

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΟΥΣ ΓΙΑ  
ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ «ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΩΝ» ΓΙΑ ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ  
ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑ**

**Φροσούλα Τρύφωνος**

**Λεμεσός, 2014**

# **ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΟΥΣ ΓΙΑ  
ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ «ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΩΝ» ΓΙΑ ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ  
ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

**Φροσούλα Τρύφωνος**

**Επιβλέποντες καθηγητές**

**Δρ. Χριστιάνα Κούτα**

**Δρ. Νίκος Μίτλεττον**

**Ερευνητική Ομάδα:**

**Δρ. Ελένη Χατζηγεωργίου**

**Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού**

**Δρ. Ουρανία Κολοκοτρώνη**

**Λεμεσός, 2014**

**Πνευματικά Δικαιώματα** Copyright © Φροσούλα Τρύφωνος, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες προς όλους όσοι συνέβαλαν ουσιαστικά, άμεσα ή έμμεσα, στην ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επιβλέποντες καθηγητές μου κυρία Χριστιάνα Κούτα και κύριο Νίκο Μίτλεττον για τη συμπαράσταση και την καθοδήγησή τους καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου που με τη μετάδοση χρήσιμων πληροφοριών βοήθησαν στο σχεδιασμό και στη σωστή διεξαγωγή της έρευνας και συνέβαλαν καθοριστικά στην αρτιότητα της εργασίας.

Ωστόσο, τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου θα ήθελα να εκφράσω στον κύριο Νίκο Μίτλεττον, αφού με τις υποδείξεις και την συνεχή καθοδήγηση του κατά τη διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης και ερμηνείας των αποτελεσμάτων βοήθησε στην αποπεράτωση της ερευνητικής εργασίας.

Ευχαριστίες αρμόζουν επίσης στις Νοσηλευτικούς Λειτουργούς και σπουδάστριες της Μαιευτικής στο ΤΕΠΑΚ, κ.Ελπινίκη Παπασάββα, κ.Ναυσικά Χοιροπούλη, κ.Χριστιάνα Μιχαήλ, κ.Χριστίνα Αντωνίου, κ.Ιωάννα Χρίστου και κ.Παναγιώτα Δημητρίου που συνέβαλαν στη συλλογή των ερωτηματολογίων ως βοηθές ερευνήτριες πεδίου.

Θα ήταν μεγάλη παράληψη αν δεν ευχαριστούσα τη διεύθυνση των μαιευτικών μονάδων στην Λευκωσία που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα και συνάμα όλες τις συναδέλφους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σ' αυτές, αφού χωρίς τη συμβολή τους δεν θα ήταν εφικτή η αποπεράτωση της.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα παιδιά μου Αντρέα και Μαριλένα, καθώς και τους γονείς μου, που καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών στήριξαν τις προσπάθειές μου δίνοντας μου δύναμη.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Τα «Δέκα Βήματα» αποτελούν αξιόπιστη μέθοδο για επιτυχή έναρξη, συνέχιση και στήριξη του μητρικού θηλασμού. Παγκόσμια ερευνητικά δεδομένα επισημαίνουν τη σημαντικότητα της συμβολής των μαιών/νοσηλευτών στη στήριξη της σχέσης μητέρας-βρέφους για έναρξη, συνέχιση, στήριξη και εγκαθίδρυση του αποκλειστικού θηλασμού, παράλληλα όμως, φανερώνουν την ανεπαρκή γνώση τους σε θέματα θηλασμού, καθώς και τα συγχυσιμένα μηνύματα και καθοδηγήσεις που μπορεί να δίνουν. Στην Κύπρο το ποσοστό του μητρικού θηλασμού είναι σε χαμηλά επίπεδα, δεν υπάρχουν, όμως πολλά ερευνητικά δεδομένα.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση, η απεικόνιση και περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης σχετικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στα μαιευτήρια Λευκωσίας για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού μέσω της διερεύνησης των απόψεων του προσωπικού για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων», όπως επίσης και τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων του προσωπικού για το θηλασμό και τη συσχέτιση τους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

**Μέθοδος:** Πρόκειται για περιγραφική μελέτη σύγκρισης (μεταξύ των μαιευτικών μονάδων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) και συσχέτισης (των γνώσεων και στάσεων) με τη χρήση ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου

Πραγματοποιήθηκε σε όλες τις μαιευτικές μονάδες της Λευκωσίας. Δείγμα αποτέλεσαν όλες οι μαιές και νοσηλεύτριες που εργάζονται στις πιο πάνω μονάδες. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο στάσεων και γνώσεων για μητρικό θηλασμό (Ingram, 2006) και το ερωτηματολόγιο για Αυτοαξιολόγηση της Συμμόρφωσης Πρακτικών του Μαιευτηρίου για την Εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» (WHO/UNICEF). Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά τους μήνες Ιανουάριο-Μάρτιο 2014.

**Κύρια Αποτελέσματα:** Τελικό αριθμό του δείγματος αποτέλεσαν 93 άτομα με ποσοστό ανταπόκρισης στον ιδιωτικό τομέα 77.9% και στον δημόσιο τομέα 46.8%, (συνολικό 62%). Ψηλά ποσοστά συμμόρφωσης έχουν συγκεντρώσει πτυχές των Βημάτων 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας» ( $0.84\pm 0.20$ ), 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» ( $0.86\pm 0.27$ ) και 3 «νημέρωση εγκύων για θηλασμό» ( $0.66\pm 0.26$ ), ενώ χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης έχουν τα Βήματα 1 «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής» ( $0.43\pm 0.28$ ), 7 «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο» ( $0.51\pm 0.43$ ) και 2 «εκπαίδευση προσωπικού» ( $0.53\pm 0.28$ ). Ο Κώδικας 7 έχει τα υψηλότερα ποσοστά με 69.9% και ο Κώδικας 1 έχει τα χαμηλότερα ποσοστά (24.7%)

στην αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Διενεργήθηκε παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Breastfeeding Questionnaire όπου κατέληξε σε τρεις παράγοντες (ο συντελεστής Cronbach's alpha κυμάνθηκε για τον κάθε παράγοντα από 0,58 έως 0,83). Οι επαγγελματίες υγείας στον δημόσιο τομέα έχουν ψηλότερους μέσους στις γνώσεις και στάσεις για τον θηλασμό από τους επαγγελματίες υγείας του ιδιωτικού τομέα. Η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στον παράγοντα «γνώσεις»  $23.00 \pm 3.57$  και  $20.79 \pm 3.45$  αντίστοιχα,  $p\text{-value}=0.005$ . Οι κάτοχοι «μεταπτυχιακού ή υψηλότερου επιπέδου μόρφωση» έχουν ψηλότερους μέσους από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. (Παράγοντας 1  $p\text{-value}=0.008$ , Παράγοντας 2:  $p\text{-value}<0.001$ , Παράγοντας 1 «γνώσεις»:  $p\text{-value}=0.004$ ). Οι μαίες έχουν υψηλότερα σκορ ανεξάρτητα από το αν εργάζονται στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

**Συμπεράσματα:** Σε καμία μαιευτική μονάδα στη Λευκωσία δεν φάνηκε να εφαρμόζονται πλήρως τα Βήματα και παρατηρήθηκε μια μέτρια προς χαμηλή εφαρμογή τους. Το Βήμα 3 τυγχάνει ευρύτερης εφαρμογής στον δημόσιο τομέα, ενώ το Βήμα 4 στον ιδιωτικό τομέα. Τα ποσοστά της αυτοαξιολόγησης της συμμόρφωσης με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος κινούνται σε πολύ χαμηλά επίπεδα.. Παρατηρήθηκε χαμηλό επίπεδο των γνώσεων και των στάσεων σχετικά με τον θηλασμό στους επαγγελματίες υγείας τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, με το επίπεδο στον ιδιωτικό τομέα να είναι χαμηλότερο. Οι μαίες υπερτερούν στο επίπεδο των γνώσεων και έχουν πιο θετική στάση προς τον θηλασμό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες. Γενικότερα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των γνώσεων και στάσεων με την εκπαίδευση. Δημιουργήθηκε ένα νέο σταθμισμένο εργαλείο στην ελληνική γλώσσα που αφορά στην διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων για τον μητρικό θηλασμό, γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει τη συνέχιση επιπλέον ερευνών και να προσθέσει στο πεδίο των γνώσεων χρήσιμα ευρήματα. Επιβάλλεται η ύπαρξη γραπτής πολιτικής σε όλες τις μαιευτικές μονάδες που να μεταδίδεται στο προσωπικό ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Βήμα 1).

**Λέξεις Ευρητηρίου: Δέκα βήματα, μητρικός θηλασμός, εγκαθίδρυση, γνώσεις, στάσεις, μαίες, νοσηλευτές, μαιευτικές μονάδες.**

## ABSTRACT

**Introduction:** The 'Ten Steps' is a reliable method for successful launch, continuation and support of breastfeeding. Worldwide research data highlight the importance of the contribution of midwives/nurses to support the mother-infant relationship in the initiation, duration and support the establishment of exclusive breastfeeding. They also reveal deficiency or gaps in breastfeeding knowledge, as well as the misinformation and misguidance the mothers receive from the health professionals. In Cyprus, the breastfeeding rates are low, however, there is lack of research data.

**Aim:** To investigate, present and describe the current situation regarding practices in the maternity units in Nicosia regarding the protection, promotion and support of breastfeeding by exploring the views of staff to implement the "Ten Steps". To explore their knowledge and attitudes about breastfeeding and the correlation with demographic factors

**Material and Method:** A descriptive study was used to collect data for comparison (between Public and private sector) and correlation (knowledge and attitudes) using anonymous self-administered questionnaire. The survey was conducted in all maternity units in Nicosia. The sample was all the midwives and nurses working in the units. The breastfeeding questionnaire (Ingram, 2006) and the Self-Appraisal of compliance of obstetric units practices in the implementation of the "Ten Steps» - WHO/UNICEF were used. Data collection was performed during January-March 2014.

**Results:** Sample number was 93 nurses/midwives providing a response rate of 77.9% in public sector and 46.8% in private sector (total response rate 62%). High implementation was found in Steps 5 ( $0.84\pm 0.20$ ), 8 ( $0.86\pm 0.27$ ) and 3 ( $0.66\pm 0.26$ ) (teaching, encouragement of breastfeeding, inform pregnant women about benefits and management of breastfeeding). Low adherence in Steps 1 ( $0.43\pm 0.28$ ), 2 ( $0.53\pm 0.28$ ) and 7 ( $0.51\pm 0.43$ ) (written breastfeeding policy, education of health professionals and rooming in). Regarding the Compliance with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes, code 7 had the higher percentage with 69.9% and code 1 had the lower with 24.7%. Factor analysis performed for Breastfeeding Questionnaire resulting into three factors with Cronbach's alpha rating from 0,58 to 0,83. Health professionals in public sector have higher scores in knowledge and attitudes regarding breastfeeding. The "knowledge" factor observed to have the highest difference (public: $23.00\pm 3.57$ , private: $20.79\pm 3.45$ , p-value=0.005). Health professionals with master's or doctoral's degree have higher scores (factor 1: p-value=0.008, Factor 2: p-value<0.001, Factor 1 «knowledge»: p-value=0.004).

Midwives have higher level of knowledge and more positive attitudes' scores concerning breastfeeding in comparison with the other health professionals.

**Conclusions:** No fully compliance observed and the overall implementation was rated as “moderate to low.” Step 3 is most implemented in public sector whether Step 4 is most implemented in private sector. Low implementation rates in the Compliance with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes as well as low level of knowledge and poor attitude towards breastfeeding practices in both public and private sector observed. In private sector the level of knowledge was lower. Midwives have higher level of knowledge and more positive attitude regarding breastfeeding practices in comparison with the other health care professionals. Overall there was a positive statistical correlation of knowledge and attitudes with the level of education. A validated tool for the exploration of knowledge and attitudes about breastfeeding was emerged, which may trigger additional researches and add useful findings to the knowledge field. There is a need of a written policy regarding breastfeeding practices that is that is routinely communicated to all health care staff (Step 1).

**Keywords:** Ten Steps, breastfeeding, establishment, knowledge, attitudes, midwives, nurses, maternity units.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

.....	1
Περίληψη.....	5
ABSTRACT.....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	11
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	13
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....</i>	<i>15</i>
1.2 Εισαγωγή.....	15
1.2 Περιγραφή του προβλήματος.....	16
1.3 Σημασία της μελέτης.....	18
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας.....</i>	<i>23</i>
2.1 Αποτελεσματικότητα των «δέκα βημάτων».....	23
2.2 Γνώσεις και στάσεις.....	24
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....</i>	<i>27</i>
3.1 Σκοπός.....	27
3.2 Υλικό και Μέθοδος.....	27
3.3 Κριτήρια εισόδου/αποκλεισμού:.....	28
3.4 Αποτελέσματα.....	28
3.4.1 Εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων».....	38
3.4.2 Εφαρμογή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.....	41
3.4.3 Εφαρμογή βημάτων και ύπαρξη πολιτικής σε σχέση με τα ποσοστά θηλασμού.....	43
3.4.4 Εφαρμογή των Βημάτων ως προς το προφίλ των νοσοκομείων.....	45
3.5 Συζήτηση.....	46
3.6 Περιορισμοί.....	48
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ.....</i>	<i>49</i>
4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	49
4.2 Σκοπός.....	49
4.3 Επιμέρους στόχοι.....	49
4.4 Χώρος Μελέτης.....	50
4.5 Δείγμα και δειγματοληψία.....	50
4.6 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων.....	51
4.7 Εργαλεία μέτρησης.....	52
4.7.1 Breastfeeding Questionnaire – short version (Ingram, 2006).....	52
4.7.2 Ερωτηματολόγιο για αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» - WHO/UNICEF.....	54
4.7.3 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-επαγγελματικών χαρακτηριστικών.....	55
4.7.4 Μετάφραση των εργαλείων.....	56
4.8 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	56
4.9 Διαχείριση δεδομένων- Στατιστική Ανάλυση.....	57
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αποτελέσματα.....</i>	<i>60</i>
5.1 Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά.....	60
5.2 Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF και τη Συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.....	63
5.3 Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά και Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων».....	72

5.4	Στάσεις και γνώσεις για τον μητρικό θηλασμό.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.	Συζήτηση .....	91
6.1	Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και τη συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.....	92
6.2	Στάσεις και γνώσεις για τον μητρικό θηλασμό.....	95
6.3	Περιορισμοί μελέτης.....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.	Συμπεράσματα .....	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.	Εισηγήσεις .....	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.	Χρονοδιάγραμμα .....	106
Βιβλιογραφία	.....	107
Παραρτήματα.....		120
Παράρτημα 1:	«Δέκα Βήματα» .....	120
Παράρτημα 2:	Ενημερωτική επιστολή προς επαγγελματίες υγείας .....	125
Παράρτημα 3:	Ενημερωτική επιστολή προς επαγγελματίες υγείας (αγγλικά ).....	127
Παράρτημα 4:	Ενημέρωση / Συναίνεση διευθυντή μαιευτικής μονάδας για συμμετοχή στην έρευνα .....	129
Εργαλεία:	.....	132
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α:	Γνώσεις και στάσεις για το Μητρικό Θηλασμό .....	132
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β:	Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF .....	134
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Γ:	Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά .....	141
QUESTIONNAIRE A:	Breastfeeding Questionnaire .....	144
QUESTIONNAIRE B:	Self-Appraisal of compliance of obstetric units practices in the implementation of the "Ten Steps» - WHO/UNICEF .....	146
QUESTIONNAIRE C:	Professional-Social Characteristics .....	151

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1- Χαρακτηριστικά ποσοτικών ερευνών που ανασκοπήθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.....	31
Πίνακας 2– Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=93).....	62
Πίνακας 3– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF και τη συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ταξινομημένα ως προς το ποσοστό συμμόρφωσης με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού - (N=93).....	65
Πίνακας 4 - Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ταξινομημένα ως προς το ποσοστό συμμόρφωσης με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού - (N=93) .....	68
Πίνακας 5– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.....	70
Πίνακας 6- Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών στις ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες στη Λευκωσία για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF (N=57) .....	71
Πίνακας 7– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93).....	74
Πίνακας 7– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93) (Συνέχεια).....	75
Πίνακας 7– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93) (Συνέχεια).....	76
Πίνακας 8- Βηματική Παλινδρομική ανάλυση για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93).....	78
Πίνακας 8- Βηματική Παλινδρομική ανάλυση για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93). (Συνέχεια).....	79
Πίνακας 9– Περιγραφή των απαντήσεων του ερωτηματολογίου A στα 13 ερωτήματα στάσεων (ΜΕΡΟΣ Α) και 7 ερωτήματα γνώσεων (ΜΕΡΟΣ Β) των συμμετεχόντων για τ Μητρικό Θηλασμό (N=93). .....	82
Πίνακας 10– Παραγοντική ανάλυση ερωτηματολογίου A- Breastfeeding Questionnaire – short version της Ingram (2006) για τις Στάσεις και Γνώσεις σχετικά με το θηλασμό.....	84
Πίνακας 11– Σύγκριση της βαθμολογίας των γνώσεων και των στάσεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα χρησιμοποιώντας τους νέους παράγοντες μετά από τη παραγοντική ανάλυση (Ερωτηματολόγιο A- Breastfeeding Questionnaire – short version Ingram (2006) .....	86

Πίνακας 12–Στάσεις και γνώσεις σε σχέση με τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά.....	88
Πίνακας 13- Βηματική Παλινδρομική ανάλυση για τις Στάσεις και Γνώσεις σε σχέση με τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά και χώρο εργασίας.....	90

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

Γράφημα 1: Αλληλεπίδραση των γνώσεων και στάσεων.....	22
Γράφημα 2: Απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης άρθρων.....	30
Γράφημα 3: Σκορ στάσεων και γνώσεων σχετικά με το θηλασμό στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.....	87

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

ΠΦΒΝ= Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία

Π.Ο.Υ= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

WHO= World Health Organization

UNICEF=United Nations International Children's Emergency Fund

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

#### 1.2 Εισαγωγή

Αποκλειστικός θηλασμός, είναι η παροχή κανενός άλλου είδους τροφής σε υγρή ή στερεά μορφή στο βρέφος. Συνιστάται στους πρώτους έξι μήνες ζωής (χωρίς συμπλήρωμα ξένου γάλακτος, νερό, αφεψηγήματα και πιπίλα). Ενθαρρύνεται η συνέχιση του μητρικού θηλασμού σε συνδυασμό με συμπληρωματική διατροφή μέχρι την ηλικία των δύο ετών ή και περισσότερο, ενώ ο χρόνος απογαλακτισμού καθορίζεται από τη μητέρα και το παιδί (World Health Organization, 2001). Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για το βρέφος και τη μητέρα είναι τεκμηριωμένα και υποστηρίζονται από σωρεία ερευνών (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Chantry et al, 2006; Danforth, 2007; Ip et al, 2007; Lawrence & Pane, 2007)

Σχεδόν κάθε μητέρα μπορεί να θηλάσει, αρκεί να της προσφερθεί η απαραίτητη συμβουλευτική, ενθαρρυντική, υποστηρικτική και πρακτική βοήθεια. Ωστόσο, το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν παραμένει μικρό και ακόμη μικρότερο είναι το ποσοστό των μητέρων που εξακολουθούν να θηλάζουν μέχρι τουλάχιστον τον έκτο μήνα (ΑΑΠ, 2012).

Η Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (ΠΦΒΝ), η οποία εγκαινιάστηκε το 1991 από τον ΠΟΥ και την UNICEF έχει στόχο να προάγει τις πολιτικές και ορθές πρακτικές για το θηλασμό (UNICEF, 1992). Βασικός της στόχος είναι η υιοθέτηση και εφαρμογή του μητρικού θηλασμού στα νοσοκομεία για αύξηση των ποσοστών του θηλασμού παγκοσμίως. Η πρωτοβουλία καθορίζει δέκα κριτήρια, τα «Δέκα Βήματα» για Επιτυχή Θηλασμό, τα οποία το νοσοκομείο, θα πρέπει να εφαρμόσει προκειμένου να πιστοποιηθεί ως «Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο» (Παράρτημα 1) (Baby-Friendly USA, 2010, 2011) και υπάρχουν περισσότερα από 19,000 «Φιλικά προς τα Βρέφη» Νοσοκομεία και μαιευτικά κέντρα παγκοσμίως.

Για σκοπούς αξιολόγησης των νοσοκομείων δημιουργήθηκε ένα εργαλείο (UNICEF/WHO, 2006), το οποίο αρκετές από τις έρευνες είτε το χρησιμοποιούν αυτούσιο (Aryeetey & Antwi, 2013; Lillehoj & Dobson, 2012), είτε ως βάση για την κατασκευή δικού τους εργαλείου (Kacica et al, 2012; Crivelli-Kovach & Chung, 2011; Levitt, 2011)

Τα «Δέκα Βήματα», αποτελούν συστάσεις για φροντίδα υγείας συμβάλλοντας και βοηθώντας τις μητέρες στην έναρξη, εγκαθίδρυση, συνέχιση και προώθηση της αποκλειστικότητας του θηλασμού (Cattaneo & Buzzetti, 2001; Kramer et al, 2001;

Merewood, et al, 2003; Merewood et al, 2005; DiGirolamo et al, 2008; Declercq et al, 2009).

Η αποτελεσματικότητα της πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία» έχει υποστηριχθεί από αρκετές έρευνες (Dodgson et al, 1999; Cattaneo & Buzzetti, 2001; Philipp et al, 2001; CDC, 2011). Ισχυρά στοιχεία καταδεικνύουν πως η ΠΦΒΝ αυξάνει τα ποσοστά μητρικού θηλασμού (Kramer et al, 2001; Philip & Radford, 2006), βελτιώνει την υγεία της μητέρας, μειώνει τη μητρική και βρεφική νοσηρότητα και παρέχει πρότυπο περίθαλψης και φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία/μονάδες παροχής φροντίδας (Philip & Radford, 2006). Σε έρευνα τους οι Girolamo et al (2008) επισημαίνουν πως ανάμεσα στις γυναίκες που εξέφρασαν την επιθυμία να θηλάσουν πέραν των δύο μηνών, το 30% διέκοψε το θηλασμό πρόωρα γιατί δεν έτυχαν καμίας καθοδήγησης βάσει των «Δέκα Βημάτων» κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο. Αντίθετα, μόνο το 3% των μητέρων που έλαβαν συμβουλές, σε τουλάχιστον έξι από τα δέκα βήματα, παρατηρήθηκε πρόωρη διακοπή θηλασμού.

Αν και κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες προαγωγής του μητρικού θηλασμού σε διεθνές επίπεδο, τα παγκόσμια στοιχεία, ωστόσο, δείχνουν ότι το ποσοστό μητρικού θηλασμού παραμένει ακόμη σε χαμηλά επίπεδα με μόνο το 50% των βρεφών να θηλάζει αποκλειστικά στην ηλικία των τριών μηνών, ενώ στην ηλικία των έξι μηνών μόνο το 25% (OECD, 2009). Η Παγκόσμια Πρωτοβουλία για τις Τάσεις στο Θηλασμό παρακολουθεί τις τάσεις και τις εξελίξεις για το θηλασμό σε τριάντα τρεις αναπτυσσόμενες χώρες στον κόσμο. Παρά τη βελτίωση στα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού, εντούτοις τονίζει πως καμιά χώρα δεν έχει φτάσει στον επιθυμητό στόχο. Εκατομμύρια βρέφη δεν θηλάζουν εντός της μιας ώρας από τη γέννηση και δεν λαμβάνουν αποκλειστικά μητρικό γάλα μέχρι τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους (World Breastfeeding Trends Initiative, 2010). Η Παγκόσμια Πρωτοβουλία υποστηρίζει πως οφείλεται στην παρουσία αδύνατης, μη συντονισμένης δράσης των τριών πιο σημαντικών παρεμβάσεων για (1) ύπαρξη εθνικού σχεδίου δράσης, (2) υποστηρικτικού συστήματος φροντίδας υγείας και (3) προστασίας της μητρότητας (World Breastfeeding Trends Initiative, 2010).

## **1.2 Περιγραφή του προβλήματος**

Τα «Δέκα Βήματα» αποτελούν αξιόπιστη μέθοδο για επιτυχή έναρξη, συνέχιση και στήριξη του μητρικού θηλασμού. Στην Κύπρο, η πολιτική των «Δέκα Βημάτων» για επιτυχή θηλασμό, έχει κυκλοφορήσει στις μαιευτικές μονάδες των δημόσιων

νοσηλευτηρίων μετά από απόφαση του Υπουργείου Υγείας στη δεκαετία του '90, χωρίς όμως να έχει γίνει καμιά ειδική εκπαίδευση, στους επαγγελματίες υγείας, έτσι ο καθένας χρησιμοποιεί τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις του για την εφαρμογή των βημάτων, που έρχεται σε αντιπαράθεση με τα Βήματα 1 και 2 για την ύπαρξη γραπτής πολιτικής και την εκπαίδευση του προσωπικού για κοινή γραμμή όσον αφορά τις πρακτικές σχετικά με το μητρικό θηλασμό (Panayiotou, 2012). Ωστόσο, κατά διαστήματα οργανώνονται διάφορα σεμινάρια για επαγγελματίες υγείας χωρίς να είναι υποχρεωτική η συμμετοχή τους. Οι πρακτικές που είναι καλά τεκμηριωμένες μέσα στα «Δέκα Βήματα» και αφορούν τις συμβουλές και την καθοδήγηση των μητέρων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και την αντιμετώπιση των πρώιμων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν με το θηλασμό, η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού αμέσως μετά τη γέννηση, η αποφυγή χρήσης πιπίλων, μπιμπερών και βιομηχανοποιημένου γάλακτος και την εικοσιτετράωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο (rooming in) στηρίζονται αποκλειστικά στις γνώσεις, στην εμπειρία και στις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας των μονάδων αυτών (Panayiotou, 2012).

Στην Κύπρο δεν υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα σε σχέση με το μητρικό θηλασμό, τις πρακτικές που εφαρμόζονται στις μαιευτικές μονάδες και τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις μονάδες αυτές.

Σε μελέτη Περιγεννητικής Υγείας που διεξήγαγε το 2007 η Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2010) και συμπεριέλαβε τα μαιευτήρια τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα φάνηκε ότι μόνο το 16,6% των νεογνών τράφηκαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα. Αφορούσε μόνο στις πρώτες σαράντα οκτώ ώρες ζωής του νεογνού, ενώ δεν υπάρχουν καθόλου ερευνητικά δεδομένα σε σχέση με τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού στις Κύπριες μητέρες αφού λάβουν εξιτήριο από το μαιευτήριο και τη συνέχιση του κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους. Στοιχεία που συλλέχτηκαν την περίοδο 2007-2009 από το Υπουργείο Υγείας, δείχνουν μια σχετικά καλύτερη εικόνα αναφορικά, τουλάχιστον, με την υφιστάμενη κατάσταση στα κρατικά νοσηλευτήρια, αφού το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού κατά τις πρώτες 48 ώρες ανήλθε στο 28% (Υπουργείο Υγείας, Ετήσια Έκθεση 2010).

