



Cyprus
University of
Technology

School of Health Sciences

Doctoral Thesis

Prevalence of breastfeeding up to the sixth month of the infant's life and its association with breastfeeding self-efficacy and the perceived experience of the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative's 10 Steps for Successful Breastfeeding

Mary Economou

Limassol, July 2018



Διδακτορική διατριβή

***Επιπολασμός του μητρικού θηλασμού μέχρι τον έκτο μήνα της
ζωής του παιδιού και συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη
αυτοπεποίθηση για μητρικό θηλασμό και την αυτοαναφερόμενη
εφαρμογή των '10 βημάτων για επιτυχή θηλασμό' στα
μαιευτήρια της Κύπρου***

Μαίρη Οικονόμου

Λεμεσός, Ιούλιος 2018

CYPRUS UNIVERSITY OF TECHNOLOGY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING

Doctoral Thesis

Prevalence of breastfeeding up to the sixth month of the infant's
life and its association with breastfeeding self-efficacy and the
perceived experience of the implementation of the Baby-Friendly
Hospital Initiative's 10 Steps for Successful Breastfeeding

of

Mary Economou

Limassol, July 2018

Έντυπο έγκρισης

Διδακτορική διατριβή

Prevalence of breastfeeding up to the sixth month of the infant's life and its association with breastfeeding self-efficacy and the perceived experience of the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative's 10 Steps for Successful Breastfeeding

Παρουσιάστηκε από

Μαίρη Οικονόμου

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Δρ. Παναγιώτα Σουρτζή, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Δημόσιας Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Πρόεδρος)

Δρ. Ευρυδίκη Παπασταύρου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (Μέλος)

Δρ. Νίκος Μίτλεττον, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (Επιβλέπων καθηγητής)

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Δρ. Νίκος Μίτλεττον, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (Επιβλέπων καθηγητής)

Δρ. Χριστιάνα Κούτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (Μέλος)

Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (Μέλος)

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, Ιούλιος 2018

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Μαίρη Οικονόμου, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Στην οικογένειά μου , για την αμέριστη στήριξη και συμπαράστασή τους στο ταξίδι αυτό.

ACKNOWLEDGEMENTS

First of all I would like to express my sincere gratitude to my supervisor Dr Nicos Middleton for his continuous support and academic guidance of the PhD thesis and the related research project as well as for his patience, motivation and immense knowledge.

I would also like to thank the other two members of my supervisory committee, Dr Christiana Kouta and Dr. Ekaterini Lambrinou for their insightful comments and contribution to the study. My sincere thanks also goes to the BrEaST start in life project members : Dr Ourania Kolokotroni, Dr Eleni Hatzigeorgiou and Ms Vasiliki Hatziona for their invaluable contribution to the study.

I must also thank the field workers Litsa Koullapi, Katerina Elia, Angela Vasiliou, Theophania Charalambous, Constantina Cocloni, Christina Georgiou, Maria Rayes and Christia Christodoulou for their priceless support and collaboration on participant recruitment in the maternity facilities. I would also like to thank the mothers because the successful outcome of the study would not be feasible without their participation.

Last but not least, I would like to thank my family: my parents, my sister and my brother for supporting and encouraging me from the beginning of this journey.

ABSTRACT

Background: Breastmilk is the ideal source of infant nourishment. However, exclusive breastfeeding (EBF) for the first six months, as recommended by the WHO, remains relatively low even after three decades of international and national initiatives for the promotion of breastfeeding. While the effectiveness of the Baby-Friendly Hospital (BFH) Initiative's "Ten Steps for Successful Breastfeeding" has been documented, there is often suboptimal implementation. No hospital in Cyprus has BFH certification and there is only anecdotal evidence with regards to the implementation of the 10 steps and the International Code for the Marketing of Breastmilk Substitutes (ICMBS). Furthermore, the only data for breastfeeding is restricted to the first 48 hours. Low maternal breastfeeding self-efficacy (BFSE), which is influenced by maternity care practices, contributes to the premature discontinuation of breastfeeding.

