



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη»: Παγκόσμιες πολιτικές χάραξης και προϋποθέσεις πιστοποίησης δημοσίου νοσοκομείου. Η περίπτωση του Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα».

Καραπούλιου Νικολέττα

Επιβλέπων καθηγητής

Τάλιας Μιχαήλ

Ιούνιος 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

«Νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη: Παγκόσμιες πολιτικές χάραξης και προϋποθέσεις πιστοποίησης δημοσίου νοσοκομείου. Η περίπτωση του Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα».

Καραπούλιου Νικολέττα

Επιβλέπων Καθηγητής

Τάλιας Μιχαήλ

Ιούνιος 2013

Ευχαριστώ το σύζυγο μου Γιάννη

Ελληνική περίληψη

Η Unicef και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισήγαγαν και προσπαθούν να καθιερώσουν από το 1991, την πρωτοβουλία των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη». Στόχος των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη» είναι η επίτευξη υψηλών ποσοστών υιοθέτησης και ορθής εφαρμογής του μητρικού θηλασμού. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει εάν ένα νοσηλευτικό ίδρυμα ακολουθεί συγκεκριμένα βήματα προκειμένου να θεωρηθεί «φιλικό προς τα βρέφη» και να διαπιστώσει τις δυνατότητες εξέλιξής του.

Η έρευνα διεξήχθη σε δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας και περιλάμβανε μητέρες 20 έως 45 ετών. Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα με ερωτηματολόγια που παραδόθηκαν στις μητέρες, ενώ ταυτόχρονα μοιράστηκε έντυπο και στο προσωπικό ώστε να καταγραφούν στοιχεία για την εκπαίδευσή του. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν απλή στατιστική.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 90% των ερωτηθέντων μητέρων επέλεξε το μητρικό θηλασμό ως τρόπο διατροφής για τα νεογνά, ενώ το 10% τη σίτιση με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Βέβαια από το 90% των γυναικών που επέλεξε το μητρικό θηλασμό, το 57,77% χρησιμοποίησε συγχρόνως και υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι το 72,77% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια από το προσωπικό για το μητρικό θηλασμό. Επιπρόσθετα το 77,66% είχαν τα παιδιά μαζί τους καθ'όλη τη διάρκεια του 24ώρου. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών γυναικών, το 80%, δέχτηκε οδηγίες από το προσωπικό κατά την έξοδό του από το μαιευτήριο. Εκείνο που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι το νοσοκομείο δε διαθέτει γραπτή πολιτική σχετικά με την προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Μάλιστα διαπιστώθηκε ότι στο 67,77% των θηλαζουσών μητέρων δόθηκαν ενημερωτικά φυλλάδια για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Τέλος το ποσοστό εκπαίδευσης του προσωπικού σε ζητήματα θηλασμού είναι χαμηλό και δεν υπερβαίνει το 27,67%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι η διάθεση του προσωπικού να βοηθήσει και να ενημερώσει σχετικά με το θηλασμό, είναι αρκετά μεγάλη, ωστόσο η εκπαίδευσή του κρίνεται ανεπαρκής. Επίσης η απουσία γραπτής πολιτικής και η μη συμμόρφωση με τις αρχές του διεθνούς κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για την εφαρμογή του μητρικού θηλασμού. Κάθε νοσοκομείο που επιθυμεί να πιστοποιηθεί ως «φιλικό προς τα βρέφη», είναι ανάγκη να αξιολογήσει τις δυνατότητές του και να ακολουθήσει τα δέκα βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό.

Abstract

Since 1991, UNICEF and the World Health Organization (WHO) have introduced and attempted to establish the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI). The aim of the “baby-friendly” hospitals is to achieve high rates of adoption and proper implementation of breastfeeding. The purpose of this paper is to examine whether a hospital follows certain steps to be considered as “baby-friendly” and to determine the possibilities to succeed to this challenge.

The primary survey was conducted in a public hospital of Athens and included mothers from 20 to 45 years of age. Specifically questionnaires were delivered to mothers while additional questionnaires were distributed to the hospital staff in order to record educational data. The method used for extraction of the results was simple statistic.

According to the survey results, 90% of participating mothers chose breastfeeding as feeding method for newborns, while 10% preferred feeding with breast milk substitutes. Among the 90% of women who chose breastfeeding, the 57.77% used breast-milk substitutes simultaneously. It is also worth mentioning that 72.77% of breastfeeding mothers responded that received assistance for breastfeeding from the hospital staff. Additionally, the 77.66% of breastfeeding mothers kept their babies in their room all day. Moreover, the majority of breastfeeding women, almost 80%, received instructions from the staff upon discharge from the hospital. It must also be noted that the hospital does not have a written policy on the promotion and support of breastfeeding. Indeed it was found that in 67.77% of breastfeeding mothers were given pamphlets on breast milk substitutes. Finally, the level of education of staff about breastfeeding is low and does not exceed 27.67%.

According to the results, it was found that the availability of staff to help raise awareness about breastfeeding is quite large, but their training is inadequate. The absence also of written policies and non-compliance with the principles of the International Code of Marketing of Breast Milk could be a limiting factor for the implementation of breastfeeding. Each hospital that wishes to be certified as “baby-

friendly" is necessary to evaluate the potential to follow the ten steps to successful breastfeeding.

Περιεχόμενα

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	12
1.1 Εισαγωγή.....	12
1.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της εργασίας.....	14
1.3 Δομή της εργασίας	14
2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	15
Επισκόπηση βιβλιογραφίας	15
2.1 Ιστορική αναδρομή και η εφαρμογή των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη».	15
2.2 Διεθνής εμπειρία	17
2.3 Ελληνική εμπειρία	22
2.4 THE BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE- Νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη	22
2.5 Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού	24
2.5.1 Πλεονεκτήματα για το βρέφος.....	24
2.5.2 Πλεονεκτήματα για τη μητέρα	28
2.5.3 Κοινωνικά οφέλη μητρικού θηλασμού.....	30
2.6. Η οικολογική επίδραση της αντικατάστασης του μητρικού γάλακτος με αγελαδινό γάλα	31
2.7 Οικονομική αξιολόγηση των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη»	33
2.8 Μητρικός θηλασμός και νοσήματα	37
2.9 Τράπεζα μητρικού γάλακτος	39
2.10 Rooming in.....	40
2.11 Δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό	42

2.11.1	Γιατί είναι σημαντικά τα 10 βήματα	43
2.12	Προϋποθέσεις πιστοποίησης ώστε να χαρακτηριστεί ένα νοσοκομείο «φιλικό προς τα βρέφη».....	44
2.13	Διεθνής κώδικας εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος	45
2.14	Διαδικασία πιστοποίησης	46
2.14.1	Προσέγγιση πρωτοβουλίας στις ΗΠΑ.	47
2.14.2	Διαδικασία λήψης πιστοποίησης στις ΗΠΑ.....	48
2.14.3	Η πρωτοβουλία στη Μεγάλη Βρετανία.....	51
1.	Δημιουργώντας σταθερό υπόβαθρο	53
2.	Ένα εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό	54
3.	Εμπειρίες των γονιών στις ιατρικές υπηρεσίες	55
2.15	Διεθνή δεδομένα για τα νοσοκομεία «φιλικά προς τα βρέφη».....	58
3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ		59
Μεθοδολογία της έρευνας		59
3.1	Σκοπός και επί μέρους ερωτήματα της έρευνας.....	59
3.2	Περιεχόμενο ερωτηματολογίου	59
3.3	Ηθικές προεκτάσεις... ..	60
3.4	Αξιοπιστία και εγκυρότητα.....	60
3.5	Δειγματοληψία.....	60
3.6	Προσδοκώμενα αποτελέσματα.....	60
3.7	Περιορισμοί της έρευνας.....	60
4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ		62
Αποτελέσματα.....		62

4.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	62
4.2 Επιλογή διατροφής και είδη θηλασμού	62
4.3 Αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.	64
4.4 Ενημέρωση για τη σίτιση του νεογνού.....	64
4.5 Ενημέρωση για θέματα εκτός από τη σίτιση του νεογνού.	65
4.6 Μέσος όρος σωματικού βάρους γέννησης	66
4.7 Είδος τοκετού.....	66
4.8 Πότε κρατήσατε το βρέφος για πρώτη φορά.....	67
4.9 Δέρμα με δέρμα επαφή	68
4.10 Καθυστέρησε η πρώτη επαφή; Αν ναι, για ποιους λόγους;	69
4.11 Διάρκεια πρώτης επαφής	70
4.12 Δέχτηκαν οι μητέρες βοήθεια για το μητρικό θηλασμό;.....	71
4.13 Δεχτήκατε βοήθεια για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος;...	73
4.14 Έγιναν υποδείξεις για άντληση με το χέρι;	73
4.15 Είχατε τα παιδιά μαζί καθ'όλη την διάρκεια του εικοσιτετραώρου νοσηλείας;.....	74
4.16 Συμβουλές σίτισης.....	75
4.17 Διατροφή με άλλα υγρά πλην μητρικού γάλακτος.....	76
4.18 Έγινε χορήγηση πιπίλας από το προσωπικό.....	79
4.19 Έγινε χορήγηση πιπίλας από τους γονείς;.....	79
4.20 Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.....	81
4.21 Ενημέρωση-οδηγίες σε αναζήτηση βοήθειας όσον αφορά στη σίτιση του βρέφους	81
4.22 Στοιχεία για την εκπαίδευση του προσωπικού	82

5ο Κεφάλαιο	85
Συζήτηση.....	85
5.1 Προτάσεις	93
Συμπέρασμα	99
Βιβλιογραφία	100
Παράρτημα.....	109
1. Εγκριση επιστημονικού συμβουλίου.....	
2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	
3. Αρχείο Εκπαίδευσης του Προσωπικού ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ».....	

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 Εισαγωγή

Το μητρικό γάλα αποτελεί χωρίς αμφιβολία την πλέον άριστη τροφή για το βρέφος. Άρα ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μέρος των θεμελιωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων στη διατροφή και στην υγεία και ως εκ τούτου, σε ολόκληρο τον κόσμο έχει καταστεί αντικείμενο έρευνας για διαφορετικούς λόγους. Ο μητρικός θηλασμός είναι στάση ζωής και αντικατοπτρίζει το επίπεδο κοινωνικής πολιτικής ενός κράτους. Υπό το πρίσμα αυτό, απαιτείται αγώνας για την προστασία του.

Συγκεκριμένα, το μητρικό γάλα περιέχει πρωτεΐνες ανώτερης βιολογικής αξίας, περισσότερη λακτόζη και μεγαλύτερα ποσά βιταμινών και σιδήρου. Είναι ανάγκη να επισημανθεί ότι κάθε μητέρα παράγει γάλα ανάλογα με τις ανάγκες του νεογνού της. Επομένως δεν υπάρχει μόνο ένας τύπος μητρικού γάλακτος, αλλά χιλιάδες.

Ο μητρικός θηλασμός λειτουργεί ως διαχρονικός εμβολιασμός και είναι ένας εξαιρετος τρόπος για να εξασφαλίσει ότι τα παιδιά λαμβάνουν σωστή διατροφή και έχουν την καλύτερη δυνατή αρχή στη ζωή τους. Ειδικότερα τους πρώτους έξι μήνες της ζωής το μητρικό γάλα καλύπτει εξ ολοκλήρου τις διατροφικές ανάγκες του βρέφους. Μάλιστα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ανακοινώσει στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η προώθηση του αποκλειστικού θηλασμού τους πρώτους έξι μήνες της ηλικίας των βρεφών αποτελεί το καλύτερο ξεκίνημα στη ζωή τους. Επιπρόσθετα με την εισαγωγή των κατάλληλων συμπληρωματικών τροφών ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί έως τους δώδεκα μήνες της ηλικίας των βρεφών και στη συνέχεια για όσο διάστημα είναι επιθυμητό από τη μητέρα και το παιδί(1).

Αξιοσημείωτο είναι ακόμα, ότι ο μητρικός θηλασμός ενισχύει τους συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ της μητέρας και του παιδιού και αποτρέπει επιπλέον οικονομικά βάρη στην οικογένεια. Επιπλέον προστατεύει το βρέφος από μολυσματικές και άλλες αυτοάνοσες ασθένειες. Επίσης θεωρείται σημαντικό δημόσιο εργαλείο για την υγεία δεδομένου ότι συμβάλλει στη μείωση της παιδικής νοσηρότητας και της θνησιμότητας (2).

Ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας (ΠΟΥ) και η Unicef έχουν θέσει σε εφαρμογή μια σειρά από στρατηγικές για την προστασία και την προώθηση του μητρικού θηλασμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Μία από αυτές τις στρατηγικές ξεκίνησε το 1991-1992 και είναι γνωστή ως πρωτοβουλία για τη δημιουργία νοσοκομείων «φιλικών προς τα βρέφη»(3). Η πρωτοβουλία αυτή έχει ως στόχο την προώθηση και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και βασίζεται σε δέκα πρότυπα που πρέπει να επιτευχθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο προκειμένου ένα νοσοκομείο ή μια υπηρεσία υγείας να θεωρηθεί διαπιστευμένη ως «φιλική προς τα βρέφη»(4). Ειδικότερα σκοπός της πρωτοβουλίας είναι να προσφέρει σε κάθε γυναίκα τη δυνατότητα να λάβει σωστές αποφάσεις, βασισμένες στην υγεία και στην άρτια πληροφόρηση σχετικά με τη βρεφική διατροφή. Στη περίπτωση που επιλέξει το μητρικό θηλασμό, να την υποστηρίξει στον αποκλειστικό θηλασμό του παιδιού για έξι μήνες αλλά και στη συνέχιση του θηλασμού με συμπληρωματική διατροφή ως το δεύτερο έτος.

Η πρωτοβουλία για τα φιλικά προς το βρέφη νοσοκομεία και άλλες πρωτοβουλίες που προωθούν επιστημονικά τεκμηριωμένες αλλαγές στις υπάρχουσες νοσοκομειακές πρακτικές εφαρμόζονται σε πολλές χώρες, αλλά σε λίγες μόνο χώρες έχει επιτύχει η εφαρμογή αλλαγών, προκειμένου ένα νοσοκομείο να χαρακτηριστεί «φιλικό προς τα βρέφη». Σε μερικές χώρες μάλιστα κανένα μαιευτήριο δεν έχει συγκεντρώσει ακόμα τα απαιτούμενα κριτήρια για τη διάκριση του σε νοσοκομείο «φιλικό προς τα βρέφη». Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι σε κάποιες χώρες επιδιώκεται η επέκταση της πρωτοβουλίας αυτής και πέρα από τα μαιευτήρια, σε υγειονομικές υπηρεσίες και παιδιατρικές κλινικές της κοινότητας (5).

Στην Ελλάδα, η εμπειρία δυστυχώς δείχνει ότι δύο μόνο νοσοκομεία φροντίζουν για την προώθηση της παραπάνω πρωτοβουλίας και έχουν λάβει ανάλογη πιστοποίηση. Είναι γεγονός ότι πολλές γυναίκες εγκαταλείπουν αναίτια το θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Απαιτείται λοιπόν, συστηματική ενθάρρυνση από την πολιτεία και διάθεση από τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ώστε σε βάθος χρόνου να αλλάξουν νοοτροπίες και πρακτικές. Επίσης μια κοινωνία φιλική προς τα βρέφη είναι αυτή που ενθαρρύνει τις γυναίκες να θηλάζουν ανεμπόδιστα και εξασφαλίζει πρόσβαση σε ασφαλείς υπηρεσίες υγείας με ειδικευμένο προσωπικό.

1.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της εργασίας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των προοπτικών που προσφέρει το Γ.Ν.Α Αλεξάνδρα, ώστε να καταστεί νοσοκομείο «φιλικό προς τα βρέφη». Είναι ανάγκη να εκτιμηθεί κατά πόσο το ΓΝΑ Αλεξάνδρα ακολουθεί ή μπορεί να ακολουθήσει συγκεκριμένους κανόνες με στόχο την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Επιμέρους στόχοι της παρούσας εργασίας είναι:

1. Να διερευνηθούν 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.
2. Να καταγραφούν τα συμπεράσματα και να δοθούν προτάσεις και λύσεις για το μέλλον
3. Να κοινοποιηθούν τα συμπεράσματα στα μέλη της διοίκησης με σκοπό την ευαισθητοποίηση και την ανάληψη πρωτοβουλιών
4. Να διερευνηθεί ο βαθμός φιλικότητας του νοσοκομείου ως προς τα βρέφη σύμφωνα με τις διαδικασίες που ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Unicef
5. Να μελετηθεί η συμβολή των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων στον τομέα της υγείας

1.3 Δομή της εργασίας

Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την εισαγωγή, τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της εργασίας. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει μια ιστορική αναδρομή των νοσοκομείων φιλικά προς τα βρέφη. Επίσης παρουσιάζει όλο το θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας. Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου καθώς και τη στατιστική επεξεργασία που ακολουθείται προκειμένου να ληφθούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας με την μορφή ειδικών γραφημάτων. Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη συζήτηση, όπου παραθέτονται τα συμπεράσματα της έρευνας. Στο έκτο κεφάλαιο γίνονται προτάσεις προκειμένου το εν λόγω νοσηλευτικό ίδρυμα να προχωρήσει στη διαδικασία της πιστοποίησης. Στο τέλος της

εργασίας παρουσιάζονται βιβλιογραφικές αναφορές, παράρτημα με το ερωτηματολόγιο της παρούσας εργασίας ,καθώς και η έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Επισκόπηση βιβλιογραφίας

Η έννοια μητρικός θηλασμός είναι διαχρονική. Είναι γεγονός ότι πολλές έρευνες έχουν εκπονηθεί για τα πολλαπλά οφέλη που προσφέρει ο θηλασμός σε ατομικό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο. Δυστυχώς όμως παρατηρούνται ανησυχητικές τάσεις μείωσης του μητρικού θηλασμού. Τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού παραμένουν χαμηλά σε πολλές χώρες του κόσμου. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας και η Unicef, οι οποίοι αναγνώρισαν την αξία του μητρικού θηλασμού, καθιέρωσαν τη πρωτοβουλία των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη».

2.1 Ιστορική αναδρομή και η εφαρμογή των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη».

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, τα οφέλη που προσφέρει ο θηλασμός στην υγεία των μητέρων και των παιδιών είναι αδιαμφισβήτητα. Καθώς όμως παρατηρήθηκαν ανησυχητικές τάσεις μείωσης του μητρικού θηλασμού, διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, πρότειναν στη δεκαετία του 1970 μια ισχυρή πολιτική, με σκοπό να ενισχυθεί η προώθηση του μητρικού θηλασμού σε όλο τον κόσμο (6). Το 1990 οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικών στην υγεία από 40 χώρες, εισήγαγαν τη διακήρυξη του INNOCENTI η οποία καλούσε τις κυβερνήσεις να αναλάβουν προγράμματα για την προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού με δράσεις όπως :

1. Καθιέρωση εθνικής επιτροπής θηλασμού και εθνικού συντονιστή για το μητρικό θηλασμό.

2. Εφαρμογή σε όλα τα μαιευτήρια των 10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό τα οποία αποτελούν μια συνοπτική μορφή οδηγιών για τη στάση των μαιευτηρίων και αποτελούν τα ελάχιστα αποδεκτά κριτήρια για ένα μαιευτήριο φιλικά προσκείμενο ως προς το θηλασμό.
3. Εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο του Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.
4. Ενεργοποίηση και εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου για την προστασία των δικαιωμάτων των εργαζόμενων μητέρων που θηλάζουν (7,8).

Βέβαια αξίζει να αναφερθεί ότι η διεθνής στρατηγική περιλαμβάνει πέντε λειτουργικούς στόχους επιπροσθέτως εκείνων που έχουν οριστεί από τη δήλωση Innocenti. Οι επιπλέον στόχοι είναι:

1. Υλοποίηση λεπτομερών κυβερνητικών πολιτικών για την σίτιση βρεφών και μικρών παιδιών.
2. Πλήρης υποστήριξη από τους τομείς υγείας για διατή τουλάχιστον θηλασμό.
3. Προώθηση επαρκούς, ασφαλούς και κατάλληλης συμπληρωματικής σίτισης(πρόσθεση και άλλων τροφών ενώ ο θηλασμός συνεχίζεται.
4. Καθοδήγηση στη σίτιση των βρεφών και μικρών παιδιών ειδικά κάτω από δύσκολες περιστάσεις, με σχετική υποστήριξη στις οικογένειες και τους φροντιστές.
5. Νομοθεσία ή κατάλληλα μέτρα, με επίδραση στον εθνικό κώδικα, ως μέρος της εθνικής αναλυτικής πολιτικής που ακολουθείται για τη σίτιση των βρεφών και των μικρών παιδιών (8).

Το 1991, ο ΠΟΥ και η Unicef ξεκίνησαν την πρωτοβουλία της δημιουργίας νοσοκομείων φιλικών προς τα βρέφη (6). Σύμφωνα με στοιχεία της Unicef, το 2002, τα νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη υπολογίζονταν σε 14.994 (πίνακας 1 όλες οι σχετικές αναφορές) (9). Μέχρι το 2009 περισσότερα από 20.000 μαιευτήρια σε 156 χώρες σε όλο τον κόσμο αναγνωρίστηκαν ως «φιλικά προς τα βρέφη» (10,11,12).

Αξιοσημείωτο είναι, ότι τα ποσοστά υιοθέτησης του μητρικού θηλασμού (στην αποκλειστική και μη μορφή) ποικίλλουν σε διεθνές επίπεδο, όπως φαίνεται στις 2-4 στήλες του πίνακα 2 (πιν2) (13). Ο αποκλειστικός θηλασμός που προσφέρει μεγάλα οφέλη στην υγεία, δεν ακολουθείται στον ίδιο βαθμό σε όλες τις χώρες του κόσμου.

Έχει λοιπόν, καταγραφεί, σε παγκόσμιο επίπεδο, πως μόνο το 39% των βρεφών θηλάζουν αποκλειστικά. Είναι γεγονός ότι τις έξι πρώτες με επτά δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα, παρουσιάστηκε μείωση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες. Αργότερα όμως, χώρες όπως η Σουηδία, η Νορβηγία και η Ιαπωνία κατάφεραν με επιτυχία να αντιστρέψουν τα ποσοστά αυτά. Χώρες αντιθέτως όπως η Γαλλία, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, παρουσίασαν χαμηλά ποσοστά στην έναρξη, τη διάρκεια, αλλά και την αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού (14).

Τα τελευταία είκοσι χρόνια η πρωτοβουλία των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων επεκτάθηκε σε παγκόσμιο επίπεδο. Κατά τη διάρκεια του 1990, σχεδόν το 100% των νοσοκομείων σε χώρες όπως η Σουηδία, πιστοποιήθηκαν ως «φιλικά προς τα βρέφη». Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είχαν μια βραδύτερη εξέλιξη. Είναι γεγονός ότι λιγότερο από το 2% των νοσοκομείων στις ΗΠΑ έχει πιστοποιηθεί ως φιλικό προς τα βρέφη (15). Επιπρόσθετα, στην Ιταλία υπάρχουν 23 διαπιστευμένα νοσοκομεία ως «φιλικά προς τα βρέφη», που καλύπτουν το 4% των γεννήσεων και πολλά άλλα νοσοκομεία που βαδίζουν προς την κατεύθυνση της διαπίστευσης (16).

2.2 Διεθνής εμπειρία

Στον Καναδά, πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν ότι η έναρξη της σίτισης μέσω του θηλασμού παρουσιάζει μικρή αυξητική τάση και συγκεκριμένα αυξήθηκε από το 87% στο 90,3% από το 2006-2010. Βέβαια παρατηρήθηκε πως περιορισμένος αριθμός μωρών θήλασε αποκλειστικά τους πρώτους έξι μήνες, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 14,4% έως 24,4% επί του συνόλου των βρεφών. Άλλωστε σε μια έρευνα που αφορά στην εμπειρία της μητρότητας στα νοσοκομεία του Καναδά βρέθηκε ότι τα παραπάνω ιδρύματα τηρούν σε χαμηλό βαθμό τις πρακτικές των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων, παρότι πληθώρα στοιχείων αποδεικνύουν ότι η συμμόρφωση στις πρακτικές αυτές σχετίζεται με την αύξηση της διάρκειας του θηλασμού αλλά και τη συχνότερη εφαρμογή του αποκλειστικού θηλασμού(7).

Στην Κούβα ο αποκλειστικός θηλασμός αυξήθηκε από 25% σε ποσοστό 72% μεταξύ του 1990 και 1996. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι 49 από τα 56 μαιευτήρια της παραπάνω χώρας πιστοποιήθηκαν ως «φιλικά προς τα βρέφη». Στην Κίνα, η οποία έχει περισσότερα από 6000 φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία, ο αποκλειστικός θηλασμός στις αγροτικές περιοχές αυξήθηκε από 29% το 1992, σε ποσοστό 68% το 1994. Στις αστικές περιοχές η αύξηση του αποκλειστικού θηλασμού κυμαίνεται από 10,6% σε 48%(7).

Στην Αυστραλία, το ποσοστό των γυναικών που ξεκινάει το θηλασμό είναι υψηλό και κυμαίνεται περίπου στο 90% των νέων μητέρων. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί ότι τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού μειώνονται ραγδαία μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Υπό το πρίσμα αυτό, το Αυστραλιανό σύστημα υγείας και το συμβούλιο ιατρικής έρευνας δίνουν προτεραιότητα στην υποστήριξη του αποκλειστικού θηλασμού τους πρώτους μήνες της ζωής του μωρού. Στη Νέα Νότια Ουαλία από την άλλη, έχει αναπτυχθεί μία πολιτική σε σχέση με το θηλασμό, η οποία προτείνει την εφαρμογή των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Μέχρι σήμερα βέβαια μόνο 77 νοσοκομεία στην Αυστραλία έχουν διαπιστευτεί ως φιλικά προς τα βρέφη και στη Νέα νότια Ουαλία μόνο επτά νοσοκομεία έχουν επιτύχει στη διαπίστευση (17).

CURRENT STATUS OF BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE

March 2002

Region/Country	Existing number of baby-friendly facilities	Region/Country	Existing number of baby-friendly facilities
WEST AND CENTRAL AFRICA	1354	Malawi	7
Benin	23	Mauritius	6
Burkina Faso	6	Mozambique	0
Cameroon	1	Namibia	35
Cape Verde	1	Rwanda	2
Central African Republic	4	Sao Tome & Principe	0
Chad	2	Seychelles	/
Côte d'Ivoire	85	Somalia	2
Democratic Republic of Congo	2	South Africa	11
Equatorial Guinea	0	Swaziland	5
Gabon	2	United Republic of Tanzania	47
Gambia	0	Uganda	11
Ghana	19	Zambia	47
Guinea	3	Zimbabwe	38
Guinea-Bissau	0	MIDDLE EAST & NORTH AFRICA	811
Liberia	2	Algeria	2
Mali	12	Bahrain	6
Mauritania	1	Djibouti	4
Niger	20	Egypt	122
Nigeria	1147	Iran	376
Senegal	0	Iraq	24
Sierra Leone	4	Jordan	3
Togo	20	Kuwait	2
		Lebanon	21
EASTERN AND SOUTHERN AFRICA	587	Libya	0
Angola	3	Morocco	17
Botswana	7	Oman	51
Burundi	1	Qatar	0
Comoros Islands	19	Saudi Arabia	2
Eritrea	46	Sudan	25
Ethiopia	0	Syria	13
Kenya	232	Tunisia	141
Lesotho	7	United Arab Emirates	4
Madagascar	53	West Bank/Gaza	0
		Yemen	0

* 12/9/00
/ Data not available

Region/Country	Existing number of baby-friendly facilities	Region/Country	Existing number of baby-friendly facilities
EAST ASIA AND PACIFIC	8747	AMERICAS AND THE CARIBBEAN	1353
Cambodia	0	Anguilla	0
China	6312	Antigua/Barbuda	0
Cook Islands	0	Argentina	26
F.S. Micronesia	0	Bahamas	0
Fiji	3	Barbados	1
Indonesia	91	Belize	0
Kiribati	0	Bolivia	20
Korea (DPR)	1	Brazil	116
Laos (PDR)	9	British Virgin Islands	0
Malaysia	114	Chile	35
Marshall Islands	0	Colombia	53
Mongolia	93	Costa Rica	6
Niue	0	Cuba	57
Palau	0	Dominica	3
Papua New Guinea	4	Dominican Republic	8
Philippines	1047	Ecuador	141
Samoa	0	El Salvador	23
Solomon Islands	0	Grenada	0
Thailand	780	Guatemala	17
Tokelau	0	Guyana	0
Tonga	0	Haiti	5
Tuvalu	0	Honduras	3
Union of Myanmar	248	Jamaica	9
Vanuatu	0	Mexico	692
Viet Nam	45	Montserrat	1
SOUTH ASIA	1645	Netherlands Antilles	/
Bangladesh	250	Nicaragua	12
Bhutan	1	Panama	5
India	1250	Paraguay	18
Maldives	5	Peru	91
Nepal	7	St. Kitts/Nevis	0
Pakistan	35	St. Lucia	0
Sri Lanka	97	St. Vincent/Grenadines	1

Region/Country	Existing number of baby-friendly facilities	Region/Country	Existing number of baby-friendly facilities
Suriname	0	Ukraine	0
Tinidad & Tobago	0	Uzbekistan	2
Turks/Caicos Islands	0		
Uruguay	11	INDUSTRIALIZED COUNTRIES	262
US Virgin Islands	/	Australia	17
Venezuela	9	Austria	8
CEE/CIS	233	Belgium	0
Afghanistan	1	Canada	1
Albania	0	Denmark	8
Armenia	0	Finland	2
Azerbaijan	7	France	0
Belarus	4	Germany	11
Bosnia & Herzegovina	5	Greece	0
Bulgaria	/	Iceland	/
Croatia	15	Ireland	0
Czech Republic	12	Israel	0
Estonia	0	Italy	0
Former Yugoslav (Serbia & Montenegro)	18	Japan	14
Former Yugoslav (Macedonia)	/	Korea (Rep.)	11
Georgia	5	Lichtenstein	/
Hungary	9	Luxembourg	1
Kazakstan	7	Malta	/
Kyrgyzstan	1	Monaco	/
Latvia	0	Netherlands	4
Lithuania	0	New Zealand	0
Moldova	6	Norway	35
Poland	21	Portugal	0
Romania	10	San Marino	/
Russian Federation	12	Singapore	/
Slovakia	5	Spain	4
Slovenia	5	Sweden	64
Tajikistan	4	Switzerland	28
Turkey	83	United Kingdom	29
Turkmenistan	1	United States	25
Total = 14,994			

* 12/9/00
 / Data not available
 Source: Country Profile

3

Unicef, 2002

TABLE 2. NUTRITION

Countries and territories	% of infants with low birthweight 2003-2008*	Early initiation of breastfeeding (%) 2003-2008*	% of children (2003-2008*) who are:			% of under-fives (2003-2008*) suffering from:					Vitamin A supplementation coverage rate (5-59 months) 2008	% of households consuming iodized salt 2003-2008*	
			exclusively breastfed (< 6 months)	breastfed with complementary food (6-9 months)	still breastfeeding (10-23 months)	underweight (NCHS/WHO) moderate & severe	underweight (WHO)		wasting (WHO)				stunting (WHO) moderate & severe
							moderate & severe	moderate & severe	moderate & severe	moderate & severe			
Alghanistan	-	-	-	29	54	39y	33y	12y	9y	59y	96	29y	
Albania	7	38	40	69	22	8	6	2	7	26	-	60	
Algeria	6	50	7	39	22	4	3	1	4	15	-	61	
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	12x	55	11x	77x	37x	-	16y	7y	8y	29y	82	45	
Antigua and Barbuda	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Argentina	7	-	-	-	28	4y	2y	0y	1y	8y	-	90x	
Armenia	7	28	33	57	15	4	4	1	5	18	-	97	
Australia	7x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Austria	7x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaijan	10	32	12	44	16	10	8	2	7	25	90w	54	
Bahamas	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahrain	8x	-	34x	65x	41x	9x	-	2z	5z	10z	-	-	
Bangladesh	22	43	43	74	91	46	41	12	17	43	97	84y	
Barbados	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Belarus	4	21	9	38	4	1	1	1	2	4	-	55y	
Belgium	8x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Belize	7	51	10	-	27	6	4	1	2	22	-	90x	
Benin	15	54	43	72	57	23	18	5	8	43	52	55	
Bhutan	15x	-	-	-	-	19x	14x	3x	3x	48x	-	96x	
Bolivia (Plurinational State of)	7	61	60	81	40	6	-	1z	1z	22z	45	88y	
Bosnia and Herzegovina	5	57	18	29	10	2	1	0	4	10	-	63y	
Botswana	10x	-	34x	57x	11x	13x	11x	4x	6x	29x	-	66x	
Brazil	8	43	40	70	25y	-	2	-	2	7	-	96y	
Brunei Darussalam	10x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bulgaria	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	
Burkina Faso	16	20	7	50	85	32	-	-	19z	36z	100	34	
Burundi	11	-	45	88	-	39	35	14z	7z	53z	80	98y	
Cambodia	14	35	60	82	54	36	28	7	9	42	88	73y	
Cameroon	11	20	21	64	21	19	16	5	7	36	-	49y	
Canada	6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cape Verde	6	73	60	80	13	9y	-	2z	7z	12z	-	0x	
Central African Republic	13	39	23	55	47	29	24	8	12	43	68	62	
Chad	22	34	2	77	65	37	-	14z	14z	41z	0	56	
Chile	6	-	-	-	-	1y	-	-	0z	1z	-	100x	
China	4	-	-	32	15	7	6	-	-	15	-	95y	
Colombia	6	49	47	65	32	7y	5y	2y	2y	15y	-	92x	
Comoros	25x	25x	21x	34x	45x	25	-	-	8z	44z	20	82x	
Congo	13	39	19	78	21	14	11	3	8	30	10	82	
Cook Islands	3x	-	19x	-	-	10x	-	-	-	-	-	-	
Costa Rica	7	-	15	-	49	5x	-	0z	2z	6z	-	92x	
Côte d'Ivoire	17	25	4	54	37	20	16	5	8	40	90	84y	
Croatia	5	-	23x	-	-	1x	-	-	1z	1z	-	90x	
Cuba	5	70	26	47	16	4	-	0z	2z	5z	-	88	
Cyprus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Czech Republic	7x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Democratic People's Republic of Korea	7x	-	65	31	37	23y	18y	7y	9y	45y	98	40y	
Democratic Republic of the Congo	12x	48	36	82	64	31	25	8	10	46	85	79	
Denmark	5x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Djibouti	10	55	1	23	18	33y	31y	9y	17y	33y	86	0	
Dominica	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dominican Republic	11	74	9	62	21	4	7	2	3	18	-	19	
Ecuador	10	-	40	77	23	9	6	1z	2z	22z	-	98x	
Egypt	13	56	53	66	35y	8	6	1	7	29	68w	79	
El Salvador	7	33	31	-	-	9y	6y	-	-	19y	-	62x	
Equatorial Guinea	13x	-	24x	-	-	19x	16x	5x	9x	43x	-	33x	
Eritrea	14x	78x	52x	43x	62x	40x	35x	13x	15x	44x	49	68x	
Estonia	4x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ethiopia	20	69	49	54	88y	38	33	11	12	51	88	20	
Fiji	10	57	40	-	-	-	-	-	-	-	-	31x	
Finland	4x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

12 THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN | SPECIAL EDITION

Πίνακας 2
Ποσοστά μητρικού θηλασμού σε παγκόσμιο επίπεδο διπλό κλικ πάνω στον πίνακα για συνοπτικά στοιχεία ανά ήπειρο.

