



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Μητρικός Θηλασμός και φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία. Διεθνής διαδικασία λήψης πιστοποίησης, ενδεικτική αυτοαξιολόγηση ενός κεντρικού Δημοσίου νοσοκομείου της Αθήνας Η περίπτωση του Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα».

Φοιτήτρια

Νικολακοπούλου Ειρήνη

Επιβλέπων καθηγητής

Τάλιας Μιχαήλ

Ιούλιος 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

«Μητρικός Θηλασμός και φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία. Διεθνής διαδικασία λήψης πιστοποίησης, ενδεικτική αυτοαξιολόγηση ενός κεντρικού Δημοσίου νοσοκομείου της Αθήνας Η περίπτωση του Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα».

Φοιτήτρια

Νικολακοπούλου Ειρήνη

Επιβλέπων Καθηγητής

Τάλιας Μιχαήλ

Ιούλιος 2013

Ευχαριστίες

«Ευχαριστώ πολύ το σύζυγο μου Γιάννη για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξη σε αυτή μου τη προσπάθεια.»

Ειρήνη



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

«Το μωρό ενός εκατομμυριούχου που δε θηλάζει, είναι φτωχότερο από ένα μωρό που τρέφεται αποκλειστικά με μητρικό γάλα και η μητέρα του ανήκει στη φτωχότερη κοινωνική τάξη»

Καθηγητής J. Stewart Forsythe

Νοσοκομείο και ιατρική σχολή Ninewells, Dundee, Σκωτία

Ηνωμένο Βασίλειο 2006

Ελληνική περίληψη

Από το 1991 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF εισήγαγαν την πρωτοβουλία «φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» με βασικό στόχο την υιοθέτηση και εφαρμογή του μητρικού θηλασμού στα νοσοκομεία παγκοσμίως. Σε σχέση με τον παραπάνω στόχο η παρούσα εργασία προσπαθεί να αποτυπώσει τα βήματα και τις διαδικασίες που πρέπει να εφαρμόσει το εξεταζόμενο νοσοκομείο, προκειμένου να πιστοποιηθεί ως «φιλικό προς τα βρέφη νοσοκομείο».

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια στις μητέρες που γέννησαν στο εξεταζόμενο νοσοκομείο, αλλά και στο προσωπικό του νοσοκομείου που σχετίζεται με την διαδικασία του τοκετού, της λοχείας και της παρακολούθησης των νεογνών. Στη συνέχεια τα αποτελέσματα της έρευνας επεξεργάστηκαν με απλή στατιστική μέθοδο και εξήχθησαν τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στην παρούσα

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα είναι αρκετά ενθαρρυντικά όσον αφορά τις μητέρες, όπου παρατηρείται μια στροφή στη στάση ως προς τον μητρικό θηλασμό, η οποία προσδίδει γενικότερη αλλαγή στη νοοτροπία όλης της κοινωνίας. Στον αντίποδα ανησυχητικά είναι τα στοιχεία όσον αφορά το προσωπικό. Διαπιστώθηκε ότι, ενώ το ποσοστό των μητέρων που δεν επέλεξαν τον μητρικό θηλασμό ως τρόπο σίτισης των νεογνών δεν υπερβαίνει το 10%, το ποσοστό του προσωπικού που έχει εκπαιδευτεί σε ζητήματα που άπτονται του μητρικού θηλασμού δεν ξεπερνά το 27,67%.

Όσον αφορά, τα είδη του θηλασμού το 57,77 % από τις μητέρες επέλεξε παράλληλα με το μητρικό γάλα να χορηγήσει και υποκατάστατα, ενώ το υπόλοιπο 42,22% επέλεξε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Τακτικές όπως η χορήγηση ενημερωτικών εντύπων για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος ακόμα υφίστανται (έως τη χρονική περίοδο όπου ολοκληρώθηκε η έρευνα) σε ποσοστό 67,77% των γυναικών (δηλαδή σε αναλογία 2 στις 3). Όμως η συμμόρφωση με την τακτική της συνδιαμονής μητέρας νεογνού αγγίζει το 75%

Είναι σαφές ότι απαραίτητη προϋπόθεση, κάθε νοσοκομείου που στοχεύει στην λήψη της πιστοποίησης, είναι η ύπαρξη γραπτής πολιτικής και η απαρέγκλιτη εφαρμογή της. Αυτή η πολιτική δεν υπάρχει στο εν λόγω νοσοκομείο, καθώς επίσης δεν υπάρχει

και εναρμόνιση με τις βασικές αρχές του κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σε διεθνές επίπεδο. Το προσωπικό, όσο κι αν θέλει και επιδεικνύει διάθεση, χρειάζεται περαιτέρω εκπαίδευση, τακτική ενημέρωση σε νέα δεδομένα που συνεχώς προκύπτουν. Όλα τα παραπάνω πρέπει να εναρμονιστούν με τα διεθνή πρότυπα που ορίζονται από τον ΠΟΥ και τη UNICEF. Επίσης είναι απαραίτητη η συνεχόμενη αξιολόγηση της όλης πορείας του φορέα με τήρηση στατιστικών και αρχείου αυτών πριν προβεί στη διαδικασία της εξωτερικής αξιολόγησης προκειμένου να ληφθεί η πιστοποίηση.

Abstract

By 1991 the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) have introduced the initiative "baby-friendly hospitals" aiming to the adoption and implementation of breastfeeding in hospitals globally. In regard to those aims the present research attempts to outline the steps and the procedures which should be followed by the hospital in question in order to be certified as "baby-friendly hospital".

To conduct the survey, questionnaires were granted to the mothers who gave birth at the hospital in question, as well as to the hospital staff associated with the process of childbirth, postpartum and neonatal monitoring. Subsequently, the results of the research were processed with simple statistical method and the results that were extracted are presented in this essay.

The results which have arisen are quite encouraging concerning the mothers, and they suggest a shift in the attitude towards breast feeding, by mothers specifically and by society in general. In contrast, the results concerning the personnel are alarming. It is noted that, while the percentage of mothers who did not choose breastfeeding as a way of feeding infants does not exceed 10%, the percentage of trained personnel, in issues of breastfeeding, does not exceed 27, 67%.

Regarding the types of breastfeeding, the 57, 77% of the mothers chose to grant substitutes along with breast milk, while the remaining 42.22% chose exclusive breastfeeding. Tactics such as providing leaflets for breast milk substitutes still exist (until the time period where the research was completed) at a rate of 67.77% of women (ie the ratio of 2 to 3). But the rooming-in policy has reached 75%

There is clearly the necessity of the existence of a written policy and its strict application for any hospital that aims to obtain the certification. This policy does not exist in that hospital, and also, there is no alignment with the principles of the international Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The staff, regardless of availability and good will, needs further education, regular updates on new data that constantly arise. All the above must be harmonized with international standards set by WHO and UNICEF. In addition, continuous assessment of the overall progress of the

organization by monitoring with statistics is necessary before making the external evaluation process in order to obtain certification.

Συντομογραφίες

ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας
ΜΘ	Μητρικός Θηλασμός
ΑΜΘ	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός
Κώδικας	Κώδικας εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος
ΠΦΒΝ	Πρωτοβουλία Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία
ΤΓΑ	Τροποποιημένο γάλα αγελάδας
IBCLC	International Board Council Lactation Consultant

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	9
1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	12
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
1.1Καταγραφή προβλήματος.....	14
1.2 Σπουδαιότητα έρευνας	15
1.3 Επιμέρους στόχοι της εργασίας	15
2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	17
2.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	17
2.2 Προς την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας Φιλικά Προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (Π.Φ.Β.Ν.)	17
2.3 Το Μητρικό γάλα.....	18
2.4 Μητρικός θηλασμός και οφέλη για τη μητέρα.....	19
2.5. Μητρικός θηλασμός και οφέλη για το νεογνό-βρέφος.....	20
2.6 Οφέλη μητρικού θηλασμού σε κοινωνικό επίπεδο.....	23
2.6.1 Οικονομικά οφέλη.....	24
2.6.2 Περιβαλλοντικά οφέλη.....	29
2.7 Θηλασμός και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.....	30
2.8 Διεθνής πραγματικότητα.....	30
2.9 Ελληνική πραγματικότητα.....	34
2.10 ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	35
2.11. Τα δέκα βήματα της Unicef για επιτυχή μητρικό θηλασμό.....	37
2.12 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ	37
2.12.1 « Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο». Υπόβαθρο και εκτέλεση σε εθνικό επίπεδο.....	38
2.13 Στάδια διαδικασίας σε νοσοκομειακό επίπεδο	42
2.13.1. 1 ^ο Στάδιο διαδικασίας.....	44
2.13.2. 2ο Στάδιο Διαδικασίας.....	50
2.13.3. 3ο Στάδιο διαδικασίας.....	51
2.13.4 4ο Στάδιο διαδικασίας.....	52
3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	54
Μεθοδολογία της έρευνας.....	54
3.1 Εισαγωγή	54

3.2 Σκοπός έρευνας	54
3.3 τρόπος συλλογής δεδομένων.....	54
3.4. Αξιοπιστία ερευνητικού εργαλείου.....	55
3.5 Καθορισμός δείγματος.....	56
3.6 Περιεχόμενο ερωτηματολόγιου.....	56
3.7 Ηθικά ζητήματα.....	56
3.8 Αποτελέσματα.....	57
4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	58
Αποτελέσματα έρευνας.....	58
4.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	58
4.2 Αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο προς αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης.....	59
4.3 Ενημέρωση σε ατομικό η ομαδικό επίπεδο για τη σίτιση του νεογνού.....	59
4.4 Ενημέρωση για επιμέρους θέματα πλην του μητρικού θηλασμού.....	60
4.5 Μέσος όρος βάρους γέννησης.....	61
4.6 Τρόπος διατροφής και είδη θηλασμού.....	62
4.7Είδος τοκετού.....	63
4.8 Κράτημα βρέφους για πρώτη φορά.....	63
4.9 Τρόπος πρώτης επαφής.....	65
4.10 Υπήρξε καθυστέρηση στην πρώτη επαφή, αν ναι για ποιους λόγους.....	66
4.11 Διάρκεια πρώτης επαφής.....	68
4.12 Προσφορά βοήθειας για το μητρικό θηλασμό.....	69
4.13 Λήψη βοήθειας για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος.....	71
4.14 Πληροφορίες για άλμεξη με το χέρι.....	71
4.15 Πού βρισκόταν το νεογνό κατά τη διάρκεια νοσηλείας της μητέρας.....	72
4.16 Συμβουλές για τη σίτιση του νεογνού.....	74
4.17 Χορήγηση άλλων υγρών πλην μητρικού γάλακτος.....	76
4.18 Χορήγηση πιπίλας από το προσωπικό.....	80
4.19 Χορήγηση πιπίλας από τους γονείς.....	81
4.20 Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.....	83
4.21 Υποδείξεις για αναζήτηση βοήθειας όσον αφορά τη σίτιση του βρέφους.....	84
4.22 Εκπαίδευση προσωπικού.....	85
5^ο Κεφάλαιο.....	88
5.1 Σύγκριση αποτελεσμάτων έρευνας με βάση τα παγκόσμια κριτήρια.....	88

5.2 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 1ο.....	88
<i>Γραπτή πολιτική.....</i>	88
5.3 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 2 ^ο	89
<i>Εκπαίδευση προσωπικού</i>	89
5.4 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 3 ^ο	90
<i>Να ενημερώνονται όλες οι έγκυες γυναίκες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τη διαχείριση του θηλασμού.</i>	90
5.5 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 4 ^ο	91
<i>Έναρξη θηλασμού την πρώτη μισή ώρα από τη γέννηση</i>	91
5.6 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 5 ^ο	94
<i>Να δείχνεται στις μητέρες πώς να θηλάσουν</i>	94
5.7 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 6 ^ο	97
<i>Να χορηγείται στα νεογνά μόνο μητρικό γάλα εκτός αν υπάρχει αντίθετη ιατρική ένδειξη.....</i>	97
5.8 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 7 ^ο	99
<i>Πρακτική παραμονής των βρεφών όλο το εικοσιτετράωρο μαζί με τη μητέρα τους</i>	99
5.9 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 8 ^ο	100
<i>Ελεύθερος και απεριόριστος θηλασμός</i>	100
5.10 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 9 ^ο	101
<i>Να μη δίνονται στα βρέφη που θηλάζουν τεχνητές θηλές ή πιπίλες</i>	101
5.11 Παγκόσμια κριτήρια ΒΗΜΑ 10 ^ο	102
<i>Να προωθείται η ίδρυση υποστηρικτικών ομάδων θηλασμού και να ενημερώνονται κατά την έξοδο τους από το μαιευτήριο</i>	102
5.12 Προτάσεις	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	112
Παράρτημα.....	122
1.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	123
2 Αρχείο Εκπαίδευσης του Προσωπικού	134

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο μητρικός θηλασμός είναι μια βιολογική διαδικασία γνωστή στο είδος του Homo Sapiens εδώ και 40.000 χρόνια και υπήρξε η μόνη επιλογή των νεογέννητων του ανθρώπινου είδους για επιβίωση. Αυτό διαφαίνεται καθ' όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας, από την εμφάνιση του ανθρώπου μέχρι την εκβιομηχάνιση των κοινωνιών, καθώς η μητέρα είχε μόνον μια επιλογή προκειμένου να διατηρήσει στη ζωή το νεογνό και μετέπειτα βρέφος της. Η επιλογή αυτή ήταν να του δώσει ανθρώπινο γάλα είτε αυτό προέρχονταν από την ίδια (μητρικός θηλασμός), είτε από άλλη γυναίκα (θετός θηλασμός). Το μητρικό γάλα έχει χαρακτηριστεί ως η πλέον ενδεδειγμένη τροφή για το νεογνό αποτελεί δηλαδή την ιδανική τροφή για το νεογέννητο άνθρωπο. (1)

Η ανακάλυψη του τροποποιημένου γάλακτος είναι η αρχή μιας μακράς περιόδου όπου ο μητρικός θηλασμός φθίνει καθώς αρχίζει από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα και κορυφώνεται στα μέσα του εικοστού αιώνα. Αρχικά τα υποκατάστατα είχαν ως σκοπό να διατηρήσουν στη ζωή νεογνά που δεν μπορούσαν να θηλάσουν. Όμως ήδη από τη πρώτη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα υπήρχαν εταιρείες που τροφοδοτούσαν τις αγορές διεθνώς με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Χαρακτηριστικό της κατάστασης που επικρατούσε είναι το γεγονός ότι σε νοσοκομεία των ΗΠΑ και του Ηνωμένου Βασιλείου χορηγούσαν σε όλα τα νεογνά υποκατάστατα γάλατα και προχωρούσαν σε αναστολή της γαλουχίας στις νέες μητέρες. Από μαρτυρίες το ίδιο ίσχυε και στη Ελλάδα. Αυτό οδήγησε στο λυπηρό γεγονός να θεωρείται αυτονόητη η τεχνητή διατροφή. Σήμερα ο τζίρος της παγκόσμιας αγοράς βρεφικού γάλακτος ειδικά τροποποιημένου αγγίζει τα 25 δισεκατομμύρια Δολάρια (1) (2) (3)

Μόλις στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 υπήρξε εκ νέου στροφή προς τον θηλασμό, με διάφορες πρωτοβουλίες από το εξωτερικό, αφού άρχισαν σταδιακά να γνωστοποιούνται στο ευρύ κοινό τα θετικά αποτελέσματα του για το βρέφος και την μητέρα (1).

Σήμερα είναι πλέον αδιαμφισβήτητη η υψηλή διατροφική αξία του μητρικού γάλακτος όχι μόνο για τα θρεπτικά συστατικά του αλλά επειδή κάθε μητέρα παράγει γάλα ανάλογα με τις διατροφικές ανάγκες του νεογνού της φανερώνει και την ανωτερότητα του σε σχέση με τα τροποποιημένα αγελαδινά γάλατα διότι δεν υπάρχει μόνο ένα είδος γάλακτος αλλά το κάθε παιδί έχει το δικό του, δηλαδή υπάρχουν εκατομμύρια είδη μητρικού γάλακτος και αυτό δεν μπορεί να αντιγραφεί ή να αντικατασταθεί. Αυτό πρέπει να προστατευτεί από τους ανθρώπους τόσο ως μονάδες όσο και σε επίπεδο κοινωνίας και πολιτείας με τη χρήση εξειδικευμένων πολιτικών. Αξίζει να αναφερθεί ότι μόλις το 1993 και το 1994 οι πολιτείες της Νέας Υόρκης και της Φλόριντα αντίστοιχα επέτρεψαν στις γυναίκες να θηλάζουν δημόσια ενώ στη πολιτεία της Καλιφόρνια το 1997 (4) (5).

Τα οφέλη που προκύπτουν από τη χορήγηση μητρικού γάλακτος είναι πολλαπλά και επιβεβαιώνονται και προσθέτονται και άλλα καθημερινά υπό το πρίσμα μελετών και ερευνών παγκοσμίως. Επίσης η προώθηση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (ΑΜΘ) αποτελεί και μέρος της Παγκόσμιας στρατηγικής για τη διατροφή των νεογνών και μικρών παιδιών (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding) όπου έχει ως σκοπό να βελτιώσει με τη καλύτερη διατροφή, τη παρούσα υγεία, την αύξηση και την ανάπτυξη των νεογνών και των μικρών παιδιών. Με αυτή τη στρατηγική η οδηγία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) που συνίσταται σε 6 μήνες αποκλειστικό μητρικό θηλασμό με ενσωμάτωση και στέρεων τροφών μετά τους 6 μήνες και συνέχιση του θηλασμού μέχρι την ηλικία των 2 ετών εφόσον το επιθυμούν τόσο η μητέρα όσο και το παιδί, εμπλουτίζεται με δυο περαιτέρω στοιχεία: την επαρκή και ασφαλή χορήγηση τροφής στα νεογνά, βρέφη και παιδιά αλλά και την καλή διατροφή και υποστήριξη από τη κοινωνία της θηλάζουσας μητέρας (1) (6) (7) .

Οι διακηρύξεις του Π.Ο.Υ προσανατολίζονται στη κατεύθυνση της προαγωγής, προώθησης και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού με διάφορες δράσεις. Όμως σε μεγάλο βαθμό οι συστάσεις του Π.Ο.Υ δεν υλοποιούνται. Επίσης και οι στόχοι των εθνικών προγραμμάτων πολιτικής υγείας δεν έχουν πραγματοποιηθεί Σε κάποιες χώρες παρατηρούνται πολύ χαμηλά ποσοστά έναρξης θηλασμού και σε πολλές περιπτώσεις όπου είναι υψηλά παρατηρείται σημαντική πτώση τους πρώτους 6 μήνες. Το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μετά τους 6 μήνες σε όλη την Ευρώπη είναι πολύ χαμηλό (8)

Τα παραπάνω αρνητικά φαινόμενα καθώς και το γεγονός ότι σε πολλές χώρες τα υγειονομικά συστήματα είναι σε θέση να λάβουν μέτρα για τη προώθηση, προστασία και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, έχουν οδηγήσει τον ΠΟΥ και τη UNICEF στη δημιουργία μιας πρωτοβουλίας με το όνομα «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία»(Baby Friendly Hospital Initiative). Μέσω αυτής προωθούνται αλλαγές σε παρωχημένες πολλές φορές νοσοκομειακές πρακτικές υπό το πρίσμα νέων επιστημονικών δεδομένων. Η πρωτοβουλία αυτή σε μερικές χώρες δεν έχει βρει ακόμα αντίκρισμα ενώ σε άλλες επιδιώκεται και επέκταση των αρχών αυτών και σε άλλες υγειονομικές υπηρεσίες πλην των μαιευτηρίων (8). (9).

Η πρωτοβουλία «φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» βασίζεται όλη την θεώρηση και τον σχεδιασμό της πάνω στα 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό (10).

1.1 Καταγραφή προβλήματος

Σε εθνικό επίπεδο

Έχει καταστεί σαφές ότι τα ποσοστά του Μητρικού Θηλασμού (ΜΘ) και οι στόχοι που έχουν τεθεί από τον ΠΟΥ και τη διακήρυξη Innocenti το 1995 για την ανάληψη δράσεων σε εθνικό πρωτίστως επίπεδο, για τη προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, δεν έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα παγκοσμίως.

Τα προγράμματα σπουδών για τους επαγγελματίες υγείας πριν και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι σε γενικές γραμμές ανεπαρκή σε σχέση με το μητρικό θηλασμό. Ακόμη δεν υφίσταται εναρμόνιση του θεσμικού πλαισίου με τον κώδικα εμπορίας και διακίνησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος(Κώδικας) (8).

Σε Εθνικό επίπεδο και πιο συγκεκριμένα σε επίπεδο νοσοκομείου

Μόνο δύο (2) νοσοκομεία έως το Μάιο του 2013 έχουν λάβει πιστοποίηση ότι είναι φιλικά προς τα βρέφη σε σύνολο 218 ιδιωτικών και δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων ανά την επικράτεια (11).

Πιο συγκεκριμένα σε μελέτη που εκπόνησε η εθνική επιτροπή θηλασμού το 2007 τα ποσοστά των μητέρων που θηλάζουν μετά τους 6 μήνες είναι μόλις 0,9%, όταν το ποσοστό έναρξης θηλασμού μετά το τοκετό στο νοσοκομείο ανέρχεται στο 87,5% (12).

1.2 Σπουδαιότητα έρευνας

Η παρούσα εργασία με το πέρας της θα είναι σε θέση να αποτιμήσει σε μεγάλο βαθμό την επικρατούσα κατάσταση όσον αφορά το μητρικό θηλασμό καθώς και σε τι βαθμό συμβαδίζει με τη τα διεθνή πρότυπα το ΓΝΑ Αλεξάνδρα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό αυτή τη δεδομένη χρονική στιγμή καθώς υπάρχει ενδιαφέρον και πρόθεση για αλλαγές όσον αφορά το θηλασμό ώστε να μπορέσει κάποια στιγμή να θέσει υποψηφιότητα για να λάβει τη πιστοποίηση «φιλικό προς τα βρέφη νοσοκομείο». Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι με ένα από τα ήδη πιστοποιημένα νοσοκομεία και πιο συγκεκριμένα με το Έλενα Βενιζέλου βρίσκεται σε διοικητική ένωση και πλέον αποτελούν ενιαίο φορέα.

1.3 Επιμέρους στόχοι της εργασίας

Οι επιμέρους στόχοι της εν λόγω έρευνας είναι σε πρώτο βαθμό να καταγραφούν τα οφέλη που δύναται να αποκομίσουν τόσο σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο

δημόσιας υγείας οι χρήστες ενός νοσοκομείου που έχει ήδη λάβει τη πιστοποίηση και προωθεί το μητρικό θηλασμό.

Σε δεύτερο βαθμό ο στόχος συνίσταται στο γεγονός να διαπιστωθεί ο βαθμός εναρμόνισης του νοσοκομείου με τα διεθνή πρότυπα έτσι όπως ορίζονται από τον ΠΟΥ και τη Unicef, και να υποβοηθηθεί στη αυτοαξιολόγηση του ο υπό μελέτη φορέας.

Επίσης με τις απαντήσεις των νέων μητέρων θα είναι εφικτή η διαμόρφωση ολοκληρωμένης εικόνας για τη παροχή υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με το θηλασμό αλλά και τη προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο.

Τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν από τη μελέτη θα είναι στη διάθεση του φορέα.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ο μητρικό θηλασμός και τα οφέλη του έχουν αποτελέσει πεδίο έρευνας και μελέτης δεκαετιών. Περαιτέρω θα τονιστούν τα οφέλη που δύναται να καρπωθεί το νεογνό, η μητέρα αλλά και πως αυτό αντικατοπτρίζεται σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Το μητρικό γάλα αποτελεί ένα από τα πλέον ισχυρά μέσα πρόληψης. Όμως ακόμα δεν έχει πάρει τη θέση που του αξίζει διατροφικά και όχι μόνο. Τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού δεν είναι ελληνικό φαινόμενο αλλά ταλανίζει πολλούς υπεύθυνους φορείς διεθνώς. Το γεγονός αυτό έδωσε το έναυσμα για λήψη μέτρων σε πιο κεντρικό επίπεδο και πιο συγκεκριμένα να αναλάβει δράση ο ΠΟΥ και η Unicef ώστε να δοθούν σαφώς οριζόμενα πλαίσια ανάληψης δράσης από τις κυβερνήσεις αλλά και από τους υπεύθυνους των υπηρεσιών υγείας.

2.2 Προς την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας Φιλικά Προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (Π.Φ.Β.Ν.)

Η έντονη ανησυχία για τα χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού σε διεθνές επίπεδο εκδηλώθηκε αρχικά το 1970 όπου οι πολιτικές που προτάθηκαν από τον Π.Ο.Υ. και αποτέλεσαν το προάγγελο της διακήρυξης INNOCENTI που έλαβε χώρα το είκοσι χρόνια μετά (1990) και στην οποία διαμορφώθηκαν πολιτικές που σαν στόχο είχαν να προωθήσουν, να υποστηρίξουν και να προστατέψουν αυτό το «δώρο». Η υλοποίηση των πιο πάνω στόχων θα έπρεπε να έχει ολοκληρωθεί έως το 1995.

- Τη διακήρυξη INNOCENTI επικύρωσαν 40 χώρες και συμπεριλάμβανε δράσεις όπως τη δημιουργία εθνικής επιτροπής θηλασμού και μέσα στους κόλπους της θεσμοθέτηση εθνικού συντονιστή με στόχο αφενός τη προώθηση της ιδέας για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία και αφετέρου την ευθύνη για την εξεύρεση πόρων για τη δημιουργία προγραμμάτων. Μέσα στα προβλεπόμενα είναι η εφαρμογή των ελάχιστα αποδεκτών κριτηρίων για ένα μαιευτήριο, που δεν είναι άλλα από τα 10

βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό. Επίσης την εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο του Κώδικα και ένταξη του στην εγχώρια νομοθεσία. Καθώς επίσης ενεργοποίηση και εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου για τη προστασία των δικαιωμάτων των θηλαζουσών εργαζόμενων μητέρων (13).

Η πρωτοβουλία για φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία ξεκίνησε το 1991 και μέχρι το 2011 είχαν λάβει τη πιστοποίηση περίπου 15.000 νοσοκομεία και δομές που παρέχουν υπηρεσίες υγείας πριν και μετά το τοκετό (14).

2.3 Το Μητρικό γάλα.

Είναι το γάλα που παράγεται από το στήθος της γυναίκας κατά το θηλασμό του βρέφους. Αποτελεί την ιδανική τροφή για το βρέφος είναι γνωστό και ως «*λευκό αίμα*» λόγω της σπουδαιότητας που έχει για τον ανθρώπινο οργανισμό. Η σύστασή του μεταβάλλεται ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους, ηλικιακές και αναπτυξιακές. Μάλιστα, αλλάζει ακόμη και κατά τη διάρκεια του θηλασμού (15).

Η μοναδική σύσταση του μητρικού γάλακτος έναντι του όποιου τροποποιημένου γάλακτος έχει αποτελέσει την αιτία για την εκπόνηση πληθώρας μελετών για τις ευεργετικές του επιδράσεις, και από την άλλη τη συνεχή παραγωγή νέων και πιο εξειδικευμένων τροποποιημένων γαλάτων που προσπαθούν να μιμηθούν το μητρικό, χωρίς όμως αποτέλεσμα.

Το μητρικό γάλα είναι η πλέον ενδεδειγμένη και πλήρης τροφή για το νεογέννητο διότι έχει επαρκή ποσότητα νερού (άνω του 85%), ώστε να ξεδιψά το βρέφος που θηλάζει και να μην κινδυνεύει από αφυδάτωση, στοιχείο πολύ σημαντικό για τις χώρες της Αφρικής που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την έλλειψη πόσιμου νερού και τις υψηλές θερμοκρασίες (16)

Τα λιπαρά του ώριμου μητρικού γάλακτος ως γνωστόν είναι σημαντικά για τη δομή του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς. Οι πρωτεΐνες του μητρικού γάλακτος είναι ιδανικές για το ανώριμο πεπτικό σύστημα του νεογνού, απορροφώνται εύκολα δίχως να επιβαρύνουν άλλα όργανα όπως τους νεφρούς και το ήπαρ (16) (17) (18).

Σε μια σταγόνα μητρικού γάλακτος υπάρχουν 10.000-13.500.000 ζωντανά κύτταρα και πιο συγκεκριμένα, σε κάθε ml από πρωτόγαλα υπάρχουν 4 εκατομμύρια αρχέγονα ζωντανά κύτταρα, για τους πρώτους 6 μήνες (19) (20).

2.4 Μητρικός θηλασμός και οφέλη για τη μητέρα.

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού δεν αφορούν μόνο το βρέφος που λαμβάνει τη τροφή αλλά αφορά και τη μητέρα που το σώμα της ευθύνεται για τη παραγωγή του

Ο μητρικός θηλασμός είναι σε σχέση κόστους αποτελεσματικότητας ο καλύτερος τρόπος διατροφής αλλά και ο πιο οικονομικός με άμεσα και έμμεσα οικονομικά οφέλη.

1. Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός προφυλάσσει τη μητέρα από ανεπιθύμητες κυήσεις και βοηθά τον οικογενειακό προγραμματισμό της οικογένειας (21).
2. Οι ορμόνες που παράγονται κατά τη διάρκεια της έκθλιψης του γάλακτος από το μαστό συμβάλλουν στη γρήγορη σύσπαση της μήτρας μειώνοντας έτσι τις επιλόχειες αιμορραγίες και κατ' επέκταση τα επεισόδια αναιμιών (22).
3. Προφυλάσσει από την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα στις ανεπτυγμένες χώρες τα ποσοστά του καρκίνου του μαστού είναι υψηλότερα σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες και λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες διότι ο η διάρκεια του μητρικού θηλασμού είναι πολύ μικρότερη των 2 ετών που καταγράφεται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε αυτή τη περίπτωση εάν στις αναπτυγμένες χώρες οι γυναίκες θήλαζαν 24 μήνες τα κρούσματα καρκίνου του μαστού θα μειώνονταν κατά το ήμισυ(2) (23).
4. Ο μητρικός θηλασμός δρα προστατευτικά και έναντι του καρκίνου των ωοθηκών διότι κατά τη διάρκεια της γαλουχίας οι ορμόνες που ρυθμίζουν τη γαλακτοπαραγωγή αναστέλλουν τη ωορρηξία και τα επίπεδα γοναδοτροπινών στο αίμα (24)
5. Έχει προστατευτική δράση έναντι της επιλόχειας κατάθλιψης και ο πρώιμος δεσμός ενισχύει την αυτοπεποίθηση και το μητρικό συναίσθημα της νέας μητέρας.

Πιο συγκεκριμένα οι νέες μητέρες έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις ικανότητες τους και ανταποκρίνονται καλύτερα στο μητρικό τους ρόλο (2) (25) (26) (27).

6. Η παραγωγή γάλακτος απαιτεί μεγάλα ενεργειακά αποθέματα από το σώμα της μητέρας επομένως η θηλάζουσα μητέρα χάνει πιο γρήγορα τα αποκτηθέντα κιλά της εγκυμοσύνης (28) (29) (30).

7. Η μεγάλη διάρκεια της γαλουχίας συμβάλλει στη μείωση της εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και στη περίπτωση όπου η θηλάζουσα μητέρα πάσχει ήδη τότε έχει παρατηρηθεί ότι μειώνεται η χορήγηση ινσουλίνης (31) (32) (33).

8. Η μεγάλη διάρκεια του θηλασμού και πιο συγκεκριμένα έως 24 μήνες γαλουχίας δρουν προστατευτικά έναντι των καρδιαγγειακών παθήσεων με μείωση συμβάντων κατά 23% (34).

9. Στις μητέρες που θηλάζουν πέρα των 8 μηνών, παρατηρείται εναπόθεση οργανικών ουσιών στα οστά, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο κίνδυνος καταγμάτων στην υπερήλικη ζωή (35).

10. Οι γυναίκες που θηλάζουν εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν μεταβολικό σύνδρομο (36) (37).

11. Επίσης πολύ πρόσφατη μελέτη καταδεικνύει ότι ο μακροχρόνιος θηλασμός (πέρα των 24 μηνών) δρα προστατευτικά έναντι της εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων και πιο συγκεκριμένα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε σχέση με γυναίκες που θήλασαν λιγότερο από 12 μήνες ή καθόλου (38) (39).

2.5. Μητρικός θηλασμός και οφέλη για το νεογνό-βρέφος

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω η σύσταση του μητρικού γάλακτος συνιστά τροφή ανώτερης βιολογικής και διατροφικής αξίας επομένως τα νεογνά που λαμβάνουν μητρικό γάλα χαίρουν μιας προστατευτικής ασπίδας. Πιο συγκεκριμένα:

1. Η υψηλή περιεκτικότητα σε αντισώματα καθιστά άμεσα το μητρικό γάλα ως το πρώτο αντιβιοτικό που ενδυναμώνει το ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα του νεογνού και ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας έναντι μολυσματικών και άλλων ξένων παραγόντων. Έχει καταγραφεί ότι κάθε επιπλέον μήνας αποκλειστικού θηλασμού μπορεί να μειώσει τις εισαγωγές στα νοσοκομεία που οφείλονται σε

λοιμώξη, σε ποσοστό 30% στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού (40) (41) (42) (43) (44).

2. Οι φλεγμονώδεις νόσοι εμφανίζουν μείωση στα θηλάζοντα παιδιά και πιο συγκεκριμένα οι γαστρεντερολογικές λοιμώξεις. Ειδικότερα μειώνονται κατά 50% οι περιπτώσεις διάρροιας σε παιδιά που έχουν θηλάσει. Αυτό είναι ιδιαίτερος σημαντικός διότι οι παραπάνω περιπτώσεις δύναται να οδηγήσουν σε αφυδάτωση και πιο σπάνια στο θάνατο (45) (46) (2) (47).

3. Το ποσοστό του αιφνιδίου θανάτου του βρέφους (Sudden Infant Death Syndrome) παρατηρήθηκε ότι είναι διπλάσιο σε παιδιά που δεν έχουν θηλάσει. Με τον κίνδυνο να παραμένει έως το πρώτο χρόνο της ζωής στα μη θηλάζοντα βρέφη (48).

4. Τα παιδιά που θηλάζουν, παρουσιάζουν 19% λιγότερα περιστατικά οποιασδήποτε μορφής ωτίτιδας και 80% λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν από παρατεταμένη και χρόνια μέση ωτίτιδα κατά τους πρώτους 12 μήνες της ζωής τους (49) (46).

5. Η αύξηση του μητρικού θηλασμού σε ποσοστό 40% έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα ποσοστά των θανάτων που προκύπτουν από λοιμώξεις του αναπνευστικού κατά 50%. Επίσης μειώνονται τα ποσοστά εμφάνισης άσθματος έως την ηλικία των έξι (6) ετών (50) (51).

6. Μελέτες αποδεικνύουν τη προστατευτική δράση του μητρικού γάλακτος έναντι των λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού όπου σε περίπτωση λοίμωξης τα παιδιά χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομείο (52) (53)

7. Τα παιδιά που θηλάζουν παρουσιάζουν λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης νεανικού διαβήτη σε σχέση με εκείνα που θήλασαν λίγο ή καθόλου και τράφηκαν από πολύ νωρίς με στερεά τροφή. Πιο συγκεκριμένα τρεις μήνες αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μειώνουν κατά 30% την εμφάνιση της νόσου (54) (33) (55) (56).

8. Μεταξύ των θετικών επιδράσεων έχει καταγραφεί η προστατευτική επίδραση του μητρικού γάλακτος ακόμα και με θηλασμό μόλις 12 εβδομάδων στην εμφάνιση εκζέματος και ατοπικής δερματίτιδας ακόμα και σε περίπτωση που υπάρχει βεβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό (57).

9. Σε περιπτώσεις προώρων νεογνών η χορήγηση μητρικού γάλακτος ενισχύει τον εντερικό βλεννογόνο και το ανώριμο ανοσοποιητικό τους με αποτέλεσμα να μειώνεται ο κίνδυνός της πιο συχνής επιπλοκής της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας η οποία είναι υπεύθυνη για το 26% των θανάτων σε πρόωρα νεογνά. Πιο συγκεκριμένα

μελέτες που έχουν διεξαχθεί μεταξύ του 1983-2005 έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η λήψη μητρικού γάλακτος προερχόμενο δηλαδή είτε από τη μητέρα είτε από δότρια συνδέεται με 58% μείωση στην επίπτωσης της νόσου (58) (59) (60; 61).

10. Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα που πολύς λόγος γίνεται τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλουν στην αύξηση του δείκτη ευφυΐας των θηλαζόντων παιδιών (έχει καταγραφεί έως και 7 μονάδες υψηλότερος δείκτης νοημοσύνης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας) με θετικά αποτελέσματα στην ακαδημαϊκή επίδοση τους. Σαν συμπέρασμα αυτού που είναι αυξημένη νοημοσύνη όχι μόνο στη παιδική αλλά και στην ενήλικη ζωή τους. (62) (63) (64).

11. Ο θηλασμός συμβάλλει στη μείωση των ποσοστών εμφάνισης της παιδικής παχυσαρκίας, μια πλέον μοντέρνα επιδημία. Στις Η.Π.Α το 34% των ενηλίκων ηλικίας 18 ετών και άνω είναι υπέρβαροι και το 28% είναι παχύσαρκοι. Ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο υπολογίζεται ότι 43 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 5 ετών είναι υπέρβαρα. Έρευνες αποδεικνύουν ότι τα παιδιά τα οποία θήλασαν για τουλάχιστον ένα χρόνο έχουν μικρότερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με αυτά που σιτίστηκαν με τεχνητή διατροφή (65) (66) (67) (68).

12. Πολύ σημαντική παράμετρος αποτελεί το γεγονός ότι τα παιδιά που έλαβαν μόνο μητρικό γάλα για τουλάχιστον 6 μήνες είχαν καλύτερη ψυχική υγεία στην ενήλικη ζωή τους. Παρατηρήθηκαν επίσης χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και μαθησιακών δυσκολιών σε παιδιά σχολικής ηλικίας (69).

13. Ο προστατευτικός ρόλος του μητρικού γάλακτος σε περιπτώσεις εμφάνισης βρεφικής και παιδικής επιληψίας είναι γεγονός. Ειδικότερα παιδιά που είχαν θηλάσει για τρεις ή περισσότερους μήνες είχαν 35% και 44% αντίστοιχα μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιληψία σε βρεφική και παιδική ηλικία (70).

14. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι υφίσταται σχέση μεταξύ του μητρικού γάλακτος της Αρτηριακής πίεσης και της ολικής χοληστερόλης στην ενήλικη ζωή τους. Πιο συγκεκριμένα παιδιά που θήλασαν παρατηρήθηκε ότι η μέση συστολική πίεση κυμάνθηκε ελαφρώς σε χαμηλότερα επίπεδα (1,4 mmHg) σε σχέση με αυτά που έλαβα αποκλειστικά τροποποιημένο γάλα αγελάδας. Επίσης τα θηλάζοντα βρέφη ως ενήλικες παρατηρήθηκε ότι είχαν χαμηλότερα επίπεδα ολικής χοληστερόλης. Δηλαδή παρατηρείται ότι ο θηλασμός παρέχει προστασία έναντι και των καρδιαγγειακών νόσων που αυτή τη στιγμή ευθύνονται για 2 εκατομμύρια θανάτους (το 40% περίπου) κάθε χρόνο. Η οικονομική επιβάρυνση που προκαλούν

μόνο τα νοσήματα αυτά, στα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης υπολογίζεται σε περίπου 110 δις ευρώ (2006), ποσό που αντιστοιχεί σε 223 ευρώ κατά κεφαλήν ετησίως, δηλαδή στο 10% περίπου των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την ΕΕ. Επίσης αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες μακροχρόνιων παθήσεων και ζημιών εις βάρος της αγοράς εργασίας. (71) (72)

15. Επίσης η μη χρήση βρεφικών φιαλών για τη χορήγηση τροφής έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε καλύτερη οδοντική υγεία και λιγότερη τερηδόνα στη μετέπειτα ζωή του παιδιού (73) (74) (75)

16. Νέες μελέτες απέδειξαν ότι ο Μ.Θ. είναι πολύ ισχυρό αναλγητικό για τα βρέφη και ενισχύουν το συναίσθημα του νεογνού με αποτέλεσμα οι άνθρωποι που έχουν θηλάσει να παρουσιάζουν καλύτερη διαμόρφωση προσωπικότητας, να έχουν υποστεί λιγότερη κακοποίηση από τη μητέρα τους και εκδηλώνουν μεγαλύτερη αντοχή σε στρεσογόνες καταστάσεις. (76) (77)

Συμπερασματικά προκύπτει ότι ο θηλασμός δρα προστατευτικά έναντι σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών τόσο στη παιδική, αλλά και στην ενήλικη ζωή.