Objectives: To provide first-time estimates of the prevalence of BF and EBF up to the sixth month in Cyprus and examine the socio-demographic and other determinants of breastfeeding initiation, continuation and exclusivity, including BFSE and implementation of the BFHI's "10 steps for successful breastfeeding"

Methods: A cross-sectional and longitudinal descriptive study with a nationwide consecutive sample of 586 mother-infant dyads. Participating mothers were recruited over a period of 6-8 weeks from all the public maternity wards and 24 of 30 private clinics within 48 hours after birth. Mothers were followed up with phone interviews at the first, fourth and sixth month after birth. At baseline, mothers self-reported their experience of the "10 steps for successful breastfeeding" with the use of the 24-item WHO/ UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) questionnaire. They also responded to the 14-item BSES-SF to assess their perceived maternal breastfeeding self-efficacy. At the first month follow-up, information on infant feeding practices was recorded on the basis of the self-reported current status and the 24hr recall method. Additionally, mothers also completed the BSES-SF. In subsequent follow-ups, infant feeding practices were recorded as described above as well as with a retrospective event calendar. At the fourth month, mothers responded to the Perceived Infant Care Social Support (PICSS) scale and at the sixth month to the Workplace Breastfeeding Social Support (WBSS) scale. Prevalence of breastfeeding (BF) and exclusive breastfeeding (EBF) was estimated at

each time-point. Odds ratios of BF and EBF while at the clinic and at the 1st, 4th and 6th month according to mothers' experience of the 10 steps, levels of breastfeeding self-efficacy and other determinants were estimated in a series of univariable and multivariable logistic regression models.

Results: While initiation of breastfeeding was relatively high (84.0% private and 84.5% public sector), the prevalence of exclusive breastfeeding at 48 hours did not exceed 23.6% in the public and 16.0% in the private sector. One in two women in public hospitals had a vaginal delivery, while in the private sector the rate of vaginal birth did not exceed 36.9%. A gradual reduction in EBF was observed, even though by the sixth month only 5% (95% CI: 3.1%-7.5%) of the mothers were still breastfeeding exclusively. In contrast, premature discontinuation of BF was recorded with the highest reduction observed after the first and before the fourth month. By the 6th month, 32.4% (95% CI: 27.7%-37.2%) of the participants were breastfeeding. For primiparas and those who gave birth by C/S, even lower rates of initiation, exclusivity and duration of breastfeeding were recorded. There was evidence of a social gradient and mothers of higher social position in terms of income or education were more likely to breastfeeding, to breastfeed exclusively and to breastfeed longer. Breastfeeding self-efficacy was only moderate, and lower among primiparas, those who delivered by caesarian section and those who did not experience the WHO's "10 steps". While higher levels of self-efficacy were not associated with the likelihood of breastfeeding initiation, there was a clear stepwise association between self-efficacy and exclusivity. The quartile of mothers with the highest levels of self-efficacy at 48 hours were five time more likely to breastfeed exclusively (40.5% vs 7.9% among those with the lowest levels). The association between in-hospital breastfeeding self-efficacy and EBF persisted at the 1st (OR= 5.0 95% CI 1.5-16.6), 4th (OR=8.5 95% CI 1.7-43.5) and 6th (OR=5.7 95% CI 0.6-56.5) month, even after adjusting for socio-demographic characteristics including mode of delivery, parity and social position. Similar, if not even stronger associations were observed between self-efficacy as reported at the 1st month and the prevalence of BF/EBF at subsequent time-points. There appears to be relatively good adherence to the ICMBS across Cypriot maternity units. A higher degree of implementation was also observed in terms of assistance in breastfeeding skills development (step 5) along with advice for breastfeeding on demand (step 8). However, only 26.1% of mothers experienced skin-to-skin contact (step 4), while rooming-in (step 7) was more likely to be practiced in the public sector (28.5%) compared to the private