Unicef, 2012

2.3 Ελληνική εμπειρία

Είναι γεγονός ότι τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού είναι ιδιαίτερα μικρά . Ειδικότερα αξίζει να αναφερθεί ότι ο μητρικός θηλασμός αρχίζει σε ποσοστό 80% τον πρώτο μήνα και μειώνεται ανησυχητικά στο 4% το πρώτο εξάμηνο και καταλήγει τελικά στο 1% τον πρώτο χρόνο. Είναι γεγονός ότι στα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα οι μητέρες αποχωρίζονται τα νεογέννητα αμέσως μετά τη γέννηση. Οι γυναίκες λοιπόν, επιλέγουν λανθασμένα πρότυπα σίτισης, δεδομένου ότι χρησιμοποιούν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος για τη σίτιση του νεογνού. Το πρώτο νοσοκομείο φιλικό προς τα βρέφη στην Ελλάδα το οποίο διατηρεί τράπεζα μητρικού γάλακτος και ακολουθεί τα δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό όπως έχει ορίσει ο ΠΟΥ και η Unicef είναι το νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν δύο σύλλογοι προώθησης του μητρικού θηλασμού. Ο σύνδεσμος θηλασμού Ελλάδος και η ευτοκία. Ο σύνδεσμος μητρικού θηλασμού Ελλάδος, η Unicef και οι σύμβουλοι γαλουχίας καθώς και όλο και περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ευαισθητοποιούνται σε θέματα θηλασμού. Εκείνο όμως που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένων κέντρων και ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού (18).

2.4 THE BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE- Νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη

Η πρωτοβουλία "Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη", ξεκίνησε το 1991 σε μια προσπάθεια να εξασφαλισθεί ότι όλες οι υπηρεσίες μητρικής φροντίδας, είτε είναι μεμονωμένες είτε νοσοκομειακά συγκροτήματα θα υποστηρίξουν τις μητέρες να παίρνουν τις σωστές αποφάσεις για τη διατροφή του παιδιού τους, απαλλαγμένες από εμπορικά συμφέροντα.

Είναι γεγονός ότι στα νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού αυξάνονται (19,20). Στα «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομεία οι μητέρες πρέπει να ενημερώνονται για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και τους κινδύνους που συνδέονται με τη χρήση βιομηχανικών προϊόντων γάλακτος. Είναι ανάγκη επίσης

να παρέχονται πληροφορίες για τη γαλουχία καθώς και τα ερεθίσματα που πρέπει να δίνονται για την παραγωγή γάλακτος.

Επιπρόσθετα θα πρέπει να δίνονται πληροφορίες για τα πιθανά προβλήματα που προκύπτουν κατά το θηλασμό καθώς και για τις λύσεις που προτείνονται (17). Η εκπαίδευση άλλωστε και των δύο γονέων πριν και μετά την παράδοση του βρέφους είναι σημαντικό συστατικό για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό. Η υποστήριξη και η ενθάρρυνση του πατέρα μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό τη μητέρα κατά τη διάρκεια έναρξης του θηλασμού αλλά και κατά τις επόμενες περιόδους όταν και εάν προκύψουν προβλήματα (21,22).

Είναι γεγονός ότι οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση του προσωπικού στα προγράμματα μητρικού θηλασμού, όπως καθορίζεται από την πρωτοβουλία των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη» οδηγεί στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των οδηγιών που δίνονται για το μητρικό θηλασμό και αυξάνουν συγχρόνως την αυτοπεποίθηση του προσωπικού υγείας που βοηθά τις θηλάζουσες μητέρες (23).

Σε μια έρευνα που αφορά στους επαγγελματίες υγείας στην Αυστραλία οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι παρά την ισχυρή στήριξη των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη», οι γενικές αρχές αυτής της παγκόσμιας στρατηγικής μεταδίδονται με διαφορετικό τρόπο από τους εκάστοτε επαγγελματίες υγείας και ως εκ τούτου απαιτείται ακριβής πληροφόρηση και περαιτέρω εκπαίδευση (4).

Η πρωτοβουλία των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων είναι ένα πρόγραμμα λοιπόν, που αποσκοπεί, στη βελτίωση των ποσοστών του θηλασμού στις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης και είναι μία από τις πιο αποτελεσματικές καθώς και οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις για τη συλλογική βελτίωση των ποσοστών του θηλασμού. Δυστυχώς οι Ευρωπαϊκές καθώς και άλλες βιομηχανικές χώρες έχουν λίγα

διαπιστευμένα ως «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομεία σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο(24).

Αξίζει λοιπόν, να σημειωθεί ότι ο βαθμός υιοθέτησης της πρωτοβουλίας των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων ποικίλει μεταξύ των διαφόρων χωρών. Παρόλο που δεν υπάρχουν τρέχοντα δεδομένα σχετικά με την παγκόσμια κατάσταση όσον αφορά στην πρωτοβουλία των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων, στοιχεία από τη Unicef το έτος 2006 αναφέρουν ότι το ποσοστό των εγκαταστάσεων μητρότητας που είναι φιλικές προς τα βρέφη παρουσιάζει τεράστιες αποκλίσεις και κυμαίνεται από 0% για περίπου 46 χώρες μέχρι 97% για παράδειγμα στην Σουηδία (11).

2.5 Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού

Όπως έχει αναφερθεί πιο πάνω τα οφέλη του μητρικού θηλασμού είναι πολλαπλά. Είναι ανάγκη λοιπόν, να καταγραφούν τα οφέλη που προσφέρει ο μητρικός θηλασμός στα βρέφη, καθώς και στις θηλάζουσες μητέρες. Επίσης θα καταγραφούν τα οφέλη που προσφέρει ο θηλασμός στη κοινωνία αλλά και στην οικονομία. Επίσης θα γίνει αναφορά στους κινδύνους που εγκυμονεί η αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος με αγελαδινό. Τέλος θα γίνει αναφορά στα οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή της τακτικής rooming in καθώς και από την τράπεζα μητρικού γάλακτος .

2.5.1 Πλεονεκτήματα για το βρέφος

Είναι γεγονός ότι η πρώιμη έναρξη του θηλασμού έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας στα παιδιά καθώς και τη μείωση του ποσοστού των γαστρεντερικών λοιμώξεων (7,25-28). Είναι γεγονός ότι η γαστρεντερίτιδα και η διάρροια είναι συχνή μεταξύ των παιδιών και μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση. Σε παγκόσμιο επίπεδο ερευνητές εκτιμούν ότι 1,34 εκατομμύρια θάνατοι μεταξύ παιδιών ηλικίας 0 έως 59 μηνών οφείλονται σε διαρροϊκές νόσους. Το μητρικό γάλα προστατεύει τον οργανισμό από την εμφάνιση διάρροιας καταστρέφοντας ορισμένους παθογόνους μικροοργανισμούς που προκαλούν λοιμώξεις (29).

Γενικά υπάρχουν πολλά επιδημιολογικά στοιχεία για τα οφέλη του θηλασμού όσον αφορά στο βρέφος, ενάντια σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και λοιμώξεων. Το μητρικό γάλα ενισχύει το ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα του νεογνού και προάγει τους μηχανισμούς άμυνας έναντι μολυσματικών και άλλων ξένων παραγόντων(30). Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι κάθε επιπλέον μήνας αποκλειστικού θηλασμού μπορεί να μειώσει τις εισαγωγές στα νοσοκομεία που οφείλονται σε λοίμωξη, σε ποσοστό 30% στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού (7). Ο θηλασμός επίσης συνδέεται με την μείωση των συμβάντων του αιφνίδιου θανάτου (SIDS)(31-34).

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι η αύξηση του θηλασμού κατά 40%, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των θανάτων από αναπνευστικές λοιμώξεις κατά 50%, στα παιδιά ηλικίας μικρότερης των δεκαοχτώ μηνών(7). Επιπρόσθετα ο κίνδυνος νοσηλείας από λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού μειώνεται κατά 72% αν τα βρέφη θηλάζουν αποκλειστικά για τους 4 πρώτους μήνες της ζωής τους (35,36). Σε άλλη έρευνα αναφέρεται ότι οι περιπτώσεις σοβαρής βρογχολίτιδας που οφείλεται στον ιό του αναπνευστικού συγκυτίου μειώνονται κατά 74% στα παιδιά που θήλασαν αποκλειστικά για 4 μήνες, σε σχέση με αυτά που δε θήλασαν (37).

Παράλληλα μελέτες αποδεικνύουν ότι ο αποκλειστικός θηλασμός περιορίζει τον κίνδυνο εκδήλωσης οξείας μέσης ωτίτιδας (38,39,40). Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το ποσοστό των παιδιών με οξεία μέση ωτίτιδα, ηλικίας 0 έως τεσσάρων ετών που επισκέφτηκαν το 2007 τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν 575 ανά 1000 επισκέψεις. Η οξεία μέση ωτίτιδα είναι αναμφίβολα μια από τις κύριες αιτίες απώλειας της ακοής. Οι βακτηριοκτόνες ωστόσο ιδιότητες του ανθρώπινου γάλακτος μπορεί να βοηθήσουν στην προστασία από την οξεία μέση ωτίτιδα (29).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι μεταξύ των θετικών επιδράσεων καταγράφεται η προστατευτική επίδραση του αποκλειστικού θηλασμού για 3-4 μήνες, όσον αφορά στη μείωση της επίπτωσης του κλινικού άσθματος, της ατοπικής δερματίτιδας και του εκζέματος, (41-43), κατά 27% σε περιπτώσεις χαμηλού κινδύνου με βάση το ιστορικό, και ως 42% σε βρέφη με θετικό οικογενειακό ιστορικό (38).

Το μητρικό γάλα μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (44) που αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή σε πρόωρα νεογνά. Ειδικότερα το μητρικό γάλα είναι η συνιστώμενη πηγή εντερικής διατροφής για τα πρόωρα νεογνά. Σε περιπτώσεις νεκρωτικής εντεροκολίτιδας, το πιο ισχυρό πλεονέκτημα που προσφέρει το μητρικό γάλα είναι η μεταφορά ανοσοπροστατευτικών παραγόντων στον εντερικό βλεννογόνο, οι οποίοι μπορούν να μειώσουν το κίνδυνο της νόσου (45). Μελέτες μετά-ανάλυσης τεσσάρων τυχαίων κλινικών δοκιμών που έγιναν την περίοδο 1983-2005, υποστηρίζουν το συμπέρασμα ότι η σίτιση των πρόωρων νεογνών με ανθρώπινο γάλα συνδέεται με μείωση κατά 58% της επίπτωσης της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (46). Γενικά η νεκρωτική εντεροκολίτιδα είναι μία από τις πιο κοινές ασθένειες σε μωρά. Αυτό έχει ως συνέπεια να γίνει αντικείμενο για πολλές έρευνες (47).

Επίσης αξίζει να επισημανθεί ότι εκτός από τις παραμέτρους της σωματικής υγείας, κάποια από τα θρεπτικά συστατικά του μητρικού γάλακτος, όπως τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα συμβάλλουν στη βελτίωση της οπτικής οξύτητας, της μαθησιακής ικανότητας και της εγκεφαλικής ανάπτυξης του παιδιού (48). Έχει αποδειχθεί ότι ο θηλασμός αυξάνει το δείκτη ευφυΐας των παιδιών. Είναι γεγονός ότι ο θηλασμός παρέχει πλεονεκτήματα όσον αφορά στην ανάπτυξη της νοημοσύνης σε παιδιά που γεννήθηκαν με χαμηλό βάρος γέννησης, χάρη σε κάποιους θρεπτικούς και άλλους βιολογικούς παράγοντες που βρίσκονται στο ανθρώπινο μητρικό και όχι στο αγελαδινό γάλα (49). Αυτό έρχεται να επιβεβαιωθεί από μια έρευνα που έγινε σε παιδιά ηλικίας δέκα ετών στην οποία βρέθηκε ότι ο θηλασμός για έξι μήνες και περισσότερο, έχει θετικά αποτελέσματα στην ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών (50). Σε μια αντίστοιχη έρευνα άλλωστε που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά ηλικίας εννέα ετών βρέθηκε ότι τα παιδιά τα οποία θήλασαν παρουσίασαν καλύτερες επιδόσεις στην ανάγνωση και τα μαθηματικά (score 3,24 και 2,23 ποσοστιαίες μονάδες

αντίστοιχα), σε σχέση με αυτά που δεν θήλασαν (51). Γενικά αυτό που προκύπτει είναι ότι τα παιδιά τα οποία θήλασαν παρουσιάζουν αυξημένη νοημοσύνη τόσο στη παιδική ηλικία όσο και ως ενήλικες σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Δανία μεταξύ δύο δειγμάτων ενηλίκων που γεννήθηκαν μεταξύ του 1959 και 1961 (52).

Αξιοσημείωτο δε είναι το γεγονός ότι ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης επιληψίας. Ειδικότερα αυτό προκύπτει από μια έρευνα όπου τα παιδιά τα οποία θήλασαν για τρεις ή περισσότερους μήνες είχαν 35% και 44% αντίστοιχα μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιληψία (53).

Σημαντική θεωρείται η συμβολή του θηλασμού στην ελάττωση του ποσοστού της παιδικής παχυσαρκίας (54-57), η οποία έχει χαρακτηριστεί και ως μια σύγχρονη επιδημία, δεδομένου ότι στις Η.Π.Α το 34% των ενηλίκων ηλικίας 18 ετών και άνω είναι υπέρβαροι και το 28% είναι παχύσαρκοι (58). Είναι πιθανόν οι διατροφικές συνήθειες του ενήλικα να σχετίζονται με το είδος του γάλακτος που έλαβε κατά την παιδική του ηλικία (59). Σε μια έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά αποδείχτηκε ότι ο αποκλειστικός θηλασμός αποτελεί ένα προστατευτικό παράγοντα έναντι της παχυσαρκίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (60). Ειδικότερα ο θηλασμός έχει μια προστατευτική επίδραση έναντι στα παιδιά με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος οδηγώντας σε χαμηλότερα επίπεδα ινσουλίνης και πλάσματος, μειώνοντας κατά αυτό τον τρόπο την αποθήκευση λίπους και παρεμποδίζοντας την υπερβολικά πρόωμη ανάπτυξη λιποκυττάρων (61). Έτσι λοιπόν παρατηρείται μείωση 15%-30% στα ποσοστά της παχυσαρκίας σε εφήβους και ενήλικες που θήλασαν στην παιδική τους ηλικία σε σχέση με αυτούς που δε θήλασαν (38). Τα ανωτέρω ευρήματα ενισχύονται περαιτέρω από μια δεύτερη έρευνα που έγινε στην Αυστραλία σε 2087 παιδιά. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά τα οποία θήλασαν για τουλάχιστον ένα χρόνο είναι πιο αδύνατα σε σχέση με αυτά που δεν θήλασαν (62). Μία εργασία μετά-ανάλυσης άλλωστε των υφιστάμενων ερευνών σχετικά με τη διάρκεια του θηλασμού και τον κίνδυνο εμφάνισης αυξημένης μάζας σώματος υποστηρίζει μια εξαρτώμενη σχέση μεταξύ της αύξησης του θηλασμού και της μείωσης του κινδύνου εμφάνισης υπερβολικού βάρους(63).

Αναφορικά με τα οφέλη του θηλασμού πρέπει να επισημάνουμε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στο θηλασμό και την αρτηριακή πίεση αργότερα στην ενήλικη ζωή (64-66). Έρευνες αποδεικνύουν ότι τα παιδιά τα οποία θηλάζουν έχουν μέση συστολική πίεση ελαφρώς χαμηλότερη (1,4 mmHg) σε σχέση με αυτά που τρέφονται με βιομηχανοποιημένο γάλα (67). Επίσης ο θηλασμός σχετίζεται με αύξηση της ολικής χοληστερόλης (TC) και της χαμηλής ποσότητας λιποπρωτεϊνών (LDL) χοληστερόλης στη βρεφική ηλικία, αλλά με χαμηλότερα επίπεδα χοληστερόλης στην ενήλικη ζωή. Ο θηλασμός λοιπόν, μπορεί να έχει μακροπρόθεσμα οφέλη στην καρδιαγγειακή υγεία (68).

Επιπρόσθετα η πρόωμη έναρξη του αγελαδινού γάλακτος και η μικρή διάρκεια μητρικού θηλασμού, έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (59). Ο θηλασμός προστατεύει ενάντια στην εμφάνιση διαβήτη τύπου 1(69). Αξιοσημείωτο είναι ότι καταγράφεται μείωση 30% για τα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για τουλάχιστον τρεις μήνες (38).

Τέλος, σημαντική θεωρείται και η δράση του μητρικού θηλασμού στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης λευχαιμίας (70-73). Ειδικότερα, έρευνες αποδεικνύουν ότι παρατηρείται μείωση των περιστατικών λευχαιμίας, η οποία σχετίζεται με τη διάρκεια του θηλασμού. Υπό το πρίσμα αυτό, παρατηρείται μείωση κατά 20% του κινδύνου εμφάνισης οξείας λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας και 15% της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας, για τα βρέφη που θήλασαν για περισσότερο από έξι μήνες (38).

2.5.2 Πλεονεκτήματα για τη μητέρα

Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες οι οποίες θηλάζουν παρουσιάζουν χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (74-77). Σύμφωνα με μια διεθνή έρευνα τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού μειώνονται κατά 4,3% στις γυναίκες που θήλασαν για δώδεκα μήνες (78). Πολλές επιδημιολογικές μελέτες καταδεικνύουν την θετική

επίδραση του θηλασμού έναντι του καρκίνου του μαστού που εμφανίζεται πριν την εμμηνόπαυση και αναφέρουν μείωση του κινδύνου κατά 45%. Ο κίνδυνος εμφάνισης προεμμηνόπαυσιακού καρκίνου του μαστού μπορεί να μειωθεί κατά 42% στις αναπτυσσόμενες χώρες με την αύξηση της διάρκειας του θηλασμού (79).

Επιπρόσθετα, ο θηλασμός προστατεύει και από τον καρκίνο των ωοθηκών (80-82). Συγκεκριμένα ο θηλασμός καταστέλλει την ωορρηξία και μειώνει τα επίπεδα γοναδοτροπίνης με αποτέλεσμα να θεωρείται ως πιθανός προστατευτικός παράγοντας έναντι του καρκίνου των ωοθηκών (83).

Αξιοσημείωτη επίσης είναι η συμβολή του θηλασμού στη σχέση μητέρας- παιδιού. Ο θηλασμός αναμφίβολα ενισχύει τη σχέση της μητέρας με το βρέφος της και δημιουργεί ισχυρούς δεσμούς. Έρευνες στις ΗΠΑ δείχνουν ότι οι γυναίκες των χαμηλών οικονομικών στρωμάτων που θήλασαν, έχουν περισσότερη εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους ως γονείς καθώς και στις δυνατότητές τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών τους (84).

Επίσης το ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης είναι χαμηλότερο στις γυναίκες που θηλάζουν (26). Σύμφωνα λοιπόν με διάφορες έρευνες, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού της κατάθλιψης στις γυναίκες που δε θηλάζουν ή που προχώρησαν νωρίς στον απογαλακτισμό (85).

Σύμφωνα με άλλες μελέτες πρόσθετο όφελος για τις θηλάζουσες μητέρες είναι η γρήγορη απώλεια του βάρους που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης τα αυξημένα επίπεδα ωκυτοκίνης κατά το θηλασμό έχουν ως αποτέλεσμα τη γρήγορη υποστροφή της μήτρας και τη μείωση της αιμορραγίας καθώς και της αναιμίας στις θηλάζουσες μητέρες (86).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι η μεγάλη διάρκεια θηλασμού σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης διαβήτη τύπου 2, σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε σε δύο μεγάλες ομάδες γυναικών στις ΗΠΑ (87). Οι γυναίκες λοιπόν, οι οποίες δεν έχουν ιστορικό διαβήτη κύησης και θηλάζουν, παρουσιάζουν μείωση του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη τύπου 2. Έρευνες δείχνουν ότι για κάθε έτος θηλασμού παρατηρείται μείωση εμφάνισης της νόσου κατά 2%-4% (38).

Η συμβολή του θηλασμού είναι σημαντική, ακόμα και στον κίνδυνο εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Ειδικότερα, αν η διάρκεια του θηλασμού ξεπερνά τους δώδεκα μήνες, ο κίνδυνος εμφάνισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας κυμαίνεται στο 0,8, ενώ αν η διάρκεια θηλασμού είναι πάνω από 24 μήνες ο κίνδυνος πέφτει στο 0,5 (88).

Επίσης μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μινεσότα των Ηνωμένων Πολιτειών έδειξε ότι η οστική μάζα έχει μεγαλύτερη πυκνότητα στις γυναίκες που θηλάζουν για περισσότερο από οχτώ μήνες. Επιπρόσθετα οι Alterman και συν έχουν καταδείξει ότι ο θηλασμός προστατεύει από τα κατάγματα του ισχίου και του βραχίονα που προκαλούνται από την οστεοπόρωση (86).

Τέλος υπάρχει σχέση ανάμεσα στη γαλουχία και τη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων στους ενήλικες, όπως επισημάνθηκε σε μια διαχρονική μελέτη που έγινε σε περισσότερες από 139 μετεμνηνοπαυσιακές γυναίκες. Ειδικότερα οι γυναίκες με ιστορικό γαλουχίας από 12 έως 23 μήνες παρουσίαζαν σημαντική μείωση στην εμφάνιση υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας και καρδιαγγειακών νόσων (38).

2.5.3 Κοινωνικά οφέλη μητρικού θηλασμού.

Τα πλεονεκτήματα του θηλασμού δεν περιορίζονται μόνο στην υγεία των βρεφών και των μητέρων αλλά περιλαμβάνουν και σημαντικά οικονομικά οφέλη που αφορούν

στη μείωση από έξοδα αμοιβών για το γιατρό, την κλινική ή το νοσοκομείο και τα ιατρικά εργαστήρια. Επίσης κατά το θηλασμό δεν υπάρχει κανένα κόστος ή υπάρχει μειωμένο κόστος για την αγορά βιομηχανικών προϊόντων γάλακτος, το λιγότερο για το πρώτο έτος της ζωής του βρέφους. Ο περιορισμός στις έμμεσες δαπάνες από την άλλη, σχετίζεται με την απώλεια σε χρόνο και έσοδα των γονέων και κυρίως των μητέρων όταν καλούνται να φροντίσουν παιδιά που αρρωσταίνουν συχνότερα επειδή ενδεχομένως δεν έλαβαν τα πλεονεκτήματα του θηλασμού (89). Γενικά οι στρατηγικές που έχουν ως στόχο να αυξήσουν τον αριθμό των μητέρων που θηλάζουν για τουλάχιστον έξι μήνες, θα αποδώσουν μακροπρόθεσμα ένα οικονομικό όφελος σε διεθνές επίπεδο. Επακόλουθο είναι να μειωθούν οι δαπάνες για τα προγράμματα δημόσιας υγείας, όπως το ειδικό πρόγραμμα διατροφής για τις γυναίκες τα βρέφη και τα μεγαλύτερα παιδιά. Τέλος θα υπάρξει μικρότερη περιβαλλοντική επιβάρυνση (90).

2.6. Η οικολογική επίδραση της αντικατάστασης του μητρικού γάλακτος με αγελαδινό γάλα

Είναι γεγονός ότι το μητρικό γάλα είναι το μόνο τρόφιμο που παράγεται και παραδίδεται στον καταναλωτή χωρίς καθόλου ρύπανση ή χρήση πακέτων συσκευασίας. Επιπροσθέτως, είναι το μόνο τρόφιμο που βοηθά στην ανοσία του οργανισμού και έχει πολλαπλά οφέλη τόσο για το βρέφος όσο και για το άτομο που το παράγει. Τα οφέλη του μητρικού γάλακτος συχνά παραβλέπονται ενώ οι βιομηχανίες γάλακτος συνεχίζουν να προωθούν τα εναλλακτικά σκευάσματα σίτισης βρεφών ως μια βιώσιμη επιλογή. Αυτό όμως που αγνοείται εντελώς είναι η επίδραση που έχει η σίτιση του βρέφους με μπουκάλι στο περιβάλλον και στην οικολογία. Η επίδραση αυτή είναι πολύ μεγάλη αφού τα περισσότερα μωρά που σιτίζονται με μπουκάλι σημαίνουν περισσότερη αποψίλωση δασών, διάβρωση του εδάφους, ρύπανση (συμπεριλαμβανομένων διοξινών και άλλων τοξινών), κλιματικές αλλαγές και σπατάλη φυσικών πόρων. Και ενώ όλα αυτά συμβαίνουν οι βιομηχανίες γάλακτος συνεχίζουν να συντηρούν τη ζήτηση για εναλλακτικά τρόφιμα μέσω της παροχής δωρεάν συσκευασμάτων στις μαιευτικές κλινικές, δωρεάν δειγμάτων στις μητέρες, διαφήμιση και προώθηση προϊόντων στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας, συμβάλλοντας έτσι δραστικά στην παγκόσμια οικολογική κρίση. Σε αντιδιαστολή το

μητρικό γάλα είναι ένας ανανεώσιμος φυσικός πόρος που δεν προκαλεί καμία ζημία στο φυσικό περιβάλλον όπως ρύπανση ή αύξηση του όγκου των απορριμμάτων.

Η σπατάλη που προκαλεί η σίτιση με μπουκάλι σχετίζεται με πολλούς τομείς με πρώτο και κύριο την αύξηση των απορριμμάτων. Έχει υπολογιστεί ότι αν κάθε μωρό στην Αμερική σιτίζονταν με μπουκάλι, σχεδόν 86.000 τόνοι κασσίτερου θα χρειάζονταν για την κατασκευή 550 εκατομμυρίων δοχείων σκόνης αγελαδινού γάλακτος. Αν επιπλέον τα δοχεία αυτά έχουν χάρτινες ετικέτες, τότε περίπου 1.230 τόνοι χαρτιού απαιτούνται. Ενώ ένα μέρος των δοχείων ανακυκλώνεται, η πλειοψηφία τους απλά πετάγεται στους κάδους απορριμμάτων και δεν ανακυκλώνεται. Τελευταία, πολλά γάλατα πουλιούνται σε συσκευασίες που περιέχουν το προϊόν έτοιμο προς κατανάλωση, οι οποίες όμως συσκευασίες κατασκευάζονται από υλικά τα οποία δεν ανακυκλώνονται. Μια άλλη πλευρά της σπατάλης που συντελείται σχετίζεται με το νερό και την ενέργεια. Όταν μια μητέρα ετοιμάζει το γάλα του μωρού της πρέπει να αποστειρώσει το νερό και το μπουκάλι. Το νερό και η ενέργεια που απαιτείται για το βρασμό δεν εγείρει κάποιον προβληματισμό στις αναπτυσσόμενες χώρες, αυτό όμως δεν αποτελεί δικαιολογία για τη σπατάλη που λαμβάνει η χώρα αν αναλογιστεί κανείς ότι το 60% του πληθυσμού της γης δεν έχει πρόσβαση σε επαρκές πόσιμο νερό (91).

Όσον αφορά στο πλήθος των αγελάδων που απαιτούνται, έχει εκτιμηθεί ότι μόνο στην Ινδία θα απαιτούνταν 135 εκατομμύρια αγελάδες για να αντικαταστήσουν το μητρικό γάλα, το οποίο μεταφράζεται σε 10.000 τετραγωνικά μέτρα βοσκότοπου ανά αγελάδα. Αυτό σημαίνει ότι το 43% της επιφάνειας της γης θα έπρεπε να μετατραπεί σε βοσκότοπο μόνο για την Ινδία. Και όπου η φυσιολογία τους εδάφους δεν το επιτρέπει, εκτεταμένες αποψιλώσεις δασών θα λάμβαναν χώρα γεγονός που θα οδηγούσε στην διάβρωση του εδάφους και στην αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα στην ατμόσφαιρα (91).

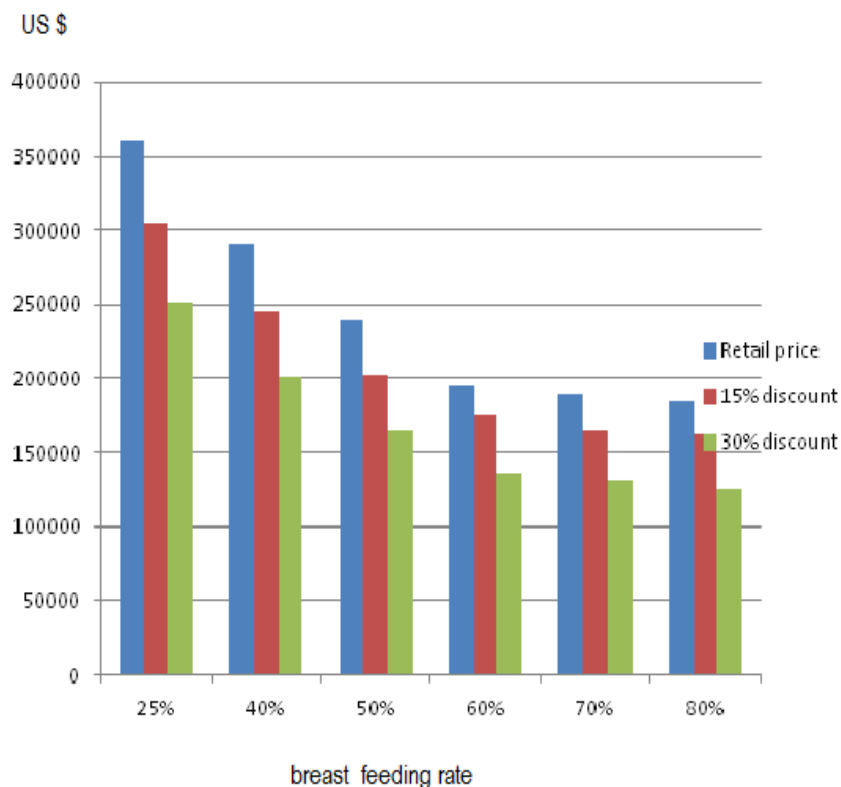
Η ρύπανση που προκαλεί στην ατμόσφαιρα η σίτιση με μπουκάλι σχετίζεται και με την ενέργεια που απαιτείται για τη μετατροπή του αγελαδινού γάλακτος σε σκόνη και με την μεταφορά σε όλο τον πλανήτη. Η μετατροπή του γάλακτος σε σκόνη περιλαμβάνει κυρίως τα στάδια της παστερίωσης, της ομογενοποίησης και της αφύγρανσης. Η ενέργεια που απαιτείται για να επιτευχθούν οι υψηλές θερμοκρασίες και να λάβουν χώρα οι μηχανικές διεργασίες για τη συνολική διαδικασία συμβάλει δραστικά στην μόλυνση του περιβάλλοντος. Τέλος η ενέργεια που απαιτείται για τη συλλογή του γάλακτος στις βιομηχανικές μονάδες και τη διανομή των σκευασμάτων σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της Γής, δεν έχει εκτιμηθεί επιστημονικά, αποτελεί όμως έναν υπολογίσιμο παράγοντα μόλυνσης.

Συνοπτικά, η υπονόμηση του μητρικού θηλασμού θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με την ίδια βαρύτητα όπως το φαινόμενο του θερμοκηπίου ή η υπεραλίευση των θαλασσών. Ευτυχώς η πλειονότητα των βρεφών του πλανήτη σιτίζονται με μητρικό γάλα, γεγονός που έρχεται σε αντιπαράθεση με τα συμφέροντα της βιομηχανίας γάλακτος. Το ποσοστό όμως αυτό συνεχώς μειώνεται και όσο οι βιομηχανίες θα συνεχίσουν την επιτυχημένη πολιτική τους για αύξηση των κερδών η επίδραση στην οικολογία και στον πλανήτη μας θα είναι καταστροφική (91).

2.7 Οικονομική αξιολόγηση των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη»

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ, αν το 90% των μητέρων συμμορφώνονταν με τις ισχύουσες ιατρικές συστάσεις για θηλασμό, θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν 3,7 δισεκατομμύρια δολάρια σε άμεσες και έμμεσες παιδιατρικές δαπάνες για την υγεία (92). Ιδιαίτερα σημαντική λοιπόν, θεωρείται η οικονομική αξιολόγηση των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων. Έρευνες βέβαια που πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομεία των ΗΠΑ καταδεικνύουν ότι ο όγκος των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία που είναι φιλικά προς τα βρέφη είναι ελαφρώς μεγαλύτερος σε σχέση με τα νοσοκομεία που δεν είναι φιλικά προς τα βρέφη. Η διαφορά ωστόσο κυμαίνεται από 1,6% έως 5% και δε θεωρείται στατιστικά σημαντική. Έρευνες όμως στα νοσοκομεία των ΗΠΑ δείχνουν ότι το κόστος από

προμήθειες γάλακτος μειώνεται με την πάροδο του χρόνου καθώς τα ποσοστά του θηλασμού αυξάνονται (πιν. Γράφημα 3). Επιπρόσθετα η απόφαση των νοσοκομείων να γίνουν φιλικά προς τα βρέφη έχει θετικά αποτελέσματα στην υγεία των μητέρων και των βρεφών και τα οφέλη αυτά μπορούν με την σειρά τους να αντισταθμίσουν τις αυξημένες δαπάνες και να οδηγήσουν στη βελτίωση της σχέσης κόστους αποτελέσματος (93). Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ 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. Η έρευνα κόστους



Γραφημα 3: Το κόστος από προμήθειες γάλακτος μειώνεται καθώς τα ποσοστά του θηλασμού αυξάνονται.

Πηγή: Langabeer J et al, 2009

αποτελέσματος 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 (94).

Επίσης στην Ονδούρα και το Μεξικό πραγματοποιήθηκε μια έρευνα κόστους αποτελέσματος που αφορούσε στη λειτουργία των νοσοκομείων φιλικά προς τα βρέφη και στηριζόταν σε δημογραφικά και κλινικά δεδομένα. Είναι γεγονός ότι ο αντίκτυπος της πρωτοβουλίας των νοσοκομείων φιλικά προς τα βρέφη μεταφραζόταν σε εξοικονόμηση πόρων που σχετίζονταν με χαμηλότερο επιπολασμό νόσων του αναπνευστικού και διαρροϊκών συνδρόμων. Ως μέτρο ποσοτικοποίησης του φορτίου της νόσου χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης DALY (a disability-adjusted life years) και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ενθάρρυνση του μητρικού θηλασμού μέσω της πρωτοβουλίας των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη» είναι πολύ οικονομικά αποδοτική (2-19\$ για κάθε DALY) (95).

Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι ένα σύνολο από εικοσιπέντε συστηματικές ανασκοπήσεις και Βρετανικές μελέτες παρέχουν ισχυρά δεδομένα για την οικονομική ανάλυση. Έχουν αναπτυχθεί λοιπόν ποσοτικά μοντέλα για πέντε δεδομένα: γαστρεντερικές παθήσεις, ασθένειες του αναπνευστικού, μέση ωτίτιδα, νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEC) και καρκίνο του μαστού. Είναι γεγονός ότι τα ποσοτικά μοντέλα διαπίστωσαν ότι μια μέτρια αύξηση του μητρικού θηλασμού, αν δηλαδή το 45% των γυναικών θηλάσουν αποκλειστικά για τέσσερις μήνες και το 75% των βρεφών που βρίσκονται σε μονάδες βρεφών θηλάσουν μετά την έξοδο από την κλινική θα προκύψουν οι εξής εκτιμήσεις :

- 1) 3.285 λιγότερες γαστρεντερικές λοιμώξεις που σχετίζονται με εισαγωγές στο νοσοκομείο και 10.637 λιγότερες επισκέψεις σε οικογενειακούς γιατρούς, με αποτέλεσμα να εξοικονομούνται 3,6 εκατομμύρια λίρες ετησίως.
- 2) 5.916 λιγότερες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, που σχετίζονται με εισαγωγές στα νοσοκομεία και 22.248 επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση κόστους 6,7 εκατομμυρίων λιρών.

- 3) 21.045 λιγότερα περιστατικά από οξεία μέση ωτίτιδα που σχετίζονται με επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 750.000 λιρών ετησίως.
- 4) 361 λιγότερες περιπτώσεις νεκρωτικής εντεροκολίτιδας με αποτέλεσμα να εξοικονομούνται 6 εκατομμύρια λίρες ετησίως.

Γενικά πάνω από 17 εκατομμύρια λίρες θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν ετησίως με την αποφυγή του κόστους των τεσσάρων οξέων ασθενειών που αφορούν στα βρέφη. Επιπρόσθετα αν το μισό ποσοστό των μητέρων που δε θηλάζουν, αποφάσιζαν να θηλάσουν για δεκαοκτώ μήνες στη ζωή τους, τότε για κάθε 313.000 νέες μητέρες που περίπου προκύπτουν ετησίως, η αλλαγή αυτή θα οδηγούσε σε:

- 1) 865 λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση κόστους για τις υγειονομικές υπηρεσίες πάνω από 21 εκατομμύρια λίρες.
- 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. Όλα αυτά θα μπορούσαν να επιφέρουν ένα οριακό όφελος πάνω από 31.000.000 λίρες στη διάρκεια κάθε έτους που προκύπτουν νέες μητέρες.

Επίσης έγιναν διάφορες αναλύσεις σχετικά με τις γνωστικές λειτουργίες, την παιδική παχυσαρκία και το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου (SIDS). Σύμφωνα με αυτές τις αναλύσεις διαπιστώθηκε ότι:

- 1) Αν μόνο το 1% των ατόμων που επί του παρόντος δε θηλάζουν επρόκειτο να ξεκινήσουν το θηλασμό, αυτό θα μπορούσε να συνδέεται με αύξηση του μέσου όρου του δείκτη νοημοσύνης, που με τη σειρά του θα μπορούσε να οδηγήσει σε εξοικονόμηση πάνω από 278 εκατομμύρια λίρες στην οικονομική παραγωγικότητα κατά την διάρκεια κάθε ετήσιας ομάδας γεννήσεων.
- 2) Μια πολύ μικρή αύξηση του αποκλειστικού θηλασμού θα μπορούσε να σχετίζεται με την αποφυγή τριών περιπτώσεων αιφνίδιου θανάτου ετησίως, εξαλείφοντας τις τραγικές συνέπειες για την οικογένεια, και αποφεύγοντας την απώλεια ενός ετήσιου χρηματικού κόστους 4,7 εκατομμυρίων λιρών και περίπου μιας απώλειας 1,3 εκατομμυρίων λιρών σε QALYs.

- 3) Αύξηση του θηλασμού με αποτέλεσμα την μείωση της πρόωρης παχυσαρκίας σε ποσοστό 5% μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης για περίπου 1,6 εκατομμύρια λίρες (96).

2.8 Μητρικός θηλασμός και νοσήματα

Μεγαλοκυτταρικός ιός. Είναι η πιο συχνή περιγεννητική λοίμωξη. Η δίοδος βέβαια του ιού στο γάλα της μητέρας δεν προκαλεί λοίμωξη στα τελειόμηνα νεογνά. Βέβαια τα πρόωρα νεογνά αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω χαμηλών επιπέδων αντισωμάτων.

Ηπατίτιδα β. Είναι γεγονός ότι αν αμέσως μετά τον τοκετό χορηγήσουμε ανοσοσφαιρίνη κατά της ηπατίτιδας β και αρχίσει ο εμβολιασμός, το παιδί μπορεί να θηλάσει και ο κίνδυνος είναι ασήμαντος .

Ηπατίτιδα c. Ο ιός μεταδίδεται κυρίως με τη μετάγγιση του δέρματος και διαδερμικά σε επαφή με το μολυσμένο αίμα. Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο ιός μεταδίδεται με το θηλασμό. Σύμφωνα άλλωστε με τις οδηγίες του κέντρου ελέγχου και πρόληψης λοιμώξεων και την ακαδημία παιδιατρικής της Αμερικής, η λοίμωξη της μητέρας από HCV δεν αποτελεί αντένδειξη για το θηλασμό. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι οι μητέρες που έχουν λοίμωξη από HCV, αν αποφασίσουν να θηλάσουν είναι ανάγκη να αποφεύγουν το θηλασμό αν οι θηλές τους αιμορραγούν.

Aids. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο ιός του aids αποτελεί αντένδειξη για τον θηλασμό (97). Ο ιός του HIV -1 μεταδίδεται μέσω του μητρικού θηλασμού. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί ότι ο μητρικός θηλασμός είναι ιδιαίτερος σημαντικός σε περιοχές του κόσμου που είναι φτωχές σε φυσικούς πόρους, όπου η πρόσβαση σε καθαρό νερό είναι περιορισμένη, γεγονός που αυξάνει το ρίσκο γαστρεντερικών λοιμώξεων εφόσον ο μητρικός θηλασμός αντικατασταθεί από εναλλακτική σίτιση (98).

Είναι γεγονός ότι μόλις έλαβε χώρα η πρώτη αναφορά για μετάδοση του ιού HIV-1 μέσω του θηλασμού, το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών έκανε σύσταση στις γυναίκες που πάσχουν από HIV-1 στις ΗΠΑ να αποφεύγουν το θηλασμό, καθώς η εναλλακτική σίτιση είναι ασφαλής, οικονομική και κοινωνικά αποδεκτή. Το Κέντρο Πρόληψης και ελέγχου ασθενειών και η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής συνεχίζουν να συνιστούν στις γυναίκες που είναι μολυσμένες με τον ιό HIV-1 να μη θηλάζουν. Στις ΗΠΑ, όπου η μετάδοση του ιού κατά τη διάρκεια του τοκετού έχει σημαντικά μειωθεί, η αποφυγή του μητρικού θηλασμού παραμένει μια σημαντική συνιστώσα στην πρόληψη μετάδοσης του HIV-1 από τη μητέρα στο παιδί (98).

Ωστόσο, σε περιοχές του κόσμου όπου ο μητρικός θηλασμός είναι η συνήθης τακτική και η ασφαλής αντικατάσταση του θηλασμού με εναλλακτικές μορφές σίτισης δεν είναι δυνατή, η τεράστια επιδημία μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο παιδί συνεχίζεται. Οι ερευνητικές προσπάθειες στο συνεχιζόμενο πρόβλημα της μετάδοσης του ιού έχουν αποδώσει επιπρόσθετες πληροφορίες όσον αφορά στους μηχανισμούς μετάδοσης, όπως επίσης στο χρονισμό και στους παράγοντες κινδύνου για μια τέτοια μετάδοση (98).

Γεγονός είναι ότι η πλήρης αποφυγή του θηλασμού από γυναίκες μολυσμένες με τον ιό HIV-1, παραμένει ο μόνος τρόπος για την πρόληψη μόλυνσης των βρεφών. Για χώρες όμως φτωχές σε φυσικούς πόρους, με περιορισμένη πρόσβαση σε καθαρό νερό, η πλήρης αποφυγή του μητρικού θηλασμού οδηγεί στο δίλλημα της εναλλακτικής σίτισης που, αφενός προστατεύει από τον ιό HIV-1 αφετέρου όμως, θέτει το βρέφος άμεσα σε κίνδυνο από άλλες θανατηφόρες λοιμώξεις κυρίως του γαστρεντερικού (98).

Υπερθυρεοειδισμός. Είναι γεγονός ότι ο υπερθυρεοειδισμός δεν αποτελεί αντένδειξη για τον θηλασμό. Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα φάρμακα που παίρνει η μητέρα. Ειδικότερα η θειουρακίλη περνάει σε μεγάλες ποσότητες στο μητρικό γάλα και αντενδείκνυται στο θηλασμό. Η καρμπιμαζόλη και προπιθειουρακίλη περνάνε σε μικρότερες ποσότητες στο γάλα και θεωρούνται ασφαλείς. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι το ραδιενεργό ιώδιο αντενδείκνυται ως θεραπεία στη διάρκεια του

θηλασμού. Είναι γεγονός ότι μια θεραπευτική δόση ραδιενεργού ιωδίου αποβάλλεται σε μία με τρεις εβδομάδες. Κάτω από αυτές τις συνθήκες το γάλα μπορεί να αφαιρείται και να χρησιμοποιείται όταν είναι κατάλληλο για χρήση (97).

Αυτοάνοσα νοσήματα. Αξιοσημείωτο είναι ότι πολλές φορές παρατηρείται υποτροπή ή βελτίωση των αυτοάνοσων νοσημάτων μετά τον τοκετό στη διάρκεια του θηλασμού. Αξίζει λοιπόν να σημειωθεί ότι ο ερυθματώδης λύκος επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της κύησης ενώ η φλεγμονώδης αρθρίτιδα συνήθως βελτιώνεται. Είναι γεγονός ότι σήμερα η μητέρα με αυτοάνοσα νοσήματα μπορεί να θηλάσει το παιδί της, αφού συμβουλευτεί από το ρευματολόγο για τα φάρμακα που πρέπει να της χορηγηθούν (97).

2.9 Τράπεζα μητρικού γάλακτος

Στο παρελθόν έχουν υπάρξει αμέτρητα παραδείγματα γυναικών που θηλάσαν ή παρείχαν το μητρικό τους γάλα σε βρέφη που δεν ήταν βιολογικά τους τέκνα. Πριν ξεκινήσει η πώληση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, η πρόσληψη μιας γυναίκας για παροχή μητρικού γάλακτος ήταν ο μόνος τρόπος για να επιβιώσει ένα βρέφος. Οι γυναίκες που προσλαμβάνονταν για το σκοπό αυτό, ήταν πολλές φορές δύσκολο να βρεθούν και οι γιατροί έχοντας ως σκοπό την επιβίωση των βρεφών κοίταζαν να βρουν άλλους τρόπους για να παρέχουν ανθρώπινο γάλα σε άρρωστα παιδιά. Έτσι ξεκίνησε η ιδέα της δωρεάς μητρικού γάλακτος. Στην Αμερική η πρώτη τράπεζα μητρικού γάλακτος ιδρύθηκε στη Βοστώνη το 1911. Ανύπαντρες μητέρες πληρώνονταν για να παρέχουν το γάλα τους σε νοσηλευόμενα παιδιά. Συνέχιζαν να θηλάζουν τα δικά τους παιδιά για να διατηρούν την παροχή γάλακτος και ελέγχονταν για νοσήματα μέσω ενός ιατρικού ελέγχου. Το γάλα επίσης παστεριώνονταν. Το 1943 η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής ήταν η πρώτη που εξέδωσε κατευθυντήριες γραμμές για τις τράπεζες που συλλέγουν μητρικό γάλα.

Ως τράπεζα μητρικού γάλακτος ορίζεται η συλλογή, ο έλεγχος, η επεξεργασία και η διανομή μητρικού γάλακτος από εθελόντριες θηλάζουσες μητέρες. Το μητρικό γάλα που δωρίζεται παρέχεται κατόπιν ιατρικής συνταγής σε άτομα για τα οποία ιατρικοί

και διατροφικοί λόγοι απαιτούν ανθρώπινο γάλα. Κατά τη διάρκεια των ετών οι τράπεζες μητρικού γάλακτος έχουν δεχτεί είτε την υποστήριξη ή τη δυσμένεια της ιατρικής κοινότητας. Τη δεκαετία του '70 όταν η νεογνολογία έγινε ένα ανεξάρτητο πεδίο της ιατρικής, όλο και πιο πρώιμα βρέφη επιβίωναν και το μητρικό γάλα που προέρχονταν από δωρεά ήταν ένα σημαντικό κομμάτι της διατροφής αυτών των βρεφών. Επομένως πολλές τράπεζες γάλακτος υπήρχαν σε όλο τον κόσμο. Η τάση αυτή άρχισε να αλλάζει τη δεκαετία του '80 όταν φόρμουλες ειδικές για πρώιμα βρέφη σχεδιάστηκαν και υπήρχε πλέον ανησυχία για τον ιό HIV. Στον 21^ο πλέον αιώνα, οι ομάδες εντατικής φροντίδας νεογνών τονίζουν τη σημασία για της μητέρες των πρώιμων βρεφών να παρέχουν οι ίδιες στα παιδιά τους μητρικό γάλα. Τα τελευταία χρόνια η χρήση ξένου μητρικού γάλακτος έχει μετατοπιστεί από την αποκλειστική σίτιση πρώιμων βρεφών στην σίτιση μεγαλύτερων βρεφών και παιδιών με σημαντικά διατροφικά και ανοσολογικά προβλήματα. Σε κάποιες περιπτώσεις το μητρικό γάλα ενδείκνυται ακόμα και σε ενήλικες. Πλέον υπάρχει μια συνεχιζόμενη τάση στη χρήση μητρικού γάλακτος κατόπιν ιατρική συνταγής και υπάρχει και επέκταση στο δίκτυο τραπεζών μητρικού γάλακτος. Τα εμπόδια που υπάρχουν στην αυξανόμενη χρήση είναι η έλλειψη ιατρικής επίγνωσης της υπηρεσίας και η έλλειψη νομοθετικού πλαισίου που να υποστηρίζει τη χρήση μητρικού γάλακτος σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις (99).

2.10 Νοσηλεία του βρέφους στο δωμάτιο της μητέρας/ Rooming in

Η πολιτική που ακολουθείται στις περισσότερες μαιευτικές κλινικές υπαγορεύει ότι μετά το τέλος του τοκετού, τα νεογέννητα μεταφέρονται στη μονάδα φροντίδας ενώ η μητέρα πηγαίνει σε ένα νοσοκομειακό δωμάτιο. Οι επισκέψεις του μωρού περιορίζονται στις ώρες της σίτισης. Η τακτική αυτή βασίζεται στην παλιά πεποίθηση της ιατρικής κοινότητας ότι τα μωρά είναι πιο ασφαλή σε μία μονάδα φροντίδας, ενώ οι μητέρες έχουν την ευκαιρία να ξεκουραστούν. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι η πολιτική αυτή έρχεται σε αντίθεση με την επιθυμία για επαφή που θεωρείται ένα φυσικό συναίσθημα που μοιράζεται ανάμεσα στις μητέρες και τα μωρά. Σήμερα οι έρευνες έχουν δείξει ότι είναι προτιμότερο για τη μητέρα και το παιδί να βρίσκονται στον ίδιο χώρο και η τάση αυτή ορίζεται διεθνώς ως rooming-in. Επιπλέον οι ειδικοί συμφωνούν ότι, εκτός αν συντρέχει ιατρικός λόγος, οι μητέρες και τα μωρά δε θα

πρέπει να αποχωρίζονται ακόμη και τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Υπάρχουν ορισμένες πρακτικές που υποστηρίζουν τη φυσική επαφή και που σχετίζονται άμεσα με την παραμονή του βρέφους στην ίδια νοσοκομειακή κλίνη με τη μητέρα του, οι οποίες είναι οι εξής:

1) Οι μητέρες και τα βρέφη μοιράζονται ένα φυσικό ένστικτο να είναι μαζί αμέσως μετά τον τοκετό. Τα μωρά με αυτό τον τρόπο είναι ζεστά, κλαίνε λιγότερο και ξεκινάει πιο ομαλά ο θηλασμός. Οι μητέρες μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις ανάγκες των μωρών τους και ο δεσμός που διαρκεί μια ζωή αρχίζει να σχηματίζεται.

2) Το να κρατά μια μητέρα το βρέφος σε άμεση επαφή με το δέρμα της έχει πολλά πλεονεκτήματα. Έχει παρατηρηθεί ότι με την δερματική επαφή τα μωρά προσαρμόζονται πιο εύκολα στο περιβάλλον έξω από τη μήτρα. Είναι πιο ήρεμα, εκκρίνουν λιγότερες ορμόνες του στρες και ο θηλασμός τους ξεκινάει πιο σύντομα. Τα πλεονεκτήματα της δερματικής επαφής συνεχίζονται και μετά την πρώτη ώρα και ειδικότερα όσο πιο εκτενής είναι η περίοδος επαφής τόσο περισσότερα είναι τα πλεονεκτήματα. Τα μωρά και ειδικότερα τα πρόωρα έχουν χαμηλή θερμοκρασία η οποία αποκαθίσταται σε φυσιολογικές τιμές με τη δερματική επαφή. Επίσης το μωρό εκτίθεται σε φυσιολογικά βακτήρια που βρίσκονται πάνω στο δέρμα της μητέρας τα οποία το προστατεύουν από επικίνδυνα μικρόβια. Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που κρατούν σε επαφή με το δέρμα τους τα μωρά είναι σε θέση να φροντίσουν με περισσότερη αυτοπεποίθηση τα μωρά τους, να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται πιο γρήγορα στις ανάγκες τους.

3) Τα μωρά που παραμένουν στην μονάδα φροντίδας μετά τον τοκετό κλαίνε περισσότερο και δυσκολεύονται στο θηλασμό. Αναλυτικότερα το να κρατά μια μητέρα το μωρό της κοντά της μετά τον τοκετό έχει πολλά πλεονεκτήματα, ένα από τα οποία είναι ο επιτυχής θηλασμός. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι μητέρες που βρίσκονται στον ίδιο χώρο με τα μωρά τους παράγουν περισσότερο γάλα, θηλάζουν τα μωρά περισσότερη ώρα και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επιτύχουν αποκλειστικό θηλασμό σε σύγκριση με τις μητέρες που έχουν περιορισμένη επαφή με τα μωρά τους. Επιπλέον όλη η ρουτίνα που περιλαμβάνει τη φροντίδα του βρέφους όπως ο καθαρισμός του, μπορεί να επιτευχθεί επιτυχώς κυρίως από τη μητέρα χωρίς να απαιτείται η παραμονή του βρέφους σε ειδική μονάδα.

4) Ενώ μία προηγούμενη πεποίθηση της ιατρικής κοινότητας είναι ότι με την παραμονή του βρέφους σε μονάδα φροντίδας η μητέρα έχει την ευκαιρία να ξεκουραστεί, πεποίθηση η οποία ενισχύεται από το οικογενειακό περιβάλλον, οι έρευνες σήμερα δε συνηγορούν υπέρ αυτού. Συγκεκριμένα έρευνες έχουν δείξει ότι οι μητέρες που αποχωρίζονται τα μωρά τους δεν καταφέρνουν να κοιμηθούν περισσότερο σε σύγκριση με εκείνες που τα έχουν μαζί τους και οι οποίες τελικά έχουν ένα πιο ήρεμο ύπνο με το να νιώθουν ότι τα μωρά τους είναι δίπλα τους.

Συνοπτικά, τα προτερήματα της παραμονής του βρέφους μαζί με την μητέρα του είναι εντυπωσιακά ώστε πλέον πολλές οργανώσεις όπως η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής και το αμερικάνικο Κολλέγιο Γυναικολογίας συνιστούν και προωθούν το rooming-in (100).

2.11 Δέκα βήματα 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. Υπό την έννοια αυτή προκειμένου ένα νοσοκομείο να χαρακτηριστεί «φιλικό προς τα βρέφη», θα πρέπει να ακολουθεί τα δέκα βήματα τα οποία συνοψίζονται ως εξής.

1. Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το θηλασμό και τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας.
2. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
3. Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη και το χειρισμό του θηλασμού.
4. Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση.
5. Επίδειξη στις μητέρες για το πως να θηλάζουν και πως να διατηρηθεί η διατροφή των βρεφών με μητρικό γάλα ακόμα και αν θα έπρεπε να αποχωρισθούν τη μητέρα τους.
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 πρακτικής «zooming in», δηλαδή να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα μαζί με το μωρό της 24 ώρες την ημέρα.

8. Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το αποζητά.

9. Όχι πιπίλες ή άλλα αντικείμενα για το στόμα όταν το μωρό θηλάζει.

10. Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού.

στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες όταν φεύγουν από το νοσοκομείο (101).

Η Unicef θεωρεί πως αυτά τα «Δέκα Βήματα» θα πρέπει να αποτελούν πάγια πρακτική σε όλα τα μαιευτήρια. Η προώθηση του θηλασμού πρέπει να ακολουθείται από πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, υποστήριξη των μητέρων από την κοινότητα αλλά και από την εργοδοσία, όχι μόνο κατά την περίοδο που βρίσκονται στα μαιευτήρια, καθώς και παροχή πληροφόρησης για εκείνες που επιλέγουν να γεννήσουν στο σπίτι (102).

2.11.1 Γιατί είναι σημαντικά τα 10 βήματα

Η Unicef, σύμφωνα με τελευταία στοιχεία, αναφέρει ότι ο περιορισμός της παιδικής θνησιμότητας παγκοσμίως, από τα 13 εκατομμύρια το 1990 στα 8,1 εκατομμύρια το 2009, μπορεί να αποδοθεί σε μεγάλο βαθμό και στην πραγματοποίηση βασικών δράσεων σε θέματα υγείας, όπως για παράδειγμα ο έγκαιρος και αποκλειστικός θηλασμός των βρεφών. Επίσης:

1. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν πως όταν αυξάνεται η εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων», τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες θετικής προδιάθεσης των γυναικών απέναντι στο θηλασμό. Οι μαιευτικές κλινικές οφείλουν να προσπαθήσουν να ακολουθήσουν όσα περισσότερα βήματα μπορούν, ακόμη και όταν είναι φανερό ότι δεν είναι δυνατό να τα εφαρμόσουν όλα μαζί. Σίγουρα η σταδιακή ανταπόκριση στα «Δέκα Βήματα» θα έχει θετικό αντίκτυπο.
2. Επιπλέον, η διαρκής μεταγεννητική υποστήριξη ταυτόχρονα με την υιοθέτηση των «Δέκα Βημάτων», έχει παρατηρηθεί ότι οδηγεί στην αύξηση της έναρξης του μητρικού θηλασμού και του αποκλειστικού θηλασμού, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Αναφέρεται ότι πλέον περίπου το 28% όλων των

μαιευτικών μονάδων παγκοσμίως, έχουν υιοθετήσει σε κάποιο ποσοστό τα «Δέκα Βήματα».

3. Ενώ σε κάποιες χώρες τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού έχουν αυξηθεί ικανοποιητικά, σε άλλες εμφανίζεται στασιμότητα ή και μείωση. Το παραπάνω μπορεί να οφείλεται στην απουσία πολιτικής στήριξης
4. στην πρωτοβουλία για τα νοσοκομεία «Φιλικά προς τα Βρέφη», καθώς και στην ανεπαρκή εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» από τα ήδη πιστοποιημένα ιδρύματα.
5. Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να ενισχύει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα την υγεία της μητέρας και μπορεί με αυτό τον τρόπο να βοηθήσει στην υλοποίηση των αντίστοιχων αναπτυξιακών στόχων της χλιετίας που έχουν αναλάβει τα κράτη, για τον περιορισμό της παιδικής θνησιμότητας και την ενίσχυση της υγείας των μητέρων (102).

2.12 Προϋποθέσεις πιστοποίησης ώστε να χαρακτηριστεί ένα νοσοκομείο «φιλικό προς τα βρέφη».

Η λήψη της πιστοποίησης ενός νοσοκομείου ως ««φιλικό προς τα βρέφη»» αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία. Η πορεία προς την επίτευξη του στόχου προϋποθέτει τη συνεργασία και ενεργοποίηση όλων των αρμόδιων φορέων όπως οι εθνικές επιτροπές θηλασμού, οι αρμόδιες υπηρεσίες του νοσοκομείου και τα εθνικά παραρτήματα της Unicef. Για να λάβει κάποια μονάδα υγείας την πιστοποίηση της Unicef και του Π.Ο.Υ. θα πρέπει να τηρεί κάποια συγκεκριμένα πρωτόκολλα διαχείρισης του μητρικού θηλασμού σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών δηλαδή τόσο προγεννητικά όσο και μετά τον τοκετό στο νοσοκομείο, αλλά και σε επίπεδο κοινότητας (103).

Αρχικά λοιπόν το νοσοκομείο πριν επιζητήσει την αξιολόγηση της επιτροπής θα πρέπει να εναρμονιστεί με κάποιες πρακτικές και να υιοθετήσει γραπτή :

1. Πολιτική θηλασμού καθώς και διατροφής των νεογνών που να καλύπτουν τα δέκα βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό.
2. Πολιτική που θα έχει ως κύριο στόχο να πραγματεύεται την φιλική προς τη μητέρα περίθαλψη.
3. Διδακτέα ύλη για την εκπαίδευση του προσωπικού που φροντίζει τις μητέρες (104).

Επίσης είναι ανάγκη να υπάρχει απόδειξη προμήθειας του τροποποιημένου γάλακτος, καθώς και ειδική έκθεση που θα ενημερώνει για την εκπαίδευση που έχει λάβει το προσωπικό. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι είναι αναγκαία η συλλογή στοιχείων και η ανασκόπηση δεδομένων, προκειμένου να δοθούν πληροφορίες για την εφαρμογή των δέκα απαραίτητων βημάτων. Τα στοιχεία μπορεί να συλλέγονται σε συνεχή βάση, ή περιοδικά σε ετήσια βάση ή εξάμηνο. Η διοίκηση και το νοσοκομείο είναι ανάγκη να συλλέγουν τα στοιχεία και να χρησιμοποιούν τα αποτελέσματα για να βγάλουν συμπεράσματα για τις βελτιώσεις που χρειάζεται το νοσοκομείο προκειμένου να χαρακτηριστεί «φιλικό προς τα βρέφη». Ακόμα και στην περίπτωση που το νοσοκομείο έχει λάβει πιστοποίηση είναι ανάγκη να γίνει επαναξιολόγηση. Η επανεκτίμηση γίνεται περίπου μία φορά κάθε τρία χρόνια (104).

2.13 Διεθνής κώδικας εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Είναι γεγονός ότι προκειμένου ένα νοσοκομείο να χαρακτηριστεί «φιλικό προς τα βρέφη», θα πρέπει να τηρεί τον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Ειδικότερα ο κώδικας ορίζει ότι:

1. Δεν πρέπει να γίνεται καμία διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο σύστημα υγείας ή στο κοινό.
2. Να μη δίνεται κανένα δωρεάν δείγμα σε μητέρες ή σε έγκυες γυναίκες.
3. Καμία δωρεάν ή επιχορηγούμενη προμήθεια σε νοσοκομεία.
4. Κανένα συμβόλαιο ανάμεσα στο προσωπικό εταιρειών και στις μητέρες.

5. Τα υλικά για τις μητέρες δεν θα πρέπει να είναι στα πλαίσια προωθητικής ενέργειας και θα πρέπει να φέρουν σαφή και πλήρη πληροφόρηση, καθώς και προειδοποιήσεις.
6. Οι εταιρείες δε θα πρέπει να δίνουν δώρα στους εργαζομένους στην Υγεία.
7. Κανένα δωρεάν δείγμα προϊόντος στους εργαζομένους στον χώρο της Υγείας εκτός αν πρόκειται για επαγγελματική αξιολόγηση ή για έρευνα.
8. Τα υλικά για τους εργαζόμενους στην Υγεία θα πρέπει να παρέχουν μόνο επιστημονική πληροφόρηση.
9. Δεν θα πρέπει να υπάρχει καμία φωτογραφία μωρών οι άλλες εικόνες που εξιδανικεύουν, σε ετικέτες βρεφικών προϊόντων.
10. Οι ετικέτες άλλων προϊόντων πρέπει να παρέχουν την πληροφόρηση που χρειάζεται για ορθή χρήση και να μην αποθαρρύνουν από τον θηλασμό (8).

2.14 Διαδικασία πιστοποίησης

Είναι γεγονός ότι η διαδικασία για τη λήψη της πιστοποίησης δεν είναι εφικτό να επιτευχθεί με τον ίδιο τρόπο σε κάθε χώρα και μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις εκάστοτε θεσμικές και οργανωτικές δομές. Κάτω από αυτές τις συνθήκες η UNICEF έχει ανακοινώσει μια παγκόσμια στρατηγική για την ενσωμάτωση της πρωτοβουλίας νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη σε εθνικό επίπεδο. Η στρατηγική καλύπτει τους παρακάτω 9 τομείς:

1. Ίδρυση εθνικής επιτροπής θηλασμού και διορισμό εθνικού συντονιστή για το θηλασμό.
2. Κάθε υπηρεσία που παρέχει φροντίδα υγείας σε μαιευτικά περιστατικά να εφαρμόζει τα 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό που αποτελούν την ελάχιστη δυνατή προσπάθεια.
3. Θέσπιση νομοθετικών ρυθμίσεων για τη προστασία της γαλουχίας σε σχέση με την εργασία.

4. Ανάπτυξη ολοκληρωμένης πολιτικής για τη βρεφική και παιδική διατροφή.
5. Πολιτική που όλες οι υπηρεσίες υγείας προωθούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του βρέφους και συνέχιση αυτού σε συνδυασμό με στέρεες τροφές 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 για την εφαρμογή των διατάξεων του κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.
9. Σε κάθε νέα νομοθετική ρύθμιση ή ανάληψη δράσεων και μέτρων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι αρχές που διέπουν των κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος αλλά και οι αναλύσεις της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας (103).

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια οι ΗΠΑ και η Μεγάλη Βρετανία έχουν εμβαθύνει ιδιαίτερα στην πρωτοβουλία των «φιλικά προς τα βρέφη» νοσοκομείων προτείνοντας ενδιαφέρουσες φιλοσοφίες και πρακτικές προσέγγισης.

2.14.1 Προσέγγιση πρωτοβουλίας στις ΗΠΑ.

Οι κατευθυντήριες γραμμές, τα κριτήρια, η αξιολόγηση και η διαδικασία επικύρωσης της Αμερικάνικης Baby-Friendly hospital πρωτοβουλίας συνοψίζονται στις ακόλουθες αρχές:

- 1) Ο μητρικός θηλασμός έχει αναγνωρισθεί από επιστημονικές αρχές ως η βέλτιστη μέθοδος σίτισης βρεφών και θα πρέπει να προάγεται ως ο κανόνας εντός των μαιευτικών εγκαταστάσεων.
- 2) Οι μονάδες υγείας θα πρέπει να ακολουθήσουν τις πιο ηχηρές και αποτελεσματικές προσεγγίσεις όσον αφορά στην υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, που έχουν καταγραφεί στην επιστημονική βιβλιογραφία μέχρι σήμερα.

- 3) Το περιβάλλον της μονάδας τοκετού δε θα πρέπει να είναι περιοριστικό ούτε τιμωρητικό και θα πρέπει να διευκολύνει τις αποφάσεις, κατόπιν πληροφόρησης από τη μεριά της μητέρας και της οικογένειάς της.
- 4) Το περιβάλλον μονάδας τοκετού θα πρέπει να είναι ευαίσθητο στις πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες.
- 5) Η μητέρα και η οικογένεια της εντός της μονάδας υγείας, θα πρέπει να προστατεύονται από παραπλανητική προώθηση προϊόντων ή διαφήμιση, η οποία παρεμβαίνει ή υπονομεύει την πληροφορημένη επιλογή που αφορά πρακτικές της υγείας.
- 6) Όταν μία μητέρα έχει επιλέξει να μη θηλάσει, όταν η υποκατάσταση του θηλασμού συνιστάται ιατρικά και όταν η υποκατάσταση έχει επιλεγεί από την ίδια τη μητέρα (μετά από κατάλληλη επιμόρφωση), είναι σημαντικό να διδάσκονται στους γονείς ασφαλείς και κατάλληλες μεθόδους της ανάμειξης, της αποθήκευσης και της σίτισης.
- 7) Η αναγνώριση ενός νοσοκομείου ως Baby-Friendly ίδρυμα θα πρέπει να έχει εθνική και διεθνή αξιοπιστία και γόητρο, ώστε να είναι εμπορεύσιμο στην κοινωνία και να αυξάνει την ζήτηση. Επομένως το γεγονός αυτό να αποτελεί κίνητρο για άλλα νοσοκομεία να συμμετάσχουν στην πρωτοβουλία.
- 8) Η συμμετοχή ενός νοσοκομείου στην Baby- Friendly hospital πρωτοβουλία είναι εντελώς εθελοντική και είναι διαθέσιμη σε κάθε ίδρυμα που παρέχει υπηρεσίες τοκετού. Κάθε συμμετέχων ίδρυμα φέρει πλήρης ευθύνη για τη διασφάλιση όλων των πρωτοκόλλων ασφαλείας και των νομικών υποχρεώσεων (105).

2.14.2 Διαδικασία λήψης πιστοποίησης στις ΗΠΑ

Ειδικότερα υπάρχουν 4 φάσεις προκειμένου ένα νοσηλευτικό ίδρυμα να λάβει την πιστοποίηση οι οποίες συνοπτικά παρατίθενται πιο κάτω.

ΦΑΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ

- 1) Εγγραφή στο Baby-Friendly των ΗΠΑ
- 2) Πληροφόρηση σχετικά με τη διαδικασία
- 3) Διασφάλιση εσωτερικής υποστήριξης, κυρίως από ένα ανώτατο διευθυντικό στέλεχος του νοσοκομείου, για τον σχεδιασμό ενός νοσοκομείου φιλικό προς το μωρό

ΦΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

- 1) Ανάπτυξη μίας Baby-Friendly επιτροπής
- 2) Ανάπτυξη ενός σχεδιαγράμματος που βασίζεται στα αποτελέσματα της αξιολόγησης των πρακτικών μητρικής φροντίδας που επηρεάζουν την σίτιση των βρεφών
- 3) Ανάπτυξη μιας εμπειριστατωμένης τακτικής μητρικού θηλασμού που αντανακλά όλα τα δέκα βήματα προς τον επιτυχή μητρικό θηλασμό
- 4) Ανάπτυξη ενός προγράμματος για την εκπαίδευση του προσωπικού
- 5) Ανάπτυξη σχεδίων εκπαίδευσης για πριν και μετά τον τοκετό
- 6) Ανάπτυξη ομάδων υποστήριξης μητρικού θηλασμού ή επικοινωνία και συνεργασία με υπάρχουσες ομάδες μέσα στην κοινότητα
- 7) Ανάπτυξη ενός σχεδίου συλλογής δεδομένων

ΦΑΣΗ ΔΙΑΔΟΣΗΣ

- 1) Διάδοση πληροφορίας και παροχή κατευθυντήριων γραμμών σε όλο το προσωπικό στα τμήματα που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό
- 2) Διάδοση πληροφορίας και παροχή κατευθυντήριων γραμμών σε όλα τα τμήματα που σχετίζονται με το νοσοκομείο φιλικό προς το μωρό

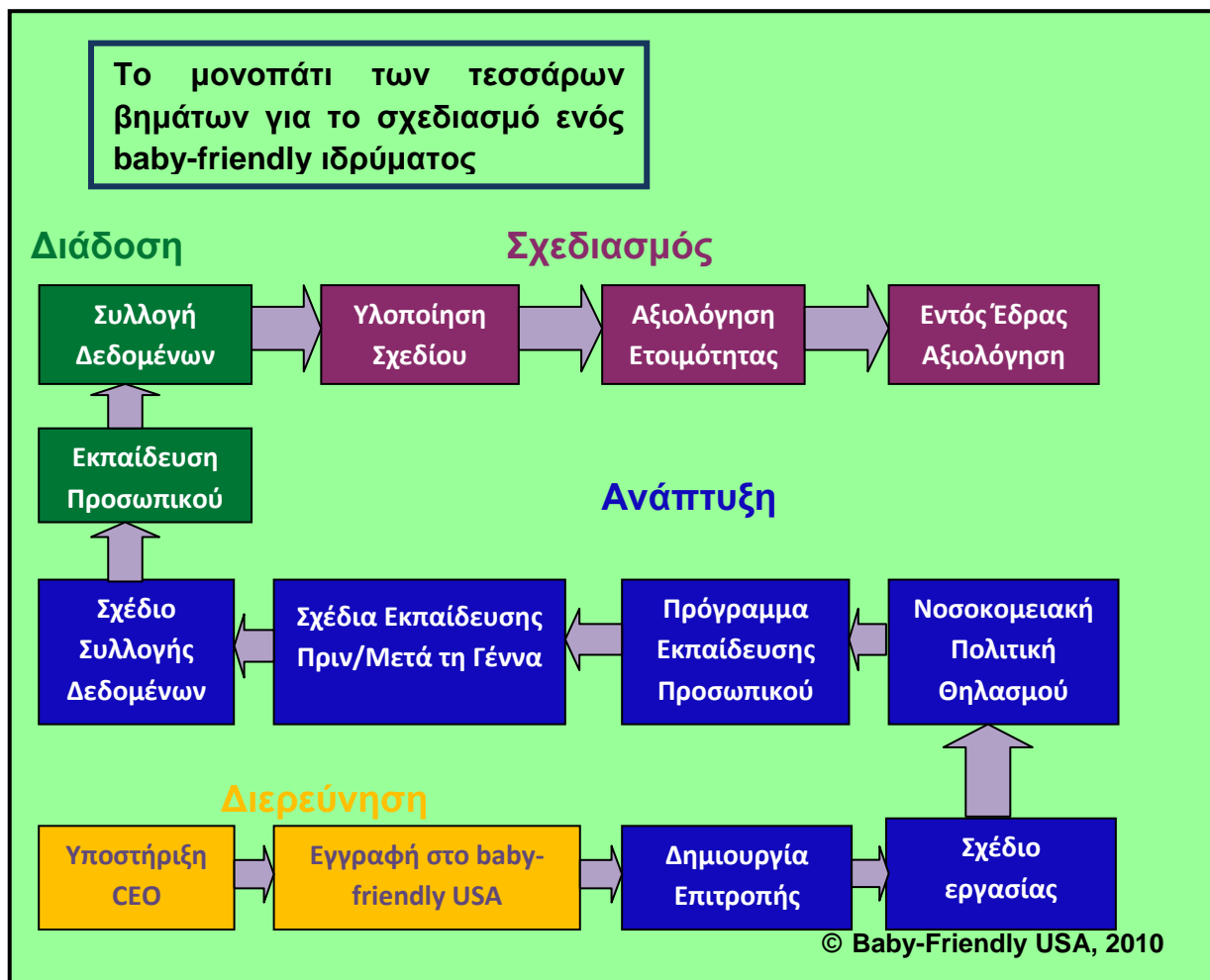
ΦΑΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

- 1) Διεξαγωγή μιας αξιολόγησης για την αναγνώριση της ορθής υλοποίησης των δέκα βημάτων προς τον επιτυχή θηλασμό
- 2) Προγραμματισμός μιας προ-αξιολόγησης και συνέντευξη με τον οργανισμό Baby Friendly hospital των ΗΠΑ(BFUSA)
- 3) Διεξαγωγή διορθώσεων
- 4) Προγραμματισμός μιας εντός του νοσοκομείου αξιολόγησης
- 5) Υλοποίηση του σχεδιασμού (106)

Τέλος προκειμένου να τονιστεί η σημασία της πρωτοβουλίας, οι ΗΠΑ προτείνουν συγκεκριμένους λόγους για να ορισθεί ένα νοσοκομείο ως «φιλικό προς τα βρέφη». Αυτοί είναι οι εξής:

- 1) Ο θηλασμός αποτελεί αναγνωρισμένο σύμβολο της παγκόσμιας φροντίδας
- 2) Ο θηλασμός αποτελεί παράδοση φροντίδας επικεντρωμένης στον ασθενή

- 3) Η πρωτοβουλία οδηγεί στη βελτίωση της ικανοποίησης του ασθενή και στην
- 4) Αύξηση του μεριδίου αγοράς
- 5) Η πρωτοβουλία οδηγεί στη βελτίωση των προδιαγραφών και της φήμης των
μαιευτικών κλινικών
- 6) Η υιοθέτηση της πρωτοβουλίας αποτελεί απόδειξη μιας δέσμευσης στη βελτίωση
της ποιότητας
- 7) Η υιοθέτηση της πρωτοβουλίας αποδεικνύει την αφοσίωση στη βελτίωση της
ποιότητας
- 8) Η υιοθέτηση της πρωτοβουλίας βοηθάει στην ανάπτυξη ηγετικών ικανοτήτων και
ομαδικής συνεργασίας ανάμεσα στο προσωπικό
- 9) Η υιοθέτηση της πρωτοβουλίας οδηγεί στην ικανοποίηση των προδιαγραφών της
παγκόσμιας επιτροπής της μητρικής φροντίδας για αποκλειστικό μητρικό
θηλασμό
- 10) Η υιοθέτηση της πρωτοβουλίας βοηθάει στην επίτευξη των στόχων που
αφορούν τον θηλασμό με βάση το πλάνο Healthy People 2020
- 11) Είναι καλό ένα νοσοκομείο να αποτελεί μέλος της παγκόσμιας ομάδας
εγκαταστάσεων υγείας υψηλού επιπέδου, που έχουν λάβει αυτή τη διεθνώς
αναγνωρισμένη διάκριση (106).



2.14.3 Η πρωτοβουλία στη Μεγάλη Βρετανία

Στα τέλη του 2012, η αρμόδια αρχή για την αξιολόγηση των «Φιλικών προς τα Βρέφη» φορέων στη Μεγάλη Βρετανία, η Unicef UK, ανακοίνωσε τα νέα αναθεωρημένα πρότυπα βάσει των οποίων πραγματοποιείται η αξιολόγηση και επικαιροποίηση των μαιευτηρίων, των νοσοκομείων και των πρωτοβάθμιων δομών υγείας της χώρας ώστε να αποκτούν ή να διατηρούν την πιστοποίηση ως «Φιλικά προς τα Βρέφη» και άρα φιλικά προς το μητρικό θηλασμό ιδρύματα (103).

Οι υπηρεσίες κατέληξαν στα νέα πρότυπα μετά από διεξοδικές συζητήσεις και αναλύσεις με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στη Μεγάλη Βρετανία, όπως κλινικούς γιατρούς, ακαδημαϊκούς, πολιτικούς αλλά και γονείς. Αρχικά αξιολόγησαν τη συσσωρευμένη και αυξανόμενη γνώση και εμπειρία από τη λειτουργία των ήδη υφιστάμενων και εφαρμοζομένων προτύπων. Στη συνέχεια διαπίστωσαν τα στοιχεία που απαιτούνται ώστε μαιευτήρια, νεογνικές μονάδες, υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα εκτός νοσοκομείου και Κέντρα Παιδιών (υπηρεσία της γειτονιάς στη Μεγάλη Βρετανία που αφορά σε ποικίλες δραστηριότητες και υποστηρίζει τα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών) ώστε να πιστοποιούνται ως «Φιλικά προς τα Βρέφη». Σύμφωνα με το χαρακτήρα των νέων προτύπων, τα δέκα βήματα της Unicef για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό καθώς και το πλάνο των Επτά Σημείων για τη συνέχιση του θηλασμού και εκτός των ιδρυμάτων, είναι απαραίτητα, συμπληρωματικά και ενσωματωμένα στα επικαιροποιημένα πρότυπα. Πέρα από τα παραπάνω στοιχεία, τα νέα πρότυπα ενισχύουν τις προϋποθέσεις που απαιτούνται και τις εντάσσουν στις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας ακολουθώντας ταυτόχρονα τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα. Έτσι λοιπόν τίθενται ως προαπαιτούμενα η προστασία του μητρικού θηλασμού από την ανεξέλεγκτη προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και η σύγχρονη και διαρκής επιμόρφωση όλων των εργαζομένων που έρχονται σε επαφή με την μητέρα και το παιδί. Οι δύο παραπάνω προϋποθέσεις θεωρούνται απαραίτητες για να μπορεί ένας φορέας να υποστηρίξει επιτυχώς το μητρικό θηλασμό. Τα αναθεωρημένα πρότυπα έρχονται σε συμφωνία με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

Συνοπτικά η υγεία και ευεξία όλων των βρεφών διαπνέει το χαρακτήρα της πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα βρέφη» της Unicef UK. Η δυνατή σχέση μητέρας – βρέφους αποτελεί το θεμέλιο λίθο για τη μελλοντική υγεία και ευεξία του κάθε παιδιού, και ο μητρικός θηλασμός ενισχύει και προστατεύει αυτό το δεσμό αγάπης, προσφέροντας το πλεονέκτημα στην υγεία (103).

Η Unicef UK συνεργάζεται με εξειδικευμένο προσωπικό με στόχο την επιτυχή εφαρμογή πρακτικών βασισμένων σε επιστημονικά δεδομένα, ώστε να ενισχυθεί, να προστατευτεί και να αναδειχθεί ο μητρικός θηλασμός. Με αυτό τον τρόπο υποστηρίζονται και ενισχύονται οι σχέσεις μητέρων παιδιών και βελτιώνονται οι οικογενειακές σχέσεις.

Η εφαρμογή των νέων προτύπων στα νοσοκομεία και τους πρωτοβάθμιους φορείς υγείας θα βελτιώσει σημαντικά τη φροντίδα των εγκύων γυναικών και των νέων μητέρων. Οι φορείς υγείας ενθαρρύνονται να συνεργάζονται μεταξύ τους και να ανταλλάσσουν τις εμπειρίες τους με στόχο την εξεύρεση λύσεων στα προβλήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των προτύπων. Η λήψη της πιστοποίησης «Φιλικό Προς τα Βρέφη», αποτελεί υψηλή αξία και απολαμβάνει την ευρύτατη κοινωνική αποδοχή στη Βρετανία. Η πιστοποίηση δίνεται μετά από έναν ενδελεχή εξωτερικό έλεγχο των υπηρεσιών που παρέχονται στις οικογένειες των μητέρων. Ο έλεγχος καλείται να επιβεβαιώσει με στοιχεία ότι τα πρότυπα εφαρμόζονται με ακρίβεια. Η διαδικασία αξιολόγησης διαιρείται πλέον σε τρία στάδια με κύριο στόχο την αποτελεσματική στοιχειοθέτηση των προτύπων. Η πιστοποίηση χορηγείται όταν το ίδρυμα κριθεί ότι ανταποκρίθηκε με επιτυχία και στα τρία αυτά στάδια. Μετά την πιστοποίηση, οι φορείς είναι δυνατόν να μεταπηδήσουν στο Προχωρημένο ή ακόμα και στο Εκλεκτό επίπεδο. Η Unicef UK έχει αναρτήσει και διαρκώς ανανεώνει δημόσιο κατάλογο με τα ιδρύματα στη Μεγάλη Βρετανία και την πρόοδό τους ως προς την πορεία πιστοποίησης ως «Φιλικά προς τα Βρέφη» (103).

Έχει καταγραφεί μεγάλος αριθμός επιστημονικών ερευνών οι οποίες αποδεικνύουν ότι η πιστοποίηση των ιδρυμάτων ως «Φιλικά προς τα Βρέφη» είναι αποτελεσματική και οδηγεί στην αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού. Οι φορείς που συμμετέχουν στην πιστοποίηση είναι το Εθνικό Ίδρυμα για την Αριστεία στην Υγεία και την Κλινική πράξη στη Βρετανία (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)) και η Συμβουλευτική Επιστημονική Επιτροπή Διατροφής της

Βρετανικής κυβέρνησης (UK Government's Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN)). Η πιστοποίηση αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο του προγράμματος με τίτλο: Healthy Child Programme: Pregnancy and the first five years of life.

Το κόστος της πρωτοβουλίας εξοικονομείται από τους φορείς που επιθυμούν να πιστοποιηθούν ως «Φιλικό προς τα Βρέφη», καθώς η Unicef UK δε χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας.

1. Το ίδρυμα που επιθυμεί να λάβει την πιστοποίηση πρέπει στην αρχή να απευθυνθεί στο αρμόδιο γραφείο της Unicef στη Μεγάλη Βρετανία, και να δηλώσει επίσημα το ενδιαφέρον του να γίνει «Φιλικό προς τα Βρέφη». Όταν το ίδρυμα επισημοποιήσει το ενδιαφέρον του αρχίζει να λαμβάνει πληροφορίες, οδηγίες και κατευθύνσεις για τη διαδικασία πιστοποίησης.
2. Στο στάδιο που ακολουθεί, το υποψήφιο για πιστοποίηση ίδρυμα προσέρχεται στη Unicef UK για να ξεκινήσει η διαδικασία. Σε αυτή τη συνάντηση, ένα υψηλόβαθμο μέλος που ανήκει στην ομάδα της Πρωτοβουλίας για «Φιλικά προς τα Βρέφη Ιδρύματα» θα κατευθύνει το ίδρυμα ώστε να εφαρμόσει ένα σοβαρό σχέδιο υλοποίησης. Όταν διαμορφωθεί το σχέδιο και ο διευθυντής της Unicef UK δηλώσει την υποστήριξη στο πλάνο, χορηγείται στο ίδρυμα ένα Πιστοποιητικό Αφοσίωσης (Certificate of Commitment). Στο επόμενο διάστημα η υπηρεσία καλείται να ακολουθήσει τα στάδια της πλήρους πιστοποίησης (103).

Αναλυτικότερα παρατίθενται κατά χρονική σειρά υλοποίησης τα τρία στάδια για τη λήψη πλήρους πιστοποίησης του ιδρύματος ως «Φιλικό προς τα Βρέφη»:

1. Δημιουργώντας σταθερό υπόβαθρο

α) Να θεσπιστούν γραπτές πολιτικές και να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές που να στηρίζουν τα πρότυπα της Unicef UK.

β) Να οργανωθεί ένα εκπαιδευτικό πλάνο ώστε το προσωπικό του ιδρύματος να εφαρμόζει τα στάνταρ με τον ίδιο τρόπο, σύμφωνα βέβαια με την ειδικότητα του κάθε υπαλλήλου.

γ) Να υφίστανται οι αρμόδιες υπηρεσίες για τον επανέλεγχο, την αξιολόγηση, και την

εκτίμηση υλοποίησης των προϋποθέσεων.

δ) Να αποκλειστεί η κάθε είδους προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, αλλά και μπιμπερό ή πιπιλών σε όλους τους χώρους του ιδρύματος, και να απαγορευτεί η χορήγησή τους από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο ίδρυμα. Με αυτό τον τρόπο θα προστατευτεί ο μητρικός θηλασμός και θα διασφαλιστεί η ομαλή εφαρμογή του.

Το πρώτο στάδιο έχει ως στόχο να τεθούν τα θεμέλια ώστε να επιτύχει το εκάστοτε ίδρυμα τις αλλαγές που απαιτούνται. Οι κατευθύνσεις που πρέπει να δοθούν περιλαμβάνουν πολιτική για τη βρεφική διατροφή, εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το προσωπικό, υιοθέτηση του Διεθνούς Κώδικα και ταυτόχρονη προστασία του μητρικού θηλασμού καθώς και πρωτόκολλα που βοηθούν το προσωπικό στην εφαρμογή των στάνταρ που ορίζει η Unicef. Στη συνέχεια συντάσσονται έγγραφα, τα οποία υποβάλλονται στον αρμόδιο υπάλληλο που έχει αναλάβει την αξιολόγηση του συγκεκριμένου ιδρύματος. Εκείνος καλείται να εξετάσει με λεπτομέρεια αν τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις και καταθέτει αναφορά στην υπηρεσία καταγράφοντας την παρατηρούμενη πρόοδο και τις απαιτούμενες αλλαγές και προτάσεις (103).

2. Εκπαιδευμένο προσωπικό

Το προσωπικό του υποψήφιου φορέα οφείλει να είναι καταρτισμένο ώστε να εφαρμόζει σωστά τα στάνταρ σύμφωνα με τη θέση του καθενός στο ίδρυμα και την υπηρεσία που παρέχει. Ο στόχος του δεύτερου σταδίου είναι να εξασφαλίσει ότι το προσωπικό της υπηρεσίας που φροντίζει για τις μητέρες, τα μωρά και τις οικογένειές τους διαθέτει τις δεξιότητες και τις γνώσεις που χρειάζονται για την ορθή εφαρμογή των στάνταρ, ανάλογα και με την ειδικευση κάθε εργαζόμενου. Όταν το πρόγραμμα επιμόρφωσης του προσωπικού ολοκληρωθεί, και η εσωτερική αξιολόγηση του ιδρύματος υποστηρίζει την επάρκειά του, τότε αναλαμβάνει η Unicef UK την αξιολόγηση για το δεύτερο στάδιο πιστοποίησης. Συγκεκριμένα, επιτροπή αξιολογητών επισκέπτεται το ίδρυμα, συζητά με προσωπικό, διοικητικούς υπαλλήλους και γονείς ώστε να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα του προγράμματος εκπαίδευσης του προσωπικού.

3. Εμπειρίες των γονέων στις διάφορες ιατρικές υπηρεσίες

A. Των μαιευτηρίων

1. Να τονίζεται στις έγκυες γυναίκες η μεγάλη σημασία του μητρικού θηλασμού και των πρώιμων σχέσεων μητέρας-νεογνού στη μελλοντική υγεία και ανάπτυξη του παιδιού τους.
2. Να ενθαρρύνονται οι μητέρες να ξεκινούν την άμεση επαφή με τα μωρά τους, μέσω του θηλασμού αμέσως μετά τη γέννηση.
3. Να ενθαρρύνονται οι μητέρες ώστε να κάνουν δυναμικό και αποφασιστικό ξεκίνημα στο θηλασμό
4. Να ενημερώνονται οι μητέρες ώστε να λαμβάνουν συνειδητές αποφάσεις σχετικά με τη χορήγηση άλλων υγρών εκτός του μητρικού γάλακτος.
5. Να καθοδηγούνται οι γονείς ώστε να δημιουργούν στενές σχέσεις αγάπης από την αρχή με το νεογνό.

B. Των μονάδων νεογνών

1. Να καθοδηγούνται οι γονείς ώστε να έχουν στενές σχέσεις αγάπης με το βρέφος τους.
2. Να χορηγείται στα βρέφη μητρικό γάλα και να γίνεται έναρξη του μητρικού θηλασμού όπου είναι εφικτό.
3. Να ορίζονται οι γονείς ως βασικοί συμμετέτοχοι στην ιατρική φροντίδα.

Γ. Των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα

1. Να τονίζεται στις έγκυες γυναίκες η μεγάλη σημασία του μητρικού θηλασμού και των πρώιμων σχέσεων μητέρας-νεογνού στη μελλοντική υγεία και ανάπτυξη του παιδιού τους.
2. Να υποστηρίζονται οι μητέρες ώστε να διατηρούν το θηλασμό για όσο επιθυμούν εκείνες και τα παιδιά τους
3. Να ενημερώνονται οι μητέρες ώστε να λαμβάνουν συνειδητές αποφάσεις σχετικά με τη χορήγηση άλλων υγρών εκτός του μητρικού γάλακτος.
4. Να καθοδηγούνται οι γονείς ώστε να έχουν στενές σχέσεις αγάπης με το βρέφος τους.

Δ. Κέντρα για το παιδί

1. Να τονίζεται στις έγκυες γυναίκες η μεγάλη σημασία του μητρικού θηλασμού και των πρώιμων σχέσεων μητέρας-νεογνού στη μελλοντική υγεία και ανάπτυξη του παιδιού τους.
2. Να διασφαλίζεται και να προωθείται ο μητρικός θηλασμός σε όλους τους χώρους και τα μέρη της υπηρεσίας.
3. Να καθοδηγούνται οι γονείς ώστε να δημιουργούν στενές σχέσεις αγάπης με το νεογνό.

Ο στόχος του παραπάνω σταδίου είναι να εξασφαλίσει ότι εφαρμόζονται τα πρότυπα της Unicef, προσφέροντας οφέλη στις μητέρες και τα νεογνά και πετυχαίνοντας βελτιωμένα αποτελέσματα. Οι εσωτερικές έρευνες της υπηρεσίας πρέπει να διαπιστώσουν την ορθή εφαρμογή των προτύπων. Ακολουθεί η αξιολόγηση του τρίτου σταδίου από την Unicef UK. Οι αξιολογητές της Unicef προσέρχονται στην υπηρεσία και συνομιλούν με τις μητέρες και τις οικογένειές τους, με τη συγκατάθεσή τους, συλλέγοντας πληροφορίες από τους γονείς για τις εμπειρίες τους μέσα στο ίδρυμα. Επίσης, οι αξιολογητές μπορούν να εξετάσουν τα αποτελέσματα των εσωτερικών ερευνών και να αναθεωρήσουν τα δεδομένα που αφορούν στα ποσοστά θηλασμού στο ίδρυμα καθώς και άλλα παράπλευρα στοιχεία.

Εφόσον έχουν επιτευχθεί και τα τρία στάδια αξιολόγησης, απονέμεται η πλήρης πιστοποίηση του «Φιλικού προς τα Βρέφη» ιδρύματος. Μετά την ολοκλήρωση αυτής της διαδικασίας, οι υπηρεσίες συνήθως αρχίζουν να καταγράφουν θετικές μεταβολές στα ποσοστά μητρικού θηλασμού (103).

4. Μετά την πιστοποίησή- προχωρώντας στη βάση της καλής πρακτικής

Σε αυτή τη φάση μετά την πιστοποίησή τους, τα ιδρύματα ή οι φορείς ενθαρρύνονται να εφαρμόζουν πρωτοποριακές μεθόδους προκειμένου να πετύχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο για τις μητέρες όσο και για τα βρέφη και τις οικογένειές τους. Επίσης συστήνονται τακτικοί, περιοδικοί έλεγχοι ώστε να είναι βέβαιο ότι συνεχίζει η «Φιλική προς τα Βρέφη» προσέγγιση απέναντι στις μητέρες, τα βρέφη και τις οικογένειές τους. Η εξέλιξη πέρα από τα καθιερωμένα πρότυπα ενθαρρύνεται με την

εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων που παραπέμπουν σε ενισχυμένα πρότυπα φροντίδας. Οι βεβαιωμένες αποδείξεις θετικών αποτελεσμάτων και η εμβάθυνση στην εκπαίδευση του προσωπικού είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην αίτηση του ιδρύματος για λήψη πιο προχωρημένης πιστοποίησης. («Άριστη κατάσταση Φιλικού προς τα Βρέφη»- Advanced or Beacon Baby Friendly status).

Συνοπτικά η Unicef UK υποστηρίζει ότι κανένα νοσοκομείο, ίδρυμα ή άλλος φορέας υγείας δε μπορεί να ισχυρίζεται ότι στηρίζει το μητρικό θηλασμό και ότι είναι «Φιλικός προς τα Βρέφη», εάν:

1. Έχει στους χώρους του αφίσες, διαφημιστικά έντυπα, διαφημιστικά στυλό και άλλα αντικείμενα από τις εταιρίες που προωθούν υποκατάστα μητρικού γάλακτος.
2. Παρέχει συνταγές ξένου γάλακτος σε μητέρες που επιχειρούν να θηλάσουν.
3. Προσφέρει δωρεάν δείγματα υποκατάστατων γάλακτος (γάλατα, πιπίλες, μπιμπερό) σε μητέρες που επιχειρούν να θηλάσουν.
4. Δίνει οδηγίες για την προετοιμασία ξένου γάλακτος σε οργανωμένες συνεδρίες με μητέρες που επιχειρούν να θηλάσουν.
5. Δίνει στοιχεία επικοινωνίας των μητέρων που θηλάζουν σε εταιρίες υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, καθώς αυτές αποκτούν τη δυνατότητα να έρχονται σε επαφή με τις μητέρες μέσω ταχυδρομείου, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή του διαδικτύου με προσφορές, κουπόνια και αθέμιτη διαφήμιση.
6. Λαμβάνουν χορηγίες ή άλλη χρηματική βοήθεια από εταιρίες υποκατάστατων μητρικού γάλακτος ή δωρεάν προμήθειες προϊόντων ή επιδοτούμενες παρουσίες σε επιστημονικά συνέδρια
7. Δεν οργανώνει για το προσωπικό ποιοτική, αξιόπιστη, συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο μητρικό θηλασμό
8. Απλώς ισχυρίζεται ότι είναι «Φιλικός προς τα Βρέφη» χωρίς να έχει προχωρήσει σε κάποια επίσημη ενέργεια ώστε να ξεκινήσει ή να ολοκληρώσει τη διαδικασία της επίσημης πιστοποίησης.

2.15 Διεθνή δεδομένα για τα νοσοκομεία «φιλικά προς τα βρέφη»

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε σε σύνολο 236 νέων μητέρων στο Πακιστάν, οι 196 (83,05%) προέρχονταν από νοσοκομεία που ήταν «φιλικά προς τα βρέφη», ενώ οι 40 (16,94%) από νοσοκομεία που δεν ήταν «φιλικά προς τα βρέφη». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 88,7% των μητέρων που άνηκαν σε νοσοκομεία που ήταν «φιλικά προς τα βρέφη» και το 12,5% των νέων μητέρων που άνηκαν σε νοσοκομεία που δεν ήταν «φιλικά προς τα βρέφη», δήλωσαν ότι έλαβαν πληροφορίες από του επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της προγεννητικής τους περιόδου (107).

Επίσης σε μια έρευνα που έγινε στο Cape town, σε δείγμα 45 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι εργαζόμενοι ακολουθούν τις πρακτικές που ορίζουν τα νοσοκομεία «φιλικά προς τα βρέφη», διαπιστώθηκε ότι 88,9% του νοσηλευτικού προσωπικού θα μπορούσε να επιδείξει στις μητέρες τη σωστή τοποθέτηση του μωρού στο στήθος. Το 35,6% γνώριζε για την ορθή αντιμετώπιση των επώδυνων θηλών, ενώ το 22,2% ήξερε να διαχειριστεί την υπεραιμία. Επίσης μόνο το 40% θα μπορούσε να περιγράψει επαρκώς τη σωστή προετοιμασία των παρασκευασμάτων γάλακτος (108).

Επιπροσθέτως σε μια έρευνα που έγινε στην Αυστραλία σε 1054 μητέρες που τα παιδιά τους βρίσκονταν στην ηλικία των εννέα μηνών, διαπιστώθηκε ότι το 69,9% των μωρών θήλασαν αποκλειστικά την πρώτη εβδομάδα, το 45,9% θήλασαν αποκλειστικά πάνω από τέσσερις εβδομάδες, ενώ το 12,6% θήλασαν αποκλειστικά πάνω από έξι μήνες (109).

Τέλος σε μια έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία της Νότιας Αφρικής, βρέθηκε ότι σε λιγότερο από τα μισά νοσοκομεία που συμμετείχαν στη έρευνα υπήρχε γραπτή πολιτική θηλασμού. Επίσης τα περισσότερα νοσοκομεία βρέθηκε ότι είχαν έλλειψη εξειδικευμένης κατάρτισης σχετικά με την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού (110).

Μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Σκοπός και επί μέρους ερωτήματα της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των νέων μητέρων σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας είναι κατά πόσο το συγκεκριμένο νοσοκομείο ακολουθεί κανόνες που έχουν ως στόχο την προώθηση και τη διατήρηση του μητρικού θηλασμού.

3.2 Περιεχόμενο ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια απευθύνονταν σε θηλάζουσες μητέρες και οι ερωτήσεις αφορούσαν στο θηλασμό, στο βαθμό ενημέρωσης, στις συμβουλές και στη βοήθεια που δόθηκε στις μητέρες μετά το τοκετό αλλά και στο τμήμα των λεχώνων. Κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερες δυσκολίες και παρατηρήθηκε μεγάλη προθυμία εκ μέρους των μητέρων. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δόθηκαν προφορικές οδηγίες ενώ υπήρχαν και κάποιες σχετικές γραπτές πληροφορίες. Οι μητέρες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, την εμπιστευτικότητα και την εθελούσια συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια τα συμπλήρωσαν οι ίδιες οι μητέρες και η διαδικασία συμπλήρωσης διήρκεσε 10-15 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στις μητέρες κατά την έξοδό τους από το μαιευτήριο. Κάθε συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο συλλέχθηκε σε σφραγισμένο φάκελο.

Επίσης μοιράστηκε ειδικό έντυπο σε κάθε τμήμα του νοσοκομείου, όπου το νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό κλήθηκε να καταγράψει την εκπαίδευση του όσον αφορά στο θηλασμό και στην υποστήριξη των μη θηλαζουσών μητέρων. Ειδικότερα στο αρχείο εκπαίδευσης του προσωπικού, το προσωπικό συμπληρώνει ένα ειδικό έντυπο όπου στην αρχή καλείται να αναφέρει το έτος πρόσληψής του στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Στη συνέχεια καταγράφει τα σεμινάρια και τις συνεδρίες που έχει παρακολουθήσει σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Μετά την αναλυτική καταγραφή των ερωτήσεων έγινε στατιστική επεξεργασία επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν απλή στατιστική που στηριζόταν στον υπολογισμό της μέσης τιμής.

3.3 Ηθικές προεκτάσεις

Για την πραγματοποίηση της έρευνας δόθηκε ειδική άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου, η οποία παρατίθεται ως παράρτημα στο τέλος της εργασίας. Επίσης το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στις μητέρες υποβλήθηκε ανώνυμα. Τέλος η συμπλήρωση του εντύπου που αφορούσε στο νοσηλευτικό προσωπικό και στην εκπαιδευτή του σχετικά με το μητρικό θηλασμό ήταν προαιρετική.

3.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα

Το ερωτηματολόγιο προέρχεται από το κεφάλαιο 4 της Unicef που αναφέρεται στην αυτοαξιολόγηση και παρακολούθηση των νοσοκομείων και αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο προκειμένου να διαπιστωθεί αν ένα νοσοκομείο ακολουθεί τα δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό όπως έχει ορίσει η Unicef και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Η μετάφραση στα ελληνικά έχει γίνει από την κα Παναγιούλα Μέξη Μπουρνά, παιδίατρο στο νοσοκομείο Αττικών.

3.5 Δειγματοληψία

Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία και έγινε με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

1. Η συναίνεση της μητέρας για τη συμμετοχή στην έρευνα
2. Η μητέρα θα έπρεπε να έχει τη δυνατότητα να μιλάει και να διαβάζει ελληνικά

Το χρονικό διάστημα που συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν από 28-2-2013 έως 28-3-2013. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 80% δεδομένου ότι συμπληρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια από τα 125 που εδόθησαν στις μητέρες.

3.6 Προσδοκώμενα αποτελέσματα

Προσδοκάται ότι τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας θα αναδείξουν στοιχεία που αφορούν στον αριθμό των γυναικών που επέλεξε το μητρικό θηλασμό, στο βαθμός εκπαίδευσης του προσωπικού, στην ύπαρξη γραπτής πολιτικής σχετικά με το μητρικό θηλασμό και στη συμμόρφωση με τον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Τα αποτελέσματα θα αποτελέσουν χρήσιμα εργαλεία για το μέλλον.

3.7 Περιορισμοί της έρευνας

Είναι γεγονός ότι το δείγμα των γυναικών που χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω έρευνα είναι περιορισμένο και το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας είναι μικρό. Για να ληφθούν ακόμα πιο ασφαλή συμπεράσματα χρειάζεται μεγαλύτερο δείγμα γυναικών. Βέβαια η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί ένα σημαντικό εγχείρημα

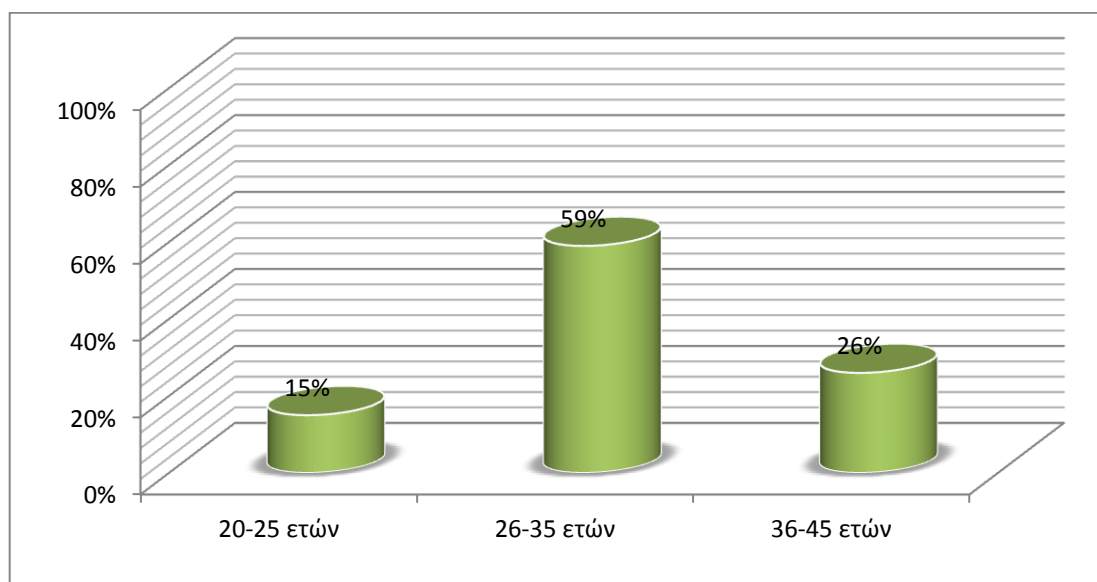
στο νοσοκομείο προκειμένου να γίνει μια πρώτη προσέγγιση και να ληφθούν τα πρώτα συμπεράσματα από τους αρμόδιους του νοσοκομείου. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στο μικρό αριθμό των μη θηλαζουσών μητέρων (10). Είναι ανάγκη λοιπόν, να πραγματοποιηθεί στο μέλλον και μια έρευνα με επαρκές και αντιπροσωπευτικό δείγμα μη θηλαζουσών μητέρων.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά στοιχεία

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 100 μητέρες ηλικίας 20 μέχρι 45 ετών, που γνώριζαν ελληνικά. Συγκεκριμένα στην έρευνα συμμετείχαν μητέρες ηλικίας 26-35ετών σε ποσοστό 59%, ηλικίας 36-40 ετών σε ποσοστό 26%, ενώ σε ποσοστό 15% κυμάνθηκε η συμμετοχή στις ηλικίες 20-25 ετών.