2.6 Οφέλη μητρικού θηλασμού σε κοινωνικό επίπεδο.

Τα οφέλη που προκύπτουν από το μητρικό θηλασμό αφορούν τόσο την υγεία των βρεφών και των μητέρων όσο και το περιβάλλον και την οικονομία. Πιο συγκεκριμένα τα οικονομικά οφέλη επηρεάζουν όχι μόνο την οικογένεια αλλά και την εθνική οικονομία και διακρίνονται σε άμεσα και έμμεσα κέρδη από το μητρικό θηλασμό

2.6.1 Οικονομικά οφέλη

Α) Άμεσα οφέλη σε οικογενειακό επίπεδο

Ο θηλασμός συμβάλλει πολύ στο να συγκρατηθεί ο οικογενειακός προϋπολογισμός και πιο συγκεκριμένα τα άμεσα οφέλη που προκύπτουν προέρχονται από μη αγορά ξένου γάλακτος και λοιπού εξοπλισμού(αποστειρωτές, βρεφικές φιάλες κ.α.). Από τη πρόληψη υγείας του νεογνού όπου δεν δαπανώνται χρήματα για ιατρικές επισκέψεις, εργαστηριακές εξετάσεις και χορήγηση σκευασμάτων. Πιο συγκεκριμένα 2 δις δολάρια ξοδεύονται κάθε χρόνο από τις οικογένειες σε υποκατάστατα μητρικού γάλακτος στις ΗΠΑ ενώ για κάθε οικογένεια, η οικονομική επιβάρυνση για ξένο γάλα υπολογίζεται στα 1.200–1.500 Δολάρια ΗΠΑ ή και περισσότερα για το πρώτο χρόνο ζωής του βρέφους. Στη Ελλάδα υπολογίζεται ότι δαπανώνται τουλάχιστον 720 Ευρώ τους πρώτους 6 μήνες από μία οικογένεια μόνο για την αγορά ξένου γάλακτος (53) (78).

Η μειωμένη νοσηρότητα μητέρας και παιδιού συγκρατεί τον οικογενειακό προϋπολογισμό αφού και σε αυτή τη περίπτωση δεν δαπανώνται χρήματα για χρήση υπηρεσιών υγείας. Η αντισύλληψη μπορεί να μην επιβαρύνει την οικογένεια διότι με το θηλασμό όπως έχει προαναφερθεί μειώνονται τα ποσοστά ανεπιθύμητων κυήσεων που τις περισσότερες φορές έχουν ως αποτέλεσμα τη διακοπή αυτών με κόστος όχι μόνο οικονομικό αλλά και ψυχολογικό. (21) (27) (53)

Β) Έμμεσα οφέλη σε οικογενειακό επίπεδο

Τα έμμεσα οφέλη συνίσταται στο γεγονός της μειωμένης νοσηρότητας των βρεφών, παιδιών και των μητέρων. Πιο συγκεκριμένα τα έμμεσα κέρδη χαρακτηρίζονται από λιγότερες ημέρες νοσηλείας νεογνών και βρεφών αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μη απώλεια χρόνου και χρήματος από για υπηρεσίες υγείας αλλά και από απουσίες από την εργασία κυρίως των μητέρων που πρέπει να παρέχουν φροντίδα στα άρρωστα

παιδιά τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα λιγότερες χαμένες εργατοώρες από γονείς που απουσιάζουν κατά την ασθένεια των παιδιών τους από την εργασία τους., Ειδικότερα στις ΗΠΑ έχει δημιουργηθεί πρόγραμμα ενημέρωσης των εργοδοτών για τα οφέλη που θα αποκομίσουν από την υποστήριξη και διευκόλυνση μιας εργαζόμενης θηλάζουσας μητέρας (79) (80).

Σημαντικός παράγοντας είναι η μειωμένη νοσηρότητα γυναικών που εφαρμόζουν ή εφήρμοσαν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό όπως έχει ήδη προαναφερθεί (21)

Επίσης στη περίπτωση ιδιωτικών ασφαλειών παρατηρούνται λιγότεροι έμμεσοι φόροι και ασφαλιστικές εισφορές λόγω όλων των ανωτέρω.

Τα προγράμματα που σαν στόχο έχουν να προβάλλουν το ΜΘ και να αυξήσουν τα ποσοστά αυτού, ιδιαίτερα στις νέες μητέρες για 6 μήνες θα αποκομίσουν οφέλη μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα και πρώτα σε επίπεδο δημόσιας υγείας (78)

Γ) Οφέλη για την Εθνική οικονομία

Τα κέρδη που προκύπτουν με έμμεσο τρόπο για την εθνική οικονομία, προκύπτουν όχι μόνο από την αγορά και διάθεση τροποποιημένου γάλακτος αλλά και από την μειωμένη ανάγκη για χρήση υπηρεσιών υγείας. Στις ΗΠΑ, όπου τα κέρδη που εξοικονομούνται μόνο από την αγορά ξένου γάλακτος υπολογίζονται στα 578 εκατ. δολάρια σε ετήσια βάση, χρησιμοποιούνται για να ενισχύσουν το πρόγραμμα WIC (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children) (πρόγραμμα υποστήριξης των οικονομικά ανίσχυρων μητέρων, βρεφών και νηπίων). Για κάθε αύξηση 10% των ποσοστών μητρικού θηλασμού, στους αποδέκτες της βοήθειας θα μπορούσαν να χορηγηθούν \$ 750.000 ετησίως. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι εάν αυξανόταν το ποσοστό του ΑΜΘ για τους πρώτους 6 μήνες ζωής του βρέφους στο 90%, η ελληνική οικονομία θα αποταμίευε ετησίως € 69.206.400,00 € (53).

Οφέλη επίσης προκύπτουν από τη μη επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων από επισκέψεις σε ιατρούς, παρακλινικές εξετάσεις και φαρμακευτικές αγωγές. Επίσης θα μειωνόταν η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας και η Μέση Ετήσια Κάλυψη των

νοσοκομείων, αφού όπως έχει προαναφερθεί ένα ποσοστό του πληθυσμού που έχει θηλάσει, έχει μειωμένα ποσοστά νοσηρότητας.

Έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ, απέδειξε ότι αν το 90% των μητέρων συμμορφώνονταν με τις ισχύουσες ιατρικές συστάσεις για θηλασμό, το κράτος θα ξόδευε 3,7 δισεκατομμύρια δολάρια λιγότερα σε άμεσες και έμμεσες παιδιατρικές δαπάνες για την υγεία (78)

Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ και αφορούσε στις παιδιατρικές νόσους όπως νεκρωτική εντεροκολίτιδα, μέση ωτίτιδα, ατοπική δερματίτιδα, λευχαιμία και παιδική παχυσαρκία, για τις οποίες η αρμόδια υπηρεσία υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών ανέφερε πιθανές αναλογίες συσχέτισης με το μητρικό θηλασμό έβγαλε σαν συμπέρασμα ότι αν το 80% με 90% των οικογενειών των ΗΠΑ ακολουθήσουν τις προτεινόμενες οδηγίες για αποκλειστικό θηλασμό για τουλάχιστον έξι μήνες, θα υπάρξουν περίπου 911 λιγότεροι θάνατοι ανά έτος και επιπλέον θα εξοικονομηθούν 13 δισεκατομμύρια δολάρια (81).

Το National Cancer Institute αναφέρει ότι το κόστος για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού το 2004 ανέρχονταν σε 8.1 δισεκατομμύρια δολάρια.

Το κόστος για την θεραπεία γυναικών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ανέρχεται σε 78 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. (77)

Ειδικότερα, αν στην Μεγάλη Βρετανία στη περιοχή Harrow αν το 45% των βρεφών θήλαζαν αποκλειστικά για τουλάχιστον 4 μήνες, και εάν το 75% των βρεφών σε νεογνικές μονάδες θήλαζαν κατά το εξιτηριό τους, τότε :

1. Θα μπορούσαν να γίνουν 3.285 λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο βρεφών με γαστρεντερικές λοιμώξεις και 10.637 λιγότερες επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς, με αποτέλεσμα να εξοικονομούνται 3,6 εκατομμύρια λίρες σε ετήσια βάση.
2. Θα γινόντουσαν 5.916 λιγότερες αναπνευστικές λοιμώξεις που σχετίζονται με εισαγωγές στα νοσοκομεία και 22.248 επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 6,7 εκατομμυρίων λιρών
3. Θα εξοικονομούνταν 750.000 λίρες από επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς ετησίως από 21.045 λιγότερα περιστατικά με οξεία μέση ωτίτιδα
4. Επίσης θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν 6 εκατομμύρια λίρες ετησίως από 361 λιγότερες διαγνώσεις περιστατικών νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (2) (53)

Συνοψίζοντας, υπολογίζεται από τα παραπάνω ότι η Βρετανική κυβέρνηση θα μπορούσε να εξοικονομήσει πάνω από 17 εκατομμύρια λίρες, μόνο από αυτές τις τέσσερις ασθένειες που παρουσιάζονται σε βρέφη. Επίσης σε έρευνα που διεξήχθη το 2012 στη περιοχή Haring του Λονδίνου(με πληθυσμό 313.000 άτομα, περίπου το μέγεθος της Λάρισας) όπου είχε προηγηθεί δετές πρόγραμμα με συνισταμένες, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, δημιουργία γραμμής και ιστοσελίδας βοήθειας αλλά και δημιουργία εθελοντικών ομάδων υποστήριξης του μητρικού θηλασμού, είχε ως αποτέλεσμα να ξεκινούν το μητρικό θηλασμό 90% των νέων μητέρων έναντι του 67% που ίσχυε το 2005. Επίσης κατέληξαν σε συμπεράσματα όπως

1. 865 λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση κόστους για τις υγειονομικές υπηρεσίες που θα απαιτούνταν για την αντιμετώπιση της νόσου πάνω από 21 εκατομμύρια λίρες το οποίο επίσης συνεπάγεται ποιότητα ζωής που μετράται σε 10 εκατομμύρια λίρες ετησίως για κάθε ετήσιο πληθυσμό πρωτότοκων μητέρων (2) (53) .

2. 512 λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που σχετίζονται με τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής που θα μπορούσαν να επιτευχθούν, γεγονός που αντιστοιχεί σε εξοικονόμηση κόστους πάνω από 10 εκατομμύρια λίρες (2) (53)

Όσον αφορά τα νεογνά και τις τέσσερις προαναφερθείσες συνήθεις παθήσεις και τις επιπλοκές αυτών οι ερευνητές κατάληξαν στο συμπέρασμα ότι πάνω από 17 εκατ. Λίρες θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν από το σύστημα υγείας (2) (53).

Επίσης μια μέση αύξηση του Μθ θα μπορούσε να οδηγήσει σε περίπου 5% μείωση της παιδικής παχυσαρκίας, που με τη σειρά της θα μείωνε τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας κατά 1.6 εκατομμύρια λίρες κάθε χρόνο (2) (53).

Στην Ελλάδα έχει γίνει μια οικονομοτεχνική μελέτη για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού η οποία εξέτασε τα προαναφερθείσα τέσσερα νοσήματα που ταλαιπωρούν μεγάλο μέρος των βρεφών κατέληξε στα εξής(πίνακας 1)

Νόσος	Νοσηρότητα		Κόστος νοσηλείας με βάση ΚΕΝ (σε €)	Φαρμακευτική αγωγή χωρίς νοσηλεία (σε €)	Περιστατικά που χρήζουν νοσηλείας %	Όφελος από αύξηση ΜΘ για 6 μήνες (σε €)	
	Βρεφών που θηλάζουν	Βρεφών που ΔΕΝ θηλάζουν				Αύξηση 1%	Αύξηση 90%
Λοίμωξη Αναπνευστικού	51,6%	64,2%	410	52	6,5%	11.381	1.012.893
Οξεία Μέση Ωτίτιδα	4,4%	11,7%	410	52	10,6%	7.890	702.231
Γαστρεντερίτιδα	14,3%	20,8%	340	45	6,8%	5.075	451.647
Ουρολοίμωξη	1,1%	2,1%	585	-	100%	6.599	587.293
ΣΥΝΟΛΟ ΣΕ ΕΥΡΩ						30.945	2.754.064

Πίνακας 1 Σύνοψη Οικονομοτεχνικής μελέτης 2012

Η νοσηρότητα όσων δεν θηλάζουν και εμφανίζουν λοίμωξη αναπνευστικού είναι μεγαλύτερη κατά 12,6% σε σχέση με όσους θηλάζουν, το οποίο συνεπάγεται 410 ευρώ κόστος νοσηλείας ανά περιστατικό σε περίπτωση που χρειαστεί δευτεροβάθμια ή τρίτοβάθμια περίθαλψη. Το ποσοστό των περιστατικών επί του συνόλου, που χρήζει εισαγωγής είναι 6,5%, και το οικονομικό όφελος που θα αποκομιζόταν από τη μείωση της νοσηρότητας από αναπνευστικές λοιμώξεις εάν οι νέες μητέρες θηλάζαν κατά 90% για 6 μήνες, θα άγγιζε το 1 εκατομμύριο ευρώ.

Αντίστοιχα νούμερα παρατηρούνται και για περιπτώσεις οξείας μέσης ωτίτιδας με τη διαφορά ότι το ποσοστό εισαγωγών σε νοσοκομεία αγγίζει το 10,6%. Το οικονομικό όφελος για την Ελλάδα σε περίπτωση που 90% των νέων μητέρων θηλάσουν για 6 μήνες, είναι 700.000 ευρώ σε ετήσια βάση. Τα νούμερα και το κόστος και για τις άλλες 2 ασθένειες είναι παρεμφερή όπως φαίνεται και στο πίνακα 1 όπου

αναφέρονται συνοπτικά τα στοιχεία της οικονομοτεχνικής μελέτης για την ελληνική πραγματικότητα. Το αξιοσημείωτο σε αυτή τη περίπτωση είναι ότι το Ελληνικό δημόσιο θα μπορούσε να εξοικονομήσει περίπου 2,7 εκατομμύρια ευρώ από ιατρικές δαπάνες για την αντιμετώπιση των παραπάνω τεσσάρων νοσημάτων , μόνο από την αύξηση του ποσοστού ΜΘ για 6 μήνες κατά 90% (82).

2.6.2 Περιβαλλοντικά οφέλη

Όπως έχει προαναφερθεί η οικολογική επίπτωση από τη χρήση τροποποιημένου γάλακτος είναι μια πραγματικότητα για τη κοινωνία . Επιπλέον, η μαζική παραγωγή υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και βρεφικών τροφών συντελεί στην περιβαλλοντική ρύπανση μέσω:

- Της επιφάνειας της γης, του όγκου του νερού και της ποσότητας λιπασμάτων, φυτοφαρμάκων και αποβλήτων που χρησιμοποιούνται και παράγονται (συχνά μετά από την καταστροφή δασικών εκτάσεων) για την εκτροφή και σίτιση αγελάδων και από τη γαλακτοβιομηχανία
- Της ποσότητας σε χαρτί, πλαστικά υλικά, γυαλί, καουτσούκ και πρώτες ύλες, που απαιτούνται για τη συσκευασία και τη διάθεσή τους στις αγορές.
- Του όγκου του νερού, των χημικών διεργασιών και της ενέργειας που απαιτούνται τόσο για την παραγωγή και μεταφορά τους όσο και για την κατ' οίκον προετοιμασία και χορήγησή τους σε βρέφη και μικρά παιδιά.
- Του όγκου των μη βιοδιασπώμενων αποβλήτων, των οποίων η διάθεση συχνά συνίσταται στην απλή απόρριψή τους σε χωματερές ή χώρους υγειονομικής ταφής, την απλή καύση ή αποτέφρωσή τους ή (ελπίζουμε) την ανακύκλωσή τους, όπου αυτό είναι εφικτό.

Όλα αυτά συνιστούν περιττή χρήση περιορισμένων πόρων, η οποία συντελεί στην ενίσχυση του αποτυπώματός μας σε γη, υδάτινους πόρους, πρώτες ύλες και άνθρακα,

με τις γνωστές συνέπειες στην υπερθέρμανση του πλανήτη, την κλιματική αλλαγή, τη γεωργία, την ασφάλεια των τροφίμων, τη διατροφή και την υγεία

Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα καταλήγουν σε χώρους αποκομιδής απορριμμάτων περίπου 5.040.000 αλουμινένια κουτιά και σκουπίδια, καταναλώνονται ετησίως 11.340.000 kw/ώρα σε ηλεκτρικής ενέργειας καθώς επίσης και 49.140.000 λίτρα νερό (53) (83) (84).

2.7 Θηλασμός και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης

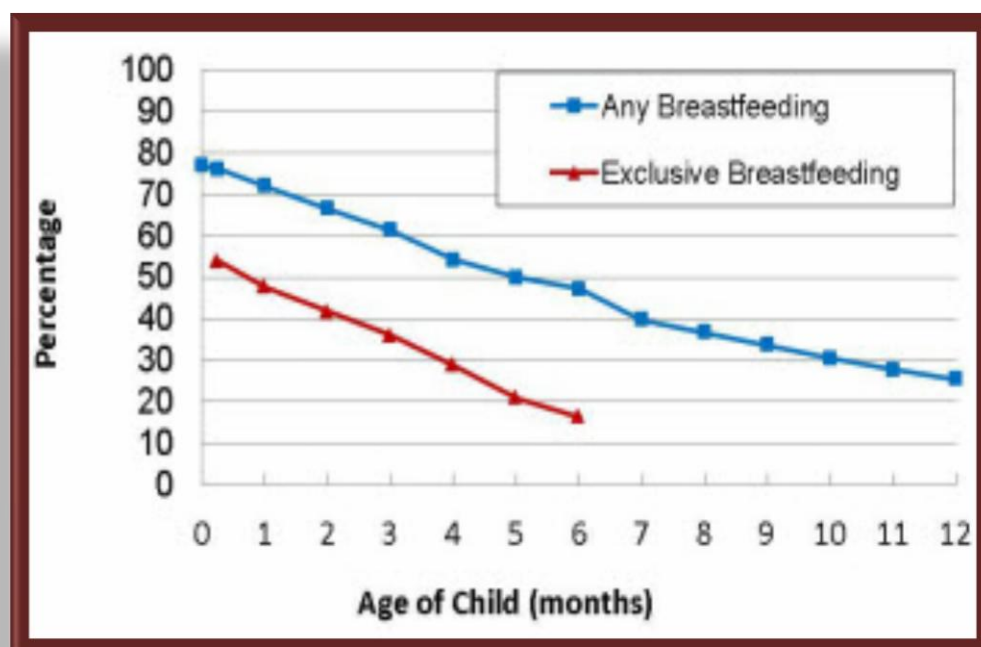
Η Παγκόσμια Στρατηγική για τον θηλασμό των βρεφών και των νηπίων του 2003, αναφέρει ότι : «Τα βρέφη και τα νήπια είναι τα πιο ευάλωτα θύματα των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, είτε αυτές προκαλούνται από φυσικά φαινόμενα είτε από την ανθρώπινη δραστηριότητα. Η διακοπή του μητρικού θηλασμού και η σίτιση με ακατάλληλα συμπληρώματα διατροφής αυξάνουν τον κίνδυνο υποσιτισμού, ασθενειών και θανάτου. Η ανεξέλεγκτη διανομή υποκατάστατων μητρικού γάλακτος για παράδειγμα σε εγκαταστάσεις προσφύγων, μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη και αδικαιολόγητη διακοπή του θηλασμού. Για την πολύ μεγάλη πλειονότητα των βρεφών, η έμφαση πρέπει να δίνεται στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού, και στην έγκαιρη χρήση κατάλληλων συμπληρωμάτων διατροφής». Ιδιαίτερα βαρύτητα έχει δοθεί τη δεδομένη περίοδο σε χώρες που βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση όπως η Συρία (85).

2.8 Διεθνής πραγματικότητα

Τα ποσοστά του ΜΘ σε παγκόσμιο επίπεδο είναι χαμηλά ειδικότερα στις ΗΠΑ όπως φαίνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί:

Για το έτος 2009 το ποσοστό του ΑΜΘ κατά τη γέννηση υπολείπεται κατά 25 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με τη μεικτή διατροφή (θηλασμός και

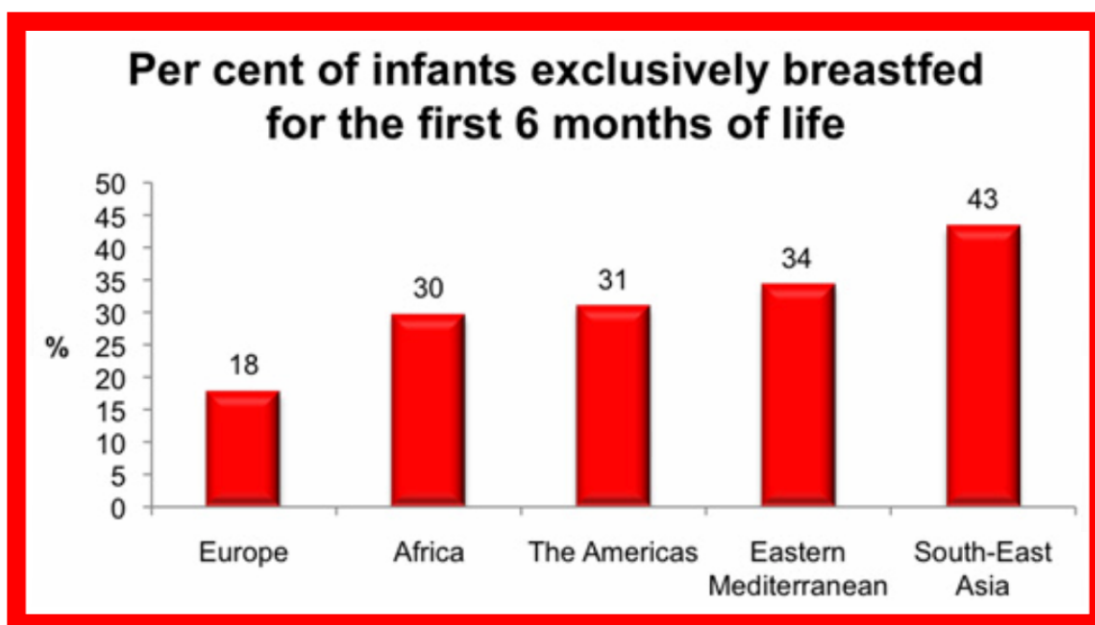
συμπληρώματα). Παρατηρούνται ότι τα ποσοστά του ΑΜΘ φθίνουν πιο γρήγορα από την μεικτή διατροφή. Σας να μην έφτανε αυτό στους 6 μήνες είναι στο 15% και στους 12 μήνες δεν υπάρχει καν ποσοστό όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 1 που ακολουθεί



Διάγραμμα 1) Ποσοστά μητρικού θηλασμού έως τους 12 μήνες ζωής του παιδιού. Εθνική ανοσολογική έρευνα (πηγή Center Disease Control 2009)

Μέχρι τον Ιούνιο του 2013 στις Η.Π.Α υπάρχουν μόλις 161 πιστοποιημένα νοσοκομεία, σε αυτές τις δομές λαμβάνει χώρα το 6,7% των τοκετών όταν το αντίστοιχο ποσοστό το 2007 ήταν 2,7% και με στόχο το 2020 να φτάσει το 8,1% (87).

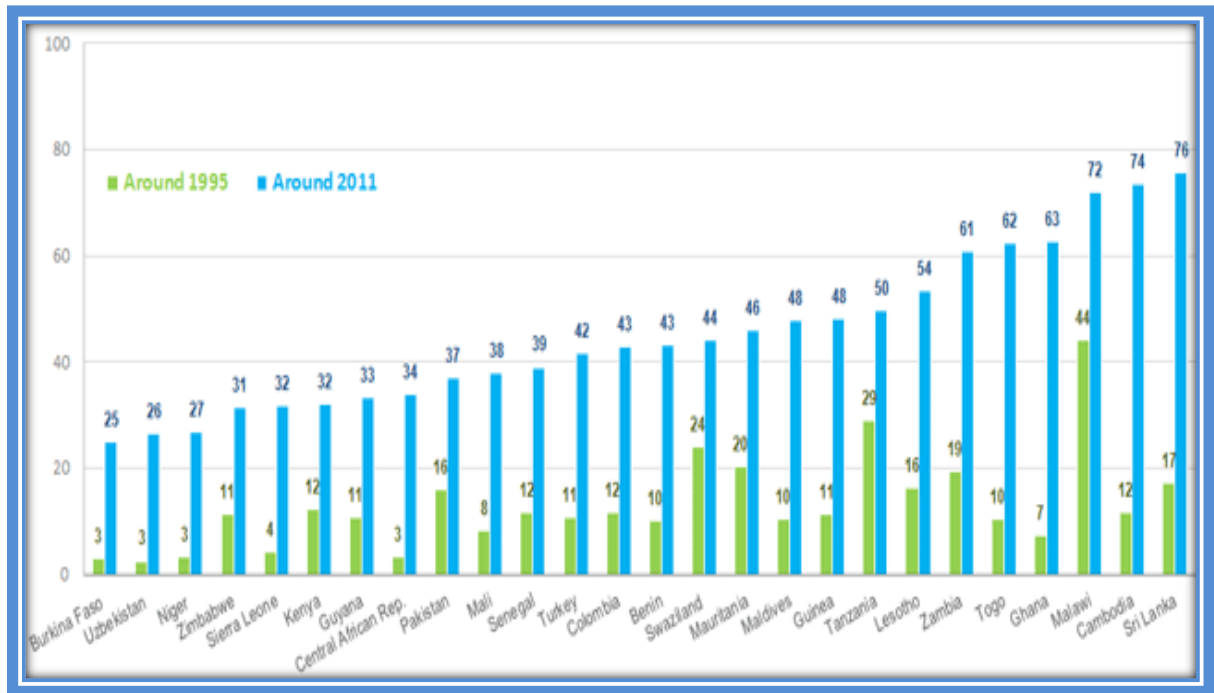
Αξιοσημείωτο είναι, ότι τα ποσοστά υιοθέτησης του ΜΘ (στην αποκλειστική και μη μορφή) ποικίλλουν σε διεθνές επίπεδο. Ο ΑΜΘ, παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις από χώρα σε χώρα. Ο μέσος όρος θηλασμού σε παγκόσμιο επίπεδο είναι μόλις 39%. Οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά ΜΘ είναι οι χώρες της Αφρικής κάτω από την έρημο Σαχάρα όπως η Ρουάντα το Μπουρούντι και το Μαλάουι. Είναι γεγονός ότι οι χώρες της Αφρικής έχουν αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά του ΜΘ σε μερικές χώρες έως και 28 μονάδες (όπως η Σιέρα Λεόνε) όταν ο Μέσος όρος αύξησης σε παγκόσμιο επίπεδο είναι 9 μονάδες (88).



Διάγραμμα 2 Ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού σε παγκόσμιο επίπεδο ανά γεωγραφική περιοχή για το έτος 2009 (Πηγή [World Health Statistics 2009](#))

Σημαντικός παράγοντας για την αύξηση αυτή στα ποσοστά του ΜΘ είναι η ΠΦΒΝ όπου η συμμόρφωση στις πρακτικές που ορίζονται από τον ΠΟΥ και Unicef συμβάλλουν στην αύξηση της διάρκειας του θηλασμού και ειδικότερα στην εφαρμογή του ΑΜΘ. Η πρωτοβουλία αυτή τα τελευταία χρόνια έχει επεκταθεί σε όλο τον κόσμο με 156 χώρες να συμμετέχουν και περίπου 20.000 δομές να έχουν λάβει τη πιστοποίηση όταν το 2011 αριθμούσε 136 χώρες και περίπου 15.000 δομές πιστοποιημένες (89) (90)

Στο διάγραμμα που ακολουθεί καταγράφεται η διαφορά στα εθνικά ποσοστά ΜΘ χωρών που υιοθέτησαν τη πρωτοβουλία μεταξύ των χρονολογιών 1995 και 2011 τα ποσοστά είναι σε κάποιες περιπτώσεις θεαματικά όπου η διαφορά πριν και μετά την υιοθέτηση των πρακτικών κυμαίνεται από 20%-59% (91).



Σχήμα 1 Ποσοστά βρεφών < 6 μηνών που έλαβαν αποκλειστικά μητρικό γάλα Σύγκριση ετών 1995 και 2011(Source: UNICEF global databases 2012, from MICS, DHS and other national surveys).

Πιο συγκεκριμένα η διάρκεια του μητρικού θηλασμού επιμηκώνεται στα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία που εφαρμόζουν σωστά τις οδηγίες της UNICEF:

- ▶ από 6,5 σε 8 μήνες για συνολικό θηλασμό
- ▶ από 4 σε 4,5 μήνες για πλήρη θηλασμό
- ▶ Από 6 σε 12 εβδομάδες για αποκλειστικό θηλασμό(8) (77)

Στην Κούβα μεταξύ του 1990 και 1996 ο αποκλειστικός θηλασμός αυξήθηκε από 25% σε ποσοστό 72%. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι 49 από τα 56 μαιευτήρια της παραπάνω χώρας πιστοποιήθηκαν ως «φιλικά προς τα βρέφη». Στην Κίνα, υπάρχουν πάνω από 6000 φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία, όπου ο αποκλειστικός θηλασμός στις αγροτικές περιοχές μεταξύ των ετών 1992 και 1994 αυξήθηκε από το 29% στο 68%. Ενώ η αύξηση στις αστικές είναι της τάξης από 10,6% σε 48% (43)

Στην Αυστραλία, η έναρξη του ΜΘ αγγίζει το 90% όμως το ποσοστό αυτό μειώνεται δραστικά στο σπίτι. Για αυτό το λόγο το Αυστραλιανό σύστημα υγείας έχουν δομήσει πρακτικές ώστε να ενισχυθεί και να υποστηριχθεί ο ΜΘ τους πρώτους μήνες της

ζωής του νεογέννητου. Μέχρι σήμερα 77 νοσοκομεία στην Αυστραλία έχουν διαπιστευτεί ως φιλικά προς τα βρέφη. Στη Νέα Νότια Ουαλία από την άλλη, αναγνωρίζοντας τα οφέλη και τη σημασία του μητρικού γάλακτος έχει αναπτύξει μια πολιτική φιλική προς τα βρέφη η οποία εκτείνεται και πέρα από το στενό όριο των επτά διαπιστευμένων νοσοκομείων, σε όλες τις υπηρεσίες υγείας(43).

2.9 Ελληνική πραγματικότητα.

Η πρώτη Επιτροπή Μητρικού θηλασμού συστάθηκε το 1993 δύο χρόνια μετά την διακήρυξη Innocenti, με πρόεδρο τον Κ^ο Μαρστανιώτη και η δεύτερη το 2005 έως και σήμερα που γράφεται αυτή η εργασία με πρόεδρο το Κ^ο Χρούσο. Μέσα στα πλαίσια της θητείας της η δεύτερη επιτροπή έχει εκπονήσει εθνική μελέτη για τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού, έχει αποστείλει οδηγία για τη θέσπιση υπευθύνου μητρικού θηλασμού σε όλα τα νοσοκομεία (2008), έχει μεταφράσει και εκτυπώσει τον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και έχει αξιολογήσει και πιστοποιήσει τα δύο και μοναδικά φιλικά προς τα βρέφη μαιευτήρια της Ελλάδας.

Επίσης το Σεπτέμβριο του 2005 ανακοινώθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας η δημιουργία του προγράμματος «Αλκυόνη» που έχει ως σκοπό τη προαγωγή του μητρικού θηλασμού με δράσεις όπως

1. Δημιουργία γραμμής βοήθειας για θέματα θηλασμού.
2. Ραδιοφωνικά και τηλεοπτικά μηνύματα για τη προαγωγή του μητρικού θηλασμού.
3. Δημιουργία ιστοσελίδας.
4. Διοργάνωση συναντήσεων για την ευαισθητοποίηση εργοδοτικών φορέων και παρουσίαση προτάσεων για τη προστασία του θηλασμού στο χώρο εργασίας.
5. Πρόταση για σχέδιο υπουργικής απόφασης ώστε η εκπαίδευση στο μητρικό θηλασμό να είναι προαπαιτούμενο για τη λήψη ειδικότητας Παιδιατρικής, Μαιευτικής-Γυναικολογίας (13) (92).

Στην Ελλάδα τα ποσοστά μητρικού θηλασμού δεν είναι ενθαρρυντικά. Το παραπάνω συμπέρασμα προκύπτει από την έρευνα που εκπόνησε η Εθνική Επιτροπή Θηλασμού σε συνεργασία με το Ινστιτούτο υγείας του παιδιού το 2007. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε έναρξη θηλασμού μετά το τοκετό και προθυμία οι γυναίκες να θηλάσουν τα παιδιά τους σε ποσοστό 87,5%. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό και ενθαρρυντικό. Εκείνο που πρέπει να τονιστεί όμως είναι ότι στη πρώτη εβδομάδα ζωής του νεογνού το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού είναι 37,4% ,στους πρώτους τρεις μήνες είναι 11,1% ,ενώ στους πρώτους έξι μήνες το ποσοστό του μητρικού θηλασμού κατακρημνίζεται στο 0,9% (13).

2.10 ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Η πρωτοβουλία "Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη", ξεκίνησε το 1991 με σκοπό να διασφαλιστεί ότι όλες οι υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με τη προγεννητική όσο και μετά το τοκετό φροντίδα της μητέρας και του νεογνού, θα βοηθούν τις μητέρες να παίρνουν μετά από τεκμηρίωση τις σωστές αποφάσεις για τη διατροφή του παιδιού τους. Επίσης ενημερώνονται για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού αλλά και τους κινδύνους που ελλοχεύουν από τη χορήγηση τροποποιημένου αγελαδινού γάλακτος.(17) (89).

Επιπρόσθετα και οι δυο γονείς θα πρέπει να λαμβάνουν ενημέρωση σχετικά με τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν καθώς και την επίλυση αυτών. Η υποστήριξη και η ενθάρρυνση του πατέρα είναι καταλυτική και συνίσταται στη παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνσης όχι μόνο κατά την έναρξη αλλά και κατά τη διάρκεια του θηλασμού και ειδικότερα όταν προκύψουν προβλήματα. (93) (94) (95).

Πολύ σημαντικός παράγοντας για τη διασπορά της γνώσης και της τεχνογνωσίας που απαιτεί ο ΜΘ είναι το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Η προβλεπόμενη σε περιεχόμενο και διάρκεια εκπαίδευση τους, οδηγεί στη παροχή σωστής πληροφόρησης για τον μητρικό θηλασμό και παράλληλα ενισχύουν την

αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του προσωπικού που παρέχει βοήθεια στην εκμάθηση της μητρικής τέχνης. (96)

Η πρωτοβουλία των «φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομείων» είναι το μέρος ενός σχεδιασμού που σαν στόχο έχει να βελτιωθούν τα ποσοστά του ΜΘ στις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και έως σήμερα δείχνει αυτή η δραστηριότητα να είναι αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική. Και αυτό γιατί όπως έχει αποδειχθεί από έρευνες στα νοσοκομεία των ΗΠΑ ο όγκος των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία που είναι φιλικά προς τα βρέφη είναι από 1,6% έως 5% μεγαλύτερος σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία που δεν ακολουθούν αυτή τη πρακτική, αλλά στον αντίποδα αφού μειώνεται η ζήτηση με την πάροδο του χρόνου το κόστος από προμήθειες γάλακτος μειώνεται καθώς τα ποσοστά του θηλασμού αυξάνονται. Το μόνο σίγουρο είναι ότι η δράση της πρωτοβουλίας έχει μετρήσιμη αποτελεσματικότητα και αποτελεί παράγοντα ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (97) (98) (99) (100)

Είναι γεγονός ότι ο αντίκτυπος της πρωτοβουλίας των φιλικών προς τα βρέφη νοσοκομείων σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταφράζεται σε εξοικονόμηση πόρων που σχετίζονταν με χαμηλότερο επιπολασμό νόσων του αναπνευστικού και διαρροϊκών συνδρόμων. Με χρήση του δείκτη DALY (a disability-adjusted life years) και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εφαρμογή πρακτικών που ενισχύουν το ΜΘ είναι πολύ οικονομικά αποδοτική (2-19\$ για κάθε DALY) (101).

Ο βαθμός υιοθέτησης της πρωτοβουλίας ποικίλει μεταξύ των διαφόρων χωρών. Για το έτος 2006 τα στοιχεία της Unicef αποδεικνύουν τις μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των χωρών και του βαθμού υιοθέτησης των αρχών της πρωτοβουλίας τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ του 0%-97%(102)

Η τελευταία ενημέρωση με τις λίστες για τον αριθμό των δομών που έχουν λάβει πιστοποίηση είναι το 2012 με τη καταγραφή που έγινε τότε φαίνεται ότι η Ανατολική Ασία και οι χώρες του Ειρηνικού αριθμούν 8747 δομές όπου οι πιο πολλές ανήκουν στη Κίνα με 6.300 δομές. Στη Δυτική και κεντρική Αφρική 1354 δομές Στη βόρεια Αφρική και τις χώρες της Μέσης Ανατολής 811, στη νοτιοανατολική Αφρική 587 , στη Λατινική Αμερική και τις χώρες της Καραϊβικής 1353, οι υπό ανάπτυξη χώρες 233 δομές και τέλος οι ανεπτυγμένες χώρες 262 μόλις δομές φιλικές προς τα βρέφη (103).

2.11. Τα δέκα βήματα της Unicef για επιτυχή μητρικό θηλασμό

Η Unicef και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζοντας την αξία του μητρικού θηλασμού, καθιέρωσαν δέκα βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό.

1. Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το θηλασμό η οποία να ακολουθείται από όλους τους φορείς που ασχολούνται με τη φροντίδα του νεογέννητου.
2. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας ώστε να γίνουν ικανοί να εφαρμόσουν τη πολιτική αυτή.
3. Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη του θηλασμού
4. Έναρξη θηλασμού τη πρώτη ώρα μετά τη γέννηση και παροχή βοήθειας από εκπαιδευμένο προσωπικό.
5. Οι μητέρες να εκπαιδεύονται στη τέχνη του θηλασμού. Σε περίπτωση πρόωρου τοκετού και αναγκαστικού αποχωρισμού από το παιδί τους οι μητέρες να εκπαιδεύονται στη διατήρηση της γαλουχίας
6. Να μη δίνεται στα νεογέννητα καμιά άλλη τροφή ή υγρό παρά μόνο μητρικό γάλα, εκτός κι αν επιβάλλεται να γίνει διαφορετικά για ιατρικούς λόγους
7. Διευκόλυνση της συνδιαμονής μητέρας νεογνού για όλο το 24ώρο.
8. Ελεύθερος και απεριόριστος μητρικός θηλασμός
9. Όχι πιπίλες ή ψευδοθηλές σε μωρό που θηλάζει
10. Δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο στις οποίες μετέχουν και μητέρες (10) (102)

2.12 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Για να λάβει κάποια μονάδα υγείας τη πιστοποίηση απαιτείται εφαρμόζονται πλήρως οι βασικές συνιστώσες έτσι όπως ορίζονται από τη Unicef και τον Π.Ο.Υ. Αυτό πρέπει να εφαρμόζεται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών δηλαδή τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό. Όχι μόνο στο νοσοκομείο, αλλά και σε επίπεδο κοινότητας. Αυτό όμως προϋποθέτει την ανάπτυξη δομών και θεσμών όπως οι εθνικές επιτροπές θηλασμού και ο εθνικός συντονιστής. Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι ή πρωτοβουλία δεν αναφέρεται μόνο σε νοσοκομειακές δομές αλλά και κοινοτικές δομές που

ανήκουν στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με συγκεκριμένα πρότυπα που πρέπει να τηρούνται.

2.12.1 « Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο». Υπόβαθρο και εκτέλεση σε εθνικό επίπεδο.

Η διακήρυξη Innocenti με τη «Δήλωση για την προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού» της Unicef έδωσε την αφορμή για τη δημιουργία της «Πρωτοβουλίας για φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» (ΠΦΒΝ). Έως τότε μόνο λίγες χώρες είχαν θεσπίσει εθνικές αρχές ή επιτροπές με στόχο την επίβλεψη και τη ρύθμιση των προτύπων στη νεογνική διατροφή (6)

Είναι σαφές ότι η ΠΦΒΝ έχει μετρήσιμη και αποδεδειγμένη επίδραση που και για αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να γίνεται πολυεπίπεδη και διατομεακή προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου που δεν είναι άλλος από το να θηλάσουν οι γυναίκες τα παιδιά τους (6) (89)

Για να υποστηριχτεί και να προωθηθεί ο μητρικός θηλασμός, ο οποίος αποτελεί τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο διατροφής των νεογνών, είναι απαραίτητη η νομική κατοχύρωση του, η κοινωνική προστασία και υποστήριξή του από όλο το σύστημα υγείας. Επομένως ο μητρικός θηλασμός και εν γένει η ΠΦΒΝ ξεπερνούν τα στενά όρια του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, και αναδεικνύονται πλέον ως στόχοι εθνικού ενδιαφέροντος (104)

Είναι γεγονός ότι η διαδικασία για τη λήψη της πιστοποίησης δεν είναι εφικτό να επιτευχθεί εάν η χώρα δεν έχει τις ανάλογες θεσμικές και οργανωτικές δομές. Κάτω από αυτές τις συνθήκες η UNICEF έχει ανακοινώσει μια παγκόσμια στρατηγική για την ενσωμάτωση της ΠΦΒΝ σε εθνικό επίπεδο. Η στρατηγική καλύπτει τους κάτωθι 9 τομείς:

1. Ίδρυση εθνικής επιτροπής θηλασμού και διορισμό εθνικού συντονιστή για το θηλασμό.