Τα ποσοστά αυτά είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά αφού παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (UNICEF, 2013). Τα αποτελέσματα αυτά, βάσει παγκόσμιων ερευνητικών δεδομένων, μπορούν να οφείλονται στις πρακτικές που εφαρμόζονται στις μαιευτικές μονάδες μας και στις στάσεις και γνώσεις των μαιών και νοσηλευτών για προώθηση του μητρικού θηλασμού, και στήριξη των μητέρων τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Χωρίς στήριξη και ενιαία πολιτική για τις πρακτικές που

εφαρμόζονται, δεν επιτυγχάνεται η εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού. Επιπρόσθετα, μπορούν ίσως, να οφείλονται στο υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών στην Κύπρο, αφού σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ (2010), το ποσοστό, παγκύπρια, φτάνει το 50.9% των συνολικών γεννήσεων (ιδιωτικό και δημόσιο τομέα). Οι καισαρικές τομές μέσα από ερευνητικές μελέτες παγκοσμίως, δείχνουν αδιαμφισβήτητα ότι αποτελούν ισχυρότατο προσδιοριστικό παράγοντα στην μη εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού (Besculides et al, 2005; Senarath et al, 2012) αφού θέτουν φραγμό στην εφαρμογή της έναρξής του κατά το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό με τη βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού (το οποίο αντιστοιχεί στο Βήμα 4) (Rowe-Murray & Fisher, 2002) και ευθύνονται για χαμηλά ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού κατά την έξοδο από το μαιευτήριο σε σύγκριση με το φυσιολογικό τοκετό (Qiu et al, 2008).

Διαφαίνεται, λοιπόν, ο ισχυρός και κρίσιμος ρόλος των μαιών και νοσηλευτών που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες. Το προσωπικό πρέπει να είναι εφοδιασμένο και καταρτισμένο με όλα τα απαραίτητα εφόδια-γνώσεις, εκπαίδευση, σωστές επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές- για στήριξη και παροχή ουσιαστικής βοήθειας των μητέρων για έναρξη, συνέχιση και εγκαθίδρυση του θηλασμού.

Παρόλα αυτά, όμως, δεν έχει γίνει ποτέ επίσημη αξιολόγηση για τις πρακτικές που εφαρμόζονται στα κυπριακά μαιευτήρια, σε σχέση με το βαθμό συμμόρφωσής τους στα «Δέκα Βήματα». Υπάρχει μόνο μια πρόσφατη αδημοσίευτη μελέτη (Frantzis, 2013), η οποία διενεργήθηκε στο πλαίσιο εργασίας φοιτήτριας στο Πανεπιστήμιο Λευκωσίας/St. George Medical School και αναφέρεται στα μαιευτήρια της Λευκωσίας. Η μελέτη έγινε σε επίπεδο μονάδων και τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τον προϊστάμενο της κάθε μονάδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» για επιτυχή μητρικό θηλασμό είναι χαμηλή σε όλα τα μαιευτήρια στη Λευκωσία. Σίγουρα, η ανάγκη διεξαγωγής μελετών για αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης σε σχέση με τις γνώσεις και τις στάσεις του προσωπικού για το θηλασμό και τον βαθμό εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» στα Κυπριακά μαιευτήρια κρίνεται επιτακτική.

### **1.3 Σημασία της μελέτης**

Ο μητρικός θηλασμός μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται να μπορεί να προστατευτεί, να προαχθεί και να υποστηριχθεί μόνο με συνδυασμένες και συντονισμένες δραστηριότητες. Σύσταση του Ευρωπαϊκού προγράμματος «Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη» (2004) αποτελεί η υιοθέτηση σχετικών σχεδίων δράσης από Εθνικούς και τοπικούς φορείς, τα οποία πρέπει να είναι δομημένα στη βάση ερευνητικών

δεδομένων και να στοχεύουν στη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης στις Ευρωπαϊκές χώρες όσον αφορά και τις τρεις παραμέτρους – έναρξη, αποκλειστικότητα και διάρκεια.

Στην Κύπρο, Στρατηγική και Όραμα του Υπουργείου Υγείας για Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού (Υπουργείο Υγείας, Κυπριακή Δημοκρατία, 2011) αποτελεί η βελτίωση των δεικτών για την αύξηση των ποσοστών μητρικού θηλασμού (έναρξης και εγκαθίδρυσης) και τη βελτίωση των επιπέδων ενημέρωσης και εκπαίδευσης που αφορά επαγγελματίες υγείας και ομάδες πληθυσμού σε θέματα μητρικού θηλασμού, στοχεύοντας στην επιστροφή του παραδοσιακού μητρικού θηλασμού στην Κύπρο.

Καθοριστικό στοιχείο επιτυχίας μπορεί να θεωρηθεί η κατάλληλη εκπαίδευση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, αφού ο ρόλος τους είναι αναγνωρισμένος σε αυτό τον τομέα, ώστε να είναι ενημερωμένοι για τις τελευταίες γνώσεις, εξελίξεις, πρακτικές και δεξιότητες για να προστατέψουν, να προάγουν και να υποστηρίξουν το μητρικό θηλασμό.

Απαραίτητη προϋπόθεση πρέπει να είναι η καταγραφή και παρακολούθηση της υφιστάμενης κατάστασης σε κάθε χώρα, ενώ σε δεύτερο στάδιο, ο σχεδιασμός σχεδίων δράσεως και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους (Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη, 2004). Στην Κύπρο, τη δεδομένη στιγμή, η εφαρμογή τους αδυνατεί λόγω έλλειψης επαρκών ερευνητικών δεδομένων.

Η παρούσα μελέτη θα προσφέρει αρκετά σημαντικά στοιχεία, θα σκιαγραφήσει για πρώτη φορά την Κυπριακή πραγματικότητα σε σχέση με τις πρακτικές των μαιευτηρίων και θα επιτρέψει τη διαμόρφωση στοχευόμενων πολιτικών από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί ο βαθμός της επίγνωσης στα θέματα και τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού των μαιών και νοσηλευτών που ασχολούνται με τη μητέρα και το νεογέννητο και διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο στην επιτυχία του, καθώς και ο προσδιορισμός των στάσεων και γνώσεων.

Η μελέτη αυτή δύναται να αποτελέσει εργαλείο μάθησης και οδηγό για τη λήψη διαχειριστικών αποφάσεων (Powell et al, 2011) καθώς και να χαρακτηριστεί ως μια προσπάθεια ενδυνάμωσης, προσφέροντας ανατροφοδότηση στους ίδιους τους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Famara, 2006). Μπορεί να βοηθήσει το σύστημα υγείας ώστε να ανταποκριθεί και να κινηθεί προς τέτοιες κατευθύνσεις για εισαγωγή των σωστών, βάσει των αναγκών των επαγγελματιών υγείας, προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Έτσι, ενδυναμώνει το ρόλο τους για θετικότερα αποτελέσματα και αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού σε βάθος χρόνου, στοχεύοντας σε ένα μελλοντικά υγιέστερο πληθυσμό.

Πλαίσιο μέσα στο οποίο κινήθηκε η μελέτη: Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, αναγνωρίζοντας την αξία του μητρικού θηλασμού, η Unicef και ο ΠΟΥ ξεκίνησαν μια παγκόσμια εκστρατεία για τη βελτίωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας των μητέρων και των βρεφών καθιερώνοντας την πρωτοβουλία «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη» και ορίζοντας τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό» (WHO/UNICEF, 1990). Χρησιμοποιεί τα «Δέκα Βήματα» ως το ελάχιστο κριτήριο για την πολιτική που πρέπει να ακολουθείται σχετικά με τον μητρικό θηλασμό, για την εκπαίδευση και την πολιτική διαχείρισης που εφαρμόζει το νοσοκομείο. Κάθε βήμα είναι απαραίτητο και πρέπει να ενσωματωθεί στη πρακτική του νοσοκομείου πριν αυτό αξιολογηθεί και οριστεί ως ένα «Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο».

Αυτή είναι η πρώτη παγκόσμια μεγάλη πρωτοβουλία για το μητρικό θηλασμό που ξεπερνάει όλα τα εθνικά, γλωσσικά, οικονομικά και πολιτικά όρια. Σύμφωνα με μια συντηρητική εκτίμηση των WHO/UNICEF (2006) υπολογίζεται πως περισσότεροι από ένα εκατομμύριο επαγγελματίες υγείας έχουν εκπαιδευτεί στις υπηρεσίες τους μέσω της ΠΦΒΝ, χρησιμοποιώντας υλικό των WHO/UNICEF, το οποίο είναι διαθέσιμο σε όλες τις γλώσσες των Ηνωμένων Εθνών και σε πολλές ακόμα εθνικές γλώσσες. Σύμφωνα με τη WHO/UNICEF (2006), από την έναρξη αυτής της πρωτοβουλίας για τη δημιουργία φιλικών νοσοκομείων προς τα βρέφη έχουν επίσημα εκτιμηθεί και προσδιοριστεί ως «Φιλικά προς τα Βρέφη» πάνω από 20.000 νοσηλευτικά ιδρύματα σε όλο τον κόσμο. Πρόκειται για επιτυχές γεγονός που συμβάλλει στην αύξηση του μητρικού θηλασμού και στη μείωση της θνητότητας και της θνησιμότητας σε κάθε περιοχή. Η Παγκόσμια Στρατηγική για τη σίτιση του βρέφους και του μικρού παιδιού της ΠΟΥ/UNICEF, που προσυπογράφηκε και από τη συνέλευση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και τη UNICEF το 2002 τονίζει και υποστηρίζει ξανά την επιτακτικότητα για την εφαρμογή των λειτουργικών στόχων της Διακήρυξης του Innocenti. Η Διακήρυξη του Innocenti δημιουργήθηκε το 1990 στη Φλωρεντία της Ιταλίας που αφορά την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού και υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη μέλη του Π.Ο.Υ και της Unicef. Βασική στρατηγική της η βελτίωση της υγείας των βρεφών και των μικρών παιδιών μέσω της βέλτιστης διατροφής.

Μεταξύ άλλων, επιβεβαιώνει την υλοποίηση των «Δέκα Βημάτων για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό» και την πλήρη εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων

Μητρικού Γάλακτος και παρόμοιων αποφάσεων, επισημαίνοντας πως η ΠΦΒΝ πρέπει να εξακολουθήσει να εφαρμόζεται και πως τα προσδιορισμένα ως «Φιλικά προς τα Βρέφη» νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να παρακολουθούνται και να επανεκτιμούνται σε συνεχή βάση (WHO/UNICEF, 2006).

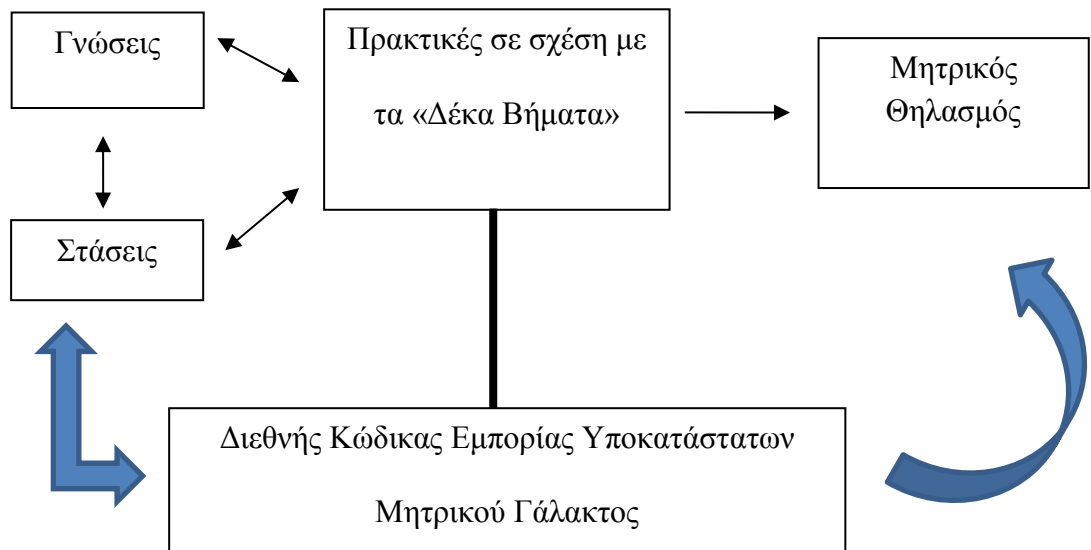
Προκειμένου η ΠΦΒΝ να έχει σημαντική επιρροή, είναι αναγκαίο τα νοσηλευτικά ιδρύματα που έχουν ήδη αναγνωρισθεί ως Φιλικά προς τα Βρέφη, να διατηρούν ψηλά επίπεδα πρακτικής και συμμόρφωσης (WHO/UNICEF, 2006).

Η αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης των πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» γίνεται με το εργαλείο που έχει ετοιμαστεί ειδικά γι' αυτό το σκοπό από τους WHO/UNICEF. Το εργαλείο συμβάλλει στη διατήρηση των παγκόσμιων προτύπων, εφόσον και οι διεθνείς αρχές που είναι υπεύθυνες για την ΠΦΒΝ έχουν επισημάνει την τάση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να παλινδρομούν σε κάποιο βαθμό ή και να επιστρέφουν ακόμα σε παλιά πρότυπα μαιευτικής φροντίδας (UNICEF/WHO, 2006).

Με την εφαρμογή του εργαλείου παρέχεται καθοδήγηση για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να διατηρηθούν τα πρότυπα του «Φιλικού προς τα Βρέφη» νοσηλευτικού ιδρύματος και υπάρχουν τρεις γενικοί στόχοι που αφορούν την παρακολούθηση και την επανεκτίμηση:

- (1) «Να υποστηρίζεται και να ενεργοποιείται το προσωπικό του νοσηλευτικού ιδρύματος, ώστε να διατηρούνται οι φιλικές προς τα βρέφη πρακτικές», κάτι το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με τις γνώσεις και στάσεις του προσωπικού. Υπάρχει μια αλληλεξάρτηση μεταξύ των γνώσεων, στάσεων και των πρακτικών σε σχέση με την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων». Οι γνώσεις και οι στάσεις επηρεάζουν τις πρακτικές αλλά και η εφαρμογή των πρακτικών ενδυναμώνει περαιτέρω τις γνώσεις και στάσεις. Η αλληλουχία αυτή παρουσιάζεται στο γράφημα 1.

Γράφημα 1: Αλληλεπίδραση των γνώσεων και στάσεων



(2) «Να επιβεβαιωθεί κατά πόσο οι εμπειρίες των μητέρων στο νοσηλευτικό ίδρυμα τις βοήθησαν να θηλάσουν» (3) «Να εξακριβωθεί αν δεν εφαρμόζεται επακριβώς κάποιο από τα «Δέκα Βήματα» και κατά πόσο χρειάζεται περισσότερη δουλειά, για να επιτευχθούν οι αναγκαίες βελτιώσεις» (WHO/UNICEF, 2006). Επιπρόσθετος στόχος αφορά σε εθνικά μέτρα για τη λήψη δωρεάν και χαμηλού κόστους προμηθειών υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, φιαλών και πιπίλων: «Να επιβεβαιωθεί εάν οι κυβερνήσεις και άλλοι υπεύθυνοι οργανισμοί εφαρμόζουν και επιβάλλουν το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και των παρεμφερών αποφάσεων της συνέλευσης της ΠΟΥ» (WHO/UNICEF, 2006).

Επομένως, η συνεπής χρήση του εργαλείου αυτοαξιολόγησης των νοσοκομείων/νοσηλευτικών μονάδων μπορεί να ενσωματωθεί και να εφαρμόζεται σε οποιαδήποτε περιοδική επανεξέταση των πρακτικών φροντίδας αποκαλύπτοντας πρώιμα σημάδια λανθασμένης πρακτικής (WHO/UNICEF, 2006). Οι βασικοί πυλώνες που διασφαλίζουν το «Φιλικό προς το Βρέφος Νοσοκομείο» σύμφωνα με τους WHO/UNICEF (2006), η σημαντικότητά και ο τρόπος με τον οποίο το κάθε βήμα διασφαλίζει ή σχετίζεται με το άλλο αναλύονται στο Παράρτημα 1.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας**

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει σύντομη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ειδικότερα, στην ενότητα 2.1 θα αναφερθεί η αποτελεσματικότητα των Δέκα Βημάτων, ενώ στην ενότητα 2.2 θα γίνει αναφορά στις στάσεις και γνώσεις των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε μαιευτικές μονάδες και ασχολούνται με τη φροντίδα υγείας μητέρας - βρέφους.

### ***2.1 Αποτελεσματικότητα των «δέκα βημάτων»***

Τα «Δέκα Βήματα» έχουν σχεδιαστεί με τρόπο που να παρέχουν βασική και εύκολη εφαρμογή. Σκιαγραφούν τις πιο βασικές ανάγκες της σχέσης μητέρας-βρέφους, όπως είναι η εκπαίδευση, έγκαιρη έναρξη του θηλασμού, θηλασμός όποτε ζητηθεί, και αποφυγή χρήσης τεχνητών μέσων/βοηθημάτων. Η αποτελεσματικότητά τους έχει ευρέως εξεταστεί (World Health Organization, 1991; Schneidrova et al, 2003; Merten & Ackermann-Liebrich, 2004; Broadfoot et al, 2005), και ιδιαίτερα στη μελέτη PROBIT- Promotion of Breastfeeding Intervention Trial των Kramer et al (2001). Παράλληλα, η ΠΦΒΝ και τα «Δέκα Βήματα» απευθύνονται στο προσωπικό των μαιευτηρίων για βελτιστοποίηση της επιτυχίας του θηλασμού.

Ο Dykes (2006) καταλήγει πως τα τελευταία χρόνια υπάρχει ανανεωμένο ενδιαφέρον παγκόσμια, το οποίο αφορά ευρύ φάσμα, τόσο σε επίπεδο πολιτικών αποφάσεων των χωρών όσο και σε προσωπικό επίπεδο των ίδιων των επαγγελματιών υγείας για απόκτηση γνώσεων σχετικά με το μητρικό θηλασμό, τη σίτιση του βρέφους και την ικανοποίηση της μητέρας για στήριξη του θηλασμού, γεγονός που επισημαίνουν και στις έρευνες τους οι Abbott et al (2006), Renfrew (2006) και Renfrew et al (2006a).

Η Fontes Figueredo et al (2012) μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν για την αποτελεσματικότητα του καθενός από τα «Δέκα Βήματα» βρήκαν στα τριάντα πέντε άρθρα που μελέτησαν ότι οι αλλαγές στην πρακτική των μαιευτικών μονάδων σύμφωνα με τα «Δέκα Βήματα» αύξησαν τα ποσοστά συχνότητας του μητρικού θηλασμού.

Η ύπαρξη γραπτής πολιτικής (Βήμα 1<sup>ο</sup>) είναι συνδεδεμένη με την αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού, αύξηση της ευσυνειδησίας των επαγγελματιών υγείας για το μητρικό θηλασμό και απομάκρυνση των παρασκευασμάτων για βρέφη καθώς και στήριξη των μητέρων που θηλάζουν. Η απόκτηση γνώσεων και η στάση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει τη διάρκειά του και την αυξάνει. Καλύτερεύει την

ποιότητα των γνώσεων και την απόδοση τους, στηρίζοντας έτσι τις θηλάζουσες που κατ' επέκταση συμβάλλει στην αύξηση της διάρκειας του θηλασμού των βρεφών (Βήμα 2<sup>ο</sup>). Η στήριξη που παρέχεται στις μητέρες από τους επαγγελματίες υγείας για να θηλάσουν εντός μισής ώρας από τον τοκετό, αυξάνει την πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Βήμα 4<sup>ο</sup>).

Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση των Fontes Figueredo et al (2012) διαφαίνεται μέσα από το κάθε βήμα, από το πρώτο μέχρι το δέκατο, η σημαντικότητα της παρουσίας και στήριξης των επαγγελματιών υγείας προς τη μητέρα και το βρέφος για έναρξη του θηλασμού, συνέχιση, εγκαθίδρυση και αποκλειστικότητα του.

Όπως ειπώθηκε παραπάνω, με την εγκαθίδρυση της Διεθνούς Πρωτοβουλίας για τη δημιουργία νοσοκομείων «Φιλικά προς τα Βρέφη» τεκμηριώθηκε η χρησιμότητα των «Δέκα Βημάτων» (Kramer et al, 2001; Broadfoot et al, 2005; Bartington et al, 2006; Philip & Radford, 2006; Caldeira & Goncalves, 2007; Perez-Escamilla, 2007; Declercq et al, 2009; Abrahams & Labbok, 2012) και παρ'όλο που η εφαρμογή τους σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά μητρικού θηλασμού (Kramer et al, 2001; Merten et al, 2004), εντούτοις επικρατεί διεθνώς έντονη ανησυχία πως δεν εφαρμόζονται από όλες τις μαιευτικές μονάδες (Chalmers et al, 2009; Afiyanti & Juliastudi, 2012).

## **2.2 Γνώσεις και στάσεις**

Μέσα από διάφορες μελέτες έχει γίνει προσπάθεια αξιολόγησης των γνώσεων και της πρακτικής των επαγγελματιών της υγείας σχετικά με το θηλασμό και τη διατροφή του βρέφους (Dennis, 2002; Hauck & Irurita, 2003; Martell, 2003; Sikorski et al, 2003; McFadden & Toole, 2006; Britton et al, 2007;). Σε έρευνα των Sikorski et al (2003), διαφάνηκε πως οι γυναίκες που λάμβαναν εξειδικευμένη υποστήριξη και συμβουλές στα θέματα του μητρικού θηλασμού έχουν πιο θετική εμπειρία και η διάρκεια του θηλασμού είναι αυξημένη. Ο Britton et al (2007) συμπεραίνει πως η επιπρόσθετη επαγγελματική υποστήριξη που λαμβάνουν οι μητέρες φάνηκε να βοηθά στην αύξηση της χρονικής διάρκειας του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Ωστόσο σε έρευνά του, ο Dennis (2002) κατέληξε πως οι επαγγελματίες υγείας με μειωμένη γνώση σχετικά με τα θέματα μητρικού θηλασμού αποτελούν αρνητικό πόρο στήριξης αφού δίνουν ανακριβείς και ασυνεπείς συμβουλές.

Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες διαδραματίζουν βασικό ρόλο στήριξης και εκπαίδευσης στις μητέρες

σχετικά με το μητρικό θηλασμό και τη διατροφή του βρέφους, γεγονός που υποστηρίζεται από έρευνες των Renfrew et al (2005); Dykes (2006) και Wallace et al (2007). Ωστόσο, παρά τον τόσο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν με τη συμβολή τους στην έναρξη, στήριξη και εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού, η εκπαίδευση τους σχετικά με το θηλασμό είναι ανεπαρκής, έχοντας αντικρουόμενες στάσεις ως προς τις πρακτικές του θηλασμού (Jones & Brown, 2003; Smale et al, 2006; Burt et al, 2006; Renfrew, 2006; Wallace et al, 2007). Στην έρευνα των Daniels & Jackson (2011) για τις γνώσεις, στάσεις πρακτικές των νοσηλευτών για την πολιτική της ΠΦΒΝ και των «Δέκα Βημάτων», διαφάνηκε ότι υπάρχει ελλιπής γνώση η οποία δε συμβαδίζει με την πρακτική και επισημαίνει την αναγκαιότητα εκπαίδευσης και συνεχούς ανανέωσης των γνώσεων και πρακτικών των επαγγελματιών υγείας.

Σε έρευνες όπου διενεργήθηκαν συζητήσεις με ομάδες εστίασης για διερεύνηση των απόψεων των μητέρων για στήριξη τους από τους επαγγελματίες υγείας αποκάλυψαν την παροχή αντικρουόμενων συμβουλών και κακών πρακτικών (Hauck & Iurita, 2003; Martell, 2003; McFadden & Toole, 2006) και την απουσία κοινής πρακτικής πολιτικής, συνεργασίας και συντονισμού ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (Krogstad et al, 2002). Παρόμοιες έρευνες με συνεντεύξεις σε μαιές, νοσηλευτές και μητέρες (Furber, 2000; Henderson et al, 2000; Gill, 2001; Dykes, 2005a; Furber & Thomson, 2006; Smale et al, 2006) για καθορισμό της σχέσης μεταξύ των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης της θηλάζουσας σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών έχουν εντοπίσει ελλείψεις στις γνώσεις και στις πρακτικές. Τέτοια ευρήματα αναδύθηκαν και από μελέτες που αναφέρονται στη στήριξη της έναρξης και συνέχισης του μητρικού θηλασμού (White et al, 2002; Ekstrom et al, 2006; Ekstrom & Nissen, 2006). Γνωσιολογική ανεπάρκεια κατέδειξε και η έρευνα των Finneman & Murphy (2004) που αφορούσε τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το μητρικό θηλασμό.

Η έρευνα της Bernaix (2000) που αφορούσε τις στάσεις, τα υποκειμενικά πρότυπα και τις συμπεριφοριστικές προθέσεις των νοσηλευτών για υποστήριξη των μητέρων που θηλάζουν και της Cantrill et al (2003) για τις γνώσεις των μαιών στην Αυστραλία κατέδειξαν ότι προβλεπτικοί παράγοντες για υποστηρικτική συμπεριφορά των νοσηλευτών στην παροχή πληροφοριών, τεχνικής και συναισθηματικής στήριξης στις θηλάζουσες μητέρες αποτελούν τα ψηλά ποσοστά γνώσεων που κατέχουν.

Επιπλέον, το πρόβλημα φαίνεται να μην περιορίζεται στο χώρο του μαιευτηρίου αφού τα γενικά μηνύματα που διαχέονται στο κοινό κατά την διάρκεια εκστρατειών για την προαγωγή της υγείας και αναφέρονται στα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού ενίοτε

φαίνονται να μην συμβαδίζουν με την υποστήριξη και τις συμβουλές που δίνονται για τη τεχνική του θηλασμού (Dykes,2006) και αποτελεί συνεχές εύρημα σε έρευνες η απογοήτευση των μητέρων λόγω της λήψης αντικρουόμενων συμβουλών από τους επαγγελματίες υγείας (Simmons, 2002; Smale et al, 2006). Ο Leahy-Warren (2007) σε έρευνα που διεξήγαγε σε πρωτότοκες μητέρες κατέδειξε πως τα 2/3 στηρίζονται σε επαγγελματίες υγείας για να πάρουν τις πληροφορίες που χρειάζονται, ωστόσο σχεδόν οι μισές από αυτές ήθελαν να λάβουν περισσότερες πληροφορίες.

Είναι σημαντικό, βέβαια, να αναφερθεί ξανά ότι η καταγραφή και η αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης σε σχέση με την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» στα μαιευτήρια γίνεται συνήθως σε επίπεδο μονάδων, μέσα από τις απαντήσεις των διευθυντών/προϊσταμένων των μονάδων και λιγότερο συχνά σε επίπεδο προσωπικού μέσω της καταγραφής των απόψεων του προσωπικού που εργάζεται στις μονάδες αυτές (Grizzard et al, 2006; Haiek, 2012).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Συστηματική Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε σχέση με την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων.**

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης σε σχέση με την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων». Θα γίνει αναφορά στον σκοπό (ενότητα 3.1), στο υλικό και στη μέθοδο (ενότητα 3.2), στα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού (ενότητα 3.3), θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα (ενότητα 3.4), η συζήτηση (ενότητα 3.5) και στην ενότητα 3.6 οι περιορισμοί της ανασκόπησης.