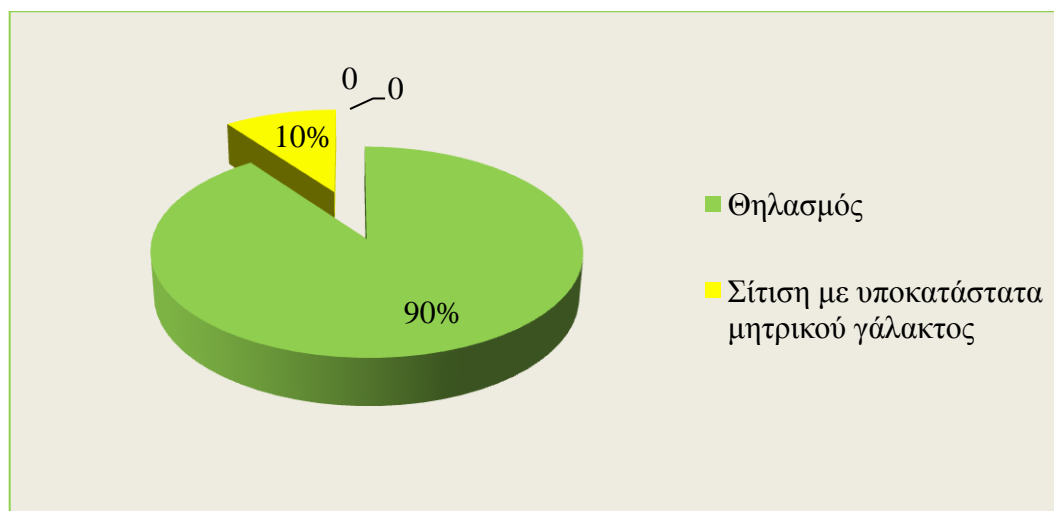


Γράφημα 1. Ηλικιακή κατανομή μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα

4.2 Επιλογή διατροφής και είδη θηλασμού

Όσον αφορά στον τρόπο διατροφής του νεογνού το 90% των ερωτηθέντων γυναικών απάντησε ότι επέλεξε το θηλασμό ως τρόπο διατροφής του νεογνού ενώ το υπόλοιπο 10% απάντησε ότι αφορούσε σε σίτιση μόνο με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος (γράφημα 2).

Επομένως το συντριπτικό ποσοστό των νέων μητέρων επέλεξε να χρησιμοποιήσει στη διατροφή του βρέφους και το θηλασμό. Ο αριθμός των θηλαζουσών μητέρων (90) επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών στατιστικών συμπερασμάτων. Αντίθετα οι μη θηλάζουσες αποτελούν ένα πολύ μικρό ποσοστό. Παρόλο που και σε αυτές παραδόθηκαν ερωτηματολόγια, εντούτοις ο μικρός αριθμός των ευρημάτων τους δε θα σχολιαστεί με τη μορφή ποσοστών, αλλά θα γίνει συνοπτική αναφορά στο τέλος του κεφαλαίου.



Γράφημα 2. Τρόποι διατροφής νεογνού

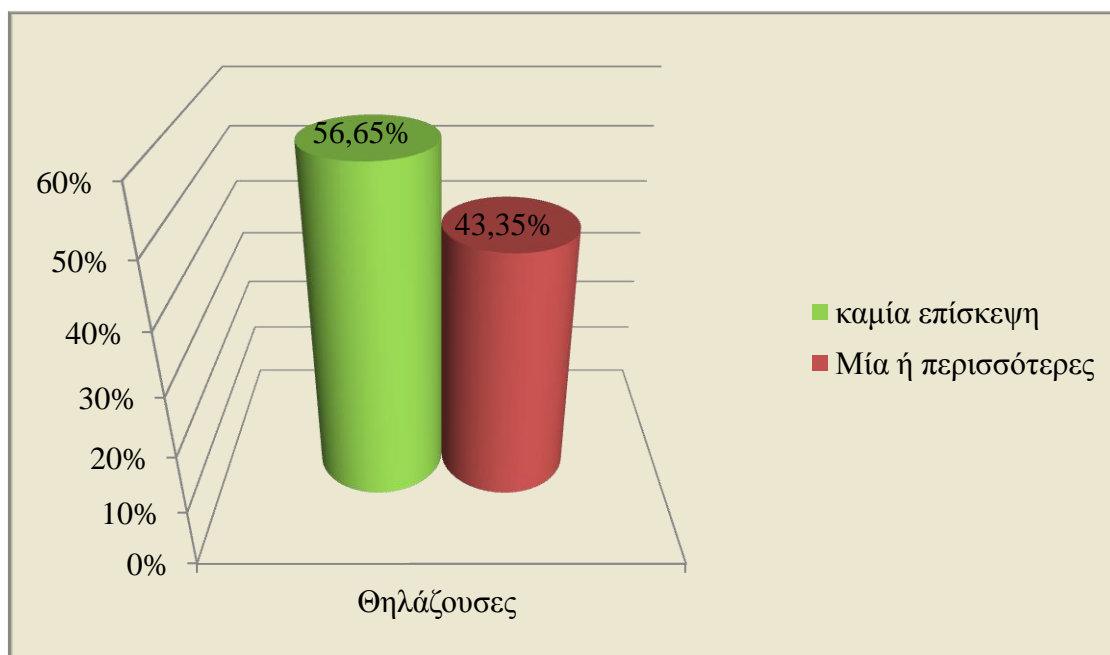
Αναφορικά βέβαια στα είδη του θηλασμού, το 42,22% των γυναικών που είχε επιλέξει το μητρικό θηλασμό απάντησε ότι για τη σίτιση χρησιμοποιούσε αποκλειστικό θηλασμό, ενώ το 57,77% απάντησε θηλασμό και χορήγηση συμπληρωμάτων με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος (γράφημα 3)



Γράφημα 3. Είδη θηλασμού

4.3 Αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

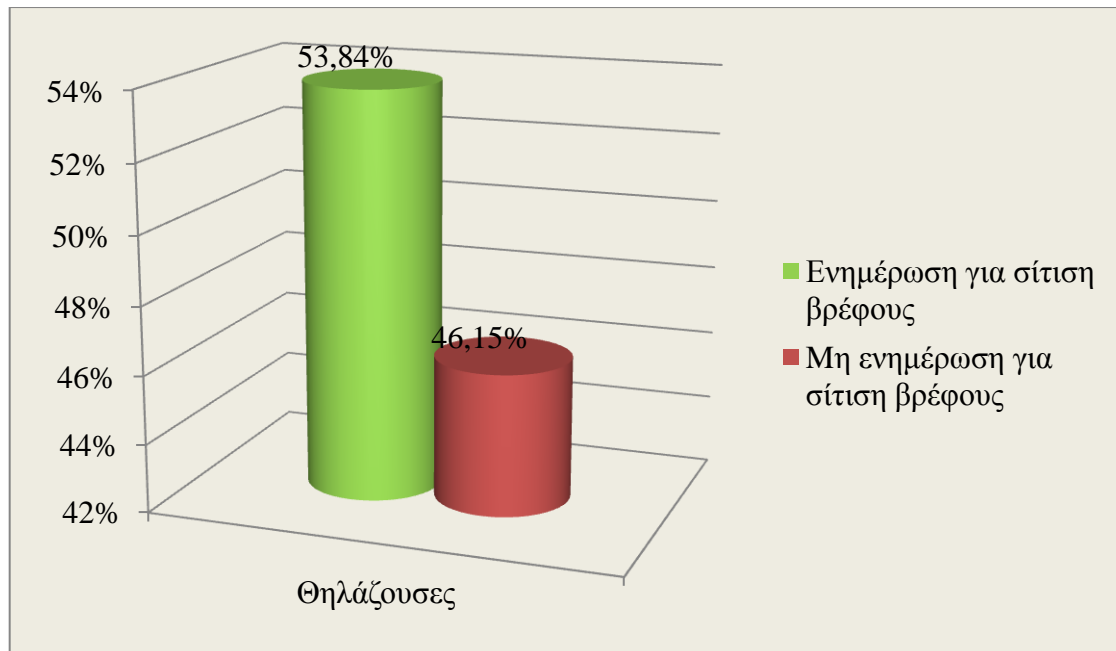
Όσον αφορά στον αριθμό των θηλαζουσών μητέρων που επισκέφτηκαν έστω και μια φορά το νοσοκομείο προς αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών για την κύηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 43,35% απάντησε καταφατικά. Το υπόλοιπο 56,65% των θηλαζουσών μητέρων επισκέφτηκε το νοσηλευτικό ίδρυμα μόνο για να λάβει χώρα ο τοκετός (γράφημα 4).



Γράφημα 4 Αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο κατά την εγκυμοσύνη.

4.4 Ενημέρωση για τη σίτιση του νεογνού

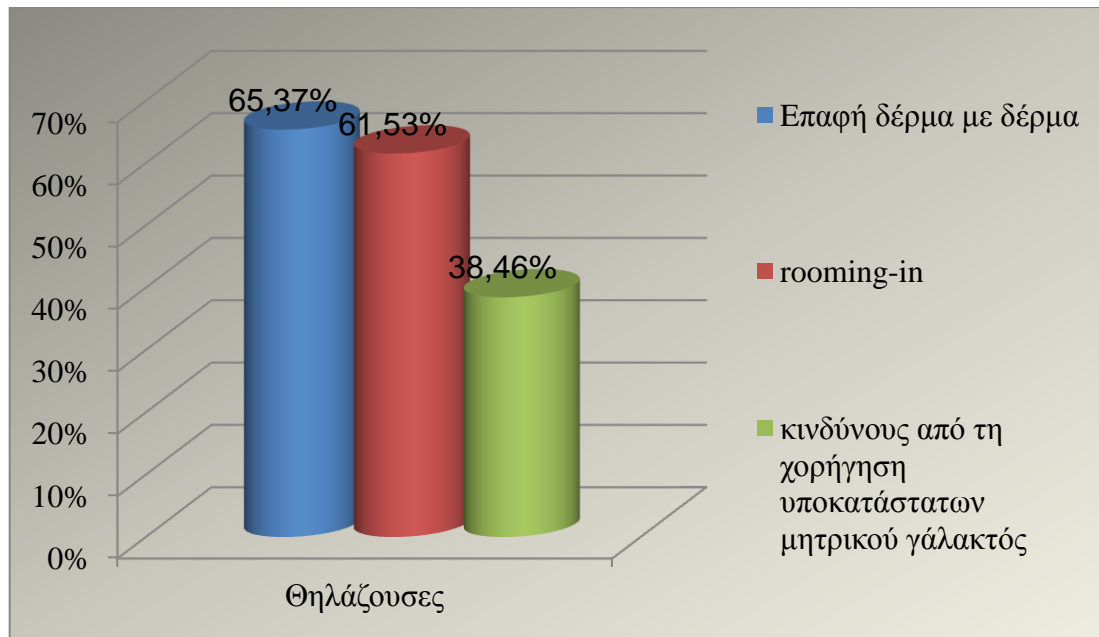
Από το σύνολο των θηλαζουσών γυναικών που επισκέφτηκαν το νοσηλευτικό ίδρυμα πριν τον τοκετό για αναζήτηση υπηρεσιών υγείας, το 53,84% ενημερώθηκαν σχετικά με τη σίτιση του βρέφους, ενώ το υπόλοιπο 46,15% απάντησαν αρνητικά (γράφημα 5).



Γράφημα 5 Ενημέρωση για τη σίτιση του νεογνού

4.5 Ενημέρωση για θέματα εκτός από τη σίτιση του νεογνού.

Όσον αφορά στη λήψη πληροφοριών για επιμέρους θέματα εκτός από τη σίτιση του βρέφους, από το 43,35% των θηλαζουσών μητέρων που επισκέφτηκαν το νοσηλευτικό ίδρυμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για αναζήτηση υπηρεσιών υγείας σχετιζόμενες με τη κύηση και τον τοκετό, μόνο το 28,8% ενημερώθηκε για επιμέρους θέματα. Από αυτό το 28,8%, ειδικότερα το 65,37%, ενημερώθηκαν για τη σημασία που έχει να έρθει το μωρό σε επαφή δέρμα με δέρμα αμέσως μετά τη γέννηση και σε ποσοστό 61,35% ενημερώθηκαν για τη σημασία που έχει να βρίσκεται το μωρό στο ίδιο κρεβάτι ή στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα (rooming in), ενώ το 38,46% ενημερώθηκε για τους κινδύνους από τη χορήγηση τεχνητών προϊόντων γάλακτος ή άλλων διατροφικών συμπληρωμάτων (γράφημα 6). Το άθροισμα υπερβαίνει το εκατό γιατί οι μητέρες μπορούσαν να δώσουν περισσότερο από μία απαντήσεις.



Γράφημα 6. Ενημέρωση για επιμέρους θέματα

4.6 Μέσος όρος σωματικού βάρους γέννησης

Ο μέσος όρος βάρους γέννησης των βρεφών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας για τις θηλάζουσες μητέρες είναι 3.154 γραμμάρια.

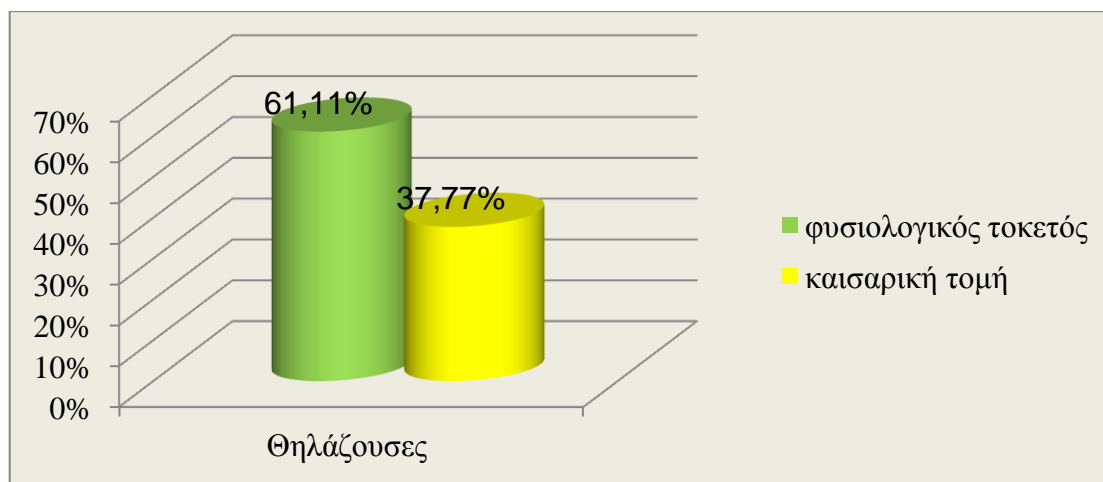


Γράφημα 7. Μέσος όρος σωματικού βάρους γέννησης

4.7 Είδος τοκετού

Όσον αφορά στο είδος του τοκετού, από τις απαντήσεις των θηλαζουσών μητέρων διαπιστώθηκε ότι με φυσιολογικό τοκετό γέννησε το 61,11% (55), ενώ το 37,77 (34) των μητέρων υποβλήθηκε σε καισαρική τομή (γράφημα 8), ενώ το 1,12% (1) δεν

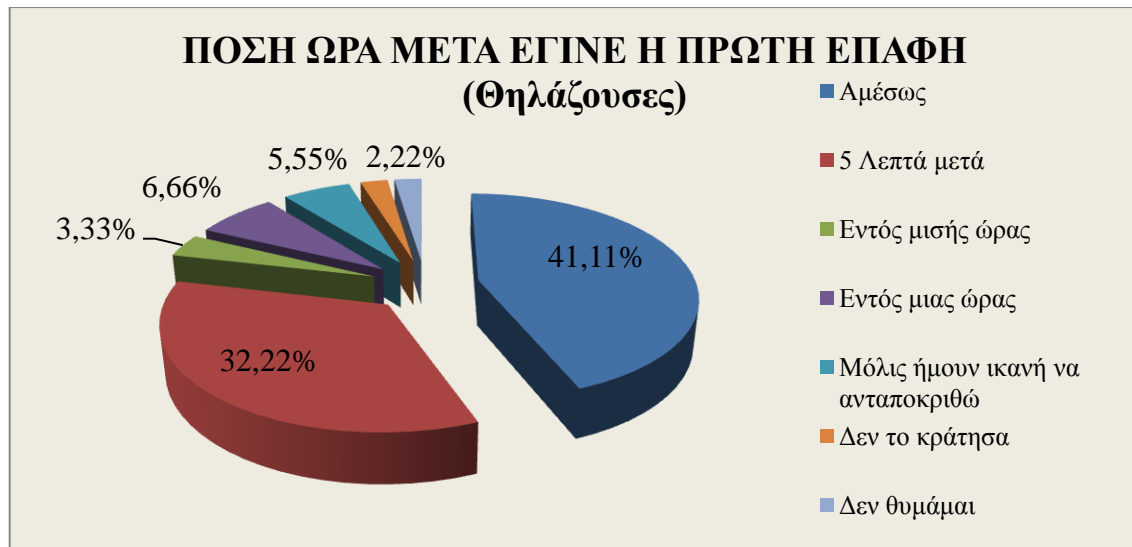
απάντησε. Από τις καισαρικές τομές το 85,29% (29) γέννησε με επισκληρίδιο αναισθησία, ενώ το 14,7% (5) με γενική αναισθησία.



Γράφημα 2 Είδος τοκετού

4.8 Πότε κρατήσατε το βρέφος για πρώτη φορά

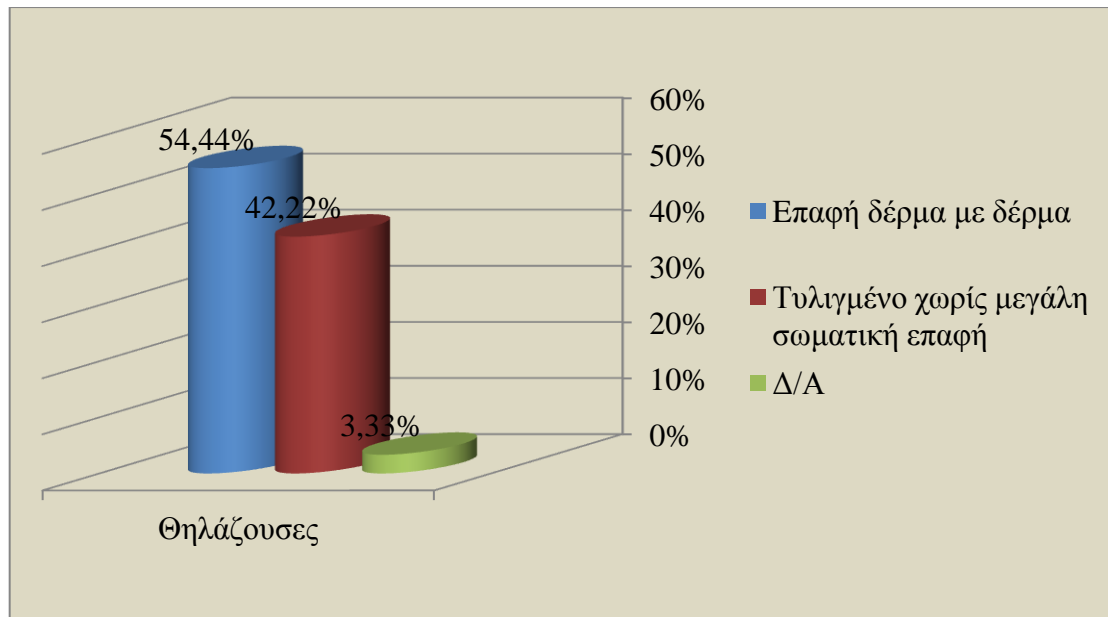
Το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, δηλαδή 41,11% (37), αναφέρει ότι κράτησε το βρέφος αμέσως, ενώ το 32,22% (29) αναφέρει εντός πέντε λεπτών. Μικρότερο ποσοστό θηλαζουσών μητέρων, το 3,33% (3), απάντησε εντός μισής ώρας, ενώ το 6,66% (6) απάντησε εντός μίας ώρας. Το 5,55% (5) των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι κράτησαν το βρέφος όταν ένωσαν ικανές, ενώ το 2,22% (2) αναφέρει ότι δε θυμάται. Αντίστοιχο ποσοστό 2,22% (2) αναφέρει ότι δεν το κράτησε ακόμη κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Πέντε μητέρες ποσοστό 5,55% επέλεξαν την απάντηση «άλλο». (Γράφημα 9)



Γράφημα 3 Πότε έγινε η πρώτη επαφή μητέρας νεογνού σε θηλάζουσες μητέρες

4.9 Δέρμα με δέρμα επαφή

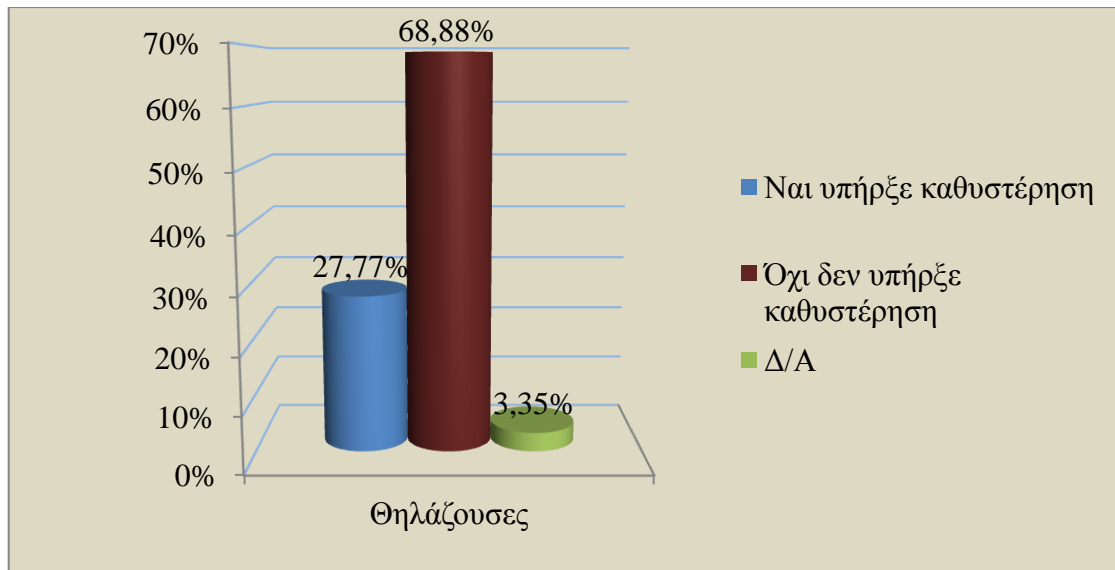
Στην ερώτηση για το πως κράτησαν το βρέφος για πρώτη φορά, το μεγαλύτερο μέρος των θηλαζουσών μητέρων, σε ποσοστό 54,44% (49) απάντησε δέρμα με δέρμα, ενώ το 42,22% (38) απάντησε τυλιγμένο χωρίς μεγάλη δερματική επαφή (γράφημα 10). Ένα ποσοστό 3,33% (3) δεν απάντησε.



Γράφημα 40. Είδος πρώτης επαφής μητέρας-νεογνού

4.10 Καθυστέρησε η πρώτη επαφή; Αν ναι, για ποιους λόγους;

Στην ερώτηση αν υπήρξε καθυστέρηση για να κρατήσουν οι μητέρες το μωρό τους, το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, δηλαδή το 68,88% (62) απάντησε ότι δεν υπήρξε καθυστέρηση, ενώ το 27,77% (25) απάντησε ότι υπήρξε. Το 3,35% (3) δεν έδωσε απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση (γραφ.11).



Γράφημα 51 Υπήρξε καθυστέρηση στη πρώτη επαφή μητέρας-νεογνού;

Για τους λόγους της καθυστέρησης ένα σημαντικό ποσοστό θηλαζουσών μητέρων, το 33,3% (9), απάντησε ότι το μωρό χρειαζόταν ιατρική βοήθεια, ενώ το 11,1% (3) των παραπάνω γυναικών απάντησε ότι η καθυστέρηση οφειλόταν στο γεγονός ότι οι ίδιες είχαν λάβει αναισθητικό. Ένα σημαντικό ωστόσο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, το 22,2% (6), απάντησε ότι δεν είχε τη δύναμη να κρατήσει το μωρό, ενώ το 33,3% δε γνώριζε τους λόγους της καθυστέρησης (γράφ. 12).

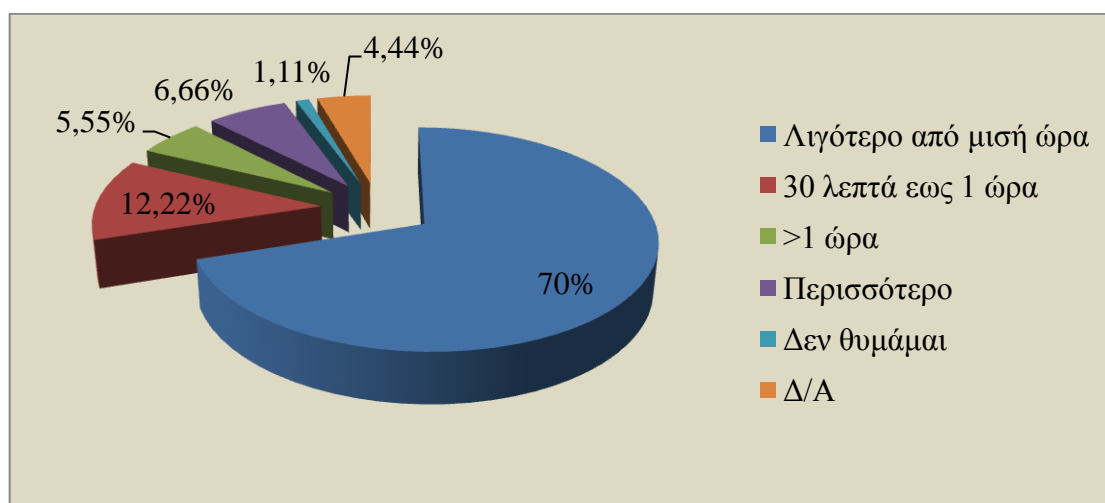


Γράφημα 12 Λόγοι καθυστέρησης πρώτης επαφής μητέρας-νεογνού

4.11 Διάρκεια πρώτης επαφής

Στην ερώτηση για πόση ώρα μετά τον τοκετό κράτησαν το μωρό τους για πρώτη φορά, το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, δηλαδή το 70% (63) απάντησε λιγότερο από μισή ώρα, το 12,22% των προαναφερθέντων μητέρων

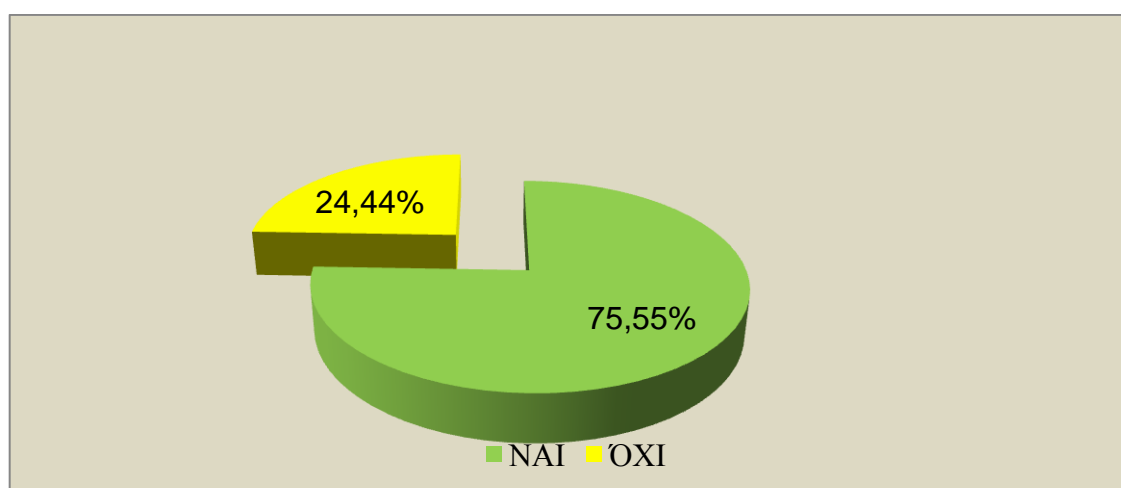
απάντησε από μισή ως μία ώρα, ενώ μία ώρα ή περισσότερο απάντησε το 5,55% (5). Το 6,66% απάντησε ότι δεν θυμάται, ενώ περισσότερες ώρες απάντησε το 1,11% (1). Ενώ 4 γυναίκες δεν απάντησαν, ποσοστό 4,44% (γράφημα. 13).



Γράφημα 63 Διάρκεια πρώτης επαφής

4.12 Δέχτηκαν οι μητέρες βοήθεια για το μητρικό θηλασμό;

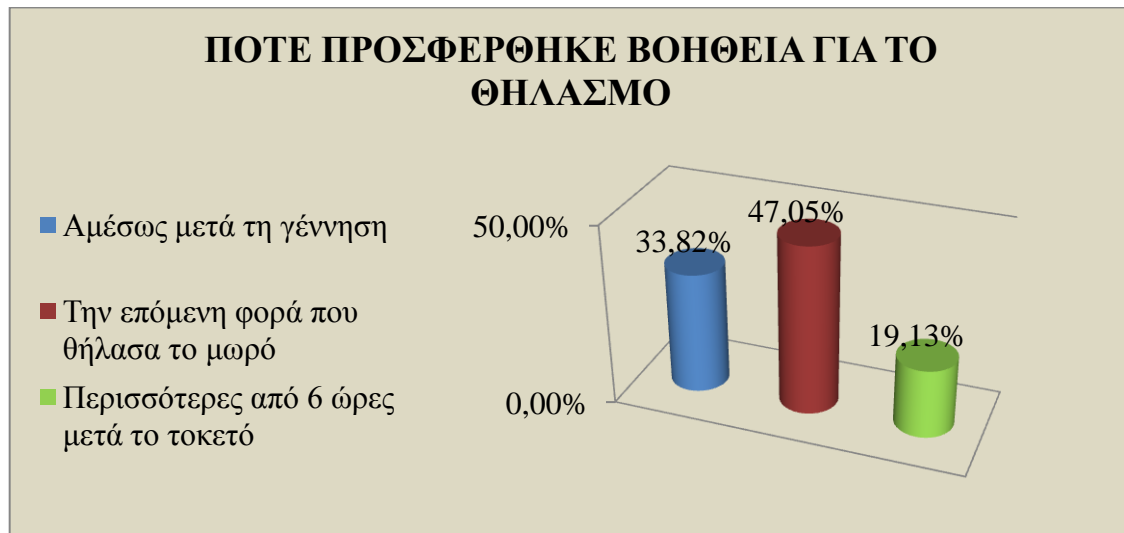
Στην ερώτηση αν δεχτήκαν οι μητέρες βοήθεια για το μητρικό θηλασμό, το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, δηλαδή το 75,55% απάντησε θετικά, ενώ το 24,44% (24), θεώρησε ότι δε δέχτηκε βοήθεια από το προσωπικό για το μητρικό θηλασμό (γράφημα 14).



Γράφημα 14. Προσφορά βοήθειας για μητρικό θηλασμό

Από τις θηλάζουσες μητέρες που απάντησαν ότι δέχτηκαν βοήθεια για το μητρικό θηλασμό, το 33,82% (23) απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια αμέσως μετά τη γέννηση, το

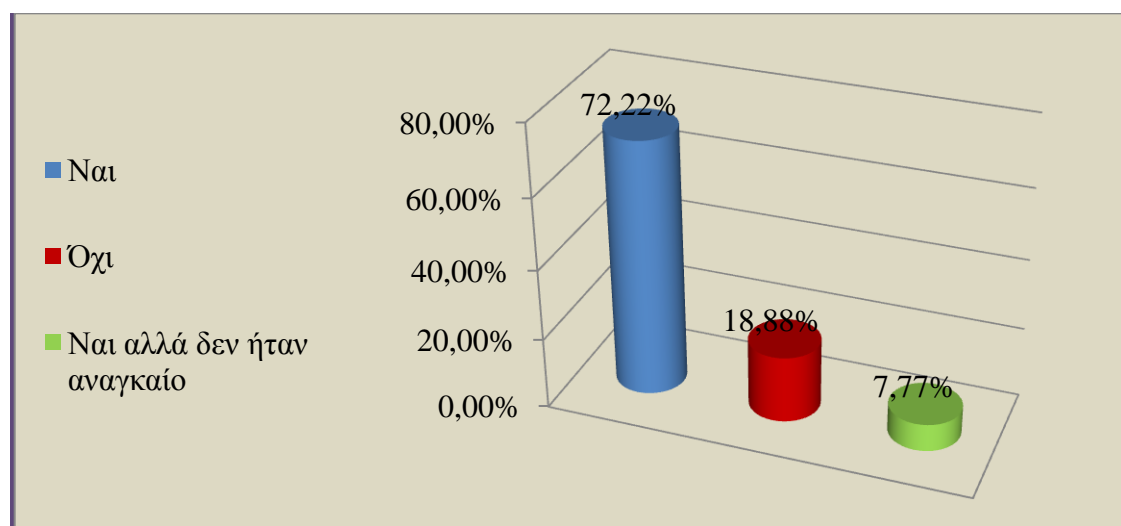
47,05%(32) απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια την επόμενη φορά που θήλασαν το μωρό ή εντός έξι ωρών, ενώ σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από έξι ώρες απάντησε το 19,13% (11). (γράφημα15)



Γράφημα 75. Πότε προσφέρθηκε βοήθεια για το θηλασμό

4.13 Δεχτήκατε βοήθεια για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος;

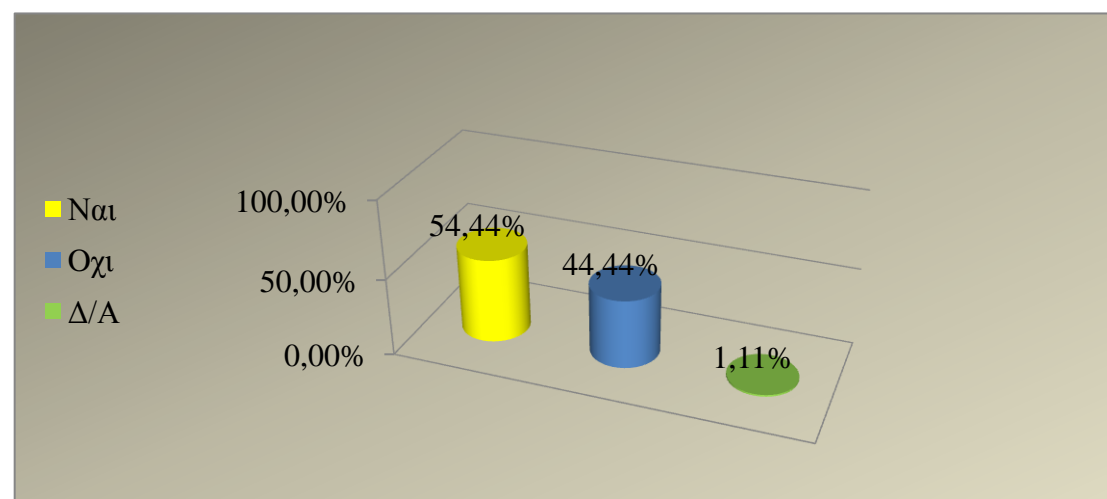
Στην ερώτηση για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος, το 72,22% (65) των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια ενώ το 18,88% (17), απάντησε ότι δεν δέχτηκε κανενός είδους βοήθεια από το προσωπικό. Ωστόσο ένα ποσοστό 7,77% (7) απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια, μολονότι δεν το είχε ανάγκη (γράφημα 16).