2. Εφαρμογή των 10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό σε κάθε υπηρεσία που παρέχει φροντίδα υγείας σε μαιευτικά περιστατικά
3. Προστασία της γαλουχίας σε σχέση με την εργασία μέσα στο θεσμικό πλαίσιο της χώρας.
4. Ανάπτυξη σχεδιασμού και εφαρμογή ολοκληρωμένης πολιτικής για τη βρεφική και παιδική διατροφή.
5. Εφαρμογή πολιτικής με την οποία θα προάγεται ο ΑΜΘ για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του βρέφους και συνέχιση αυτού με την εισαγωγή και στερεών τροφών έως την ηλικία των 2 ετών ή και περισσότερο.
6. Παροχή οδηγιών διατροφής βρεφών και παιδιών σε εξαιρετικά δυσμενής καταστάσεις όπως η λοίμωξη της μητέρας από τον ιό του HIV
7. Παροχή οδηγιών για ασφαλή εισαγωγή συμπληρωμάτων σε συνδυασμό με συνέχιση του θηλασμού.
8. Ανάλυση δράσης ώστε ο Κώδικας να αρχίσει να εφαρμόζεται και
9. Σε κάθε νέα νομοθετική ρύθμιση ή ανάληψη δράσεων και μέτρων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι αρχές που διέπουν τον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος αλλά και οι αναλύσεις της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας (105).

Κάθε χώρα έχοντας σα βάση τα παραπάνω θα πρέπει να υιοθετήσει τα πέντε βήματα που ακολουθούν για την ενεργή εφαρμογή της πρωτοβουλίας σε εθνικό επίπεδο.

1. Καταρχάς απαιτείται να δραστηριοποιηθεί η εκάστοτε εθνική επιτροπή θηλασμού για τη δημιουργία εθνικού σχεδίου. Να επαναπροσδιοριστούν και να επικαιροποιηθούν οι δράσεις της με βάση τα νέα δεδομένα όπως αναλυτικά αναφέρονται στις εκθέσεις της Unicef. Επίσης θα πρέπει ρητά να καθορίσει τους σκοπούς της σε σχέση με την ΠΦΒΝ. Κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία της εθνικής επιτροπής με άλλες μη κυβερνητικές οργανώσεις και φορείς που σχετίζονται με θέματα δημόσιας υγείας, διατροφής αλλά και με φορείς που θα διασφαλίσουν το θεσμικό πλαίσιο του θηλασμού στο εργασιακό χώρο. Στόχος όλων αυτών είναι η ανάληψη κοινών δράσεων για την προώθηση του μητρικού θηλασμού (105) (106) (107) (108)
2. Επιπλέον κρίνεται σκόπιμο να τεθούν στόχοι εναρμονισμένοι με βάση τα νέα διεθνή δεδομένα. Συγκεκριμένα τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, όπως επιτάσσει ο τομέας διατροφής του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών θα πρέπει

στους 6 μήνες ζωής του βρέφους να φτάνουν το 60%. Επιπρόσθετα απότερος στόχος είναι τα ποσοστά του θηλασμού έως το 2015 να φτάνουν το 100% (87) (105) (106) (107) (108)

3. Θα πρέπει να δίνεται σε γυναίκες φορείς το δικαίωμα της επιλογής της διατροφής του νεογνού τους με βάση την άρτια πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας και την παροχή υποστήριξης στην απόφασή τους. Εφαρμογή των αρχών της πρωτοβουλίας και σε επίπεδο κοινότητας, διασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τη συνέχεια στο θηλασμό και την παροχή βοήθειας και υποστήριξης στις θηλάζουσες μητέρες (87) (105) (106) (107) (108)

4. Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και διατήρηση των στατιστικών δεδομένων σε κάθε χώρα για την ανάπτυξη και την προσαρμογή των ληφθέντων μέτρων στις εκάστοτε εθνικές δράσεις (87) (105) (106) (107) (108)

5. Είναι πολύ σημαντικό να γίνει ενσωμάτωση των πιο πάνω σκοπών και στόχων σε όλο το φάσμα του υγειονομικού συστήματος ξεφεύγοντας έτσι από τα στενά πλαίσια των μαιευτηρίων και πηγαίνοντας με αυτό τον τρόπο ένα βήμα πιο πέρα σε παιδιατρικές κλινικές, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κ.α. (87) (105) (106) (107) (108) (109) (110)

Μέσα στους κόλπους της επιτροπής θηλασμού είναι απαραίτητη η δημιουργία εθνικής ομάδας συντονισμού για την πρωτοβουλία φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία. Η ομάδα αυτή θα έχει σαν στόχο την παροχή οποιασδήποτε πληροφορίας αλλά και έντυπου υλικού σε νοσοκομεία που επιθυμούν να ενταχθούν στο δυναμικό της πρωτοβουλίας. Επίσης θα έχει ως στόχο την ανάπτυξη ενός δικτύου αλληλοβοήθειας και αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που επιθυμούν να λάβουν την πιστοποίηση. Σε αυτό το σημείο διαφαίνεται ότι ο θηλασμός πρέπει να αποτελέσει εθνικό θέμα και η λήψη της πιστοποίησης πρέπει να είναι λόγος για περαιτέρω παροχή βοήθειας και να μην αντιμετωπίζεται σαν βραβείο ή σαν τρόπαιο (105) (106) (107) (108).

Επιπροσθέτως η ομάδα συντονισμού θα πρέπει να εκπληρώνει το έργο της όσον αφορά στην αξιολόγηση των φορέων που επιθυμούν να λάβουν την πιστοποίηση. Επίσης είναι ανάγκη να βοηθά στη δημιουργία σχεδιασμού του τρόπου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και να διασφαλίζει ότι το εθνικό σύστημα υγείας έχει ενσωματώσει στα αρχεία του και το είδος διατροφής του κάθε παιδιού έως την ηλικία

των 2 ετών. Επίσης έχει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη εργαλείων ελέγχου και αξιολόγησης της υφιστάμενης κατάστασης σε κάθε χώρα για τη συλλογή στοιχείων σε εθνικό επίπεδο.

Πέρα των παραπάνω κρίνεται αναγκαίο να κάνει συνεχόμενες αξιολογήσεις έτσι ώστε τα εθνικά δεδομένα να έρθουν σε πλήρη εναρμόνιση με τα διεθνή πρότυπα. Τέλος είναι ανάγκη να προσαρμόζει τις εθνικές δράσεις στα δεδομένα που προκύπτουν από τις αξιολογήσεις, καθώς επίσης να εξασφαλίζει και τους ανάλογους πόρους για την υλοποίηση των παραπάνω δράσεων. Επίσης πολύ σημαντικό μέρος της δράσης του είναι η εφαρμογή προγραμμάτων με τη βοήθεια εθελοντών ατόμων και εθελοντικών ομάδων (77) (105) (106) (107) (108).



Σχήμα 2 Αρμοδιότητες Εθνικού Συντονιστή

2.13 Στάδια διαδικασίας σε νοσοκομειακό επίπεδο

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τέσσερα είναι τα στάδια που πρέπει να ολοκληρώσει με επιτυχία ένα νοσοκομείο για να λάβει την πιστοποίηση από τη UNICEF και είναι σχεδόν πανομοιότυπα και κοινά για όλες τις χώρες του κόσμου. Η υποψηφιότητα για ένα νοσοκομείο προϋποθέτει επίτευξη στόχων που θα προσεγγίζουν τα πρότυπα της πρωτοβουλίας. Για τα μέτρα που απαιτούνται για την επίτευξη τους γίνεται εκτενής ενημέρωση στην πρώτη επίσκεψη από την αρμόδια αρχή που θα ελέγχει την όλη διαδικασία. Η διαδικασία σε κάθε περίπτωση δεν αναμένεται να ολοκληρωθεί σε λιγότερο από 5 έτη με βάση τη Βρετανική έκδοση της Unicef και μπορεί να διαρκέσει έως και 8 ή παραπάνω έτη. Αυτό συμβαίνει διότι πολλές φορές ένας φορέας χρειάζεται πολύ χρόνο ώστε να αλλάξει παγιωμένες καταστάσεις πολλών ετών (105) (107) (111).

Στην Ελλάδα οι δομές που επιθυμούν να λάβουν τη πιστοποίηση έχουν ολοκληρώσει τη διαδικασία των τεσσάρων σταδίων και μετά ακολουθεί η εισαγωγική επίσκεψη από την Εθνική Επιτροπή Θηλασμού

Η πρώτη αυτή επίσκεψη μπορεί να αποτελέσει την απαρχή μιας μεγάλης διαδρομής που απαιτεί πολυετή και πολυεπίπεδη συνεργασία μεταξύ της υγειονομικής υπηρεσίας αλλά και της αρμόδιας Εθνικής Αρχής. Στην Ελλάδα αρμόδιος φορέας είναι η Εθνική Επιτροπή Θηλασμού η οποία εποπτεύεται από το Υπουργείο υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στην πρώτη λοιπόν επίσκεψη αναλύονται τόσο το σχέδιο δράσης και υλοποίησης από την πλευρά του νοσοκομείου, όσο και ο σκοπός της Εθνικής Αρχής που είναι η ανάπτυξη του σχεδίου και των πρακτικών που θα πρέπει να δρομολογηθούν εν όψει της προετοιμασίας για την πιστοποίηση. Επίσης σε αυτή τη χρονική στιγμή γίνεται ενημέρωση και εισαγωγή στο πλάνο του προσωπικού, του οποίου η συμβολή είναι πολύτιμη για τη πραγμάτωση αυτού του εγχειρήματος. Το προσωπικό θα πρέπει συγκεκριμένα να λάβει ενημέρωση σε θέματα όπως τι είναι ένα «φιλικό προς τα βρέφη νοσοκομείο», σε τι θα πρέπει να διαφοροποιήσει τον τρόπο εργασίας του και ποιά τα οφέλη που προκύπτουν από αυτή την αλλαγή. Στην ουσία αποτελεί την ιδανική ευκαιρία να δοθούν απαντήσεις σε απορίες και να καμφθούν οι οποιεσδήποτε αντιρρήσεις που μπορεί να υπάρχουν

Ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτή την επίσκεψη δίνεται αφενός στην ύπαρξη γραπτής πολιτικής, η οποία πρέπει να καλύπτει τα 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό αφετέρου δε, στην ύπαρξη και εφαρμογή της πολιτικής που να απαγορεύει τη διανομή υλικού που προωθεί και διαφημίζει υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, βρεφικών φιαλών σίτισης και τεχνητών θηλών. Το νοσοκομείο θα πρέπει να τηρεί καταρχάς αυτούς τους δυο στοιχειώδεις κανόνες, για να μπορέσει να προχωρήσει περαιτέρω. Εάν δεν ισχύουν οι παραπάνω προϋποθέσεις, τότε το νοσοκομείο οφείλει να συμμορφωθεί με αυτές άμεσα πριν την εισαγωγική επίσκεψη (105) (107) (111) (112) (113) (114) (115).

Μετά την ολοκλήρωση της εισαγωγικής επίσκεψης, ο επικεφαλής του προγράμματος δέχεται επιστολή από την Εθνική Αρχή στην οποία συνοψίζονται οι στόχοι και ο χρονικός ορίζοντας που πρέπει να επιτευχθούν. Εν συνεχεία στη περίπτωση που το νοσοκομείο αποφασίσει να θέσει υποψηφιότητα υπογράφεται ένα συμφωνητικό δέσμευσης εκατέρωθεν

Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί ότι η Αμερικάνικη πρωτοβουλία έχει θέσει κάποιες γενικές αρχές πάνω στις οποίες πρέπει να βασίζονται οι υπεύθυνοι για την περαιτέρω διαδικασία και αυτές είναι οι κάτωθι:

- 1) Ο θηλασμός έχει αναγνωριστεί επιστημονικά ως ο πλέον άριστος τρόπος διατροφής του νεογνού και μετέπειτα βρέφους και για αυτό το λόγο θα πρέπει να αποτελεί τον κανόνα σε όλες τις εγκαταστάσεις που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε μητέρες, βρέφη και παιδιά.
- 2) Θα πρέπει να ακολουθούνται μαζικά και χωρίς παρεκκλίσεις όλες οι οδηγίες που έχουν διαμορφωθεί με βάση τα επιστημονικά δεδομένα για την υποστήριξη του θηλασμού στο περιβάλλον που λαμβάνει χώρα ο τοκετός.
- 3) Το μαιευτήριο ή το κέντρο όπου λαμβάνει χώρα ο τοκετός θα πρέπει να ενημερώνει πλήρως τη μητέρα και το οικογενειακό της περιβάλλον για τα οφέλη του θηλασμού έτσι ώστε να λάβει την καλύτερη απόφαση για τη διατροφή του παιδιού της.
- 4) Το μαιευτήριο ή το κέντρο όπου λαμβάνει χώρα ο τοκετός θα πρέπει να σέβεται τη διαφορετικότητα των χρηστών των υπηρεσιών του τόσο σε κοινωνικό όσο και πολιτισμικό επίπεδο.

5) Η μητέρα και η οικογένεια αυτής θα πρέπει να προστατεύεται από ψευδής ή παραπλανητικές προωθήσεις και διαφημίσεις υποκατάστατων μητρικού γάλακτος (107)

2.13.1. 1^ο Στάδιο διαδικασίας

Είναι το πιο σημαντικό στάδιο καθώς είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζει ότι οι απαραίτητες πολιτικές, οδηγίες και πληροφορίες έχουν χρησιμοποιηθεί και αξιοποιηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνονται τα πρότυπα της πρωτοβουλίας. Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι για κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία και τους περαιτέρω στόχους που τα αφορούν πρέπει να προσκομιστούν αποδεικτικά στοιχεία της λειτουργίας τους. Η αποτίμηση λοιπόν του πρώτου σταδίου αφορά σε τέσσερα επιμέρους πεδία τα οποία είναι:

- Η γραπτή πολιτική
- Η εκπαίδευση του προσωπικού
- Πληροφόρηση εγκύων και μητέρων
- Ο Διεθνής κώδικας εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος (112) (113) (114) (116) (117)

A. Γραπτή πολιτική

Η ύπαρξη γραπτής πολιτικής αποτελεί τη κορωνίδα της πρωτοβουλίας και δεν είναι τυχαίο ότι βρίσκεται στη κορυφή του καταλόγου με τα 10 βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό όπως ορίζει η Unicef. Μπορεί να χαρακτηριστεί σαν τη βίβλο της πρωτοβουλίας καθώς όλα ξεκινάνε και τελειώνουν με αυτή. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι το κείμενο της πολιτικής δεν είναι απαραίτητο να είναι πρωτογενές δημιούργημα αλλά μπορεί να είναι αποτέλεσμα επεξεργασίας από ανάλογα κείμενα άλλων νοσοκομείων ή να ληφθεί δείγμα από τη Unicef που παρέχει αυτή τη

δυνατότητα και να προσαρμοστεί στα δεδομένα του εκάστοτε φορέα, δηλαδή στην ουσία να είναι αποτέλεσμα σύμπραξης διαφόρων πολιτικών.

Το κείμενο θα πρέπει να είναι πλήρες, ολοκληρωμένο και επικαιροποιημένο στα νέα δεδομένα και προφανώς προσαρμοσμένο στο νοσοκομείο που θα το χρησιμοποιήσει. Τα αποδεικτικά στοιχεία που θα πρέπει το νοσοκομείο να είναι σε θέση να προσκομίσει είναι

1. Αντίγραφο του εντύπου της γραπτής πολιτικής
2. Γραπτή επιβεβαίωση ότι όλες οι έγκυες και όλοι οι νέοι γονείς ενημερώνονται για τη πολιτική που τηρεί το νοσοκομείο για το θηλασμό.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση ενός περιληπτικού εγχειριδίου που δύναται να έχει τις έξης μορφές: αφίσα, φυλλάδιο, μικρό βιβλιαράκι ή να αποτελεί μέρος ενός εγγράφου (π.χ. συνοδευτικό του εισιτηρίου εισαγωγής). Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί ότι για τη δημιουργία του θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ιδιαιτερότητες της κοινότητας όπου βρίσκεται το νοσοκομείο, π.χ. εθνικότητες που κατοικούν και επομένως μπορεί να χρειαστεί να τυπωθεί και σε άλλη γλώσσα. Επίσης μέσα στα πλαίσια του σεβασμού της διαφορετικότητας θα πρέπει να υπάρχει και σε γραφή Braille ακόμα και χωρίς κείμενο πάρα μόνο με εικόνες για τους αναλφάβητους.

Ακόμα και σε αυτή την περίπτωση οι υπεύθυνοι του προγράμματος μπορούν να βρουν υλικό στους επίσημους ιστότοπους για την δημιουργία του (112) (113) (114) (116) (117) (118)

Ο προσανατολισμός του νέου προσωπικού στην πολιτική για το μητρικό θηλασμό. Είναι απαραίτητο το νέο προσωπικό να ενημερώνεται μέσα στην πρώτη εβδομάδα από την πρόσληψή του έτσι ώστε να μπορέσει να ενσωματωθεί άμεσα και να ενημερωθεί για την προσπάθεια που γίνεται.

Για την άρτια και ορθή λειτουργία αυτής της διαδικασίας καλείται ο υπεύθυνος της εκπαίδευσης να τηρεί αρχείο σχετικά με όλο το προσωπικό που εκπαιδεύεται, το χρόνο υλοποίησης, τη διάρκεια της εκπαίδευσης και πόσο γρήγορα από την πρόσληψη του εκπαιδευτήκε το νέο προσωπικό (112) (113) (114) (116) (117) (118)

(119) (120).

Δημιουργία μηχανισμού ελέγχου των πρακτικών όπως ορίζονται από την πολιτική για το μητρικό θηλασμό. Η διαρκής ανατροφοδότηση με στατιστικά στοιχεία ελέγχου θα πρέπει να αποτελεί δεύτερη φύση για τους υπευθύνους του προγράμματος, αφού θα πρέπει να ελέγχεται η εφαρμογή της πολιτικής τουλάχιστον σε ετήσια βάση, και αυτό διότι η συνεχόμενη ροή νέων δεδομένων απαιτεί και ανάλογη ενημέρωση της γραπτής πολιτικής και κατ' επέκταση ενημέρωση του προσωπικού και επανέλεγχος όσον αφορά στην εφαρμογή των νέων πρακτικών. Η επιτροπή του νοσοκομείου θα πρέπει να ελέγχει ότι η γραπτή πολιτική και το επιμέρους υλικό εκτίθεται σε όλους τους χώρους του νοσοκομείου, όπου δηλαδή παρέχεται προγεννητική αλλά και μετά τον τοκετό φροντίδα (113) (114) (116) (117) (118) (119) (120).

Μέσα στα πλαίσια του ελέγχου, τίθεται και το προσωπικό όπου σε μη προγραμματισμένες επισκέψεις, θα πρέπει να μπορεί να εξηγήει τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, τις πρακτικές θηλασμού αλλά και την πρόληψη των κοινών επιπλοκών. Επίσης θα πρέπει να μπορεί να διδάσκει τη μητρική τέχνη του θηλασμού σε νέες μητέρες και πιο συγκεκριμένα το πιάσιμο στήθους από το μωρό, τις θέσεις θηλασμού και την άλμεξη με το χέρι. Σε τρίτο βαθμό έρχεται ο έλεγχος της εφαρμογής των πρακτικών από την πλευρά των γυναικών χρηστών των υπηρεσιών προγεννητικής και μαιευτικής φροντίδας αντίστοιχα, με ερωτήσεις όπως πχ. αν ενημερώθηκαν για τα οφέλη του ΜΘ και με ποιο τρόπο έγινε και με ποιο τρόπο υποστηρίχτηκαν κατά τη διάρκεια της λοχείας, για την πρόωμη έναρξη και διατήρηση του αποκλειστικού θηλασμού (113) (114) (116) (117) (118) (119) (120)

Η UNICEF παρέχει εργαλεία ελέγχου και αξιολόγησης, στην πλειοψηφία τους ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται είτε προσωπικά από τους χρήστες υγείας, είτε με τη μορφή συνέντευξης. Ασφαλώς και το νοσοκομείο μπορεί να αναπτύξει δικά του εργαλεία έλεγχου, άλλα θα πρέπει πάντα αυτά να καλύπτουν όλα τα προαπαιτούμενα πεδία βάσει των προτύπων της UNICEF. Επιπροσθέτως απαιτείται να εγκριθούν από την αρμόδια εθνική αρχή και την πρωτοβουλία νοσοκομεία «φιλικά προς τα βρέφη», και να αναλύονται από εκπαιδευμένο για αυτό το λόγο προσωπικό (για τα εργαλεία ελέγχου της παρέχεται ειδική εκπαίδευση από τη UNICEF) (113) (114) (116) (117) (118) (119) (120)

Ορισμός και συλλογή στατιστικών, δηλαδή τι ακριβώς θέλουμε να συγκριθεί σε ετήσια βάση ή και νωρίτερα για να ελεγχθεί εάν υπάρχει βελτίωση. Τα πεδία που

χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής είναι τα ποσοστά θηλασμού κατά την έξοδο, τα οποία θα πρέπει να έχουν αυξητική πορεία, αλλά και το ποσοστό των λεχώνων που ξεκίνησαν να θηλάζουν γενικότερα, έτσι ώστε να φανερωθεί το ποσοστό εκείνο που εγκατέλειψε το θηλασμό μέσα στο νοσοκομείο και να διερευνηθούν οι λόγοι που τις οδήγησαν σε αυτή την απόφαση (113) (114) (116) (117) (118) (119) (121) (122)

B. Εκπαίδευση Προσωπικού.

Αρχικά αυτό που ζητείται είναι το πρόγραμμα της εκπαίδευσης για το προσωπικό. Δηλαδή εξετάζεται πώς πραγματοποιείται και διασφαλίζεται η υποχρεωτική του μορφή. Επίσης ζητείται και το αρχείο εκπαίδευσης του προσωπικού.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης είναι απαραίτητο να είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτει όλα τα πρότυπα της UNICEF. Επομένως καθίσταται απολύτως αναγκαίο όποιος αναλάβει τη δημιουργία του προγράμματος, να είναι γνώστης και να έχει παρακολουθήσει και ο ίδιος ανάλογη εκπαίδευση.

Ανάλογα με την εμπλοκή του προσωπικού σε μαιευτικά ή νεογνολογικά περιστατικά, καθορίζονται και το σύνολο των ωρών, καθώς και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης του. Έτσι λοιπόν, συστήνονται 18 ώρες θεωρητική εκπαίδευση και 3 ώρες πρακτική άσκηση, όσον αφορά το κλινικό προσωπικό που εμπλέκεται άμεσα με τη φροντίδα της μητέρας και του νεογνού.

Για τις ειδικότητες που εμπλέκονται έμμεσα ή για το βοηθητικό και το τεχνικό προσωπικό, η εκπαίδευση πρέπει να είναι σαφώς μικρότερης διάρκειας χωρίς πρακτική άσκηση. Τα νούμερα αυτά μπορούν να διαφοροποιηθούν, αρκεί να καλύπτονται επαρκώς όλα τα πρότυπα που θέτει η πρωτοβουλία. Όμως όλοι πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι-ενημερωμένοι για την πολιτική που ακολουθεί το νοσοκομείο στο θέμα του μητρικού θηλασμού.

Σε αυτό το σημείο η επιτροπή του νοσοκομείου θα πρέπει να ενημερώσει σχετικά με το σχεδιασμό και την υλοποίηση της εκπαίδευσης και πιο συγκεκριμένα ποιες ειδικότητες καλούνται να εκπαιδευτούν και πόσες ώρες η καθεμιά από αυτές. Ασφαλώς είναι απαραίτητη η τήρηση αρχείου παρακολούθησης των εκπαιδευόμενων (113) (114) (116) (117) (118) (119)

Γ. Πληροφόρηση εγκύων και νέων μητέρων

Όπως προαναφέρθηκε η ενημέρωση των εγκύων, θα πρέπει να λαμβάνει χώρα από το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και οπωσδήποτε πριν την 34^η εβδομάδα της κύησης, διότι οι γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν ολοκληρωμένη, ακριβή και αμερόληπτη πληροφόρηση, βασισμένη στα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τους κινδύνους, τα οφέλη και τις εναλλακτικές λύσεις, ώστε να μπορούν να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για τη διατροφή των παιδιών τους. Την ανάγκη αυτή την καλύπτουν εν μέρει στο χώρο του νοσοκομείου τα μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής ή τα μαθήματα γονεϊκότητας όπως ονομάζονται τα τελευταία χρόνια

Η πληροφόρηση κατά τη διάρκεια της κύησης απαιτείται να καλύπτει τα εξής πεδία

1. Τα οφέλη του θηλασμού.
2. Τη σημασία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.
3. Τη σημασία της δερματικής επαφής με τη μητέρα.
4. Τη σημασία της αποτελεσματικής τοποθέτησης του βρέφους στο μαστό.
5. Τη σημασία του να έχει η μητέρα κοντά της το βρέφος (rooming-in).
6. Τη σημασία να αναγνωρίζει έγκαιρα τα σημάδια πείνας του μωρού της.
7. Τη σημασία της μη χορήγησης αγελαδινού γάλακτος ως υποκατάστατο του μητρικού γάλακτος, όπως επίσης των ψευδοθηλών και πιπίλων την περίοδο που εδραιώνεται ο μητρικός θηλασμός (113) (114) (116) (117) (118) (119) (121) (122) .

Βέβαια θα πρέπει να τονιστεί ότι ο μητρικός θηλασμός είναι μια οικογενειακή υπόθεση, καθώς η υποστήριξη της οικογένειας και ιδιαίτερα ο ρόλος του συζύγου αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιτυχίας αφού σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται η συμμετοχή του στη διαδικασία του θηλασμού. Τα πιο πάνω δικαιολογούν το γεγονός ότι θα πρέπει τα μαθήματα αυτά να τα παρακολουθούν και οι δύο σύντροφοι-σύζυγοι, αφού κατά τη διάρκεια αυτών, δίνεται και η δυνατότητα για συζήτηση και επίλυση τυχόν αποριών.

Στις νέες μητέρες με το εξιτήριο από το μαιευτήριο θα πρέπει να τους παρέχεται έντυπο με όλα τα προαναφερθέντα και επιπροσθέτως με πληροφορίες όσον αφορά στην επαρκή πρόσληψη γάλακτος από το νεογνό καθώς επίσης και με πληροφορίες για το υφιστάμενο υποστηρικτικό δίκτυο για το θηλασμό πανελλαδικά αλλά τρόπους προσέγγισης των (π.χ. σύνδεσμος La Leche League, σύλλογος μαιών, κ.α.).

Κατά την έξοδο από το μαιευτήριο η επιτροπή καλείται να συλλέξει στατιστικά δεδομένα μέσω ερωτηματολογίου διότι είναι σημαντικό να κατανοηθεί πόσο βοηθάει η παροχή συμβουλών, και αν οι μητέρες τελικά παίρνουν τη βοήθεια που χρειάζονται. Έτσι θα εξακριβωθεί ποιοι τομείς δουλεύουν καλά και ποιοι απαιτούν βελτίωση. Αυτό το ερωτηματολόγιο δύναται να καλύψει και πιο πρώιμες καταστάσεις δηλαδή μπορεί να αποτελέσει ένα από τα εργαλεία για εκτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή (113) (114) (116) (117) (118) (119) (121) (122).

Τονίζεται ότι πρέπει οπωσδήποτε οι έγκυες αλλά και οι νέες μητέρες να λαμβάνουν γραπτές οδηγίες και να μη λαμβάνουν καμία προωθητική ή άλλη χορηγία ή δωρεά από εταιρείες που εμπορεύονται υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, θηλές και πιπίλες. Το κείμενο πρέπει να είναι γραμμένο σε απλή γλώσσα και ξεκάθαρο, να είναι ελκυστικό στο μάτι με πλούσια εικονογράφηση για καλύτερη κατανόηση του κειμένου και εμπλουτισμένο με θετικά μηνύματα. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στα παραπάνω έντυπα, σχετικά με την προετοιμασία γάλακτος σε σκόνη, καθώς το νοσοκομείο και το προσωπικό είναι υποχρεωμένο να παρέχει σαφείς οδηγίες στις νέες μητέρες για την ασφαλή παρασκευή του βρεφικού γάλακτος στην περίπτωση όπου έχει επιλεγεί άλλος τρόπος διατροφής πλην του θηλασμού. Με βάση τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι δεν απομονώνεται ή δεν στιγματίζεται κανείς, αρκεί η απόφαση για τη διατροφή του νεογνού να είναι αποτέλεσμα ενημέρωσης και συνειδητής επιλογής που έχει ληφθεί μετά από επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση των γονέων από άρτια εκπαιδευμένο για αυτό το σκοπό προσωπικό (113) (114) (116) (117) (118) (119) (121) (122) (123)

Δ. Κώδικας εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Σύμφωνα με τον παραπάνω κώδικα δεν επιτρέπεται σε κανέναν χώρο του νοσοκομείου να εκτίθενται φυλλάδια, δείγματα ή αντικείμενα (π.χ. μπλοκ, στυλό, φυλλάδια, αφίσες, κούπες, σημειωματάρια κ.α.) που προωθούν μέσω της διαφήμισης υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, θηλές, βρεφικές φιάλες σίτισης και πιπίλες. Για την επιβεβαίωση αυτή είναι δυνατόν να αναζητηθούν πιθανά τιμολόγια αγοράς, δελτία αποστολής υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

Επίσης δεν πρέπει να είναι σε κοινή θέα μπουκάλια με παρασκευασμένο γάλα, το οποίο χρησιμοποιείται από μητέρες που δε θηλάζουν. Το τελευταίο οφείλει να το συνταγογραφεί σαν σκεύασμα και να αιτιολογεί τη χορήγηση του ο αρμόδιος παιδίατρος που παρακολουθεί το νεογνό. Για αυτό το λόγο ζητείται από τις κυβερνήσεις να καλύπτουν εξ ολοκλήρου το κόστος αγοράς του υποκατάστατου γάλακτος καθώς και των απαραίτητων αναλωσίμων που απαιτούνται για τη χορήγηση του.

Μια έρευνα που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο Cooper στις Η.Π.Α. διαπίστωσε ότι μια αλλαγή στην πρακτική που συνηθιζόταν, δηλαδή η διακοπή στη χορήγηση δειγμάτων ή συνταγών υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθεί ο μητρικός θηλασμός ακόμα και μετά τη 10^η εβδομάδα μετά τον τοκετό (105) (106) (107) (108).

2.13.2. 2ο Στάδιο Διαδικασίας

Αφού ολοκληρωθεί το πρώτο στάδιο, ο φορέας, στη προκειμένη περίπτωση το νοσηλευτικό ίδρυμα, καλείται να προχωρήσει τη διαδικασία στο επόμενο στάδιο. Το στάδιο αυτό έχει σχεδιαστεί για να γίνει εκτίμηση των γνώσεων αλλά και των δεξιοτήτων του προσωπικού που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε έγκυες, λεχώνες και νεογνά.

Επίσης σε αυτό το στάδιο, ζητούνται τα ποσοστά και το είδος της νεογνικής διατροφής, όπως το ποσοστό του πρώιμου θηλασμού, του αποκλειστικού θηλασμού, το ποσοστό της μεικτής διατροφής, αλλά και της διατροφής με υποκατάστατα.

Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει το 80% του προσωπικού όχι μόνο να έχει ολοκληρώσει την αναμενόμενη εκπαίδευση αλλά να είναι και σε θέση αν του ζητηθεί να επιδείξει εμπράκτως τις δεξιότητες του. Αυτό επιτυγχάνεται λαμβάνοντας δειγματοληπτικά συνέντευξη από το προσωπικό για τα κάτωθι:

1. Πότε ενημερώθηκαν για τη γραπτή πολιτική του νοσοκομείου
2. Πότε ολοκλήρωσαν την απαιτούμενη, υποχρεωτική εκπαίδευση που αφορά το μητρικό θηλασμό

3. Αν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ερωτήσεις που αφορούν στη διαχείριση του θηλασμού
4. Να εκφράζουν αποτελεσματικά και να μπορούν να επιδείξουν μια αποδεκτή τεχνική εκμάθησης της τοποθέτησης του νεογνού στο μαστό
5. Να εκφράζουν αποτελεσματικά και να μπορούν να επιδείξουν άλμεξη με το χέρι.

Είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί ότι η θετική απόκριση στις ανωτέρω ενότητες ανέρχεται σε ποσοστό τουλάχιστον 80% του τυχαία επιλεγμένα προσωπικού. Εάν επιτευχθεί αυτό το ποσοστό τότε το προσωπικό έχει επιτύχει τους σκοπούς του και μπορεί να μεταβεί στο επόμενο στάδιο (113) (114) (116) (117) (118) (119) (121) (124)

2.13.3. 3ο Στάδιο διαδικασίας

Σε αυτό το στάδιο γίνεται η εκτίμηση όσον αφορά στην παροχή των υπηρεσιών πληροφόρησης και χορήγησης βοήθειας σχετικά με ζητήματα ΜΘ που προαναφέρθηκαν σε έγκυες και λεχώνες. Τα πεδία που ερευνώνται είναι τα κάτωθι:

A) Για τις έγκυες

1. Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού
2. Τη σημασία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού
3. Τη σημασία της δερματικής επαφής.
4. Τη σημασία της σωστής τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος
5. Τη σημασία της διαμονής του νεογνού με τη μητέρα του
6. Τη σημασία του καθοδηγούμενου από το νεογνό μητρικού θηλασμού
7. Τη σημασία αποφυγής ψευδοθηλών και πιπίλων όταν εγκαθίσταται η γαλουχία.

Οι παραπάνω πληροφορίες δύναται να ληφθούν είτε με τη μορφή ερωτηματολογίου, είτε με τη μορφή συνέντευξης μετά την 34^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

B) Για τις λεχώνες εξετάζονται τα εξής:

1. Η άμεση επαφή μετά το τοκετό

2. Η μετέπειτα επαφή μητέρας-νεογνού
3. Η βοήθεια και υποστήριξη πάνω στο μητρικό θηλασμό στο τμήμα λεχώνων
4. Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός στο τμήμα λεχώνων
5. Η ύπαρξη υποστήριξης και ενθάρρυνσης σε μητέρες που τα νεογνά νοσηλεύονται σε τμήμα νοσηλείας νεογνών
6. Η παροχή πληροφοριών για περαιτέρω υποστήριξη εκτός νοσοκομείου
7. Η παροχή πληροφοριών σε γυναίκες που επιλέγουν να μη θηλάσουν όσον αφορά στο ασφαλές τάισμα με μπιμπερό και υποκατάστατα.
8. Η παροχή έντυπου πληροφοριακού υλικού στις νέες μητέρες
9. Η επάρκεια στην παροχή πληροφοριών σε θέματα μητρικού θηλασμού

Οι πληροφορίες στα παραπάνω πεδία δίνονται με τη μορφή ερωτηματολογίου λίγο πριν την αναχώρηση τους με εξιτήριο από το μαιευτήριο, είτε πιο σπάνια τηλεφωνικά (113) (114) (116) (117) (118) (119) (121) (125)

2.13.4 4ο Στάδιο διαδικασίας

Είναι το τελευταίο στάδιο της τυπικής διαδικασίας και αφορά στην εξωτερική αξιολόγηση που λαμβάνει χώρα στο υπό αξιολόγηση νοσηλευτικό ίδρυμα. Όταν το νοσηλευτικό ίδρυμα θεωρεί ότι έχει εφαρμόσει πλήρως όλα τα 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό καθώς επίσης και τα προηγούμενα τρία στάδια που απαιτούνται για τη λήψη της πιστοποίησης, τότε καλείται η εθνική επιτροπή για την αξιολόγηση της εν λόγω μονάδας. Στην Ελλάδα το κομμάτι της εξωτερικής αξιολόγησης καλύπτεται από την ομάδα αξιολόγησης η οποία έχει εκπαιδευτεί πάνω στον τρόπο αξιολόγησης από αρμόδιους αξιολογητές της Unicef.

Η ομάδα αυτή κάνει επιτόπια καταγραφή, παρατήρηση και παίρνει συνεντεύξεις όχι μόνο από το προσωπικό αλλά και από τις νοσηλευόμενες έτσι ώστε να αποτυπώσουν την πραγματικότητα όσον αφορά στα παγκόσμια κριτήρια και στα ποσοστά που πρέπει να επιτευχθούν έτσι ώστε ο φορέας να λάβει τη πιστοποίηση. Εάν κατά τη διάρκεια αυτής της επιτόπιας έρευνας διαπιστωθούν παραλείψεις ή μη ικανοποιητικά

ποσοστά σύμφωνα με τα 10 παγκόσμια κριτήρια που βασίζονται στα 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό, τότε αποστέλλεται πόρισμα στους υπευθύνους του προγράμματος του φορέα όπου η εθνική αρχή επισημαίνει τα σημεία της μη συμμόρφωσης.

Στη συνέχεια δίνεται στο φορέα ένα εύλογο χρονικό διάστημα ώστε να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες ώστε να διορθωθούν τα απαραίτητα σημεία. Όταν ο φορέας είναι έτοιμος περνά ξανά από εξωτερική αξιολόγηση στα σημεία που είχε εντοπισθεί ή μη συμμόρφωση, έτσι ώστε να διαπιστωθεί ο βαθμός συμμόρφωσης. Εάν διαπιστωθεί ότι όλα λειτουργούν όπως απαιτείται, από τη Unicef τότε αποστέλλεται επιστολή από την εθνική αρχή όπου ανακοινώνεται η απονομή του τίτλου (113) (114) (116) (117) (118) (119) (121) (126).



Σχήμα 2 Συνιστώσες για επιτυχή μητρικό θηλασμό σε φιλικό προς τα βρέφη νοσοκομείο

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Εισαγωγή

Στη μεταπτυχιακή αυτή διατριβή θα ελεγχθεί κατά πόσο το ΓΝΑ Αλεξάνδρα είναι εφικτό να λάβει τη πιστοποίηση «φιλικό προς τα βρέφη νοσοκομείο».

3.2 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγραφούν τα δεδομένα ώστε να εξακριβωθεί σε τι βαθμό το νοσοκομείο εφαρμόζει τις βασικές συνιστώσες έτσι όπως ορίζονται από τον ΠΟΥ αλλά και τη Unicef. Επίσης σκοπός είναι να καταγραφούν από ενδεικτικό δείγμα οι απόψεις των νέων μητέρων σχετικά με το μητρικό θηλασμό αλλά και οι τάσεις που επικρατούν στη παροχή υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με το θηλασμό στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και να συσχετιστούν με τα παγκόσμια κριτήρια αξιολόγησης.

3.3 τρόπος συλλογής δεδομένων

Σε συνέχεια της εκτεταμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης σε έρευνες και μελέτες με θέμα το μητρικό θηλασμό και τα οικονομικά και ψυχολογικά οφέλη του, καθώς και των διαδικασιών που χρειάζεται να ακολουθήσει ένα νοσοκομείο προκειμένου να πιστοποιηθεί, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο του οποίου η επιστημονική αρτιότητα και αξιοπιστία αναλύεται στο 3.4 παρακάτω. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί το ερευνητικό εργαλείο για την καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης στο νοσοκομείο επιλογής.

Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων είναι η διανομή προς τις νέες μητέρες ενός δομημένου ερωτηματολογίου με ερωτήσεις που απαντώνται εκφράζοντας τον βαθμό συμφωνίας τους με τη κάθε ερώτηση χρησιμοποιώντας την πιο αντιπροσωπευτική. Στην πρώτη ενότητά του περιλαμβάνει ερωτήσεις για την προγεννητική περίοδο όπως τον αριθμό επισκέψεων των γυναικών στο μαιευτήριο για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης. Στο δεύτερο μέρος του, περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν στοιχεία για τον τοκετό και τη μεταγεννητική περίοδο της γυναίκας, όπως το είδος του τοκετού και το πότε κράτησε για πρώτη φορά το νεογνό η νέα μητέρα.