sector (19.7%). Predictors of BF in stepwise models were holding the baby within one hour, practical assistance, implementation of the marketing code, no use of pacifiers and guidance for community support. For EBF, the strongest predictors were holding the baby within one hour, no use of pacifiers as well as skin-to-skin, rooming-in and receiving prenatal information. Mothers who practiced skin-to-skin and did not use pacifiers were 3-4 times more likely to EBF in the long term. Associations with skin-to-skin did not attenuate after adjustment for mode of birth, parity, education, income and employment status. Overall social support in infant care was moderate ($M=3.10$, $SD=0.53$) on a four-point scale, with lower levels of instrumental support ($M=2.81$, $SD=0.57$). A social gradient was apparent in favor of mothers of higher socioeconomic position, even though differences were statistically significant only with regards to instrumental and emotional support. The partner was the main source of instrumental, emotional and appraisal support (70-85%), followed by maternal grandmothers (60-70%) with less than a third naming any other person. In terms of informational support, pediatricians ranked first (73%) closely followed by grandmothers (69%), with less than a quarter listing the partner, other health professionals, other family members or friends. While peer and environmental support in the workplace were moderate, workplaces were not rated as breastfeeding friendly in terms of facilities ($M=2.74$, $SD=0.99$) and technical support ($M=2.92$, $SD=1.62$) on a 7-point scale.

Conclusion: Exclusive breastfeeding in Cyprus appears particularly low even while at the clinic, which needs further investigation. Together with the fact that caesarean rates rank Cyprus amongst the highest positions in Europe, this indicates the pressing need for breastfeeding promotion interventions. Low self-efficacy in the early period is predictive of non-exclusivity and earlier discontinuation of breastfeeding, suggesting that the BFSE can be successfully used in clinical and community practice as an assessment tool. Based on mothers' assessment, there appears to be a significant gap in the implementation of the "10 Steps" across maternity clinics. The association of BF and EBF with some of the least practiced steps across Cypriot clinics highlights the need for the further strengthening of the National Strategy (2011) and Policy (2015) to include policy measures, educational and community support interventions at the pre- and post-natal period to promote, protect and support breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, Exclusive Breastfeeding, Maternal Breastfeeding Self-Efficacy, 10 Steps to Successful Breastfeeding, Infant Care Social Support, Workplace Breastfeeding Social Support.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το μητρικό γάλα αποτελεί ιδανική τροφή για το νεογνό. Εντούτοις, ακόμη και μετά από τρεις δεκαετίες διεθνών και εθνικών πρωτοβουλιών για την προστασία, προαγωγή και στήριξη του θηλασμού, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (ΑΜΘ) για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του παιδιού, όπως συνίσταται από την ΠΟΥ, παραμένει σε χαμηλά επίπεδα. Ενώ πολλά ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των «Δέκα βημάτων για επιτυχή θηλασμό», τον ακρογωνιαίο λίθο της Πρωτοβουλίας για τα «Φιλικά προς το Βρέφος Νοσοκομεία» (Baby-Friendly Hospital)", εκφράζεται ανησυχία αναφορικά με το βαθμό συμμόρφωσης των μαιευτηρίων. Κανένα νοσοκομείο στην Κύπρο δεν έχει λάβει πιστοποίηση ως BFH και δεν υπάρχουν δεδομένα ως προς το βαθμό εφαρμογής των βημάτων και του Διεθνή Κώδικα για την Εμπορία Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος (ICMBS). Επιπλέον, τα μόνα δεδομένα για το θηλασμό στην Κύπρο περιορίζονται στις πρώτες 48 ώρες. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση για μητρικό θηλασμό, η οποία επηρεάζεται από τις πρακτικές των μαιευτηρίων, συμβάλλει στην πρόωρη διακοπή του θηλασμού.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση για πρώτη φορά στη Κύπρο του επιπολασμού του ΜΘ και του ΑΜΘ μέχρι τον έκτο μήνα της ζωής του παιδιού και η διερεύνηση των κοινωνικοδημογραφικών και άλλων προσδιοριστικών παραγόντων της έναρξης, της συνέχισης και της αποκλειστικότητας του θηλασμού, συμπεριλαμβανομένων της αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης για θηλασμό και της εφαρμογής των «10 Βημάτων» με βάση την αναφορά των ίδιων των μητέρων.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για περιγραφική μελέτη με δυο φάσεις – στην πρώτη φάση διεξήχθη περιγραφική μελέτη σύγκρισης και συσχέτισης κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά τον τοκετό και, στη δεύτερη φάση, διαχρονική μελέτη με τηλεφωνική παρακολούθηση κατά τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα της ζωής του παιδιού. Στη μελέτη συμμετείχε εθνικά αντιπροσωπευτικό διαδοχικό δείγμα 586 γυναικών, οι οποίες γέννησαν κατά την περίοδο στρατολόγησης, η οποία διήρκεσε 6-8 εβδομάδες ανά κλινική, σε όλα τα μαιευτήρια του δημόσιου τομέα ή σε κάποια από τις 24 (στις 30) μαιευτικές κλινικές του ιδιωτικού τομέα. Κατά την παραμονή τους στη μαιευτική κλινική, οι συμμετέχουσες αυτοαξιολόγησαν την εμπειρία τους από τα «10 βήματα για επιτυχή θηλασμό» στη βάση του επίσημου ερωτηματολογίου αξιολόγησης και παρακολούθησης των «Νοσοκομείων, Φιλικών προς τα βρέφη» του WHO και της UNICEF, το οποίο περιλαμβάνει 24

ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Συμπλήρωσαν, επίσης, την κλίμακα BSES-SF (breastfeeding self-efficacy scale – short form) στη σύντομη της έκδοση των 14 ερωτήσεων για την αξιολόγηση του αντιλαμβανόμενου βαθμού αυτοπεποίθησης (αυτεπάρκειας) για μητρικό θηλασμό. Κατά το πρώτο μήνα, λήφθηκαν με τηλεφωνική συνέντευξη πληροφορίες σχετικά με τις πρακτικές σίτισης των νεογνών, σύμφωνα με τη μέθοδο της αυτο-αναφοράς όσο και τη μέθοδο ανάκλησης 24ώρου. Οι θηλάζουσες μητέρες συμπλήρωσαν ξανά το εργαλείο της αντιλαμβανόμενης για το μητρικό θηλασμό (BSES-SF). Σε επακόλουθη επικοινωνία με τις συμμετέχουσες, καταγράφηκαν οι πρακτικές σίτισης των νεογνών τόσο με τις προαναφερθείσες μεθόδους, όπως επίσης με την μέθοδο ανάκλησης γεγονότων. Κατά τον τέταρτο και τον έκτο μήνα, οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν την κλίμακα της «Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Στήριξης στη Φροντίδα του Βρέφους» (PICSS) και την κλίμακα «Στήριξη για Θηλασμό στο χώρο Εργασίας» (WBSS) αντίστοιχα. Για τη κάθε χρονική στιγμή υπό μελέτη, εκτιμήθηκε ο επιπολασμός του θηλασμού (BF) και του αποκλειστικού θηλασμού (EBF). Η σχετική πιθανότητα μια μητέρα να θηλάζει και να θηλάζει αποκλειστικά στις 48 ώρες και στον 1^ο, 4^ο και 6^ο μήνα αναφορικά με την αυτοαναφερόμενη εμπειρία των «10 βημάτων» στάδια, τη μητρική αυτοπεποίθηση για θηλασμό και άλλους προσδιοριστικούς παραγόντων εκφράστηκε ως λόγος των οτς (odds ratio) με τη χρήση σειράς απλών και πολλαπλών μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Ενώ τα επίπεδα έναρξης του ΜΘ κατά τις πρώτες 48 ώρες ήταν σχετικά υψηλά (84,0% και 84,5% στα μαιευτήρια του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα αντίστοιχα), το ποσοστό των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά ενώσω στο μαιευτήριο δεν ξεπερνούσε το 23,6% στο δημόσιο και το 16% στον ιδιωτικό τομέα. Μία στις δύο γυναίκες στα δημόσια νοσοκομεία γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα το ποσοστό φυσιολογικού τοκετού δεν ξεπέρασε το 36,9%. Ως προς τον ΑΜΦ, παρατηρήθηκε μια σχετικά ομαλή μείωση σε βάθος χρόνου, αν και κατά τον 6^ο μήνα, μόνο 5% (95% ΔΕ 3,1%-7.6%) των μητέρων θήλαζαν αποκλειστικά. Αντίθετα, ως προς τον ΜΘ, παρατηρήθηκε πρόωρη διακοπή με την μεγαλύτερη μείωση να καταγράφεται μετά τον πρώτο και πριν τον τέταρτο μήνα. Κατά τον έκτο μήνα, το ποσοστό των μητέρων που θήλαζαν ήταν 32,4% (95% ΔΕ 27.7%-37.2%). Για όσες γυναίκες ήταν το πρώτο τους παιδί, αλλά και για όσες γέννησαν με καισαρική τομή, τόσο τα ποσοστά έναρξης, αποκλειστικότητας αλλά και συνέχισης του θηλασμού ήταν ακόμα χαμηλότερα. Παράλληλα, διαφάνηκε μια κοινωνική διαβάθμιση όπου μητέρες σε πιο πλεονεκτική