#### **3.1 Σκοπός**

Να διερευνηθεί η εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» για επιτυχή μητρικό θηλασμό από μαιές/νοσηλεύτες/επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία/μαιευτικά κέντρα.

#### **3.2 Υλικό και Μέθοδος**

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων (Scopus, Web of Science, Pubmed, Cinalh), κατά τη χρονική περίοδο Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2014. Σε όλες τις βάσεις δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι ίδιες λέξεις κλειδιά και η ίδια στρατηγική αναζήτησης (τίτλος, περίληψη, ολόκληρο κείμενο): (10 steps OR ten steps) AND (successful breastfeeding) AND (who OR unicef) AND (implementation) AND (nurse OR nursing OR midwife OR midwives OR health professional) AND (maternity units OR maternity hospitals).

Η αναζήτηση οδήγησε στην αρχική επιλογή 24 άρθρων. Από αυτές τρεις απερρίφθησαν επειδή ήταν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, τέσσερις επειδή εμφανίζονταν δύο φορές, ενώ οι υπόλοιπες 17 επιλέγηκαν για ανάγνωση του πλήρους κειμένου της δημοσίευσης οπότε και απερρίφθησαν 12 μελέτες γιατί δεν ανταποκρίνονταν στα προκαθορισμένα κριτήρια εισόδου (οιονεί πειραματικοί σχεδιασμοί, κριτική ανασκόπηση, ποιοτική μελέτη, μη συμπερίληψη και των δέκα βημάτων στην έρευνα). Παρέμειναν πέντε μελέτες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου, ενώ σε αυτές προστέθηκαν δύο μελέτες που προέκυψαν από τη μελέτη των βιβλιογραφικών παραπομπών των ανασκοπήσεων και των άρθρων που ανακτήθηκαν. Επομένως, στην ανασκόπηση συμπεριλήφθησαν συνολικά επτά μελέτες. Η διαδικασία εμφανίζεται πιο αναλυτικά στο διάγραμμα ροής στο γράφημα 2.

### **3.3 Κριτήρια εισόδου/αποκλεισμού:**

#### 3.3.1 Κριτήρια εισόδου:

- (1) ερευνητικές μελέτες διερεύνησης της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» στο σύνολο
- (2) η συμπλήρωση του εργαλείου να γίνεται από διευθυντές νοσοκομείων ή προϊσταμένους μονάδων ή από το ίδιο το προσωπικό (μαίες/νοσηλεύτες/επαγγελματίες υγείας) που ασχολούνται με τη φροντίδα μητέρας-βρέφους. Συμπεριλήφθηκαν οι μελέτες στις οποίες δείγμα αποτέλεσαν οι διευθυντές, ή προϊστάμενοι αφού, οι πλείστες μελέτες γίνονται σε επίπεδο μονάδας και όχι σε επίπεδο προσωπικού
- (3) αρχικά, κριτήριο εισόδου αποτέλεσε η χρησιμοποίηση του εργαλείου μέτρησης της WHO/UNICEF για αυτοαξιολόγηση της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων», όπως στην παρούσα έρευνα, αλλά λόγω του μειωμένου αριθμού ερευνών που το χρησιμοποίησαν αυτούσιο, διευρύνθηκαν τα κριτήρια εισόδου, με αποτέλεσμα να συμπεριληφθούν έρευνες που στις οποίες χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο ή το εργαλείο που κατασκευάστηκε στηριζόμενο σε αυτό
- (4) διερεύνηση της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» σε Φιλικά ή μη προς τα Βρέφη Νοσοκομεία ή κέντρα παροχής τέτοιας φροντίδας
- (5) έρευνες στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, και δημοσίευση σε επιστημονικά περιοδικά
- (6) συμπερίληψη μελετών από το 2000 μέχρι το 2014

#### 3.3.2 Κριτήρια αποκλεισμού:

- μελέτες περίπτωσης, πειραματικές ή οιονεί πειραματικές έρευνες, ανασκοπήσεις
- διερεύνηση της εφαρμογής συγκεκριμένων βημάτων και όχι των «Δέκα Βημάτων» ως σύνολο

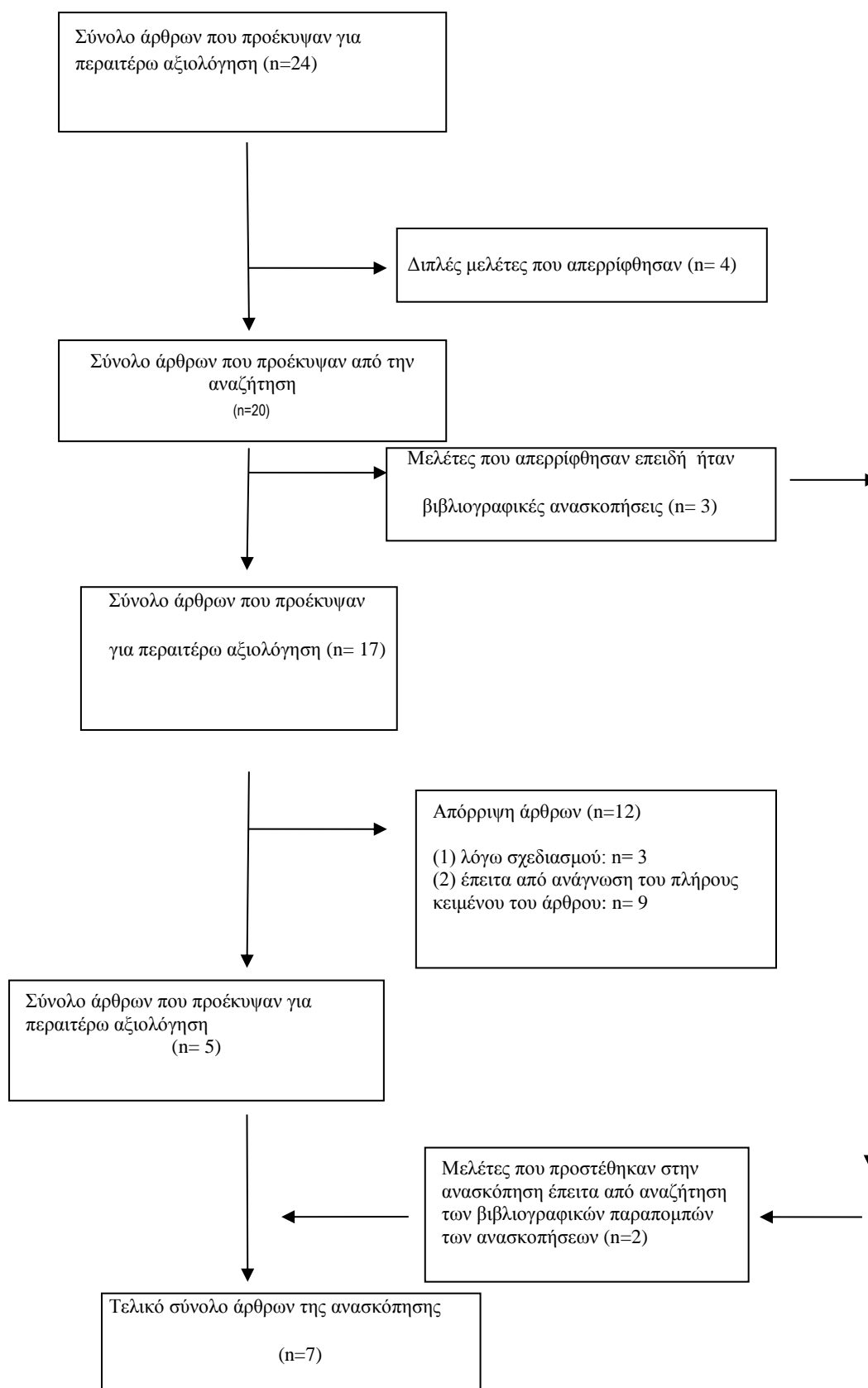
### **3.4 Αποτελέσματα**

Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση είχαν δημοσιευθεί από το 2002 μέχρι το 2013 σε αναγνωρισμένα επιστημονικά περιοδικά. Από το σύνολο των επτά ερευνών οι πέντε προέρχονται από τις Η.Π.Α, μία από τον Καναδά, και μία από τη Γκάνα.

Οι τέσσερις (Kacica et al, 2012; Lillehoj & Dobson, 2012; Levitt, 2011; Grizzard et al, 2006) από τις επτά μελέτες είχαν πραγματοποιηθεί σε επίπεδο μονάδας, όπου ζητήθηκε από ένα αντιπρόσωπο (διευθυντή ή επαγγελματία υγείας) σε κάθε νοσοκομείο να

συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Στις έρευνες χρησιμοποιήθηκε εργαλείο που δημιουργήθηκε βασιζόμενο στο ερωτηματολόγιο για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» για επιτυχή θηλασμό της WHO/UNICEF (UNICEF/WHO, 2006) πλην της έρευνας των Aryeetey & Antwi (2013) και Lillehoj & Dobson (2012) στην οποία είχε χρησιμοποιηθεί το ίδιο εργαλείο όπως και σε αυτή τη μελέτη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η αξιολόγηση της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» συνήθως γίνεται για διοικητικούς παρά ερευνητικούς σκοπούς, σαν εσωτερική διαδικασία των νοσηλευτηρίων, επομένως τα αποτελέσματα δε δημοσιεύονται.



**Γράφημα 2: Απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης άρθρων**

**Πίνακας 1- Χαρακτηριστικά ποσοτικών ερευνών που ανασκοπήθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση**

Ερευνητές-Χρονολογία Δημοσίευσης Χώρα, Χώρος και Χρόνος Διεξαγωγής Της Έρευνας	Σκοπός	Δειγματοληψία Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	Είδος μελέτης	Εργαλείο Μέτρησης	Κύρια Ευρήματα
<b>Aryeetey &amp; Antwi, 2013</b> <u>Γκάνα/Άκρα</u>  Δημόσια Νοσοκομεία με μαιευτικές μονάδες και Κοινοτικό Κέντρο Υγείας  Απρίλιος- Ιούνιος 2011	Επαναξιολόγηση μαιευτικών μονάδων σε Νοσοκομεία- Φιλικά για Βρέφη-ως προς την τήρηση των Δέκα Βημάτων και του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος	5 Δημόσια Νοσοκομεία και 1 Κοινοτικό Κέντρο Υγείας Ερωτηματολόγιο/ συνέντευξη και χρήση παρατηρητών με βάση το πρωτόκολλο του εργαλείου Διευθυντές (N=6), Επαγγελματίες υγείας(N=90),	Περιγραφική έρευνα (Descriptive study) [αν και δεν αναφέρεται]	Unicef- External Reassessment Tool- ERT- for Baby Friendly Hospitals Questionnaire	Μερική εφαρμογή στις 6 μονάδες (42%) των δέκα βημάτων για επιτυχή θηλασμό. Διακύμανση εφαρμογής από 30-70%, με τα 4 από τα 6 να έχουν βαθμό εφαρμογής 30%. Κανένα δεν είχε πλήρη εφαρμογή στα βήματα 1 και 2, ενώ στο Βήμα 7 υπήρξε πλήρης εφαρμογή από όλα τα νοσοκομεία. Το ποσοστό συμμόρφωσης με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ήταν 54%
<b>Kacica et al, 2012</b>	Προσδιορισμός των πρακτικών θηλασμού	138 νοσοκομεία με μαιευτικές μονάδες.	Συγχρονική έρευνα (Cross-sectional	Δημιουργία εργαλείου βασισμένου σε	93% των νοσοκομείων εφάρμοζαν την 24ωρη παραμονή μητέρας-

<p><u>Η.Π.Α/Νέα Υόρκη</u></p> <p>Νοσοκομεία με μαιευτικές μονάδες</p> <p>Νοέμβριος 2009- Ιανουάριος 2010</p>	<p>στη Νέα Υόρκη</p>	<p>Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε ηλεκτρονικά από ένα αντιπρόσωπο (N=138) του μαιευτικού τμήματος κάθε νοσοκομείου. Τα νοσοκομεία ομαδοποιήθηκαν βάσει ορισμού από το αρμόδιο Τμήμα Υγείας της Νέας Υόρκης.</p>	<p>survey)</p>	<p>προηγούμενες έρευνες του Τμήματος Υγείας της Νέας Υόρκης για την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων. Περιέχει 49 ερωτήσεις για προσδιορισμό των πρακτικών των νοσοκομείων τον αντίκτυπο στην έναρξη, συνέχιση και αποκλειστικότητα του θηλασμού</p>	<p>βρέφους στο δωμάτιο και 66% από αυτά είχαν τουλάχιστον ένα συντονιστή θηλασμού. Λιγότερο από 1.5% των νοσοκομείων έδιναν πιπίλες ή υποκατάστατα μητρικού γάλακτος ή γλυκόζη σε βρέφη που θήλαζαν. Όλα τα νοσοκομεία παρείχαν εκπαίδευση για το θηλασμό στο προσωπικό. Η τοποθεσία και επίπεδο παροχής φροντίδας των νοσοκομείων φάνηκε να έχει στατιστική διαφορά με ψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού σε σχέση με την έναρξη θηλασμού αμέσως μετά τη γέννα</p>
<p><b>Lillehoj &amp; Dobson, 2012</b></p> <p><u>Η.Π.Α/Αϊόβα</u></p> <p>Νοσοκομεία με παροχή μαιευτικών υπηρεσιών</p> <p>Συλλογή δεδομένων το 2010</p>	<p>Προσδιορισμός της κατάστασης της εφαρμογής του καθενός από τα Δέκα Βήματα και των σχετιζόμενων πολιτικών των νοσοκομείων και η</p>	<p>Ερωτηματολόγιο σε Διευθυντές (N=53) Νοσοκομείων με μαιευτικές μονάδες (N=53)</p>	<p>Περιγραφική έρευνα επισκόπησης (Exploratory, descriptive study)</p>	<p>Ερωτηματολόγιο των WHO/UNICEF για αυτοαξιολόγηση εφαρμογής των δέκα βημάτων για επιτυχή θηλασμό</p>	<p>Η πλειοψηφία των νοσοκομείων εφάρμοζε τουλάχιστον 3 από τα 10 βήματα. Η πιο διαδεδομένη πολιτική το Βήμα 8, σε εφαρμογή στο 83% των νοσοκομείων. Το πιο δύσκολο για πλήρη εφαρμογή το Βήμα 1.</p>

	σχέση τους με τα ποσοστά θηλασμού				
<b>Crivelli-Kovach &amp; Chung, 2011</b>  <u>Η.Π.Α./</u> <u>Μητροπολιτική</u> <u>περιοχή-</u> <u>Φιλαδέλφεια</u>  Νοσοκομεία- Μαιευτικές μονάδες  Συλλογή δεδομένων το 2009	(α) Περιγραφή της κατάστασης που αφορά τις πρακτικές και πολιτική των νοσοκομείων στην μητροπολιτική Φιλαδέλφεια, (β) Αξιολόγηση εφαρμογής των Δέκα Βημάτων και (γ) Σύγκριση ευρημάτων το 1994 και 1999 για αλλαγές στην πολιτική και πρακτικές που αφορούν το θηλασμό	Επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με παροχή φροντίδας μητέρας-βρέφους με ομαδικές συνεντεύξεις, αλλά συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου ανά νοσοκομείο.  Ερωτηματολόγια N=25.  Νοσοκομεία παροχής μαιευτικής φροντίδας (N=25)  Συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου ανά νοσοκομείο μετά από κοινή κατάληξη στις απαντήσεις των ομάδων των επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στη συνέντευξη.	Περιγραφική διαχρονική έρευνα (Descriptive longitudinal study)	Χρησιμοποίηση ενημερωμένης έκδοσης του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στις δύο προηγούμενες έρευνες (Crivelli Kovach, 1997; Crivelli Kovach, 2002), για να αντανακλά τις αλλαγές στις πρακτικές στο πέρασμα του χρόνου. Βασισμένο στις πολιτικές των WHO/UNICEF για την ΠΦΒΝ. Χωρισμένο σε έντεκα μέρη, ένα για τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου και ένα για κάθε «Βήμα»	Η ταξινόμηση των νοσοκομείων έγινε βάσει του βαθμού της εφαρμογής του στα «Δέκα Βήματα». Τα περισσότερα νοσοκομεία ταξινομήθηκαν να έχουν «υψηλή» ή «μετρίως υψηλή» εφαρμογή σε έξι βήματα: εκπαίδευση προσωπικού 67%, διανομή γραπτής πληροφόρησης στις θηλάζουσες μητέρες 94%, έγκαιρη έναρξη θηλασμού 61%, οδηγίες για το θηλασμό προς τις μητέρες 83%, πρόγραμμα σίτισης νεογέννητου 89%, στήριξη μετά τη γέννα, εξιτήριο 83%. Τα πλείστα νοσοκομεία δήλωσαν μέτρια προς χαμηλή εφαρμογή στην τεχνητή σίτιση (61%) και στην 24ωρη παραμονή των βρεφών στο δωμάτιο (72%). Η μέση τιμή αύξησης του ποσοστού του θηλασμού στα

					προαστιακά νοσοκομεία ήταν στατιστικά ψηλότερη από ότι των αστικών νοσοκομείων (72% vs 49%, p=0.015) Σε σύγκριση συνολικού ποσοστού για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» φαίνεται αύξηση διαχρονικά, αφού το 1994 η ταξινόμηση των νοσοκομείων σε «υψηλή» ή «μετρίως υψηλή» εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ήταν 36.8% το 1994, το 1999 ήταν 51.4% και 72.2% το 2009
<b>Levitt, 2011</b> <u>Καναδάς</u> Νοσοκομείο-Μαιευτικές μονάδες Συλλογή δεδομένων το 2003 και το 2007	Περιγραφή και σύγκριση της τήρησης των Δέκα Βημάτων, πρακτική και πολιτική των μαιευτικών νοσοκομείων το 1993 και 2007 για κάθε επαρχία και περιοχή στο Καναδά	Διευθυντές-νοσηλευτές ή αντιπρόσωποι, Συμπλήρωση ερωτηματολογίου σε φάκελο ή συμπλήρωση του μέσω διαδικτύου (N=523 το 1993, N=323 το 2007). Μαιευτικά νοσοκομεία/μονάδες: (N=523 το 1993 και N=323 το 2007)	Σχεδιασμός επισκόπησης (survey)	Κατασκευάστηκε εργαλείο εστιασμένο στα σημεία του ερωτηματολογίου των WHO/UNICEF για τα «Δέκα Βήματα» για επιτυχή θηλασμό και τον Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος	Ποσοστό ανταπόκρισης: 92% το 1993 και 91% το 2007. Παρατηρήθηκαν σημαντικές βελτιώσεις το 2007 συγκριτικά με τα ευρήματα το 1993 στην εφαρμογή των πολιτικών και των πρακτικών, σύμφωνα με τον κώδικα της ΠΟΥ και των Δέκα Βημάτων. Παρατηρήθηκαν διακυμάνσεις ως προς το ποσοστό

				Χρησιμοποίηση ίδιου ερωτηματολογίου - 1993 και 2007- με κάποιες τροποποιήσεις για συμπερίληψη των «Δέκα Βημάτων»	εφαρμογής των «βημάτων» μεταξύ των νοσοκομείων στις επαρχίες.
<b>Grizzard et al, 2006</b> <u>Η.Π.Α</u> Νοσοκομείο-Μαιευτικές μονάδες Συλλογή δεδομένων το 2003	Αξιολόγηση του βαθμού της εφαρμογής των Δέκα Βημάτων και τη σχέση μεταξύ του βαθμού της εφαρμογής των ΠΦΒΝ και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσοκομείου	Συμπλήρωση ερωτηματολογίου τηλεφωνικώς από Νοσηλευτές-Διευθυντές σε μαιευτικά τμήματα (N=43) -postpartum nurse managers σε Νοσοκομεία και μαιευτικές μονάδες (N=43)	Συγχρονική τηλεφωνική έρευνα (Cross-sectional telephone survey)	Διαμόρφωση ερωτηματολογίου με βάση τα Δέκα Βήματα με 55 κλειστού τύπου ερωτήσεις (ναι/όχι) ή τύπου Likert	Στατιστική διαφορά μεταξύ των μαιευτηρίων με ποσοστά υψηλής εφαρμογής με αυτών που είχαν μέτρια, ως προς τη χρήση πιπίλων (p=0.017) και παροχή στήριξης στις μητέρες μετά το τοκετό για το θηλασμό (p=0.001). Η αποδοχή δωρεάν βιομηχανοποιημένου γάλακτος φάνηκε να σχετιζόταν σημαντικά (p=0.030) με τη συνολική εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων». Κατηγοριοποίηση νοσοκομείων βάσει των σκορ ως εξής: χαμηλή εφαρμογή (0-25%), μερική εφαρμογή (25.1-74.9%), μέτρια

					προς υψηλή (75-89.9%), υψηλή εφαρμογή (σκορ 90 και πάνω).
<b>Crivelli Kovach, 2002</b> <u>Η.Π.Α/Φιλαδέλφεια</u> Νοσοκομείο-Μαιευτικές μονάδες Συλλογή δεδομένων το 1999	Περιγραφή της κατάστασης της πολιτικής και πρακτικής για το θηλασμό στα νοσοκομεία για αξιολόγηση του βαθμού της εφαρμογής της ΠΦΒΝ και σύγκριση με προηγούμενα δεδομένα του 1994 της έρευνας της Crivelli Kovach (1997)	Επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με παροχή φροντίδας της μητέρας και του βρέφους με ομαδικές συνεντεύξεις (N=1 - 6 ανά νοσοκομείο). Συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου ανά νοσοκομείο μετά από κοινή κατάληξη στις απαντήσεις των ομάδων των επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στη συνέντευξη Νοσοκομεία που παρέχουν μαιευτική Φροντίδα (N=35)	Περιγραφική Διαχρονική έρευνα (Descriptive longitudinal study)	Χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου (με κάποιες τροποποιήσεις) της προηγούμενης έρευνας της Crivelli Kovach (1997) το οποίο είναι βασισμένο στις πολιτικές WHO/UNICEF για την ΠΦΒΝ με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις για μέτρηση των διαστάσεων της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων».	Η ταξινόμηση των νοσοκομείων έγινε βάσει του βαθμού της εφαρμογής του στα «Δέκα Βήματα» σε «υψηλή», «μετρίως υψηλή», «μερική» και «χαμηλή». Τα περισσότερα νοσοκομεία εφάρμοζαν πλήρως τα 5 από τα 10 βήματα. Το 37% είχαν υψηλά ποσοστά συνολικής εφαρμογής και το 63% μέτρια. Υπήρξε σημαντική αύξηση στον αριθμό των νοσοκομείων που εφάρμοζαν τα βήματα συγκριτικά με τα ευρήματα το 1994 (Crivelli Kovach, 1997). Στατιστικά σημαντική η αύξηση των νοσοκομείων το 1999 που συμπεριέλαβαν περιορισμούς στη χρήση βρεφικών υποκατάστατων 68.6 vs 34.2% (p=0.004). Μέτρια εφαρμογή της 24ωρης παραμονής μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο-Βήμα

					7, της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας-Βήμα 2, και της χρήσης βρεφικών υποκατάστατων διατροφής-Βήμα 9
<b>Crivelli Kovach, 1997</b> <u>Η.Π.Α/Πενσυλβανία</u> Νοσοκομείο-Μαιευτικές μονάδες Συλλογή δεδομένων το 1994	Περιγραφή της κατάστασης που αφορά την πολιτική και πρακτικές του θηλασμού στα νοσοκομεία και το βαθμό εφαρμογής των Δέκα Βημάτων WHO/UNICEF	Διευθυντές, επαγγελματίες υγείας (N=38) που ασχολούνται με φροντίδα μητέρας-βρέφους, Συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου ανά νοσοκομείο μετά από κοινή κατάληξη στις απαντήσεις των ομάδων των επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στη συνέντευξη Νοσοκομεία με μαιευτικές μονάδες (N=38)	Περιγραφική μελέτη περίπτωσης (Descriptive case study design)	Κατασκευή ερωτηματολογίου βασισμένου στις πολιτικές WHO/UNICEF για την ΠΦΒΝ με κλειστού/ανοικτού τύπου ερωτήσεις για μέτρηση των διαστάσεων της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων».	Σύγκριση πρακτικών και πολιτικών στο κάθε νοσοκομείο με την ΠΦΒΝ. Έγινε κατηγοριοποίηση τους σύμφωνα με το επίπεδο εφαρμογής του καθενός από τα Δέκα Βήματα. Πλήρη εφαρμογή στα τέσσερα από τα δέκα βήματα και μερική εφαρμογή στα υπόλοιπα έξι. 37% των νοσοκομείων κατηγοριοποιήθηκαν ως «πλήρη εφαρμογή-high or moderately high» στα Βήματα 3,5,8,10 και 63% ως «μερική εφαρμογή»

### 3.4.1 Εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων»

Στις έρευνες των Levitt et al (2011), Crivelli Kovach & Chung (2011) και Crivelli Kovach (2002) γινόταν σύγκριση της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» με ευρήματα προηγούμενων ετών.

Η έρευνα της Crivelli Kovach (2002) πραγματοποιήθηκε το 1999 σε τριάντα πέντε νοσοκομεία παροχής μαιευτικής φροντίδας στη Φιλαδέλφεια, σε επίπεδο μονάδας (διευθυντές, νοσηλευτικούς διευθυντές/ σύμβουλους θηλασμού). Σκοπός της ήταν η περιγραφή της κατάστασης της πολιτικής και πρακτικής για το θηλασμό στα νοσοκομεία της Φιλαδέλφειας για αξιολόγηση του βαθμού της εφαρμογής της ΠΦΒΝ και σύγκριση με τα δεδομένα προηγούμενης έρευνας του 1194 (Crivelli Kovach, 1997), όπως και η αρχική έρευνα (Crivelli Kovach, 1997). Πρόκειται για μια Περιγραφική Διαχρονική έρευνα (Descriptive longitudinal study) με ομαδικές συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με φροντίδα μητέρας-βρέφους. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο με κάποιες τροποποιήσεις, το οποίο είναι βασισμένο στις πολιτικές WHO/UNICEF για την ΠΦΒΝ με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις για μέτρηση των διαστάσεων της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων». Συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο ανά νοσοκομείο μετά από επίτευξη συμφωνίας στις απαντήσεις των ομάδων των επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στη συνέντευξη. Σε συνέχεια της πιο πάνω έρευνας (Crivelli Kovach, 2002) πραγματοποιήθηκε το 2009 σε είκοσι πέντε νοσοκομεία/μαιευτικές μονάδες στην Μητροπολιτική περιοχή της Φιλαδέλφειας των Η.Π.Α περιγραφική διαχρονική έρευνα (Descriptive longitudinal study) από τους Crivelli-Kovach & Chung (2011) με ομαδικές συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την παροχή μαιευτικής φροντίδας. Σκοπός της έρευνας ήταν η περιγραφή της κατάστασης που αφορά τις πρακτικές και την πολιτική των νοσοκομείων στην Μητροπολιτική Φιλαδέλφεια, η αξιολόγηση της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τις προηγούμενες έρευνες της Crivelli Kovach (1997) και Crivelli Kovach (2002) για τις αλλαγές στην πολιτική και τις πρακτικές που αφορούν το θηλασμό.