Αναφορικά με τη διαδικασία συλλογής των στοιχείων, το εν λόγω ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε τυχαίο δείγμα λεχώνων θηλαζουσών και μη όπου νοσηλεύονταν στα τμήματα μεταγεννητικής φροντίδας, λίγο πριν την έξοδο τους από το μαιευτήριο. Στόχος ήταν να ληφθούν 100 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Επίσης μοιράστηκε σε όλα τα τμήματα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με εγκυμοσύνη, τοκετό, νεογνά, έντυπα από το section 4 της ΠΦΒΝ της Unicef(οδηγίες και εργαλεία αυτοαξιολόγησης), όπου ζητήθηκε από το κλινικό νοσηλευτικό προσωπικό να συμπληρώσει αν εκπαιδεύτηκε στο μητρικό θηλασμό και πότε.

3.4. Αξιοπιστία ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο προέρχεται από τη Νορβηγική πρωτοβουλία φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία και βρίσκεται μεταφρασμένο στο section-4 της επικαιροποιημένης έκδοσης της UNICEF και το οποίο έχει τροποποιηθεί σημαντικά από την ίδια την οργάνωση, ώστε να ανταποκρίνεται στα νέα Παγκόσμια κριτήρια της ΠΦΒΝ για διεθνή χρήση. Την απόδοση στα Ελληνικά έχει κάνει η κα Παναγιούλα Μέξη-Μπουρνά παιδίατρος στο Νοσοκομείο «Αττικόν» το οποίο μαζί με το Έλενα Βενιζέλου έχουν λάβει την πιστοποίηση το Νοέμβριο του 2011.

3.5 Καθορισμός δείγματος

Τα γενικά χαρακτηριστικά των χρηστών υγείας δεν ζητούνται από το επίσημο ερωτηματολόγιο καθώς δεν χρήζει διερεύνησης το προφίλ των χρηστών υγείας, όμως για την καλύτερη ανάλυση κάποια δημογραφικά στοιχεία ελήφθησαν από τα ιστορικά των μητέρων όπως ηλικία και η εθνικότητα. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε μητέρες που μιλούσαν ελληνικά πριν την έξοδο τους από το μαιευτήριο

3.6 Περιεχόμενο ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια απευθύνονταν σε θηλάζουσες και μη μητέρες και οι σχετικά με το θηλασμό ερωτήσεις αφορούσαν τόσο την έννοια της ενημέρωσης όσο και τη παροχή βοήθειας στη μεταγεννητική περίοδο. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αποδείχτηκε εύκολη και οι νέες μητέρες ανταποκρίθηκαν θερμά σε αυτή τη προσπάθεια. Για την αποφυγή λαθών πριν τη συμπλήρωση δόθηκαν οδηγίες. Τα ερωτηματολόγια τα συμπλήρωσαν οι ίδιες οι μητέρες και η διαδικασία συμπλήρωσης διήρκεσε 10-15 λεπτά. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 86,2% δεδομένου ότι συμπληρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια από τα 116 που εδόθησαν στις μητέρες.

3.7 Ηθικά ζητήματα

Κατά την εκπόνηση της έρευνας και προκειμένου για τη συλλογή απαντήσεων ακολουθήθηκαν όλοι οι δεοντολογικοί και ηθικοί κανόνες εκπόνησης έρευνας. Καταρχάς αιτήθηκε ειδική άδεια από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου η οποία και χορηγήθηκε.

Το ερωτηματολόγιο υποβλήθηκε ανώνυμα και οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές, ενώ θα χρησιμοποιηθούν μόνο για αυτή τη μελέτη. Κανένα προσωπικό στοιχείο δεν θα

αναφερθεί σε οποιοδήποτε τμήμα της μελέτης. Κάθε συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο συλλέχθηκε μέσα σε σφραγισμένο φάκελο. Συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο ο ερωτώμενος δίνει την πληροφορημένη συγκατάθεσή του να συμμετάσχει στη μελέτη. Επίσης και στην περίπτωση του προσωπικού η συμπλήρωση του εντύπου ήταν προαιρετική.

3.8 Αποτελέσματα

Η επεξεργασία των συλλεχθέντων στοιχείων έγινε με τη χρήση απλής στατιστικής που στηριζόταν στον υπολογισμό της μέσης τιμής.

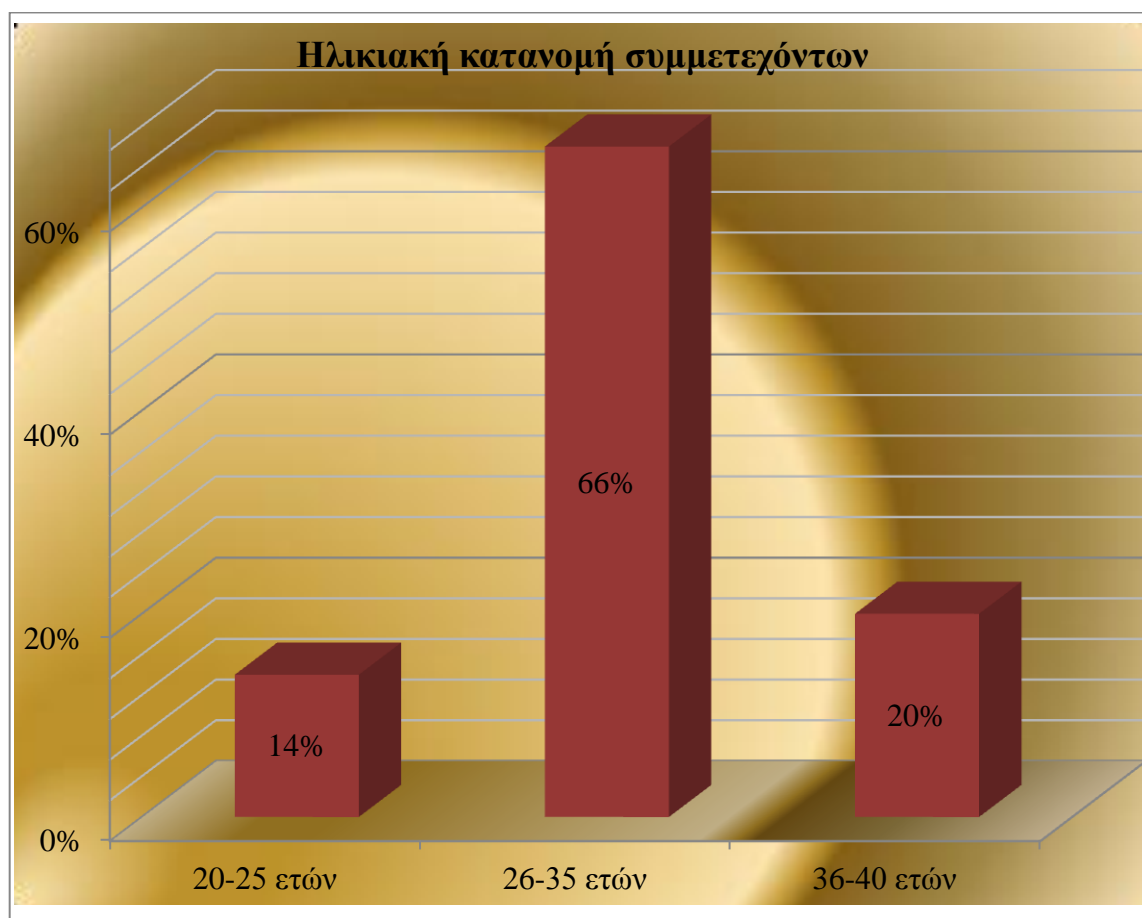
Επιδιώκεται να καταγραφούν οι τάσεις και οι απόψεις των γυναικών ως προς τον μητρικό θηλασμό καθώς και οι λόγοι επιλογής του πρώιμου απογαλακτισμού. Από την ανάλυση αναμένεται να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τις προϋποθέσεις ενίσχυσης του μητρικού θηλασμού και υποστήριξης των νέων μητέρων. Επισημαίνεται ότι τα αποτελέσματα και συμπεράσματα της ερευνητικής προσπάθειας θα είναι στη διάθεση όποιου ενδιαφέρεται εφόσον το αιτηθεί.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Αποτελέσματα έρευνας

4.1 Δημογραφικά στοιχεία

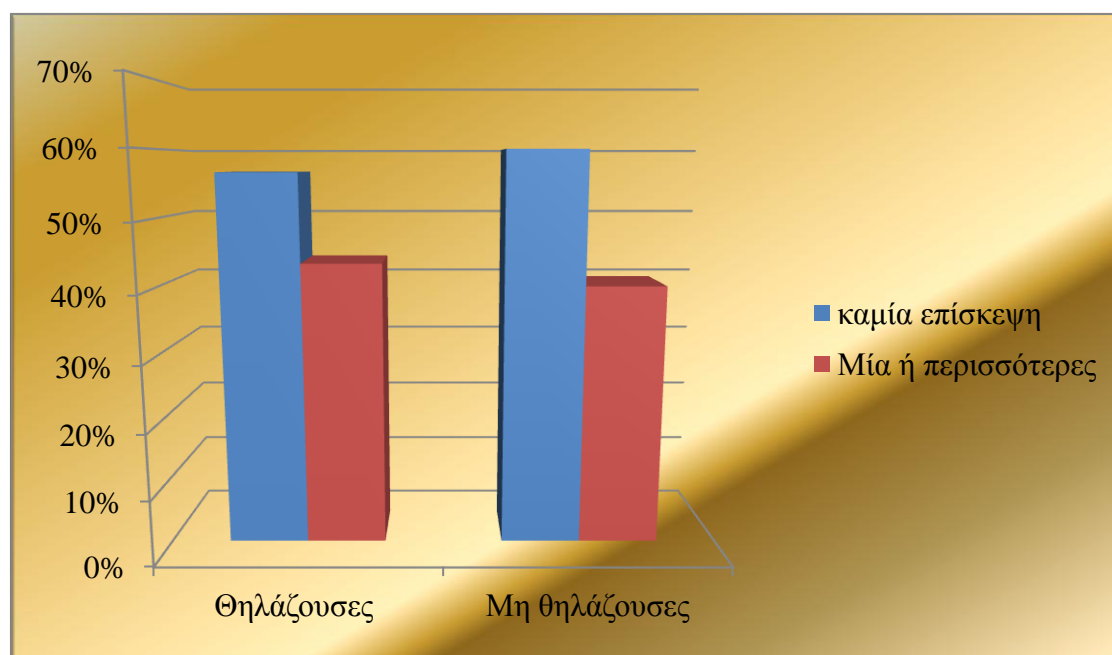
Η έρευνα για την συγκεκριμένη εργασία στηρίχθηκε και υλοποιήθηκε μέσω της διανομής, συμπλήρωσης από μητέρες, συλλογής και στατιστικής επεξεργασίας ερωτηματολογίων. Ο αριθμός των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν στο νοσοκομείο ΓΝΑ Αλεξάνδρα είναι εκατό (100) και η έρευνα διεξήχθη στο διάστημα μεταξύ 20 Φεβρουαρίου 2013 και 20 Μαρτίου 2013. Χωρίς να γίνει καμιάς μορφής επιλογή, στην ερευνά συμμετείχαν μητέρες που γνώριζαν ελληνικά και η ηλικιακή τους κατανομή κυμαινόταν σε εύρος 20 – 40 έτη με τις ακόλουθες ποσοστώσεις: 20-25 ετών σε ποσοστό 14% , 26-35 ετών σε ποσοστό 66% και 36-40 ετών σε ποσοστό 20%.



Γράφημα 1 Ηλικιακή κατανομή μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα

4.2 Αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο προς αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης.

Βάσει των ερωτηματολογίων και της μεθοδολογίας της έρευνας, οι μητέρες που συμμετείχαν διαχωρίζονται σε θηλάζουσες και μη θηλάζουσες βάσει του τρόπου διατροφής των νεογνών τους, το ποσοστό ανά ομάδα προέκυψε με το πέρας της έρευνας. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι και στις δυο κατηγορίες γυναικών, υπάρχει σχετική αντιστοιχία στα ποσοστά αυτών που επισκέφθηκαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο μόνο για να λάβει χώρα ο τοκετός (56% των θηλαζουσών και 60 % των μη θηλαζουσών), σε σύγκριση με το ποσοστό των γυναικών που επισκέφθηκαν τουλάχιστον μια φορά κατά τη διάρκεια της κύησης το νοσοκομείο προς αναζήτηση ιατρικών συμβουλών (44% για τις θηλάζουσες και 40% για τις μη θηλάζουσες).(γράφημα 2).

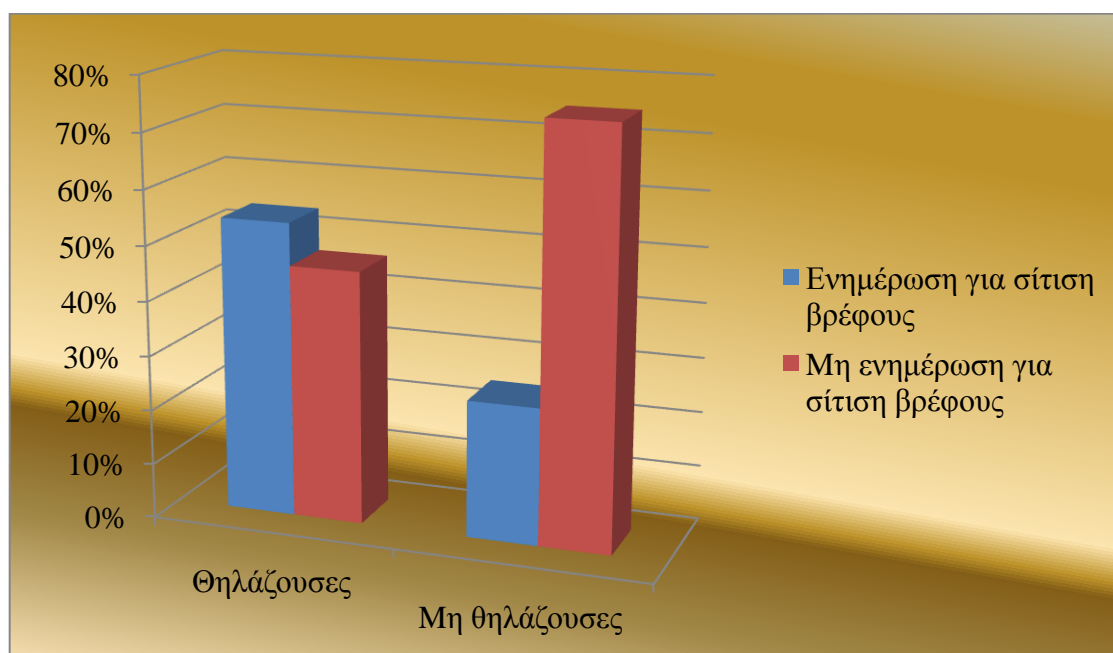


Γράφημα 2 Αριθμός επισκέψεων στο Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» προγεννητικά.

4.3 Ενημέρωση σε ατομικό η ομαδικό επίπεδο για τη σίτιση του νεογνού.

Διαπιστώνεται ότι το ενημέρωση σχετικά με τη σίτιση του βρέφους προγεννητικά έλαβε το 53,84% των θηλαζουσών μητέρων και το 25% των μη θηλαζουσών.

Αντίθετα αρνητικά απάντησαν το 46,15% των θηλαζουσών και το 75% των μη θηλαζουσών (γράφημα 3).



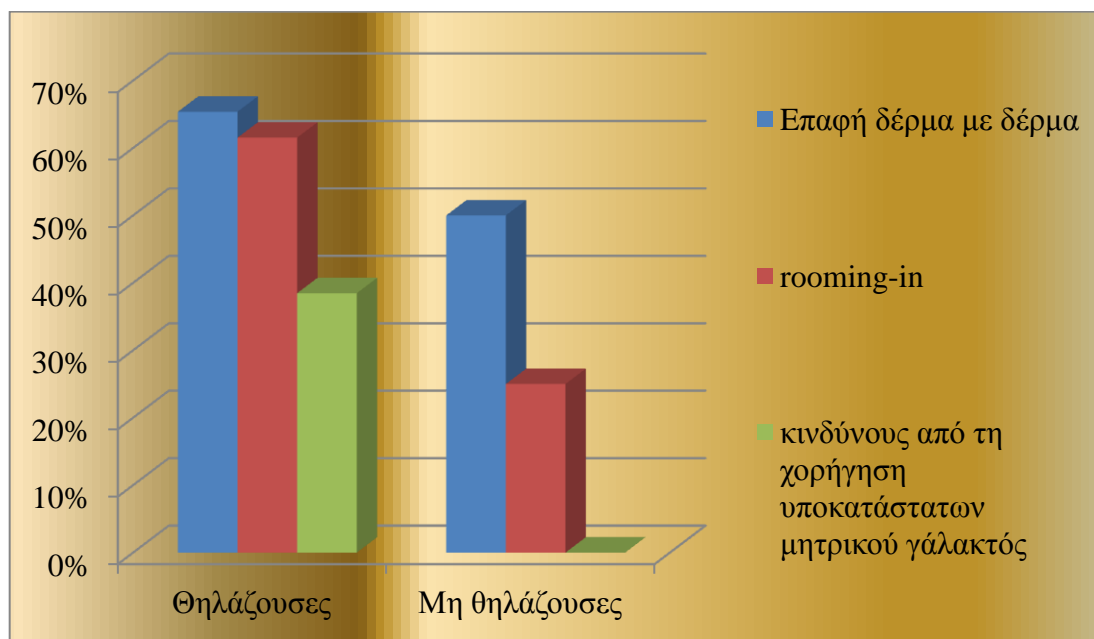
Γράφημα 3 Ενημέρωση για τη σίτιση του νεογνού

4.4 Ενημέρωση για επιμέρους θέματα πλην του μητρικού θηλασμού

Αναφορικά με την πρόθεση τους να λάβουν επιπρόσθετες πληροφορίες για θέματα που δεν αφορούσαν αποκλειστικά την σίτιση του βρέφους, από το σύνολο των θηλαζουσών μητέρων που επισκέφθηκαν το μαιευτήριο ούσες σε κατάσταση εγκυμοσύνης μόνο το 28,80% ενημερώθηκαν για επιμέρους θέματα. Από αυτό το ποσοστό, το 65,37% ενημερώθηκε για τη σημασία της άμεσης δερματικής επαφής μητέρας μωρού αμέσως μετά τον τοκετό, 61,35% έλαβε πληροφορίες για τα οφέλη που προκύπτουν από την χωρίς διακοπή παραμονή του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο μαζί με την μητέρα, ενώ ένα 38,46% των θηλαζουσών μητέρων δήλωσε ότι ενημερώθηκε για τους κινδύνους που προκύπτουν από την χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Το σύνολο υπερβαίνει το 100% γιατί υπήρχε η δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων.

Από το ποσοστό 40% των μη θηλαζουσών μητέρων που επισκεφτήκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το νοσηλευτικό ίδρυμα μόνο το 50% ενημερώθηκαν για

άλλα θέματα. Ειδικότερα το 50% ενημερώθηκε για τη σημασία που έχει να έρθει το μωρό σε επαφή δέρμα με δέρμα, ενώ ένα μικρό ποσοστό, το 25%, ενημερώθηκαν για τη σημασία που έχει να βρίσκεται το μωρό στο ίδιο κρεβάτι ή στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα(γράφημα 4).



Γράφημα 4 Λήψη ενημέρωσης για περαιτέρω θέματα

4.5 Μέσος όρος βάρους γέννησης

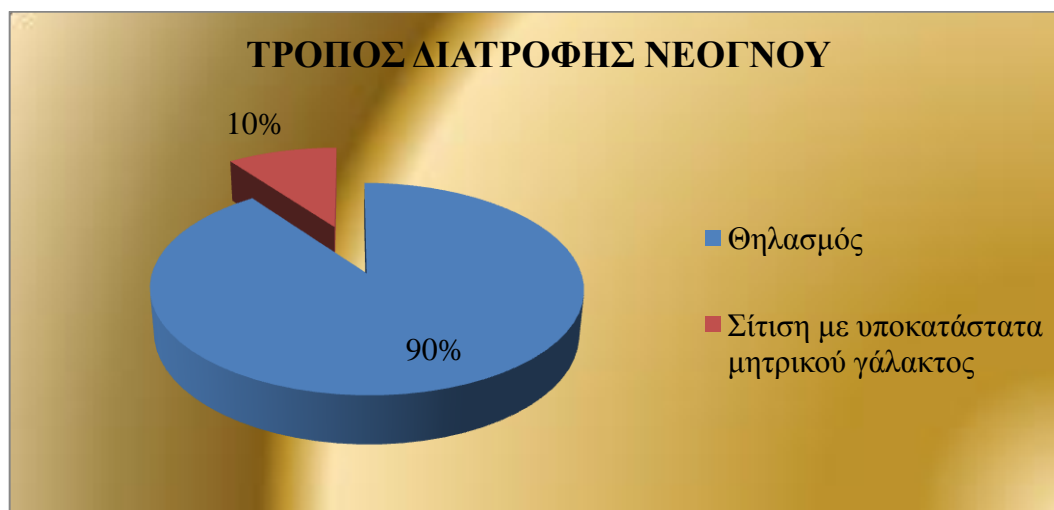
Τα βρέφη τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες που στη συνέχεια τα θήλασαν είχαν κατά μέσο όρο σωματικό βάρος 3.154 γραμμάρια. Αυτά που οι μητέρες τους αποφάσισαν να μην τα θηλάσουν είχαν βάρος 2.995 γραμμάρια.



Γράφημα 5 Μέσος όρος σωματικού βάρους γέννησης

4.6 Τρόπος διατροφής και είδη θηλασμού

Στην ερώτηση αναφορικά με τον τρόπο διατροφής του νεογνού, το 90% των ερωτηθέντων γυναικών “έδειξε” την επιλογή του θηλασμού ενώ το υπόλοιπο 10% επέλεξε τη σίτιση μόνο με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος (γράφημα 6) .



Γράφημα 6 Τρόπος επιλογής διατροφής νεογνού

Ως τρόπο σίτισης του νεογνού με αποκλειστικό θηλασμό επέλεξε το 42,22% των γυναικών, ενώ ως μεικτή διατροφή δηλαδή θηλασμό και χορήγηση συμπληρωμάτων με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος επέλεξε το 57,77% των γυναικών. (γράφημα 7).

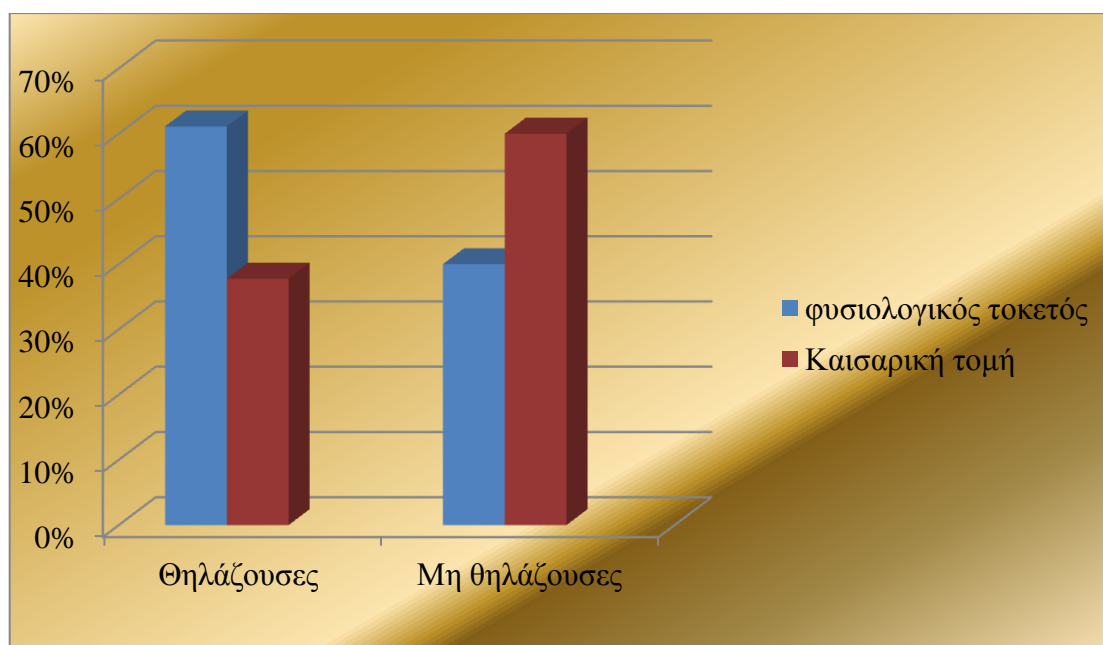


Γράφημα 7 Είδη θηλασμού

4.7 Είδος τοκετού

Από τις θηλάζουσες μητέρες, το 61,11% γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, ενώ το 37,77% υποβλήθηκε σε καισαρική τομή . Ένα ποσοστό 1,12% δεν απάντησε στην σχετική ερώτηση. Από τις καισαρικές τομές με γενική αναισθησία γέννησε το 14,7% και με επισκληρίδιο αναισθησία γέννησε το 85,29%.

Για τις μη θηλάζουσες μητέρες τα αντίστοιχα ποσοστά ανέρχονται σε 40% φυσιολογικός τοκετός, 60% καισαρική τομή, 33,33% καισαρική τομή με γενική αναισθησία και 66,66% καισαρική τομή με επισκληρίδιο αναισθησία.(γράφημα 8).

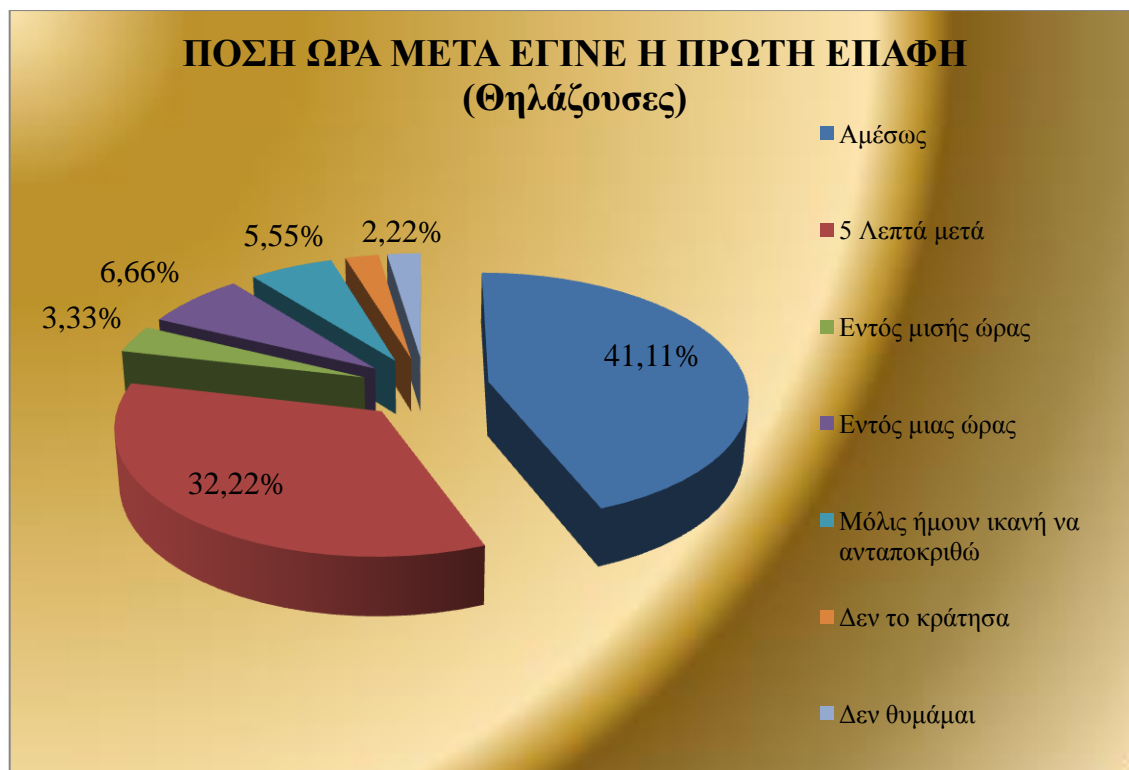


Γράφημα 8 Είδος τοκετού

4.8 Κράτημα βρέφους για πρώτη φορά

Μετά τον τοκετό πήραν και κράτησαν το βρέφος αμέσως στην αγκαλιά τους το 41,11% των θηλαζουσών μητέρων, εντός πέντε λεπτών το 32,22% , εντός μισής ώρας το 3,33% και εντός μιας ώρας το 6,66% (πάντα των θηλαζουσών μητέρων). Ένα ποσοστό 5,55% αναφέρει ότι κράτησαν το βρέφος όταν ένωσαν ικανές, ενώ το

2,22% αναφέρει ότι δε θυμάται. Τέλος ένα ποσοστό 2,22% αναφέρει ότι δεν το είχε κρατήσει ακόμη, κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου(Γράφημα 9)



Γράφημα 9 Πόση ώρα μετά πρώτη επαφή μητέρας νεογνού σε θηλάζουσες μητέρες

Όσον αφορά στις μη θηλάζουσες μητέρες το 30% αναφέρουν ότι κράτησαν το νεογνό αμέσως, ενώ αντίστοιχο ποσοστό αναφέρει ότι το κράτησε εντός 5 λεπτών. Το 10% των γυναικών αυτών αναφέρει ότι κράτησαν το νεογνό όταν ένιωσαν ικανές, ενώ το 20% δεν θυμάται ποτέ κράτησε το βρέφος για πρώτη φορά. Τέλος το 10% αναφέρει ότι δεν το είχε κρατήσει ως τη στιγμή της έρευνας(γράφημα 10).

ΠΟΣΗ ΩΡΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΟΚΕΤΟ Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

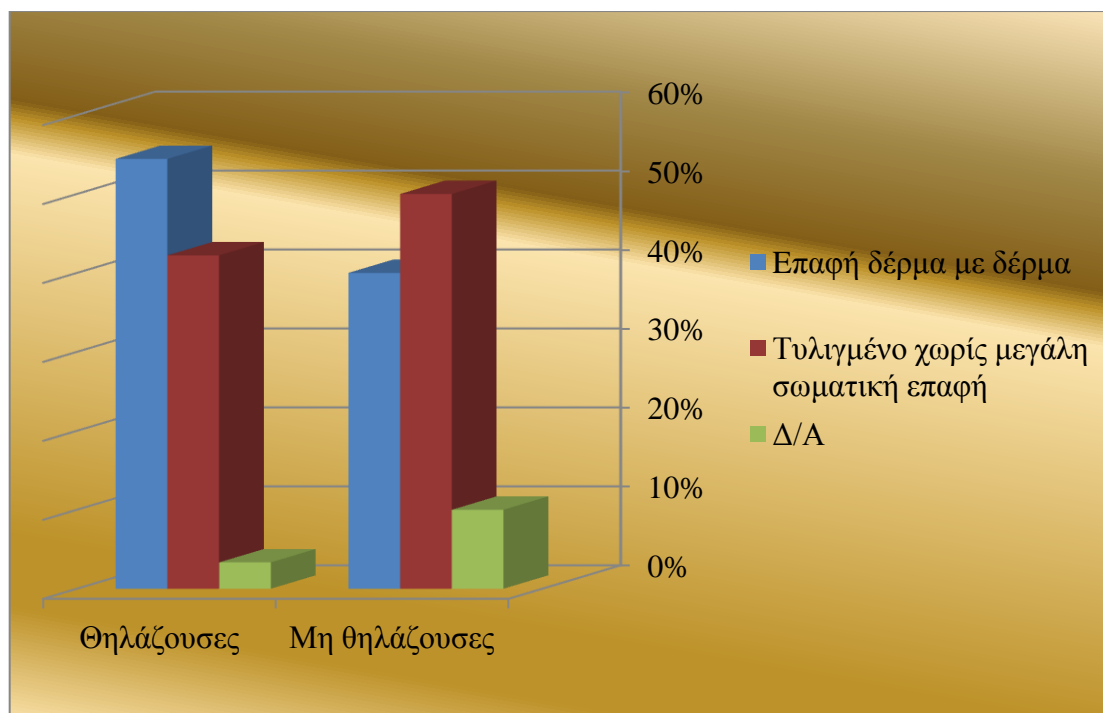


Γράφημα 10 Πόση ώρα μετά πρώτη επαφή μητέρας νεογνού σε μη θηλάζουσες

4.9 Τρόπος πρώτης επαφής

Ερωτώμενες σχετικά με τον τρόπο της πρώτης επαφής μητέρας-νεογνού, το 54,44% των θηλαζουσών απάντησε ότι είχε δερματική επαφή ενώ το 42,22% των θηλαζουσών απάντησε χωρίς μεγάλη δερματική επαφή – τυλιγμένο, και ένα ποσοστό 3,33% δεν απάντησε.

Όσον αφορά στις μη θηλάζουσες το 40% απάντησε δέρμα με δέρμα, ενώ το 50%, γυναίκες απάντησαν τυλιγμένο χωρίς μεγάλη δερματική επαφή ενώ το 10% δεν απάντησε (γράφημα 11).

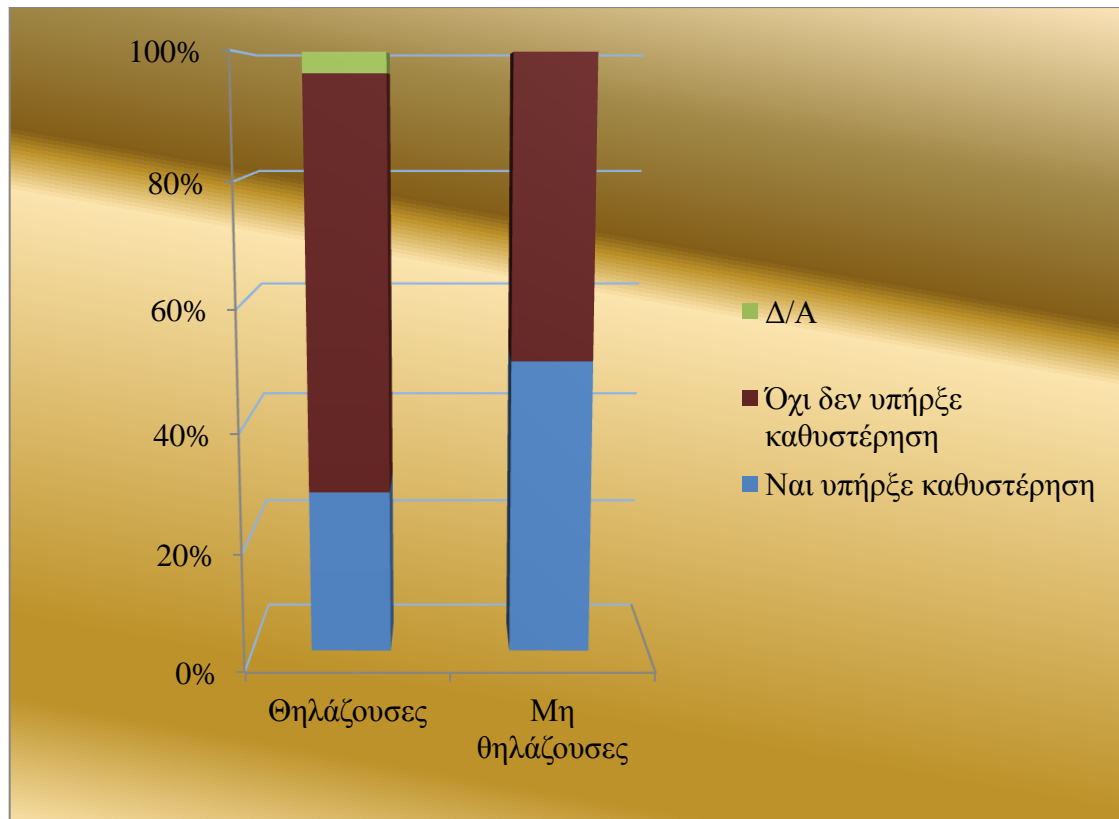


Γράφημα 11 Τρόπος πρώτης επαφής μητέρας-νεογνού

4.10 Υπήρξε καθυστέρηση στην πρώτη επαφή, αν ναι για ποιους λόγους

Οι θηλάζουσες μητέρες σε ποσοστό 68,88% δεν διαπίστωσαν καθυστέρηση στο να κρατήσουν το μωρό τους για πρώτη φορά, και μόνο ένα ποσοστό 27,77% διαπίστωσε τέτοια καθυστέρηση. Τέλος ένα ποσοστό 3,35% των θηλαζουσών δεν έδωσε απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα.

Το 50% των μη θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι δεν υπήρξε καθυστέρηση στην πρώτη επαφή με το βρέφος, ενώ το ίδιο ποσοστό 50%, απάντησε ότι υπήρξε (γράφημα12).



Γράφημα 12 Υπήρξε καθυστέρηση στη πρώτη επαφή μητέρας-νεογνού.

Όσον αφορά τους λόγους της καθυστέρησης το 33,3% των θηλαζουσών μητέρων απέδωσε την καθυστέρηση στην ανάγκη χορήγησης ιατρικής βοήθειας στο νεογνό, ενώ στην λήψη αναισθητικού από τις ίδιες απέδωσε την καθυστέρηση το 11,1%.

33,3% των θηλαζουσών μητέρων δήλωσε άγνοια για τους λόγους της καθυστέρησης, ενώ 22,2% απάντησε ότι ένιωθε αδυναμία να κρατήσει το νεογνό της..

Αναφορικά με τις μη θηλάζουσες μητέρες το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών δηλαδή το 80% αναφέρει ότι η καθυστέρηση της πρώτης επαφής οφειλόταν σε ιατρική φροντίδα που έχριζε το νεογνό (γράφημα 13).



Γράφημα 13 Λόγοι καθυστέρησης πρώτης επαφής μητέρας-νεογνού

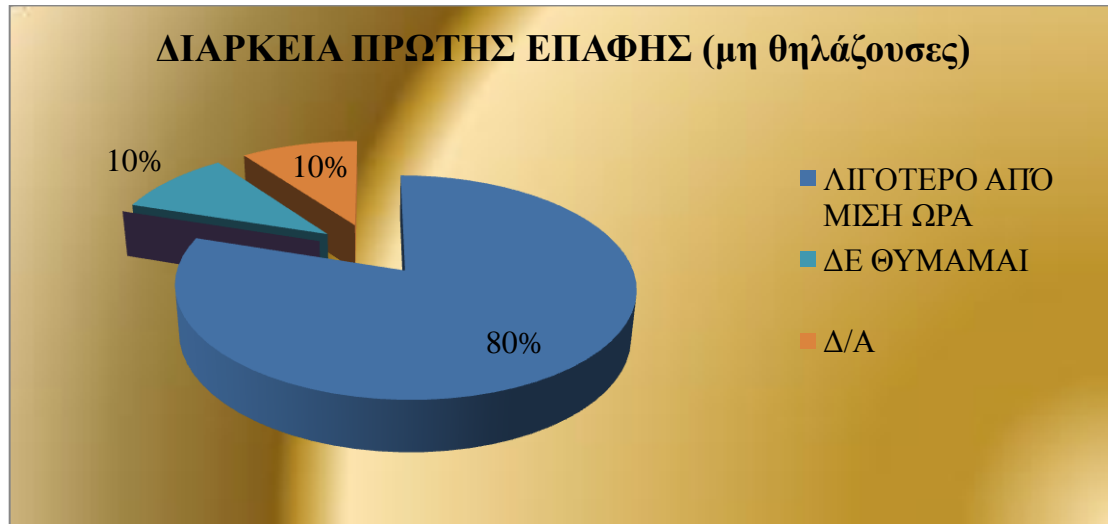
4.11 Διάρκεια πρώτης επαφής

Όσον αφορά τη διάρκεια της πρώτης επαφής με το μωρό τους μετά τον τοκετό, το 70% των θηλάζουσών το κράτησε μέχρι 30 λεπτά, το 12,22% το κράτησε από μισή έως μία ώρα, το 5,55% το κράτησε πάνω από μια ώρα, 6,66% των θηλάζουσών απάντησε ότι δεν θυμάται, 1,11% απάντησε για περισσότερες ώρες ενώ ένα ποσοστό 4,44% δεν έδωσε απάντηση. (γράφημα 14)



Γράφημα 14 Διάρκεια πρώτης επαφής (θηλάζουσες μητέρες)

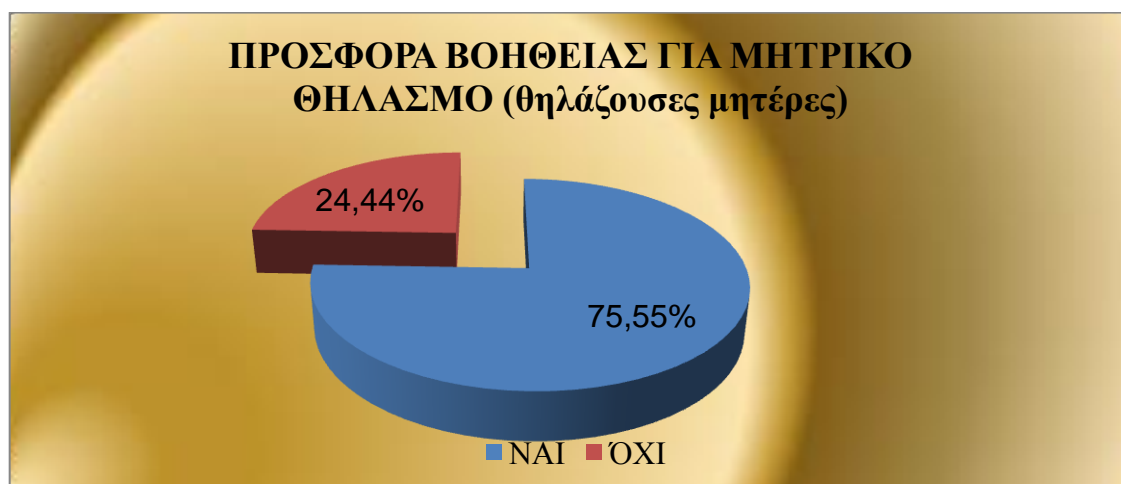
Όσον αφορά στις μη θηλάζουσες μητέρες το 80% απάντησε λιγότερο από μισή ώρα, ενώ το 10% των μη θηλαζουσών μητέρων δε θυμάται. Ένα μικρό ποσοστό των γυναικών αυτών, το 10% (1), δεν απάντησε (Γράφ. 15).