κοινωνική θέση (ως προς το εισόδημα ή το επίπεδο εκπαίδευσης) ήταν πιο πιθανό να θηλάσουν, να θηλάσουν αποκλειστικά και να θηλάσουν για μεγαλύτερη διάρκεια. Η αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση για ΜΘ ήταν σε μέτρια επίπεδα, με χαμηλότερα επίπεδα να καταγράφονται σε όσες γυναίκες ήταν το πρώτο τους παιδί, στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή και σε όσες δεν ανέφεραν «καλές πρακτικές» κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο σύμφωνα με τα '10 Βήματα'. Ενώ τα υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης δεν σχετίστηκαν με την πιθανότητα έναρξης του θηλασμού, παρατηρήθηκε μια σαφής διαβάθμιση στη σχέση μεταξύ της αυτοπεποίθησης και της πιθανότητας ο θηλασμός να είναι αποκλειστικός. Με βάση τα τεταρτημόρια της κατανομής της αυτοπεποίθησης για ΜΘ στις 48 ώρες, οι γυναίκες με τα υψηλότερα επίπεδα ήταν πέντε φορές πιο πιθανό να θηλάσουν αποκλειστικά συγκριτικά με τις γυναίκες με τα χαμηλότερα επίπεδα (40,5% έναντι 7,9%). Η αυτοπεποίθηση για ΜΘ κατά τις 48 ώρες μετά τον τοκετό σχετίστηκε με την πιθανότητα συνέχισης του αποκλειστικού θηλασμού σε βάθος χρόνου, και συγκεκριμένα κατά τον πρώτο μήνα (OR= 5,0 95% CI 1,5-16,6), τον τέταρτο μήνα (OR=8,5 95% CI 1,7-43,5) και τον έκτο μήνα (OR=5,7 95% CI 0,6-56,5), ακόμη και μετά την προσαρμογή για άλλους προσδιοριστικούς παράγοντες, όπως τύπο τοκετού, αριθμό παιδιών και κοινωνική θέση. Παρόμοιες, αν όχι ακόμη ισχυρότερες, συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της αυτοπεποίθησης για ΜΘ όπως καταγράφηκε κατά τον πρώτο μήνα και της συνέχισης του ΜΘ και του ΑΜΘ σε βάθος χρόνου. Με βάση την αναφορά των συμμετεχουσών, παρατηρήθηκε σχετικά καλή εφαρμογή του Διεθνή Κώδικα Υποκατάστατων Μητρικού Θηλασμού στις μαιευτικές κλινικές στην Κύπρο. Ως προς τα 10 βήματα, πιο συστηματική εφαρμογή φάνηκε να τυγχάνουν η παροχή πρακτικής βοήθειας για ΜΘ από το προσωπικό (Βήμα 5), όπως επίσης η παροχή σχετικών συμβουλών για διαχείριση του θηλασμού με βάση τη ζήτηση (Βήμα 8). Ωστόσο, μόνο το 26,1% των μητέρων δήλωσε ότι είχε δερματική επαφή με το νεογνό μετά τον τοκετό (βήμα 4), ενώ η πρακτική της συγκατοίκησης μητέρας-νεογνού (βήμα 7) φαίνεται να εφαρμόζεται κάπως πιο συχνά στον δημόσιο τομέα (28,5%) σε σύγκριση με τον ιδιωτικό τομέα (19,7%). Προβλεπτικοί παράγοντες για ΜΘ κατά την παραμονή στο μαιευτήριο, όπως διαφάνηκαν σε βηματικά πολυμεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης, ήταν: η επαφή της μητέρας με το νεογνό εντός μίας ώρας, η παροχή πρακτικής βοήθειας, η εφαρμογή του κώδικα ICMBS, η μη χρήση πιπίλας ή τεχνητών θηλών και η πληροφόρηση αναφορικά με πηγές στήριξης για ΜΘ μετά το εξιτήριο. Για τον ΑΜΘ, ισχυρότεροι προβλεπτικοί παράγοντες ήταν η επαφή με το νεογνό εντός μιας ώρας, η μη χρήση πιπίλας, καθώς επίσης και η δερματική επαφή (skin-to-skin), η