Χρησιμοποιήθηκε ενημερωμένη έκδοση του ερωτηματολογίου που δόθηκε στις δύο προηγούμενες έρευνες (Crivelli Kovach, 1997; Crivelli Kovach, 2002) για να αντανakλά τις αλλαγές στις πρακτικές στο πέρασμα του χρόνου. Το ερωτηματολόγιο είναι βασισμένο στις πολιτικές WHO/UNICEF για την ΠΦΒΝ και είναι χωρισμένο σε έντεκα μέρη, ένα για τα

χαρακτηριστικά του νοσοκομείου και ένα για κάθε «Βήμα». Οι στατιστικές συγκρίσεις εφαρμόστηκαν για τα νοσοκομεία που συμμετείχαν και στις τρεις έρευνες. Η ταξινόμηση των νοσοκομείων και στις τρεις έρευνες έγινε βάσει του ποσοστιαίου βαθμού της εφαρμογής τους στα «Δέκα Βήματα» βάσει των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο της αυτοαξιολόγησης σε «υψηλή» (76-100%), «μετρίως υψηλή» (51-75%), «μερική» (26-50%) και «χαμηλή» (0-25%) εφαρμογή.

Φάνηκε πως στο σύνολο, ο αριθμός των νοσοκομείων που εφαρμόζε τα «Δέκα Βήματα» αυξήθηκε, όπως επίσης αυξήθηκε και στο σύνολο η εφαρμογή τους (Levitt et al, 2011; Crivelli Kovach & Chung, 2011; Crivelli Kovach, 2002). Σύμφωνα με τη Crivelli Kovach (2002), υπήρξε σημαντική αύξηση στον αριθμό των νοσοκομείων που εφαρμόζαν τα βήματα συγκριτικά με τα ευρήματα με την αρχική έρευνα του 1994 (Crivelli Kovach, 1997). Πιο αναλυτικά, στη μετέπειτα έρευνα των Crivelli Kovach & Chung (2011) συγκρίνοντας τα συνολικά ποσοστά για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» φαίνεται αύξηση διαχρονικά, αφού η ταξινόμηση των νοσοκομείων σε «υψηλή» ή «μετρίως υψηλή» εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ήταν 36.8% το 1994, 51.4% το 1999 και 72.2% το 2009.

Όσον αφορά τη συμμόρφωση με τα «Δέκα Βήματα» και την ταξινόμηση της εφαρμογής τους με το πέρασμα των χρόνων, η Crivelli Kovach (2002) αναφέρει ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο Βήμα 4 (έναρξη θηλασμού) ( $p < .01$ ) και στο Βήμα 7 (24ωρη παραμονή του βρέφους στο δωμάτιο) ( $p < .001$ ). Στο Βήμα 4 για την έναρξη του θηλασμού η εφαρμογή ταξινομήθηκε «υψηλή» ή «μετρίως υψηλή» σε 25 νοσοκομεία, με ποσοστό 71% σε σύγκριση με 15 νοσοκομεία, με ποσοστό 40% το 1994. Στο Βήμα 7 ( $p < .001$ ) για την εφαρμογή του θεσμού της εικοσιτετράωρης παραμονής του βρέφους στο δωμάτιο, δώδεκα νοσοκομεία, ποσοστό 35%, ταξινομήθηκαν στην «υψηλή» ή «μετρίως υψηλή» εφαρμογή σε σύγκριση με μόνο τέσσερα, ποσοστό 10% το 1994. Στα πλείστα νοσοκομεία φάνηκε να εφαρμόζονται πλήρως τα πέντε από τα δέκα βήματα, με το 37% να είχαν ψηλά ποσοστά συνολικής εφαρμογής και το 63% μετρίου βαθμού εφαρμογή. Τα αποτελέσματα αυτά αφορούσαν το Βήμα 3 (ενημέρωση εγκύων για το θηλασμό), το Βήμα 4 (έναρξη θηλασμού), το Βήμα 5 (διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας), το Βήμα 8 (ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός) και το Βήμα 10 (στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο). «Μέτρια προς χαμηλή εφαρμογή» δηλώθηκε, ωστόσο, στον αποκλειστικό θηλασμό (61%)-Βήμα 6 και στην εικοσιτετράωρη παραμονή του βρέφους στο δωμάτιο (72%)- Βήμα 7.

Επιπρόσθετα, σε συνέχεια της έρευνας αυτής (Crivelli Kovach & Chung, 2011) τα περισσότερα νοσοκομεία ταξινομήθηκαν να έχουν «υψηλή» ή «μετρίως υψηλή» εφαρμογή σε έξι από τα δέκα βήματα. Τα ποσοστά αυτά αφορούσαν τα ίδια Βήματα όπως στην πιο πάνω αναφερθείσα έρευνα εξαιρουμένου του Βήματος 2 (εκπαίδευση προσωπικού). Αναλυτικότερα: Βήμα 2 -εκπαίδευση προσωπικού- ποσοστό 67%, Βήμα 3 -ενημέρωση εγκύων για το θηλασμό- ποσοστό 94%, Βήμα 4 -έναρξη θηλασμού- ποσοστό 61%, Βήμα 5 - διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας- ποσοστό 83%, Βήμα 8 -ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός- ποσοστό 89%, Βήμα 10 -στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο - ποσοστό 83%. Συνοπτικά, σύμφωνα με τους Crivelli Kovach & Chung (2011) η μέση τιμή εφαρμογής των «Βημάτων» διέφερε σημαντικά στην παρούσα έρευνα σε σύγκριση με τις δύο προηγούμενες (Crivelli Kovach, 1997; Crivelli Kovach, 2002) ως προς το Βήμα 4 που αφορά την έναρξη του θηλασμού [ $\chi^2(2, n=17)=6.17, p=0.045$ ], το Βήμα 7 που αφορά την εικοσιτετράωρη παραμονή του βρέφους στο δωμάτιο [ $\chi^2(2, n=17)=6.24, p=0.044$ ], και το Βήμα 8 που αφορά το θηλασμό όποτε ζητηθεί [ $\chi^2(2, n=17)=18.16, p<0.001$ ]. Παρόλα αυτά, σε κανένα νοσοκομείο, σε καμιά από τις τρεις έρευνες δεν παρατηρήθηκε πλήρης εφαρμογή και στα «Δέκα Βήματα».

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Lillehoj & Dobson (2012) οι οποίοι αναφέρουν πως κανένα νοσοκομείο από τα πενήντα τρία που διερεύνησαν στην Αϊόβα-ΗΠΑ δεν εφάρμοσε πέραν των επτά βημάτων (διάμεσος τιμή median 3.0, διακύμανση εφαρμογής: 0-7 βήματα). Τα νοσοκομεία που εξέτασαν δεν είχαν οριστεί ως «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία». Πιο δύσκολο ως προς την επίτευξη φάνηκε να είναι το Βήμα 1 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής), το οποίο δεν εφαρμοζόταν σε κανένα από τα νοσοκομεία, γιατί μόνο το 8% (3 νοσοκομεία) διέθεταν μηχανισμούς για να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της υφιστάμενης πολιτικής τους για το θηλασμό. Επισημαίνουν επίσης πως τα αποτελέσματα της συμμόρφωσης στα Δέκα Βήματα φάνηκε να είναι σε πιο χαμηλά ποσοστά συγκριτικά με άλλες περιοχές στις Η.Π.Α (Crivelli Kovach, 1997). Συχνότερο στην εφαρμογή βρέθηκε να είναι το Βήμα 8 (ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός), το οποίο εφαρμοζόταν σε 44 από τα 53 νοσοκομεία.

«Μερική» ταξινομήθηκε η εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» για επιτυχή θηλασμό στις 6 μαιευτικές μονάδες, που ερεύνησαν οι Aryeetey & Antwi (2013) στην Άκρα-Γκάνα, με συνολικό ποσοστό εφαρμογής να είναι μόνο στο 42%. Υπήρξε διακύμανση εφαρμογής των

βημάτων από 30% μέχρι 70%, με τα τέσσερα από τα έξι νοσοκομεία να έχουν μόνο 30% ποσοστό εφαρμογής. Κανένα δεν είχε πλήρη εφαρμογή στο Βήμα 1 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής) και στο Βήμα 2 (εκπαίδευση προσωπικού), ενώ στο Βήμα 7 (εικοσιτετράωρη παραμονή του βρέφους στο δωμάτιο) υπήρξε πλήρης εφαρμογή από όλα τα νοσοκομεία. Η καλύτερη αξιολόγηση επιτεύχθηκε σε ένα μόνο νοσοκομείο με εφαρμογή των επτά από τα δέκα βήματα.

Παρόμοια ταξινόμηση των νοσοκομείων πραγματοποίησαν και οι Grizzard et al (2006) οι οποίοι έκαναν διαχωρισμό των νοσοκομείων βάσει των αποτελεσμάτων της εφαρμογής τους σε «υψηλή», «μέτρια προς υψηλή», «μερικώς» και «χαμηλή» εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων». Ο διαχωρισμός έγινε με βάση του αποτελέσματος του συνολικού σκορ εφαρμογής στο κάθε βήμα ξεχωριστά. Η «υψηλή» εφαρμογή με σκορ 90% και πάνω, η «μέτρια προς υψηλή» εφαρμογή με σκορ 75-89,9%, η «μερικώς» εφαρμογή με σκορ 25.1-74,9% και η «χαμηλή» εφαρμογή με σκορ 0-25%. Τα ποσοστά εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» διαφάνηκε να βρίσκεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα (60%) στα νοσοκομεία της Μασαχουσέτης - ΗΠΑ. Η έρευνα των Grizzard et al (2006) πραγματοποιήθηκε σε επίπεδο μονάδας (νοσηλευτές/διευθυντές) σε 43 από τα 49 μαιευτικά νοσοκομεία και πρόκειται για συγχρονική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου –τηλεφωνικός- βασισμένου στα «Δέκα βήματα», με 55 κλειστού τύπου ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, διαφάνηκε να έχει σημαντικό ρόλο στο διαχωρισμό της ταξινόμησης των νοσοκομείων σε «υψηλή» και «μέτρια προς υψηλή» με «μερικώς» και «χαμηλή» εφαρμογή, η εφαρμογή των Βημάτων 9 (χρήση υποκατάστατων-πιπίλες) και 5 (διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας).

Διαφοροποίηση στην κατηγοριοποίηση των μαιευτηρίων στην εφαρμογή των Βημάτων επισήμαναν στην έρευνα τους οι Grizzard et al (2006) όπου βρέθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ των μαιευτηρίων που είχαν ποσοστά «υψηλής» εφαρμογής με αυτών που είχαν «μέτρια» εφαρμογή στο Βήμα 9 ως προς τη χρήση υποκατάστατων-πιπίλων ( $p=0.017$ ) και στη παροχή στήριξης για θέματα θηλασμού στις μητέρες μετά το εξιτήριο- Βήμα 10 ( $p=0.001$ ).

### **3.4.2 Εφαρμογή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος**

Στην έρευνα τους οι Levitt et al (2011) αναφέρουν πως αν και είναι ενθαρρυντική η μείωση του αριθμού των νοσοκομείων στον Καναδά από 82% σε 68% από το 1993 μέχρι το 2007 που είχαν επίσημη συμφωνία με τις εταιρείες για παροχή βιομηχανοποιημένου γάλακτος (Κώδικας

Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος), εντούτοις το ποσοστό 68% των νοσοκομείων που προωθούν το βιομηχανοποιημένο γάλα παραμένει ψηλό. Περίπου στα ίδια ποσοστά κυμαίνονται και τα αποτελέσματα στην έρευνα των Aryeetey & Antwi (2013) στην οποία μόνο τα μισά από τα νοσοκομεία, ποσοστό 54%, που συμμετείχαν συμμορφώθηκαν με τον Κώδικα και με μόνο ένα νοσοκομείο να τον εφαρμόζει πλήρως.

Η έρευνα των Aryeetey & Antwi (2013) έγινε στην Άκρα, Γκάνα, όπου επαναξιολόγησαν μαιευτικές μονάδες για τήρηση των «Δέκα Βημάτων» και Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε πέντε Φιλικά για Βρέφη Δημόσια Νοσοκομεία με μαιευτικές μονάδες και ένα Κοινοτικό Κέντρο Υγείας κατά τον Απρίλιο- Ιούνιο 2011. Χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο της Unicef για επαναξιολόγηση των Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων (Unicef External Re-assessment Tool-ERT- for Baby Friendly Hospitals Questionnaire). Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με έξι διευθυντές, 90 εξειδικευμένους στην παροχή μαιευτικής φροντίδας επαγγελματίες υγείας και 200 γυναίκες (εγκύους ή μητέρες) από εκπαιδευμένους αξιολογητές. Σκοπός των δομημένων συνεντεύξεων με το προσωπικό ήταν η αξιολόγηση των γνώσεών τους σχετικά με την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και του Κώδικα. Ωστόσο, στη έρευνα τους οι Kacica et al (2012) αναφέρουν πως παρόλα τα θετικά ευρήματα και τα υψηλά ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, οι εταιρίες παρείχαν δωρεάν βιομηχανοποιημένο γάλα στο 91% των νοσοκομείων, ενώ ποσοστό 32% δήλωσε την εφαρμογή του Κώδικα δύσκολη λόγω οικονομικών δυσχερειών ως προς την αγορά του γάλακτος.

Η έρευνα αυτή έγινε στην πολιτεία της Νέας Υόρκης των Η.Π.Α σε 138 νοσοκομεία με μαιευτικές μονάδες (ποσοστό ανταπόκρισης 100%). Πρόκειται για συγχρονική έρευνα που σκοπός της ήταν ο προσδιορισμός της εφαρμογής των πρακτικών θηλασμού στη πολιτεία της Νέας Υόρκης. Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε ηλεκτρονικά κατά τους μήνες Νοέμβριο 2009- Ιανουάριο 2010 από έναν αντιπρόσωπο του μαιευτικού τμήματος κάθε νοσοκομείου και τα νοσοκομεία ομαδοποιήθηκαν βάσει ορισμού από το αρμόδιο Τμήμα Υγείας της Νέας Υόρκης. Το εργαλείο ήταν βασισμένο σε προηγούμενες έρευνες του Τμήματος Υγείας της Νέας Υόρκης για την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων και περιείχε 49 ερωτήσεις για προσδιορισμό των πρακτικών των νοσοκομείων, του αντίκτυπου στην έναρξη, τη συνέχιση και αποκλειστικότητα του θηλασμού.

Επιπρόσθετα, στην έρευνα τους οι Grizzard et al (2006) επισήμαναν πως αποδοχή του δωρεάν βιομηχανοποιημένου γάλακτος φάνηκε να σχετιζόταν σημαντικά ( $p= 0,03$ ) με τη συνολική εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων».

### **3.4.3 Εφαρμογή βημάτων και ύπαρξη πολιτικής σε σχέση με τα ποσοστά θηλασμού**

Στην έρευνα των Lillehoj & Dobson (2012) βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των νοσοκομείων που ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά θηλασμού κατά το εξιτήριο και την εφαρμογή των βημάτων. Η ύπαρξη επίσημης πολιτικής στο νοσοκομείο (Βήμα 1) και η κατάρτιση του προσωπικού (Βήμα 2) είχαν θετική συσχέτιση με τον θηλασμό κατά το εξιτήριο, κάτι με το οποίο συμφωνεί και η έρευνα των Kacica et al (2012). Η διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας (Βήμα 5), αποκλειστικός θηλασμός (Βήμα 6), εικοσιτετράωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο (Βήμα 7), χρήση υποκατάστατων-πιπίλες (Βήμα 9) και υποστήριξη του θηλασμού στις μητέρες στην κοινότητα (Βήμα 10), συσχετίστηκαν εξίσου θετικά με το θηλασμό κατά το εξιτήριο (Kacica et al, 2012; Lillehoj & Dobson, 2012). Συμφωνούν και οι Levitt et al (2011) οι οποίοι παρατήρησαν αύξηση του ποσοστού του θηλασμού κατά την έξοδο από το νοσοκομείο από 72% το 1993 σε 80% το 2007, αφού συνολικά οι απαντήσεις στην έρευνα του 2007 σε σχέση με τις απαντήσεις του 1993 αποκάλυψαν σημαντικές βελτιώσεις στην εφαρμογή των πολιτικών και των πρακτικών, σύμφωνα με τον κώδικα της ΠΟΥ και των «Δέκα Βημάτων». Αναλυτικότερα αναφέρεται πως το 1993, 58% των νοσοκομείων δεν διένεμε διαφημιστικά δείγματα βιομηχανοποιημένων γαλάτων, ενώ το 2007 ο αριθμός αυξήθηκε στο 90%, το 1993 58% των νοσοκομείων είχε γραπτή πολιτική, ενώ το 2007 το ποσοστό αυξήθηκε στο 85% (Βήμα 1), 97% το 1993 και 99% το 2007 για θηλασμό όποτε ζητηθεί (Βήμα 8), 24% το 1993 και ποσοστό 64% το 2007 δήλωσε ότι δεν χορηγούν πιπίλες (Βήμα 9), 58% το 1993 και 68% το 2007 ανέφερε ότι γίνεται ενημέρωση στις μητέρες για ύπαρξη υποστηρικτικών ομάδων θηλασμού κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (Βήμα 10).

Σκοπός της επισκόπησης των Levitt et al (2011) ήταν η περιγραφή και σύγκριση του βαθμού συμμόρφωσης της εφαρμογής της ΠΦΒΝ που έγινε σε όλα τα μαιευτικά νοσοκομεία τις χρονολογίες 1993 και 2007 στον Καναδά. Χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο τόσο το 1993 όσο και το 2007 με κάποιες τροποποιήσεις για συμπερίληψη όσο το δυνατόν

περισσοτέρων Βημάτων, αφού το εργαλείο της έρευνας είναι εστιασμένο στα σημεία του ερωτηματολογίου της WHO/UNICEF για τα «Δέκα Βήματα» για επιτυχή θηλασμό και τον Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποίησαν διευθυντές-νοσηλευτές ή αντιπρόσωποι των νοσοκομείων/μαιευτικών μονάδων, ενώ το 2007 υπήρχε η επιλογή συμπλήρωσης του μέσω διαδικτύου. Το 1993 έλαβαν μέρος 523 νοσοκομεία/μαιευτικές μονάδες (ποσοστό ανταπόκρισης 92%) και το 2007 323 (ποσοστό ανταπόκρισης 91%).

Οι Crivelli-Kovach & Chung αναφέρουν (2011) αύξηση του ποσοστού του θηλασμού λόγω βελτιώσεων στην εφαρμογή των πολιτικών και των πρακτικών. Η πλειοψηφία των νοσοκομείων (61%) δήλωσε ότι έχει μόνιμο σύμβουλο θηλασμού σε σύγκριση με μόνο 16% το 1994 και 20% το 1999. Η μέση τιμή του ποσοστού θηλασμού παρουσίασε αύξηση με το πέρασμα των χρόνων ( $62.9 \pm 21.5\%$ ) σε σύγκριση με τη μέση τιμή το 1994 ( $48.3 \pm 19.9\%$ ,  $p=0.006$ ) και το 1999 ( $52.6 \pm 21.7\%$ ,  $p=0.037$ ). Επίσης, συγκριτικά με το 1994, υπήρχε στατιστική διαφορά ( $p=0.04$ ) στον αριθμό των νοσοκομείων που δήλωναν τα ποσοστά θηλασμού, 50% το 1994 και 80% το 1999, γεγονός που υποδεικνύει την αλλαγή στις καταγραμμένες πρακτικές διαχρονικά.

Στα ευρήματα τους οι Aryeetey & Antwi (2013), αν και αναφέρουν ότι το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού κατά την έξοδο από το νοσοκομείο κυμαινόταν συνολικά από 87-100%, ωστόσο η γενική συμμόρφωση στα Βήματα φάνηκε να ήταν πολύ χαμηλή και για τα 6 νοσοκομεία που μελετήθηκαν. Κανένα δεν εφάρμοζε το Βήμα 1 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής) και το Βήμα 2 (εκπαίδευση προσωπικού), ενώ το Βήμα 6 (αποκλειστικός θηλασμός) και το Βήμα 9 (χρήση υποκατάστατων-πιπίλων) ακολουθούνταν σε πέντε από τα έξι νοσοκομεία. Γενικότερα, διαφάνηκε πως σχεδόν όλα τα νοσοκομεία δεν ακολουθούσαν τις οδηγίες για συμμόρφωση από το Βήμα 1 μέχρι το Βήμα 5 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής, εκπαίδευση προσωπικού, ενημέρωση εγκύων για θηλασμό, έναρξη θηλασμού και διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση της γαλουχίας).

Στη έρευνα των Kacica et al (2012) διαφάνηκε πως το 93% των νοσοκομείων εφάρμοζαν την εικοσιτετράωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο (Βήμα 7) και 66% από αυτά είχαν τουλάχιστον ένα συντονιστή θηλασμού. Το γεγονός αυτό συσχετίστηκε με τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού κατά το εξιτήριο από το νοσοκομείο, αφού στα νοσοκομεία που είχαν αυτή την πολιτική ήταν 1.21 φορές πιο πιθανό τα νεογέννητα να θηλάζουν αποκλειστικά

παρά σε νοσοκομεία που δεν εφαρμοζόταν η πολιτική αυτή. Στο 99.3% υπήρχε γραπτή πολιτική για το θηλασμό (Βήμα 1), και το 81,8% το επικοινωνούσε με το μαιευτικό προσωπικό του τουλάχιστον μια φορά ετησίως. Σε λιγότερο από 1.5% των νοσοκομείων δίνονταν πιπίλες (Βήμα 9) ή υποκατάστατα μητρικού γάλακτος ή γλυκόζη σε βρέφη που θήλαζαν (Βήμα 6) και όλα τα νοσοκομεία παρείχαν εκπαίδευση για το θηλασμό στο προσωπικό (Βήμα 2). Το 93% δήλωσε ότι παρέχει συμβουλές στις μητέρες για τον θηλασμό κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και όλα είχαν τουλάχιστον μια μορφή στήριξης στην κοινότητα (Βήμα 10).

Ωστόσο, στην έρευνά τους οι Grizzard et al (2006) αναφέρουν την ύπαρξη χαμηλών ποσοστών εφαρμογής στο Βήμα 1 (59%) για ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής, στο Βήμα 6 (74%) για αποκλειστικό θηλασμό και στο Βήμα 9 (65%) για χρήση υποκατάστατων-πιπίλων, ενώ υψηλότερο ποσοστό εφαρμογής (89%) κατέχει το Βήμα 3 (ενημέρωση εγκύων για θηλασμό).

#### **3.4.4 Εφαρμογή των Βημάτων ως προς το προφίλ των νοσοκομείων**

Στην έρευνά τους οι Lillehoj & Dobson (2012) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αστικά νοσοκομεία είχαν σημαντικά ψηλότερα ποσοστά εφαρμογής στο «Βήμα Δέκα» συγκριτικά με τα αγροτικά, ενώ δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα στην εφαρμογή των βημάτων μεταξύ των πανεπιστημιακών και μη νοσοκομείων.

Συγκρίνοντας τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων ως προς την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων», στην έρευνα τους οι Grizzard (2006) διαπίστωσαν πως τα νοσοκομεία με έλεγχο στη χρήση υποκατάστατων-πιπίλων (Βήμα 9) και με επαρκή αριθμό επαγγελματιών υγείας που παρείχαν εκπαίδευση στις γυναίκες για το θηλασμό (Βήμα 5) διαδραμάτιζαν σημαντικό ρόλο στο διαχωρισμό τους σε «υψηλή» / «μέτρια προς υψηλή» από τη «μερικώς εφαρμογή» τους. Το ίδιο συνέβηκε και με τη μη αποδοχή βιομηχανοποιημένου γάλακτος-αποκλειστικός θηλασμός (Βήμα 6), όπου παρατηρήθηκε πως τα νοσοκομεία που δεν τα αποδέχονται κατατάσσονται σε «υψηλή» ή «μέτρια προς υψηλή» εφαρμογή.

Όσον αφορά τις παραμέτρους που επηρεάζουν την αποκλειστικότητα του θηλασμού βρέθηκαν δύο συσχετίσεις, η τοποθεσία και η κατηγορία στο επίπεδο παροχής φροντίδας μητέρας-βρέφους του νοσοκομείου. Διαπιστώθηκε στατιστική διαφορά με ψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού σε σχέση με την έναρξη θηλασμού αμέσως μετά τη γέννα, αν η

γέννηση ήταν σε νοσοκομείο έξω από την πόλη της Νέας Υόρκης. Το νεογέννητο φάνηκε να είχε ενάμισι φορές περισσότερες πιθανότητες για αποκλειστικό θηλασμό αν γεννιόταν σε περιγεννητικό κέντρο παροχής φροντίδας που παρέχει βασική μαιευτική φροντίδα σε χαμηλού ρίσκου τοκετούς από τα νεογέννητα που γεννιούνται σε εξειδικευμένο κέντρο για παροχή προηγμένης φροντίδας σε δύσκολες καταστάσεις τοκετού (relative risk = 1.51, 95% confidence interval 1.08–2.07,  $p = 0.0135$ ) (Kacica et al, 2012), ενώ στα ευρήματα των Crivelli-Kovach & Chung (2011) προέκυψε πως η μέση τιμή του ποσοστού θηλασμού στα προαστιακά νοσοκομεία ήταν στατιστικά ψηλότερη από ότι των αστικών νοσοκομείων (72% vs 49%,  $p=0,015$ ).

Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκαν διακυμάνσεις στα ποσοστά ως προς την εφαρμογή των «Βημάτων» μεταξύ των νοσοκομείων στις επαρχίες, όπου σύμφωνα με την έρευνα των Levitt et al (2011) σημαντικές διακυμάνσεις παρατηρήθηκαν στα Βήματα 2, 5 και 9. Στο «Βήμα 2» υπήρχε διακύμανση σε περιοχή από 82% (Nova Scotia- 9/11) μέχρι και 19% σε άλλη περιοχή (Saskatchewan- 3/16), στο «Βήμα 5» υπήρχε διακύμανση από 100% (Prince Edward Island- 2 νοσοκομεία / Newfoundland- 11 νοσοκομεία) μέχρι 69% (British Columbia- 34/39) και 64% (Alberta- 28/44).

### **3.5 Συζήτηση**

Παρά την παγκόσμια αναγνώριση από τα οφέλη του θηλασμού και τα ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία για τη θετική αντίκτυπο της εφαρμογής της ΠΦΒΝ σχετικά με τα αποτελέσματα του ποσοστού του θηλασμού, η παγκόσμια εφαρμογή των Δέκα Βημάτων παραμένει πολύ κάτω από τον στόχο, ιδίως στις πλέον βιομηχανοποιημένες χώρες, όπως οι ΗΠΑ (Di Girolamo, 2008) και ο Καναδάς (Chalmers, 2009).

Μέσα από τα ευρήματα των ερευνών που μελετήθηκαν παρατηρήθηκε αύξηση στο ποσοστό του θηλασμού όπου ακολουθούνται τα «Δέκα Βήματα». Η εφαρμογή και η ύπαρξη πολιτικής συντείνει στην αύξηση του ποσοστού του θηλασμού, η εκπαίδευση του προσωπικού αυξάνει τα ποσοστά θηλασμού κατά το εξιτήριο από το νοσοκομείο (Lillehoj & Dobson, 2012; Kacica et al, 2012), η παρουσία σύμβουλου θηλασμού όλο το εικοσιτετράωρο ή η παροχή συμβουλών από εκπαιδευμένο προσωπικό καθ' όλη τη διάρκεια του εικοσιτετράωρου (Kacica et al, 2012) και η μη αποδοχή βιομηχανοποιημένου γάλακτος στα νοσοκομεία (Lillehoj & Dobson, 2012).