Γράφημα 15 Διάρκεια πρώτης επαφής (μη θηλάζουσες μητέρες)

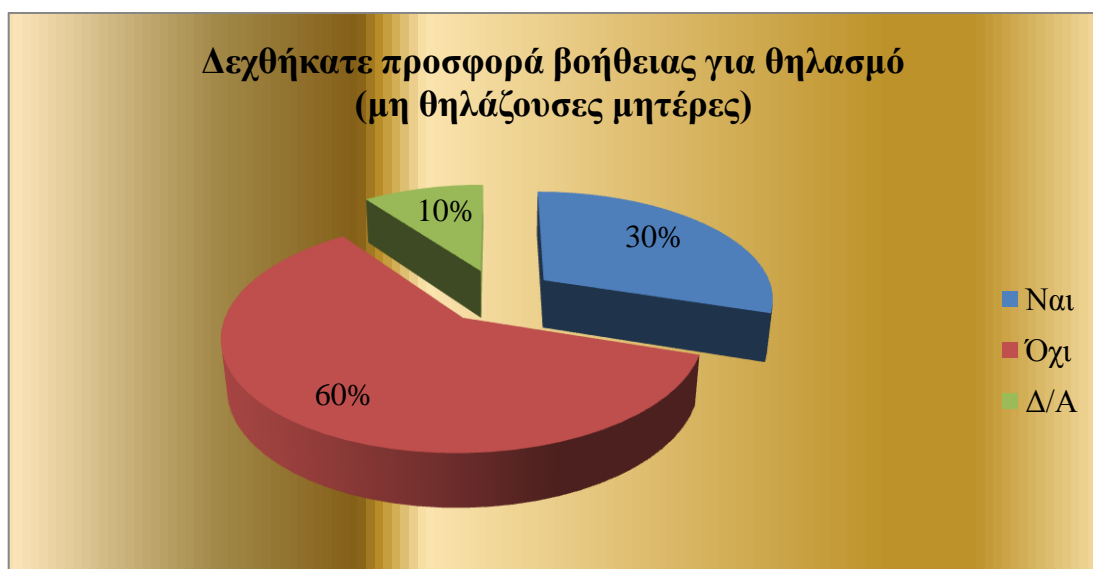
4.12 Προσφορά βοήθειας για το μητρικό θηλασμό

Αναφορικά με την προσφορά βοήθειας για τον μητρικό θηλασμό το 75,55% των θηλαζουσών απάντησε θετικά ενώ το 24,44 απάντησε ότι δεν τους προσφέρθηκε βοήθεια από το προσωπικό για το μητρικό θηλασμό. (γράφημα 16)



Γράφημα 16 Προσφορά βοήθειας για μητρικό θηλασμό(θηλάζουσες μητέρες)

Από το σύνολο των θηλαζουσών που απάντησαν ότι δέχτηκαν βοήθεια για το μητρικό θηλασμό, το 33,82% αυτών δήλωσε ότι δέχτηκε βοήθεια αμέσως μετά τη γέννηση, το 47,05% αυτών απάντησε ότι δέχτηκε τη βοήθεια την επόμενη φορά που θήλασε το μωρό ή μέσα σε 6 ώρες, ενώ μετά τις 6 ώρες δέχθηκε βοήθεια ποσοστό 29,94%. (γράφημα 18). Σημείωση : Το άθροισμα των ποσοστών υπερβαίνει το 100%, λόγω δυνατότητας πολλαπλών απαντήσεων).



Γράφημα 17 Προσφορά βοήθειας για μητρικό θηλασμό(μη θηλάζουσες μητέρες)



Γράφημα 18 Πότε προσφέρθηκε βοήθεια για το θηλασμό(θηλάζουσες μητέρες)

4.13 Λήψη βοήθειας για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος

Ερωτώμενες για το αν έλαβαν βοήθεια από το προσωπικό για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος, το 72,22% των θηλάζουσών μητέρων έδωσε καταφατική απάντηση ενώ το 18,88% απάντησε ότι δεν έλαβε τέτοια βοήθεια. Ωστόσο ένα ποσοστό 7,77% απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια, παρόλο που δεν τη χρειαζόταν (γράφημα. 19).



Γράφημα 19 Λήψη βοήθειας για τοποθέτηση βρέφους στο στήθος

4.14 Πληροφορίες για άλμεξη με το χέρι

Η συγκεκριμένη ερώτηση αφορούσε αποκλειστικά της θηλάζουσες μητέρες. Στην ερώτηση αν δεχτήκανε βοήθεια για τον τρόπο άλμεξης του στήθους με το χέρι το 54,44% απάντησε θετικά ενώ το 44,44% απάντησε αρνητικά. Το ποσοστό των γυναικών που δεν απάντησε την συγκεκριμένη ερώτηση είναι 1,11% (γράφημα 20).



Γράφημα 20 Υποδείξεις για άλμεξη με το χέρι.

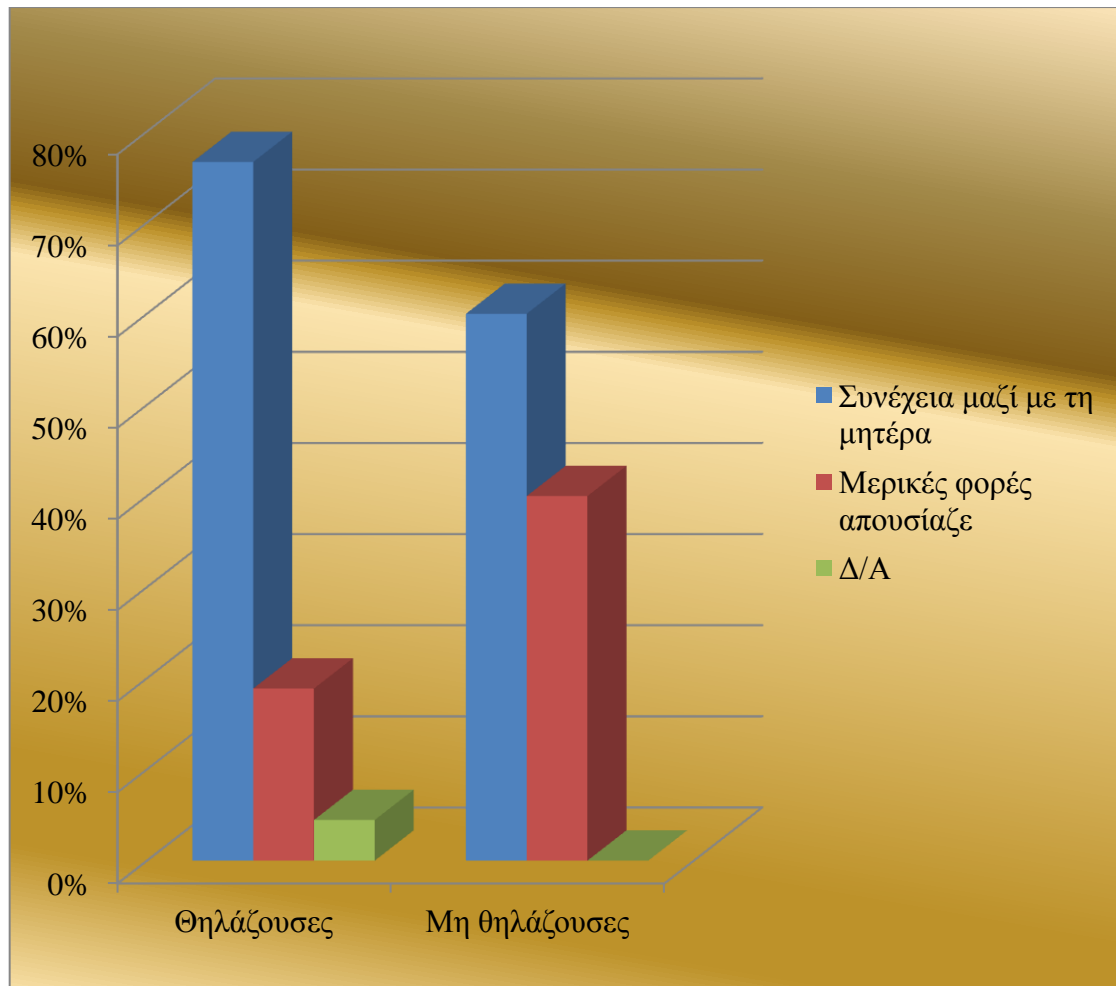
Από το 54,44% που δέχτηκε βοήθεια για την άλμεξη με το χέρι ερωτώμενο το 47,77% προσπάθησε να το πράξει έναντι του υπολειπόμενου 52,23% που ναι μεν του έγιναν υποδείξεις αλλά δεν προέβει σε πράξη.

Από το ποσοστό που δοκίμασε να κάνει άλμεξη με το χέρι δηλαδή από το 47,77% μόνο 60,97% απάντησε πως τα κατάφερε, μερικώς τα κατάφερε το 31,70% ενώ αδυναμία να το κάνει πράξη απάντησε το 7,31%

4.15 Πού βρισκόταν το νεογνό κατά τη διάρκεια νοσηλείας της μητέρας

Στην ερώτηση αναφορικά με το που βρισκόταν το νεογνό καθ' όλη τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου το 76,66% των θηλαζουσών απάντησε πως είχαν τα νεογνά μαζί τους ενώ το 18,88% πως δεν τα είχαν συνέχεια. Ένα ποσοστό της τάξης του 4,46% δεν έδωσε απάντηση

Όσον αφορά στις μη θηλάζουσες μητέρες το 60% των γυναικών αυτών είχαν τα νεογνά μαζί τους, ενώ αντίθετα ένα σημαντικό ποσοστό το 40% δεν είχαν τα νεογνά μαζί τους (γράφημα 21).



Γράφημα 21 Συνδιαμονή μητέρας-βρέφους

A. Λόγοι μη παραμονής με τη μητέρα

Όσον αφορά την ερώτηση για το ποιοι ήταν οι λόγοι μη παραμονής του νεογνού με την μητέρα, στο 32,59% των περιπτώσεων θηλαζουσών οφειλόταν στην χρήση θερμοκοιτίδας, αλλά και σακχαρώδη διαβήτη της μητέρας.

Όσον αφορά τους υπόλοιπους λόγους απουσίας του νεογνού (προωρότητα, καρδ/κό πρόβλημα, αναπνευστικό πρόβλημα, έλεγχος θυρεοειδούς)τα ποσοστά των απαντήσεων ανέρχονται στο 5,88% για κάθε προαναφερόμενο λόγο.(γράφημα 22).

Οι μη θηλάζουσες μητέρες δεν έδωσαν καμία απάντηση για τους λόγους παραμονής στη μονάδα νοσηλείας νεογνών

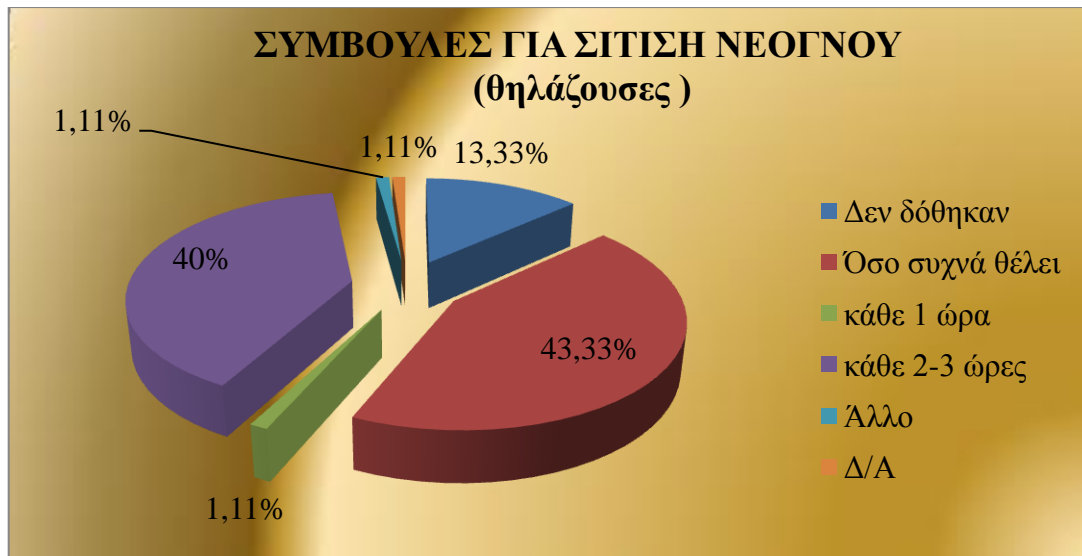


Γράφημα 22 Λόγοι μη παραμονής βρέφους με τη μητέρα

4.16 Συμβουλές για τη σίτιση του νεογνού

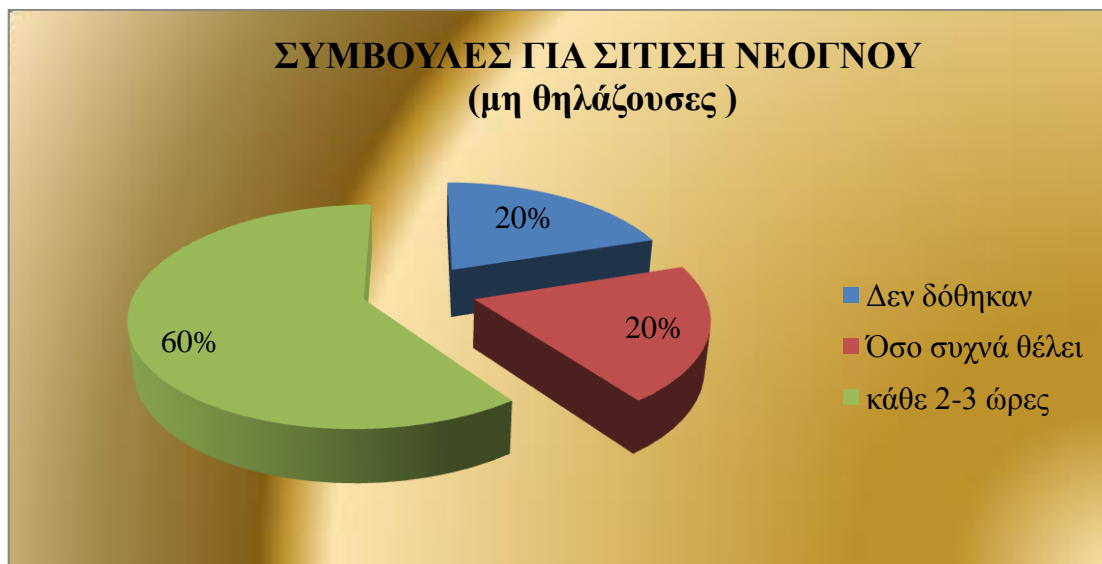
Σχετικά με την λήψη συμβουλών για την συχνότητα σίτισης του νεογνού, οι θηλάζουσες μητέρες απάντησαν σε ποσοστό 13,32% ότι δεν έλαβαν καμιά συμβουλή, και σε ποσοστό 43,33% ότι τους συστάθηκε να σιτίζουν το μωρό όσο συχνά θέλουν.

Εκτός των δυο προηγούμενων απαντήσεων, οι ίδιες (θηλάζουσες μητέρες) απάντησαν ότι 1,11% έλαβε συμβουλή την σίτιση κάθε μια ώρα, 40% ότι τους συστάθηκε να σιτίζουν το βρέφος κάθε δυο με τρεις ώρες. Σε ποσοστό 1,11% ανέφεραν ότι κάθε μέλος του προσωπικού έδινε και διαφορετική απάντηση (γράφημα 23).



Γράφημα 23 Συμβουλές για σίτιση νεογνού(θηλάζουσες)

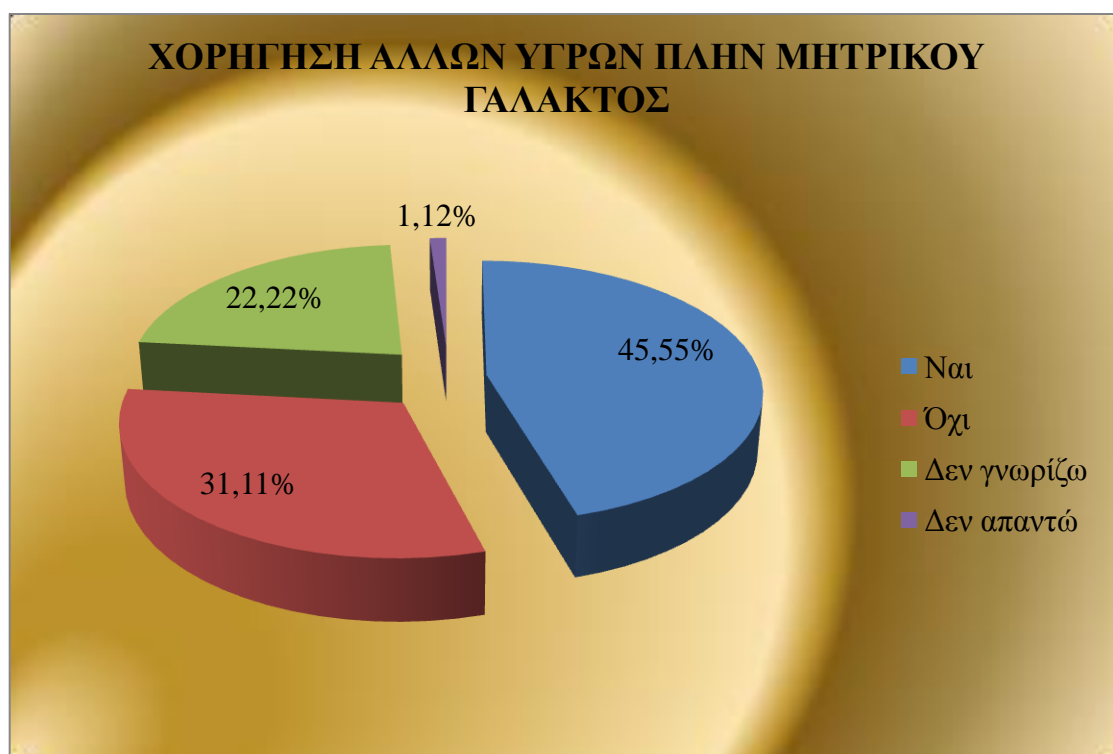
Σχετικά με τις μη θηλάζουσες μητέρες το 20%(2) απάντησε ότι δεν του δόθηκαν συμβουλές για τη σίτιση του νεογνού, ενώ το ίδιο ποσοστό των γυναικών αυτών, απάντησε ότι του δόθηκαν συμβουλές να το σιτίζει κάθε φορά που ήταν πεινασμένο. Ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό το 60% (6) απάντησε ότι του δόθηκαν συμβουλές από το προσωπικό να ταΐζει το βρέφος κάθε δύο με τρεις ώρες (γράφημα. 24).



Γράφημα 24 Συμβουλές για σίτιση νεογνού(μη θηλάζουσες)

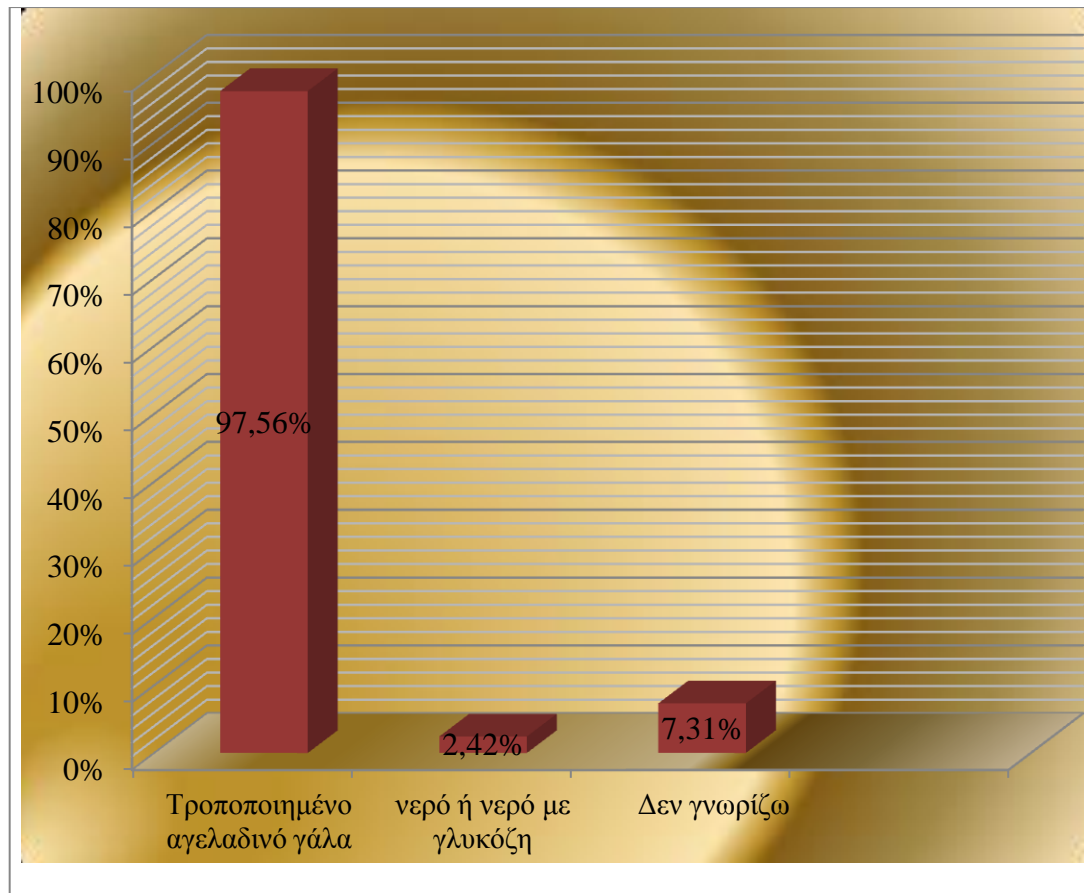
4.17 Χορήγηση άλλων υγρών πλην μητρικού γάλακτος

Σχετικά με την γνώση αν στο νεογνό έχουν δοθεί άλλα υγρά εκτός του μητρικού γάλακτος το 22,22% των θηλαζουσών δεν ήταν ενήμερες αν χορηγήθηκε στο μωρό κάτι άλλο πέραν του μητρικού γάλακτος. Θετική απάντηση έδωσε το 45,55% των θηλαζουσών μητέρων και αρνητική απάντηση έδωσε το 31,11%. Το 1,12% (1) δεν απάντησε (γράφημα 25).



Γράφημα 25 Χορήγηση άλλων υγρών πλην μητρικού γάλακτος

Πιο συγκεκριμένα, το 97,56% των γυναικών απάντησε ότι χορηγήθηκε τροποποιημένο γάλα, το 2,43% (1) απάντησε νερό η νερό με γλυκόζη, ενώ το 7,31%(3) δεν γνώριζε τι χορηγήθηκε στο μωρό(γράφημα 26).

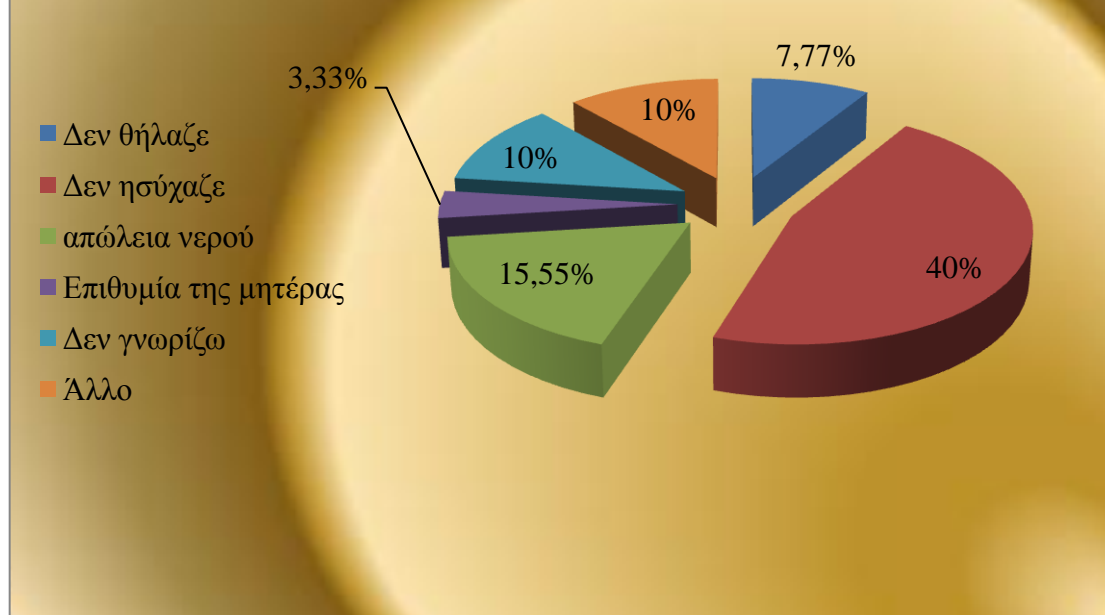


Γράφημα 26 Είδος χορηγηθέντων υγρών

Ερωτώμενες για του λόγους για τους οποίου δόθηκαν στο νεογνό τους άλλα διατροφικά συμπληρώματα, ισόποσο ποσοστό 10% είτε δεν απάντησε, είτε απάντησε ότι δεν γνώριζε τον/τους λόγους χορήγησης. Ένα ποσοστό 7,77% αποδόθηκε σε αδυναμία του νεογνού να θηλάσει, ενώ ένα ποσοστό 40% των περιπτώσεων απάντησε ως λόγο ότι το νεογνό δεν ηρεμούσε.

Σε ποσοστό 15,55% οι θηλάζουσες απάντησαν ότι το νεογνό είχε σημαντική απώλεια νερού ενώ 3,33% των γυναικών απάντησαν ότι ήταν δική τους επιθυμία η χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής (γράφημα 27).

ΛΟΓΟΙ ΛΗΨΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ



Γράφημα 27 Λόγοι λήψης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Αναλύοντας το 10% των απαντήσεων που εξηγούσαν διαφορετικό λόγο από τους ήδη αναφερόμενους στο ερωτηματολόγιο, ως αιτία για την χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, το 44,4% έδωσε ως αιτία την ανεπαρκή ποσότητα μητρικού γάλακτος. Σε ποσοστό 11,11% η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος αιτιολογήθηκε από το γεγονός ότι δεν τους δόθηκε το μωρό να το θηλάσουν. Επίσης ποσοστό 11,11% έλαβαν ως αιτίες η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη, ανουρία, λήψη αντιβίωσης, και τυπική παρακολούθηση. (γράφημα 28).



Γράφημα 28 Επιμέρους λόγοι χορήγησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων 62,80%(27) απάντησε ότι ήταν ενήμερες για τη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, ενώ σημαντικό ποσοστό, το 37,20% (16) απάντησε ότι δε γνώριζε(γράφημα. 29).



Γράφημα 29 Ενημέρωση για τη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Στην ερώτηση με το μέσο χορήγησης του τροποποιημένου γάλακτος το 95,34% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε με μπουκάλι, ενώ το 6,97% απάντησε ότι δε γνώριζε το μέσο που χρησιμοποιήθηκε.

Όσον αφορά στις μη θηλάζουσες μητέρες το 80% απάντησε ότι το μωρό έλαβε τροποποιημένο γάλα από τη στιγμή που γεννήθηκε ενώ ένα μικρό ποσοστό, το 10% απάντησε νερό η γλυκόζη. Επίσης ένα μικρό ποσοστό 10% δεν απάντησε. Η χορήγηση του τροποποιημένου γάλακτος έγινε κατά 90% με μπουκάλι ενώ σε ποσοστό 10% δε δόθηκε απάντηση.

Η παρακάτω ερώτηση αφορούσε μόνο τις μη θηλάζουσες μητέρες και αφορά την πρόσφορα βοήθειας για την προετοιμασία του μητρικού γάλακτος το 40% απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια ενώ το 60% των μη θηλαζουσών απάντησε αρνητικά. Από τις μη θηλάζουσες μητέρες που δέχτηκαν συμβουλές το 50%(2) απάντησε ότι δέχτηκε συμβουλές για σωστή παρασκευή γάλακτος, το 100%(4) για τον τρόπο χορήγησης του τροποποιημένου γάλακτος, ενώ το 25% των μη θηλαζουσών μητέρων δέχτηκε συμβουλές για την πρακτική εξάσκηση μητρικού γάλακτος. Αντίστοιχο ποσοστό γυναικών δέχτηκε συμβουλές πως να χορηγείται στο βρέφος με ασφαλή τρόπο η τροφή.

4.18 Χορήγηση πιπίλας από το προσωπικό

Ανάμεσα στα θηλάζουσες μητέρες το 78,88% απάντησαν ότι δεν έγινε χρήση πιπίλας από το προσωπικό, ενώ το 1,11% ότι έγινε. Ένα ποσοστό της τάξης του 18,88% απάντησε ότι δεν γνώριζε αν δόθηκε.(γράφημα 30). Όσον αφορά τις μη θηλάζουσες μητέρες το 90% των γυναικών απάντησε ότι δε χορηγήθηκε πιπίλα από το προσωπικό, ενώ το 10% των γυναικών δεν απάντησε (γράφημα .31).



Γράφημα 30 Χορήγηση πιπίλας από το προσωπικό θηλάζουσες μητέρες

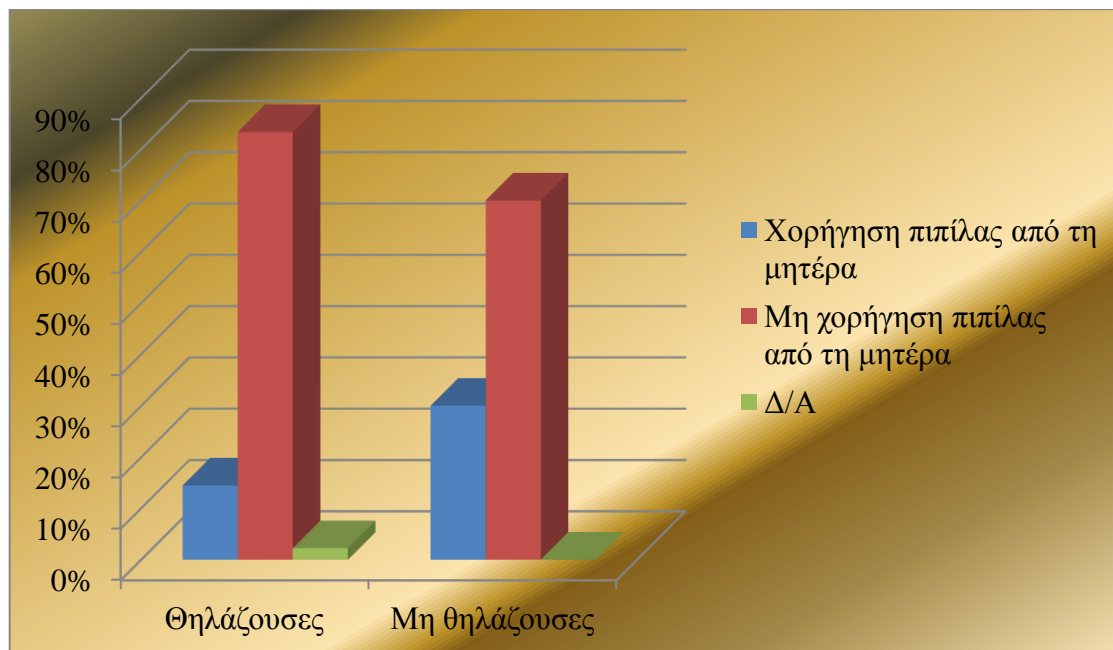


Γράφημα 31 Χορήγηση πιπίλας από το προσωπικό μη θηλάζουσες μητέρες

4.19 Χορήγηση πιπίλας από τους γονείς

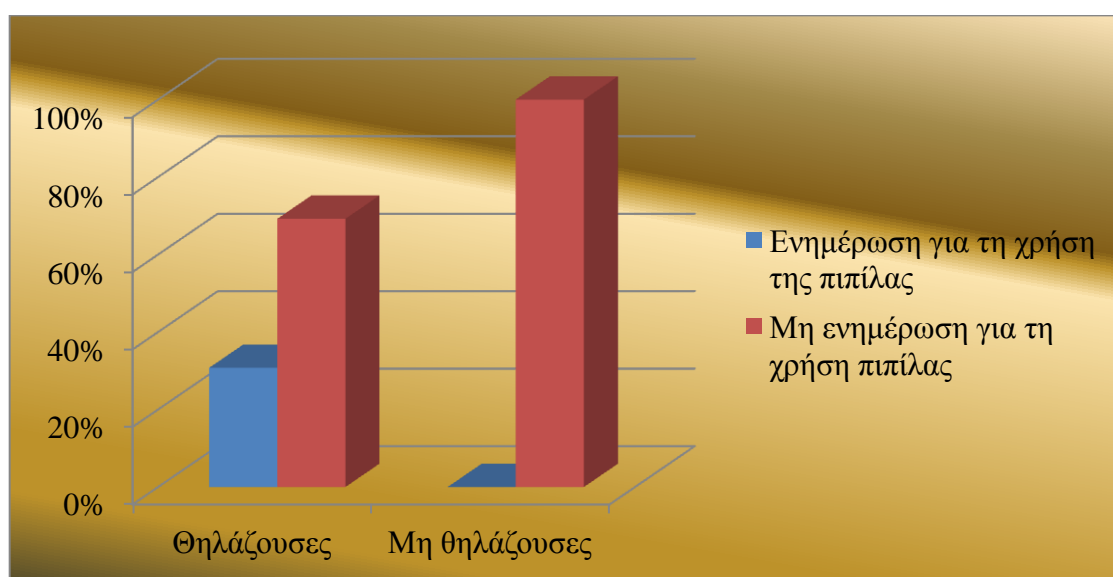
Όσον αφορά την χορήγηση πιπίλας από τις θηλάζουσες μητέρες το 83,33% απάντησε αρνητικά, ενώ το 14,44% απάντησε θετικά. Το σύνολο συμπληρώνει το 2,22% των θηλαζουσών μητέρων που δεν απάντησαν. (γράφημα 32).). Σχετικά με τις μη

θηλάζουσες μητέρες, το 70% απάντησε αρνητικά, ενώ το 30% απάντησε θετικά(γράφημα 32).



Γράφημα 32 χορήγηση πιπίλας από τους γονείς

Στην ερώτηση σχετικά με την λήψη ενημέρωσης από το προσωπικό σχετικά με την χορήγηση πιπίλας , το 69,24% των θηλαζουσών απάντησε ότι δεν έλαβε ενημέρωση και το 30,76% ότι έλαβε ενημέρωση. πιπίλας (γράφημα 33). Οι μη θηλάζουσες μητέρες απάντησαν ότι δεν δέχτηκαν ενημέρωση.

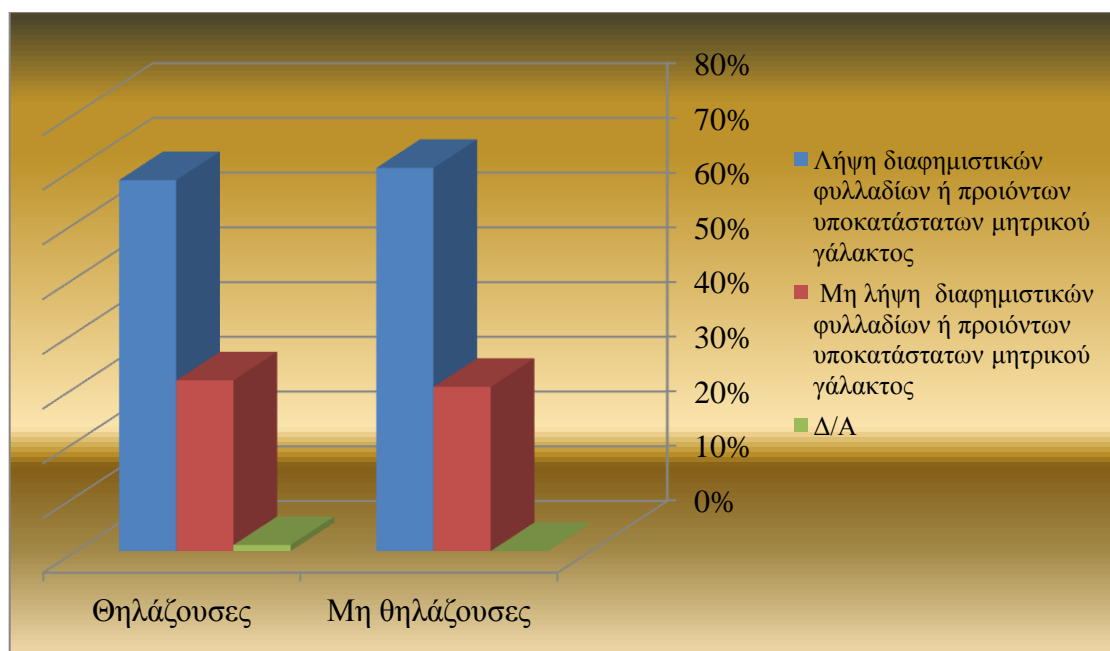


Γράφημα 33 Ενημέρωση για τη χρήση πιπίλας

4.20 Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος μέσω προωθητικών φυλλαδίων ή προϊόντων έγινε (ή προσπάθησε να γίνει) στο 67,77% των θηλαζουσών και μόλις στο 31,11% των θηλαζουσών δεν έγινε. Το 1,11% των γυναικών που θήλασαν δεν απάντησαν. απάντησε (γράφημα 34).

Παρόμοια ποσοστά παρατηρήθηκαν και στις μη θηλάζουσες μητέρες, όπου το 70% απάντησε ότι δέχτηκε προωθητικά φυλλάδια, ενώ το 30% απάντησε αρνητικά.



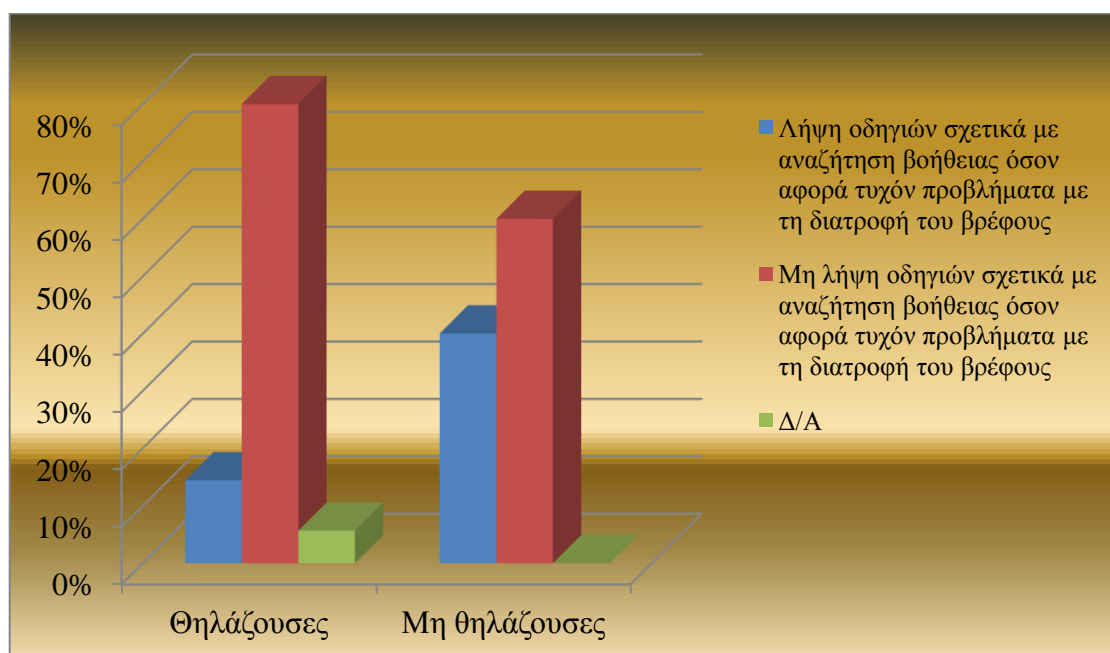
Γράφημα 34 Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Επί του συνόλου των θηλαζουσών γυναικών που απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση, στο 90,15% των περιπτώσεων τους δόθηκε φυλλάδιο από εταιρεία για την προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, ενώ στο 13,14% δόθηκαν δωρεάν δείγματα γάλακτος σε σκόνη. Το 3,30% των απάντησαν ότι τους δόθηκαν και τα δυο .