Γράφημα 16. Δεχτήκατε βοήθεια για την τοποθέτηση του βρέφους στο στήθος;

4.14 Έγιναν υποδείξεις για άντληση με το χέρι;

Η συγκεκριμένη ερώτηση αφορούσε αποκλειστικά τις θηλάζουσες μητέρες. Το 54,44% (49) των θηλαζουσών γυναικών απάντησε ότι δέχτηκε πληροφορίες σχετικά με το πως μπορούν να αντλήσουν γάλα με το χέρι, ενώ το 44,44%(40) απάντησε αρνητικά στην συγκεκριμένη ερώτηση. Το 1,12% (1) δεν απάντησε (γράφημα 17).

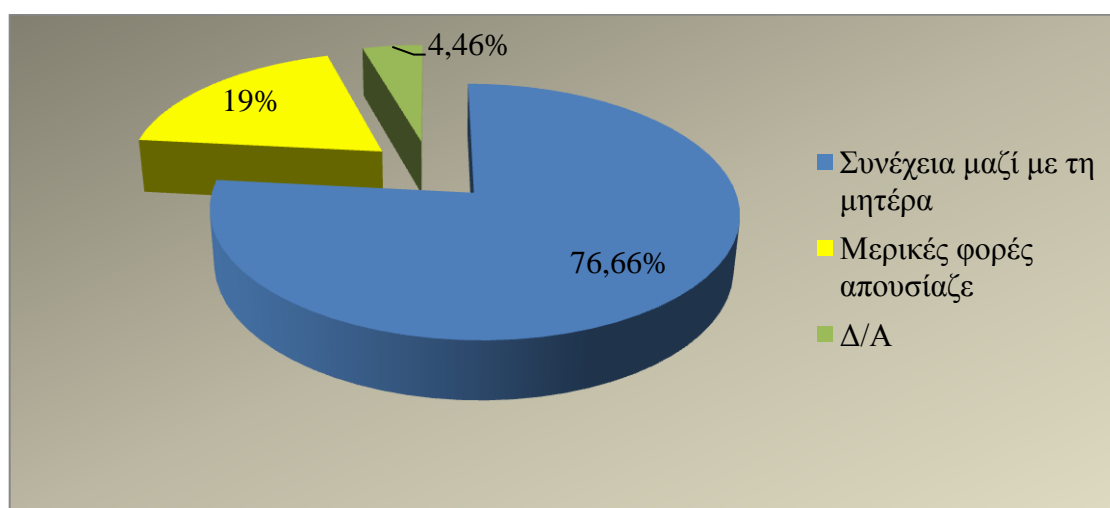


Γράφημα 17. Έγιναν υποδείξεις για άντληση με το χέρι;

Στην ερώτηση αν οι ίδιες (οι θηλάζουσες) προσπάθησαν να αντλήσουν μόνες τους γάλα με το χέρι, απάντησε το 47,77% (41), επί του συνόλου. Ειδικότερα το 45,44% εξ'αυτών απάντησε ότι προσπάθησε να αντλήσει γάλα με το χέρι, ενώ το 54,44%, απάντησε αρνητικά στην ερώτηση αυτή. Από τις θηλάζουσες μητέρες που προσπάθησαν να αντλήσουν γάλα με το χέρι, το 60,97% (26) τα κατάφερε, ενώ μερικώς τα κατάφερε το 31,70% (14). Αρνητική απάντηση έδωσε το 7,31% (3).

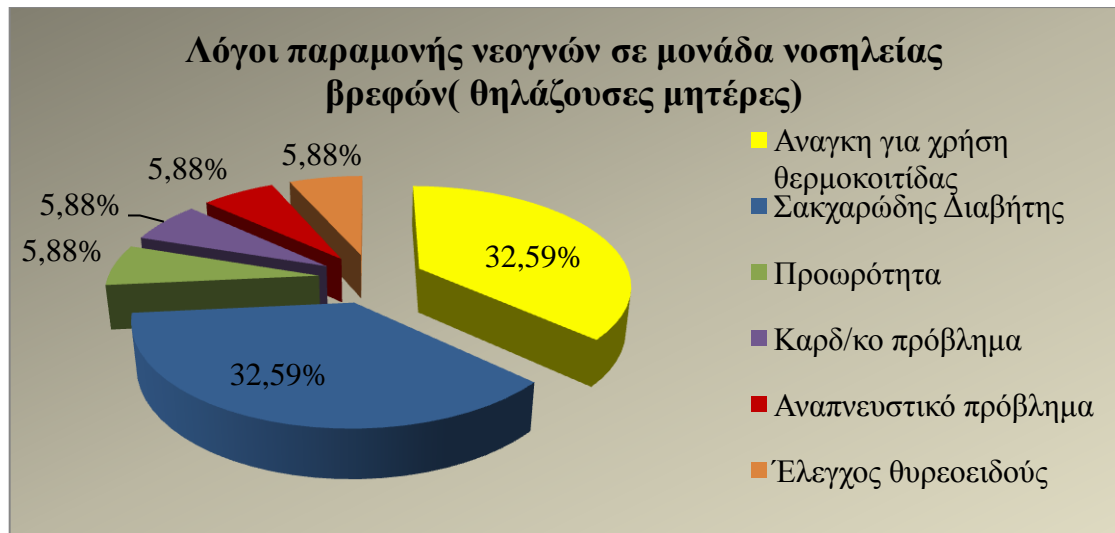
4.15 Είχατε τα παιδιά μαζί καθ'όλη τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου νοσηλείας;

Το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων το 76,66% απάντησε πως ναι είχαν τα παιδιά μαζί τους καθ'όλη την διάρκεια του εικοσιτετραώρου ενώ το 18,88%, απάντησε όχι. Το 4,46%, δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση (γράφημα 18).



Γράφημα 18. Πού βρισκόταν το νεογνό κατά την διάρκεια νοσηλείας της μητέρας

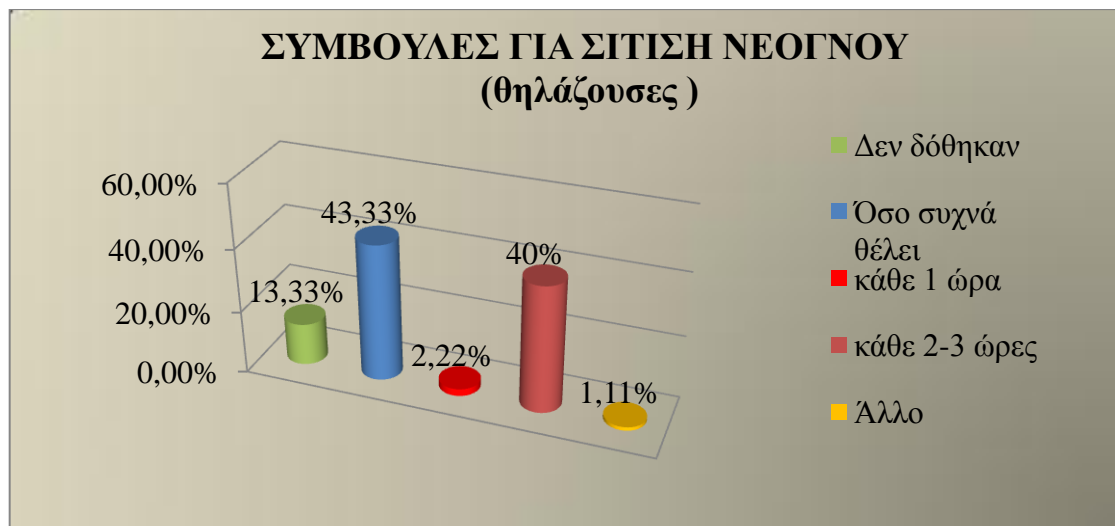
Όσον αφορά στους λόγους μη παραμονής, το 32,59% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι οι λόγοι νοσηλείας του νεογνού στη μονάδα οφειλόταν στη χρήση θερμοκοιτίδας, ενώ παρόμοιο ποσοστό μητέρων 32,59% απάντησε ότι οφειλόταν σε σακχαρώδη διαβήτη. Όσον αφορά στους λόγους απουσίας του νεογνού από την μητέρα που οφειλόταν σε προωρότητα, καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, υποθυρεοειδισμό ή ίκτερο, τα ποσοστά των μητέρων που απάντησαν συμπίπτουν και κυμαίνονται στο 5,88% (γράφημα. 19).



Γράφημα 19. Λόγοι μη παραμονής βρέφους με τη μητέρα

4.16 Συμβουλές σίτισης

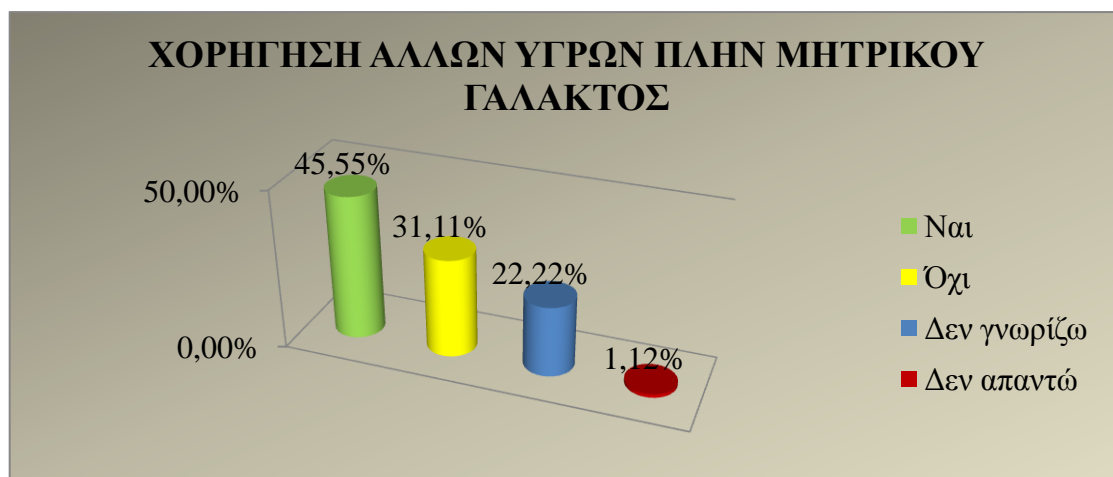
Στην ερώτηση για τις συμβουλές που δόθηκαν για τη σίτιση του νεογνού το 13,32% (12) των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι δεν του δόθηκαν συμβουλές ενώ το 43,33% (39) απάντησε ότι του δόθηκαν συμβουλές από το προσωπικό να σιτίζει το βρέφος όσο συχνά θέλει. Το 2,22% (2) απάντησε ότι του δόθηκαν συμβουλές να σιτίζει το βρέφος κάθε μία ώρα, ενώ το 40% (36) απάντησε ότι του δόθηκαν συμβουλές να σιτίζει το βρέφος κάθε δύο με τρεις ώρες. Το 1,11% έδωσε άλλη απάντηση (γράφημα 20).



Γράφημα 20. Συμβουλές για σίτιση νεογνού (θηλάζουσες)

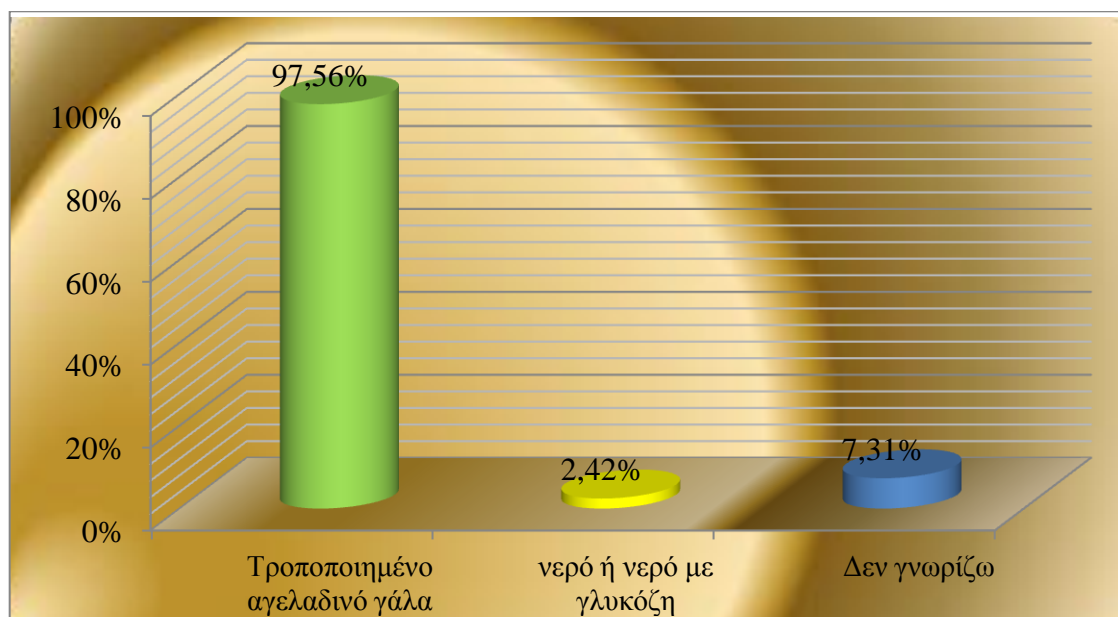
4.17 Διατροφή με άλλα υγρά πλην μητρικού γάλακτος

Στην ερώτηση αν έχουν δοθεί στο μωρό άλλα υγρά εκτός του μητρικού γάλακτος το 45,55% (41) των θηλαζουσών μητέρων απάντησε καταφατικά, ενώ σημαντικό ποσοστό, το 31,11% (28) απάντησε αρνητικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 22,22% (20) δεν ήταν ενήμερο αν χορηγήθηκε στο μωρό κάτι άλλο εκτός του μητρικού γάλακτος. Το 1,12% (1) δεν απάντησε (γράφημα 21).



Γράφημα 81. Χορήγηση άλλων υγρών πλην μητρικού γάλακτος

Στην προηγούμενη ερώτηση που αφορούσε στις θηλάζουσες μητέρες που απάντησαν ότι χορηγήθηκαν στο μωρό και άλλα υγρά εκτός του μητρικού γάλακτος, το 97,56% των γυναικών απάντησε ότι χορηγήθηκε τροποποιημένο γάλα, το 2,43% (1) απάντησε νερό ή νερό με γλυκόζη, ενώ το 7,31% (3) δεν γνώριζε τι χορηγήθηκε στο μωρό (γράφημα 22)



Γράφημα 92. Είδος χορηγηθέντων υγρών

Στην ερώτηση για ποιο λόγο το μωρό έλαβε άλλα διατροφικά συμπληρώματα, το 7,77% (7) των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι το μωρό δε μπορούσε να θηλάσει, ενώ σημαντικό ποσοστό, το 47% των γυναικών απάντησε ότι το μωρό τους έλαβε διατροφικά συμπληρώματα γιατί δε μπορούσε να ηρεμήσει. Το 15,55% απάντησε ότι το μωρό είχε σημαντική απώλεια νερού, ενώ το 9,66% (3) των γυναικών απάντησαν ότι οι ίδιες ζήτησαν διατροφικά συμπληρώματα. Το 10% των γυναικών απάντησε ότι δεν γνώριζε το λόγο, ενώ το ίδιο ποσοστό 10% έδωσε κάποια άλλη απάντηση (γράφημα 23).



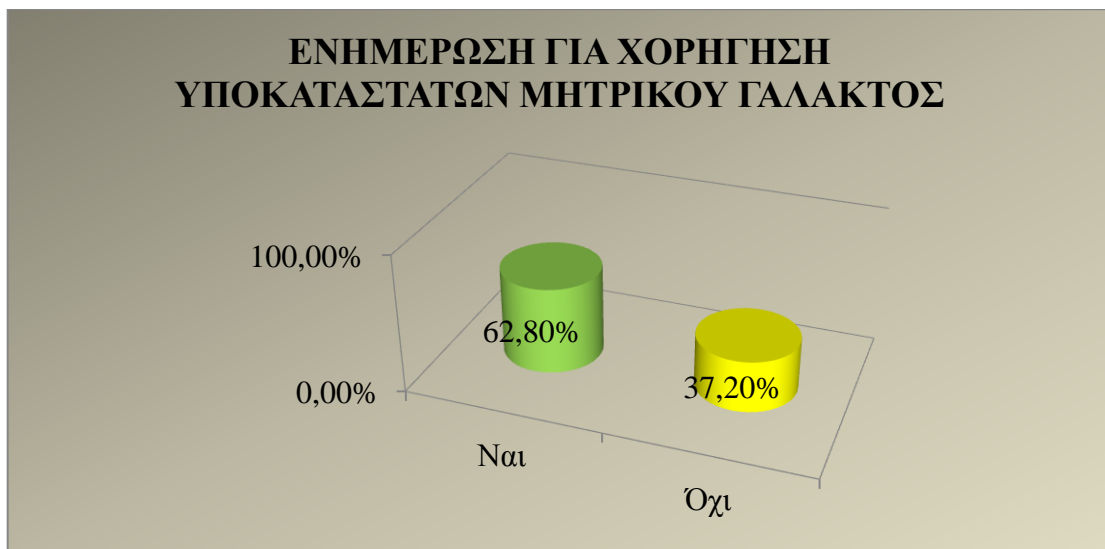
Γράφημα 23. Λόγοι λήψης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Στους επιμέρους λόγους λήψης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, το 44,4% (4) απάντησε ότι οφειλόταν στην ανεπαρκή ποσότητα μητρικού γάλακτος. Οι υπόλοιπες μητέρες απάντησαν ότι η χορήγηση άλλων υγρών οφειλόταν σε σακχαρώδη διαβήτη 11,11%, ανουρία 11,11%, λήψη αντιβίωσης 11,11% και τυπική παρακολούθηση 11,11% επίσης ένα 11,11% ανέφερε ότι δεν τους δόθηκε το μωρό να το θηλάσουν (γράφημα 24).



Γράφημα 104. Επιμέρους λόγοι χορήγησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων 62,80% (27) απάντησε ότι γνώριζε για τη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, ενώ σημαντικό ποσοστό, το 37,20% (16) απάντησε ότι δε γνώριζε (γράφημα. 25).



Γράφημα 25. Ενημέρωση για τη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Στην ερώτηση με τι χορηγήθηκε το συμπλήρωμα, το 95,34% των θηλαζουσών μητέρων (41) απάντησε με μπουκάλι, ενώ το 4,66% (2) απάντησε ότι δε γνώριζε τον τρόπο. Στην ερώτηση αυτή δεν δόθηκε κάποια άλλη απάντηση.

4.18 Έγινε χορήγηση πιπίλας από το προσωπικό;

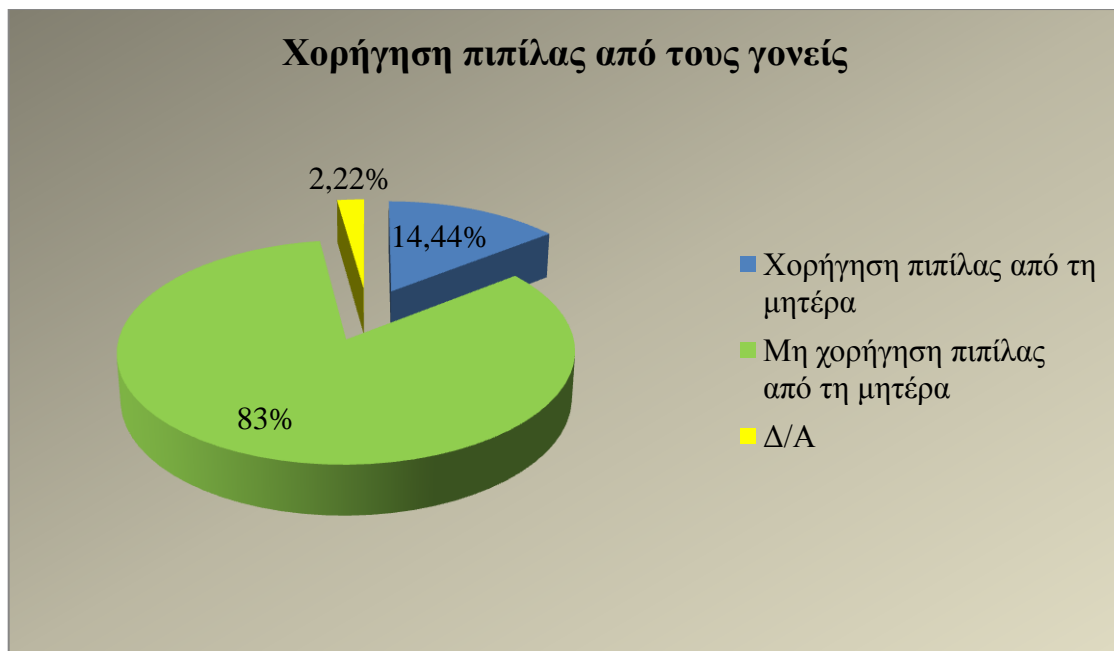
Το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, 78,88% (71), απάντησαν ότι δε χορηγήθηκε πιπίλα από το προσωπικό, ενώ το 18,88% (17) απάντησε ότι δε γνωρίζει αν δόθηκε στο βρέφος πιπίλα από το προσωπικό. Ένα μικρό ποσοστό 1,11% (1) απάντησε θετικά στη συγκεκριμένη ερώτηση. (γράφημα 26)



Γράφημα 26. Έγινε χορήγηση πιπίλας από το προσωπικό;

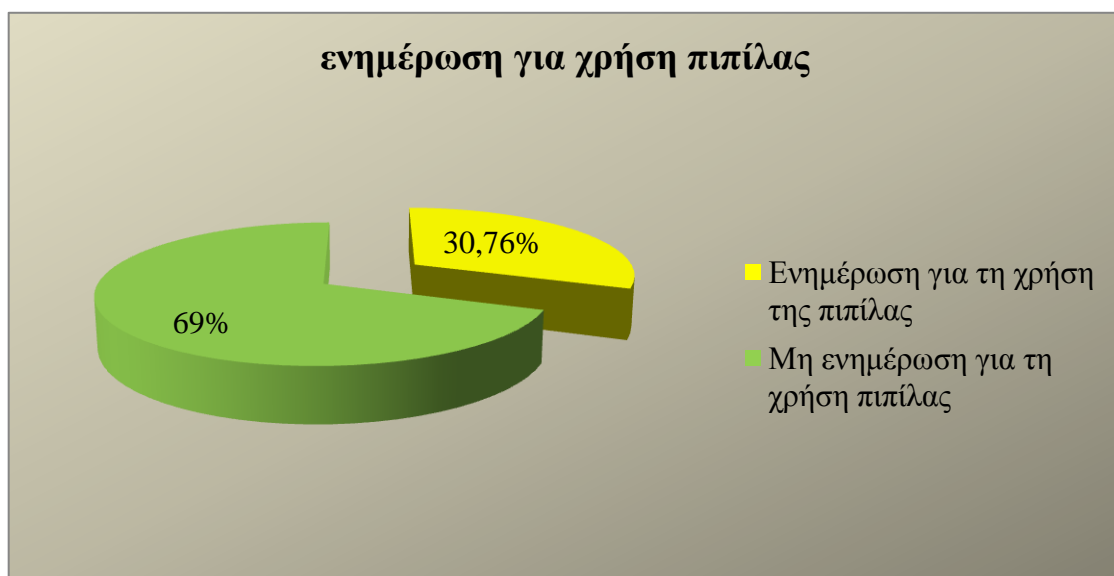
4.19 Έγινε χορήγηση πιπίλας από τους γονείς;

Στην ερώτηση σχετικά με τη χορήγηση πιπίλας από τους γονείς, το 14,44% (13) των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι χορήγησε πιπίλα στο μωρό, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό, το 83,33% (75), απάντησε αρνητικά σχετικά με τη χορήγηση πιπίλας. Το 2,22%(3) δεν απάντησε (γράφημα 27).



Γράφημα 27. Έγινε χορήγηση πιπίλας από τους γονείς;

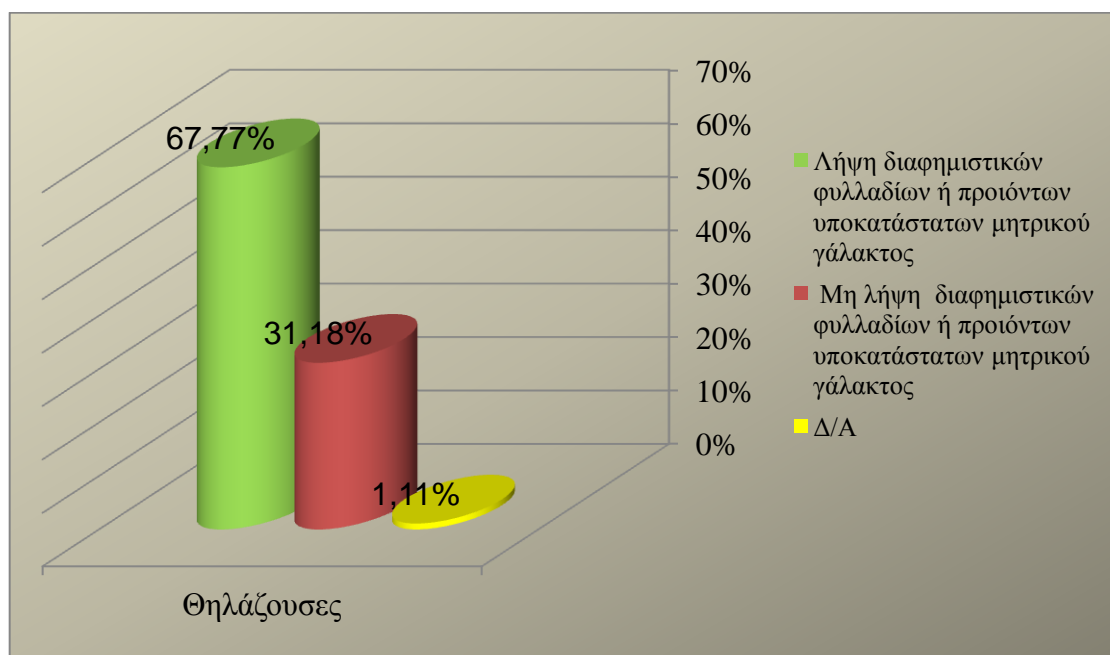
Όσον αφορά στην ενημέρωση για τη χορήγηση πιπίλας, το 30,76% των θηλαζουσών μητέρων (4) απάντησε ότι είχε ενημερωθεί από το προσωπικό, ενώ το 69,24% (9) των γυναικών απάντησε ότι δε δέχτηκε ενημέρωση από το προσωπικό για τη χορήγηση πιπίλας (γράφημα 28).



Γράφημα 28. Ενημέρωση για τη χρήση πιπίλας

4.20 Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Το 67,77% (61) των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι του δόθηκαν προωθητικά φυλλάδια ή προϊόντα για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, ενώ το 31,11% (28) απάντησε αρνητικά. Το 1,11% των γυναικών δεν απάντησε (γράφημα 29).

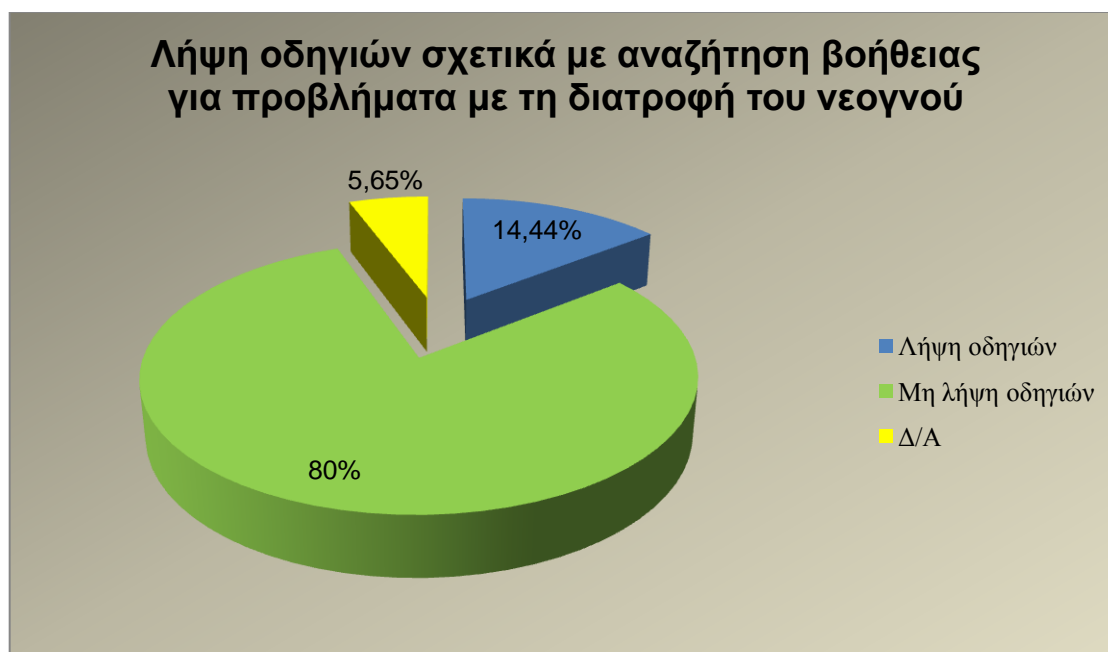


Γράφημα 11. Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Από τον αριθμό των θηλαζουσών γυναικών που απάντησαν θετικά, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, το 90,15% (55) απάντησε ότι της δόθηκε φυλλάδιο από εταιρεία για την προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, ενώ το 13,14% (8) απάντησε ότι τους δόθηκαν δωρεάν δείγματα γάλακτος. Στο 3,30% των γυναικών απάντησαν ότι τους δόθηκαν και τα δύο.

4.21 Ενημέρωση-οδηγίες σε αναζήτηση βοήθειας όσον αφορά στη σίτιση του βρέφους

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, 80%, απάντησε ότι δέχτηκε υποδείξεις για την αναζήτηση βοήθειας όσον αφορά στο μητρικό θηλασμό μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, ενώ το 14,44% (13) απάντησε αρνητικά. Ένα μικρό ποσοστό, το 5,56% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση (γράφημα 30).