Γενικά, φάνηκε χαμηλό το ποσοστό εφαρμογής στο Βήμα 1 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής), και διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα σημαντικά και διαχειρίσιμα προβλήματα για τα οποία ορισμένα στοιχεία του Βήματος φάνηκαν να αποτελούν συνεχή πρόκληση για τα νοσοκομεία, όπως η μη επίσημη ύπαρξη πολιτικής που μεταδίδεται σε όλο το προσωπικό και η ανάρτησή της στους χώρους των νοσοκομείων, αλλά και η ύπαρξη πρωτόκολλων που ακολουθούνται από το προσωπικό (Grizzard, 2006). Με το να λυθούν τα εμπόδια που σχετίζονται με το Βήμα 1 ταυτόχρονα εξαλείφονται τα εμπόδια εφαρμογής για τα υπόλοιπα Βήματα (Lillehoj & Dobson, 2012).

Έκπληξη είχαν προκαλέσει τα ευρήματα της έρευνας των Aryeetey & Antwi (2013), αφού τα νοσοκομεία που ερευνούσαν, ως «Νοσοκομεία Φιλικά στα Βρέφη» αναμενόταν να υπάρχει συμμόρφωση στα «Δέκα Βήματα». Ακόμη και με την ύπαρξη της γραπτής πολιτικής δεν ακολουθούνταν καθόλου το Βήμα 1 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής) και Βήμα 2 (εκπαίδευση προσωπικού), και δεν αναρτιόταν στους χώρους των νοσοκομείων για να είναι ορατή από το προσωπικό και τους πελάτες. Ο λόγος μη συμμόρφωσης στο Βήμα 2 φάνηκε να είναι η έλλειψη πόρων για εκπαίδευση προσωπικού και σε ότι αφορά τη μειωμένη συμμόρφωση στο Βήμα 3 (ενημέρωση εγκύων για θηλασμό), στο Βήμα 4 (έναρξη θηλασμού), στο Βήμα 5 (διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση της γαλουχίας) και στο Βήμα 8 (ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός) έρχεται ως συνέχεια της μη επιμόρφωσης του προσωπικού όπου ως μη καταρτισμένο κατάλληλα αδυνατεί να παρέχει βοήθεια και στήριξη στη μητέρα και το νεογέννητο.

Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν και από την έρευνα των Lillehoj & Dobson (2012) στην οποία μόνο τα μισά νοσοκομεία παρείχαν εκπαίδευση για το θηλασμό στο προσωπικό εντός του 6μήνου από την πρόσληψη του και παρόλο που οι κατευθυντήριες οδηγίες της ΠΦΒΝ συνιστούν 18 ώρες εκπαίδευση, υπάρχει αισθητή διαφορά μεταξύ του βαθμού της εκπαίδευσης που χρειάζονται και της πραγματικής παροχής αυτής της εκπαίδευσης καθώς οι γνώμες για το πόσο επαρκή πρέπει να είναι η εκπαίδευση του θηλασμού διαφέρουν (DiGirolamo et al, 2008; Rosenberg, 2008).

Οι Crivelli-Kovach & Chung (2011) στα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν μian αύξηση του ποσοστού των νοσοκομείων που έχει κατηγοριοποιηθεί ως «μετρίως υψηλή» υλοποίησης των «Δέκα Βημάτων» συνολικά, ωστόσο παρά την αύξηση αυτή, πολλά νοσοκομεία εξακολουθούν να κατατάσσονται στην κατηγορία της «μερικής» ή «χαμηλής»

υλοποίησης. Ενθαρρυντικά φαίνεται ότι τα περισσότερα νοσοκομεία έχουν συμπεριλάβει περισσότερα βήματα στις επίσημες πολιτικές τους, γεγονός που δείχνει οργανωτική υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και θέτει τις βάσεις για σημαντική αλλαγή στον τρόπο που οι πολιτικές εφαρμόζονται στην πρακτική. Διαφάνηκε πως ο θηλασμός αμέσως μετά τη γέννηση βοηθά στην εγκαθίδρυση του, όμως πρακτικές όπως συμπληρώματα με τεχνητό γάλα, το τάισμα με τεχνητό γάλα κατά τη διάρκεια της νύχτας και ο διαχωρισμός της δυάδας μητέρας-βρέφους σχετίζονται με τον πρώιμο τερματισμό και μικρότερης διάρκειας θηλασμό.

Στις έρευνες που έγιναν σε επίπεδο μονάδας και οι απαντήσεις δόθηκαν από διευθυντές ή εκπρόσωπο προσωπικού τότε ίσως να υπάρχει μεροληψία, αφού στις απαντήσεις μπορεί να αντανακλάται το τι θέλουν αυτοί και όχι το τι γίνεται στην πραγματικότητα στο νοσοκομείο που εργάζονται ή τι πιστεύουν ότι γίνεται ενώ στα τμήματα να ακολουθείται κάτι διαφορετικό (Grizzard, 2006; Lillehoj & Dobson, 2012).

Συμπερασματικά, η συμμόρφωση στην εφαρμογή των πρακτικών που εμπερικλείονται στα Δέκα Βήματα παραμένει πρόκληση για τα νοσοκομεία και μονάδες παροχής φροντίδας σε μητέρα και βρέφος. Απώτερος στόχος είναι η εγκαθίδρυση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τα βρέφη και τις θηλάζουσες μητέρες, με σκοπό την αύξηση των ποσοστών αποκλειστικού θηλασμού για την επίτευξη ενός βέλτιστου επιπέδου υγείας στον εν λόγω πληθυσμό μελλοντικά.

### **3.6 Περιορισμοί**

Η παρούσα μελέτη εστιάστηκε στα αποτελέσματα της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» για επιτυχή θηλασμό, ωστόσο θα μπορούσε να γίνει πιο εκτενής μελέτη για τον εντοπισμό των εμποδίων και διευκολύνσεων της υιοθέτησης των Βημάτων. Επίσης, αυτού του είδους οι αξιολογήσεις είναι συνήθως εσωτερικές αξιολογήσεις που διεκπεραιώνονται από τα ίδια τα νοσοκομεία για διοικητικούς (προ- ερευνητικούς) σκοπούς, επομένως τα αποτελέσματα δεν δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά τα οποία αποδελτιώνονται σε βάσεις βιβλιογραφικών δεδομένων.

Επιπλέον, δεν αντικατοπτρίζεται η κατάσταση σε άλλες χώρες, εφόσον υπήρξε μικρός αριθμός μελετών με την πλειάδα να προέρχεται από τις ΗΠΑ και αποκλεισμός διαθέσιμων δημοσιευμένων ερευνών σε γλώσσα γραφής πέραν της αγγλικής και ελληνικής.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός**

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη σύγκρισης (μεταξύ των μαιευτικών μονάδων του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα) και συσχέτισης (των γνώσεων και στάσεων) με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου με σκοπό τη διερεύνηση, την απεικόνιση και περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης σχετικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στα μαιευτήρια Λευκωσίας για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού μέσω της διερεύνησης των απόψεων του προσωπικού για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων», όπως επίσης και τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων του προσωπικού για το θηλασμό και τη συσχέτιση τους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

### **4.2 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των μαιών και νοσηλευτών/τριών για το μητρικό θηλασμό και των απόψεων τους για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» για εγκαθίδρυση και επιτυχή θηλασμό στα μαιευτήρια της Λευκωσίας. Αποσκοπεί επίσης στη μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης στη Λευκωσία, σχετικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στα μαιευτήρια για την προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού

### **4.3 Επιμέρους στόχοι**

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Να διερευνηθεί η υφιστάμενη κατάσταση στα μαιευτήρια της Λευκωσίας ως προς τις πρακτικές που εφαρμόζονται για την προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού με βάση τις απόψεις των μαιών και νοσηλευτών/τριών που εργάζονται σε αυτά τα τμήματα
- Να διερευνηθούν οι γνώσεις των μαιών και νοσηλευτών/τριών σε σχέση με θέματα μητρικού θηλασμού

- Να διερευνηθούν οι στάσεις των μαιών και νοσηλευτών/τριών για θέματα μητρικού θηλασμού
- Να διερευνηθεί η συσχέτιση των γνώσεων και στάσεων των μαιών και νοσηλευτών/τριών για θέματα μητρικού θηλασμού
- Να διερευνηθεί κατά πόσο οι γνώσεις και οι στάσεις των μαιών και νοσηλευτών/τριών διαφοροποιούνται ως προς τα κοινωνικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους (π.χ επαγγελματική κατάρτιση, χρόνια υπηρεσίας, μητρότητα).

#### **4.4 Χώρος Μελέτης**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε όλες τις δημόσιες και ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες της επαρχίας Λευκωσίας. Οι υπεύθυνοι των μονάδων (δημόσιο/ιδιωτικό τομέα) ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας.

#### **4.5 Δείγμα και δειγματοληψία**

##### **4.5.1 Μαιευτικές Μονάδες:**

**Δημόσιος Τομέας:** Στη Λευκωσία, δημόσιες μαιευτικές μονάδες λειτουργούν μόνο στο Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ και συμπεριλήφθησαν.

**Ιδιωτικός Τομέας:** Με βάση στοιχεία που έχουν δοθεί από το Υπουργείο Υγείας λειτουργούν 8 (οκτώ) μαιευτικές μονάδες στη Λευκωσία και συμπεριλήφθησαν (απογραφική δειγματοληψία).

##### **4.5.2 Δείγμα:**

Δείγμα αποτέλεσε το μαιευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις μαιευτικές μονάδες της επαρχίας Λευκωσίας.

Καταρτίστηκε κατάλογος του προσωπικού που εργάζεται στις μαιευτικές μονάδες τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα και ικανοποιούσε τα κριτήρια εισόδου όπως είχαν τεθεί σε μια προσπάθεια απογραφικής δειγματοληψίας. συμπεριλήφθηκε όλος ο αριθμός του προσωπικού στη μελέτη. Ο συνολικός αριθμός του δείγματος υπολογίστηκε στους 145 επαγγελματίες υγείας (μαίες, νοσηλεύτριες με εξειδίκευση στη μαιευτική, νοσηλεύτριες γενικής νοσηλευτικής), 77 στο δημόσιο τομέα και 68 στον ιδιωτικό τομέα.

**4.5.3 Κριτήρια επιλογής:** (1) Εγγεγραμμένοι στο μητρώο Νοσηλευτών και Μαιών (2) Να εργάζονται στη μαιευτική μονάδα για περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών (3) Να μπορούν να

διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική ή αγγλική γλώσσα για τη συμπλήρωση αντίστοιχα του ελληνικού ή του αγγλικού ερωτηματολογίου (4) Η συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο ήταν διαθέσιμο και στην αγγλική γλώσσα, αναλόγως αναγκών, αφού στις ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες εργάζονται και αλλόγλωσσοι επαγγελματίες υγείας που πιθανόν να μην μπορούν να διαβάζουν ελληνικά. Το ερωτηματολόγιο στην αγγλική γλώσσα, είναι και το πρωτότυπο στο οποίο βασίστηκε η ελληνική μετάφραση.

Οι περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής νόμοι 1998-2012 για την άσκηση της νοσηλευτικής στην δημοκρατία από αλλοδαπούς νοσηλευτές προνοεί στοιχειώδεις γνώσεις στην ελληνική γλώσσα - Άρθρο 10(214/88). Η εξέταση που υποβάλλονται είναι προφορική, έτσι οι αλλοδαποί νοσηλευτές που εργάζονται στην Κύπρο δεν χρειάζεται κατ' ανάγκη να διαβάζουν ή/και να γράφουν στην ελληνική γλώσσα, αλλά να κατέχουν βασικές δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα.

Το κριτήριο που αφορά την υπηρεσία σε μαιευτική μονάδα για «περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών» προτιμήθηκε για το λόγο ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να εργάζεται για κάποιο εύλογο χρονικό διάστημα στο χώρο έτσι ώστε να είναι σε θέση να έχει άποψη για τις πρακτικές που εφαρμόζονται σχετικά με την εφαρμογή των «Δέκα Βήματα» για το θηλασμό στο τμήμα που εργάζεται.

#### **4.5.4 Κριτήρια αποκλεισμού:**

Κατά αντιστοιχία με τα κριτήρια επιλογής (1) να μην είναι σε θέση να διαβάζουν ελληνικά ή αγγλικά για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (2) Να έχουν εμπειρία λιγότερη από 6 μήνες σε μαιευτική μονάδα. (3) να μην είναι εγγεγραμμένοι στο μητρώο Νοσηλευτών και Μαιών.

### ***4.6 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων***

Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά την περίοδο Ιανουαρίου- Μαρτίου 2014 και διήρκεσε 8 βδομάδες. Προηγήθηκε επεξήγηση του σκοπού και της διαδικασίας και τονίστηκε η σημαντικότητα της συμβολής των συμμετεχόντων στην έρευνα για την απεικόνιση της παρούσας κατάστασης και τη διεξαγωγή πορισμάτων. Τονίστηκε η ανωνυμία και η διασφάλιση του απόρρητου των πληροφοριών.

Τα ερωτηματολόγια δίνονταν στους επαγγελματίες υγείας από εκπαιδευμένες βοηθούς ερευνήτριες πεδίου. Έχουν εκπαιδευτεί για τον σκοπό αυτό, έξι βοηθοί ερευνητές πεδίου αφού επιλέγηκαν μέσα από διαδικασίες, ενημερώθηκαν και επεξηγήθηκε ο τρόπος συλλογής των δεδομένων. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συλλέγονταν από τις βοηθούς ερευνήτριες πεδίου σε εσώκλειστο φάκελο και φυλάγονταν σε κλειδωμένο συρτάρι, όπου πρόσβαση είχαν μόνο αυτές. Γινόταν υπενθύμιση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με το πέρας δύο εβδομάδων σε μια προσπάθεια διασφάλισης υψηλού ποσοστού ανταπόκρισης.

#### **4.7 Εργαλεία μέτρησης**

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

##### **4.7.1 Breastfeeding Questionnaire – short version (Ingram, 2006)**

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί συντομευμένη έκδοχή (Ingram, 2006) του επικυρωμένου εργαλείου (validated tool) που χρησιμοποιήθηκε από τους Scott et al (2003) σε έρευνα με μαίες στη Σκωτία. Σε αυτήν τη συντομευμένη έκδοση του ερωτηματολογίου περιέχονται ερωτήσεις που αφορούν γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας για το μητρικό θηλασμό. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι σχετικά σύντομο, απλό και κατανοητό και χρειάζεται δέκα (10) λεπτά για να συμπληρωθεί. Αποτελείται από είκοσι ερωτήσεις 5-βάθμιας κλίμακας Likert (διαφωνίας-συμφωνίας), όπου οι 7 από αυτές αφορούν σε γνώσεις (με μέγιστο αποτέλεσμα 35) και οι υπόλοιπες 13 αφορούν σε στάσεις (με μέγιστο αποτέλεσμα το 65). Το συγκεκριμένο εργαλείο επισυνάπτεται στην ελληνική και αγγλική γλώσσα **(Παράρτημα 7.1 και 7.4).**

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

εσωτερική συνοχή. Παρόμοιο αποτέλεσμα για την εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου που συμπεριλάμβανε και τα 33 σημεία, ανέδειξαν και στην έρευνα τους οι Scott et al (2003).

Στην έρευνα των Okolo & Ogbonna (2002) δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο βασισμένο στις πρακτικές της ΠΦΒΝ και τα «Δέκα Βήματα» και διεκπεραιώθηκε υπό τύπον συνέντευξης με τη συμβολή εκπαιδευμένου συνεντευκτή. Στην έρευνά τους οι Zakarija-Grkovic & Burmaz (2010) ανέπτυξαν δικό τους ερωτηματολόγιο για διερεύνηση των γνώσεων και πρακτικών, βασισμένοι στο περιεχόμενο του εργαλείου του WHO/UNICEF που προσφέρει εικοσιτετράωρη εκπαίδευση για καλύτερευση των γνώσεων, στάσεων και πρακτικής στους επαγγελματίες υγείας και για τη διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Iowa Infant Feeding Attitude Scale των De la Mora et al (1999). Δεν προτιμήθηκε το εργαλείο Iowa Infant Feeding Attitude Scale (1999) λόγω του μεγέθους του αφού εμπεριέκλεινε περισσότερα ερωτήματα από το εργαλείο της Ingram (2006). Ωστόσο αρκετά ερωτήματα ήταν τα ίδια και στα δύο εργαλεία π.χ θηλασμός και κατανάλωση αλκοόλ, παραγκώνιση πατέρα αν θηλάζει η μητέρα.

Στο περιεχόμενο του εργαλείου των WHO/UNICEF βασίστηκε και η έρευνα των Daniels & Jackson (2011) για τις γνώσεις, στάσεις και πρακτικές νοσηλευτών και διευθυντών μαιευτικών μονάδων στο Cape Town, με συνέντευξη με τη χρήση ημι-δομημένων ερωτήσεων. Δικό τους εργαλείο ανέπτυξαν και οι Duran et al (2008), όπου αξιολογούν τις γνώσεις και στάσεις των μαιών συγκριτικά με τη συμπεριφορά των θηλαζουσών μητέρων που παρέχουν συμβουλευτική χωρίς όμως να αναφέρονται στην εγκυρότητα περιεχομένου του εργαλείου.

Στην έρευνα της Creedy et al (2008) για την αξιολόγηση των γνώσεων των μαιών για το θηλασμό, χρησιμοποιούνται δύο εργαλεία, από τα οποία το ένα είναι το ερωτηματολόγιο Newborn Feeding Ability που περισσότερο, όμως, επικεντρώνεται στην πρακτική για την επαφή δέρμα με δέρμα νεογέννητου και μητέρας.

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

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

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

#### **4.7.2 Ερωτηματολόγιο για αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» - WHO/UNICEF**

Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για σκοπούς αυτοαξιολόγησης των μαιευτηρίων σε σχέση με την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και συμμόρφωσης με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά από ομάδα ειδικών στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Αττικό υπό την επιμέλεια της Δρ. Μέξη Μπουρνά (UNICEF/WHO, 2006). Το ίδιο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε και στη μελέτη της Frantzis (2013) στη Κύπρο, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, με στόχο την αξιολόγηση των πρακτικών για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» στα μαιευτήρια της Λευκωσίας. Στο συγκεκριμένο εργαλείο, (Παράρτημα 2 και 5), υπάρχει σειρά ερωτημάτων (περισσότερα από ένα ερώτημα ανά βήμα) σχετικά με την εφαρμογή του κάθε ενός από τα «Δέκα Βήματα».

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

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

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

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

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

Συνολικά, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 63 κλειστές ερωτήσεις με δίτιμες απαντήσεις (ΝΑΙ=1 και ΟΧΙ=0). Στη βάση των απαντήσεων, μπορεί να υπολογιστεί τόσο το ποσοστό των μαιευτηρίων που δηλώνουν ότι εφαρμόζουν το κάθε ένα από τα βήματα όσο και ο βαθμός συμμόρφωσης του κάθε μαιευτηρίου με το σύνολο των «βημάτων». Αυτό υπολογίζεται ως το άθροισμα της βαθμολογίας σε κάθε ένα από τα «Δέκα Βήματα», με μέγιστο σκορ το 10 αφού αντιστοιχεί 1 βαθμός για το κάθε βήμα, ανεξαρτήτως εάν σε κάποιο από αυτά αντιστοιχούν περισσότερες από 1 ερωτήσεις. Σε αυτή την περίπτωση (δηλαδή, εάν σε κάποιο από τα βήματα αντιστοιχεί πάνω από μια ερώτηση), τότε δίνεται 1 βαθμός για αυτό το βήμα μόνο αν δόθηκε θετική απάντηση σε όλα τα σχετικά υπο-ερωτήματα του αλλιώς ο βαθμός για αυτό το βήμα υπολογίζεται ως αναλογία θετικών απαντήσεων στο σύνολο των ερωτημάτων π.χ. θετική απάντηση σε 3 από τα 6 ερωτήματα αντιστοιχεί σε 0.5 βαθμό, σε 4 από τα 6 ερωτήματα, τότε 4/6 κ.ο.κ. Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπάρχουν επίσης 7 ερωτήματα σε σχέση με τη συμμόρφωση του μαιευτηρίου με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Χρειάζεται γύρω στα 15 λεπτά για τη συμπλήρωσή του.

Στην παρούσα μελέτη η αξιολόγηση δεν έγινε σε επίπεδο μονάδας, αλλά σε επίπεδο προσωπικού. Επομένως, ο κάθε επαγγελματίας υγείας δήλωνε την προσωπική του άποψη ως προς την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων», η οποία μπορεί να διαφέρει από την άποψη συναδέλφου που εργάζεται στην ίδια μαιευτική μονάδα.

#### **4.7.3 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-επαγγελματικών χαρακτηριστικών**

Έχει καταρτιστεί ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-επαγγελματικών χαρακτηριστικών, αφού προηγήθηκε μελέτη βιβλιογραφίας για το ποια στοιχεία θα ήταν χρήσιμα να συμπεριληφθούν και το οποίο επισυνάπτεται (Παράρτημα 3 και 6). Περιλαμβάνει τα προσόντα, τα χρόνια υπηρεσίας, η προσωπική εμπειρία μητρικού θηλασμού, η συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση.

#### **4.7.4 Μετάφραση των εργαλείων**

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο για τις απόψεις του προσωπικού για την συμμόρφωση των πρακτικών του μαιευτηρίου στο οποίο εργάζονται για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων»-WHO/UNICEF υπάρχει Ελληνική μετάφραση και έχει εξασφαλιστεί η άδεια χρήσης του.

Το Breastfeeding Questionnaire–short version (Ingram, 2006) μεταφράστηκε στην Ελληνική γλώσσα με τη χρήση διπλής αντίστροφης μετάφρασης σε κάθε φάση με παράλληλες μεταφράσεις από τα Αγγλικά στα Ελληνικά από την ερευνήτρια και τον επιβλέποντα καθηγητή και αντίστροφα από τα Αγγλικά στα Ελληνικά από δύο ανεξάρτητα άτομα με πτυχίο στην αγγλική φιλολογία (double backward translation) με στόχο τη διατήρηση των κύριων χαρακτηριστικών του. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση των δύο μεταφράσεων, αξιολόγηση και επιλογή της τελικής μορφής των ερωτήσεων που αποτέλεσαν το ελληνικό ερωτηματολόγιο.

#### **4.8 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας**

Προστατεύτηκαν τα δικαιώματα των συμμετεχόντων μέσω της ανωνυμίας (προστασία προσωπικών πληροφοριών), οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν είναι εμπιστευτικές, απόρρητες και η ανωνυμία τηρήθηκε σε όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας. Τα δεδομένα φυλάχθηκαν σε κλειδωμένο συρτάρι στο γραφείο της ερευνήτριας όπου πρόσβαση είχε μόνο η ίδια. Επίσης, τονίστηκε πως η παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα γίνει με τέτοιο τρόπο που δεν θα παρουσιάζονται ξεχωριστά και ονομαστικά οι μαιευτικές μονάδες. Σκοπός αυτού ήταν να ενθαρρυνθούν οι επαγγελματίες υγείας να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με κάθε ειλικρίνεια και να πειστούν ότι με τις απαντήσεις τους δεν θα προκύψουν επιπτώσεις στην εργασία τους. Επιπλέον, τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και οι σχετικές διαδικασίες καθώς και ότι είχαν τη δυνατότητα απόσυρσης συμμετοχής, χωρίς επεξηγήσεις.

Τέλος, τηρήθηκαν όλες οι ενδεδειγμένες νομότυπες διαδικασίες εξασφαλίστηκε έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από την επιτροπή του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Αφού εξασφαλίστηκαν οι άδειες, έγινε συνάντηση και δόθηκε ενημερωτική επιστολή για τον σκοπό, τους στόχους, τις διαδικασίες και τα

αναμενόμενα αποτελέσματα της έρευνας στους διευθυντές των μαιευτικών μονάδων (δημοσίων και ιδιωτικών) στη Λευκωσία για εξασφάλιση της άδειας πρόσβασης, όπου και πάρθηκε η γραπτή συγκατάθεση τους.

#### **4.9 Διαχείριση δεδομένων- Στατιστική Ανάλυση**

Για την περιγραφή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM-SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences). Η στατιστική σημαντικότητα ορίζεται στο επίπεδο  $p$ -value  $\leq 0.05$ .

Περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων των απαντήσεων με τον υπολογισμό συχνοτήτων και ποσοστών για τις μεταβλητές που αφορούν τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τις στάσεις και γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για το μητρικό θηλασμό. Το Breastfeeding Questionnaire – short version της Ingram (2006) αποτελείται από 20 ερωτήσεις, που βαθμολογούνται στην κλίμακα Likert από το 1 (χαμηλή βαθμολογία) μέχρι το 5 (ψηλή βαθμολογία) με το ψηλότερο σκορ-άθροισμα- να αντανακλά θετική στάση προς το θηλασμό και ψηλό επίπεδο γνώσεων. Το κάθε μέρος προστέθηκε, ξεχωριστά, για να δώσει το ολικό σκορ, το οποίο θεωρητικά διακυμαίνεται από 13-65 για τις στάσεις και το αντίστοιχο σκορ 7-35 για τις γνώσεις

Για σκοπούς διερεύνησης σε ποιο από τα βήματα αλλά και τα επιμέρους ερωτήματα των βημάτων υπάρχει υψηλότερο ποσοστό συμμόρφωσης, διενεργήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε για το κάθε επιμέρους ερώτημα των «Βημάτων» και τον κάθε «Κώδικα» (Συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος) ξεχωριστά και αναφέρονται οι θετικές απαντήσεις των συμμετεχόντων τόσο για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ξεχωριστά, όσο και μαζί. Οι απαντήσεις για την εφαρμογή σε κάθε Βήμα ξεχωριστά ποσοτικοποιήθηκαν, έτσι ώστε να αποκτήσουν νόημα. Το συνολικό σκορ ήταν η αναλογία των θετικών απαντήσεων προς τον αριθμό των επιμέρους ερωτημάτων. Σε αυτή τη περίπτωση οι απαντήσεις του κάθε συμμετέχοντα για κάθε βήμα ερμηνεύονται ως το ποσοστό εφαρμογής του βήματος με το βαθμό να κυμαίνεται από το 0 έως το 1.