4.21 Υποδείξεις για αναζήτηση βοήθειας όσον αφορά τη σίτιση του βρέφους

Όσον αφορά το ζήτημα της αντιμετώπισης προβλημάτων σχετικών με την διατροφή του βρέφους μετά την έξοδο τους από το νοσηλευτικό ίδρυμα, οδηγίες δήλωσε ότι έλαβε το 80% των θηλάζουσών γυναικών , ενώ 14,44% δήλωσε ότι δεν έλαβε καθόλου οδηγίες. Τέλος ένα ποσοστό 5,56% δεν απάντησε. (γράφημα 35).

Όσον αφορά τις μη θηλάζουσες μητέρες το 40% απάντησε ότι δέχτηκε ενώ το 60% απάντησε αρνητικά.



Γράφημα 35 Υποδείξεις για αναζήτηση βοήθειας επί παρουσίας προβλημάτων στη σίτιση του νεογνού

Από το σύνολο των θηλάζουσών γυναικών που έλαβαν οδηγίες σχετικά με ζητήματα που θα αφορούν τον μητρικό θηλασμό μετά την έξοδο τους από το νοσηλευτικό ίδρυμα, το 23,07% δέχτηκε υποδείξεις να καλέσει το ΓΝΑ Αλεξάνδρα. Ισόποσα ποσοστά γυναικών, (23,07% δηλαδή) έλαβαν οδηγία είτε να ζητήσουν επίσκεψη στο σπίτι, 23,07% να επικοινωνήσουν με κάποιο σύμβουλο γαλουχίας, 23,07% να απευθυνθούν σε εξωτερικό ιατρείο. Το 7,69% των ερωτηθέντων γυναικών δέχτηκε

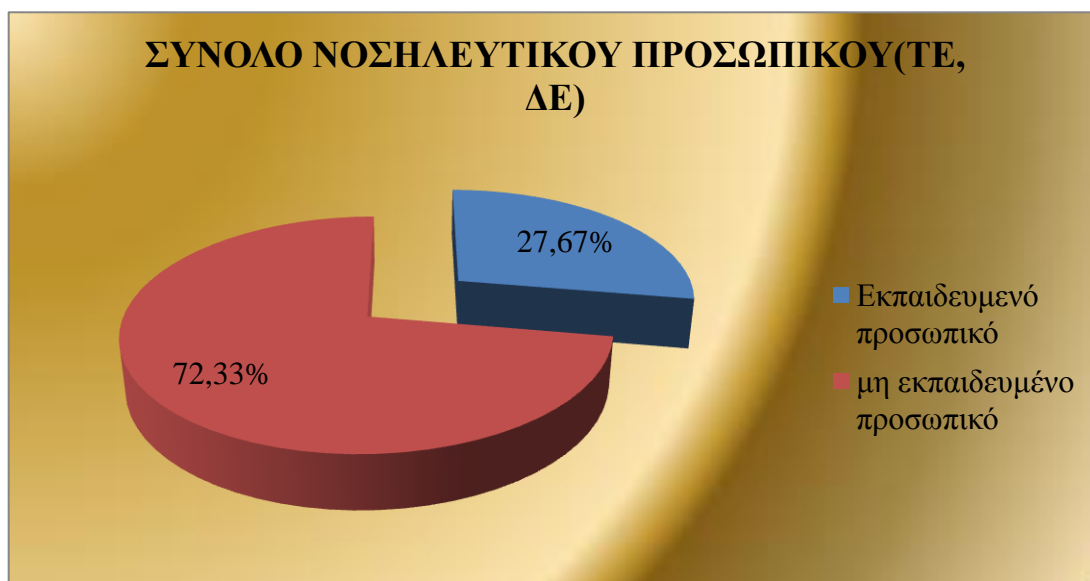
υποδείξεις να απευθυνθεί σε κάποια ομάδα υποστήριξης, ενώ το ίδιο ποσοστό γυναικών (7,69%) απάντησε ότι του δόθηκαν συμβουλές να απευθυνθεί στις υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα. Το άθροισμά στην συγκεκριμένη ερώτηση βγαίνει μεγαλύτερο από εκατό γιατί πολλές γυναίκες έδωσαν περισσότερες από μία απαντήσεις.

4.22 Εκπαίδευση προσωπικού.

Το αρχείο εκπαίδευσης του προσωπικού ένα εργαλείο για να καταγραφεί και εν συνεχεία να αξιολογηθεί το ποσοστό του προσωπικού που έχει λάβει επιμορφωτική εκπαίδευση με αντικείμενα όπως η προαγωγή και η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, καθώς επίσης και για τη παροχή πληροφοριών στις μητέρες που για διάφορους λόγους δε θηλάζουν. Για τους συγκεκριμένους ερευνητικούς σκοπούς, μοιράστηκε ειδικό έντυπο σε 18 τμήματα του νοσοκομείου.

Το σύνολο του προσωπικού αποτελείται από 188 άτομα, από τα οποία τα 164 είναι μαίες και τα 24 νοσηλευτικό προσωπικό (ΔΕ). Κατά την διάρκεια της έρευνας απουσίαζαν μακροχρόνια για διάφορους λόγους 26 άτομα. Κατά συνέπεια μπορούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα 162 μέλη του προσωπικού (100% δηλαδή) τα οποία και διαχωρίζονται σε 140 μαίες και 22 ΔΕ Νοσηλευτικής.

Από το 100% του διαθέσιμου προσωπικού, μέσω της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων συμμετείχαν οι 112, ποσοστό 69,13%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 27,67% του προσωπικού έχει λάβει επιμορφωτική εκπαίδευση. Το ποσοστό αυτό μάλιστα αφορά στο μαιευτικό προσωπικό, δεδομένου ότι κανένα άτομο του προσωπικού από την ειδικότητα της ΔΕ Νοσηλευτικής δεν έχει λάβει ανάλογη εκπαίδευση(γράφημα 36).



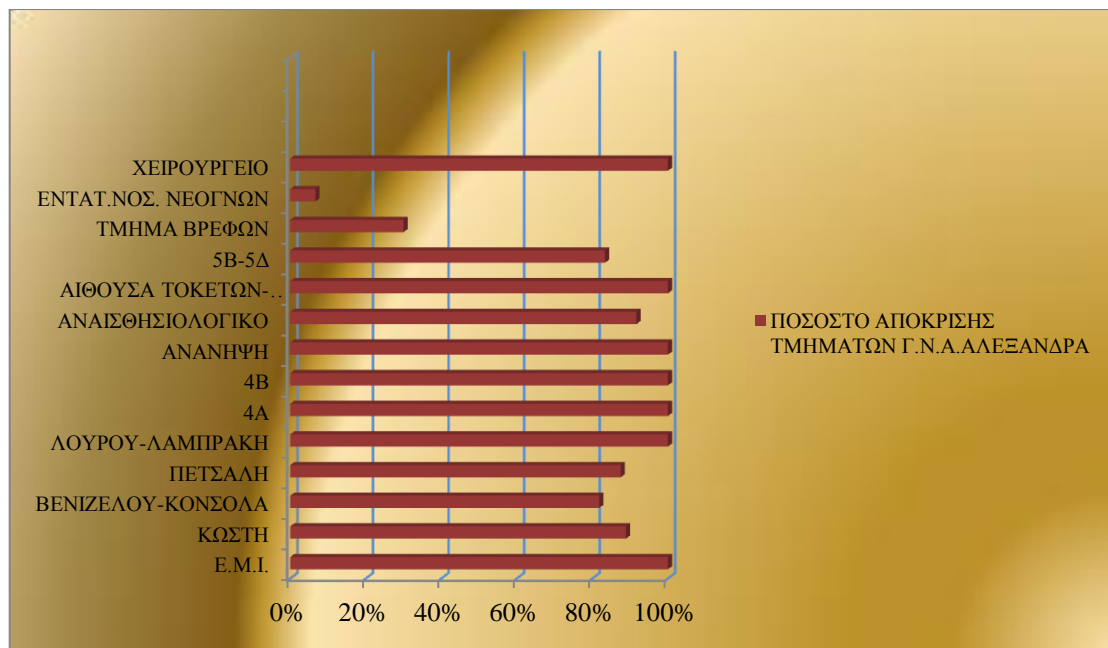
Γράφημα 36 Εκπαίδευση στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού

Αναφορικά με τη χρονολογία της εκπαίδευσης την τελευταία πενταετία έχουν λάβει εκπαίδευση το 61,29% (19) του συνόλου.



Γράφημα 37 Χρονολογία εκπαίδευσης

Ο μέσος όρος συμμετοχής στα τμήματα ήταν 83,59%. Με χαμηλότερο εκείνο της μονάδας εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) 6,66% και του τμήματος νοσηλείας βρεφών με ποσοστό 30%.



Γράφημα 38 Ποσοστό απόκρισης τμημάτων ΓΝΑ Αλεξάνδρα

5^ο Κεφάλαιο

5.1 Σύγκριση αποτελεσμάτων έρευνας με βάση τα παγκόσμια κριτήρια

Η UNICEF έχει συστήσει μια ομάδα κριτηρίων ώστε να στεφθεί με επιτυχία η προσπάθεια του θηλασμού, η ύπαρξη των οποίων καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, πριν και μετά τον τοκετό, με τρόπο ενιαίο, σαφή και αποτελεσματικό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που έλαβαν χώρα στο Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα θα τεθούν σε αντιπαραβολή με τα παγκόσμια κριτήρια έτσι ώστε αφενός να διαπιστωθεί ο βαθμός ετοιμότητας του νοσοκομείου να εισέλθει στη διαδικασία λήψης της πιστοποίησης και αφετέρου να διαπιστωθούν οι αλλαγές θα πρέπει να γίνουν, ώστε με την ανάλογη προσαρμογή των προσφερόμενων υπηρεσιών στα διεθνή πρότυπα, να είναι δυνατή η πραγμάτωση του στόχου της πιστοποίησης με επιτυχία. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν, αποτελούν ενδεικτικό δείγμα στην αυτοαξιολόγηση του νοσοκομείου.

5.2 Παγκόσμια κριτήρια *Βήμα 1ο*

Γραπτή πολιτική

Το νοσηλευτικό ίδρυμα ή το τμήμα που επιθυμεί να λάβει την πιστοποίηση, θα πρέπει να υιοθετεί μια γραπτή πολιτική θηλασμού/διατροφής των νεογνών, η οποία να εφαρμόζει πλήρως τα 10 προαναφερθέντα βήματα-κριτήρια. Επίσης, η πολιτική αυτή προστατεύει το μητρικό θηλασμό, τηρώντας ταυτόχρονα πιστά το Κώδικα

Από την έρευνα λοιπόν προέκυψε ότι στις γυναίκες που θήλαζαν δόθηκε ενημερωτικό υλικό για τροποποιημένο γάλα αγελάδας από συγκεκριμένη εταιρεία σε ποσοστό

67,77%, ενώ στις γυναίκες που σίτιζαν αποκλειστικά με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος τα νεογνά τους, δόθηκαν διαφημιστικά φυλλάδια σε ποσοστό 70%.

Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες που επιλέγουν να θηλάζουν, χρειάζονται περισσότερο υποστήριξη και ενημέρωση σχετικά με το μητρικό θηλασμό και λιγότερο προώθηση και συνταγογράφηση σκευασμάτων αγελαδινού τροποποιημένου γάλακτος. Σύμφωνα με τη Unicef και τον ΠΟΥ το βήμα αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη γραπτής πολιτικής με την οποία θα δίνονται κατευθυντήριες γραμμές στις γυναίκες για το μητρικό θηλασμό. Οι παρεμβάσεις άλλωστε για την προστασία του μητρικού θηλασμού από επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν μια κοινή πολιτική για τη διατροφή του βρέφους.

Τα αποτελέσματα βέβαια της έρευνας καταδεικνύουν ότι η ανυπαρξία μίας γραπτής πολιτικής αποτελεί κίνδυνο για την προστασία του θηλασμού από τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, δεδομένου ότι μεγάλος αριθμός γυναικών δέχτηκε ενημερωτικά φυλλάδια για την προώθηση τροποποιημένου γάλακτος. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, διαφαίνεται μια ελλιπής υποστηρικτική στάση απέναντι στις μητέρες που θηλάζουν και μη συμμόρφωση με τις αρχές του Κώδικα

Επίσης, σε αυτό το βήμα ζητείται να παρέχονται οδηγίες από το προσωπικό, σε μητέρες που είναι οροθετικές στον ιό HIV, σχετικά με τη διατροφή των νεογνών τους, ώστε να κάνουν την καλύτερη επιλογή για τη σίτιση του βρέφους τους. Εκείνο που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι από το ερωτηματολόγιο για την εκπαίδευση του προσωπικού διαφαίνεται ότι μόνο 1 μαία, δηλαδή ποσοστό μόνο 3,22% επί του συνόλου του προσωπικού είχε την αντίστοιχη κατάρτιση για να δώσει έγκυρες οδηγίες σε γυναίκες που είναι φορείς της νόσου.

5.3 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 2^ο

Εκπαίδευση προσωπικού

Σε αυτό το βήμα θα πρέπει όλο το υγειονομικό προσωπικό που παρέχει οποιασδήποτε μορφής υπηρεσία υγείας σε εγκύους, μητέρες και νεογνά να έχει προσανατολισθεί

προς την πολιτική θηλασμού/ διατροφής των νεογνών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που παρέχονται πρέπει να είναι επαρκείς. Ειδικότερα απαιτείται τουλάχιστον το 80% του κλινικού προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε μητέρες και βρέφη να έχει λάβει εμπειριστατωμένη και επαρκή εκπαίδευση εντός έξι μηνών από την έναρξη της υπαλληλικής σχέσης με τον φορέα, σχετικά με τη γραπτή πολιτική.

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι μόλις το 27,67% είναι εκπαιδευμένο στο μητρικό θηλασμό με τις απαιτούμενες ώρες. Επομένως το 72,33% δεν έχει λάβει μέρος σε κανενός είδους εκπαιδευτικό πρόγραμμα που να αφορούσε το μητρικό θηλασμό.

Ειδικότερα την τελευταία πενταετία έχουν εκπαιδευτεί μόνο 19 άτομα, δηλαδή ποσοστό 61,29% επί των εκπαιδευμένων ατόμων και 16,96% επί του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης πολύ σημαντικό στοιχείο της έρευνας είναι ότι μόνο μια (1) μαία είχε εκπαιδευτεί στη προετοιμασία τροφής που χορηγείται με βρεφική φιάλη, δηλαδή ποσοστό 3,22%. Φυσικά, το ποσοστό αυτό απέχει πάρα πολύ από το επιθυμητό 80% που απαιτείται.

5.4 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 3^ο

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

Από τη στιγμή που το εν λόγω νοσοκομείο διαθέτει προγεννητική κλινική και προγεννητικά εξωτερικά ιατρεία, είναι πολύ σημαντικό οι γυναίκες που κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών υγείας, να πληροφορούνται για τα οφέλη και πως μπορούν να ανταπεξέλθουν των προβλημάτων του θηλασμού.

Το ρόλο αυτό, της ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της κύησης, τον έχει αναλάβει το τμήμα ψυχοπροφυλακτικής, όπου ο κάθε κύκλος διαρκεί 5 ημέρες και οι έγκυες γυναίκες έχουν τη δυνατότητα να λάβουν ενημέρωση σχετικά με το θηλασμό. Βέβαια λόγω του περιορισμένου χρόνου δεν παρέχονται λεπτομερές πληροφορίες που αφορούν στη μεταγεννητική περίοδο. Τα παγκόσμια κριτήρια απαιτούν τουλάχιστον το 70% των εγκύων γυναικών στις οποίες παρέχονται υπηρεσίες υγείας στη

προγεννητική περίοδο να έχουν ενημερωθεί για το θηλασμό. Από την έρευνα προέκυψε ότι από τις 100 γυναίκες που γέννησαν στο ΓΝΑ Αλεξάνδρα, μόνο το 43% έκανε μία ή και παραπάνω επισκέψεις στο χώρο του νοσοκομείου για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Από αυτές τις 43 γυναίκες μόνο οι 22 έλαβαν κάποια πληροφόρηση για τον τρόπο διατροφής του νεογνού, ποσοστό μόνο 56,15%. Επίσης παρόμοιο ποσοστό των εγκύων έλαβε ενημέρωση για επιμέρους θέματα όπως ο πρώιμος δεσμός με την επαφή δέρμα με δέρμα, το rooming in και οι κίνδυνοι από την επιλογή τροποποιημένου αγελαδινού γάλακτος.

Οι υπόλοιπες γυναίκες, ενώ έκαναν χρήση των προγεννητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, δεν παρακολούθησαν τα μαθήματα για την προετοιμασία της γονεϊκότητας σε ποσοστό που αγγίζει το 43,75%. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών, δηλαδή το 57% δεν έχει λάβει την κατάλληλη ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας, δεδομένου ότι προσήλθε στο νοσηλευτικό ίδρυμα μόνο για την πραγματοποίηση του τοκετού. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα μεγάλο και δε συμβαδίζει με τις πολιτικές που επιτάσσει η Unicef, σχετικά με την ενημέρωση των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό που παρατηρείται λοιπόν, είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό εγκύων δεν κάνουν χρήση των προγεννητικών υπηρεσιών υγείας, επομένως είναι αδύνατη η προσέγγιση και η προγεννητική ενημέρωσή τους σε θέματα που αφορούν στο θηλασμό. Ακόμα και στις περιπτώσεις όμως που οι γυναίκες πραγματοποιούν επισκέψεις για αναζήτηση προγεννητικής φροντίδας, ένα μέρος αυτών των γυναικών δεν κάνει χρήση των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής, με αποτέλεσμα να έχει ελλιπή και ανεπαρκή πληροφόρηση.

5.5 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 4^ο

Έναρξη θηλασμού την πρώτη μισή ώρα από τη γέννηση

Το βήμα αυτό προϋποθέτει ότι τα νεογνά θα πρέπει να τοποθετούνται πάνω στο γυμνό δέρμα της μητέρας τους χωρίς ρούχα αμέσως μετά τον τοκετό και για τουλάχιστον ½ ώρα, και ότι επίσης θα υπάρχει αφενός ενθάρρυνση των νέων μητέρων για έναρξη του θηλασμού και αφετέρου προσφορά βοήθειας, όπου είναι

αναγκαία. Η επιθυμητή διάρκεια είναι η μία ώρα και παραπάνω όπου είναι δυνατόν, δεδομένου ότι το νεογνό έχει ξεπεράσει σε ένα βαθμό το σοκ του τοκετού και είναι έτοιμο να ξεκινήσει να θηλάζει.

Από την έρευνα προέκυψε ότι το 59% των ερωτηθέντων γυναικών γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και το υπόλοιπο 40% με καισαρική τομή, εκ των οποίων 82,5% ήταν καισαρική τομή με επισκληρίδιο αναισθησία και το υπόλοιπο 7,5% καισαρική τομή με γενική αναισθησία. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο διαχωρισμός αυτός είναι απαραίτητος προκειμένου να φανερωθεί το ποσοστό εκείνο των γυναικών, όπου κατά τη μείωση δεν ήταν εφικτή η άμεση επαφή με το νεογνό. Υπό την έννοια αυτή, μόνο για το ποσοστό 7,5% των ερωτηθέντων γυναικών δεν θα ήταν εφικτός ο πρώιμος δεσμός με το νεογνό, διότι όπως γίνεται αντιληπτό στη γενική αναισθησία υπάρχει πλήρης απουσία των αισθήσεων, με αποτέλεσμα να προκύπτει θέμα ασφάλειας για το νεογνό. Αναγκαστικά σε αυτή τη περίπτωση το νεογνό τοποθετείται στην αγκαλιά της μητέρας του, αφού η ίδια έχει ανακτήσει πλήρως τις αισθήσεις τις.

Επίσης πρέπει να επισημανθεί ότι η άμεση επαφή και πιο συγκεκριμένα η επαφή δέρμα με δέρμα έχει πολλαπλά οφέλη ιδιαίτερα για το νεογνό, αφού αποτελεί τη μόνη γνώριμη αγκαλιά σε ένα περιβάλλον ξένο προς αυτό. Η θερμοκρασία από το γυμνό σώμα της μητέρας του το βοηθά να σταθεροποιήσει τη δική του, και αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό διότι τα μωρά έχουν ανώριμο θερμορυθμιστικό σύστημα. Επίσης η επαφή αυτή παρέχει την απαιτούμενη ηρεμία και ασφάλεια με αποτέλεσμα το βρέφος να σταματήσει να κλαίει και να ρυθμιστεί με αυτό τον τρόπο σταδιακά και η αναπνοή του. Τέλος το βοηθά να ανακτήσει τις δυνάμεις του και να ξεκινήσει να έρπει αργά αλλά σταθερά προς το μαστό της μητέρας οδηγούμενο από τις αισθήσεις του και ιδιαίτερα από την όσφρηση και την ακοή. Το νεογνό λοιπόν, είναι επιθυμητό να παραμένει τουλάχιστον 1 ώρα στη γυμνή αγκαλιά της μητέρας του αμέσως μετά τη γέννηση του έτσι ώστε να μπορέσει να καρπωθεί τα οφέλη του θηλασμού.

Τα μωρά που τους δόθηκε η ευκαιρία να έρθουν σε δερματική επαφή με τη μητέρα είχαν 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν αποκλειστικά στην ηλικία των 3 και 6 μηνών.

Από τη έρευνα των γυναικών λοιπόν, προέκυψε το 54% του συνόλου εφάρμοσε τη δερματική επαφή το υπόλοιπο 45% το αγκάλιασε τυλιγμένο, χωρίς μεγάλη δερματική επαφή. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που αποφάσισαν να θηλάσουν και γέννησαν με

φυσιολογικό τοκετό είχαν επαφή δέρμα με δέρμα σε ποσοστό 61,81%. Το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή και επισκληρίδιο αναισθησία ήταν 28,57%. Όσον αφορά στις γυναίκες που αποφάσισαν να μη θηλάσουν αυτές που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν επαφή δέρμα με δέρμα σε ποσοστό 75% και το αντίστοιχο με καισαρική τομή και επισκληρίδιο αναισθησία ήταν μόλις 25%. Όσον αφορά στο σύνολο όλων των γυναικών μετά από φυσιολογικό τοκετό η επαφή δέρμα με δέρμα είναι 61,66%. Το αντίστοιχο ποσοστό σε καισαρική τομή με επισκληρίδιο είναι 45,45%. Τα δυο αυτά ποσοστά απέχουν αρκετά από αυτά που ορίζουν τα παγκόσμια κριτήρια και τα οποία προτείνουν και στις 2 περιπτώσεις, να υπάρχει επαφή δέρμα με δέρμα σε ποσοστό 80%.

Επίσης σύμφωνα με τη Unicef, απαιτείται το 50% των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή αλλά υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία να έχουν δερματική επαφή μετά την ανάκτηση τόσο των αισθήσεων αλλά και των ικανοτήτων τους. Από την έρευνα προκύπτει ότι το ποσοστό αυτό είναι μηδενικό και ότι όταν τα νεογνά δόθηκαν στις μητέρες για πρώτη φορά, ήταν πια στο δωμάτιο νοσηλείας και μάλιστα τους δόθηκαν τυλιγμένα ή ντυμένα.

Επίσης, η Unicef ορίζει πως οι μητέρες απαιτείται σε ποσοστό 80% να έχουν άμεση επαφή με το νεογνό χωρίς να υπάρχει καθυστέρηση και πιο συγκεκριμένα εντός 5 λεπτών, όταν βέβαια δε συντρέχει κανένας ιατρικός λόγος απομάκρυνσης του νεογνού από τη μητέρα. Από την έρευνα των γυναικών προέκυψε ότι σε ποσοστό 40% επί του συνόλου το νεογνό δόθηκε αμέσως στις μητέρες και σε ποσοστό 32% εντός 5 λεπτών. Δηλαδή το 72% των μητέρων είχαν επαφή εντός 5 λεπτών, όπως άλλωστε ορίζουν τα παγκόσμια κριτήρια.

Επιπλέον σε αυτό το βήμα εξετάζεται και ο χρόνος που παρέμεινε το νεογνό με τη μητέρα του σε αυτή την πρώτη επαφή και αφορά τοκετούς όπου οι νέες μητέρες είχαν πλήρως τις αισθήσεις τους δηλαδή σε φυσιολογικούς τοκετούς και καισαρικές τομές με επισκληρίδιο αναισθησία. Τα παγκόσμια κριτήρια απαιτούν σε ποσοστό 80% τα νεογνά να έχουν μείνει 1 ώρα και παραπάνω σε επαφή με τη μητέρα, χωρίς κανενός είδους διαχωρισμό. Από την έρευνα προέκυψε ότι το ποσοστό των νεογνών που παρέμεινε με τη μητέρα του για τουλάχιστον 1 ώρα είναι 6,66%. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα μικρό και αποκαλύπτει ότι ενώ εφαρμόζεται η επαφή δέρμα με δέρμα,

εντούτοις το νεογνό δεν αφήνεται στη μητέρα του πάρα μόνο για κάποια λεπτά, σε ποσοστό που κυμαίνεται στο 71%.

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά στους φυσιολογικούς τοκετούς, τα παγκόσμια κριτήρια ορίζουν ότι στο 75% των τοκετών τα νεογνά πρέπει να έχουν δερματική επαφή και να παραμένουν με τη μητέρα τους για τουλάχιστον 1 ώρα. Επιπροσθέτως θα πρέπει να έχει παρασχεθεί βοήθεια στη μητέρα ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία του πρώιμου θηλασμού την πρώτη ώρα μετά το τοκετό. Το ποσοστό που προέκυψε από το δείγμα των τυχαία επιλεγμένων μητέρων της έρευνας ήταν μηδενικό.

Αξίζει αναφοράς το γεγονός ότι από το ποσοστό των μητέρων που έλαβαν βοήθεια όσον αφορά στο θηλασμό, μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 24% του συνόλου των ερωτηθέντων έλαβε την βοήθεια αμέσως μετά τη γέννηση και ενώ βρισκόταν ακόμα στην αίθουσα τοκετών ή το χειρουργείο αντίστοιχα. Βέβαια αυτό από μόνο του και χωρίς την απαιτούμενη δερματική επαφή δε συμβαδίζει με τις απαιτήσεις έτσι όπως ορίζονται από τη UNICEF.

Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι το είδος του τοκετού παίζει ρόλο στην έκβαση του θηλασμού. Σύμφωνα με διάφορες έρευνες προέκυψε ότι οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν 1,5 φορά μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάζουν αποκλειστικά τον 1ο μήνα και να συνεχίζουν να θηλάζουν τον 3ο μήνα σε σχέση με τις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή.

5.6 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 5^ο

Να δείχνεται στις μητέρες πώς να θηλάσουν

Σε αυτό το βήμα απαιτείται η παροχή βοήθειας σε όλες τις θηλάζουσες μητέρες την πρώτη φορά που θα επιχειρήσουν να θηλάσουν τα νεογνά τους, όπου το ιδανικό σενάριο παραμένει ο πρώτος θηλασμός να λαμβάνει χώρα αμέσως μετά το τοκετό και όπου δεν είναι αυτό εφικτό, τότε συνίσταται να λάβει χώρα κατά τις πρώτες έξι ώρες ζωής του νεογνού.

Η παροχή βοήθειας δύναται να παρέχεται από όλο το εκπαιδευμένο προσωπικό όμως στη περίπτωση που υπάρχουν σύμβουλοι γαλουχίας θα πρέπει να είναι στη διάθεση

των νέων μητέρων όλο το 24ωρο για την έγκαιρη επίλυση προβλημάτων και την αποφυγή μελλοντικών. Κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο οι νέες μητέρες θα πρέπει να λάβουν πληροφορίες και για τον τρόπο που θα τους δοθούν οι πληροφορίες δεδομένου ότι υφίστανται δυο μέθοδοι εκμάθησης μητρικής τέχνης η τεχνική Hands on και η τεχνική Hands off. Κάθε νέα μητέρα θα πρέπει να επιλέξει τη πλέον ενδεδειγμένη μέθοδο για την ίδια καθώς έχει αποδειχθεί ότι και η εκμάθηση σχετίζεται με συνέχιση ή όχι της προσπάθειας για ΜΘ. Και οι δυο τεχνικές καλύπτουν όλο το απαιτούμενο εύρος γνώσεων σχετικά με θέματα θηλασμού, την άλμεξη γάλακτος με το χέρι και αποφυγή προβλημάτων. Επιπρόσθετα μέσα στα πλαίσια της ενημέρωσης τα μέλη του προσωπικού οφείλουν να προετοιμάσουν τις μητέρες για την έξοδό τους από το νοσοκομείο και να παρέχουν πληροφορίες για αναζήτηση βοήθειας από το σπίτι εάν αυτό κριθεί αναγκαίο. Η παροχή βοήθειας και ενημέρωσης περιλαμβάνει και την παροχή πληροφόρησης στις μητέρες που επέλεξαν για μέθοδο διατροφής του νεογνού τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, Σε αυτή τη περίπτωση θα πρέπει να γίνει επίδειξη προετοιμασίας τροφής και ο τρόπος χορήγησης του.

Πιο συγκριμένα, απαιτείται το 80% του προσωπικού να γνωρίζει πώς να εκπαιδεύσει τη μητέρα για τις διάφορες στάσεις θηλασμού και αφού επιλεγεί η πλέον κατάλληλη τότε να ακολουθήσει ενημέρωση για τη σωστή στάση του σώματος της μητέρας. Ιδιαίτερα σημαντικό για την επιτυχή έκβαση του θηλασμού είναι να εκπαιδευτεί για το πώς πρέπει να πιάνει το μαστό το προκειμένου το νεογνό να προσκολληθεί καλά στη θηλή. Εκτός από τις κατάλληλες δεξιότητες ώστε να μεταδίδει τις σωστές τεχνικές θηλασμού, το προσωπικό πρέπει σε ποσοστό 80% να είναι σε θέση να επιδείξει άλμεξη γάλακτος με το χέρι.

Από το κομμάτι της έρευνας που σχετιζόταν με την εκπαίδευση του προσωπικού προέκυψε ότι μόνο το 10,71% του προσωπικού που εργάζεται στα τμήματα που παρέχουν φροντίδα μετά το τοκετό είναι εκπαιδευμένο. Σε αυτή τη περίπτωση γίνεται ξεκάθαρα αντιληπτό πόσο χαμηλό είναι αυτό το ποσοστό και πόσο απέχει από το αντίστοιχο απαιτούμενο.

Όσον αφορά στις λεχώνες, τα παγκόσμια κριτήρια ορίζουν ότι

1. Τουλάχιστον 80% των λεχόνων θα πρέπει να έχουν δεχθεί προσφορά βοήθειας. Στην έρευνα προέκυψε ότι από το σύνολο των μητέρων βοήθεια δέχτηκε το 75% των μητέρων. Πιο συγκεκριμένα απαιτείται παροχή βοήθειας για το θηλασμό αμέσως μετά τον τοκετό ή όπου αυτό δεν είναι εφικτό μέσα στις πρώτες 6 ώρες μετά τον τοκετό. Προέκυψε λοιπόν ότι και στις δυο περιπτώσεις αυτό εφαρμόστηκε συνολικά στο 81% των περιπτώσεων που έγινε λήψη βοήθειας. Πρέπει να αναφερθεί ότι μόνο στο 33,8% των νέων μητέρων έλαβε βοήθεια για το θηλασμό αμέσως μετά το τοκετό και ούσα ακόμα στην αίθουσα τοκετών. Στο 30% των περιπτώσεων, είχαν παρέλθει 6 ώρες από τη γέννηση του νεογνού.

2. Σε ποσοστό 80% απαιτείται να έχει γίνει εκμάθηση της σωστής τοποθέτησης του νεογνού στο μαστό. Από την έρευνα προέκυψε ότι παρασχέθηκε βοήθεια στο 72,2% των περιπτώσεων. Επίσης ένα ποσοστό της τάξης του 7,77% αρνήθηκε τη βοήθεια, διότι όπως αναφέρθηκε σύμφωνα με την έρευνα δεν τη χρειαζόταν ενώ το 18,9% δεν έλαβε βοήθεια για τη σωστή τοποθέτηση του νεογνού στο μαστό.

3. Η εκμάθηση για την άλμεξη με το χέρι είναι ανάγκη να γίνεται σε ποσοστό 80% των μητέρων. Στην παρούσα έρευνα το ποσοστό αυτό είναι 54,44%. Από το προαναφερόμενο επίσης ποσοστό απαιτείται το 80% των γυναικών να έχουν προσπαθήσει την πράξη και να τα έχουν καταφέρει. Από τη παρούσα έρευνα προέκυψε ότι από το ποσοστό των γυναικών που ενημερώθηκαν για την άλμεξη με το χέρι, μόνο το 45,44% προσπάθησε να εφαρμόσει τις οδηγίες που του δόθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας και από αυτό το ποσοστό μόνο το 60,97% το κατάφερε.

Από το ποσοστό νέων μητέρων που επιλέγουν να μη θηλάσουν τα νεογνά τους, θα πρέπει Το 80% να έχουν ενημερωθεί για την ασφαλή προετοιμασία και χορήγηση τεχνητής διατροφής. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε αυτή την περίπτωση ενώ κανένα μέλος του προσωπικού δεν έχει εκπαιδευτεί πάνω στο θέμα αυτό, εντούτοις μόνο το 40% των γυναικών που δε θήλαζε, έλαβε οδηγίες από τους επαγγελματίες υγείας για την ασφαλή χορήγηση γάλακτος με βρεφική φιάλη. Επίσης το 50% των ανωτέρω συμμετεχόντων στην απάντηση ότι έλαβε οδηγίες για την ασφαλή παρασκευή του, ενώ το 25% των γυναικών αυτών απάντησαν ότι τους δόθηκαν οδηγίες για τη σωστή ανάμειξη του. Τέλος παρόμοιο ποσοστό γυναικών απάντησε πως έκανε εξάσκηση στην προετοιμασία του ξένου γάλακτος.

Συμπερασματικά, αυτό που προκύπτει είναι ότι παρόλο που το ποσοστό του εκπαιδευμένου προσωπικού είναι αρκετά μικρό, υπάρχει ωστόσο αρκετά μεγάλη

προθυμία για την παροχή βοήθειας στον θηλασμό. Όμως η απουσία εκπαίδευσης και η μη ταύτιση των απόψεων, ενδέχεται να δημιουργήσει σύγχυση στις νέες μητέρες με αποτέλεσμα την μη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ των νοσηλευόμενων και του προσωπικού. Επίσης, η απουσία εκπαίδευσης είναι πιθανόν να οδηγήσει σε λανθασμένη ή ακατάλληλη πληροφόρηση ιδιαίτερα όταν η ενημέρωση εμπεριέχει προσωπικές απόψεις, ή σε πολλές περιπτώσεις δε συμβαδίζει με τα νέα επιστημονικά δεδομένα που ισχύουν στο θέμα του θηλασμού.

Επίσης όπως προέκυψε από την έρευνα, το προσωπικό δεν φαίνεται να έχει λάβει εκπαίδευση σε θέματα τεχνητής διατροφής. Παρ' όλα αυτά όμως ένα μεγάλο μέρος παρέχει συμβουλές, προφανώς κάνοντας χρήση της προσωπικής του εμπειρίας. Επομένως αυτό δύναται να δημιουργήσει σύγχυση στις λεχόνες και να μεταφερθούν ενδεχομένως λανθασμένα κάποια δεδομένα, με ότι αυτό συνεπάγεται.

Επίσης αναφέρεται ότι τα παγκόσμια κριτήρια κάνουν λόγο για συμβούλους γαλουχίας που ασχολούνται αποκλειστικά και μόνο με τη βοήθεια όλων των γυναικών σε θέματα θηλασμού. Στο νοσοκομείο της παρούσας έρευνας δεν υφίσταται τέτοιο τμήμα που να είναι αρμόδιο για το μητρικό θηλασμό, όμως υπάρχουν μια μαία και μια παιδίατρος που είναι πιστοποιημένοι σύμβουλοι γαλουχίας κατά IBCLC

5.7 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 6^ο

Να χορηγείται στα νεογνά μόνο μητρικό γάλα εκτός αν υπάρχει αντίθετη ιατρική ένδειξη

Η Unicef και ο Π.Ο.Υ. συνιστούν ότι τα βρέφη θα πρέπει να λαμβάνουν αποκλειστικά μητρικό γάλα εκτός αν συντρέχουν ιατρικοί λόγοι που αυτό δεν είναι δυνατόν να συμβεί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 90% απάντησε ότι έχει επιλέξει ως τρόπο διατροφής των νεογνών το ΜΘ όμως παρόλη την απόφασή τους σε ποσοστό 44,55% το ίδιο αυτό ποσοστό που επέλεξε το ΜΘ θεωρεί ότι κάποια στιγμή χορηγήθηκαν στο μωρό και άλλα υγρά πέραν του μητρικού γάλακτος, και πιο συγκεκριμένα αγελαδινό γάλα ενώ το 22,2% δεν γνώριζε με τι σιτίστηκε το νεογνό. Το ποσοστό αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη διότι είναι αντιφατικό από τη μια να γίνεται προσπάθεια να ενημερωθούν και να πεισθούν οι νέες μητέρες να θηλάσουν τα

νεογνά τους και στον αντίποδα ένα νοσοκομείο και οι επαγγελματίες υγείας που το απαρτίζουν να σιτίζουν με ΤΓΑ τα νεογνά. Αυτό από μόνο του αποτελεί ένδειξη μη σεβασμού ως προς την επιλογή της μητέρας αλλά από την άλλη παρατηρείται μια μη διεκδικητική νοοτροπία από τη πλευρά των νέων μητέρων. Επίσης δεν συμβαδίζει με τις επιταγές της Unicef.

Για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού απαιτείται προστασία από την προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Το πλέον αξιοσημείωτο είναι ότι η αιτιολογία χορήγησης ΤΓΑ δεν ήταν ιατρικοί, όπως συστήνεται από τα 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό. Ειδικότερα, το 40%, των θηλαζουσών απάντησε ότι το νεογνό έλαβε ΤΓΑ γιατί ήταν πολύ ανήσυχο, στοιχείο οξύμωρο μιας και το νεογνό αποδεδειγμένα ηρεμεί στο στήθος της μητέρας. Το 7,77% των θηλαζουσών μητέρων απάντησαν ότι υπήρχε αδυναμία θηλασμού. Εδώ χρειάζεται προσοχή και περαιτέρω διερεύνηση αφενός για τους λόγους που δεν ήταν σε θέση το νεογνό να θηλάσει αφετέρου δε γιατί οι επαγγελματίες υγείας δεν κατάφεραν να τοποθετήσουν αποτελεσματικά το νεογνό στο μαστό και να καθοδηγήσουν τη νέα μητέρα σωστά. Και αυτό αποτελεί άλλο ένα σημείο στο οποίο διαφαίνεται η έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού. Το 15,55% απάντησε ότι η χορήγηση ΤΓΑ οφειλόταν σε απώλεια νερού. Το 3,33% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι η χορήγηση ΤΓΑ ήταν αποτέλεσμα δικής τους απόφασης. Τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 10% των θηλαζουσών μητέρων δε γνωρίζει το λόγο για τον οποίο το νεογνό έλαβε αυτά τα συμπληρώματα.

Ένα ποσοστό της τάξης του 10% έδωσε κάποια διαφορετική απάντηση και πιο συγκεκριμένα δικαιολόγησε τη χορήγηση ΤΓΑ ως εξής το 11,11% απάντησε ότι αιτία ήταν η χορήγηση αντιβίωσης στο νεογνό. Πρέπει να επισημανθεί ότι η χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής δεν αποτελεί αντένδειξη για ΜΘ.

Πολύ σημαντικό ποσοστό των νέων μητέρων το 44,4% απάντησαν ότι χορήγησαν ΤΓΑ λόγω μη επαρκούς ποσότητας γάλακτος και σε αυτό το σημείο διαφαίνεται η μη αποτελεσματικότητα του προσωπικού καθώς οφείλει να ενημερώσει για τη χωρητικότητα του νεογνικού στομάχου αλλά και τους χειρισμούς που ενδείκνυνται για την αύξηση της ροής.