συγκατοίκηση μητέρας-νεογνού (rooming-in) και η ενημέρωση για τα οφέλη και τη διαχείριση του ΜΘ κατά την προγεννητική περίοδο. Μάλιστα, φάνηκε ότι οι μητέρες που εφάρμοσαν την πρακτική της επαφής δέρμα-με-δέρμα με το νεογνό και δεν χρησιμοποιούσαν πιπίλες ήταν 3-4 φορές πιθανότερο να θηλάσουν αποκλειστικά σε βάθος χρόνου. Η συσχέτιση της πρακτικής της δερματικής επαφής με τον ΑΜΘ σε βάθος χρόνου παρέμεινε ισχυρή ακόμα και μετά από την προσαρμογή για τον τύπο τοκετού, τον αριθμό των παιδιών, την εκπαίδευση, το εισόδημα και την εργασιακή κατάσταση της μητέρας. Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη στη φροντίδα του νεογνού ήταν σε σχετικά μέτρια επίπεδα ($M=3.10$, $TA=0.53$) σε κλίμακα τύπου Likert τεσσάρων σημείων, με χαμηλότερα επίπεδα να παρατηρούνται στη διάσταση της απτής στήριξης ($M=2.81$, $TA=0.57$). Για όλες τις διαστάσεις της στήριξης ήταν εμφανής η κοινωνική διαβάθμιση, αφού παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της με δείκτες κοινωνικής θέσης, παρόλο που οι παρατηρούμενες διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές μόνο στην περίπτωση της απτής και της συναισθηματικής στήριξης. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ονόμασε τον σύντροφο ως την κύρια πηγή στήριξης ως προς τις διαστάσεις της απτής στήριξης, της συναισθηματικής στήριξης και της στήριξης ως έκφραση εκτίμησης (70-85%). Στη δεύτερη θέση είναι οι γιαγιάδες από την πλευρά της μητέρας (60-70%), ενώ λιγότερες από μια στις τρεις γυναίκες ονόμασε οποιοδήποτε άλλο άτομο. Όσον αφορά στην πληροφοριακή στήριξη, οι παιδίατροι κατατάσσονται πρώτοι (73%), ακολουθούμενοι με μικρή διαφορά από τις γιαγιάδες από τη πλευρά της μητέρας (69%), με λιγότερο από το ένα τέταρτο των συμμετεχουσών να δηλώνουν το σύντροφο, άλλους επαγγελματίες υγείας, άλλα μέλη της οικογένειας ή φίλους ως πηγή πληροφοριακής στήριξης. Τέλος, ενώ η στήριξη από συναδέλφους και το ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον ήταν σε μέτρια επίπεδα, οι γυναίκες δεν φάνηκε να αξιολογούν τον εργασιακό χώρο ως φιλικό για το ΜΘ όσον αφορά τις εγκαταστάσεις ($M = 2.74$, $TA=0.99$) και την τεχνική υποστήριξη ($M = 2.92$, $TA=1.62$) σε κλίμακα τύπου Likert 7 σημείων.