Έγινε προσπάθεια διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης για να διερευνηθεί (1) κατά πόσο υπάρχουν ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο που ομαδοποιούνται, μετράνε δηλαδή διάφορες διαστάσεις ή πτυχές μιας έννοιας (2) για ενίσχυση της εγκυρότητας του εργαλείου. (πίνακας

8). Πραγματοποιήθηκε για τα ερωτήματα που αφορούν σε Στάσεις και Γνώσεις σχετικά με το θηλασμό στο ερωτηματολόγιο A- Breastfeeding Questionnaire – short version της Ingram (2006). Έγινε αντιστροφή σε οκτώ (8) ερωτήματα ώστε όλες οι μεγάλες τιμές στην κλίμακα να δείχνουν θετικές ανταποκρίσεις. Η αντιστροφή αφορούσε τα ερωτήματα 2, 4, 6, 11, 13 στο Μέρος A-στάσεις- και τα ερωτήματα 3, 6, 7 στο μέρος B- γνώσεις. Διενεργήθηκε παραγοντική ανάλυση δύο μέρη του ερωτηματολογίου ξεχώρισαν: Μέρος A: στάσεις- 13 ερωτήματα και Μέρος B: γνώσεις- 7 ερωτήματα 5-βάθμιας κλίμακας. Για να διαπιστωθεί κατά πόσο τα δεδομένα πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να διενεργηθεί η παραγοντική ανάλυση όσον αφορά την επάρκεια του δείγματος και τη συσχέτιση μεταξύ των ερωτημάτων χρησιμοποιήθηκαν το το KMO και το Bartlett's test of sphericity. Κρατήθηκαν παράγοντες που είχαν ιδιοτιμή >1.0. Επιλέγηκε η διαδικασία varimax για περιστροφή των αξόνων και για ευκολότερη ερμηνεία της ανάλυσης προτιμήθηκε η εμφάνιση τιμών φόρτισης μεγαλύτερης του 0.40.

Για κάθε παράγοντα που προέκυψε υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha (πίνακας 8). Πριν την τελική κατάληξη στους παράγοντες της ανάλυσης πραγματοποιήθηκαν πολλοί συνδυασμοί και για τα δύο μέρη του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, στο Μέρος A, αρχικά δοκιμάστηκαν τρεις παράγοντες με ορθογώνια περιστροφή varimax και quatrimax.

Στη συνέχεια έγινε διερεύνηση για δύο παράγοντες όπου το ερώτημα 5 φάνηκε διαρκώς να έχει αρνητική συσχέτιση. Αυτό ίσως να οφείλεται σε εννοιολογικό πρόβλημα, ή πρόβλημα που προέκυψε από τη μετάφραση του ερωτήματος. Αποφασίστηκε, λοιπόν, η αφαίρεσή του από τη διερεύνηση και ξαναδοκιμάστηκαν οι διάφοροι συνδυασμοί. Στη συνέχεια υπολογίστηκε το σκορ των νέων μεταβλητών και δόθηκαν ονομασίες σύμφωνα με την κοινή έννοια που θεωρούμε ότι μετρούν οι μεταβλητές που συμπεριλαμβάνονται στον κάθε παράγοντα. Η αξιοπιστία της κλίμακας μέτρησης των στάσεων μετρήθηκε με το Cronbach'a alpha.

Για να διερευνηθεί πιθανή διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων για την αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υπολογίστηκαν τα σκορ σε επίπεδο βημάτων και διενεργήθηκε t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Επιπλέον, για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχει διαφορά στον τρόπο που αξιολογούν τη συμμόρφωση των

βημάτων στις μεγάλες και μικρές ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες, οι οκτώ μαιευτικές κλινικές της επαρχίας Λευκωσίας που έλαβαν μέρος στην έρευνα, χωρίστηκαν σε μεγάλες (N=4) και μικρές (N=4) βάσει του ποσοστού γεννήσεων και πραγματοποιήθηκε t-test για ανεξάρτητα δείγματα για τη διερεύνηση πιθανής διαφοράς στους μέσους όρους των απαντήσεων.

Χρησιμοποιώντας τους νέους παράγοντες του ερωτηματολογίου A που προέκυψαν, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για τον υπολογισμό των μέσων και t-test για ανεξάρτητα δείγματα για διερεύνηση πιθανής διαφοράς στους μέσους μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για τις Στάσεις και Γνώσεις σχετικά με το θηλασμό.

Επιλέγηκε μια σειρά αναλυτικών/στατιστικών δοκιμασιών (t-test για ανεξάρτητα δείγματα είτε η ανάλυση διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα one-way ANOVA) για εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για την αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και ως προς τις απαντήσεις τους που αφορούσαν τις νέες μεταβλητές που δημιουργήθηκαν μετά την παραγοντική ανάλυση. Εφαρμόστηκε το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων Scheffe για τον εντοπισμό μεταξύ ποιων ομάδων υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Τα πιο πάνω ερευνητικά ερωτήματα εξετάστηκαν στη συνέχεια με Βηματική Ανάλυση Παλινδρόμησης μέσω του αλγορίθμου backward Stepwise προκειμένου να διερευνηθούν οι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες, αφού εισαχθούν στο μοντέλο οι ανεξάρτητες μεταβλητές. Στο ένα μοντέλο εξαρτημένη μεταβλητή ήταν το σκορ σε κάθε Βήμα (από το πρώτο μέχρι το δέκατο) και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-επαγγελματικά στοιχεία του ερωτηματολογίου (Προσόντα, Εκπαίδευση Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας, Τεκνοποίηση, Προσωπική Εμπειρία Μητρικού Θηλασμού, Χρονικό Διάστημα Θηλασμού, Εκπαίδευση-τελευταίοι 12 μήνες, Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC) και η μεταβλητή «Δημόσιος-Ιδιωτικός τομέας». Στο δεύτερο μοντέλο εξαρτημένη μεταβλητή αποτέλεσε το σκορ σε κάθε παράγοντα και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-επαγγελματικά στοιχεία του ερωτηματολογίου ως έχει πιο πάνω προσθέτοντας την «Εκπαίδευση και Κατάρτιση σε σχέση με θηλασμό» και την «Ανάγκη για περισσότερες γνώσεις». Μετά από έλεγχο των τιμών VIF και Tolerance διαπιστώθηκε πως δεν υπήρχε πρόβλημα πολυσυγγραμματοκότητας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αποτελέσματα**

Συνολικά μοιράστηκαν 129 ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Λευκωσία. Στους αρχικούς καταλόγους συμπεριλαμβάνονταν 145 άτομα. Ωστόσο ένα άτομο ήταν με άδεια μητρότητας, οκτώ άτομα δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα, ενώ επτά αλλοδαποί επαγγελματίες υγείας δεν αποδέχτηκαν να συμπληρώσουν ούτε την ελληνική, ούτε την αγγλική εκδοχή του ερωτηματολογίου. Τον τελικό αριθμό του δείγματος αποτέλεσαν 93 άτομα. Το ποσοστό ανταπόκρισης στον ιδιωτικό τομέα ήταν 77.9%, ενώ στον δημόσιο τομέα 46.8%, (συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 62%). Σε επίπεδο μαιευτικών μονάδων τα ποσοστά ανταπόκρισης κυμάνθηκαν από 37.5% μέχρι 100%. Δυστυχώς, ενώ είχε ζητηθεί να συμπληρωθεί το Ερωτηματολόγιο Γ των κοινωνικο-επαγγελματικών χαρακτηριστικών σε περίπτωση που δεν αποδέχονταν να λάβουν μέρος, εντούτοις κανένας επαγγελματίας υγείας δεν το έπραξε.

### ***5.1 Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά***

Όπως φαίνεται στον πίνακα 2, που αφορά σε κοινωνικο-επαγγελματικά στοιχεία, οι συμμετέχουσες είναι όλες γυναίκες, από τις οποίες το 38.7% (N=36) εργοδοτείται στο δημόσιο τομέα και το 61.3% (N=57) εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα, στο δημόσιο τομέα το 66.7% είναι νοσηλεύτριες μαιές (νοσηλεύτριες γενικής νοσηλευτικής με εξειδίκευση στη μαιευτική) και το 27.8% είναι μαιές. Στον ιδιωτικό τομέα, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 14.0% και 38.6%. Στον ιδιωτικό τομέα, φαίνεται να εργοδοτείται μεγάλο ποσοστό νοσηλευτριών γενικής νοσηλευτικής, 40.4% (N=23), ενώ στο δημόσιο τομέα εργάζεται μόνο μία νοσηλεύτρια γενικής νοσηλευτικής (2.8%). Από τις συμμετέχουσες το 69.9% είναι κάτοχοι πτυχίου (83.3% δημόσιο, 61.4% ιδιωτικό), 8.5% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή άλλου τίτλου σπουδών (13.9% δημόσιο, 5.3% ιδιωτικό), ενώ στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει ποσοστό 26.3% επαγγελματιών υγείας που κατέχει μόνο δίπλωμα. Όσον αφορά το χρονικό διάστημα υπηρεσίας στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, από 6 μήνες μέχρι 5 χρόνια υπηρεσίας σε μαιευτικά τμήματα ήταν 30.6% και 61.4%, από 5-10 χρόνια, 13.9% και 10.5% και 10 χρόνια και πάνω 55.6% και 28.1% αντίστοιχα. Από τις συμμετέχουσες το 61.3% (77.8% στο δημόσιο, 50.9% στον ιδιωτικό) έχει τεκνοποιήσει και ποσοστό 91.5% (96.4% στο

δημόσιο, 87.1% στον ιδιωτικό) είχε προσωπική εμπειρία του μητρικού θηλασμού. Ειδικότερα, στο ερώτημα για τη διάρκεια της χρονικής περιόδου του θηλασμού, συνολικά το 60.7% θήλασε από 1-6 μήνες, ενώ το 16.1% θήλασε μέχρι τους 12 μήνες και το 7.1% θήλασε μέχρι τον πρώτο μήνα ζωής του βρέφους.

Στο ερώτημα που αφορά την εκπαίδευση που έτυχαν κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε υψηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων (88.2%). Συγκεκριμένα, στον δημόσιο τομέα το 38.9% απάντησε «μια εκπαίδευση» και το 47.2% «δύο ή περισσότερες». Στον ιδιωτικό τομέα αντίστοιχες απαντήσεις έδωσε το 17.5% και το 71.9%. Το 8.3% στο δημόσιο και το 7.0% στον ιδιωτικό δεν έτυχε καμιάς εκπαίδευσης, ενώ το 4.3% συνολικά (N=4) δεν απάντησε στο ερώτημα.

Για την απόκτηση του πιστοποιητικού του συμβούλου γαλουχίας (IBCLC) το 67.7% απάντησε αρνητικά. Στον δημόσιο τομέα μόνο το 2.8% (N=1) και στον ιδιωτικό τομέα το 26.3% (N=15) των συμμετεχόντων είναι πιστοποιημένος σύμβουλος γαλουχίας. Με εξαίρεση την πληροφορία σε σχέση με την πιστοποίηση ως σύμβουλος γαλουχίας όπου ένα ποσοστό 15.1% (N=14) δεν απάντησε στο συγκεκριμένο ερώτημα, γενικότερα, ο αριθμός των ατόμων που δεν δήλωσαν κάποια πληροφορία ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά περιορίστηκε γύρω στο 5%.

**Πίνακας 2– Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=93)**

	Δημόσιος τομέας (N=36, 38.7%)		Ιδιωτικός Τομέας (N=57, 61.3%)		Σύνολο		p-value
	N	%	N	%	N	%	
<b>Προσόντα</b>							
Νοσηλεύτρια Γενικής Νοσηλευτικής	1	2.8	23	40.4	24	25.8	<0.001
Νοσηλεύτρια-Μαία	24	66.7	8	14.0	32	34.4	
Μαία	10	27.8	22	38.6	32	34.4	
Δε δηλώθηκε	1	2.8	4	7.0	5	5.4	
<b>Εκπαίδευση</b>							
Δίπλωμα	0	0.0	15	26.3	15	16.1	0.003
Πτυχίο	30	83.3	35	61.4	65	69.9	
Μεταπτυχιακό ή άλλο	5	13.9	3	5.3	8	8.6	
Δεν απάντησαν	1	2.8	4	7.0	5	5.4	
<b>Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας</b>							
6μήνες-5 χρόνια	11	30.6	35	61.4	46	49.5	0.013
5-10 χρόνια	5	13.9	6	10.5	11	11.8	
>10 χρόνια	20	55.6	16	28.1	36	38.7	
<b>Προσωπική Εμπειρία Μ. Θηλασμού</b>							
<b>Τεκνοποίηση</b>							
Ναι	28	77.8	29	50.9	57	61.3	0.029
Όχι	6	16.7	24	42.1	30	32.3	
Δε δηλώθηκε	2	5.6	4	7.0	6	6.4	
<b>Μ. Θηλασμός</b>							
Ναι	27	96.4	27	87.1	54	91.5	0.356
Όχι	1	3.6	2		3	12.9	

**Πίνακας 2 – Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=93)  
(συνέχεια)**

	Δημόσιος τομέας (N=36, 38.7%)		Ιδιωτικός Τομέας (N=57, 61.3%)		Σύνολο		p-value
	N	%	N	%	N	%	
<b>Χρονικό Διάστημα Θηλασμού</b>							
<1 μήνα	1	3.7	3	10.3	4	7.1	0.549
1-3 μήνες	7	25.9	8	27.6	15	26.8	
3-6 μήνες	10	37.0	9	31.0	19	33.9	
6-12 μήνες	3	11.1	6	20.7	9	16.1	
>12 μήνες	6	22.2	3	10.3	9	16.1	
<b>Εκπαίδευση- τελευταίοι 12 μήνες</b>							
1	14	38.9	10	17.5	24	25.8	0.097
2 και περισσότερα	17	47.2	41	71.9	58	62.4	
Κανένα	3	8.3	4	7.0	7	7.5	
Δε δηλώθηκε	2	5.6	2	3.5	4	4.3	
<b>Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC</b>							
Ναι	1	2.8	15	26.3	16	17.2	0.005
Όχι	31	86.1	32	56.1	63	67.7	
Δε δηλώθηκε	4	11.1	10	17.5	14	15.1	

## **5.2 Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF και τη Συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος**

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά θετικών απαντήσεων στο κάθε επιμέρους σημείο των «Δέκα Βημάτων». Το κάθε βήμα έχει σκιαγραφηθεί με διαφορετικό χρώμα έτσι ώστε να φαίνεται ξεκάθαρα, οπτικώς, η συγκέντρωση/κατάταξη των επιμέρους ερωτημάτων του. Ψηλά ποσοστά συμμόρφωσης έχουν συγκεντρώσει πτυχές των Βημάτων 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας», 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» και 3

«ενημέρωση εγκύων για θηλασμό», ενώ χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης φαίνεται να έχουν τα βήματα 1 «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής» και 7 «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο». Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως ενώ υπάρχουν περιπτώσεις, κατά τις οποίες κάποια από τα επιμέρους ερωτήματα σε «Βήμα» αξιολογούνται υψηλά για παράδειγμα πάνω από 80%. Υπάρχουν και αρκετές περιπτώσεις κατά τις οποίες τα υπόλοιπα επιμέρους ερωτήματα αξιολογούνται με πολύ χαμηλότερα ποσοστά, όπως για παράδειγμα τα βήματα 2 «εκπαίδευση προσωπικού», 9 «χρήση υποκατάστατων-πιπίλων», 10 «στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο» με αποτέλεσμα τα βήματα αυτά να παρουσιάζονται σε όλο το εύρος του πίνακα και όχι συγκεντρωμένα προς τα «πάνω» ή προς τα «κάτω». Βήματα όπως το 4 «έναρξη θηλασμού» και το 6 «αποκλειστικός θηλασμός» έχουν μέση συγκέντρωση ποσοστών συμμόρφωσης και κυμαίνονται σε ποσοστά (στα υπο-ερωτήματα) από 70-40%. Σε γενικές γραμμές, το 1/3 των επιμέρους ερωτημάτων δεν ξεπερνά το 50% του ποσοστού αυτοαξιολόγησης της συμμόρφωσης, ενώ μόνο 9 (από σύνολο 63 ερωτημάτων) συγκεντρώνουν ποσοστά άνω του 85%. Χαρακτηριστικά, να αναφερθεί ότι τα μισά από αυτά εμπίπτουν στο Βήμα 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας». Στον αντίποδα, τις χαμηλότερες βαθμολογίες έχουν συγκεντρώσει τα 1.5 «ανάρτηση της πολιτικής θηλασμού-δέκα βήματα», 1.7 «μηχανισμός αξιολόγησης», 2.9 «μη κλινικό προσωπικό κι στήριξη θηλασμού» και 9.3 «μη χρήση πιπίλας».

Πίνακας 3– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF και τη συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ταξινομημένα ως προς το ποσοστό συμμόρφωσης με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού - (N=93)

«Βήματα»	Επιμέρους Ερώτημα στα «Βήματα»	Δημόσιος Τομέας Θετικές απαντήσεις		Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις		Δημόσιος + Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις	
		N	%	N	%	N	%
<b>Βήμα 10</b>	10.1	35	97.2	52	91.2	87	93.5
<b>Βήμα 5</b>	5.1	33	91.7	54	94.7	87	93.5
<b>Βήμα 5</b>	5.2	34	94.4	52	91.2	86	92.5
<b>Βήμα 5</b>	5.4	34	94.4	49	86.0	83	89.2
<b>Βήμα 8</b>	8.3	30	83.3	53	93.0	83	89.2
<b>Βήμα 8</b>	8.1	30	83.3	52	91.2	82	88.2
<b>Βήμα 5</b>	5.6	31	86.1	51	89.5	82	88.2
<b>Βήμα 5</b>	5.9	30	83.3	50	87.7	80	86.0
<b>Βήμα 2</b>	2.8	30	83.3	50	87.7	80	86.0
<b>Βήμα 3</b>	3.10	29	80.6	49	86.0	78	83.9
<b>Βήμα 5</b>	5.7	26	72.2	52	91.2	78	83.9
<b>Βήμα 8</b>	8.2	36	86.1	45	78.9	76	81.7
<b>Βήμα 5</b>	5.8	22	61.1	53	93.0	75	80.6
<b>Βήμα 9</b>	9.1	3	88.9	41	71.9	73	78.5
<b>Βήμα 3</b>	3.3	33	91.7	38	66.7	71	76.3
<b>Βήμα 5</b>	5.3	21	58.3	50	87.7	71	76.3
<b>Βήμα 3</b>	3.4	34	94.4	36	63.2	70	75.3
<b>Βήμα 6</b>	6.4	23	63.9	46	80.7	69	74.2
<b>Βήμα 5</b>	5.5	24	66.7	44	77.2	68	73.1
<b>Βήμα 10</b>	10.7	21	58.3	45	78.9	66	71.0
<b>Βήμα 1</b>	1.4	29	80.6	36	63.2	65	69.9
<b>Βήμα 3</b>	3.2	34	94.4	31	54.4	65	69.9
<b>Βήμα 3</b>	3.9	19	52.8	46	80.7	65	69.9
<b>Βήμα 3</b>	3.8	32	88.9	32	56.1	64	68.8
<b>Βήμα 4</b>	4.3	23	63.9	46	80.7	69	67.0
<b>Βήμα 6</b>	6.2	25	69.4	37	64.9	62	66.7
<b>Βήμα 10</b>	10.4	21	58.3	39	68.4	60	64.5
<b>Βήμα 2</b>	2.1	21	58.3	39	68.4	60	64.5
<b>Βήμα 2</b>	2.2	23	63.9	37	64.9	60	64.5
<b>Βήμα 6</b>	6.6	22	61.1	37	64.9	59	63.4
<b>Βήμα 2</b>	2.4	21	58.3	37	64.9	58	62.4
<b>Βήμα 6</b>	6.5	18	50.0	40	70.2	58	62.4
<b>Βήμα 3</b>	3.1	32	88.9	26	45.6	58	62.4
<b>Βήμα 4</b>	4.1	20	55.6	40	70.2	60	58.3

«Βήματα»	Επιμέρους Ερώτηματα στα «Βήματα»	Δημόσιος Τομέας Θετικές απαντήσεις		Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις		Δημόσιος + Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις	
		N	%	N	%	N	%
Βήμα 3	3.7	17	47.2	37	64.9	54	58.1
Βήμα 2	2.7	15	41.7	39	68.4	54	58.1
Βήμα 4	4.4	23	63.9	36	63.2	59	57.3
Βήμα 1	1.8	18	50.0	34	59.6	52	55.9
Βήμα 9	9.2	19	52.8	32	56.1	51	54.8
Βήμα 7	7.1	222	61.1	29	50.9	51	54.8
Βήμα 10	10.6	26	72.2	24	42.1	50	53.8
Βήμα 7	7.2	23	63.9	26	45.6	49	52.7
Βήμα 3	3.6	14	38.9	35	61.4	49	52.7
Βήμα 2	2.3	17	47.2	31	54.4	48	51.6
Βήμα 10	10.5	24	66.7	23	40.4	47	50.5
Βήμα 6	6.3	17	47.2	30	52.6	47	50.5
Βήμα 1	1.1	15	41.7	31	54.4	46	49,5
Βήμα 6	6.1	18	50.0	27	47.4	45	48.4
Βήμα 7	7.3	20	55.6	25	43.9	45	48.4
Βήμα 1	1.2	18	50.0	25	43.9	43	46,2
Βήμα 3	3.5	15	41.7	26	45.6	41	44.1
Βήμα 10	10.2	11	30.6	30	52.6	41	44.1
Βήμα 10	10.3	10	27.8	30	52.6	40	43.0
Βήμα 4	4.2	9	25.0	34	59.6	43	41.7
Βήμα 2	2.6	7	19.4	31	54.4	38	40.9
Βήμα 2	2.10	17	47.2	20	35.1	37	39.8
Βήμα 2	2.5	12	33.3	25	43.9	37	39.8
Βήμα 1	1.6	12	33.3	24	42.1	36	38.7
Βήμα 1	1.3	20	55.6	12	21.1	32	34,4
Βήμα 1	1.5	9	25.0	19	33.3	28	30.1
Βήμα 9	9.3	10	27.8	18	31.6	28	30.1
Βήμα 1	1.7	5	13.9	19	33.3	24	25.8
Βήμα 2	2.9	1	2.8	22	38.6	23	24.7

Υπόμνημα 1: Δέκα Βήματα (ενδεικτικές φράσεις)

Βήμα 1	ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής	Βήμα 6	αποκλειστικός θηλασμός
Βήμα 2	εκπαίδευση προσωπικού	Βήμα 7	24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο
Βήμα 3	ενημέρωση εγκύων για θηλασμό	Βήμα 8	ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός
Βήμα 4	έναρξη θηλασμού	Βήμα 9	χρήση υποκατάστατων-πιπλών
Βήμα 5	διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας	Βήμα 10	στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν τη Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ταξινομημένα ως προς το ποσοστό συμμόρφωσης με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού. Ο Κώδικας 7 «Το προσωπικό αντιλαμβάνεται γιατί είναι σημαντικό να μη δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες;» ξεχώρισε με ποσοστό 69.9% N=65 στις θετικές ανταποκρίσεις των ερωτηθέντων.

Δεύτερος παρουσιάστηκε ο Κώδικας 5 «Σκευάσματα και φιάλες τεχνητής διατροφής είναι μακριά από κοινή θέα;» με σχετικά πολύ χαμηλότερα συγκριτικά ποσοστά 46.2% (N=43) και τρίτος ο Κώδικας 6 «Αποφυγή διανομής διαφημιστικού υλικού ή πακέτων για προώθηση τεχνητής σίτισης;» με 41.9% (N=39).

Ο Κώδικας 1 «Άρνηση δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμήθεια υποκατάστατων μητρικού γάλακτος;», ο Κώδικας 4 «Άρνηση δώρων ή οτιδήποτε άλλο από εταιρίες προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος;» και ο Κώδικας 2 «Μη προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο χώρο του νοσοκομείου;» φαίνεται ότι δε λαμβάνουν την ίδια σημασία από το προσωπικό, αφού τα ποσοστά είναι πολύ χαμηλά και κυμαίνονται από 25-29%.

Γενικά, τα ποσοστά της αυτοαξιολόγησης της συμμόρφωσης με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος κινούνται σε πολύ χαμηλά επίπεδα.

**Πίνακας 5\_- Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ταξινομημένα ως προς το ποσοστό συμμόρφωσης με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού - (N=93)**

<i>Συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος</i>						
	<i>Δημόσιος Τομέας Θετικές απαντήσεις</i>		<i>Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις</i>		<i>Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Κώδικας 7</b> Το προσωπικό αντιλαμβάνεται γιατί είναι σημαντικό να μη δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες;	29	80.6	36	63.2	65	69.9
<b>Κώδικας 5</b> Σκευάσματα και φιάλες τεχνητής διατροφής είναι μακριά από κοινή θέα;	13	36.1	30	52.6	43	46.2
<b>Κώδικας 6</b> Αποφυγή διανομής διαφημιστικού υλικού ή πακέτων για προώθηση τεχνητής σίτισης;	20	55.6	19	33.3	39	41.9
<b>Κώδικας 3</b> Απαγόρευση επαφής με έγκυες ή θηλάζουσες στο χώρο του νοσοκομείου από αντιπροσώπους εταιρειών τεχνητής διατροφής ή υποκατάστατων;	11	30.6	21	36.8	32	34.4
<b>Κώδικας 2</b> Μη προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο χώρο του νοσοκομείου;	5	13.9	22	38.6	27	29.0
<b>Κώδικας 4</b> Άρνηση δώρων ή οτιδήποτε άλλο από εταιρίες προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος;	8	22.2	13	28.1	24	25.8
<b>Κώδικας 1</b> Άρνηση δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμήθεια υποκατάστατων μητρικού γάλακτος;	8	22.2	15	26.3	23	24.7

Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα Γενικά, το Βήμα 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» συγκέντρωσε την υψηλότερη μέση βαθμολογία ( $0.86 \pm 0.27$ ), ενώ ακολουθεί το Βήμα 5 «διδασκαλία τεχνικής και

διατήρηση γαλουχίας» ( $0.84\pm 0.20$ ) και το Βήμα 3 «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό» ( $0.66\pm 0.26$ ). Τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία συγκέντρωσε το Βήμα 1 «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής» ( $0.43\pm 0.28$ ).

Όσον αφορά την αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υπήρχε μια γενική τάση να εφαρμόζονται κάποια βήματα πιο συχνά στο δημόσιο και άλλα στον ιδιωτικό τομέα. Στο δημόσιο τομέα φαίνεται ότι εφαρμόζονται πιο συχνά τα Βήματα 3 «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό» και 7 «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο», ενώ στον ιδιωτικό τομέα να εφαρμόζονται τα Βήματα 2 «εκπαίδευση προσωπικού», 4 «έναρξη θηλασμού» και 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας».

Η ανάλυση κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της αυτοαξιολόγησης της συμμόρφωσης πρακτικών στο Βήμα 2, ( $0.45\pm 0.26$  και  $0.58\pm 0.29$  αντίστοιχα),  $p\text{-value}<0.05$ , στο Βήμα 4 ( $0.52\pm 0.37$  και  $0.68\pm 0.37$  αντίστοιχα),  $p\text{-value}<0.05$ , και στο βήμα 5 ( $0.78\pm 0.21$  και  $0.88\pm 0.20$  αντίστοιχα),  $p\text{-value}<0.05$ , όπου φάνηκε να υπάρχει και η μεγαλύτερη απόκλιση στις απαντήσεις του προσωπικού.

Αντίθετα, δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική απόκλιση στις απαντήσεις στο Βήμα 1 «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής» ( $0.43\pm 0.28$  και στα δύο), στο Βήμα 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» ( $0.84\pm 0.28$  και  $0.87\pm 0.26$  αντίστοιχα), στο Βήμα 9 «χρήση υποκατάστατων-πιπίλων» ( $0.56\pm 0.28$  και  $0.53\pm 0.28$  αντίστοιχα) και στο Βήμα 10 «στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο» ( $0.58\pm 0.25$  και  $0.60\pm 0.30$  αντίστοιχα). Ωστόσο, «καλό» επίπεδο εφαρμογής των δέκα βημάτων και στους δύο τομείς φάνηκε να υπάρχει στο Βήμα 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» ( $0.84\pm 0.28$  και  $0.87\pm 0.26$  αντίστοιχα), ενώ καμία διαφορά αλλά ουσιαστικά «κακή» εφαρμογή και στους δύο τομείς βρέθηκε να υπάρχει στο Βήμα 1 ( $0.43\pm 0.28$ ).