Επίσης το κλινικό προσωπικό ενημέρωσε σε πολύ μικρό ποσοστό μόλις 37,2% τους γονείς για τους κινδύνους που εμπεριέχει η χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος.

Συμπερασματικά προκύπτει ότι και σε αυτό το βήμα δεν επιτυγχάνεται ο στόχος που θέτει η Unicef για 80% Αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και μη χορήγησης άλλων υγρών εκτός των περιπτώσεων όπου κρίνεται αναγκαίο για ιατρικούς λόγους. Μόνο το 11,11% των περιπτώσεων δικαιολογημένα θα έπρεπε να λάβει υποκατάστατα. Όμως στο εν λόγω νοσοκομείο το 97,5% των λαμβάνουν ΤΓΑ και 2,4% νερό ή νερό με γλυκόζη.

Επίσης το ποσοστό του ΑΜΘ είναι 42% και του ΜΘ με παράλληλη χορήγηση υποκατάστατων αγγίζει το 58% , ευρισκόμενα αρκετά μακριά από το στόχο του 80%.

5.8 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 7^ο

Πρακτική παραμονής των βρεφών όλο το εικοσιτετράωρο μαζί με τη μητέρα τους

Η συνδιαμονή μητέρας και νεογνού κρίνεται απαραίτητη για την εδραίωση του μητρικού θηλασμού και αποτελεί μια από τις προϋποθέσεις των baby-friendly νοσοκομείων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, κατέδειξαν ότι το 75% των μητέρων είχαν τα νεογνά μαζί τους σε 24ωρη βάση, ποσοστό το οποίο μπορεί εύκολα να γίνει 80% όπως απαιτείται από τα παγκόσμια κριτήρια.

Η συνδιαμονή έχει πολλαπλά οφέλη μα το σημαντικότερο όλων είναι ότι βοηθά στην εγκατάσταση της γαλουχίας, καθώς και τη προσαρμογή της μητέρας στο νέο της ρόλο δεδομένου ότι καλείται να καλύψει όλες τις ανάγκες του νεογέννητου παιδιού της έγκαιρα και με ασφάλεια. Επίσης η φροντίδα του νεογέννητου που παρέχεται από τη μητέρα ενισχύει το συναισθηματικό δεσμό.

Η μη παραμονή των νεογνών με τη μητέρα σχετιζόταν με κάποιο ιατρικό λόγο και πιο συγκεκριμένα σε ποσοστό 32,59% το νεογνό νοσηλευόταν σε θερμοκοιτίδα, αντίστοιχο ποσοστό νοσηλευόταν στη Μονάδα Νοσηλείας Βρεφών λόγω Σακχαρώδη Διαβήτη κύησης για παρακολούθηση για υπογλυκαιμία, γεγονός οξύμωρο δεδομένου ότι η πρόωμη έναρξη του θηλασμού συμβάλλει στο να σταθεροποιηθούν οι τιμές γλυκόζης στο αίμα. Επομένως ο αποχωρισμός από τη μητέρα δεν μειώνει αλλά αυξάνει το κίνδυνο να εκδηλώσει υπογλυκαιμία. Η προωρότητα, προβλήματα του

αναπνευστικού καθώς και καρδιολογικά προβλήματα , υποθυρεοειδισμός και εμφάνιση ίκτερου αποτελούν τις επιμέρους αιτίες μη συνδιαμονής μητέρας-νεογνού.

Σε αυτή την ερώτηση δεν λήφθηκε καμία απάντηση από τη μεριά των μη θηλαζουσών μητέρων.

Παρατηρείται λοιπόν ότι το 75% της συνδιαμονής βρίσκεται σε εγγύτητα με το προαπαιτούμενο 80% . Αναμφίβολα όμως θα πρέπει να προσαρμοστούν οι νοοτροπίες και οι παρωχημένες πρακτικές στα νέα παγκόσμια δεδομένα.

Τα νέα δεδομένα έχουν ξεπεράσει την έννοια της απλής συνδιαμονής και μιλούν για κοινό ύπνο στη μητρική κλίνη. Ο κοινός ύπνος φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στην ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού με αποτέλεσμα την εγκατάσταση του ΜΘ σε πιο υγιή βάσεις.

5.9 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 8^ο

Ελεύθερος και απεριόριστος θηλασμός

Είναι πολύ σημαντικό η λεχώνα να ενημερώνεται ώστε να αναγνωρίζει έγκαιρα τα σημάδια πείνας του νεογνού και να του παρέχει τροφή ανάλογα με τις βιολογικές του ανάγκες και όχι με ωράριο. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει για τη διαχείριση του θηλασμού κατά τη διάρκεια της νύχτας όπου οι θηλασμοί είναι περισσότεροι λόγω της αυξητικής ορμόνης που απελευθερώνεται στο μητρικό γάλα κατά τη διάρκεια των νυχτερινών ωρών.

Για ελεύθερο και απεριόριστο θηλασμό ενημερώθηκε το 40,99% των θηλαζουσών μητέρων. Παρόλαυτά πρέπει να σημειωθεί ότι ποσοστό της τάξης του 14% ανέφερε ότι δεν του δόθηκε καμιά οδηγία για τη συχνότητα των γευμάτων.

Συμπερασματικά προκύπτει ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση σε αυτό τον τομέα ενδεχομένως και λανθασμένη και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αποριών από τη πλευρά των μητέρων σχετικά με τις ικανότητες τους στο μητρικό τους ρόλο.

Η εγγύτητα του νεογνού με το σώμα της μητέρας καθώς και ο θηλασμός βασιζόμενος στις ανάγκες του νεογνού έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχώς αυξανόμενη παραγωγή

γάλακτος. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας στο 40% των θηλαζουσών μητέρων δόθηκαν συμβουλές να σιτίζει το νεογνό κάθε 2-3 ώρες ενώ για απεριόριστο θηλασμό ενημερώθηκε μόνο το 43,3% των θηλαζουσών

Ωστόσο αυτό που προέκυψε και αξίζει να τονιστεί είναι οι απαντήσεις που δόθηκαν από το προσωπικό και την ανομοιογένεια τους καθώς οι ερωτηθείσες μητέρες εξέφρασαν τη δυσφορία τους στο γεγονός της πληθώρας των αντικρουόμενων πληροφοριών που έλαβαν ούσες στο τμήμα λεχώνων για τη χρονική διάρκεια των γευμάτων και τα μεσοδιαστήματα τους.

Το τελευταίο αυτό εύρημα είναι αποτέλεσμα της έλλειψης γραπτής πολιτικής για το μητρικό θηλασμό στο ΓΝΑ Αλεξάνδρα. Όπως διαφαίνεται αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη παροχή αντικρουόμενων πληροφοριών που μάλλον μπερδεύουν πάρα διευκολύνουν τις νέες μητέρες.

Η μη κοινή γραμμή για το ΜΘ έχει αντίκτυπο στην εικόνα που δίνει προς τα έξω το εν λόγω νοσοκομείο που δεν είναι καθόλου κολακευτική και δε συνάδει με το γενικότερο έργο που επιτελεί. Επίσης η παροχή πληροφοριών που σχετίζονται με ωράρια και συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια έρχονται σε πλήρη αντίθεση με τα παγκόσμια κριτήρια και τα 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό.

5.10 Παγκόσμια κριτήρια Βήμα 9^ο

Να μη δίνονται στα βρέφη που θηλάζουν τεχνητές θηλές η πιπίλες

Από τα παγκόσμια κριτήρια απαιτείται το 80% των νεογνών να μην έχουν λάβει τροφή με τη χρήση τεχνητής θηλής ή να έχουν χρησιμοποιηθεί πιπίλες. Από τα αποτελέσματα της έρευνας δεν χορηγήθηκε πιπίλα από το προσωπικό σε ποσοστό 78% όμως όπως έχει προαναφερθεί ότι σε ποσοστό τα νεογνά 97,5% των θηλαζουσών μητέρων σιτίστηκαν με βρεφική φιάλη επομένως μπορεί να μη χορηγούνται πιπίλες χορηγείται όμως γάλα με τεχνητή θηλή.

Η χρήση τεχνητών θηλών ή πιπίλων ενδέχεται να δημιουργήσει πρόβλημα στη γαλακτοπαραγωγή με αποτέλεσμα δυσχέρειες στην εφαρμογή του θηλασμού. Επίσης ευθύνεται για το φαινόμενο της σύγχυσης θηλής όπου και αυτό δυσχεράνει την ομαλή

πορεία του ΜΘ με αποτέλεσμα οι νέες μητέρες να βιώνουν αρκετά προβλήματα με την έναρξη του θηλασμού και ως εκ τούτου να απογοητεύονται και να αποθαρρύνονται αρκετά γρήγορα.

Οποιαδήποτε ελεύθερη πληροφόρηση σχετιζόμενη με το ΜΘ περικλείει στους κόλπους της μια γενικότερη στάση, αντίληψη και νοοτροπία όσον αφορά τη κουλτούρα του μητρικού θηλασμού σε προσωπικό αλλά και σε επίπεδο κοινωνίας. Γι αυτό απαιτείται κοινή γραμμή πλεύσης και σύμπνοιας στις πληροφορίες που δίνονται στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και πιο συγκεκριμένα στις νέες μητέρες.

Το παραπάνω γεγονός έρχεται σε αντίθεση με το ότι το 72,3% δέχτηκε ενημέρωση για τη χρήση τεχνητών θηλών και πιπίλων από την άλλη όμως τα νεογνά τους σιτίστηκαν με βρεφική φιάλη και τεχνητή θηλή σε ποσοστό 92,5% επί του συνόλου. Οι γονείς από τη πλευρά τους δε χορήγησαν πιπίλες σε ποσοστό 83%.

Παρατηρείται λοιπόν το εξής οξύμωρο ότι οι γονείς αναγνωρίζουν τους κινδύνους που επιφυλάσσει η χορήγηση πιπίλων και οι ίδιοι επιλέγουν να μην το πράξουν εντούτοις όμως αποδέχονται το γεγονός ότι αφενός χορηγείται ΤΓΑ στα νεογνά τους αφετέρου χρησιμοποιούνται βρεφικές φιάλες και τεχνητές θηλές πράγμα που είναι ενάντιο στα πρωτόκολλα και τις συμμορφώσεις της Unicef και του ΠΟΥ.

5.11 Παγκόσμια κριτήρια *BHMA 10⁰*

Να προωθείται η ίδρυση υποστηρικτικών ομάδων θηλασμού και να ενημερώνονται κατά την έξοδο τους από το μαιευτήριο

Απαιτείται 80% των νέων μητέρων να έχουν λάβει γνώση για το που δύναται να απευθυνθούν σε περίπτωση που είναι απαραίτητη η παροχή βοήθειας. Είναι αναγκαίο να λαμβάνουν γραπτές οδηγίες πριν το εξιτήριο τους έτσι ώστε να καταστεί εφικτή η έγκαιρη επίλυση προβλημάτων και να συνεχιστεί απρόσκοπτα ο ΜΘ όσο το δυνατόν περισσότερο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δε δέχτηκε οδηγίες σε ποσοστό επί του συνόλου. Πιο συγκεκριμένα το 80% των θηλαζουσών εξήλθαν του μαιευτηρίου δίχως οδηγίες οι συστάσεις για αναζήτηση

βοήθειας ή υποστήριξης. Ειδικότερα από το 14,4% των θηλαζουσών που απάντησε ότι τους δόθηκαν συστάσεις σε ποσοστό 23,07% τους συστήθηκε να αναζητήσουν βοήθεια από τις υπηρεσίες υγείας του εν λόγω νοσοκομείου, οι οποίες είναι ανύπαρκτες σε ίδιο ποσοστό τους έγινε σύσταση να αναζητήσουν βοήθεια σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πιο συγκεκριμένα στη κοινότητα όπου και εκεί δεν υπάρχουν εξειδικευμένες δομές που να υποστηρίζουν το ΜΘ, 23,07% έλαβε σαν οδηγία την αναζήτηση βοήθειας από κάποιο εξειδικευμένο σύμβουλο γαλουχίας IBCLC, και το 23,07% να απευθυνθεί σε υποστηρικτικές ομάδες ΜΘ χωρίς ωστόσο να κατονομάζονται ή να επιδεικνύονται κάποιες.

Το ποσοστό αυτό απέχει πολύ από το αντίστοιχο της Unicef και η ενημέρωση για αναζήτηση βοήθειας μετά την έξοδο από τη μονάδα υγείας. Η παροχή ενημέρωσης για τη αναζήτηση βοήθειας στο σπίτι μπορεί να κριθεί ως ελλιπής και σε πολλές δεν δίνονται σωστές κατευθύνσεις. Βέβαια τα μειωμένα ποσοστά εκπαίδευσης του προσωπικού καθώς και η μη ύπαρξη ομάδας θηλασμού ή ενημερωτικών εντύπων μέσα στα πλαίσια του νοσοκομείου αποτελεί από μόνο του μια μορφή ανεπάρκειας στο συγκεκριμένο κομμάτι.

5.12 Προτάσεις

Όπως έγινε αντιληπτό από τη παρούσα διατριβή ο μητρικός θηλασμός είναι αναντικατάστατος και αποτελεί την ιδανική τροφή για το νεογέννητο. Όμως στη σύγχρονη Ελλάδα δεν έχει λάβει ακόμα τη θέση που του αξίζει και αυτό αποδεικνύεται περίτρανα από το γεγονός ότι τα πρώτα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία πιστοποιήθηκαν μόλις το 2011, είκοσι χρόνια μετά τη διακήρυξη του Innocenti, παρόλο που πληθώρα ερευνών έχουν αποδείξει την ευεργετική επίδραση του θηλασμού τόσο στην ατομική υγεία νεογνού-μητέρας όσο και στη κοινωνία.

Με αφορμή ότι ένα από τα μεγαλύτερα νοσηλευτικά ιδρύματα που διαθέτει μεγάλη μαιευτική δύναμη είναι μη πιστοποιημένο, εκπονήθηκε πρωτογενής έρευνα για να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο τηρούνται τα 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό και σε συνδυασμό με την αυτοαξιολόγηση να προσδιορισθεί με ειλικρίνεια κατά πόσο και με ποιο τρόπο είναι δυνατόν να επιτευχθεί η λήψη της πιστοποίησης.

Το συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν είναι σε θέση αυτή τη στιγμή να θέσει σοβαρή υποψηφιότητα και αυτό διαφαίνεται από τα αποτελέσματα που απορρέουν από την έρευνα

Τα αποτελέσματα αυτά, συγκλίνουν στο γεγονός ότι είναι επιτακτική ανάγκη δημιουργία μίας ομάδας που θα ασχοληθεί αποκλειστικά με το κομμάτι που ονομάζεται μητρικός θηλασμός και προαγωγή του. Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού δεν είναι θέμα απλό και εύκολο, απαιτεί εκτός από την ενημέρωση και τη συνεργασία πολλών φορέων. Επίσης απαιτεί ανθρώπινη επαφή, μα κυρίως αναγνώριση της σπουδαιότητας του. Στη συνέχεια της παρούσας, αναφέρονται προτάσεις που δυνητικά θα μπορούσαν να αποτελέσουν το περίγραμμα των εργασιών που πρέπει να υλοποιηθούν.

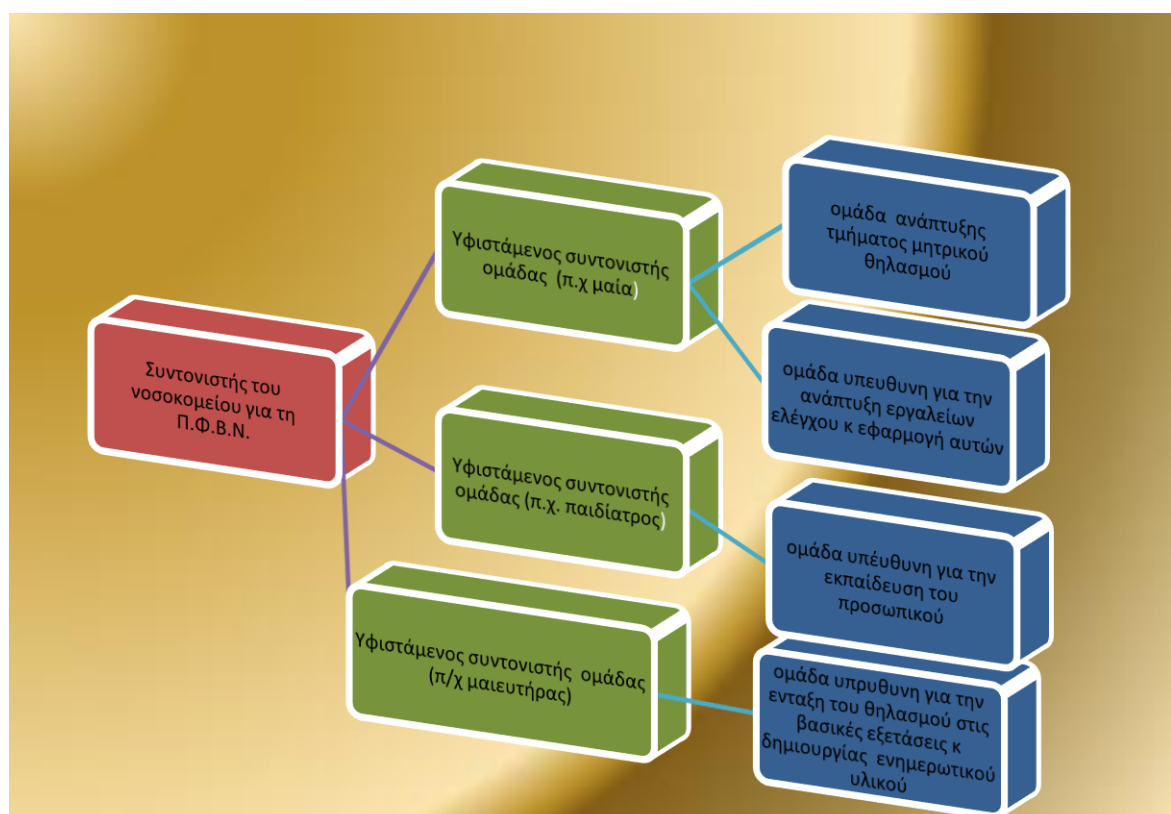
Δημιουργία Ομάδας

Η συλλογή δεδομένων που θα δίνουν στο ΓΝΑ Αλεξάνδρα τη δυνατότητα να κάνει την αυτοαξιολόγηση του καθώς και τη παρακολούθηση όλων εκείνων των δεδομένων που χρήζουν βελτίωσης, θα πρέπει να είναι η βασική δουλειά ομάδας απαρτιζόμενο από μέλη του κλινικού προσωπικού. Η συγκεκριμένη ομάδα θα πρέπει να ετοιμάσει το σχεδιασμό για τα προσεχή έτη, τις ενέργειες που θα πρέπει να γίνουν και τις επιμέρους εργασίες καθορίζοντας ωστόσο και τα χρονοδιαγράμματα και θέτοντας προθεσμίες. (εικόνα 1).

Το βασικό περίγραμμα του σχεδιασμού και των επιμέρους δράσεων θα πρέπει να είναι με βάση τις βασικές συστάσεις του ΠΟΥ και της Unicef και μπορεί να ληφθούν πολύτιμες πληροφορίες από τα εγχειρίδια και το έντυπο υλικό που διαθέτει στους ιστότοπους τους οι οργανισμοί αυτοί, επίσης βοήθεια δύναται να παρασχεθεί και από την Εθνική Επιτροπή Θηλασμού (ΕΕΘ), καθώς και από ήδη πιστοποιημένα νοσοκομεία που έχουν κάνει τις προαναφερθέντες ενέργειες. Τα αποτελέσματα της αυτοαξιολόγησης θα είναι αυτά που θα καθορίσουν το είδος και το βαθμό των παρεμβάσεων που πρέπει να γίνουν στον φορέα, και υπολογίζοντας πάντα τις συνισταμένες κόστος και όφελος. Οι στόχοι πρέπει να υλοποιηθούν σε συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα κάθε φορά και να είναι επιτεύξιμοι. Απαιτούνται μικρά βήματα κάθε φορά δεδομένου ότι αφορούν αλλαγές σε παγιωμένες πρακτικές πολλών ετών.

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι θεμιτό θα ήταν η ομάδα να πραγματοποιήσει μια πλήρη ενημέρωση όλου του προσωπικού ώστε να λυθούν απορίες και να καμφθούν αντιστάσεις, που ενδέχεται να είναι πολλές. Με αυτό τον τρόπο το προσωπικό του νοσοκομείου γίνεται μέλος μιας ευρύτερης προσπάθειας και δεν νιώθει αποκομμένο από τις εξελίξεις. Τέτοιου είδους ενέργειες θα ήταν ωφέλιμες να πραγματοποιούνται μετά από κάθε στάδιο επίτευξης στόχων.

Η ομάδα αυτή που θα είναι επιφορτισμένη με αυτό το πρόγραμμα θα πρέπει να θέτει σε κάθε βήμα εφικτούς στόχους με χρονοδιαγράμματα. Απαιτείται λοιπόν συντονισμένη και στοχοποιημένη προσπάθεια



Εικόνα 1 Πρότυπο δημιουργίας ιεραρχίας και συντονισμού

Ύπαρξη γραπτής πολιτικής

Η ύπαρξη της γραπτής πολιτικής αποτελεί το θεμέλιο λίθο και τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται το οικοδόμημα της ΠΦΒΝ. Για αυτό το λόγο απαιτείται από όλα τα μαιευτήρια η ύπαρξη ενιαίου κώδικα δράσης βασισμένο στις βασικές συνιστώσες της Unicef προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου. Η κοινή γραμμή

ακολουθούμενο από όλα τα μέλη του κλινικού προσωπικού συμβάλλουν στην αύξηση των ποσοστών του ΜΘ διασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τα οφέλη που είναι δυνατόν να προκύψουν άμεσα και έμμεσα.

Η συγγραφή μιας γραπτής πολιτικής δεν θα πρέπει να φοβίζει διότι δεν είναι απαραίτητο να είναι πρωτογενές δημιούργημα αλλά αποτέλεσμα πολλών πολιτικών ή να ληφθούν οδηγίες από τα εργαλεία που έχει αναπτύξει η Unicef. Ακόμα μπορεί να ζητηθεί και η βοήθεια από το ΓΝΑ Έλενα Βενιζέλου, ήδη πιστοποιημένο νοσοκομείο από το Νοέμβριο του 2011 και έχει μακρά και συνεχώς εξελισσόμενη πορεία σε θέματα μητρικού θηλασμού. Επίσης το παραπάνω νοσοκομείο κατέχει την τεχνογνωσία για την υλοποίηση του όλου εγχειρήματος, στοιχείο πολύ σημαντικό καθώς με αυτό τον τρόπο μπορούν να αποφευχθούν λάθη και παραλείψεις, που οδηγούν πολλές φορές σε αυξημένα διοικητικά και οικονομικά κόστη. Η ύπαρξη γραπτής πολιτικής αποτελεί το θεμέλιο λίθο της όλης προσπάθειας.

Εκπαίδευση προσωπικού

Μια από τις συνιστώσες για τη ΠΦΒΝ είναι το εκπαιδευμένο προσωπικό πάνω στο ΜΘ. Βασικά σημεία αναφοράς της εκπαίδευσης αποτελούν τόσο τα 10 βήματα κριτήρια όσο και η γνώση των αρχών του κώδικα. Το βασικό εκπαιδευτικό πλαίσιο πρέπει να βασίζεται στα συνεχώς νέα επιστημονικά δεδομένα δηλαδή απαιτείται εκπαίδευση επιστημονικά τεκμηριωμένη και στοχευμένη προς τη μητέρα και το νεογνό. Για μια ολοκληρωμένη κατάρτιση καλύπτοντας όλα τα απαιτούμενα πεδία απαιτούνται 21 ώρες παρακολούθησης. (18 θεωρία και 3 πρακτική).

Επίσης μέσα σε αυτές τις ώρες θα πρέπει να γίνει ενημέρωση του προσωπικού και στο πεδίο τα τεχνητής διατροφής και πιο συγκεκριμένα της ασφαλούς παρασκευής και χορήγησης του στο νεογνό, όπως επίσης και για την επικινδυνότητα των τροποποιημένων αγελαδινών γαλάτων.

Η επικοινωνία και ο τρόπος μετάδοσης των πληροφοριών πρέπει να περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα διότι δίνοντας ξεκάθαρα μηνύματα με τρόπο σαφή αυξάνουμε ενδεχομένως σε ένα ποσοστό τη πρόθεση θηλασμού.

Η εκπαίδευση βέβαια θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από επάρκεια και να εξατομικεύεται ανάλογα με τις ειδικότητες που υφίστανται στο νοσοκομείο και το ποσοστό και την ποιότητα επαφής τους με τις έγκυες, τις λεχώνες και τα βρέφη. Έτσι όταν πρόκειται για το κλινικό προσωπικό απαιτείται η προαναφερόμενη διάρκεια εκπαίδευσης, ενώ η αντίστοιχη για το βοηθητικό προσωπικό θα είναι 2-3 ώρες.

Βέβαια οι εκπαιδευτικοί στόχοι είναι δύσκολο να επιτευχθούν άμεσα δεδομένου ότι στο νοσοκομείο της παρούσας έρευνας υπάρχει μεγάλος αριθμός μη εκπαιδευμένου προσωπικού. Μια πρόταση είναι ο ορισμός πιστοποιημένων (κατά IBCLC) εκπαιδευτών από το ίδιο το νοσοκομείο, οι οποίοι θα μπορούσαν ένα μέρος του ωραρίου τους να το αφιερώνουν στην εκπαίδευση του προσωπικού που ήδη εργάζεται, αλλά και αυτού που πρόκειται να αναλάβει καθήκοντα. Με αυτό τον τρόπο οι 23 ώρες που απαιτούνται για την εκπαίδευση του προσωπικού, θα ήταν δυνατόν να καλυφθούν σε σεμινάρια 3 ημερών μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, υπολογίζεται ότι η εκπαίδευση όλου του προσωπικού θα ολοκληρωνόταν στο διάστημα ενός μήνα.

Αυτό βέβαια μπορεί να προκύψει εάν σε κάθε κύκλο σεμιναρίου συμμετέχουν 20-25 άτομα και ο κάθε κύκλος πραγματοποιείται σε εβδομαδιαία βάση. Υπό το πρίσμα αυτό σε 4 εβδομάδες, θα έχουν ολοκληρώσει την εκπαίδευση τους και τα 100 άτομα του κλινικού προσωπικού.

Όσον αφορά στην εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, αυτή θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μέσα από κύκλους μαθημάτων, που θα πραγματοποιούνται στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου το οποίο χαρακτηρίζεται από δυνατότητα προσέλευσης μεγάλου αριθμού συμμετεχόντων .

Επίσης το υπόλοιπο προσωπικό που οφείλει να κατέχει απλώς τις βασικές έννοιες που αφορούν στην πολιτική του νοσοκομείου για το θηλασμό, μπορεί να παρακολουθήσει σύντομα σεμινάρια στο διάστημα μίας εβδομάδας, καθώς απαιτείται μόνο ένα δίωρο για την επιμόρφωσή του.

Τα οφέλη από τις παραπάνω δράσεις θα μπορούσαν να είναι πολλά καθώς,

1. σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα το ποσοστό του εκπαιδευμένου προσωπικού θα αγγίξει το 100%,

2. το νοσοκομείο θα προσπαθούσε να διασφαλίσει εργατοώρες με την αποφυγή της χρήσης εκπαιδευτικών αδειών, αφού θα μπορούσε ύστερα από συνεννόηση να ολοκληρωθεί η εκπαίδευση πέραν του επίσημου ωραρίου ή ακόμα και το σαββατοκύριακο. (Τα υφιστάμενα σεμινάρια που πραγματοποιούνται από το Σύλλογο Μαιών, καθώς και από το ΓΝΑ Έλενα Βενιζέλου είναι υψηλού επιπέδου, παρέχουν την απαραίτητη γνώση που απαιτείται και διαρκούν 5 εργάσιμες ημέρες)

Ενημέρωση για τη χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και τους κινδύνους από τη χορήγηση τους

Η χρήση τροποποιημένου αγελαδινού γάλακτος είναι αρκετά διαδεδομένη στην Ελλάδα. Η στάση των νέων μητέρων και η νοοτροπία της ελληνικής κοινωνίας που δεν υποστηρίζει αλλά και σε πολλές περιπτώσεις σαμποτάρει το θηλασμό πρέπει στο εγγύς μέλλον να αποτελεί παρελθόν και η απόφαση για τον τρόπο σίτισης του νεογέννητου να είναι αποτέλεσμα συνειδητής αλλά και τεκμηριωμένης γνώσης. Για αυτό θα πρέπει να απαγορευτεί η διανομή φυλλαδίων ή δειγμάτων που προωθούν τα εν λόγω υποκατάστατα.

Οι μητέρες θα πρέπει να ενημερωθούν πλήρως για τους πιθανούς κινδύνους που εγκυμονεί η χορήγηση τους στα νεογέννητα. Όπως επίσης ότι η έκθεση του οργανισμού του βρέφους στους πρώτους μήνες της ζωής με τις πρωτεΐνες του αγελαδινού γάλακτος μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση αλλεργικών νοσημάτων, όπως άσθματος και εκζέματος. Επίσης υπάρχει η πιθανότητα κοιλιοκάκης και σε πολλές περιπτώσεις αποβολή αίματος από τον εντερικό βλεννογόνο που δυνητικά μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία.

Πληροφόρηση για το ΜΘ κατά τη διάρκεια της κύησης.

Όπως αναφέρθηκε πολλές φορές μια από τις βασικές συνιστώσες για τη πρόθεση θηλασμού είναι να πληροφορηθούν οι μέλλοντες γονείς κατά τη διάρκεια της κύησης και πιο συγκεκριμένα από την αρχή της κύησης.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη παροχή πληροφοριών που θα δίδονται σε κάποιες προγραμματισμένες επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία. Οι επισκέψεις θα πρέπει να είναι προκαθορισμένες εκ των προτέρων για τη καλύτερη και ομαλότερη λειτουργία του προγράμματος.

Όμως δεδομένου των αποτελεσμάτων της έρευνας που προέκυψε ότι μεγάλο ποσοστό των εγκύων παρακολουθούν τη κύηση σε ιδιωτική βάση. Σε αυτή τη περίπτωση δε μπορεί να είναι αποτελεσματικό για αυτό το λόγο προτείνεται το σεμινάριο του ΜΘ να ενταχθεί στην υφιστάμενη λίστα προγεννητικού ελέγχου όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων τη πραγματοποιεί.

Τα παραπάνω αποτελούν προτάσεις που η σταδιακή εφαρμογή τους θα συνέβαλλε στην επίτευξη μικρών στόχων οι οποίοι πραγματώνουν το γενικότερο σκοπό ο οποίος είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας φιλικές προς τα νεογνά και τις μητέρες τους σε ένα περιβάλλον ασφαλές, με γνώση και πάνω απ όλα ανθρώπινη επαφή.

Δημιουργία τμήματος μητρικού θηλασμού και τράπεζας μητρικού γάλακτος

Το τμήμα μητρικού θηλασμού είναι εξειδικευμένο τμήμα μέσα στο νοσοκομείο ,το οποίο δίνει τη δυνατότητα σε πολλές μητέρες να βοηθηθούν στο μητρικό θηλασμό, χωρίς να επιφορτίζεται το λιγοστό προσωπικό. Είναι το τμήμα εκείνο που πρωταρχικός του στόχος είναι να βοηθήσει τις νέες μητέρες στο μητρικό τους ρόλο. Αποτελείται από έμπειρες και εκπαιδευμένες μαίες οι οποίες παρέχουν υποστήριξη και βοήθεια αμέσως μετά το τοκετό σε όλες τις νέες μητέρες. Επιπροσθέτως ρόλος του εν λόγω τμήματος αποτελεί η διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων καθώς επίσης και η τήρηση αρχείου και καταγραφή στατιστικών δεδομένων που αφορούν το κομμάτι του μητρικού θηλασμού.

Οι τράπεζες μητρικού γάλακτος αποτελούν εξειδικευμένα τμήματα που στην Ελλάδα εντάσσονται μέσα στους χώρους του νοσοκομείου, πολλές φορές αποτελούν ενιαία οντότητα με το τμήμα μητρικού θηλασμού. Οι αρμοδιότητες ενός τέτοιου τμήματος είναι η συλλογή γάλακτος από δότριες μητέρες που θηλάζουν.

Ο σκοπός τους είναι αφού συλλέξουν το μητρικό γάλα , αυτό να παστεριωθεί και στη συνέχεια να χορηγηθεί σε πρόωρα νεογνά.

Η χορήγηση σε πρόωρα νεογνά είναι άκρως ωφέλιμη και έχει αποδειχθεί ότι δύναται να μειώσει σε μεγάλο βαθμό τη θνησιμότητα και νοσηρότητα από Νεκρωτική εντεροκολίτιδα καθώς και άλλες νόσους διότι ενισχύει τις άμυνες των ανώριμων αυτών οργανισμών.

Ο θεσμός των τραπεζών μητρικού γάλακτος έχει συμβάλλει τα μέγιστα στην επιβίωση αλλά και φυσιολογική ανάπτυξη χαμηλού και πολύ χαμηλού βάρους νεογνών.

Είναι η τράπεζα εκείνη που παρέχει εγγυημένες αποδόσεις και αποτελεί την καλύτερη επένδυση για την υγεία

Εκπαίδευση της μητέρας στη μητρική τέχνη κατά τη νοσηλεία της στο μαιευτήριο.

Για να υποστηριχθεί να προαχθεί και να εδραιωθεί ο μητρικός θηλασμός και ειδικότερα ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός το προσωπικό θα κληθεί να δώσει οδηγίες και συμβουλές που να καθοδηγήσουν τη νέα μητέρα, όχι μόνο κατά τη μεταγεννητική φροντίδα αλλά και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όμως η βοήθεια επί του πρακτέου με το νεογνό μαζί αποτελεί το θεμέλιο λίθο του αποκλειστικού θηλασμού. Διότι σε αυτή τη χρονική περίοδο θα δοθεί η δυνατότητα στη νέα μητέρα να αντιμετωπίσει τη πραγματικότητα και να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα που προκύψουν.

Ενημέρωση και υποστήριξη των γυναικών μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

Πολλά προβλήματα καλούνται να αντιμετωπίσουν οι νέοι γονείς και περισσότερο η μητέρα αφού πάρουν εξιτήριο από το μαιευτήριο το οποίο είναι ένα απόλυτα ελεγμένο περιβάλλον και με παροχή βοήθειας οποιαδήποτε ώρα της ημέρας. Για να ενισχυθεί περαιτέρω ο ΜΘ είναι απαραίτητο να παρέχονται οδηγίες και συμβουλές για το που δύναται να καταφύγουν για βοήθεια εάν αυτό είναι απαραίτητο. Θεμιτό θα ήταν η πληροφόρηση αυτή να είναι καταγεγραμμένη έτσι ώστε να έχει τη δυνατότητα να προσφεύγει σε αυτή ανά πάσα ώρα και στιγμή.

Η ύπαρξη τηλεφωνικής γραμμής του νοσοκομείου που θα λειτουργεί όλο το 24ωρο θα βοηθούσε ένα μεγάλο μέρος γυναικών να υπερπηδήσει τυχόν προβλήματα που θα προκύψουν. Αυτή τη στιγμή οι περισσότερες τηλεφωνικές γραμμές που υφίστανται λειτουργούν συγκεκριμένες ώρες. Μια καταγραφή όλων αυτών θα έδινε στη νέα

μητέρα τη δυνατότητα της επιλογής αλλά παράλληλα θα ενίσχυε και το αίσθημα της ασφάλειας.

Η παροχή βοήθειας στο σπίτι με τη μορφή επισκέψεων κατ' οίκον ίσως ακούγεται τραβηγμένο, όμως η συνεργασία συμβούλων γαλουχίας με το νοσοκομείο που θα πραγματοποιούν τέτοιου είδους επισκέψεις μαζί με όλες τις παραπάνω προτάσεις θα δημιουργήσουν συνέχεια στη παροχή φροντίδας και βοήθειας στο ΜΘ. Η αλυσίδα αυτή: προγεννητικά - στο τοκετό - κατά τη λοχεία - παροχή βοήθειας στη κοινότητα αποτελεί εν συντομία την επιτυχία του ΑΜΘ καθώς η θέληση μόνο σε πολλές περιπτώσεις δεν αρκεί αλλά απαιτείται συνεχόμενη βοήθεια και υποστήριξη από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.

Τα παραπάνω αποτελούν προτάσεις που η σταδιακή εφαρμογή τους θα συνέβαλλε στην επίτευξη μικρών στόχων οι οποίοι πραγματώνουν το γενικότερο σκοπό ο οποίος είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας φιλικές προς τα νεογνά και τις μητέρες τους σε ένα περιβάλλον ασφαλές, με γνώση και πάνω απ όλα ανθρώπινη επαφή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *History Today*. **Doolan, Paul**. 12, London : s.n., 2008, Vol. 58.
2. **Renfrew, MJ.**, *Preventing disease and saving resources, the potential contribution of increasing breastfeeding rates in UK*. London : Unicef, 2012.
3. **Unicef**. *Aguide for healthworkers to working within the international code of Marketing of breastfeedin substitutes*. London : Unicef, 2011.
4. **Yalom, M.**, *Η ιστορία του γυναικείου στήθους*. Αθήνα : Αγρα, 2009. 978-960-325-669-4.
5. **Παπαβέντσης, Σ.**, *Επιστροφή στο μητρικό θηλασμό, οδηγός επιβίωσης για γονείς και επαγγελματίες υγείας*. Αθήνα : Πατάκης, 2011. 9789601440358.
6. **World Health. Organisation** *Promote, Protect, support Breastfeeding*. Geneva : WHO, 1986.
7. **Kramer, M.S, Kakuma, R.** Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* . Published by John Wiley & Sons, Ltd, 2012, Vol. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
8. **European Commission Directorate Public Health and Risk assesment** *Προστασία, Προαγωγή, Υποστήριξη μητρικού θηλασμού. Σχεδιο δράσης*. Luxembourg : s.n., 2004.
9. **WHO, Unicef**. *Section 1 background and implementation*. London : s.n., 2009.
10. **Unicef**. *10 steps for succesful breastfeeding*. s.l. : Unicef, 1991.
11. **Σχολή Επιστημών Υγείας- Τμήμα Νοσηλευτικής**. *Επειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας , Πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης, 2008.
12. **Εθνική Επιτροπή Θηλασμού.**, *Εθνικά Ποσοστά Μητρικού θηλασμού*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007.
13. *Baby friendly hospitals*. **Μεξη, Π.** Αθήνα Νοσοκομείο Αττικών: s.n., 2013.
14. **WHO**. Baby friendly hospital initiative. <http://www.unicef.org>. [Ηλεκτρονικό] 2011. [Παραπομπή: 23 Μαΐος 2013.]
15. Μητρικό γάλα. wikipedia.org. [Online] Απρίλιος 11, 2013. [Cited: Ιούνιος 01, 2013.] http://el.wikipedia.org/wiki/Μητρικό_γάλα.
16. **Εγγλέζου, Σ.** *Η σύνθεση του μητρικού γαλακτος*. Αθήνα : 6ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο μητρικού θηλασμού για επαγγελματίες υγείας, 2013.

17. **Prentice, A.** Constituents of human milk. *Food and Nutrition Bulletin*. United Nations University, 1996, Vol. 17, 4.
18. **Finley, D. A., B. Lönnerdal, K. G. Dewey, and L. E. Grivetti (1985).** **Finley, D. A., B. Lönnerdal, K. G. Dewey, and L. E. Grivetti.** "Breast milk composition: fat content and fatty acid composition in vegetarians and non-vegetarians. *Am.J.Clin.Nutr.* 1985, 41.
19. **Koletzko, B.** "Polyunsaturated fatty acids in human milk and their role in early development". *J Mamm Gland Biol Neopl* . 1999, Vol. 4, 269.
20. **National Health and Medical Research. Council.** *Dietary Guidelines for Children and adolescents in Australia, Infant Feeding Guidelines for Health Workers.* Canberra : Manager, Legislative Services, AusInfo, 2003. 1864961538.
21. **Galson.S,** Mothers and Children Benefit from Breastfeeding. *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION.* 2008, Vol. 108, 7.
22. **Chua S, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS.** Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol* . 1994, Vol. 101, 9.
23. **Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer.** Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002, Vol. 360, 9328.
24. **Kim N. Danforth, Shelley S. Tworoger ,Jonathan L. Hecht , Bernard A. Rosner , Graham A. Colditz , Susan E.** Breastfeeding and reduced risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control.* 2007, Vol. 17.
25. **Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM.** Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology? : A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health.* 2013, Vol. [Epub ahead of print].
26. **Πρώιμος Δεσμός μητέρας νεογνού. Ρεβέκκα, Τραγέα.** Αθήνα : 60 Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο μητρικού θηλασμού για επαγγελματίες υγείας, 2013.
27. **Marina F. Rea. Benefits of breastfeeding and women's health** Benefits of breastfeeding and women's health. *J Pediatr.* 2009, 80.
28. **Kac G, Benicio MH, Velasquez-Melendez G, Valente JG, Struchiner CJ.** Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *Am J Clin Nutr.* 2004, 79.
29. **Brewer MM, Bates MR, Vannoy LP.** Postpartum changes in maternal weight and body fat depots in lactating vs nonlactating women. *Am J Clin Nutr.* 1989, Vol. 49, 2.

