των βρεφών που σιτίζονται με τεχνητό γάλα	1	2	3	4	5
6. Αν ένα βρέφος που θηλάζει δεν ανακτήσει το βάρος γέννησης του σε δύο (2) βδομάδες, τότε πρέπει να ενθαρρυνθεί η μητέρα να εισαγάγει συμπληρώματα τεχνητού γάλακτος (φόρμουλα)	1	2	3	4	5
7. Μια μητέρα που νοιώθει ότι έχει ανεπαρκή ποσότητα γάλακτος, πρέπει μετά από κάθε γεύμα να «συμπληρώνει» με μπιμπερό	1	2	3	4	5

Short version (Ingram, 2006)

<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/9#B19>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β

ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ “ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΩΝ” WHO/UNICEF

1ο Βήμα

Να υπάρχει γραπτή πολιτική και η πολιτική αυτή να μεταδίδεται τακτικά σε όλο το υγειονομικό προσωπικό

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.1 Έχει η μαιευτική δομή γραπτή πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών που αναφέρεται και στα Δέκα Βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό σε όλα τα τμήματά της και υποστήριξη στις HIV θετικές μητέρες;		
1.2 Η πολιτική προστατεύει το θηλασμό με την απαγόρευση της προώθησης των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού, των φιαλών σίτισης και των θηλών;		
1.3 Η πολιτική απαγορεύει τη διανομή πακέτων δώρων που περιέχουν εμπορικά δείγματα και κουτιά υποκατάστατων μητρικού θηλασμού ή υλικού προώθησης αυτών των προϊόντων σε εγκύους και άλλους καθώς και δωρεάν παροχές στο προσωπικό της μαιευτικής δομής;		
1.4 Η πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών είναι προσιτή σε όλο το προσωπικό που φροντίζει μητέρες και νεογνά, ώστε να μπορεί να ανατρέξει σε αυτήν;		
1.5 Υπάρχει μια περίληψη της πολιτικής θηλασμού/διατροφής νεογνών που περιλαμβάνει θέματα σχετικά με τα Δέκα Βήματα, τον διεθνή κώδικα εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού και των επόμενων ψηφισμάτων της Π.Ο.Υ. και τη βοήθεια στις HIV μητέρες αναρτημένη σε όλες τις περιοχές της μαιευτικής δομής που φροντίζουν μητέρες νεογνά ή και παιδιά;		
1.6 Η αναρτημένη περίληψη της πολιτικής είναι γραμμένη σε γλώσσα(ες) και με λέξεις που μπορούν να καταλάβουν οι μητέρες και το προσωπικό;		
1.7 Υπάρχει μηχανισμός εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της πολιτικής;		
1.8 Είναι η πολιτική ή τα πρωτοκόλλα που σχετίζονται με το θηλασμό ευθυγραμμισμένα με τα σύγχρονα βασισμένα σε μελέτες πρότυπα;		

2ο Βήμα

Να εκπαιδευτεί όλο το υγειονομικό προσωπικό στις δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή της πολιτικής

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1 Είναι όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν εγκύους, μητέρες και νεογνά προσανατολισμένα στην πολιτική θηλασμού/διατροφής νεογνών της Μαιευτικής δομής όταν αρχίζουν να εργάζονται;		
2.2 Είναι όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά τόσο ενημερωμένα για τη σημασία του μητρικού θηλασμού όσο και εξοικειωμένα με την πολιτική του τμήματος και της Μαιευτικής δομής, ώστε να προστατεύουν, να προωθούν και να υποστηρίζουν το θηλασμό;		
2.3 Όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά (ή όλα τα μέλη του προσωπικού, αν αυτά μετακινούνται σε θέσεις που έχουν αυτές τις υπευθυνότητες) εκπαιδεύτηκαν στην προαγωγή του θηλασμού και την υποστήριξή του μέσα σε 6 μήνες από την έναρξη της εργασίας τους εκτός και αν είχαν επαρκή εκπαίδευση από αλλού;		
2.4 Η εκπαίδευση καλύπτει τα 10 Βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό και τον Κώδικα Εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος;		
2.5 Η εκπαίδευση για κάθε μέλος του προσωπικού είναι τουλάχιστον 20 ώρες συνολικά, συμπεριλαμβανομένης της κλινικής εμπειρίας με επίβλεψη τουλάχιστον 3 ωρών;		
2.6 Η εκπαίδευση του μη κλινικού προσωπικού επαρκεί, ανάλογα με τη θέση του, ώστε να παρέχει την ικανότητα και τις γνώσεις που απαιτούνται, για να υποστηρίξουν τις μητέρες να θρέψουν τα παιδιά τους με επιτυχία;		
2.7 Παρέχεται εκπαίδευση, επίσης, σε όλο ή σε ορισμένο από το προσωπικό που περιθάλπει εγκύους για τη διατροφή νεογνών που δεν θηλάζουν και για να υποστηρίζονται οι μητέρες που έχουν πάρει αυτή την απόφαση;		
2.8 Μπορούν τα μέλη του μαιευτικού προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά να απαντήσουν σε απλές ερωτήσεις σχετικά με την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, την υποστήριξη και την περίθαλψη των μητέρων που δεν θηλάζουν;		
2.9 Το μη κλινικό προσωπικό, όπως βοηθοί θαλάμου, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί υπάλληλοι, το προσωπικό καθαριότητας και οι τραπεζοκόμοι, μπορεί να απαντήσει σε απλές ερωτήσεις για το θηλασμό και πώς να υποστηρίξει τις μητέρες για τη διατροφή των μωρών τους;		
2.10 Η Μαιευτική δομή έχει κανονίσει να λάβουν ειδική εκπαίδευση στη διαχείριση της γαλουχίας συγκεκριμένα μέλη του προσωπικού;		