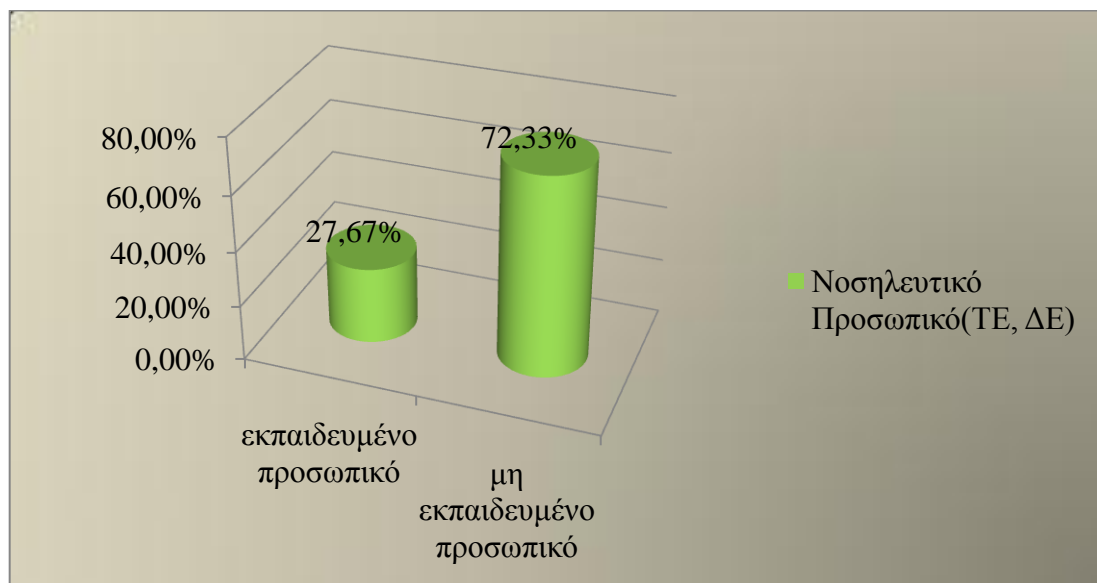
Γράφημα 12. Λάβατε υποδείξεις για αναζήτηση βοήθειας στη σίτιση του νεογνού;

Από το ποσοστό των θηλαζουσών γυναικών που δέχτηκαν υποδείξεις για το μητρικό θηλασμό, το 23,07% (3) δέχτηκε υποδείξεις να καλέσει το νοσοκομείο. Αντίστοιχα ποσοστά γυναικών, το 23,07% δέχτηκαν υποδείξεις να ζητήσουν επίσκεψη στο σπίτι, να επικοινωνήσουν με κάποιο σύμβουλο γαλουχίας, να απευθυνθούν σε εξωτερικό ιατρείο. Το 7,69% (1) των ερωτηθέντων γυναικών δέχτηκε υποδείξεις να απευθυνθεί σε κάποια ομάδα υποστήριξης, ενώ το ίδιο ποσοστό γυναικών 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 Στοιχεία για την εκπαίδευση του προσωπικού

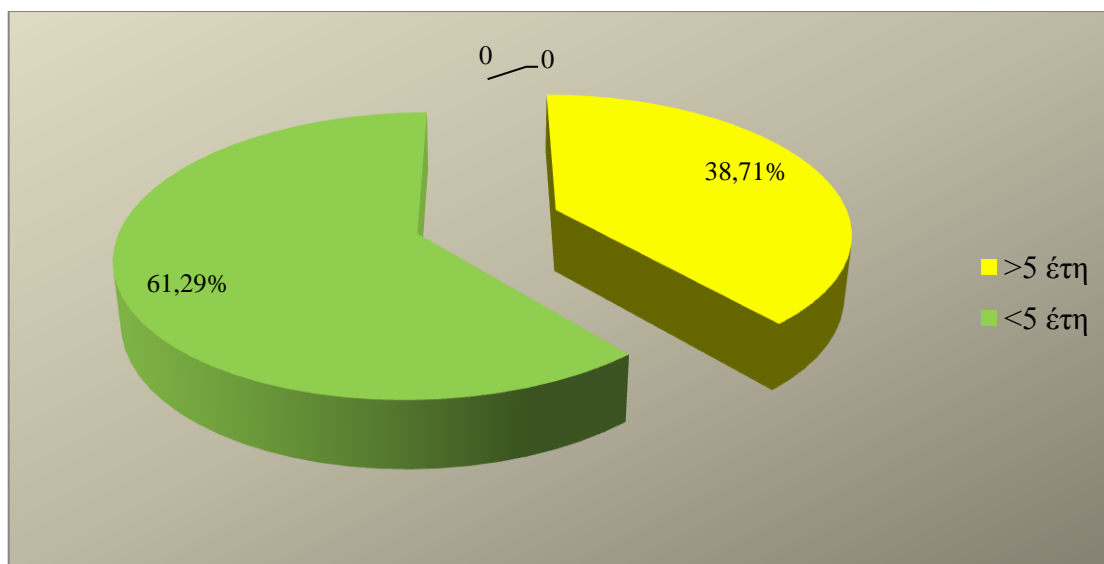
Το αρχείο εκπαίδευσης του προσωπικού είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για να καταγράψουμε το ποσοστό του προσωπικού που έχει λάβει επιμορφωτική εκπαίδευση με αντικείμενο την προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, καθώς επίσης και για την υποστήριξη στις μητέρες που δε θηλάζουν. Για τους συγκεκριμένους 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). Από το σύνολο του προσωπικού εν ενεργεία βρίσκονται τα 162 και ειδικότερα 140 είναι μαίες και 22 ΔΕ Νοσηλευτικής. Το σύνολο λοιπόν του προσωπικού που έλαβε το ειδικό έντυπο ήταν 162 άτομα από τα οποία απάντησαν τα 112, ποσοστό 69,13%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 27,67% (31) του προσωπικού έχει λάβει επιμορφωτική εκπαίδευση (γράφημα 36). 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.



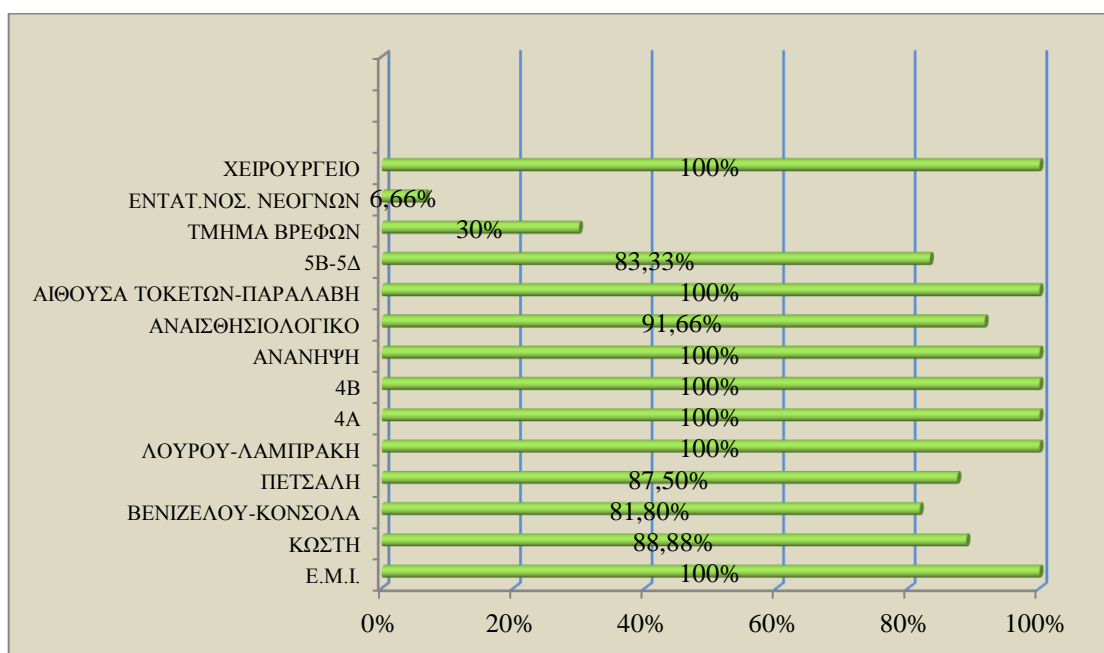
Γράφημα 31. Εκπαίδευση στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού

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



Γράφημα 32. Πριν από πόσα χρόνια έλαβε χώρα η εκπαίδευση;

Ο μέσος όρος ανταπόκρισης των τμημάτων ήταν 83,59%. Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι τα χαμηλότερα ποσοστά απόκρισης παρατηρήθηκαν στα βρέφη όπου το ποσοστό ήταν 30% και στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) με ποσοστό που κυμαίνεται στο 6,66%.



Γράφημα 33. Ποσοστό ανταπόκρισης τμημάτων ΓΝΑ Αλεξάνδρα

5^ο Κεφάλαιο

Συζήτηση

α. Αριθμός επισκέψεων στο νοσηλευτικό ίδρυμα προς αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης. Ενημέρωση σε ατομικό η ομαδικό επίπεδο για τη σίτιση του βρέφους.

Όσον αφορά στον αριθμό των γυναικών που επισκέφτηκαν το νοσηλευτικό ίδρυμα προς αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, μόνο το 43,3% απάντησε καταφατικά. Το υπόλοιπο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, το 56,65%, επισκέφτηκε το νοσοκομείο μόνο για τον τοκετό. Αξιοσημείωτο βέβαια είναι ότι από τις γυναίκες που επισπεύτηκαν το νοσοκομείο κατά την προγεννητική τους περίοδο μόνο το 53,84% απάντησε ότι ενημερώθηκε για τη σίτιση του νεογνού. Επίσης από το σύνολο των μητέρων που επισκέφτηκαν το νοσηλευτικό ίδρυμα προς αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, μόνο το 28,88% ενημερώθηκε για επιμέρους θέματα, όπως τη σημασία της επαφής δέρμα με δέρμα, το rooming in ή τους κινδύνους από τη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Είναι γεγονός ότι ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας και η Unicef θέτουν ως κριτήρια το νοσοκομείο να διαθέτει προγεννητική κλινική, όπου να παρέχεται στις γυναίκες προγεννητική φροντίδα και ενημέρωση σχετικά με το θηλασμό. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι ένα ποσοστό των γυναικών δεν απευθύνθηκε στις προγεννητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου. Επίσης ακόμα και στις περιπτώσεις των γυναικών που απευθύνθηκαν στο νοσοκομείο, ένα σημαντικό ποσοστό αυτών δεν ενημερώθηκε για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού, καθώς και για επιμέρους θέματα που αφορούν στη μεταγεννητική περίοδο. Η προγεννητική εκπαίδευση των γυναικών η οποία περιλαμβάνει γραπτή και προφορική πληροφόρηση είναι ιδιαίτερα σημαντική και καλύπτει σημαντικές πληροφορίες. Είναι γεγονός ότι το τμήμα ψυχοπροφυλακτικής που λειτουργεί στο εν λόγω ίδρυμα δίνει κατευθυντήριες οδηγίες στις γυναίκες προκειμένου εκείνες να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στη μεταγεννητική τους περίοδο.

β. Τρόπος διατροφής

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 90% των γυναικών επέλεξαν το θηλασμό. Εκείνο όμως που πρέπει να επισημανθεί όμως είναι ότι το 57,77% το θηλαζουσών μητέρων χορήγησε συγχρόνως και υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Σύμφωνα λοιπόν, με τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας διαφαίνεται ότι μεγάλο ποσοστό γυναικών επέλεξαν τον μητρικό θηλασμό. Ωστόσο η χορήγηση συγχρόνως υποκατάστατων μητρικού γάλακτος υποδεικνύει ότι οι γυναίκες είχαν ελλιπή πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας για τους κινδύνους που εμπεριέχει η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Επίσης διαφαίνεται ότι οι μητέρες σε μεγάλο ποσοστό δεν απευθύνθηκαν στις προγεννητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, προκειμένου να λάβουν ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.

γ. Κράτημα του βρέφους για πρώτη φορά

Το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, το 41,11%, κράτησε το βρέφος αμέσως ενώ το 32,22% εντός πέντε λεπτών. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 3,33% απάντησε εντός μισής ώρας ενώ το 5,55% των θηλαζουσών μητέρων απάντησαν όταν ένιωσαν ικανές. Επίσης το 54,44% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι κράτησε το μωρό σε επαφή δέρμα με δέρμα ενώ το 42,22% τυλιγμένο χωρίς μεγάλη δερματική επαφή. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι το 33,3% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι η καθυστέρηση της πρώτης επαφής οφειλόταν σε ιατρικούς λόγους, ενώ το 11,1% των θηλαζουσών μητέρων απάντησαν ότι οι ίδιες είχαν λάβει αναισθητικό. Σε αυτό το σημείο βέβαια πρέπει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών γυναικών, δηλαδή το 70%, απάντησε ότι η διάρκεια της πρώτης επαφής ήταν λιγότερο από μισή ώρα. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας και η Unicef θέτουν ως κριτήριο για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό να τοποθετούνται τα βρέφη σε επαφή δέρμα με δέρμα αμέσως μετά τη γέννηση (102). Οι μητέρες είναι ανάγκη να βοηθούνται για την έναρξη του θηλασμού την πρώτη μισή ώρα. Είναι γεγονός ότι οι μητέρες που ήρθαν σε επαφή δέρμα με δέρμα με τα νεογνά τους αμέσως μετά τη γέννηση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θηλάσουν. Οι σύγχρονες μαιευτικές κλινικές πρέπει να δίνουν σημασία στην επαφή δέρμα με δέρμα και να ενθαρρύνουν τις μητέρες να θηλάσουν αμέσως τα παιδιά τους. Η άμεση επαφή του νεογέννητου με τη μητέρα του αποτελεί μία αυθόρμητη ενστικτώδη πράξη και βοηθάει στην προστασία του νεογέννητου. Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας

καταδεικνύουν ότι στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό ίδρυμα γίνονται προσπάθειες προς την κατεύθυνση αυτή. Επίσης σύμφωνα με τη Unicef και τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας η καθυστέρηση της πρώτης επαφής πρέπει να οφείλεται σε βάσιμους λόγους (102). Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας η καθυστέρηση της πρώτης επαφής οφείλεται τις περισσότερες φορές σε ιατρικούς λόγους. Εκείνο όμως που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι παρόλο που οι μητέρες ενθαρρύνονται για την έναρξη του θηλασμού αμέσως μετά τη γέννηση, η διάρκεια της πρώτης επαφής είναι λιγότερο από μισή ώρα.

δ. Προσφορά βοήθειας για το μητρικό θηλασμό

Σύμφωνα με την επιταγή της Unicef και του παγκόσμιου οργανισμού υγείας οι επαγγελματίες υγείας είναι ανάγκη να είναι διαθέσιμοι να συμβουλεύουν και να ενθαρρύνουν τις μητέρες για να σιτίσουν επιτυχώς τα παιδιά τους (102). Το προσωπικό είναι ανάγκη να επιδείξει τις δεξιότητες που απαιτούνται προκειμένου οι μητέρες να θηλάσουν τα παιδιά τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν ικανοποιητική βοήθεια στις μητέρες την πρώτη φορά που θα ταΐσουν ξανά τα παιδιά τους. Ειδικότερα:

1. Το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια, ενώ το 24,44% απάντησε αρνητικά.
2. Το 72,22% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος, ενώ το 18,88% απάντησε ότι δε δέχτηκε κάποιου είδους βοήθεια
3. Το 54,44 των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι δέχτηκε βοήθεια για το πως θα αντλήσει το γάλα με το χέρι, ενώ το 44,44% απάντησε αρνητικά

Το προσωπικό λοιπόν, δείχνει μια θετική στάση απέναντι στις θηλάζουσες μητέρες. Εκείνο όμως που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι χρειάζεται έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό καθώς και σύμβουλοι που να έχουν εκπαιδευτεί στη σωστή διαχείριση του θηλασμού η οποία περιλαμβάνει την σωστή τοποθέτηση του μωρού στο στήθος και τη σωστή τεχνική για την άντληση του γάλακτος με το χέρι. Η αποτελεσματική προσφορά βοήθειας από τους επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητη προκειμένου οι νέες μητέρες να ανταπεξέλθουν στον ρόλο τους και να θηλάσουν επιτυχώς τα παιδιά τους.

ε. Πού βρισκόταν το νεογνό κατά τη διάρκεια νοσηλείας της μητέρας;

Το rooming in αποτελεί ένα από τα δέκα βήματα που έχει εισάγει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας και η Unicef για τον επιτυχημένο μητρικό θηλασμό και είναι μία από τις σημαντικότερες προϋποθέσεις έτσι ώστε ένα νοσοκομείο να χαρακτηριστεί «φιλικό προς τα βρέφη». Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων (76,66%) είχαν τα παιδιά μαζί τους σε όλη τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου. Το ποσοστό αυτό βρίσκεται κοντά στο ποσοστό του 80% που απαιτεί η Unicef και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας. Η παραμονή του νεογέννητου μαζί με τη μητέρα έχει ως αποτέλεσμα την έγκαιρη έναρξη, την εδραίωση και τη διατήρηση του μητρικού θηλασμού, καθώς και την εκπαίδευση της μητέρας δεδομένου ότι η ίδια προσαρμόζεται στις ανάγκες του νεογέννητου με τον ταχύτερο τρόπο. Η φροντίδα του νεογέννητου επιτυγχάνεται από τη μητέρα με αποτέλεσμα να ευνοείται η διαδικασία δέσμευσης μητέρας –παιδιού. Εκείνο που πρέπει να επισημανθεί είναι, ότι στις περιπτώσεις όπου τα νεογνά δε βρίσκονταν μαζί με τις μητέρες, στο μεγαλύτερο ποσοστό υπήρχαν τεκμηριωμένοι λόγοι. Ένα σημαντικό ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων 32,59% απάντησε ότι το νεογνό βρίσκονταν σε θερμοκοιτίδα. Επίσης παρόμοιο ποσοστό θηλαζουσών μητέρων, το 32,59%, απάντησε ότι το νεογνό βρισκόταν στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης εξαιτίας σακχαρώδη διαβήτη. Βέβαια σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με νέα δεδομένα, οι νέες πρακτικές ορίζουν ότι όταν η μητέρα έχει εκδηλώσει σακχαρώδη διαβήτη κύησης τα νεογνά πρέπει να μεταφέρονται άμεσα στις μητέρες τους έτσι ώστε να ξεκινήσει άμεσα ο θηλασμός και να μειωθεί στο ελάχιστο ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας. Επίσης άλλοι λόγοι παραμονής του νεογέννητου στη μονάδα νοσηλείας βρεφών σύμφωνα με τις απαντήσεις των θηλαζουσών μητέρων ήταν η προωρότητα, καρδιαγγειακό, αναπνευστικό πρόβλημα, ο υποθυρεοειδισμός και ο ίκτερος. Συμπερασματικά, ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο υποστηρίζει την πολιτική που έχει εισάγει η Unicef και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας που σχετίζεται και με την παραμονή του βρέφους κοντά στη μητέρα. Όμως θα πρέπει να προσαρμοστεί και να υιοθετήσει τις νέες πρακτικές έτσι ώστε όχι μόνο να φτάσει το 80% αλλά και να το ξεπεράσει.

ζ. Συμβουλές για τη σίτιση του νεογνού

Οι θηλάζουσες μητέρες στο μεγαλύτερο μέρος τους δέχτηκαν οδηγίες από τους επαγγελματίες υγείας για το πόσο συχνά πρέπει να σιτίζεται το νεογνό. Από τις θηλάζουσες μητέρες μόνο ένα μικρό ποσοστό, περίπου το 13,32% αναφέρει ότι δε δέχτηκε καμία οδηγία. Συγκεκριμένα το 43,33% ενθαρρύνθηκε από τους επαγγελματίες υγείας να ταΐζει το βρέφος κάθε φορά που αυτό το αποζητά. Είναι γεγονός ότι η ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το αποζητά είναι ένα από τα κριτήρια που έχει θέσει η Unicef και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας. Η μητέρα λοιπόν είναι ανάγκη να ενθαρρύνεται από τους επαγγελματίες υγείας να θηλάζει το μωρό όσο συχνά το επιζητά. Η συχνή επαφή του βρέφους με τη μητέρα δημιουργεί αναμφίβολα το αίσθημα της ασφάλειας. Επιπροσθέτως ο συχνός θηλασμός έχει ως συνέπεια τη μεγάλη παραγωγή γάλακτος. Επίσης το 40% των θηλαζουσών μητέρων συμβουλευτήκε από τους επαγγελματίες υγείας να σιτίζει το νεογνό κάθε 2-3 ώρες. Τέλος μόνο το 1,11% των θηλαζουσών μητέρων, που αποτελούν το 90% των γυναικών στη συγκεκριμένη έρευνα, απάντησε ότι δέχτηκε συμβουλές από το προσωπικό να σιτίζει το βρέφος κάθε μία ώρα. Ωστόσο εκείνο που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι οι ερωτηθείσες μητέρες οι οποίες είχαν κάποιου είδους πληροφόρηση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας δέχτηκαν διαφορετικές οδηγίες από το προσωπικό σχετικά με τη σίτιση του βρέφους. Η απουσία γραπτής πολιτικής, που παρατηρείται στη συγκεκριμένη μαιευτική μονάδα, δημιουργεί κλίμα αμφισβήτησης καθώς ανάμεσα στο προσωπικό ο κάθε εργαζόμενος ορίζει με διαφορετικό τρόπο την έννοια της σίτισης με μητρικό θηλασμό. Αποτέλεσμα αυτής της πρακτικής είναι σε πολλές περιπτώσεις να αποδυναμώνεται ο μητρικός θηλασμός. Η πάγια πρακτική που έχει ορίσει η Unicef καθορίζει ελεύθερο και απεριόριστο μητρικό θηλασμό έτσι ώστε να εδραιωθεί η γαλουχία. Επομένως η παροχή συμβουλών που θέτουν χρονικά όρια και περιορισμούς δε συνάδουν με τις επιταγές της.

Η απουσία γραπτής πολιτικής, που παρατηρείται στη συγκεκριμένη μαιευτική μονάδα, δε συμβαδίζει με τις προβλεπόμενες πάγιες πρακτικές που έχει ορίσει η Unicef. Επιπρόσθετα η διαφορετικότητα των απόψεων του προσωπικού δύναται να δημιουργεί σύγχυση στις νέες μητέρες και να καλλιεργεί την αμφιβολία αλλά και την έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στο προσωπικό.

η. Χορήγηση υγρών πέραν του μητρικού γάλακτος

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της Unicef και του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας, τα βρέφη πρέπει να θηλάζουν αποκλειστικά εκτός αν συντρέχουν αντίθετοι ιατρικοί λόγοι. Ενώ λοιπόν, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 90% είναι θηλάζουσες μητέρες, εντούτοις σημαντικό ποσοστό, το 44,55% θεωρεί ότι κάποια στιγμή χορηγήθηκαν στο μωρό και άλλα υγρά πέραν του μητρικού γάλακτος, στο μεγαλύτερο ποσοστό τροποποιημένο γάλα. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υπολογίσιμο και δεν συμβαδίζει με την επιταγή της Unicef για την προώθηση και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Άλλωστε προαπαιτούμενο στοιχείο για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού είναι η προστασία από την προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία και πρέπει να επισημανθεί είναι ότι οι λόγοι λήψης τροποποιημένου γάλακτος οφείλονταν σε πολύ μικρό ποσοστό σε ιατρικούς λόγους. Ειδικότερα, ένα σημαντικό ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων, το 40%, απάντησε ότι χορηγήθηκαν στο μωρό υποκατάστατα μητρικού γάλακτος γιατί δε μπορούσε να ηρεμήσει, ενώ το 7,77% των θηλαζουσών μητέρων απάντησαν ότι η χορήγηση άλλων υγρών πέραν του μητρικού γάλακτος οφειλόταν στο ότι το μωρό δε μπορούσε να θηλάσει. Επίσης το 15,55% απάντησε ότι η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος οφειλόταν στην απώλεια νερού. Το 3,33% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι η χορήγηση παρασκευασμάτων γάλακτος ήταν αποτέλεσμα δικής τους απόφασης. Τέλος ένα ποσοστό 10% των θηλαζουσών μητέρων έδωσε κάποια διαφορετική απάντηση. Από το ποσοστό των γυναικών αυτών μόνο το 11,11% απάντησε ότι η χορήγηση υγρών πέραν του μητρικού γάλακτος οφειλόταν στη λήψη αντιβίωσης. Εκείνο που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι ένα σημαντικό ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων δε γνώριζε για τη χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος. Επίσης οι επαγγελματίες της υγείας ενημέρωσαν σε πολύ μικρό ποσοστό για τους κινδύνους που εμπεριέχει η χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος.

Η ελλιπής εφαρμογή λοιπόν, των δέκα βημάτων για την προστασία του μητρικού θηλασμού μπορεί να οδηγήσει στη στασιμότητα αλλά και στη μείωση των ποσοστών του θηλασμού. Στόχος κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος πρέπει να είναι η επίτευξη της υιοθέτησης ενός υψηλού επιπέδου μητρικού θηλασμού. Οι απαραίτητες βάσεις άλλωστε για να γίνουν αλλαγές στο νοσοκομείο και να προκύψει μια νέα προοπτική, περιλαμβάνουν απαραίτητα τη βρεφική διατροφή.

θ. Χορήγηση πιπίλας από το προσωπικό

Από το τυχαίο δείγμα των γυναικών, το 78,88% απάντησε ότι δε χορηγήθηκαν πιπίλες στα νεογνά τους από το προσωπικό κατά την παραμονή τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Επίσης το 83,33% των θηλαζουσών μητέρων απάντησαν ότι δεν χορήγησαν οι ίδιες πιπίλες στα νεογνά. Είναι γεγονός ότι η χρήση τεχνητών θηλών ή πιπίλων μπορεί να παρεμποδίσει την παραγωγή γάλακτος και να δημιουργήσει προβλήματα στο μητρικό θηλασμό. Οι επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με τις απαιτήσεις του βήματος αυτού, οφείλουν να αποθαρρύνουν τις μητέρες από τη χρήση τους. Οι πληροφορίες που παίρνουν άλλωστε οι γυναίκες από τους επαγγελματίες της υγείας επηρεάζουν τη στάση και τις αντιλήψεις τους απέναντι στο θηλασμό. Ωστόσο αξιοσημείωτο είναι ότι στο εν λόγω νοσηλευτικό ίδρυμα το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων μητέρων, σε ποσοστό 69,24% απάντησαν ότι δε δέχτηκαν κάποια ενημέρωση από το προσωπικό για τους κινδύνους που εγκυμονεί η χρήση τεχνητών θηλών ή πιπίλων. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται ελλιπής ενημέρωση των γυναικών κατά την διάρκεια της παραμονής τους στη μαιευτική μονάδα, γεγονός που ίσως οφείλεται ενδεχομένως σε ανεπαρκή εκπαίδευση του προσωπικού. Βέβαια είναι ενθαρρυντικό ότι στα τμήματα του νοσοκομείου που περιθάλπουν νεογνά δε χορηγούνται πιπίλες.

ι. Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Το 67,77% των θηλαζουσών μητέρων απάντησε ότι τους δόθηκαν προωθητικά φυλλάδα ή προϊόντα για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, ενώ το 31,11% απάντησε αρνητικά. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι το νοσηλευτικό ίδρυμα δε διαθέτει μια γραπτή πολιτική που να περιλαμβάνει θέματα σχετικά με το διεθνή κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Η ύπαρξη λοιπόν μη γραπτής πολιτικής δείχνει απόκλιση από τις οδηγίες της Unicef και του παγκόσμιου οργανισμού υγείας σχετικά με τα δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό. Το νοσηλευτικό ίδρυμα ίσως δε διαθέτει ειδικά πρωτόκολλα που να είναι προσαρμοσμένα στις νέες τάσεις.

κ. Υποδείξεις για την αναζήτηση βοήθειας κατά την έξοδο από το μαιευτήριο

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Unicef και του παγκόσμιου οργανισμού υγείας οι νέες μητέρες είναι ανάγκη να ενημερώνονται και να ενθαρρύνονται για τη σίτιση του

νεογνού και μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο με στόχο τη συνέχιση και την εδραίωση του μητρικού θηλασμού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό των θηλαζουσών μητέρων (80%) δέχτηκε οδηγίες να επισκεφτεί ξανά το νοσοκομείο, να απευθυνθεί στην κοινότητα ή σε κάποιο σύμβουλο γαλουχίας ή σε άλλες υποστηρικτικές ομάδες προκειμένου να ενημερωθεί για τη σίτιση του νεογνού. Το ποσοστό αυτό βρίσκεται κοντά στα παγκόσμια κριτήρια που έχει θέσει η Unicef και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας. Είναι λοιπόν προφανές, ότι στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό ίδρυμα υπάρχει προσφορά βοήθειας για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού κατά την έξοδο από το μαιευτήριο. Εκείνο όμως που έχει ιδιαίτερη σημασία και πρέπει να επισημανθεί είναι ότι παρόλο που το προσωπικό εκφράζει προθυμία να ενημερώσει τις νέες μητέρες κατά την έξοδό τους από το μαιευτήριο, εντούτοις δεν έχει συσταθεί ειδική επίσημη υποστηρικτική ομάδα μέσα στο νοσοκομείο, που θα κατέχει τις κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις και θα αναλάβει την υποστήριξη των γυναικών μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο. Επίσης δεν υπάρχουν ενημερωτικά έντυπα που θα δίνονται στις γυναίκες κατά την έξοδό τους από το μαιευτήριο.

λ. Εκπαίδευση προσωπικού

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας το ποσοστό εκπαίδευσης του προσωπικού αγγίζει το 27,67% για όλο το κλινικό προσωπικό, έναντι του 72,23% που δήλωσε ότι δεν έχει λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση. Τα τελευταία χρόνια έχουν εκπαιδευτεί μόνο 19 άτομα, δηλαδή ποσοστό 61,29% επί των εκπαιδευμένων ατόμων και 16,96% επί του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Unicef και του παγκόσμιου οργανισμού υγείας είναι ανάγκη να εκπαιδεύονται όλα τα μέλη του προσωπικού για τη σωστή διαχείριση του θηλασμού μέσα σε έξι μήνες από τη έναρξη της εργασίας τους ώστε να υποστηρίζουν τις μητέρες στην μεταγεννητική τους περίοδο. Το νοσηλευτικό ίδρυμα ίσως δεν παρέχει επαρκή εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας. Βέβαια αξίζει να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια έχει εκπαιδευτεί μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται το τελευταίο καιρό το προσωπικό αρχίζει να ευαισθητοποιείται και να αναζητά περαιτέρω γνώσεις που να σχετίζονται με τη σωστή διαχείριση του θηλασμού.

5.1 Προτάσεις

α. Ανάθεση καθηκόντων

Είναι ανάγκη να συσταθεί στο χώρο του νοσοκομείου ειδική επιτροπή, η οποία θα απαρτίζεται από μαίες, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, το οποίο θα αναλάβει και θα συντονίζει δραστηριότητες που αφορούν στην εκπαίδευση προσωπικού, καθώς και στην αυτό-αξιολόγηση και αυτό-παρακολούθηση του νοσοκομείου. Επίσης η επιτροπή θα έχει ως στόχο να ενημερώνει τους επαγγελματίες υγείας τους γιατρούς και τους διευθυντές για τις πολιτικές και τη νομοθεσία που στηρίζουν τον μητρικό θηλασμό.

Βέβαια για τον καθορισμό του πλαισίου και το σχεδιασμό αποτελεσματικών δράσεων, η επιτροπή μπορεί να λαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές από τη Unicef και τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, καθώς και από νοσοκομεία που έχουν αθροισμένη εμπειρία και έχουν επίσημα λάβει την πιστοποίηση. Ο καθορισμός των παρεμβάσεων είναι ανάγκη να γίνει σε σχέση με την ανάλυση κόστους οφέλους. Οι στόχοι άλλωστε που θα θέσει το νοσηλευτικό ίδρυμα πρέπει να είναι επιτεύξιμοι.

β. Ύπαρξη γραπτής πολιτικής

Είναι ανάγκη να διαμορφωθεί ένα κοινό πλαίσιο δράσης που θα βασίζεται στην παγκόσμια στρατηγική της Unicef για το μητρικό θηλασμό και θα ενσωματώνει τις ιδιαιτερότητες της κάθε μητέρας. Αν στοιχειοθετηθούν άλλωστε κοινές κατευθυντήριες γραμμές σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, θα αυξηθούν τα ποσοστά του θηλασμού και θα διασφαλιστούν τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη που προσφέρει ο θηλασμός στη μητέρα και στο παιδί. Επίσης η πολιτική του νοσοκομείου σχετικά με το θηλασμό είναι ανάγκη να είναι αναρτημένη στο χώρο του νοσοκομείου και σε γλώσσα που να είναι κατανοητή σε όλες τις μητέρες. Επίσης είναι ανάγκη να είναι μεταφρασμένη σε διάφορες γλώσσες ώστε να γίνεται κατανοητή και από της μητέρες άλλης εθνικότητας που δεν γνωρίζουν ελληνικά. Επιπρόσθετα το νοσοκομείο πρέπει να έχει γραπτή πολιτική σχετικά με το HIV και τη σίτιση των νεογνών. Εάν η επιλογή βέβαια μιας πολιτικής φαντάζει έργο δύσκολο και απροσπέλαστο, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν δείγματα πολιτικών από τη Unicef και από νοσοκομεία του εξωτερικού που έχουν επίσημα λάβει την πιστοποίηση.

γ. Εκπαίδευση προσωπικού

Είναι αναγκαία η εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με τα Δέκα Βήματα και τον Κώδικα καθώς επίσης και τις αποφάσεις του ΠΟΥ. Η εκπαίδευση αναμφίβολα πρέπει να συμβαδίζει με τις διεθνείς εξελίξεις. Ωστόσο, για την επίτευξη αυτού του στόχου υπολογίζεται ότι θα χρειαστούν τουλάχιστον 20 ώρες θεωρίας, ώστε να αναπτυχθούν οι απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες για την επαρκή βοήθεια των μητέρων, καθώς και 3 ώρες κλινικής πρακτικής με επίβλεψη. Το σεμινάριο του προσωπικού θα έχει ως στόχο να ενισχύσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του σχετικά με την εφαρμογή των δέκα βημάτων. Είναι γεγονός ότι η εκπαίδευση πρέπει να καλύπτει βασικά θέματα, όπως τους κινδύνους και τα πλεονεκτήματα των διαφόρων επιλογών διατροφής του νεογνού. Επιπροσθέτως οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η ασφαλής και υγιεινή προετοιμασία, διατροφή και φύλαξη των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού. Επίσης είναι ανάγκη να εκπαιδεύονται στον τρόπο με τον οποίο θα αποθαρρύνουν τις μητέρες να χρησιμοποιήσουν τροποποιημένο γάλα. Γενικά είναι αναγκαία η εκπαίδευση του προσωπικού σε θεωρητικά και τεχνικά θέματα. Το προσωπικό πρέπει να στηρίζει βελτιωμένες πρακτικές σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Επίσης είναι ανάγκη το προσωπικό να εκπαιδεύεται για τους τρόπους μετάδοσης του HIV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, καθώς και για το πως θα υποστηρίζει τις οροθετικές στον ιό του HIV γυναίκες. Η εκπαίδευση του προσωπικού θα γίνεται από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει ειδικά σεμινάρια γαλουχίας και έχουν πάρει την πιστοποίηση ως σύμβουλοι γαλουχίας.

δ. Ενημέρωση για τους κινδύνους που εγκυμονεί η χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

Είναι ανάγκη να αποτραπεί η διανομή ενημερωτικού υλικού που προωθούν τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Οι επαγγελματίες υγείας άλλωστε οφείλουν να λαμβάνουν μέτρα προκειμένου να εμποδίσουν τη διανομή υλικού που προωθεί τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Οι νοσηλευτικές μονάδες πρέπει να λαμβάνουν τις απαραίτητες αποφάσεις για τη σίτιση του νεογνού, απαλλαγμένες από κάθε είδους εμπορικά συμφέροντα και επιρροές. Επιπροσθέτως οι μητέρες πρέπει να λαμβάνουν

εμπεριστατωμένες πληροφορίες για τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από τη χορήγηση υγρών πέραν του μητρικού γάλακτος. Η ενημέρωση πρέπει να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη αλλά και αντικειμενική ώστε η απόφαση της εκάστοτε μητέρας να είναι αποτέλεσμα συνειδητής και ελεύθερης επιλογής. Αξίζει επίσης να προστεθεί ότι όσον αφορά στην προετοιμασία των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, είναι ανάγκη να υπάρχουν ειδικοί χώροι οι οποίοι θα διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό και θα βρίσκονται μακριά από τις θηλάζουσες μητέρες.