30. **Sadurskis A, Kabir N, Wager J, Forsum E.** Energy metabolism, body composition, and milk production in healthy Swedish women during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr* . 1988, Vol. 48, 1.
31. **Stuebe A, Gillman M, Kleinman K, Rifas-Shiman S, Rich-Edwards J.** Duration of lactation and maternal metabolism at 3 years postpartum. *Am J Obstet Gynecol*. 2007, Vol. 197, 6.
32. **Rayburn W, Piehl E, Lewis E, Schork A, Sereika S, Zabrensky K.** Changes in insulin therapy during pregnancy. *Am J Perinatol*. 1985, Vol. 2, 4.
33. **Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB.** Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA* . 2005, 294.
34. **Stuebe AM, Michels KB, Willett WC, Manson JE, Rexrode K, Rich-Edwards JW.** Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood. *Am J Obstet Gynecol* . 2009, Vol. 200, 2.
35. **L, Melton III and Bryant S, Wahner H, O'Fallon W, Malkasian G, Judd H, Riggs B.** Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporosis International*. London: Springer, 1993, Vol. 3, 2.
36. **Ram, K. T., et al.** "Duration of lactation is associated with lower prevalence of the metabolic syndrome in midlife—SWAN, the study of women's health across the nation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* . 2008, Vol. 198, 3.
37. **Gunderson, E. P., et al.** "Duration of Lactation and Incidence of the Metabolic Syndrome in Women of Reproductive Age According to Gestational Diabetes Mellitus Status: A 20-Year Prospective Study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults). *Diabetes* . 2009, Vol. 59, 2.
38. **Pikwer M, Bergström U, Nilsson JA, et al.** Breast feeding, but not use of oral contraceptives, is associated with a reduced risk of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009, Vol. 68, 4.
39. **Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F.** Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. *Arthritis Rheum*. 2004, Vol. 50, 11.
40. **Hanson LA,.** Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1998, Vol. 81, 6.
41. **Hanson, L. A. and Söderström, T.** "Human milk: Defense against infection". "Human milk: Defense against infection". "*Human milk: Defense against infection*". *Progress in clinical and biological research*. 1981, 61.

42. **Jackson, KM and Nazar, AM.** Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *The Journal of the American Osteopathic Association* . 2006, Vol. 106, 4.
43. **Catherine M, Pound MD, Sharon L, Unger MD.** The Baby-Friendly Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding . *Paediatr Child Health*. 2012, Vol. 17, 6.
44. **Lis J, Orczyk-Pawilowicz M, Kątnik-Prastowska I.** Proteins of human milk involved in immunological processes. *Postepy Hig Med Dosw*. 2013, Vol. 67.
45. **Taylor CE, Greenough WB 3rd.** Control of diarrheal diseases. *Annu Rev Public Health* . 1989, 10.
46. **Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA.** Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J. Pediatr*. 1995, Vol. 126, 5.
47. **Kramer MS, Kakuma R.** The Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002, Vol. 1.
48. **Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, Mitchell EA.** Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* . 2009, Vol. 123, 3.
49. **Aniansson G, Alm B, Andersson B, Håkansson A, Larsson P, Nylén O, et al., et al.** A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. . *Pediatr Infect Dis J*. 1994, 13.
50. **Chung M, Raman G, et al.** Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess* . 2007, 153.
51. **Silvers KM, Frampton CM, Wickens K.** Breastfeeding Protects against Current Asthma up to 6 Years of Age. . *The Journal of Pediatrics*. . 2012.
52. **Mårild S, Hansson S, Jodal U, Odén A, Svedberg K.** "Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection". *Acta Paediatr*. 2004, Vol. 93, 2.
53. *Μητρικός θηλασμός και οικονομικός παραγοντας. Δανεζή, Μ.* Αθήνα : ΓΝΑ Ελενα βενιζέλου, 2011.
54. **Mayer-Davis EJ, Dabelea D, Lamichhane AP, et al.** Breast-feeding and type 2 diabetes in the youth of three ethnic groups: the SEARCH for diabetes in youth case-control study". *Diabetes Care*. 2008, Vol. 31, 3.
55. **Gouveri E, Papanas N, Hatzitolios AI, και συν.** . Breastfeeding and diabetes. *Curr Diabetes Rev*. 2011, 7.
56. **Bartz S, Freemark M.** Pathogenesis and prevention of type 2 diabetes: parental determinants, breastfeeding, and early childhood nutrition. *Curr Diab Rep*. 2012, 12.

57. **Greer FR, Sicherer SH, Burks AW.** "Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas". *Pediatrics* . 2008, Vol. 121, 1.
58. **Lucas A, Cole TJ.** "Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis" . *Lancet*. 1990, Vol. 336, 8730.
59. **Ip S, Chung M, Raman G, et al.** "Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries". *Evid Rep Technol Assess* . 2007, 153.
60. **Athalye-Jape G, More K, Patole S.** Progress in the field of necrotising enterocolitis--year 2012. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013, Vol. 26, 7.
61. **Castellote C, Casillas R, Ramírez-Santana C,.** Premature delivery influences the immunological composition of colostrum and transitional and mature human milk. *J Nutr*. 2011, Vol. 141, 6.
62. **Evenhouse E, Reilly S.** "Improved estimates of the benefits of breastfeeding using sibling comparisons to reduce selection bias" . *Health Serv Res* . 2005, Vol. 40, 6.
63. **Kramer MS, Aboud F, Mironova E, et al.** "Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial". *Arch Gen Psychiatry* . 2008, Vol. 65, 5.
64. **Mortensen EL et al.** The association between duration of breastfeeding and adult intelligence . *JAMA* . 2002, 287.
65. **Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, et al.** Breastfeeding and obesity;cross sectional study. *BMJ*. 1999, 319.
66. **Singhal A, Farooqi Is, O Rahilly S, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A.** Early nutrition and leptin concentrations in later life . *Am J Clin. Nutr*. 2002, 75.
67. **Schiller JS, Lucas JW & Peregoy JA** **Summary health statistics for U.S. adults : National Health Interview Survey.** Summary health statistics for U.S. adults : National Health Interview Survey. *Vital Health Stat*. Washington: National Center for Health Statistics, 2011, Vol. 10, 256.
68. **Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG.** *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses.* Geneva, Switzerland : World Health Organization., 2007. 978-92-4-159523-0.
69. **Oddy, Wendy H and Kendall GE, Li J, Jacoby P, Robinson M, de Klerk NH, Silburn SR, Zubrick SR, Landau LI, Stanley FJ.** "The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years". *The Journal of Pediatrics* . 2010, Vol. 156, 4.

70. **Sun Y, Vestergaard M, Christensen J, et al.** Breastfeeding and the risk of epilepsy in childhood: a birth cohort study. *J Pediatr.* 2011, Vol. 158, 6.
71. **Christopher G.** Infant Feeding and Blood Cholesterol: A Study in Adolescents and a Systematic Review. *Pediatrics.* 2002, Vol. 110, 3.
72. **Ευρωπαϊκή Επιτροπή Υγείας.** Υγεία Ε.Ε. *τοποθεσία Της Ερωπαικής Επιτροπής.* [Online] Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2006. [Cited: Ιούνιος 5 , 2013.] http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/index_el.htm.
73. **Roberts GJ, Cleaton-Jones PE, Fatti LP.** Patterns of breast and bottle feeding and their association with dental caries in 1- to 4-year-old South African children. 1. Dental caries prevalence and experience. *Community Dent Health.* 1993, Vol. 10, 4.
74. **Salone LR, Vann WF Jr, Dee DL.** Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. *J Am Dent Assoc.* 2013, Vol. 144, 2.
75. **Bahuguna R, Younis Khan S, Jain A.** Influence of feeding practices on dental caries. A case-control study. *Eur J Paediatr Dent.* 2013, Vol. 14, 1.
76. **Codpietro L, Ceccarelli M, Ponzone A.** Breastfeeding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2008, 122.
77. *Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία. Μέξη, Π.* Αθήνα : Ματευτήριο Μητερα 6ο Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού για επαγγελματίες υγείας, 2013.
78. **Bartick. M.** Breastfeeding and the U.S. Economy;. *BREASTFEEDING MEDICINE.* 2011, Vol. 6, 5.
79. **Weimer J.** *The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis: food assistance and nutrition research: food and rural economics division, economic research service.* Washington, DC : us department of agriculture, 2001. report no 13.
80. **Maternal and Child Health Bureau.** *Employees Guide to Breastfeeding.* Washington DC : U.S Department of Health and Human Services Health resources and services, 2008.
81. **Melissa.M,** The burden of suboptimal breastfeeding in the united states. A pediatric cost analysis. *Pediatrics.* 2010, DOI: 10.1542/peds.
82. **Βαράκης.N,** *Οικονομοτεχνική μελέτη μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα.* Αθήνα : IBFAN, 2012.
83. **WABA.** Waba. . *Waba.org.my.* [Online] [Cited: Μαϊός 2, 2013.] http://www.waba.org.my/whatwedo/environment/pdf/faq2005_eng.pdf.

84. **Bergman Å, Heindel JJ, Jobling S, Kidd KA.** *State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012*. s.l. : United Nations Environment Programme and the World Health Organization, 2013.
85. *Διαχείριση Κρίσεων και μητρικός θηλασμός*. **Δαλιάνη Α.** Αθήνα : 6ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο μητρικού θηλασμού για επαγγελματίες υγείας, 2013.
86. **C.D.C.** Breastfeeding rates in U.S. <http://www.cdc.org>. [Online] 2009. [Cited: Μαΐος 23, 2013.]
87. Baby friendly usa. [Online] May 2013. [Cited: Ιουνιος 2, 2013.] <http://www.babyfriendlyusa.org/find-facilities>.
88. **Unicef.** *IMPROVING CHILD NUTRITION*. New York : Unicef, 2013. 978-92-806-4686-3.
89. **Philipp BL, Radford A.** Baby-Friendly: snappy slogan or standard of care? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* . 2006, Vol. 91, 2.
90. **Naylor AJ,** Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. *Pediatr Clin North Am.* 2001, Vol. 48, 2.
91. **UNICEF.** *Statistics by Area / Child Nutrition* . New York : UNICEF, 2012.
92. **Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.** *Ένταξη οριζόντιας πράξης «ΑΑΚΥΟΝΗ»: Εθνική πρωτοβουλία προαγωγής του μητρικού θηλασμού*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, 2011.
93. **Kron RE, Stein M, Goddard KE.** Newborn sucking behavior affected by obstetric sedation. *Pediatrics.* 1966, 37.
94. **Ransjo-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K.** Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth.* 2001, 28.
95. **Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S.** Education and Support for Fathers Improves Breastfeeding Rates: A Randomized Controlled Trial. *J Hum Lact.* 2013, [Epub ahead of print].
96. **Ingram J, Johnson D, Condon L.** The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. *Primary Health Care Research&Development.* 2011, 12.
97. **UNICEF UK Baby Friendly Initiative.** *Baby Friendly Hospitals show strong increase in breastfeeding rates*. 2000. Baby Friendly News No 6.
98. **Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U.** Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics.* 2005, Vol. 116, 5.

99. **Langabeer J., DelliFraine J., Delgado R.** **An economic Cost Analysis of becoming Baby Friendly.** *The University of Texas Health Sciences Center at San Antonio* August 28. 2009.
100. **Labbok MH.,** Global baby-friendly hospital initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeed Med.* . 2012, 7.
101. **Pérez-Escamilla., R.** Evidence based breast feeding promotion: The baby friendly hospital initiative. *J Nut.* 2007, Vol. 137, 2.
102. **Unicef.** The baby friendly hospital initiative. *www.unicef.org.* [Online] 2009. [Cited: Ιούνιος 4, 2013.] <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>.
103. Current status of baby friendly hospital initiative . *unicef.org.* [Online] March 2002. [Cited: Ιούνιος 3, 2013.] <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/assets/statusbfhi.pdf>.
104. **Semenic S, Childerhose JE, Lauzière J, Groleau D.** Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. *J Hum Lact.* 2012, Vol. 28, 3.
105. **Brownlee, A.** *Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 4, Hospital Self-Appraisal and Monitoring, Preliminary Version.* . London : Unicef/WHO, 2006.
106. **Flores-antón AB, Temboury-molina MC, Ares-segura S.** Breastfeeding promotion plan in Madrid, Spain. . *J of human lactation.* 2012, 3.
107. **USA, Baby Friendly.** The Baby friendly Hospital Initiative Guidelines and Evaluation Criteria for Facilities seeking Baby Friendly Designation. *Baby friendly USA.* [Online] 2010. [Cited: Ιανουάριος 7, 2013.] http://www.babyfriendlyusa.org/eng/docs/2010_Guidelines_Criteria_Rev%2011_28_11.pdf.
108. **Brownlee A, Labbok M, Clark D.** . [cited 2013 Mar 17]. Available from: **Unicef, W.H.O, Web site:** Baby friendly. *www.unicef.org.uk.* [Online] 2009. [Cited: Μάρτιος 17, 2013.] http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf.
109. **Vasquez MJ, Berg OR.** The Baby-Friendly journey in a US public hospital. . *J perinat neonatal nurs.* 2012, Vol. 26, 1.
110. **Unicef.** . *www.unicef.org.uk.* [Online] Unicef, Φεβρουάριος 2006. [Cited: Μάρτιος 13, 2013.] http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Posters/3/Baby_Friendly_Stage_d_Approach.pdf.

111. **Unicef Uk Baby Friendly Initiative.** *HOW TO IMPLEMENT BABY FRIENDLY STANDARDS A guide for maternity settings.* London : Unicef, 2011.
112. **Unicef.** Unicef. unicef.org.uk . [Online] 2011. [Cited: Μάρτιος 23, 2013.] http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/4/audit_policy_tool_maternity.pdf.
113. **Goodman K, Difrisco E, Source NY.** Achieving baby-friendly designation: step-by-step. . *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2012, Vol. 37, 3.
114. **Braun ML, Giugliani ER, Soares ME.** Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. . *Am J Public Health.* 2003, Vol. 93, 8.
115. **Unicef.** *Unicef Guidance notes for Stage 1 assessment Maternity.* London : Unicef, 2011.
116. *Unicef Guidelines for the development of a training curriculum .* London : Unicef, 2010.
117. **WHO/UNICEF.** *Breastfeeding and Relationship Building: A new approach A course for maternity staff BFHSection 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital – 20-hour course.* London : unicef, 2009.
118. **Unicef.** *UNICEF UK Baby Friendly Initiative Information Sheet Audit tools to monitor breastfeeding support in the maternity and community services.* London : Unicef, 2006.
119. **Unicef.** NHS Trust and East Lancashire Hospitals NHS Trust,, Web site: . *unicef.org.uk.* [Online] Unicef/WHO, 2010. [Cited: Μάρτιος 12, 2013.] http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/bf_assessment_tool.
120. **Ward KN, Byrne JP.** A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *J Hum Lact.* 2011, Vol. 27, 4.
121. **Unicef.** *Unicef Development of a parent education programme unicef.* Λονδίνο : Unicef , 2010.
122. **Unicef** *BABY FRIENDLY INITIATIVE Guidelines for compliance with the requirements for advertising in Baby Friendly health care facilities .* Λονδίνο : Unicef, 2007.
123. **Feldman-winter L, Grossman X, Palaniappan A.** Removal of industry-sponsored formula sample packs from the hospital: does it make a difference? *J Hum Lact.* 2012, Vol. 28, 3.
124. **Unicef.** *Unicef Guidance notes for Stage 2 assessment Maternity .* London : Unicef, 2010.

125. **Unicef** *Guidance notes for Stage 3 assessment Maternit*. London : Unicef, 2010.

126. **Unicef**. *Guidance notes for Re-assessment Maternity*. London : Unicef, 2011.

127. **Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M et al**. *Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates* UNICEF UK. London : Unicef UK, 2012.

128. **UNICEF**. *IMPROVING CHILD NUTRITION the achievable imperative for global progress*. New York : Unicef, 2013. 978-92-806-4686-3.

Παράρτημα

1.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητή μητέρα,

Θα σας ήμασταν ευγνώμονες, αν μπορούσατε να βρείτε το χρόνο να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις σχετικά με τις συμβουλές και την υποστήριξη για τη διατροφή του βρέφους σας που δεχθήκατε στο νοσοκομείο μετά τη γέννηση του παιδιού σας.

Μέσα στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής με θέμα «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα βρέφη», είναι σημαντικό να κατανοηθεί το πόσο βοηθάει η παροχή συμβουλών και αν οι μητέρες παίρνουν τη βοήθεια που χρειάζονται. Θα το εκτιμούσαμε ιδιαίτερα, αν μπορούσατε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, ώστε να εξακριβώσουμε ποιοι τομείς δουλεύουν καλά και ποιοι απαιτούν βελτίωση.

Οι μητέρες στο μαιευτικό μας τμήμα παίρνουν αυτό το ερωτηματολόγιο. Σε γενικές γραμμές σας κάνουμε ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας κατά τη διάρκεια της κύησης και την παραμονή σας στο μαιευτικό τμήμα. Παρακαλούμε να αισθανθείτε ελεύθερα, να προσθέσετε τα δικά σας σχόλια. Το ερωτηματολόγιο είναι πολύ εύκολο να συμπληρωθεί, καθώς απαιτεί μόνο τσεκάρισμα σε ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Η απάντηση του ερωτηματολογίου είναι φυσικά εντελώς προαιρετική. Όλα τα έντυπα θα διατηρηθούν εμπιστευτικά και θα καταστραφούν, όταν ολοκληρωθεί η έρευνα. Κανείς στο νοσοκομείο δεν θα μάθει ποιες ήταν οι απαντήσεις σας.

Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, βάλτε το έντυπο στο φάκελο που το συνοδεύει, σφραγίστε το και παραδώστε το αυτοπροσώπως στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Ωστόσο, θα σας παρακαλούσαμε να σημειώσετε το όνομά σας στη λίστα σε μία ξεχωριστή σελίδα στο τέλος του ερωτηματολογίου, η οποία θα διατηρηθεί εμπιστευτική. Ο λόγος που γίνεται αυτό είναι ότι περίπου ένα χρόνο μετά η ομάδα μας θα ήθελε να επικοινωνήσει τηλεφωνικά σε ένα νούμερο με τις μητέρες που απάντησαν στις ερωτήσεις και να μάθει πώς συνέχισαν οι μητέρες τη σίτιση των βρεφών τους. Η τελευταία σελίδα της φόρμας ρωτάει αν συμφωνείτε να επικοινωνήσουμε μαζί σας

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση και πληροφορία παρακαλούμε μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας.

Υπεύθυνη έρευνας

Νικολακοπούλου Ειρήνη Μαία Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΑΠΚΥ τηλ. 6945 335 830

Ευχαριστούμε πολύ

Ερωτηματολόγιο για τις μη θηλάζουσες μητέρες

	Νοσοκομείο Γ.Ν.Α.Αλεξάνδρα
	Ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου: _____
Ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:	
1	<p>Πόσες επισκέψεις κάνατε σε αυτό το νοσηλευτικό ίδρυμα προς αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης, πριν γεννήσετε ; _____ επισκέψεις</p> <p><i>(εάν δεν κάνατε καμιά επίσκεψη, προχωρήστε στην ερώτηση 4.)</i></p>
2	<p>Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων αυτών, το προσωπικό σας μίλησε σε προσωπικό ή ομαδικό επίπεδο για το πώς πρέπει να σιτίζετε το βρέφος σας; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</p>
3	<p>Σας δόθηκαν πληροφορίες για τα ακόλουθα θέματα; <i>(Εάν ναι, σημειώστε.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Τη σημασία που έχει να έρθετε σε επαφή δέρμα με δέρμα με το μωρό σας αμέσως μετά τη γέννηση του.</p> <p><input type="checkbox"/> Τη σημασία του να έχετε το μωρό σας στο ίδιο κρεβάτι ή στο ίδιο δωμάτιο με το δικό σας.</p>
Ερωτήσεις σχετικά με τη γέννηση και την περίοδο της μητρότητας:	
4	<p>Πότε γεννήθηκε το μωρό σας; Ημερομηνία: _____ Ώρα (περίπου): _____</p> <p>Βάρος κατά τη γέννηση: _____</p>
5	<p>Πώς αποφασίσατε να σιτίσετε το μωρό σας;</p> <p><input type="checkbox"/> Να σιτίσω το μωρό μου με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος (να μην θηλάσω καθόλου) <input type="checkbox"/> Θηλασμός και χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος</p> <p><input type="checkbox"/> Θηλασμός</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλώ περιγράψτε)</p> <p><i>(Σημείωση: Εάν σκοπεύετε να θηλάσετε , τότε πηγαίνετε στο ερωτηματολόγιο για τις «θηλάζουσες μητέρες σελ.5» Αν δεν σκοπεύετε να θηλάσετε καθόλου, συνεχίστε σε αυτό.)</i></p>
6	<p>Τι είδους τοκετό είχατε; :</p> <p><input type="checkbox"/> Κανονικό (κολπικό)</p>

	<input type="checkbox"/> Καισαρική τομή χωρίς γενική αναισθησία <input type="checkbox"/> Καισαρική τομή με γενική αναισθησία <input type="checkbox"/> Άλλο: (Περιγράψτε:)
7	Πόση ώρα μετά τον τοκετό κρατήσατε το βρέφος για πρώτη φορά; <input type="checkbox"/> Αμέσως <input type="checkbox"/> Εντός 5 λεπτών <input type="checkbox"/> Εντός μισής ώρας <input type="checkbox"/> Εντός μίας ώρας <input type="checkbox"/> Αμέσως μόλις ήμουν ικανή να ανταποκριθώ (μετά την ανάνηψη από καισαρική τομή με γενική αναισθησία) <input type="checkbox"/> Άλλο (πόση ώρα μετά τη γέννηση) <input type="checkbox"/> Δεν θυμάμαι <input type="checkbox"/> Δεν το κράτησα ακόμη
8	Πώς κρατήσατε το μωρό σας για πρώτη φορά; <input type="checkbox"/> Δέρμα με δέρμα <input type="checkbox"/> Τυλιγμένο, χωρίς μεγάλη δερματική επαφή
9	Εάν κάνατε περισσότερο από 5 λεπτά, για να κρατήσετε το μωρό σας, ποιος ήταν ο λόγος ; (<input type="checkbox"/> Δεν υπήρξε καθυστέρηση) <input type="checkbox"/> Το μωρό μου χρειαζόταν ιατρική φροντίδα/ παρακολούθηση <input type="checkbox"/> Είχα λάβει αναισθητικό <input type="checkbox"/> Δεν ήθελα να το κρατήσω ή δεν είχα τη δύναμη <input type="checkbox"/> Δεν μου δόθηκε το μωρό μου, αλλά δεν γνωρίζω το λόγο <input type="checkbox"/> Άλλο: _____

10	Για πόσο περίπου χρονικό διάστημα κρατήσατε το μωρό σας την πρώτη φορά; <input type="checkbox"/> Λιγότερο από 30 λεπτά <input type="checkbox"/> Από 30 λεπτά έως λιγότερο από μία ώρα <input type="checkbox"/> Μία ώρα ή περισσότερο <input type="checkbox"/> Περισσότερο : Ώρες _____ <input type="checkbox"/> Δεν θυμάμαι:
11	Δεχθήκατε οποιαδήποτε προσφορά βοήθειας γύρω από το θηλασμό, ενώ ήσασταν στο μαιευτικό τμήμα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Το προσωπικό δεν με ρώτησε, καθώς ήξεραν εξαρχής ότι δεν θα θηλάσω το βρέφος. <i>[Εάν ναι:] πότε σας προσφέρθηκε αυτή η βοήθεια; (Σημειώστε)</i> <input type="checkbox"/> Την πρώτη φορά που κράτησα το μωρό μου μετά τη γέννηση.
12	Πού ήταν το μωρό σας, όταν εσείς ήσασταν στο μαιευτικό τμήμα μετά τη γέννηση; <input type="checkbox"/> Το μωρό μου ήταν συνέχεια μαζί μου μέρα-νύχτα <input type="checkbox"/> Το μωρό μου μερικές φορές δεν ήταν μαζί μου

	<p>Εάν το μωρό δεν ήταν συνέχεια μαζί σας, περιγράψτε παρακαλώ πού ήταν, γιατί και για πόσο χρονικό διάστημα: _____</p> <p>_____</p> <p><i>[Σημείωση: Αν το μωρό σας δέχτηκε φροντίδα μακριά σας για όλη ή μέρος της νύκτας, παρακαλώ συμπεριλάβετε το στην παραπάνω περιγραφή.]</i></p>
13	<p>Τι συμβουλές σας δόθηκαν σχετικά με το πόσο συχνά πρέπει να σιτίζετε το μωρό σας;</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν μου δόθηκαν συμβουλές</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε φορά που το μωρό μου φαίνεται πεινασμένο (όσο συχνά θέλει)</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε ώρα</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε 1-2 ώρες</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε 2-3 ώρες</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιορίστε) _____</p>
14	<p>Τι συμβουλές σας δόθηκαν σχετικά με το πόση ώρα πρέπει το μωρό σας να τρώει;</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν μου δόθηκαν συμβουλές</p> <p><input type="checkbox"/> Όση ώρα επιθυμεί το μωρό μου</p> <p><input type="checkbox"/> Για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα και -εάν ναι- ποιο είναι αυτό; _____</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε) _____</p>
15	<p>Τι έφαγε το μωρό σας από τη στιγμή που γεννήθηκε; (Σημειώστε όλες τις αληθείς απαντήσεις:)</p> <p><input type="checkbox"/> Τροποποιημένο γάλα</p> <p><input type="checkbox"/> Νερό ή νερό με γλυκόζη</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλα υγρά (προσδιορίστε) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ανθρώπινο γάλα</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω</p>
16	<p>Πώς τράφηκε το μωρό σας ;</p> <p><input type="checkbox"/> Μπουκάλι <input type="checkbox"/> Κούπα <input type="checkbox"/> Κουτάλι <input type="checkbox"/> Άλλο _____</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω</p>
17	<p>Από τη στιγμή που δεν σχεδιάζατε να θηλάσετε το βρέφος σας, προσφέρθηκε κανείς να σας δείξει πώς θα ετοιμάσετε και θα δώσετε στο βρέφος σας τις τροφές, ενώ</p>

	<p>βρισκόσασταν στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p> <p>Εάν ναι, τι είδους συμβουλές σας δόθηκαν; (Σημειώστε όλες τις αληθείς απαντήσεις.)</p> <p><input type="checkbox"/> Πώς να παρασκευάζετε σωστά την τροφή του βρέφους</p> <p><input type="checkbox"/> Πώς να χορηγείτε την τροφή στο βρέφος</p> <p><input type="checkbox"/> Πρακτική εξάσκηση στην προετοιμασία της τροφής του βρέφους</p> <p><input type="checkbox"/> Πώς να αναμιγνύετε και να δίνετε την τροφή με τρόπο ασφαλή στο σπίτι</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλη συμβουλή _____</p> <p>Οι συμβουλές δόθηκαν :</p> <p><input type="checkbox"/> Ατομικά <input type="checkbox"/> Σε ομαδική ενημέρωση</p>
18	<p>Χορήγησε το προσωπικό στο μωρό σας πιπίλα;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω</p>
19	<p>Επιλέξατε εσείς να χορηγήσετε η ίδια στο μωρό σας πιπίλα;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><i>[Εάν όχι, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση.]</i></p> <p><i>[Εάν ναι:]</i> σας ενημέρωσε καθόλου το προσωπικό σχετικά με τη χρήση των πιπίλων και πώς αυτά μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του βρέφους σας; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p>
20	<p>Σας δόθηκαν κάποια φυλλάδια ή τρόφιμα που προωθούν τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p> <p>Εάν ναι, τι από τα παρακάτω δεχθήκατε; (Σημειώστε όλες τις αληθείς απαντήσεις.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ένα φυλλάδιο από κάποια εταιρεία διάθεσης τροποποιημένου γάλακτος, το οποίο προωθεί τη σίτιση με τεχνητό γάλα ή άλλες σχετιζόμενες τροφές.</p> <p><input type="checkbox"/> Ένα δωρεάν δείγμα για το σπίτι όπως τεχνητό γάλα, μπουκάλι, ή άλλα σχετιζόμενα τρόφιμα.</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλούμε προσδιορίστε).</p>
21	<p>Σας έγιναν κάποιες υποδείξεις σχετικά με το πώς ή πού να αναζητήσετε βοήθεια, εάν έχετε προβλήματα σχετικά με τη σίτιση του βρέφους σας, αφότου γυρίσετε σπίτι;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><i>[Εάν ναι:]</i> τι προτάσεις σας δόθηκαν;</p>

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Καλέστε το νοσοκομείο ή χρησιμοποιήστε κάποια γραμμή βοήθειας<input type="checkbox"/> Ζητήστε μία επίσκεψη στο σπίτι<input type="checkbox"/> Επικοινωνήστε με κάποιον σύμβουλο γαλουχίας ή εθελοντή<input type="checkbox"/> Πηγαίνετε σε εξωτερικό ιατρείο, όπου προσφέρεται βοήθεια.<input type="checkbox"/> Καλέστε μία ομάδα υποστήριξης της μητέρας<input type="checkbox"/> Χρησιμοποιήστε κάποιες άλλες υπηρεσίες υγείας της κοινότητας<input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιορίστε) _____

Σας ευχαριστούμε θερμά που απαντήσατε σε όλες αυτές τις ερωτήσεις.

Ερωτηματολόγιο για τις θηλάζουσες μητέρες

	Νοσοκομείο: Γ.Ν.Α.Αλεξάνδρα
	Ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου: _____
Ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:	
1	<p>Πόσες επισκέψεις κάνατε σε αυτό το νοσηλευτικό ίδρυμα προς αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης, πριν γεννήσετε ; _____ επισκέψεις.</p> <p><i>(εάν δεν κάνατε επίσκεψη, προχωρήστε στην ερώτηση 4.)</i></p>
2	<p>Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων αυτών, το προσωπικό σας μίλησε σε προσωπικό ή ομαδικό επίπεδο για το πώς πρέπει να σιτίζετε το βρέφος σας; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</p>
3	<p>Σας δόθηκαν πληροφορίες για τα ακόλουθα θέματα; <i>(Εάν ναι, σημειώστε.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Τη σημασία που έχει να έρθετε σε επαφή δέρμα με δέρμα με το μωρό σας αμέσως μετά τη γέννηση του.</p> <p><input type="checkbox"/> Τη σημασία του να έχετε το μωρό σας στο ίδιο κρεβάτι ή στο ίδιο δωμάτιο με το δικό σας.</p> <p><input type="checkbox"/> Τους κινδύνους από τη χορήγηση νερού, τεχνητού γάλακτος ή άλλων διατροφικών συμπληρωμάτων, εάν θηλάζετε το μωρό σας τους πρώτους έξι μήνες ζωής.</p>
Ερωτήσεις σχετικά με τη γέννηση και την περίοδο της μητρότητας:	
4	<p>Πότε γεννήθηκε το μωρό σας; Ημερομηνία: _____ Ώρα (περίπου): _____</p> <p>Βάρος κατά τη γέννηση: _____</p>
5	<p>Τι είδους τοκετό είχατε; :</p> <p><input type="checkbox"/> Κανονικό (κολπικό)</p> <p><input type="checkbox"/> Καισαρική τομή χωρίς γενική αναισθησία</p> <p><input type="checkbox"/> Καισαρική τομή με γενική αναισθησία</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο: Περιγράψτε:</p>
6	<p>Πόση ώρα μετά τον τοκετό κρατήσατε το βρέφος για πρώτη φορά;</p> <p><input type="checkbox"/> Αμέσως <input type="checkbox"/> Εντός 5 λεπτών <input type="checkbox"/> Εντός μισής ώρας <input type="checkbox"/> Εντός μίας ώρας</p> <p><input type="checkbox"/> Αμέσως μόλις ήμουν ικανή να ανταποκριθώ (μετά την ανάνηψη από καισαρική τομή με γενική αναισθησία)</p>

	<input type="checkbox"/> Άλλο (πόση ώρα μετά τη γέννηση) <input type="checkbox"/> Δεν θυμάμαι <input type="checkbox"/> Δεν το κράτησα ακόμη
7	Πώς κρατήσατε το μωρό σας για πρώτη φορά; <input type="checkbox"/> Δέρμα με δέρμα <input type="checkbox"/> Τυλιγμένο χωρίς μεγάλη δερματική επαφή
8	Εάν κάνατε περισσότερο από 5 λεπτά, για να κρατήσετε το μωρό σας, ποιος ήταν ο λόγος ; (<input type="checkbox"/> δεν υπήρξε καθυστέρηση) <input type="checkbox"/> Το μωρό μου χρειαζόταν ιατρική φροντίδα/ παρακολούθηση <input type="checkbox"/> Είχα λάβει αναισθητικό <input type="checkbox"/> Δεν ήθελα να το κρατήσω ή δεν είχα τη δύναμη <input type="checkbox"/> Δεν μου δόθηκε το μωρό μου, αλλά δε γνωρίζω το λόγο <input type="checkbox"/> Άλλο: _____
9	Για πόσο περίπου χρονικό διάστημα κρατήσατε το μωρό σας την πρώτη φορά; <input type="checkbox"/> Λιγότερο από 30 λεπτά <input type="checkbox"/> Από 30 λεπτά έως λιγότερο από μία ώρα <input type="checkbox"/> Μία ώρα ή περισσότερο <input type="checkbox"/> Περισσότερο : Ώρες _____ <input type="checkbox"/> Δεν θυμάμαι:

10	Δεχθήκατε οποιαδήποτε προσφορά βοήθειας γύρω από τον θηλασμό, ενώ ήσασταν στο μαιευτικό τμήμα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <i>[Εάν ναι:] πότε σας προσφέρθηκε αυτή η βοήθεια; (Σημειώστε όλες τις αληθείς απαντήσεις.)</i> <input type="checkbox"/> Την πρώτη φορά που κράτησα το μωρό μου μετά τη γέννηση <input type="checkbox"/> Την επόμενη φορά που θήλασα το μωρό μου ή εντός 6 ωρών από τον τοκετό <input type="checkbox"/> Περισσότερες από 6 ώρες μετά τον τοκετό
11	Σας βοήθησε το προσωπικό σχετικά με την τοποθέτηση και την επαφή του βρέφους κατά τον θηλασμό πριν την έξοδο από το νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Το προσωπικό προσέφερε βοήθεια, δεν είχα όμως ανάγκη
12	Σας έδειξε το προσωπικό ή σας έδωσε πληροφορίες σχετικά με το πώς μπορείτε να αντλήσετε γάλα με το χέρι σας; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Προσπαθήσατε να αντλήσετε εσείς η ίδια; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Εάν ναι, τα καταφέρατε; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Μερικώς <input type="checkbox"/> Όχι

13	<p>Πού ήταν το μωρό σας, όταν εσείς ήσασταν στο μαιευτικό τμήμα μετά τη γέννηση;</p> <p><input type="checkbox"/> Το μωρό μου ήταν συνέχεια μαζί μου μέρα-νύχτα</p> <p><input type="checkbox"/> Το μωρό μου μερικές φορές δεν ήταν μαζί μου</p> <p>Εάν το μωρό δεν ήταν συνέχεια μαζί σας, περιγράψτε παρακαλώ πού ήταν, γιατί και για πόσο χρονικό διάστημα απουσίασε: _____</p> <p>_____</p> <p><i>[Σημείωση: Αν το μωρό σας δέχτηκε φροντίδα μακριά σας για όλη ή μέρος της νύχτας, παρακαλώ συμπεριλάβετε το στην παραπάνω περιγραφή.]</i></p>
14	<p>Τι συμβουλές σας δόθηκαν σχετικά με το πόσο συχνά πρέπει να σιτίζετε το μωρό σας;</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν μου δόθηκαν συμβουλές</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε φορά που το μωρό μου φαίνεται πεινασμένο (όσο συχνά θέλει)</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε ώρα</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε 1-2 ώρες</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε 2-3 ώρες</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιορίστε) _____</p>
16	<p>Έχει χορηγηθεί στο μωρό σας κάτι άλλο από τη στιγμή που γεννήθηκε;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω</p> <p><i>[Εάν όχι ή εάν δεν γνωρίζετε πηγαίνετε απευθείας στην ερώτηση 21]</i></p>
17	<p>Εάν ναι, τι δόθηκε; Σημειώστε όλες τις αληθείς απαντήσεις.</p> <p><input type="checkbox"/> Τροποποιημένο γάλα</p> <p><input type="checkbox"/> Νερό ή νερό με γλυκόζη</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλα υγρά (προσδιορίστε) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω</p>
18	<p>Για ποιο λόγο το βρέφος σας έλαβε αυτά τα διατροφικά συμπληρώματα;</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν θήλαζε <input type="checkbox"/> Δεν ησύχαζε</p> <p><input type="checkbox"/> Είχε σοβαρή/οξεία απώλεια νερού <input type="checkbox"/> Εγώ το ζήτησα</p>

	<input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιορίστε) ____ <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
19	Ενημερωθήκατε σχετικά με το συμπλήρωμα που χορηγήθηκε; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
20	Εάν δόθηκε κάποιο συμπλήρωμα, αυτό δόθηκε με : <input type="checkbox"/> Μπουκάλι <input type="checkbox"/> Κούπα <input type="checkbox"/> Κουτάλι <input type="checkbox"/> Άλλο _____ <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
21	Χορήγησε το προσωπικό στο μωρό σας πιπίλα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
22	Επιλέξατε εσείς να χορηγήσετε η ίδια στο μωρό σας πιπίλα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <i>[Εάν όχι, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση.]</i> <i>[Εάν ναι] σας ενημέρωσε καθόλου το προσωπικό σχετικά με τη χρήση των πιπίλων και πώς αυτά μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του βρέφους σας;</i> <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
23	Σας δόθηκαν κάποια φυλλάδια ή τρόφιμα που προωθούν τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Εάν ναι, τι από τα παρακάτω δεχθήκατε; <input type="checkbox"/> Ένα φυλλάδιο από κάποια εταιρεία διάθεσης τεχνητού γάλακτος το οποίο προωθεί τη σίτιση με τεχνητό γάλα ή άλλες σχετιζόμενες τροφές. <input type="checkbox"/> Ένα δωρεάν δείγμα για το σπίτι όπως τεχνητό γάλα, μπουκάλι ή άλλα σχετιζόμενα τρόφιμα. <input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλούμε προσδιορίστε).
24	Σας έγιναν κάποιες υποδείξεις σχετικά με το πώς ή πού να αναζητήσετε βοήθεια, εάν έχετε προβλήματα σχετικά με τη σίτιση του βρέφους σας, αφότου γυρίσετε στο σπίτι; <input type="checkbox"/> Ναι <i>[Εάν ναι:] τι υποδείξεις σας έγιναν; Σημειώστε όλες τις αληθείς απαντήσεις.]</i> <input type="checkbox"/> Καλέστε το νοσοκομείο ή χρησιμοποιήστε κάποια γραμμή βοήθειας <input type="checkbox"/> Ζητήστε μια επίσκεψη στο σπίτι

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Επικοινωνήστε με κάποιον σύμβουλο γαλουχίας ή εθελοντή<input type="checkbox"/> Πηγαίνετε σε εξωτερικό ιατρείο, όπου προσφέρεται βοήθεια.<input type="checkbox"/> Καλέστε μία ομάδα υποστήριξης της μητέρας<input type="checkbox"/> Χρησιμοποιήστε κάποιες άλλες υπηρεσίες υγείας της κοινότητας<input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιορίστε) _____
--

Σας ευχαριστούμε θερμά που απαντήσατε σε όλες αυτές τις ερωτήσεις.

2 Αρχείο Εκπαίδευσης του Προσωπικού

Όνοματεπώνυμο	Ημερο- μηνία έναρξης εργασίας	Ιδιότητα	Τμήμα	Εκπαίδευση στην προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού				Εκπαίδευση στην υποστήριξη των μητέρων που δεν θηλάζουν		
				Ημερο- μηνίες	Σεμινάριο/ Περιεχόμενο	Σύνολο ωρών	Ώρες στην κλινική	Ημερο- μηνίες	Συνεδρίες/ Περιεχόμενο ¹	Σύνολο ωρών