3ο Βήμα

Να ενημερώνονται όλες οι έγκυες γυναίκες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τη διαχείριση του θηλασμού.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3.1 Η μαιευτική δομή διαθέτει τμήμα προγεννητικού ελέγχου ή εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία και τμήμα παραλαβής επιτόκου;		
3.2 Εάν ναι, οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες ενημερώνονται για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;		
3.3 Τα προγεννητικά ιστορικά δείχνουν ότι συζητήθηκε ο θηλασμός με τις έγκυες γυναίκες;		
3.4 Η προγεννητική εκπαίδευση, που περιλαμβάνει και τη γραπτή ή προφορική πληροφόρηση, καλύπτει βασικά θέματα που αφορούν τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;		
3.5 Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;		
3.6 Οι έγκυες γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τους κινδύνους από τη χορήγηση συμπληρώματος, ενώ θα θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες;		
3.7 Οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τη σημασία της πρώτης επαφής δέρμα με δέρμα με τα μωρά τους και της παραμονής των μωρών στο ίδιο δωμάτιο όλο το 24ωρο;		
3.8 Το προγεννητικό ιστορικό της μητέρας είναι διαθέσιμο την ώρα του τοκετού;		
3.9 Οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν υπόψη την πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν, όταν αποφασίζουν για τη χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων ή αναλγησίας ή αναισθησίας (όταν χορηγείται) κατά τη διάρκεια των ωδινών, του τοκετού και της καισαρικής τομής;		
3.10 Το προσωπικό γνωρίζει τις επιπτώσεις τέτοιων φαρμάκων στο θηλασμό;		

4ο Βήμα

Να βοηθούνται οι μητέρες για την έναρξη του θηλασμού μέσα στην πρώτη μισή ώρα από την γέννηση. Αυτό το βήμα αναδιατυπώνεται ως εξής:

Να τοποθετούνται τα βρέφη σε επαφή δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους αμέσως μετά την γέννηση για τουλάχιστον μία ώρα και να ενθαρρύνονται οι μητέρες, προκειμένου να αναγνωρίζουν τότε τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν, προσφέροντάς τους βοήθεια, αν χρειάζεται.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.1 Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική, χωρίς γενική αναισθησία, τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους αμέσως μετά τη γέννηση και οι μητέρες τους ενθαρρύνονται να συνεχίσουν την επαφή για μία ώρα τουλάχιστον;		
4.2 Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με καισαρική τομή με γενική αναισθησία τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους, αμέσως μόλις οι μητέρες ξυπνήσουν και ανταποκρίνονται;		

4.3 Δέχονται όλες οι μητέρες βοήθεια κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, για να αναγνωρίζουν τα σημάδια ότι τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν και τους προσφέρεται βοήθεια, αν χρειάζεται;		
4.4 Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα ενθαρρύνονται να κρατούν τα μωρά τους σε επαφή δέρμα με δέρμα, εκτός και αν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος να μην το κάνουν;		

5ο Βήμα

Να υποδεικνύεται στις μητέρες πώς να θηλάσουν και πώς να διατηρήσουν τη γαλουχία, ακόμα και όταν πρέπει να χωριστούν από τα βρέφη τους.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5.1 Το προσωπικό παρέχει περαιτέρω βοήθεια σε όλες τις θηλάζουσες μητέρες σχετικά με το θηλασμό την πρώτη φορά που θα ταΐσουν ξανά τα βρέφη τους ή μέσα σε έξι ώρες από τη γέννα;		
5.2 Το προσωπικό μπορεί να περιγράψει το είδος των πληροφοριών και να επιδείξει τις δεξιότητες που απαιτούνται, προκειμένου οι μητέρες που θηλάζουν και εκείνες που δεν θηλάζουν να βοηθηθούν, για να σιτίσουν επιτυχώς τα βρέφη τους;		
5.3 Το προσωπικό ή οι σύμβουλοι που έχουν ειδικευτεί στην εκπαίδευση του θηλασμού και της διαχείρισης της γαλουχίας είναι διαθέσιμοι όλες τις ώρες, για να συμβουλευθούν τις μητέρες κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη μαιευτική δομή και στην προετοιμασία τους για την έξοδό τους από αυτή;		
5.4 Το προσωπικό παρέχει συμβουλές για άλλες μεθόδους σίτισης και για τη φροντίδα του στήθους στις μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και έχουν αποφασίσει να μην τα θηλάσουν;		
5.5 Οι μητέρες μπορούν να δείξουν ποια είναι η σωστή στάση και η σύλληψη της θηλής από τα βρέφη τους, προκειμένου να θηλάσουν;		
5.6 Οι μητέρες έχουν δει πώς να αντλούν γάλα με το χέρι ή έχουν πληροφορηθεί σχετικά με την άντληση και πού μπορούν να ζητήσουν βοήθεια, αν την χρειαστούν;		
5.7 Οι μητέρες που δεν θηλάσαν ποτέ ή που έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν προβλήματα με τον θηλασμό, δέχτηκαν ειδική προσοχή και υποστήριξη από το προσωπικό της μαιευτικής δομής τόσο στην προγεννητική όσο και στη μετά τη γέννηση περίοδο;		
5.8 Στις μητέρες που αποφάσισαν να μην θηλάσουν, έχουν δείξει ατομικά πώς να ετοιμάσουν και να δώσουν στα βρέφη τους τροφή και τους ζητήθηκε να ετοιμάσουν την τροφή μόνες τους, αφού τους είχαν δείξει πώς να το κάνουν;		
5.9 Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και σκοπεύουν να θηλάσουν, έχουν δεχτεί βοήθεια μέσα σε έξι ώρες από τη γέννηση, προκειμένου να εγκαταστήσουν και να διατηρήσουν τη γαλουχία με συχνή άντληση του γάλακτος και έχουν ενημερωθεί πόσο συχνά πρέπει να το κάνουν;		