Η μεγαλύτερη διακύμανση στις απαντήσεις του προσωπικού παρατηρήθηκε στην εφαρμογή του Βήματος 7 ( $SD= 0.43$ ), απεναντίας το Βήμα 3 ( $SD= 0.26$ ) και το Βήμα 5 ( $SD= 0.20$ ) είχαν τη μικρότερη διακύμανση (πίνακας 5).

**Πίνακας 6– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα**

	<b>Συνολικό Mean (SD)</b>	<b>Δημόσιο Mean (SD)</b>	<b>Ιδιωτικό Mean (SD)</b>	<b>P- value</b>
<b>Βήμα 1</b> «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής»	0.43 (0.28)	0.43 (0.28)	0.43 (0.28)	0.986
<b>Βήμα 2</b> «εκπαίδευση προσωπικού»	0.53 (0.28)	0.45 (0.26)	0.58 (0.29)	0.042
<b>Βήμα 3</b> «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό»	0.66 (0.26)	0.71 (0.18)	0.62 (0.30)	0.065
<b>Βήμα 4</b> «έναρξη θηλασμού»	0.62 (0.38)	0.52 (0.37)	0.68 (0.37)	0.043
<b>Βήμα 5</b> «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας»	0.84 (0.20)	0.78 (0.21)	0.88 (0.20)	0.024
<b>Βήμα 6</b> «αποκλειστικός θηλασμός»	0.60 (0.29)	0.56 (0.32)	0.63 (0.27)	0.307
<b>Βήμα 7</b> «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο»	0.51 (0.43)	0.60 (0.41)	0.46 (0.44)	0.152
<b>Βήμα 8</b> «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός»	0.86 (0.27)	0.84 (0.28)	0.87 (0.26)	0.550
<b>Βήμα 9</b> «χρήση υποκατάστατων-πιπύλων»	0.54 (0.28)	0.56 (0.28)	0.53 (0.28)	0.594
<b>Βήμα 10</b> «στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο»	0.60 (0.28)	0.58 (0.25)	0.60 (0.30)	0.722

Επιπρόσθετα, σε περαιτέρω διερεύνηση κατά πόσο υπάρχει διαφορά στον τρόπο που αξιολογείται η συμμόρφωση της πρακτικής των βημάτων στις μεγάλες και μικρές ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες, η ανάλυση δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους μεταξύ τους. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μεγάλες και μικρές μαιευτικές μονάδες φαίνεται ότι αξιολογούν περίπου με τον ίδιο τρόπο την εφαρμογή των πρακτικών (πίνακας 6).

**Πίνακας 7- Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών στις ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες στη Λευκωσία για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF (N=57)**

	<b>Συνολικό (N=57, 100%) Mean (SD)</b>	<b>Μεγάλες ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες (N=40, 70.2%) Mean (SD)</b>	<b>Μικρές ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες (N=17, 29.8%) Mean (SD)</b>	<b>P-value</b>
<b>Βήμα 1</b> «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής»	0.43 (0.28)	0.42 (0.29)	0.47 (0.28)	0.508
<b>Βήμα 2</b> «εκπαίδευση προσωπικού»	0.58 (0.29)	0.53 (0.29)	0.68 (0.28)	0.089
<b>Βήμα 3</b> «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό»	0.62 (0.30)	0.60 (0.31)	0.66 (0.27)	0.519
<b>Βήμα 4</b> «έναρξη θηλασμού»	0.68 (0.37)	0.65 (0.38)	0.76 (0.33)	0.289
<b>Βήμα 5</b> «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας»	0.88 (0.20)	0.90 (0.18)	0.85 (0.24)	0.456
<b>Βήμα 6</b> «αποκλειστικός θηλασμός»	0.63 (0.27)	0.62 (0.29)	0.64 (0.25)	0.827
<b>Βήμα 7</b> «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο»	0.46 (0.44)	0.48 (0.45)	0.43 (0.45)	0.693
<b>Βήμα 8</b> «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός»	0.87 (0.26)	0.86 (0.27)	0.90 (0.25)	0.649
<b>Βήμα 9</b> «χρήση υποκατάστατων-πιπύλων»	0.53 (0.28)	0.56 (0.27)	0.45 (0.31)	0.167
<b>Βήμα 10</b> «στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο»	0.60 (0.30)	0.64 (0.29)	0.52 (0.31)	0.156

### **5.3 Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά και Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων»**

Η ανάλυση κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους που αφορά τη μεταβλητή για τα «προσόντα» μεταξύ των τριών ομάδων των επαγγελματιών υγείας. Όταν συγκρίθηκαν οι ομάδες μεταξύ τους ανά δυο, εφαρμόζοντας το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων Scheffe, φάνηκε ότι οι μαίες είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες αυτοαξιολογήσεις της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή στο Βήμα 1 «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής», Βήμα 3 «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό», Βήμα 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας», Βήμα 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» και Βήμα 9 «χρήση υποκατάστατων-πιπίλων» ( $p$ -value < 5%) από τις υπόλοιπες ομάδες.

Αναφορικά με την εκπαίδευση, στο Βήμα 5  $p$ -value <0.001 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας», Βήμα 2  $p$ -value=0.001 «εκπαίδευση προσωπικού» και Βήμα 6- $p$ -value =0.055 «αποκλειστικός θηλασμός», στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες αυτοαξιολογήσεις της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου ως προς την εφαρμογή στα βήματα παρατηρήθηκε να έχουν όσες από τις συμμετέχουσες απόκτησαν μεταπτυχιακή ή άλλη υψηλότερου επιπέδου μόρφωση σε σχέση με τις κατόχους διπλώματος. Οι τελευταίες φαίνεται ότι έχουν συνεχώς υψηλότερους μέσους σε όλα τα βήματα με αποτέλεσμα να αυτοαξιολογούν υψηλότερα τη συμμόρφωση της εφαρμογής των βημάτων, αν και η διαφορά μεταξύ τους δεν ήταν στατιστικά σημαντική σε όλα τα βήματα.

Στη μεταβλητή που αφορά το «χρονικό διάστημα υπηρεσίας» στατιστικά σημαντική διαφορά φάνηκε να υπάρχει μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με μεγάλη προϋπηρεσία σε σχέση με τις υπόλοιπες δύο ομάδες με λιγότερα χρόνια υπηρεσίας, όπου οι δεύτεροι αξιολογούν χειρότερα την εφαρμογή, στο Βήμα 6  $p$ -value =0.036 «αποκλειστικός θηλασμός», στο Βήμα 8  $p$ -value =0.033 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός», στο Βήμα 9  $p$ -value =0.048 «χρήση υποκατάστατων-πιπίλων» και στο Βήμα 10  $p$ -value =0.048 «στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο».

Ακόμη, σημαντικές διαφορές υπάρχουν στην μεταβλητή «εκπαίδευση- τελευταίοι 12 μήνες». Ειδικότερα, στα αποτελέσματα παρατηρήθηκε το παράδοξο ότι οι επαγγελματίες που

δεν έτυχαν καμίας εκπαίδευσης τους τελευταίους 12 μήνες αξιολογούν τη συμμόρφωση της πρακτικής στα βήματα χαμηλότερα σε σχέση με αυτούς που έλαβαν μια ή περισσότερο αριθμό εκπαιδεύσεων. Ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι οι επαγγελματίες υγείας που λαμβάνουν επιπρόσθετες γνώσεις και εκπαίδευση να τα θέτουν σε εφαρμογή κατά την ώρα άσκησης των καθηκόντων τους. Συμπερασματικά, μπορεί να έχουν την πεποίθηση πως εφόσον εφαρμόζονται από αυτούς, τότε θα εφαρμόζονται από όλο το προσωπικό, με αποτέλεσμα να αξιολογούν «υψηλότερα» την πρακτική της εφαρμογής στον χώρο τους. Άλλη εξήγηση, ίσως να οφείλεται στο ότι αυτοί που δεν έλαβαν εκπαίδευση απλούστατα δεν τα εφαρμόζουν, επομένως αξιολογούν την εφαρμογή των βημάτων ως χειρότερη (μέσα από τις προσωπικές πρακτικές τους). Η στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους παρατηρήθηκε στα Βήματα 6  $p\text{-value} = 0.039$  «αποκλειστικός θηλασμός», 7  $p\text{-value} = 0.022$ , 8  $p\text{-value} = 0.003$  «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» και 9  $p\text{-value} = 0.041$  «χρήση υποκατάστατων-πιπίλων» (πίνακας 7).

**Πίνακας 8– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93)**

	Βήμα 1	Βήμα 2	Βήμα 3	Βήμα 4	Βήμα 5	Βήμα 6	Βήμα 7	Βήμα 8	Βήμα 9	Βήμα 10
	Mean (SD)									
<b>Προσόντα</b>										
Νοσηλεύτρια –Γενικής Νοσηλευτικής	0.47 (0.28)	0.58 (0.23)	0.64 (0.23)	0.75 (0.32)	0.93 (0.10)	0.61 (0.22)	0.51 (0.43)	0.93 (0.13)	0.58 (0.26)	0.63 (0.29)
Νοσηλεύτρια -Μαία	0.50 (0.27)	0.56 (0.27)	0.78 (0.17)	0.53 (0.37)	0.86 (0.13)	0.68 (0.25)	0.61 (0.40)	0.74 (0.12)	0.62 (0.30)	0.68 (0.26)
Μαία	0.33 (0.29)	0.45 (0.30)	0.56 (0.31)	0.57 (0.39)	0.79 (0.26)	0.56 (0.35)	0.51 (0.45)	0.77 (0.34)	0.45 (0.25)	0.53 (0.26)
<i>p-value</i>	0.038*	0.154	0.002*	0.096**	0.023*	0.244	0.568	0.031*	0.048*	0.099**
<b>Εκπαίδευση</b>										
Δίπλωμα	0.56 (0.23)	0.73 (0.16)	0.73 (0.27)	0.68 (0.33)	0.98 (0.03)	0.77 (0.24)	0.55 (0.44)	0.93 (0.13)	0.60 (0.31)	0.74 (0.27)
Πτυχίο	0.42 (0.29)	0.50 (0.27)	0.65 (0.26)	0.60 (0.38)	0.83 (0.20)	0.59 (0.29)	0.55 (0.43)	0.87 (0.26)	0.55 (0.27)	0.57 (0.27)
Μεταπτυχιακό-Άλλο	0.31 (0.30)	0.37(0.3 2)	0.62 (0.22)	0.56 (0.37)	0.81 (0.14)	0.52 (0.30)	0.50 (0.99)	0.83 (0.25)	0.45 (0.24)	0.67 (0.27)
<i>p-value</i>	0.103	0.001*	0.544	0.695	<0.001*	0.055*	0.946	0.586	0.520	0.092**
<b>Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας</b>										
6μήνες-5 χρόνια	0.44 (0.29)	0.52 (0.30)	0.62 (0.28)	0.63 (0.42)	0.83 (0.25)	0.53 (0.30)	0.42 (0.52)	0.82 (0.32)	0.47 (0.29)	0.58 (0.32)
5-10 χρόνια	0.37 (0.29)	0.41 (0.23)	0.58 (0.30)	0.55 (0.42)	0.76 (0.23)	0.55 (0.33)	0.63 (0.48)	0.73 (0.34)	0.50 (0.23)	0.45 (0.19)
>10 χρόνια	0.43 (0.27)	0.56 (0.28)	0.72 (0.21)	0.61 (0.55)	0.88 (0.12)	0.70 (0.24)	0.62 (0.42)	0.94 (0.12)	0.62 (0.26)	0.65 (0.23)
<i>p-value</i>	0.769	0.316	0.135	0.835	0.173	0.036*	0.099**	0.033*	0.048*	0.048*

Πίνακας 9– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93) (Συνέχεια)

	Βήμα 1	Βήμα 2	Βήμα 3	Βήμα 4	Βήμα 5	Βήμα 6	Βήμα 7	Βήμα 8	Βήμα 9	Βήμα 10
	Mean (SD)									
<b>Προσωπική Εμπειρία Μ. Θηλασμού</b>										
<b>Τεκνοποίηση</b>										
Ναι	0.43 (0.31)	0.53 (0.28)	0.69 (0.25)	0.59 (0.37)	0.87 (0.16)	0.66 (0.28)	0.53 (0.44)	0.90 (0.44)	0.59 (0.26)	0.65 (0.24)
Όχι	0.40 (0.26)	0.54 (0.30)	0.60 (0.26)	0.66 (0.39)	0.82 (0.22)	0.53 (0.27)	0.54 (0.42)	0.87 (0.28)	0.52 (0.28)	0.53 (0.31)
<i>p-value</i>	0.640	0.852	0.124	0.389	0.293	0.040*	0.901	0.663	0.271	0.051*
<b>Μ.θηλασμός***</b>										
Ναι	0.43 (0.26)	0.52 (0.27)	0.67 (0.26)	0.58 (0.37)	0.87 (0.16)	0.66 (0.28)	0.53 (0.45)	0.90 (0.20)	0.58 (0.26)	0.65 (0.24)
Όχι	0.50 (0.39)	0.78 (0.22)	0.92 (0.08)	0.75 (0.43)	0.86 (0.19)	0.80 (0.21)	0.80 (0.18)	0.93 (0.14)	0.60 (0.43)	0.91 (0.12)
<i>p-value</i>	0.618	0.056*	<0.001*	0.359	0.902	0.291	0.029*	0.730	0.882	0.024*
<b>Χρονικό Διάστημα Θηλασμού***</b>										
<1 μήνα	0.31 (0.29)	0.45 (0.31)	0.57 (0.41)	0.43 (0.42)	0.86 (0.10)	0.66 (0.30)	0.50 (0.43)	0.91 (0.16)	0.58 (0.31)	0.50 (0.35)
1-3 μήνες	0.50 (0.28)	0.61 (0.29)	0.73 (0.17)	0.71 (0.33)	0.87 (0.11)	0.63 (0.21)	0.42 (0.47)	0.91 (0.15)	0.62 (0.30)	0.59 (0.24)
3-6 μήνες	0.37 (0.25)	0.51 (0.26)	0.67 (0.23)	0.53 (0.36)	0.91 (0.15)	0.67 (0.27)	0.54 (0.48)	0.92 (0.17)	0.56 (0.24)	0.71 (0.19)
6-12 μήνες	0.43 (0.23)	0.47 (0.33)	0.64 (0.36)	0.50 (0.45)	0.80 (0.27)	0.53 (0.39)	0.48 (0.41)	0.77 (0.33)	0.55 (0.28)	0.68 (0.29)
>12 μήνες	0.50 (0.26)	0.60 (0.24)	0.67 (0.28)	0.72 (0.31)	0.88 (0.12)	0.79 (0.23)	0.66 (0.44)	0.96 (0.11)	0.59 (0.22)	0.63 (0.23)
<i>p-value</i>	0.471	0.661	0.885	0.367	0.825	0.403	0.792	0.639	0.970	0.434

Πίνακας 10– Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93) (Συνέχεια)

	Βήμα 1	Βήμα 2	Βήμα 3	Βήμα 4	Βήμα 5	Βήμα 6	Βήμα 7	Βήμα 8	Βήμα 9	Βήμα 10
	Mean (SD)									
<b>Εκπαίδευση- τελευταίοι 12 μήνες</b>										
1	0.50 (0.27)	0.55 (0.26)	0.69 (0.24)	0.68 (0.33)	0.87 (0.17)	0.74 (0.22)	0.69 (0.40)	0.93 (0.21)	0.68 (0.25)	0.58 (0.25)
2 ή/και περισσότερες	0.40 (0.30)	0.52 (0.29)	0.65 (0.27)	0.56 (0.38)	0.86 (0.20)	0.57 (0.30)	0.50 (0.43)	0.87 (0.24)	0.49 (0.28)	0.62 (0.29)
Κανένα	0.48 (0.26)	0.61 (0.30)	0.68 (0.18)	0.85 (0.37)	0.76 (0.16)	0.57 (0.26)	0.19 (0.32)	0.76 (0.37)	0.57 (0.31)	0.55 (0.26)
Δε δηλώθηκε	0.40 (0.28)	0.27 (0.22)	0.52 (0.37)	0.68 (0.47)	0.61 (0.42)	0.37 (0.36)	0.25 (0.50)	0.41 (0.31)	0.41 (0.31)	0.46 (0.39)
<i>p-value</i>	0.599	0.273	0.676	0.170	0.066**	0.039*	0.022*	0.003*	0.041*	0.670
<b>Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC</b>										
Ναι	0.44 (0.31)	0.56 (0.31)	0.62 (0.33)	0.57 (0.39)	0.90 (0.12)	0.58 (0.35)	0.47 (0.43)	0.83 (0.34)	0.47 (0.36)	0.56 (0.37)
Όχι	0.39 (0.27)	0.52 (0.29)	0.68 (0.24)	0.61 (0.37)	0.84 (0.20)	0.60 (0.27)	0.54 (0.43)	0.88 (0.23)	0.55 (0.26)	0.60 (0.26)
<i>p-value</i>	0.533	0.643	0.407	0.730	0.218	0.787	0.590	0.444	0.440	0.670

\*Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο < 5%

\*\* Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο < 10%

\*\*\* Αριθμός δείγματος N=56, αφού απαντήθηκε από τα άτομα που έχουν τεκνοποιήσει

Έπειτα πραγματοποιήθηκε βηματική παλινδρομική ανάλυση (πίνακας 8) για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των απόψεων του προσωπικού για την εφαρμογή του κάθε βήματος ξεχωριστά ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους. Οι μόνες διαφορές που παραμένουν μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όταν λάβουμε υπόψη τα διαφορετικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του προσωπικού τους, είναι μόνο ως προς το Βήμα 3 «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό» (-0.24,  $p$ -value= 0.012) και το Βήμα 4 «έναρξη θηλασμού» (0.21,  $p$ -value= 0.065). Το Βήμα 3 φαίνεται να τυγχάνει ευρύτερης εφαρμογής στο δημόσιο τομέα (αρνητικός συντελεστής στον ιδιωτικό τομέα), ενώ με το Βήμα 4 συμβαίνει το αντίθετο (να εφαρμόζεται πιο συχνά στον ιδιωτικό τομέα). Αυτό συμβαίνει, ίσως λόγω του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου των ατόμων που προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα.

Η μεγάλη διαφορά που παρατηρήθηκε μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι ότι στον πρώτο εργοδοτούνται μόνο μαιές σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα, που απασχολεί και νοσηλεύτριες γενικής κατεύθυνσης. Οι μαιές φάνηκε από την μονομεταβλητή ανάλυση ότι γενικότερα αξιολογούν την εφαρμογή των βημάτων ως «χαμηλότερη» από τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Επομένως, σε κάποιο βαθμό η χαμηλότερη βαθμολογία που λάμβανε ο δημόσιος τομέας στο Βήμα 2 «εκπαίδευση προσωπικού» και στο Βήμα 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας» εξηγείται από την τάση των μαιών να αξιολογούν χαμηλότερα, ενδεχομένως λόγω υψηλότερων απαιτήσεων.

Επίσης, πέραν από τα προσόντα, δεν διακρίνεται μια συστηματική τάση κάποιες ομάδες του προσωπικού να αξιολογούν τις πρακτικές «χειρότερα» από κάποια άλλη. Σε σχέση με την εκπαίδευση όμως, διακρίνεται μια γενικότερη τάση το προσωπικό με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (π.χ. δίπλωμα) να αξιολογεί την εφαρμογή ως «καλύτερη» σε σχέση με το προσωπικό με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης τουλάχιστον σε 5 από τα 10 βήματα. Αναλυτικότερα, Βήμα 1 (0.16,  $p$ -value= 0.050), Βήμα 2 (0.65,  $p$ -value < 0.001,) Βήμα 3 (0.48,  $p$ -value= 0.007), Βήμα 5 (0.15,  $p$ -value= 0.004), Βήμα 6 (0.18,  $p$ -value= 0.042).

**Πίνακας 11- Βηματική Παλινδρομική ανάλυση για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93)**

	Βήμα 1	Βήμα 2	Βήμα 3	Βήμα 4	Βήμα 5	Βήμα 6	Βήμα 7	Βήμα 8	Βήμα 9	Βήμα 10
	Beta (p-value)									
<b>Μαιευτικές Μονάδες</b>										
Ιδιωτικός Τομέας			-0.24 (0.012)	0.21 (0.065)						
Δημόσιος Τομέας	ref	ref	Ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
<b>Προσόντα</b>										
Νοσηλεύτρια –Γενικής Νοσηλευτικής		-0.21 (0.020)								
Νοσηλεύτρια -Μαία	0.14 (0.062)							0.12 (0.026)	0.18 (0.014)	
Μαία	ref	ref	Ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
<b>Εκπαίδευση</b>										
Δίπλωμα	0.16 (0.050)	0.65 (<0.001)*	0.48 (0.007)		0.15 (0.004)	0.18 (0.042)				
Πτυχίο		0.36 (0.004)	0.30 (0.037)							
Μεταπτυχιακό-Άλλο	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref

**Πίνακας 12- Βηματική Παλινδρομική ανάλυση για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά (N=93). (Συνέχεια)**

	Βήμα 1	Βήμα 2	Βήμα 3	Βήμα 4	Βήμα 5	Βήμα 6	Βήμα 7	Βήμα 8	Βήμα 9	Βήμα 10
	<b>Beta (p-value)</b>									
<b>Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας</b>										
6μήνες-5 χρόνια										0.14 (0.086)
5-10 χρόνια					-0.13 (0.031)			-0.19 (0.010)		
>10 χρόνια	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
<b>Εκπαίδευση- τελευταίοι 12 μήνες</b>										
1εκπαίδευση						0.19 (0.023)	0.32 (0.015)			
2 ή/και περισσότερες				-0.23 (0.052)						
Καμία εκπαίδευση/Δε δηλώθηκε	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref

Πρόκειται για Βηματική Παλινδρόμηση με τις εξής μεταβλητές στο αρχικό μοντέλο: Μαιευτικές Μονάδες, Προσόντα, Εκπαίδευση Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας, Τεκνοποίηση, Προσωπική Εμπειρία Μ. Θηλασμού, Χρονικό Διάστημα Θηλασμού, Εκπαίδευση- τελευταίοι 12 μήνες, Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC.

\*p-value< 0.001

#### **5.4 Στάσεις και γνώσεις για τον μητρικό θηλασμό**

Στο Μέρος Α του ερωτηματολογίου που αφορά στάσεις περί μητρικού θηλασμού, οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε αρκετά ερωτήματα είναι οι αναμενόμενες, όμως παρατηρήθηκε ότι υπάρχουν ερωτήματα με διευρυμένες τις απαντήσεις αν στηριχθούμε στα επιστημονικά δεδομένα. Ξεκάθαρες στάσεις διαφαίνονται να υπάρχουν στα ερωτήματα 1 «ενεργός ενθάρρυνση», 3 «ιδανική τροφή», 7 «λιγότερες λοιμώξεις», 9 «ευεργεσία για μητέρα», 10 «ικανοποίηση με θηλασμό για πρώτους 6 μήνες», 11 «ευκολότερη χώνευση φόρμουλας», 12 «πλεονεκτήματα υγείας βρέφους», 13 «παραγκώνιση πατέρα».

Το ερώτημα 1 «ενεργός ενθάρρυνση» κατέλαβε το ψηλότερο ποσοστό συμφωνίας με 96.8% (συμφωνώ και συμφωνώ έντονα). Ακολουθούν το ερώτημα 3 «ιδανική τροφή» με 94.6%, το ερώτημα 9 «ευεργεσία για μητέρα» με 93.5% και το ερώτημα 10 «ικανοποίηση με θηλασμό για πρώτους 6 μήνες» με 92.4%. Στα ερωτήματα 11 και 13 υπάρχουν ψηλά ποσοστά ασυμφωνίας (διαφωνώ και διαφωνώ έντονα). Τα τελευταία δύο ερωτήματα (11 και 13) είχαν αντιστραφεί και έτσι είναι αναμενόμενη η διαφωνία που παρατηρήθηκε. Ωστόσο, στα ερωτήματα 8 «υπερσίτιση με φόρμουλα», 2 «πλεονέκτημα της τεχνητής σίτισης για τον πατέρα», και 4 «αλκοόλ και θηλασμός», παρατηρήθηκε διεύρυνση των απαντήσεων σε όλη τη κλίμακα Likert. Θα ανάμενε κανείς να δοθούν απαντήσεις που να διαχωρίζεται ξεκάθαρα είτε η συμφωνία είτε η διαφωνία, ωστόσο υπήρξαν αυξημένα ποσοστά στην απάντηση που υποδηλώνει μια μάλλον ουδέτερη στάση «ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ». Για παράδειγμα, στο ερώτημα 4 «αλκοόλ και θηλασμός» το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων ήταν 44.4%, των θετικών ήταν 31.2%, ενώ στην τήρηση ουδέτερης στάσης το ποσοστό έφτασε το 20.4%.

Παρόμοιο μοτίβο φάνηκε να ακολουθείται και στο ερώτημα 2 «πλεονέκτημα της τεχνητής σίτισης για τον πατέρα» με το ίδιο ποσοστό στην τήρηση της ουδέτερης στάσης, ενώ το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων ήταν 48.9% και των θετικών ήταν εξίσου 31.2%. Στα ερωτήματα 5 «πληγωμένες θηλές» και 6 «επαγγελματίες υγείας και απόφαση μητέρας για θηλασμό» παρατηρήθηκε πιο έντονα να διχάζονται οι απαντήσεις, ενώ η αναμενόμενη απάντηση είχε σχετικά χαμηλά ποσοστά. Ενδεικτικά, στο ερώτημα 6 οι απαντήσεις που κλείνουν προς τη συμφωνία κατείχαν το 34.4% και η τήρηση ουδέτερης στάσης 16.1%, ενώ το ποσοστό στη «μη συμφωνία» στο ερώτημα ήταν 48.4%.