ε. Rooming in –bed sharing

Πέρα από το rooming in, όταν δηλαδή το βρέφος βρίσκεται όλο το εικοσιτετράωρο μαζί με τη μητέρα του, τον τελευταίο καιρό ενισχύονται νέες πρακτικές, που έχουν ως πρωταρχικό στόχο την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Οι νέες αυτές πρακτικές αφορούν στο bed sharing, το μοίρασμα δηλαδή του κρεβατιού με τη μητέρα, το οποίο μπορεί να συνεχιστεί κατά τους πρώτους μήνες. Ιδιαίτερα τις πρώτες μέρες το νεογνό είναι απαραίτητο να βρίσκεται σε άμεση επαφή με τη μητέρα του δέρμα με δέρμα. Αυτό επιτυγχάνεται όταν το βρέφος βρίσκεται στο ίδιο δωμάτιο και πολύ περισσότερο μοιράζεται το ίδιο κρεβάτι με τη μητέρα του. Η νέα αυτή πρακτική, που αφορά το bed sharing, ενισχύει τους συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ της μητέρας και του παιδιού, αυξάνει τη θετική προδιάθεση των νέων μητέρων απέναντι στο θηλασμό και συμβάλλει στην ενίσχυση και την παγίωση του μητρικού θηλασμού. Η εγγύτητα και η συναισθηματική επαφή παρέχει ηρεμία και ασφάλεια στο βρέφος. Επίσης τα παιδιά βρίσκονται μαζί με τη μητέρα τους και δεν είναι εκτεθειμένα σε μικροοργανισμούς που είναι παθογόνοι και ανθεκτικοί στα διάφορα φάρμακα. Επίσης η ενίσχυση της πρακτικής αυτής περιορίζει το κόστος. Το bed sharing λοιπόν, έχει υποστηριχθεί ως μέθοδος από τη Unicef με στόχο να ενισχυθεί ο θηλασμός. Βέβαια είναι ανάγκη να ενημερώνονται οι μητέρες ώστε η συγκεκριμένη πρακτική να εφαρμοστεί με τον πιο ασφαλή τρόπο. Οι αυξανόμενες άλλωστε εμπειρίες από το εξωτερικό καταδεικνύουν ότι η εφαρμογή νέων πρακτικών κρίνεται απαραίτητη προκειμένου το ενδιαφερόμενο νοσηλευτικό ίδρυμα να πάρει την ειδική πιστοποίηση.

ζ. Εκπαίδευση της μητέρας στην τέχνη του θηλασμού και καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Για να υποστηριχθεί βέβαια και να παγιωθεί ο μητρικός θηλασμός το προσωπικό είναι ανάγκη να δίνει πληροφορίες στη μητέρα για την τέχνη του θηλασμού κατά την διάρκεια της παραμονής στη μαιευτική μονάδα. Οι μητέρες είναι ανάγκη να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τη σωστή τοποθέτηση του μωρού στο στήθος. Επίσης είναι ανάγκη να αποθαρρύνονται οι μητέρες από τη χρήση τεχνητών θηλών η πιπίλων, έτσι ώστε να αποτρέπεται η σύγχυση στο βρέφος κατά την διάρκεια του θηλασμού.

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

Προαπαιτούμενα στοιχεία για την υποστήριξη και τη διατήρηση του μητρικού θηλασμού είναι η ύπαρξη έγγραφης πληροφόρησης που θα ενισχύει τη γνώση των γονέων για τη σίτιση του νεογνού, καθώς και ειδική υποστηρικτική ομάδα η οποία θα ενημερώνει και θα ενθαρρύνει τις μητέρες σχετικά με το μητρικό θηλασμό και μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Επίσης είναι ανάγκη να λειτουργεί 24ωρη γραμμή επικοινωνίας μέσα στο νοσοκομείο από την οποία θα ενημερώνονται οι μητέρες και θα δίνονται τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές και λύσεις για τα τυχόν προβλήματα που προκύπτουν κατά το θηλασμό. Έτσι θα μπορούν να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στο μητρικό ρόλο τους. Επιπροσθέτως είναι ανάγκη να υπάρχουν εξειδικευμένα κέντρα που να καλύπτουν τις ανάγκες των εν δυνάμει θηλαζουσών μητέρων. Η δημιουργία κοινοτικών κέντρων παροχής ιατρικής φροντίδας για τις θηλάζουσες μητέρες είναι αναγκαία. Οι γυναίκες με την επιστροφή τους στο σπίτι είναι ανάγκη να έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν κάπου για την αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Είναι ανάγκη να ενισχυθεί η παροχή βοήθειας στο σπίτι από συγκεκριμένους συμβούλους γαλουχίας που θα ανήκουν ή θα συνεργάζονται με το νοσηλευτικό ίδρυμα που ενδιαφέρεται να πάρει την ανάλογη πιστοποίηση. Η δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων που θα βοηθήσουν τις μητέρες σε επίπεδο κοινότητας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση του μητρικού θηλασμού. Οι σύμβουλοι οφείλουν να εφαρμόζουν πρακτικές που θα στηρίζονται σε επιστημονικά δεδομένα και θα έχουν ως στόχο την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Τέλος είναι ανάγκη να δίνονται εμπειριστατωμένες πληροφορίες και να

ενθαρρύνονται οι μητέρες που τα βρέφη τους βρίσκονται σε ειδικές νεογνικές μονάδες. Η συνεχής μεταγεννητική υποστήριξη άλλωστε συμβάλλει καθοριστικά στην παγίωση του μητρικού θηλασμού.

θ. Ενημέρωση των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Είναι αναγκαία η ενημέρωση των εγκύων σε μικρές ομάδες από επαγγελματίες υγείας. Υπό την έννοια αυτή πρέπει να δίνονται πληροφορίες στις γυναίκες και να μεταδίδονται γνώσεις και πρακτικές που θα τις βοηθήσουν αποτελεσματικά στη μεταγεννητική τους περίοδο. Είναι ανάγκη να υπάρχει μια γραπτή περιληπτική περιγραφή του περιεχομένου της προγεννητικής εκπαίδευσης. Οι μητέρες είναι ανάγκη να ενημερώνονται για την πολιτική του νοσοκομείου, το rooming in, τη σημασία της επαφής δέρμα με δέρμα και για τη σωστή διαχείριση του θηλασμού. Επίσης οι μητέρες που είναι οροθετικές στον ιό του HIV ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου και είναι ανάγκη να ενημερώνονται και να παραπέμπονται σε υπηρεσίες της κοινότητας όπου θα τους παρέχουν συμβουλές σχετικά με τον ασφαλή τρόπο σίτισης του νεογνού. Η επίτευξη βέβαια αυτού του στόχου προϋποθέτει τη στελέχωση του νοσηλευτικού ιδρύματος με έμπειρους και εξειδικευμένους επαγγελματίες.

ι. Τράπεζα μητρικού γάλακτος

Είναι εξειδικευμένα κέντρα τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητοι οργανισμοί ή εντάσσονται στο χώρο του νοσοκομείου και είναι υπεύθυνα για τη συλλογή γάλακτος από τις θηλάζουσες δότριες μητέρες. Επίσης δίνεται η δυνατότητα στις γυναίκες που γεννούν πρόωρα να διατηρούν τη γαλουχία τους. Η δημιουργία τράπεζας μητρικού γάλακτος στο εν λόγω νοσηλευτικό ίδρυμα θα έχει ως στόχο την προώθηση του μητρικού γάλακτος. Το προσφερόμενο μητρικό γάλα στα νεογνά των οποίων οι μητέρες δεν θηλάζουν θα αποδώσει οφέλη. Όμως το μεγαλύτερο όφελος προκύπτει για τα πρόωρα νεογνά. Το μητρικό γάλα που τους χορηγείται προέρχεται είτε από τη μητέρα του νεογνού, είτε από δότρια. Φυσικά και στις δύο περιπτώσεις παστεριώνεται για την αποφυγή λοιμώξεων..

Ο μητρικός θηλασμός θεωρείται αναμφίβολα από τις καλύτερες επενδύσεις της υγείας. Επίσης τα οικονομικά οφέλη που θα προκύψουν από την προώθηση του μητρικού γάλακτος είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Κατευθυντήριες οδηγίες θα μπορούσαν να δοθούν από το νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, το οποίο κατέχει μακρόχρονη εμπειρία και είναι το μόνο νοσοκομείο που διαθέτει τράπεζα μητρικού γάλακτος στην χώρα μας.

κ. Δημιουργία εργαλείου αυτοαξιολόγησης του νοσοκομείου

Το ερωτηματολόγιο της αυτοαξιολόγησης θα χρησιμοποιείται από τους διοικητές του νοσοκομείου και θα γίνεται μια πρώτη εκτίμηση αν το νοσοκομείο πληρεί τις προϋποθέσεις για να χαρακτηριστεί φιλικό προς τα βρέφη . Επίσης θα διερευνάται ο ρόλος του διευθυντή απέναντι στον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Επιπρόσθετα θα γίνεται μια πρώτη εκτίμηση της πολιτικής του νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο της αυτοαξιολόγησης για την παρακολούθηση του νοσοκομείου παρέχεται από τη Unicef και είναι ανάγκη να χρησιμοποιείται από κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα.

λ.Θέσπιση ειδικής νομοθεσίας

Είναι ανάγκη η θέσπιση νόμων από την πλευρά της πολιτείας που θα υποστηρίζουν το μητρικό θηλασμό και θα παρέχουν διευκολύνσεις στις θηλάζουσες μητέρες, δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες στο χώρο εργασίας προκειμένου οι νέες μητέρες να συνεχίσουν το θηλασμό. Η δημιουργία ευέλικτου ωραρίου για τις εργαζόμενες θηλάζουσες μητέρες κρίνεται αναγκαία. Το κράτος αναμφίβολα πρέπει να θεσπίσει ειδική νομοθεσία για τα δικαιώματα της εργαζόμενης θηλάζουσας μητέρας. Είναι γεγονός ότι τα μέτρα για τη υποστήριξη του μητρικού θηλασμού μπορεί να υποστηριχτούν καλύτερα αν υπάρξει κρατική δέσμευση για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Κάτω από αυτές τις συνθήκες είναι αναγκαία η δημιουργία μιας εθνικής επιτροπής που θα είναι υπεύθυνη για τον σχεδιασμό της υποστήριξης του μητρικού θηλασμού. Άλλωστε ένα νοσοκομείο φιλικό προς τα βρέφη προϋποθέτει πρώτα μια κοινωνία φιλική προς τα βρέφη.

Συμπέρασμα

Όσο οι έρευνες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού αυξάνονται και το ενδιαφέρον των ερευνητών γίνεται εντονότερο, τόσο γίνεται αναγκαία η προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Η πρωτοβουλία των νοσοκομείων «φιλικά προς τα βρέφη» έχει διευρυνθεί και ενσωματωθεί και στην ελληνική πραγματικότητα. Η διαδικασία λήψης πιστοποίησης ενός νοσοκομείου είναι χρονοβόρα. Κατευθυντήριες οδηγίες θα μπορούσαν να δοθούν από τα νοσοκομεία του εξωτερικού που έχουν επίσημα λάβει την πιστοποίηση και έχουν συναθροισμένη εμπειρία. Βέβαια πριν ξεκινήσει η διαδικασία λήψης πιστοποίησης το νοσοκομείο χρειάζεται να χτίσει ένα ισχυρό υπόβαθρο. Ειδικότερα χρειάζεται εκπαίδευση του προσωπικού, εναρμόνιση με τον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και ύπαρξη γραπτής πολιτικής. Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια προκειμένου να δοθούν κάποια αρχικά συμπεράσματα.

Βιβλιογραφία

1. WHO. Infant and young child nutrition, Global strategy on infant and young child feeding. Report by the Secretariat 55th World Health Assembly, provisional agenda item 13.10. Geneva: WHO; 2002.
2. Mateus Freire L. Souza ,Priscilla Nunes Ortiz, Poliana Louzada Soares, Tatiana de Oliveira Vieira, Graciete Oliveira Vieira , Luciana Rodrigues Silva. Evaluation of breastfeeding promotion in Baby-Friendly Hospitals. Rev Paul Pediatr 2011;29(4):502-8.
3. Sadacharan R et al. Are You Baby-Friendly? Knowledge Deficit among US Maternity Staff. J Hum Lact 2012;28:359-62
4. Schmied V, GribbleK, Sheehan A, Taylor C and Dykes F. Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. BMC Health Services Research 2011;11:208.
5. Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, Ένταξη οριζόντιας πράξης «ΑΛΚΥΟΝΗ»: Εθνική πρωτοβουλία προαγωγής του μητρικού θηλασμού, Αθήνα 2011.
6. Broadfoot M, Britten J, Tappin DM, Mac kenzieJM. The baby friendly hospital initiative and breast feeding rates in Scotland. Arch Dis child fetal Neonatal Ed, 2005;90(2):114-6.
7. Catherine M Pound MD, Sharon L Unger MD. The Baby-Friendly Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding . Paediatr Child Health 2012;17(6):317-321.
8. Christine Jancson. The baby friendly hospital initiative. Implementing the process in New Zealand, Victoria university of wellington, 2005.
9. Unicef: The Baby-Friendly Hospital Initiative: Current status of baby-friendly hospital initiative, March 2002.
10. Sheryl W Abrahams and Miriam H Labbok. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. International Breastfeeding Journal, 2009;4(11):1-6.

11. 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;28(3):317-334.
12. Renfrew MJ & Pokhrel S *Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK*. : Unicef uk; 2012.
13. Unicef, 2012. Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition. In Unicef (ed):http://www.Unicef.org/rightsite/sowc/pdfs/statistics/SOWC_Spec_Ed_CRC_TABLE%202020NUTRITION_EN_111309.pdf
14. MJ Renfrew, D Craig, L Dyson ,F Mc Cormick, S Rice, SE King, K Misso , E Stenhouse and A F Williams. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units :a systematic review and economic analysis. *Health technology assessment*, 2009;13(40).
15. Jami DelliFraine, PhD, MHA, Jim Langabeer, II, PhD, CMA, Janet F. Williams, MD, Rigoberto I. Delgado, PhD, MBA, Alice K. Gong, MD, and Sara L. Gill, PhD, RN. Cost comparison of baby friendly and non baby friendly hospital in the united states. *Pediatrics*, 2011;4:989-994
16. Maria Enrica Bettinelli, MD, IBCLC, Elise M. Chapin, MEd, IBCLC, and Adriano Cattaneo, MD, MSc. Establishing the Baby-Friendly Community Initiative in Italy: Development, Strategy, and Implementation. *Journal of human lactation* ,2012;28(3):297-303
17. Antonio P. Caldeira, Eduardo Goncalves. Assesment of the impact of implementing the baby friendly hospital initiative *Journal of pediatria*, 2007;83:12.
18. Ηλιάδη Π, Παλάσκα Ε. Θηλασμός και σύγχρονος τρόπος ζωής . Η Ελληνική πραγματικότητα. *Νοσηλευτική* 2009, 48(4):352-357.
19. Bartington S, Griffiths L, Tate A, Dezateux C and the Millennium Cohort Study Child Health Group. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *International Journal of Epidemiology*,2006;35(5):1178-1186.
20. UNICEF UK Baby Friendly Initiative. Baby Friendly hospitals show strong increase in breastfeeding rates. *Baby Friendly News*6,2000.
21. Kron RE, Stein M, Goddard KE. Newborn sucking behavior affected by obstetric sedation. *Pediatrics*. 1966;37:1012–1016

22. 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;28:5–12
23. 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;12:266-275. Published online:
24. Schmied V, Gribble K, Sheehan A, et al (2011) Ten Steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the Baby Friendly Health Initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Services Research*, 2011;11:208.
24. Ricardo Garcia-de-Leon-Gonzalez, Antoni Oliver-Roig, Monica Hernandez-Martinez , Beatriz Mercader-Rodriguez Veronica Munoz-Soler , Maria Isabel Maestre-Martinez , Ana Belen Monreal-Tomas. Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process. *Acta Paediatrica* ,2011;100:445-450.
25. Fani Ladomenou, Joanna Moschandreas, Anthony Kafatos, Yiannis Telentis, and Emmanouil Galanakis. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Arch. Dis. Child*,2010;10.1136/adc.2009.16.
26. Quigley M.A., Kelly Y.J., Sacker A.S.) Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*,2007; 119: 837- 842.
- 27.. Duijts L, Jaddoe VWV, Hofman A et al.Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*,2010; 126: 18-25.
28. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Fromme H, Abou-Dakn, Koletzko BV. Breastfeeding duration and exclusivity associated with infants' health and growth: data from a prospective cohort study in Bavaria, Germany. *Acta Paediatr*,2009;98:974-80.
29. Lindsey Rennick Salone DDS, William F, Vann Jr, DMD, RhD and Deborah L. Dee, PhD MPH. Breastfeeding. An overview of oral general health benefits. *The journal of the American dental association*,2013;144(2):143-151.
30. Oddy WH. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children a review of the evidence. *Breastfeed Rev* 2001, 9:11-8.

31. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduce risk of sudden infant death syndrome :a meta analysis. *Pediatrics* 2011;128(1):103-10.
32. M.M. Vennemann, MD, MPH, PD T. Bajanowski, MD, PD, B. Brinkmann, MD, PD, G. Jorch, MD, PD, K. Yücesan, MD, C. Sauerland, MSc, E.A. Mitchell, FRACP, DSc, and the GeSID Study Group. Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics*, 2009;123(3):406-410.
33. Ball HL, Moya E, Fairley L et al (2011) Infant care practices related to sudden infant death syndrome in South Asian and White British families in the UK. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2012;26(1):3-12.
34. Alm B et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Arch Dis Child* ,2002;86: 400-402.
35. Ip S, Chung M, Raman G, et al; Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007;153(153):1–186.
36. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality’s evidence report On breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med*. 2009;4(1):17–30.
37. Nishimura T, Suzue J, Kaji H. Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. *Pediatr Int*. 2009;51(6):812–816.
38. Section on Breastfeeding. J N. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129(3):827-841.
39. Burris Duncan, MD; John Ey, MD; Catharine J. Holberg, Msc; Anne L. Wright PhD; Fernando D. Martinez, MD, and Lynn M Taussing, MD. Exclusive breastfeeding for a least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993;91:867-872.
40. WH Oddy , PD Sly, NH de Klerk, LI Landau, GE Kendall, PG Holt, FJ Stanley. Breastfeeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study .*Arch Dis Child* 2003;88:224-228.
41. Greer et al. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children. *PEDIATRICS*, 2008; 121 (1): 183-191.
42. J van Odiijk et al). Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* ,2003;58(9): 833-43.

43. Rothenbacher D et al. Breastfeeding, soluble CD14 concentration in breast milk and risk of atopic dermatitis and asthma in early childhood: birth cohort study. *Clin Exp Allergy* ,2005;35:1014-21.
44. Rønnestad A et al . Late-Onset Septicemia in a Norwegian National Cohort of Extremely Premature Infants Receiving Very Early Full Human Milk Feeding. *Pediatrics* ,2005;115: 269-276.
45. W Mc Guire, M Y Anthony. Donor milk versus formula for preventing necrotizing enterocolitis in preterm infants. A systematic review. *Arch Dis Child fetal Neonatal Ed*, 2003;88:11-14.
46. p S, Chung M, Raman G, et al; Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center .Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007;153(153):1–186.
47. Josef Neu, MD and W Allan Walker MD. Necrotizing enterocolitis. *N Engl j Med* 2011;364:255-64.
48. Κουτούση Χ, Κωστούδη Σ, Μυρωνίδου- Τζουβελέκη Μ. Η σημασία του θηλασμού και η ιστορία του θηλασμού . *Παιδιατρική βορείου ελλάδος*,2005;17:19-30.
49. Johnson DL, Swank PR, Howie VM, Baldwin CD, OwenM. Breast feeding and children's intelligence. *PsycholRep*,1996; 79: 1179-1185.
50. Oddy WH, Li J, whitehouse AJ. Breastfeeding duration and academic achievement at 10 years. *Pediatrics* 2011;127(1):137-45.
51. C McCrory and R Layte. The effect of breastfeeding on children's educational test scores at nine years of age: Results of an Irish cohort study. *Soc Sci Med*, 2011;72(9):1515-21.
52. Mortensen EL et al . The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* ,2002;287: 2365-71.
53. Sun Y, Vestergaard M, Christensen J, et al. Breastfeeding and risk of epilepsy in childhood: a birth cohort study. *J Pediatr. Epub*, 2011;158(6):924-9.
54. Singhal A, Farooqi ls, O Rahilly S, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Early nutrition and leptin concentration in later life .*Am J Clin. Nutr*, 2002;75:993-996.
55. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, et al. Breastfeeding and obesity;cross sectional study. *BMJ* 1999;319:145-150.
56. Elliott KG, Kjøhede CL, Gournis E, Rasmussen KM. Duration of breastfeeding associated with obesity during adolescence.

57. Oddy WH. Infant feeding and obesity risk in the child. *Breastfeeding Rev*, 2012;20(2):7-12.
58. Schiller JS, Lucas JW & Peregoy JA *Summary health statistics for U.S. adults : National Health Interview Survey*. Washington: National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(256); 2011.
59. Ziegler AG, Schmid S, Huber D, Hummel M, Bonifacio E. Early infant feeding and risk of developing type 1 diabetes-associated autoantibodies. *JAMA* 2003; 290:17218.
60. Twells L, Newhook LA. Can exclusive breastfeeding reduce the likelihood of childhood obesity in some region of Canada. *Can J Public health* 2010;101(1):36-39.
61. Parikh NI, Hwang SJ, Ingelsson E, et al. Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. *Am J Med*. 2009;122(7):656–663.
62. Burke V et al (2005). Breastfeeding and Overweight: Longitudinal Analysis in an Australian Birth Cohort. *J Ped*, 2005; 147: 56-61.
63. Harder T et al. Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *Am. J. Epidemiol*, 2005; 162: 397-403.
64. Owen, C.G.; Whin cup, P.H.; Gilg, J.A.; Cook, D.G. Effect of breast feeding in infancy on blood pressure in later life: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327:1189–1195.
65. Martin, R.M.; Gunnell, D.; Davey Smith, G. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *Am. J. Epidemiol*. 2005; 61: 15–26.
66. Singhal, A.; Cole, T.J.; Lucas, A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: Two cohorts after randomized trials. *Lancet* 2001;357: 413–419.
67. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I et al. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. *Am J Clin Nutr*, 2007;1717-1721.
68. Christopher G. Owen et al . Infant Feeding and Blood Cholesterol: A Study in Adolescents and a Systematic Review. *Pediatrics* ,2002;110 (3):597-608 .
69. JG Alves, JN Figueiroa, J Meneses, and GV Alves. Breastfeeding Protects Against Type 1 Diabetes Mellitus: A Case-Sibling Study. *Breastfeed Med*, 2012;7(1):28-8.
70. Davis MK. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int J cancer Suppl*, 1998;11:29-33.

- 71.** Smulevich VB, Solionova LG, Belyakova SV. Parental occupation and other factors and cancer risk in children:I. Study methothology and non methothology occupational factors. *Int cancer*, 1999;83:712-717.
- 72.** Bener A, Denic S, Galadaris. Longer breastfeeding and protection against childhood leukaemia and lymphomas.*Eur J Cancer* ,2001;37:234-238.
- 73.** Kwan ML et al. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: A meta-analysis. *Public Health Rep*,2004;119: 521-35.
- 74.** 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; 360:187–195.
- 75.** Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinsson T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *Am J Epidemiol*.2001;154 :37– 42.
- 76.** Palmor JR, Boggs DA, Wise LA, Ambrosone CB, Campell LL, Rosenberg L. Parity and lactation in relation to estrogen receptor negative breastcancer in African American women . *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;1183-1891.
- 77.** Stuebe AM, Willett WC, Michels KB .Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Intern Med*,2009;169: 1364-71.
- 78.** *Jernstrom H, Lubinski J, Lynch HT, Ghadirian P, NeuhausenS, Isaacs C, et al.* Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 1094-8.
- 79.** *Abou-Dakn M, Scheele M, Strecker JR.* Does breast-feeding prevent breast cancer, *Zentralbl Gynakol* 2003;125:48-52.
- 80.** Rosenblatt KA, Thomas DB. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid contraceptives. *Int J Epidemiol*.1993;22 :192– 197.
- 81.** Jordan SJ, Siskind V, C Green A, Whiteman DC, Webb PM. Breastfeeding and risk of epithelia ovarian cancer. *Cancel causes control* 2010;21(1):109-116.
- 82.** Jordan S, Siskind V, Green AC et al. Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control*,2010;21(1);109-16.
- 83.** Kim N. Danforth , Shelley S. Tworoger ,Jonathan L. Hecht , Bernard A. Rosner , Graham A. Colditz , Susan E. Hankinson. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control* 2007; 18:517–523.

- 84.** Kennedy KI. Effects of breastfeeding on women's health. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 47: 11-21.
- 85.** Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*. 2003;30 (3):175–180
- 86.** Marina F. Rea. Benefits of breastfeeding and women's health. *J Pediatr*, 2009;80:142-146.
- 87.** Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB: Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA* ,2005;294:2601–2610
- 88.** 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;50(11):3458–3467.
- 89.** Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis: food assistance and nutrition research report no 13. Washington, DC: food and rural economic division, economic research service, us department of agriculture,2001.
- 90.** Breastfeeding and the use of human milk. Section of breastfeeding. American academy of pediatrics, 2005;115(2):496-506.
- 91.** Andrew Radford. The ecological impact of bottle feeding, baby milk action, Cambridge, 1995.
- 92.** Batrick M. Breastfeeding and the us economy . *Breastfeed Med*,2011;6:313-318.
- 93.** 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
- 94.** Melissa Bartick, MD,Msc, Arnold Reinhold MBA. The burden of suboptimal breastfeeding in the united states. A pediatric cost analysis. Official journal of the american academic of pediatrics.
- 95.** Rafael Pérez-Escamilla. Evidence based breast feeding promotion: The baby friendly hospital initiative. *J Nutr*,2007;137(2):484-487.
- 96.** Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the uk, Unicef UK, October 2012
- 97.** Χατζηιωαννίδης Κ. Νοσήματα της μητέρας και θηλασμός . *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος* ,2007;19:163-167.
- 98.** Jennifer S. Read, MD, MS, MPH, DTM&H, and the Committee on Pediatric AIDS. Human Milk, Breastfeeding, and Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in the United States. American academy of pediatrics,2013.

- 99.** Lois D, W Arnold. Becoming a donor to a human milk,2000,36:19-23.
- 100.** Jeanette Crenshaw. Care practice #6:No separation of mother and baby with unlimited opportunities of breastfeeding. J Perinat Educ,2007;16(3):39-43.
- 101.** World Health Organization/United Nations Children’s Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva WHO,1989
- 102.** Ελληνική Εθνική Επιτροπή UNICEF - Τμήμα Πληροφόρησης, Εκπαίδευσης, Συνηγορίας & Εθελοντισμού, Ενημερωτικό φυλλάδιο για την Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 2010
- 103.** Unicef.org.UK, Guide to the Baby Friendly Initiative standards, 2012 (http://www.Unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/Baby_Friendly_guidance_2012.pdf)
- 104.** Baby friendly hospital initiative. Revised updated and expanded for integrated care. Section 4, hospital self appraisal monitoring,Unicef ,2009
- 105.**The baby friendly hospital initiative ,guidelines and evaluation criteria for facilities seeking baby friendly designation, baby friendly USA, 2010
- 106.** Cadwell K. The Baby-Friendly Hospital Initiative and the 4-D Pathway, (διαθέσιμη στο www.Unicef.org.uk/babyfriendly/leaguetales) Accessed January 12, 2012
- 107.** Mahajabbeen K, Durre Samin A. Effects of baby friendly hospital initiative on breastfeeding practice in sindh. J.Pack Med Assoc 2013; 63:756-759.
- 108.** Daniels L, Jackson D. Knowledge, attitudes and practices of nursing staff regarding the Baby-Friendly Hospital Initiative in non-accredited obstetric units in Cape Town. South Afr J Clin Nutr. 2011;24:32-38
- 109.** Telethon Institute for Child Health Research. Infant Feeding in Western Australia: Establishing a Baseline and Evaluating the WA Department of Health’s Baby Friendly Health Initiative Policy (BFHI). Available at [http://www.childhealthresearch.org.au/our-research/projects-index/i/infant-feeding-in-western-australia-establishing-a-baseline-and-evaluating-the-wa-department-of-health%E2%80%99s-baby-friendly-health-initiative-policy-\(bfhi\).aspx](http://www.childhealthresearch.org.au/our-research/projects-index/i/infant-feeding-in-western-australia-establishing-a-baseline-and-evaluating-the-wa-department-of-health%E2%80%99s-baby-friendly-health-initiative-policy-(bfhi).aspx)
- 110.** Nikodem C, Schelket L, Enraght Moony, Hofmeyr GJ. Breastfeeding in crisis: survey results of the baby friendly hospital initiative. Curationis 1995;18:39-42.

Παράρτημα

1. Έγκριση επιστημονικού συμβουλίου.

1^η Υ.ΠΕ. Αττικής
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ της 1^{ης}/ 16.1.2013 Συνεδρίασης

ΘΕΜΑ 67^{ον} Χορήγηση αδείας για συλλογή στοιχείων δια ερωτηματολογίου

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1.- Το αρ.πρωτ.638/31.12.2012 αίτηση της Μαίας κ.Νικολέττας Καραπούλιου

- 2.- Ερευνητικό πρωτόκολλο
- 3.- Ερωτηματολόγιο προς τις λεχόνες
- 4.- Ερωτηματολόγιο για το προσωπικό

Κατά την 1η/ 16. 1.2013 συνεδρίαση, του Επιστημονικού Συμβουλίου

παρόντες ήσαν:

1. Δημόπουλος Αθανάσιος-Μελέτιος.- Καθ/τής-Δ/ντής Θεραπευτικής Κλινικής
- 2.Μιχόπουλος Σπυρίδων.- Δ/ντής Γαστρεντερολογικού τμήματος
- 3.Χατζηπαπά Ιωάννη-Επιμ. Α΄ Μαιευτικής –Γυναικολογίας
- 4.Νταή Σπάρτη – Επιμ.Β΄. Ακτιν/κού Έργαστηρίου
- 5.-Βίγλα Βασίλειο – Ειδικευόμενο Θεραπευτικής Κλινικής
- 6.Σαρίκα Λήδα-Βιολόγο, τμήματος Ενδοκρινολογίας
- 7.Καλλέρη Νικόλαο, ΤΕ Μαιευτικής

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα,

ΟΜΟΦΩΝΑ

Εισηγείται προς έγκριση χορήγησης αδείας, στη μαία κ. Νικολέττας Καραπούλιου , για τη συλλογή στοιχείων (δια ερωτηματολογίων) για τη διπλωματική εργασία με θέμα «Νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη, Παγκόσμιες πολιτικές χάραξης

και προϋποθέσεις πιστοποίησης δημοσίου νοσοκομείου» στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.



Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Καθηγητής Μ.Α.Δημόπουλος
Δ/ντης Θεραπευτικής Κλινικής
του Πανεπιστημίου Αθηνών
στο Νοσοκομείο « ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

2.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

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	Πόσες επισκέψεις κάνατε σε αυτό το νοσηλευτικό ίδρυμα προς αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης, πριν γεννήσετε ; _____ επισκέψεις (εάν δεν κάνατε καμιά επίσκεψη, προχωρήστε στην ερώτηση 4.)
2	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
3	Σας δόθηκαν πληροφορίες για τα ακόλουθα θέματα; (Εάν ναι, σημειώστε.) <input type="checkbox"/> Τη σημασία που έχει να έρθετε σε επαφή δέρμα με δέρμα με το μωρό σας αμέσως μετά τη γέννηση του. <input type="checkbox"/> Τη σημασία του να έχετε το μωρό σας στο ίδιο κρεβάτι ή στο ίδιο δωμάτιο με το δικό σας. <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
Ερωτήσεις σχετικά με τη γέννηση και την περίοδο της μητρότητας:	
4	Πότε γεννήθηκε το μωρό σας; Ημερομηνία: _____ Ώρα (περίπου): _____ Βάρος κατά τη γέννηση: _____
5	Πώς αποφασίσατε να σιτίσετε το μωρό σας; <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 <input type="checkbox"/> Θηλασμός <input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλώ περιγράψτε)
6	Τι είδους τοκετό είχατε; :

	<input type="checkbox"/> Κανονικό (κολπικό) <input type="checkbox"/> Καισαρική τομή χωρίς γενική αναισθησία <input type="checkbox"/> Καισαρική τομή με γενική αναισθησία <input type="checkbox"/> Άλλο: (Περιγράψτε:)
7	<p>Πόση ώρα μετά τον τοκετό κρατήσατε το βρέφος για πρώτη φορά;</p> <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	<p>Πώς κρατήσατε το μωρό σας για πρώτη φορά;</p> <input type="checkbox"/> Δέρμα με δέρμα <input type="checkbox"/> Τυλιγμένο χωρίς μεγάλη δερματική επαφή
9	<p>Εάν κάνατε περισσότερο από 5 λεπτά, για να κρατήσετε το μωρό σας, ποιος ήταν ο λόγος ; (<input type="checkbox"/> δεν υπήρξε καθυστέρηση)</p> <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: _____
10	<p>Για πόσο περίπου χρονικό διάστημα κρατήσατε το μωρό σας την πρώτη φορά;</p> <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	<p>Δεχθήκατε οποιαδήποτε προσφορά βοήθειας γύρω από τον θηλασμό, ενώ ήσασταν στο μαιευτικό τμήμα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><i>[Εάν ναι:]</i> πότε σας προσφέρθηκε αυτή η βοήθεια; (Σημειώστε όλες τις αληθείς απαντήσεις.)</p> <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
----	--

12	<p>Σας βοήθησε το προσωπικό σχετικά με την τοποθέτηση και την επαφή του βρέφους κατά τον θηλασμό πριν την έξοδο από το νοσοκομείο;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Το προσωπικό προσέφερε βοήθεια, δεν είχα όμως ανάγκη</p>
13	<p>Σας έδειξε το προσωπικό ή σας έδωσε πληροφορίες σχετικά με το πώς μπορείτε να αντλήσετε γάλα με το χέρι σας;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p> <p>Προσπαθήσατε να αντλήσετε εσείς η ίδια; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p> <p>Εάν ναι, τα καταφέρατε; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Μερικώς <input type="checkbox"/> Όχι</p>
14	<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>
15	<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 θήλαξε <input type="checkbox"/> Δεν ησύχαζε</p> <p><input type="checkbox"/> Είχε σοβαρή/οξεία απώλεια νερού <input type="checkbox"/> Εγώ το ζήτησα</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο (προσδιορίστε) ____</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω</p>
19	<p>Ενημερωθήκατε σχετικά με το συμπλήρωμα που χορηγήθηκε;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p>
20	<p>Εάν δόθηκε κάποιο συμπλήρωμα, αυτό δόθηκε με :</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>
21	<p>Χορήγησε το προσωπικό στο μωρό σας πιπίλα;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω</p>
22	<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] σας ενημέρωσε καθόλου το προσωπικό σχετικά με τη χρήση των πιπίλων και πώς αυτά μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του βρέφους σας;</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι</p>
23	<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;</p> <p><input type="checkbox"/> Ένα φυλλάδιο από κάποια εταιρεία διάθεσης τεχνητού 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>
24	<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 στο σπίτι;</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p>

<p><i>[Εάν ναι:] τι υποδείξεις σας έγιναν; Σημειώστε όλες τις αληθείς απαντήσεις.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Καλέστε το νοσοκομείο ή χρησιμοποιήστε κάποια γραμμή βοήθειας<input type="checkbox"/> Ζητήστε μια 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.

3 Αρχείο Εκπαίδευσης του Προσωπικού ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

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