6ο Βήμα

Να χορηγείται στα νεογνά μόνο μητρικό γάλα, εκτός και αν υπάρχει ιατρική ένδειξη.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6.1 Τα στοιχεία της “Εθνικής μελέτης εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα για το 2018” δείχνουν πως τουλάχιστον το 66% των τελειόμηνων βρεφών που πήραν εξιτήριο τον τελευταίο χρόνο θήλασαν αποκλειστικά (ή ταΐστηκαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα) από τη γέννηση μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου ή αν δεν το έκαναν, υπήρχαν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση;		
6.2 Τα βρέφη που θηλάζουν δεν δέχονται άλλη τροφή ή υγρά, εκτός κι αν υπάρχουν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση και συμπλήρωση συγκατάθεσης;		
6.3 Η μαιευτική δομή λαμβάνει τα μέτρα της ώστε να μη γίνεται διανομή ή επίδειξη υλικού που προτείνει υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, διατροφή σε προγραμματισμένα διαστήματα ή άλλες ακατάλληλες πρακτικές;		
6.4 Οι μητέρες που έχουν αποφασίσει να μη θηλάσουν αναφέρουν ότι το προσωπικό συζήτησε μαζί τους τις διάφορες επιλογές σίτισης και τις βοήθησε να αποφασίσουν τι ήταν κατάλληλο για την περίπτωσή τους;		
6.5 Η μαιευτική δομή έχει τον επαρκή χώρο, τον κατάλληλο εξοπλισμό και τις προμήθειες για την επίδειξη προετοιμασίας τεχνητής διατροφής και άλλες επιλογές διατροφής μακριά από τις θηλάζουσες μητέρες;		
6.6 Τα κλινικά πρωτόκολλα και τα πρότυπα που αφορούν στο θηλασμό και τη διατροφή του βρέφους συμφωνούν με τις οδηγίες της (ΠΦΒΝ) Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και τις τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες;		

7ο Βήμα

Πρακτική της παραμονής των βρεφών στο δωμάτιο όλο το 24ωρο. Να επιτρέπεται στις μητέρες και στα βρέφη να παραμένουν μαζί 24 ώρες την ημέρα.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7.1 Η μητέρα και το βρέφος μένουν μαζί και /ή η παραμονή στο ίδιο δωμάτιο ξεκινά αμέσως μετά τη γέννηση;		
7.2 Οι μητέρες με καισαρική τομή και γενικά με γενική αναισθησία μένουν μαζί με τα βρέφη τους και/ή η παραμονή στο ίδιο δωμάτιο ξεκινά, όταν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των βρεφών τους;		
7.3 Οι μητέρες και τα βρέφη παραμένουν μαζί (παραμονή στο δωμάτιο ή στο ίδιο κρεβάτι) 24 ώρες την ημέρα, εκτός και αν ο διαχωρισμός τους είναι τελείως δικαιολογημένος;		

8ο Βήμα

Να ενθαρρύνονται οι μητέρες για θηλασμό, ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους.

	NAI	OXI
8.1 Οι μητέρες διδάχτηκαν να αναγνωρίζουν τα σημεία πείνας των βρεφών τους;		
8.2 Οι μητέρες ενθαρρύνθηκαν να ταΐζουν τα βρέφη τους όσο συχνά και για όσο χρονικό διάστημα ήθελαν τα βρέφη;		
8.3 Δόθηκε η συμβουλή στις θηλάζουσες μητέρες πως, εάν τα βρέφη τους κοιμούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να τα ξυπνούν και να προσπαθούν να τα θηλάζουν και, αν νιώσουν το στήθος τους πλήρες, πρέπει επίσης, να προσπαθήσουν να τα θηλάσουν;		

9ο Βήμα

Να μη δίνονται τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα βρέφη που θηλάζουν

	NAI	OXI
9.1 Τα μωρά που περιθάλπονται, ταΐζονται με βρεφικές φιάλες;		
9.2 Έχουν ενημερωθεί οι μητέρες από το προσωπικό για τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χορήγηση γάλακτος (υποκατάστατου ή μητρικού) ή άλλων υγρών με βρεφικές φιάλες και θηλές;		
9.3 Τα μωρά περιθάλπονται, χωρίς τη χρήση πιπίλας;		

10ο Βήμα

Να προωθείται η ίδρυση υποστηρικτικών ομάδων θηλασμού και να ενημερώνονται οι μητέρες, όταν φεύγουν από την μαιευτική δομή.

	NAI	OXI
10.1 Το προσωπικό δίνει οδηγίες και συζητά με τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο πώς θα συνεχίσουν τον θηλασμό, αφού επιστρέψουν στο σπίτι;		
10.2 Η μαιευτική δομή διαθέτει σύστημα υποστήριξης των μητέρων, αφού αποχωρίσουν για το σπίτι όπως: εξωτερικό ιατρείο που περιλαμβάνει έλεγχο γαλουχίας, επισκέψεις στο σπίτι ή τηλεφωνική επικοινωνία (oncall);		
10.3 Οι υπηρεσίες υγείας προωθούν την ίδρυση ή συνεργάζονται με υποστηρικτικές ομάδες μητέρων και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχουν υποστήριξη στις μητέρες σχετικά με τη σίτιση των βρεφών τους;		
10.4 Οι μητέρες μπορούν να ζητήσουν βοήθεια σχετικά με τη σίτιση στις υπηρεσίες υποστήριξης θηλασμού της μαιευτικής δομής και στις υποστηρικτικές ομάδες μητέρων; Μπορούν να αναζητήσουν εκπαιδευμένους συμβούλους και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες όπως πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη ή κέντρα υγείας μητέρας παιδιού, εάν είναι διαθέσιμα;		