Συμπεράσματα: Τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στην Κύπρο είναι ιδιαίτερα χαμηλά, ακόμα και κατά την παραμονή στο μαιευτήριο, εύρημα το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το παρατηρούμενο ποσοστό καισαρικών κατατάσσουν την Κύπρο στις υψηλότερες θέσεις στην Ευρώπη, αναδεικνύει την ανάγκη για σχεδιασμό παρεμβάσεων προστασίας του θηλασμού. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση για μητρικό θηλασμό κατά τις πρώτες 48 ώρες, όπως αξιολογήθηκε με την κλίμακα BFSE, φαίνεται να είναι ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας τόσο για την

αποκλειστικότητα όσο και την πρόωπη διακοπή του θηλασμού. Επομένως, η υιοθέτηση της κλίμακας στην κλινική πρακτική στο πλαίσιο της αξιολόγησης της αυτοπεποίθησης για ΜΘ κρίνεται σημαντική τόσο κατά την παραμονή στο μαιευτήριο όσο επίσης και κατόπιν στη κοινότητα. Επίσης, με βάση την αξιολόγηση των ίδιων των γυναικών, οι «καλές πρακτικών» στη βάση των 10 βημάτων για επιτυχή θηλασμό δεν τυγχάνουν ευρείας και συστηματικής εφαρμογής στα μαιευτήρια της Κύπρου. Το γεγονός ότι η πιθανότητα μια μητέρα να θηλάσει και να θηλάσει αποκλειστικά σε βάθος χρόνου σχετίζεται με τις πρακτικές που εφαρμόζονται λιγότερο συστηματικά στα μαιευτήρια της Κύπρου αναδεικνύει την άμεση ανάγκη για περαιτέρω ενδυνάμωση της Εθνικής Στρατηγικής (2011) και Πολιτικής (2015) για το ΜΘ ώστε να συμπεριλαμβάνει σχετικές παρεμβάσεις και μέτρα για την προστασία, προαγωγή και στήριξη του μητρικού θηλασμού, τόσο όσο αφορά στη χάραξη σχετικών πολιτικών υγείας όσο και στην εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και στήριξης στη κοινότητα τόσο στην προγεννητική όσο και κατά τη μεταγεννητική περίοδο.

Λέξεις κλειδιά: Μητρικός Θηλασμός, Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός, Μητρική Αυτοπεποίθηση για Θηλασμό, 10 Βήματα για Επιτυχή Θηλασμό, Κοινωνική Στήριξη στη Φροντίδα του Νεογνού, Στήριξη Θηλασμού στο Χώρο Εργασίας