10.5 Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;		
10.6 Οι μητέρες ενθαρρύνονται να επισκεφθούν επαγγελματία υγείας ή κάποιον σύμβουλο γαλουχίας στην κοινότητα σύντομα μετά την έξοδο από την μαιευτική δομή (κατά προτίμηση 24 ημέρες μετά τη γέννηση και ξανά τη δεύτερη εβδομάδα) που μπορεί να αξιολογήσει τη σίτιση των βρεφών και να τα υποστηρίξει, όταν κριθεί αναγκαίο;		
10.7 Η μαιευτική δομή επιτρέπει τις συζητήσεις σχετικά με το θηλασμό και τη σίτιση των βρεφών με συμβούλους εκπαιδευμένων υποστηρικτικών ομάδων για μητέρες στα τμήματα της;		

Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κώδικας 1. Η μαιευτική δομή αρνείται τη δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμήθεια υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και τα αγοράζει με τη χονδρική τιμή ή περισσότερο;		
Κώδικας 2. Η προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, βρεφικών φιαλών, τεχνητών θηλών ή πιπιλών είναι ανύπαρκτη στο χώρο της μαιευτικής δομής, ενώ δεν προωθείται διαφημιστικό υλικό στις έγκυες γυναίκες και στις μητέρες;		
Κώδικας 3. Απαγορεύεται για τους υπαλλήλους βιομηχανιών ή τους διανομείς υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, βρεφικών φιαλών, τεχνητών θηλών και πιπιλών να έρχονται σε επαφή με τις έγκυες γυναίκες ή τις μητέρες;		
Κώδικας 4. Η μαιευτική δομή αρνείται δώρα, μη επιστημονική βιβλιογραφία, υλικό ή εξοπλισμό, χρήματα ή υποστήριξη για εκπαιδευτικά προγράμματα ή για εκδηλώσεις από τους κατασκευαστές ή τους διανομείς των προϊόντων που εμπίπτουν στους κανονισμούς του Κώδικα;		
Κώδικας 5. Όλα τα σκεύασματα τεχνητής διατροφής νεογνών και οι έτοιμες φιάλες φυλάγονται μακριά από κοινή θέα;		
Κώδικας 6. Η μαιευτική δομή αποφεύγει να δίνει στις έγκυες γυναίκες, στις μητέρες και τις οικογένειές τους διαφημιστικό υλικό, δείγματα ή πακέτα δώρων που περιέχουν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, βρεφικές φιάλες, θηλές, πιπίλες ή άλλο εξοπλισμό ή κουπόνια;		
Κώδικας 7. Το προσωπικό αντιλαμβάνεται γιατί είναι σημαντικό να μην δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες;		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Γ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Βάλτε ✓ στο κατάλληλο πλαίσιο που σας αντιπροσωπεύει

1. Προσόντα/Εκπαίδευση

Γυναικολόγοι-μαιευτήρες ☐

Παιδιάτροι-Νεογνολόγοι ☐

Μαίες-Μαιευτές ☐

Βρεφονηπιοκόμοι ☐

Κάτοχος Διπλώματος:

Πτυχίου ☐

Μεταπτυχιακού ☐

Άλλο ☐

2. Φύλο

Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

3. Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας

(Δηλώστε στα κουτάκια το διάστημα υπηρεσίας σας σε μαιευτικές μονάδες σε χρόνια και μήνες π.χ. χρόνια 4, μήνες 10)

Χρόνια ☐ Μήνες ☐

Προσωπική Εμπειρία Μητρικού Θηλασμού (Σε περίπτωση άντρα επαγγελματία υγείας, ισχύει για τη γυναίκα/σύντροφο του)

(α) Έχετε παιδιά; Όχι ☐

Ναι ☐

(β) Αν έχετε παιδιά, θηλάσατε; Όχι ☐
Ναι ☐

(γ) Αν ναι, για πόσο καιρό;

<1 μήνα ☐

1-3 μήνες ☐

3-6 μήνες ☐

6-12 μήνες ☐

>12 μήνες ☐

(δ) Αν Όχι, γιατί;

.....
.....
.....

5. Συνεχής Επαγγελματική Εκπαίδευση Τους Τελευταίους 12 Μήνες

A.

I. Ενημέρωση για τις εξελίξεις στον τομέα μου (μαιευτική/θηλασμός) μέσα από τη μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων	
II. Συμμετοχή σε σεμινάρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	
III, Συμμετοχή σε συνέδρια σχετικά με θέματα για τον μητρικό θηλασμό	

B. Απόκτηση Πιστοποιητικού Από Το ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΩΜΑ ΕΞΕΤΑΣΤΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) τα Τελευταία 5 Χρόνια

OXI ☐ NAI ☐

Αν η απάντησή σας είναι Όχι παρακαλώ δηλώστε το λόγο

.....
.....
.....

Γ. Καταγράψτε ό,τι άλλο παρακολουθήσατε/αποκτήσατε και αφορά την επαγγελματική σας εκπαίδευση σε σχέση με το Θηλασμό

.....
.....
.....
.....

6. Σημειώστε με √ στο κατάλληλο που σας αντιπροσωπεύει

	Πολύ Ανεπαρκής 1	Ανεπαρκής 2	Μέτρια 3	Επαρκής 4	Πολύ Επαρκής 5
Πως θεωρείτε την εκπαίδευση και τη κατάρτισή σας, σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό, ώστε να αντεπεξέρχεστε καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος/εργασίας σας;					

7. Σημειώστε με √ στο κατάλληλο που σας αντιπροσωπεύει

	Καθόλου 1	Λίγο 2	Αρκετά 3	Πολύ 4	Πάρα πολύ 5
Κρίνετε ότι χρειάζεται να γνωρίζετε περισσότερα;					

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Αγγελοπούλου Ε. Εμβρυολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 1989
2. Ιατράκης Γ. Βασικές έννοιες Εμβρυολογίας - Εμβρυολογία του γεννητικού συστήματος και του μαστού. Στο: Γυναικολογική Ογκολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός; 2013
3. Kahle W., Leonhardt H., Platzer W. Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου, Τόμος II. (Επιμέλεια: Ν. Παπαδόπουλος). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 1985
4. Lauwers J, Swisher A. Counseling The Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Learning; 2011
5. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the Medical Profession. 7th ed. Missouri, USA: Mosby; 2010.
6. Neville MC. Anatomy and physiology of lactation. *Pediatr Clin North Am.* 2001. Feb;48(1):13-34.
7. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation (3rd ed). Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005
8. Drake RL, Vogl W., Mitchell AW. Gray's Ανατομία, Τόμος 1 (Επιμέλεια: Ν. Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2007.
9. Hansen JT, Lambert DR. Netter's Ανατομία I: Βασική Κλινική Ανατομία (Επιμέλεια: Ε. Ν. Μανώλης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2005.
10. Schunke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. Βασική Περιγραφική Ανατομική I, Τόμος I (Επιμέλεια: Π. Ν. Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2007.
11. Moore KL, Dalley AF, Agur A.M.R. Κλινική Ανατομία, Τόμος I. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2013.
12. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 6th ed. Philadelphia, USA: Mosby; 2005.
13. Netter H.F. Άτλας Ανατομικής του ανθρώπου (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Βαράκης Ι.), Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη; 1999.
14. Snell R. Κλινική Ανατομική (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Βαράκης Γ.- Παπαδόπουλος Ν.). Αθήνα, Ελλάδα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 1992.
15. Walker M. Breastfeeding Management for the Clinician. 2nd ed. Sudbury, MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2011. Chapter 3, Influence of the Infant's Anatomy and Physiology; pp 131-190.
16. Woolridge MW. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery.* 1986 Dec; 2(4):164-71.
17. Williams SA, Cuzzon MEJ. 1986. Observations on dental caries in primary teeth in some medieval British skull material. Crowys E, Foley RA, ed. *Teeth and anthropology.* Oxford: British Archaeological Reports. P.201-204.
18. Tonz O. Breastfeeding in modern and ancient times: facts, ideas, and beliefs. Short and Long Term Effects of Breastfeeding on Child Health. B. Koletzko et al., Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2000.

19. Gkekes I, Darla V, Iavazzo C. Breastfeeding in Byzantine icon art. *ArchGynecol Obstet* (2012) 286: 71-73.
20. Garnsey P. 1999. Food and society in classical antiquity. Cambridge University Press.
21. Κώστας Μαντάς: Γάλα και χρήμα: η ιστορία του θετού θηλασμού
22. Masciadri MM, Montevecchio 1984. I. Contratti di Batiatico. *CorporaPapyrorum Gaecarum*. Milan.
23. Green RM, 1951. Galen, Hygiene. Springfield, Illinois: Charles C.Thomas.
24. Garnsey P. 1999. Food and society in classical antiquity. Cambridge University Press.
25. Prowse T, Saunders S, Schwarcz H, Garnsey P, Macchiarelli R, Bondioli L. Isotopic and Dental Evidence for Infant and Young ChildFeeding Practices in an Imperial Roman Skeletal Sample. *Am J PhysAnthropol* 137: 294-308, 2008.
26. Temkin O. 1956,Soranus of Ephesus. *Gynaecology*. Baltimore. JohnsHopkins Press.
27. Herring DA. Saunders SR, Katzenberg MA. 1988. Investigating the weaning process in past populations. *Am J Phys Anthropol* 105; 425-439.
28. Dupras TL, Schwarcz HP, Fairgrieve SI. 2001. Infant feeding and weaning practices in Roman Egypt. *Am J Phys Antropol* 115; 204-212.
29. Fildes V, 1986. Breasts, bottles, and babies: a history of infant feeding. Edinburgh University Press.
30. Wiedemann T. 1989. Adults and Children in the Roman Empire. London. Routledge.
31. Williams SA, Cuzzon MEJ. 1986. Observations on dental caries in primary teeth in some medieval British skull material. Crowys E, Foley RA, ed.Teeth and anthropology. Oxford: British Archaeological Reports. P.201-204.
32. Tonz O. Breastfeeding in modern and ancient times: facts, ideas, and beliefs. Short and Long Term Effects of Breastfeeding on Child Health. B.Koletzko et al,. Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2000.
33. Hale T, Hartmann P. Textbook of Human Lactation. 1st ed. Texas USA: Hale Publishing; 2007.
34. Hurst NM. Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *JMidwifery Women's Health*. 2007 Nov-Dec; 52(6):588-94.
35. Jones E, Spencer SA. The physiology of Lactation. *Paediatr ChildHealth*. 2007 Jun; 17(6): 244-248.
36. Lawrence R, Lawrence R. Breastfeeding: Guide for the medical profession. 7th ed. Missouri, USA: Saunders Mosby; 2021, Chapter 3, Physiology of lactation; p.62-97.
37. Lawrence J, Swisher A. Counseling the Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury MA: John's and Bartlett learning; 2011.
38. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. 4th ed.Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2009. Chapter 3, Anatomy and physiology of lactation; p 85-93.

39. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Feb; 48(1):35-52.
40. Riordan J. Anatomy and Physiology of Lactation. In: *Breastfeeding and human lactation* (3rd edn). Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005.
41. WHO. Nutrition. Exclusive Breastfeeding. 15 Jan.2011.
42. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young childfeeding practices. Part 1.Definitions: Conclusions of a Consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C. USA. Geneva Switzerland2007.
43. Inoue M, Binns C, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feedingpractices and breastfeeding duration in Japan: A review. *International Breastfeeding Journal* 2012, 7:15.
44. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb; 60 (1):49-74.
45. Bauer J, Gerss J. Longitudinal analysis of macronutrients and minerals in human milk produced by mothers of preterm infants. *Clin Nutr.*2011 Apr; 30 (2):215-20.
46. Berseth CL, Uauy R. Symposium summary: looking back and looking forward. *JPediatr.* 2013 Mar; 162 (3 Suppl):S115-6.
47. Health e-learning lactation modules. BE4: Breastfeeding initiation and the first week.
48. BPNI / IBFAN. “Formula for Disaster: weighing the impact of formula feeding Vs breastfeeding on environment”. BPNI / IBFAN Asia 2014[Internet]. Διαθέσιμοσε:<http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAFjAA&url=http%3A%2F%2Fbpni.org%2Fdocuments%2FFormulaForDisaster.pdf&ei=KWABVb6KBcLwUIPugagP&usq=AFQjCNGBXizgLE6HuXtO7zPnSgSzJ4YlPg&bvm=bv.87920726,d.d24>
49. Cristofalo EA1, Schanler RJ, Blanco CL, Sullivan S, Trawoeger R,Kiechl-Kohlendorfer U, Dudell G, Rechtman DJ, Lee ML, Lucas A,Abrams S. Randomized trial of exclusive human milk versus preterm formula diets in extremely premature infants. *J Pediatr.* 2013 Dec; 163(6):1592-1595.
50. Dieterich CM, Felice JP, O’Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb; 60(1):31-48.
51. WHO- Home-modified animal milk for replacement feeding: is it feasible and safe? Discussion paper for technical consultation on HIV and infant feeding, October2006 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/a91064/en/, accessed5 November2008).
52. WHO and UNICEF Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva(2003)
53. Πανταζή, Μ.(2011) «Μητρικός Θηλασμός : Σημαντικός Οικονομικός παράγοντας», Διημερίδα για το μητρικό θηλασμό «Γέφυρες», Ιωάννινα.
54. Ζάχου,Θ.,Σοφατζής,Γ.(2010) Συμβουλές για μητρικό θηλασμό.
55. Andrew N, Harvey K. Infant feeding choices: experience, self-identity and lifestyle. *Matern Child Nutr.* 2011 Jan; 7(1):48-60.

56. Issler H, de Sa MB, Senna DM. Knowledge of newborn health care among pregnant women: basis for promotional and educational programs on breastfeeding. Sao Paulo Med J. 2001 Jan 4; 119(1):7-9.
57. Li CM, Li R, Ashley CG, Smiley JM, Cohen JH, Dee DL. Associations of Hospital Staff Training and Policies with Early Breastfeeding Practices. J Hum Lact. 2014 Feb; 30(1):88-96.
58. McInnes RJ, Chamberst JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. J Adv Nurs. 2008 May; 62(4):407-27.
59. Susin LR, Giugliani ER. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. J Hum Lact. 2008 Nov; 24 (4):386-92.
60. Hung KJ, Berg O. Early skin to skin after cesarean to improve breastfeeding. MCN Am J Matern Child Nurs. 2011. Sep- Oct; 36(5): 318-24.
61. UNICEF. Breastfeeding-The remarkable First Hour of Life [Internet] Διαθέσιμο σε: www.unicef.org/malaysia/Breastfeeding_First_Hour_of_Life.pdf
62. Μαλλιαρού, Μαρία – Αδαμαντία.(2015). Οδηγίες για την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Αθήνα: Π. Καϊκονίδης Ε.Π
63. Baby-Friendly Hospital Initiative (A joint WHO/UNICEF statement) (1991). Launched at the International Paediatric Association Meeting in Ankara, Turkey.
64. Crenshaw J. Care practice #6: no separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. J Perinat Educ. 2007 Summer;16(3):39-43. doi: 10.1624/105812407X217147.
65. Gubler T, Kröhenmann F, Roos M, Zimmermann R, Ochsenbein-Kölble N. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. J Perinat Med. 2013 May; 41(3):331-9. PubMed PMID: 23104852.
66. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics. 2005 Nov;116(5):e702-8.
67. Smith PB, Moore K, Peters L. Implementing baby-friendly practices: strategies for success. MCN Am J Matern Child Nurs. 2012 Jul-Aug; 37(4):228-33 quiz 234-5. doi: 10.1097/NMC.0b013e318251054e. PubMed PMID: 22596036
68. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. Acta Paediatr Scand. 1990 Nov; 79(11):1017-22. 1: de Boer AS, Darnton-Hill I. A good start in life: breast-feeding in hospital.
69. World Health Forum. 1994; 15(1):66-8. PubMed PMID: 8141984.
70. Αντωνιάδου- Κουμάτου Ι, Σοφianού Α. Μητρικός Θηλασμός: Οδηγός για Επαγγελματίες Υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 225. World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO, 2003.
71. Γάκη Ε, Παπαμιχαήλ Δ, Σαραφίδου Γ, Παναγιωτόπουλος Τ, Αντωνιάδου- Κουμάτου Ι. Έκθεση. «Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού». Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2009

72. Αλκυόνη: Μητρικός Θηλασμός [Internet]. Ανάκληση: 10/03/2018. Διαθέσιμο σε: <http://www.epilegothilasmog.gr>
73. Broadfoot, M., Britten, J., Tappin, D.M., MacKenzie, J.M. (2005). The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 90(2):114–6
74. Schneidrova, D., Mullerova, D., Janout, V., Paulova, M., Kudlova, E. (2003). Impact of breast-feeding promotion on infant feeding in the Czech Republic. *J Nutr Educ Behav*, 35(5):228–35.
75. Kramer, M.S., Chalmers, B., Hodnett, E.D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., Collet, J.P., Vanilovich, I., Mezen, I., Ducruet, T., Shishko, G., Zubovich, V., Mknuk, D., Gluchanina, E., Dombrovskiy, V., Ustinovitch, A., Kot, T., Bogdanovich, N., Ovchinnikova, L., Helsing, E. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 285(4), 413-20.
76. Merten, S., Ackermann-Liebrich, U. (2004). Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact*, 20(1): 9–17.
77. World Health Organization (1991). Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices. Geneva, Switzerland. Accessed: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf Available: 6-6-12
78. Fontes Figueredo, S., José Guardiã Mattar, M., Freitas de Vilhena Abrão, A.C. (2012). Babyfriendly Hospital Initiative – a policy of promoting, protecting and supporting breastfeeding. *Acta Paul Enferm*, 25(3): 459-63
79. Bartington, S., Griffiths, L.J., Tate, A.R. et al (2006). Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *Int J Epidemiol*, 35: 1178-1186.
80. Perez-Escamilla, R. (2007). Evidence based breast-feeding promotion: the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Nutrition*, 137: 484-487.
81. Philip, B.L., Radford, A. (2006). Baby-friendly: snappy slogan or standard of care? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 91: 145-149.
82. Abrahams, S., Lobbok, M. (2009). Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*, 4: 1-6.
83. Afiyanti, Y. & Juliastuti, D. (2012). Exclusive breastfeeding practices in Indonesia. *British Journal of Midwifery*, 20(7), 484-491.
84. Chalmers, B., Levitt, C., Heaman, M., O'Brien, B., Sauve, R., Kaczorowski, J. for the Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Public Health Agency of Canada* (2009) for the Maternity Experiences Study Group. Breastfeeding Rates and Hospital Breastfeeding Practices in Canada: A National Survey of Women. *Birth*, 36(2), 122-132
85. Declercq, E., Lobbok, M.H., Sakala, C., et al (2009). Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health*, 99: 929-935
86. Caldeira, A.P., Goncalves, E. (2007). Assessment of the impact of implementing the BabyFriendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J)*, 83: 127-132

87. Ηλιοδρομίτη Ζ., Παπαμιχαήλ Δ., Εκίζογλου Χ., Ντέκα Ε., Μαυρίκα Π. Ζωγραφάκη Ε., Κουτεντάκης Κ., Ζιδρόπουλος Σ., Σταύρου Δ., Παναγιωτόπουλος Τ., Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι. «Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα». Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018
88. World Health Organization, UNICEF. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief. [Internet] 2014. Διαθέσιμο σε:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149022/1/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1
89. Dennis, C.L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 31: 12–32
90. Haiek, L.N. (2012). Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Public Health Nutrition*. Published first on-line
91. Hauck, Y.L., Irurita, V.F. (2003). Incompatible expectations: the dilemma of breastfeeding mothers. *Health Care Women Int*, 24(1):62-78
92. Henderson, A.M., Pincombe, J., Stamp, G.E. (2000). Assisting women to establish breastfeeding: exploring midwives' practices. *Breastfeed Rev*, 8(3): 11-17.
93. Martell, L.K. (2003). Postpartum women's perceptions of the hospital environment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 32(4): 478-485
94. Sikorski, J. Renfrew, M.J., Pindoria, S., Wade, A. (2003). Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 17: 407–17.
95. McFadden, A. & Toole, G. (2006) Exploring women's views of breastfeeding: a focus group study within an area with high levels of socio-economic deprivation. *Matern Child Nutr*, 2(3): 156-168.
96. Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A., King, S.E. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1): CD001141.
97. Renfrew, M.J., Dyson, L., Wallace, L., D'Souza, L., McCormick, F., Spiby, H. (2005). The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding: Systematic Review. London, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
98. Renfrew, M.J., Gill, H., Wallace, L.M., Spiby, H., McFadden, A. (2006). Developing practice in breastfeeding. *Matern Child Nutr*, 2(4): 245-261.
Renfrew, M. (2006). Time to get serious about educating health professionals. *Matern Child Nutr*, 2 (4): 193-195.
99. Renfrew, M.J., McFadden, A., Dykes, F., Wallace, L.M., Abbott, S., Burt, S., KosmalaAnderson, J. (2006a). Addressing the learning deficit in breastfeeding: strategies for change. *Matern Child Nutr*, 2(4): 239-244.
100. Dykes, F. (2006). The education of health practitioners supporting breastfeeding women: Time for critical reflection. *Matern Child Nutr*, 2: 204–16.
101. Wallace, L.M., Kasmala-Anderson, J. (2009). Training needs survey of midwives, health visitors and voluntary-sector breastfeeding support staff in England. *Matern Child Nutr*, 3(1): 25-39.

102. Burt, S., Whitmore, M., Verncombe, D. & Dykes, F. (2006). The development and delivery of a practice-based breastfeeding training package for general practitioners in the UK. *Maternal and Child Nutrition* 2, 91–102
103. Daniels, L. & Jackson, D. (2011). Knowledge, attitudes and practices of nursing staff regarding the Baby-Friendly Hospital Initiative in non-accredited obstetric units in Cape Town. *S Afr J Clin Nutr*, 24(1): 32-38.
104. Krogstad, U., Hofoss, D. & Hjortdahl, P. (2012). Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *British Medical Journal*, 324, 36–38.
105. Furber, C.M., Thomson, A.M. (2006). 'Breaking the rules' in baby-feeding practice in the UK: deviance and good practice? *Midwifery*, 22(4): 365-376.
106. Furber, C.M., Thomson, A.M. (2008). Breastfeeding practice in the UK: midwives' perspectives. *Maternal and Child Nutrition*, 4: 44–54
107. Gill, S.L. (2001). The little things: Perceptions of breastfeeding support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 30(4):.401-409.
108. Finneran, B., Murphy, K. (2004). Breast is best for GPs or is it? Breastfeeding attitudes and practice of general practitioners in the mid-west of Ireland. *Ir Med J*, 97: 268–70.
109. Leahy-Warren, P. (2007). Social support for first-time mothers: An Irish study. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36: 368-74.
110. Simmons, V. (2002). Exploring inconsistent breastfeeding advice: 2. *British Journal of Midwifery*, 10: 616–9.
111. Smale M., Renfrew M.J., Marshall J.L. & Spiby H. (2006). Turning policy into practice: more difficult that it seems. The case of breastfeeding education. *Maternal and Child Nutrition*, 2, 103–113
112. Υπουργείο Υγείας και Ευρωπαϊκό γραφείο ΠΟΥ: Strengthening capacity for universal coverage (SCUC) Greece/Phase II. Κείμενο πολιτικής #10: Μείωση της αυξημένης τάσης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα. 2016. Διαθέσιμο σε: <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/4509-apanthsh-toy-ypoyrgoy-ygeias-an-ksanthoy-sth-boylh-to-porisma-toy-poy-gia-tiskaisarikes-tomes-sth-n-ellada?fdl=11096>
113. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutrition*. 2016 Mar;19(04):753–64.
114. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, Franca GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016 Jan;387(10017):475–90.
115. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of Early Skin-to-Skin Mother—Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *Journal of Human Lactation*. 2010 May;26(2):130–7.
116. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. Διαθέσιμο σε: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006641.pub3>

117. Εγκύκλιος υπ' αριθ. Γγ/ΓΦ12Β,30/ΓΠοικ12521/12-2-2018 «Κατευθυντήριες οδηγίες για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Παιδιών 0 έως 18 ετών» (ΑΔΑ 73ΞΝ465ΦΥΟ-ΔΤΟ)
118. Εγκύκλιος υπ' αριθ. Γ1α/ΓΠοικ76309/11-10-17 «Έγκριση διατροφικών συστάσεων για γενικό πληθυσμό και ειδικές πληθυσμιακές ομάδες» (ΑΔΑΨ68Α465ΦΥΟ-Γ7Φ)
119. Νόμος 4316/2014 (ΦΕΚ 270/Α/24-12-2014) Άρθρο 3 «Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»
120. Νόμος 3655/2008 (ΦΕΚ58Α/3-4-008) Άρθρο 142 «Ειδική παροχή προστασίας μητρότητας»
121. Νόμος 3996/2011 (ΦΕΚ Α'170/5-8-2011) Άρθρο 36 «Προστασία από απόλυση λόγω μητρότητας»
122. Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ1α/ΓΠοικ45569/15-6-2017 για την καθιέρωση έγγραφης συναίνεσης της μητέρας για τη χορήγηση υποκατάστατου μητρικού στα νεογνά εντός των νοσοκομείων και μαιευτηρίων (ΑΔΑ 70ΨΒ465ΦΥΟ-ΙΟ3)
123. Εγκύκλιος υπ' αριθ. Γ3δ/Δ.Φ.8.5./ΓΠοικ11771/15-2-2017 «Νέο Βιβλιάριο Υγείας του παιδιού» (ΑΔΑ Ψ43465ΦΥΟ-ΔΔΟ)
124. Εγκύκλιος υπ' αριθ. Δ1β/ΓΠ9031/31-1-2018 «Χρήση καμπυλών ανάπτυξης Νέου Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού» (ΑΔΑ7ΝΗΦ465ΘΥΟ-8ΨΣ)
125. World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: WHO, 1981. Διαθέσιμο σε:
http://www.who.int/nutrition/publications/code_english
126. World Health Organization, Wellstart International. The Baby-Friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Geneva: WHO, 1999. Διαθέσιμο σε:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_99.2/en/
127. Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US baby-friendly hospital. Pediatrics. 2003 Sep;112(3 Pt 1):e234-236
128. World Health Organization, Division of Child Health and Development. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: WHO, 1998. Διαθέσιμο σε:
http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf
129. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Matern Child Nutr. 2016;12:402–17.
130. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. Midwifery. 2009;25(1):50–61.
131. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. Matern Child Nutr. 2012;8(2):141–61.

132. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health*. 2005;33(6):424–31.
133. Joanna Briggs Institute. Best practice information sheet: women's perceptions and experiences of breastfeeding support. *Nurs Health Sci*. 2012;14(1):133
134. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90.
135. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth*. 2011;38(1):49–60.
136. Lou Z, Zeng G, Orme JG, Huang L, Liu F, Pang X, Kavanagh KF. Breastfeeding knowledge, attitudes, and intention in a sample of undergraduate students in mainland China. *J Hum Lact*. 2014;30(3):331–9.
137. Ekstrom AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:275.
138. Zakarija-Grković I, Čegvič O, Božinović T, Zupić A, Lozančić T, Vučković A, Burmaz T. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-h course for maternity staff. *J Hum Lact*. 2012;28(3):389–99.
139. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG, on behalf of The Lancet Breastfeeding Series. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491–504
140. McFadden A, Mason F, Baker J, Begin F, Dykes F, Grummer-Strawn L, Kenney-Muir N, Whitford H, Zehner E, Renfrew MJ. Spotlight on infant formula: coordinated global action needed. *Lancet*. 2016;387(10017):413–5.
141. Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A, Dadhich J, Renfrew MJ. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? *Public Health Nutr*. 2016;19(14):1–11.
142. Dykes F. The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. *Matern Child Nutr*. 2006;2(4):204–16.
143. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(S467):114–34.
144. Nakar S, Peretz O, Hoffman R, Grossman Z, Kaplan B, Vinker S. Attitudes and knowledge on breastfeeding among paediatricians, family physicians, and gynaecologists in Israel. *Acta Paediatr*. 2007;96(6):848–51.
145. Laanterä S, Pölkki T, Pietilä AM. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *Int J Nurs Pract*. 2011; 17(1):72–84.
146. Ward KN, Byrne JP. A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *J Hum Lact*. 2011; 27(4):381–93.