Στο Μέρος Β που αφορά γνώσεις, παρατηρήθηκε πιο έντονα ότι υπάρχουν σχετικά ψηλά ποσοστά στις «ουδέτερες» απαντήσεις. Μόνο στο ερώτημα 3 «φόρμουλα πριν πρώτο θηλασμό» υπήρξε ψηλό ποσοστό στην αναμενόμενη απάντηση, με ποσοστό 80.7%. Ωστόσο, στο ερώτημα 6 «εισαγωγή φόρμουλας σε μη ανάκτηση βάρους», το ποσοστό στην αναμενόμενη απάντηση ήταν πολύ χαμηλό (31.3%- διαφωνώ και διαφωνώ έντονα), με σχετικά ψηλό ποσοστό στην ουδέτερη απάντηση «ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ» με ποσοστό 24.7%.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως οι αναμενόμενες απαντήσεις στα υπόλοιπα ερωτήματα 1 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής), 2 (εκπαίδευση προσωπικού), 4 (έναρξη θηλασμού), 5 (διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας), 7 (24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο) κινούνται σε χαμηλά επίπεδα, σε αντίθεση με τα σχετικά ψηλά ποσοστά που βρέθηκαν να σημειώνονται στις ουδέτερες απαντήσεις. Το ποσοστό των αναμενόμενων ορθών απαντήσεων φτάνει μόνο το 50%, ενώ οι ουδέτερες απαντήσεις που δίνονται είναι περίπου στο 25%. Αναλυτικότερα, στο ερώτημα 5 «διαφορετικός ρυθμός ανάπτυξης στα θηλάζοντα και μη βρέφη» οι (αναμενόμενες) θετικές απαντήσεις έχουν ποσοστό 41.9%, ενώ η «ουδέτερη» απάντηση αγγίζει το 32.3%. Στο ερώτημα 4 «θηλασμός και μείωση ίκτερου» οι (αναμενόμενες) θετικές απαντήσεις ήταν το 47.3%, ενώ ουδέτερη απάντηση έδωσε το 32.3%. Στα ερωτήματα 1 «μειωμένες πιθανότητες εγκυμοσύνης» και 2 «επιζήμιο το συμπλήρωμα στη παραγωγή γάλακτος» οι (αναμενόμενες) θετικές απαντήσεις ήταν το 53.8% και 59.2%, ενώ ουδέτερη απάντηση έδωσε το 17.2% και 22.6% αντίστοιχα.

Ο αριθμός των ατόμων που δεν απάντησαν στα ερωτήματα ήταν γύρω στο 5% (πίνακας 9).

**Πίνακας 13– Περιγραφή των απαντήσεων του ερωτηματολογίου Α στα 13 ερωτήματα στάσεων (ΜΕΡΟΣ Α) και 7 ερωτήματα γνώσεων (ΜΕΡΟΣ Β) των συμμετεχόντων για τ Μητρικό Θηλασμό (N=93).**

	Διαφωνώ έντονα		Διαφωνώ		Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ έντονα		Δε δηλώθηκε	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ΜΕΡΟΣ Α</b>												
<b>Ερ.1</b> ενεργός ενθάρρυνση	0	0.0	2	2.2	1	1.1	29	31.2	61	65.6	0	0.0
<b>Ερ.2</b> πλεονέκτημα της τεχνητής σίτισης για τον πατέρα	16	17.2	29	31.2	19	20.4	27	29.0	2	2.2	0	0.0
<b>Ερ.3</b> ιδανική τροφή	0	0.0	1	1.1	3	3.2	19	20.4	69	74.2	1	1.1
<b>Ερ.4</b> αλκοόλ και θηλασμός	13	14.0	32	34.4	19	20.4	15	16.1	14	15.1	0	0.0
<b>Ερ.5</b> πληγωμένες θηλές	9	9.7	25	26.9	12	12.9	36	38.7	9	9.7	2	2.2
<b>Ερ.6</b> επαγγ. υγείας και απόφαση μητέρας για θηλασμό	14	15.1	31	33.3	15	16.1	27	29.0	5	5.4	1	1.1
<b>Ερ.7</b> λιγότερες λοιμώξεις	0	0.0	6	6.5	8	8.6	40	43.0	39	41.9	0	0.0
<b>Ερ.8</b> υπερσίτιση με φόρμουλα	1	1.1	10	10.8	26	28.0	38	40.9	18	19.4	0	0.0
<b>Ερ.9</b> ευεργεσία για μητέρα	1	1.1	2	2.2	3	3.2	43	46.2	44	47.3	0	0.0
<b>Ερ.10</b> ικανοποίηση με θηλασμό για πρώτους 6 μήνες	1	1.1	4	4.3	2	2.2	39	41.9	47	50.5	0	0.0
<b>Ερ.11</b> ευκολότερη χώνευση φόρμουλας	44	47.3	31	33.3	11	11.8	2	2.2	5	5.4	0	0.0
<b>Ερ.12</b> πλεονεκτήματα υγείας βρέφους	4	4.3	4	4.3	6	6.5	21	22.6	57	61.3	1	1.1
<b>Ερ.13</b> παρακόνιση πατέρα	30	32.3	37	39.8	15	16.1	10	10.8	0	0.0	1	1.1
<b>ΜΕΡΟΣ Β</b>												
<b>Ερ.1</b> μειωμένες πιθανότητες εγκυμοσύνης	6	6.5	19	20.4	16	17.2	41	44.1	9	9.7	2	2.2
<b>Ερ.2</b> επίσημο το συμπλήρωμα στη παραγωγή γάλακτος	2	2.2	9	9.7	21	22.6	37	39.8	18	19.4	6	6.5
<b>Ερ.3</b> φόρμουλα πριν πρώτο θηλασμό	45	48.4	30	32.3	4	4.3	7	7.5	1	1.1	6	6.5
<b>Ερ.4</b> θηλασμός και μείωση ίκτερου	3	3.2	13	14.0	30	32.3	31	33.3	13	14.0	3	3.2
<b>Ερ.5</b> διαφορετικός ρυθμός ανάπτυξης στα θηλάζοντα και μη βρέφη	6	6.5	13	14.0	30	32.3	32	34.4	7	7.5	5	5.4
<b>Ερ.6</b> εισαγωγή φόρμουλας σε μη ανάκτηση βάρους	6	6.5	23	24.7	23	24.7	29	31.2	6	6.5	6	6.5
<b>Ερ.7</b> «συμπλήρωμα» και ανεπαρκές ποσότητα γάλακτος	17	18.3	37	39.8	18	19.4	15	16.1	3	3.2	3	3.2

Διενεργήθηκε παραγοντική ανάλυση (πίνακας 9) ξεχωριστά στα δύο μέρη του ερωτηματολογίου Breastfeeding Questionnaire – short version της Ingram (2006), για τις Στάσεις και Γνώσεις σχετικά με το θηλασμό (Μέρος Α: στάσεις. 13 ερωτήματα και Μέρος Β: γνώσεις. 7 ερωτήματα). Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων varimax. Τα ερωτήματα 2 και 4 δεν φορτίζουν σε κανένα παράγοντα. Το τελικό αποτέλεσμα κατέληξε σε τρεις παράγοντες που θα αναλυθούν πιο κάτω. Στο Μέρος Β του ερωτηματολογίου (γνώσεις) είχαν αναδυθεί δύο παράγοντες, όμως χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο ως ένας, εφόσον μετρούσαν τις διατάσεις για τις γνώσεις.

Στο Μέρος Α (στάσεις) έγινε έλεγχος της επάρκειας του δείγματος και των συσχετίσεων μεταξύ των 13 ερωτημάτων 5-βάθμιας κλίμακας με το KMO=0.64 και το Bartlett test of sphericity  $p<0.001$ . Από την ανάλυση προέκυψαν δυο παράγοντες και ερμήνευαν το 37% της διασποράς. Ο πρώτος παράγοντας αποτελούταν από τα έξι ερωτήματα (13,6,11,3,10,1) τα οποία σχετίζονταν με «στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού» και ερμήνευε το 19% της διασποράς (δείκτης  $\alpha=0.613$ ). Ο δεύτερος παράγοντας αποτελούταν από τις υπόλοιπες τέσσερις ερωτήσεις (8,9,7,12) ο οποίος ονομάστηκε «στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία» και ερμήνευε 18% της διασποράς (δείκτης  $\alpha=0.586$ ).

Στο Μέρος Β του ερωτηματολογίου (γνώσεις) έγινε έλεγχος της επάρκειας του δείγματος και των συσχετίσεων μεταξύ των 7 ερωτημάτων με το KMO=0.58 και το Bartlett test of sphericity  $p<0.001$ . Από την ανάλυση ο παράγοντας που προέκυψε ονομάστηκε «γνώσεις» και ερμήνευε το 51% της διασποράς, (δείκτης  $\alpha=0.837$ ).

**Πίνακας 14– Παραγοντική ανάλυση ερωτηματολογίου A- Breastfeeding Questionnaire – short version της Ingram (2006) για τις Στάσεις και Γνώσεις σχετικά με το θηλασμό**

	<u>ΜΕΡΟΣ Α</u>		<u>ΜΕΡΟΣ Β</u>
	<u>Παράγοντας1</u> Στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού	<u>Παράγοντας2</u> Στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	<u>Παράγοντας1</u> Γνώσεις
<b>Μέρος Α</b>			
<b>13*</b>	Ο πατέρας αισθάνεται παραγκωνισμένος αν η μητέρα θηλάζει.	.681	
<b>6*</b>	Οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν μόνο σε μικρό βαθμό την απόφαση της γυναίκας να συνεχίσει το θηλασμό.	.666	
<b>11*</b>	Το τεχνητό γάλα (φόρμουλα) χωνεύεται πιο εύκολα από το μητρικό γάλα.	.572	
<b>3.</b>	Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για το βρέφος.	.548	
<b>10</b>	Το μητρικό γάλα μπορεί από μόνο του να ικανοποιήσει τα περισσότερα βρέφη περίπου για τους έξι (6) πρώτους μήνες ζωής.	.479	
<b>1.</b>	Οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την καθημερινή τους πρακτική, πρέπει ενεργά να ενθαρρύνουν όλες τις μητέρες να δοκιμάσουν το θηλασμό.	.442	
<b>8.</b>	Τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητό γάλα (φόρμουλα) είναι πιο πιθανό να υπερσιτίζονται συγκριτικά με τα βρέφη που θηλάζουν.	.763	
<b>9.</b>	Ο μητρικός θηλασμός είναι ευεργετικός για την υγεία της μητέρας.	.718	
<b>7.</b>	Τα βρέφη που θηλάζουν πιθανώς να έχουν λιγότερες λοιμώξεις από τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητό γάλα (φόρμουλα)	.535	
<b>12.</b>	Ο μητρικός θηλασμός παρέχει πλεονεκτήματα για την υγεία του βρέφους τα οποία δεν μπορεί να παρέχει το τεχνητό γάλα (φόρμουλα).	.464	

<b>Μέρος Β</b>				
<b>6*</b>	Αν ένα βρέφος που θηλάζει δεν ανακτήσει το βάρος γέννησης του σε δύο (2) εβδομάδες, τότε πρέπει να ενθαρρυνθεί η μητέρα να εισαγάγει συμπληρώματα τεχνητού γάλακτος (φόρμουλα).		.842	
<b>1.</b>	Η γυναίκα που θηλάζει αποκλειστικά έχει λιγότερες πιθανότητες να μείνει έγκυος στους τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό, παρά μια γυναίκα που δίνει στο βρέφος τεχνητό γάλα (φόρμουλα).		.759	
<b>7*</b>	Μια μητέρα που νοιώθει ότι έχει ανεπαρκή ποσότητα γάλακτος, πρέπει μετά από κάθε γεύμα να «συμπληρώνει» με μπιμπερό.		.748	
<b>2.</b>	Η συμπληρωματική τροφή είναι επιζήμια στην εγκαθίδρυση επαρκούς παραγωγής μητρικού γάλακτος.		.675	
<b>4.</b>	Ο συχνός θηλασμός τις πρώτες μέρες βοηθά στη μείωση του νεογνικού ίκτερου.		.627	
<b>5.</b>	Ο ρυθμός ανάπτυξης των βρεφών που θηλάζουν διαφέρει από αυτό των βρεφών που σιτίζονται με τεχνητό γάλα.		.613	
<b>3*</b>	Συνήθως συστήνεται τα βρέφη να λάβουν τεχνητό γάλα (φόρμουλα) πριν τον πρώτο θηλασμό.		.527	
	Ιδιοτιμές	3.03	1.36	3.65
	Ποσοστό διασποράς που ερμηνεύουν	19%	18%	51%

\*Προηγήθηκε αντιστροφή ερωτήματος

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται η σύγκριση της βαθμολογίας των γνώσεων και των στάσεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα χρησιμοποιώντας τους νέους παράγοντες μετά από την παραγοντική ανάλυση στο Ερωτηματολόγιο A- Breastfeeding Questionnaire – short version Ingram (2006).

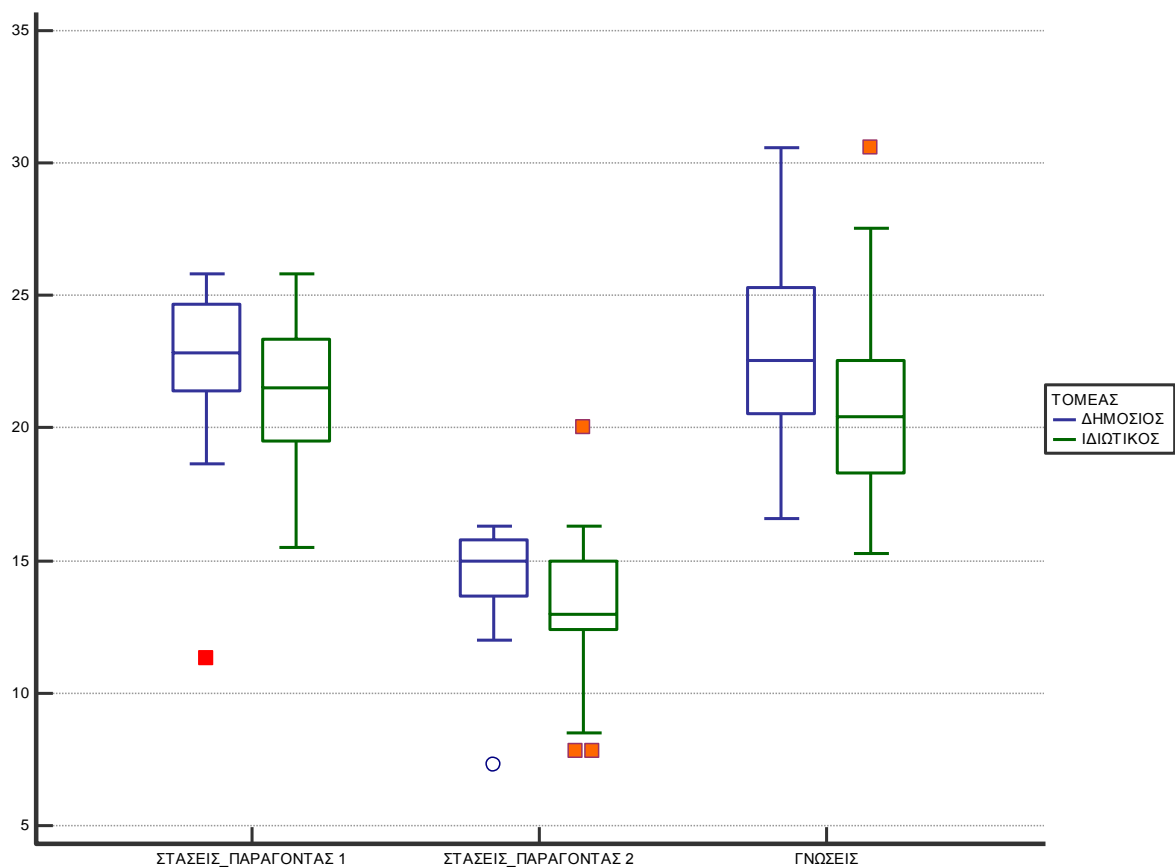
Στο σύνολο, θα λέγαμε, πως το σκορ των απαντήσεων που έδωσαν οι επαγγελματίες υγείας στα ερωτήματα που αφορούν σε στάσεις και γνώσεις είναι σχετικά χαμηλό.

Η διερεύνηση πιθανής διαφοράς στους μέσους των απαντήσεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στις στάσεις όσο και στις γνώσεις, με τους επαγγελματίες υγείας στο δημόσιο τομέα να έχουν ψηλότερους μέσους από τους επαγγελματίες υγείας του ιδιωτικού τομέα. Οι επαγγελματίες υγείας στο δημόσιο αν και

λαμβάνουν ψηλότερα σκορ στις απαντήσεις, γενικά τα σκορ, θεωρούνται να έχουν σχετικά χαμηλές βαθμολογίες. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στον παράγοντα «γνώσεις»  $23.00 \pm 3.57$  και  $20.79 \pm 3.45$  αντίστοιχα,  $p\text{-value}=0.005$ , με τους υπόλοιπους: (α) Παράγοντας 1 «στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού»,  $22.63 \pm 2.67$  και  $21.22 \pm 2.50$  αντίστοιχα,  $p\text{-value}=0.012$  (β) Παράγοντας 2 «στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία»  $14.44 \pm 1.79$  και  $13.51 \pm 2.23$  αντίστοιχα,  $p\text{-value}=0.038$ .

**Πίνακας 15– Σύγκριση της βαθμολογίας των γνώσεων και των στάσεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα χρησιμοποιώντας τους νέους παράγοντες μετά από τη παραγοντική ανάλυση (Ερωτηματολόγιο A- Breastfeeding Questionnaire – short version Ingram (2006))**

	Σύνολο Δημόσιος+ Ιδιωτικός τομέας Mean (SD)	Δημόσιος τομέας Mean (SD)	Ιδιωτικός τομέας Mean (SD)	P-value
<b>Στάσεις</b>				
<u><b>Παράγοντας1:</b></u> στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού	21.78 (2.65)	22.63 (2.67)	21.22 (2.50)	0.012
<u><b>Παράγοντας2:</b></u> στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	13.87 (2.11)	14.44 (1.79)	13.51 (2.23)	0.038
<b>Γνώσεις</b>				
<u><b>Παράγοντας1:</b></u> γνώσεις	21.70(3.65)	23.00 (3.57)	20.79 (3.45)	0.005



**Γράφημα 3: Σκορ στάσεων και γνώσεων σχετικά με το θηλασμό στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα**

Η ανάλυση για πιθανές διαφορές μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων στις απαντήσεις για τις νέες μεταβλητές που δημιουργήθηκαν μετά την παραγοντική ανάλυση για τις στάσεις και γνώσεις στο ερωτηματολόγιο Α κατέδειξε σημαντικά στατιστική διαφορά ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο τόσο στις στάσεις όσο και στις γνώσεις (πίνακας 12). Παρατηρήθηκε κλιμακωτή αύξηση στις βαθμολογίες όπου οι συγκρίσεις κατέδειξαν τους κατόχους «μεταπτυχιακού ή άλλου» να έχουν υψηλότερους μέσους από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. (Παράγοντας 1  $p$ -value=0.008, Παράγοντας 2:  $p$ -value<0.001, Παράγοντας 1 «γνώσεις»:  $p$ -value=0.004).

Το παράδοξο, ωστόσο που παρατηρήθηκε, είναι ότι στους κατόχους της πιστοποίησης συμβούλου του θηλασμού IBCLC διακρίνεται αντίθετη από την αναμενόμενη κατεύθυνση στις απαντήσεις, τόσο στις γνώσεις όσο και στις «στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού». Ενώ, αναμενόμενο θα ήταν από την ομάδα αυτή να υπήρχαν πιο θετικές στάσεις, αλλά και περισσότερες γνώσεις.

Περαιτέρω, η εκπαίδευση και η κατάρτιση σε σχέση με τον θηλασμό έδειξε να έχει ωραία κλιμάκωση. Αυτοί που θεωρούν πως είναι αρκετά επαρκείς σε γνώσεις ώστε να αντεπεξέρχονται καθημερινά στις ανάγκες της εργασίας τους, έχουν υψηλότερα σκορ.

Ανησυχητικό, όμως, είναι το εύρημα ότι τα άτομα που δηλώνουν πως δεν έχουν ανάγκη για περισσότερες γνώσεις δεν έχουν υψηλότερα σκορ από τους υπόλοιπους συναδέλφους τους.

**Πίνακας 16–Στάσεις και γνώσεις σε σχέση με τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά.**

	Στάσεις		Γνώσεις
	Παράγοντας1: στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού	Παράγοντας2: στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	Παράγοντας1: γνώσεις
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
<b>Προσόντα</b>			
Νοσηλεύτρια –Γενική Νοσηλευτική	21.40 (2.65)	13.18 (2.31)	20.60 (3.00)
Νοσηλεύτρια -Μαία Μαία	21.65 (3.01) 22.46 (2.30)	13.82 (2.11) 14.52 (1.95)	21.05 (3.53) 23.23 (3.53)
<i>p-value</i>	0.295	0.069	0.014
<b>Εκπαίδευση</b>			
Δίπλωμα	19.90 (2.11)	11.98 (1.73)	18.75 (2.05)
Πτυχίο	22.20 (2.66)	14.21 (2.11)	22.09 (3.58)
Μεταπτυχιακό-Άλλο	22.70 (2.36)	15.03 (0.98)	23.41 (4.23)
<i>p-value</i>	0.008	<0.001	0.004
<b>Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας</b>			
6μήνες-5 χρόνια	21.95 (2.27)	14.07 (2.28)	21.85 (3.86)
5-10 χρόνια	21.68 (3.08)	13.61 (1.42)	20.47 (2.75)
>10 χρόνια	21.59 (3.00)	13.70 (2.09)	21.88 (3.62)
<i>p-value</i>	0.833	0.674	0.529
<b>Προσωπική Εμπειρία Μ. Θηλασμού</b>			
<b>Τεκνοποίηση</b>			
Ναι	21.61 (2.76)	13.60 (2.07)	21.34 (3.53)
Όχι	21.96 (1.99)	14.19 (2.06)	22.59 (3.83)
<i>p-value</i>	0.784	0.212	0.142
<b>Μ.θηλασμός*</b>			
Ναι	21.57 (2.77)	13.65 (2.10)	21.52 (3.52)
Όχι	22.22 (2.55)	13.15 (2.76)	20.48 (3.72)
<i>p-value</i>	0.294	0.617	0.536
<b>Χρονικό Διάστημα Θηλασμού*</b>			

<1 μήνα	21.20 (2.87)	14.18 (1.17)	20.71 (3.60)
1-3 μήνες	21.51 (1.82)	13.01 (2.62)	19.61 (3.04)
3-6 μήνες	21.44 (2.25)	13.60 (2.01)	21.58 (3.28)
6-12 μήνες	21.35 (4.53)	14.47 (1.81)	22.84 (4.34)
>12 μήνες	22.00 (3.26)	13.58 (1.69)	22.80 (3.26)
<i>p-value</i>	0.986	0.556	0.223
<b>Εκπαίδευση- τελευταίοι 12 μήνες</b>			
Κανένα	20.42 (2.22)	13.71 (1.31)	20.61 (2.00)
1	21.24 (2.44)	14.09 (1.24)	20.80 (3.13)
2 και περισσότερα	22.20 (2.77)	13.95 (2.35)	22.36 (3.86)
Δεν απάντησαν	21.45 (1.93)	11.62 (3.05)	19.00 (2.44)
<i>p-value</i>	0.233	0.179	0.128
<b>Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC</b>			
Ναι	20.30 (2.65)	14.28 (2.66)	20.61 (3.79)
Όχι	22.30 (2.65)	13.84 (2.01)	22.02 (3.84)
<i>p-value</i>	0.013	0.469	0.250
<b>Εκπαίδευση και Κατάρτιση σε σχέση με θηλασμό</b>			
Πολύ ανεπαρκής	20.27 (2.11)	11.41 (3.68)	16.92 (0.50)
Ανεπαρκής	20.22 (1.66)	12.66 (3.64)	16.42 (0.20)
Μέτρια	21.27 (1.96)	12.78 (2.06)	20.90 (2.98)
Επαρκής	21.83 (2.81)	14.19 (1.93)	21.74 (3.47)
Πολύ Επαρκής	22.90 (2.61)	14.97 (1.22)	23.50 (3.96)
<i>p-value</i>	0.199	0.054	<0.001
<b>Ανάγκη για περισσότερες γνώσεις</b>			
Καθόλου	23.19 (3.53)	13.67 (3.19)	21.32 (5.09)
Λίγο	21.93 (2.59)	14.04 (1.73)	22.16 (3.68)
Αρκετά	21.34 (3.08)	13.34 (2.23)	21.73 (3.77)
Πολύ	21.41 (2.34)	13.88 (2.71)	20.85 (2.94)
Πάρα πολύ	22.76 (1.56)	15.02 (0.94)	22.97 (3.52)
<i>p-value</i>	0.363	0.034	0.676

\* Αριθμός δείγματος N=56, αφού απαντήθηκε από τα άτομα που έχουν τεκνοποιήσει

Ωστόσο, για ισχυρότερη συσχέτιση και περαιτέρω διερεύνηση του ποσοστού της διασποράς των στάσεων και γνώσεων για τον μητρικό θηλασμό που ερμηνεύεται από τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά πραγματοποιήθηκε η βηματική παλινδρομική ανάλυση (πίνακας 11). Η παρατηρούμενη διαφορά με χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων αλλά και στάσεων προς τον θηλασμό μεταξύ του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, φαίνεται να παραμένει ακόμα και αν λάβουμε υπόψη τη διαφορετική σύνθεση του προσωπικού τους ως προς τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Επίσης, οι νοσηλεύτριες-μαίες τείνουν να έχουν χαμηλότερα σκορ ανεξάρτητα από το αν εργάζονται στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

**Πίνακας 17- Βηματική Παλινδρομική ανάλυση για τις Στάσεις και Γνώσεις σε σχέση με τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά και χώρο εργασίας**

	Στάσεις		Γνώσεις
	Παράγοντας1: στάσεις γενικότερης φύσης περί μητρικού θηλασμού	Παράγοντας2: στάσεις σχετιζόμενες με μητρικό θηλασμό και την υγεία	Παράγοντας1 γνώσεις
	Beta (p-value)		
<b>Μαιευτικές Μονάδες</b>			
Ιδιωτικός Τομέας	-3.07 (0.003)		-5.09 (<0.001)
Δημόσιος Τομέας	ref	ref	ref
<b>Προσόντα</b>			
Νοσηλεύτρια -Μαία	-2.29 (0.022)		-4.11 (<0.001)
Μαία	ref	ref	ref
<b>Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας</b>			
5-10 χρόνια		-1.32 (0.038)	
>10 χρόνια	ref	ref	ref
<b>Εκπαίδευση και Κατάρτιση σε σχέση με θηλασμό</b>			
Ανεπαρκής		-6.57 (<0.001)	-5.57 (0.007)
Μέτρια		-2.80 (<0.001)	
Πολύ Επαρκής	ref	ref	ref
<b>Ανάγκη για περισσότερες γνώσεις</b>			
Αρκετά			1.52 (0.093)
Πάρα πολύ	ref	ref	ref

Πρόκειται για Βηματική Παλινδρόμηση με τις εξής μεταβλητές στο αρχικό μοντέλο: Προσόντα, Εκπαίδευση Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας, Τεκνοποίηση, Προσωπική Εμπειρία Μ. Θηλασμού, Χρονικό Διάστημα Θηλασμού, Εκπαίδευση-τελευταίοι 12 μήνες, Απόκτηση Πιστοποιητικού IBCLC, Εκπαίδευση και Κατάρτιση σε σχέση με θηλασμό, Ανάγκη για περισσότερες γνώσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση, η απεικόνιση και η περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης σχετικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στα μαιευτήρια της Λευκωσίας σχετικά με την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού μέσω της διερεύνησης των απόψεων του προσωπικού για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων», όπως επίσης και τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων του προσωπικού για το θηλασμό και τη συσχέτιση τους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο γνώσεων και στάσεων το οποίο φάνηκε να έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Πιο συγκεκριμένα, ο συντελεστής Cronbach's alpha κυμάνθηκε, για τον κάθε παράγοντα, από 0,58 έως 0,83 που θεωρείται από ικανοποιητικός έως πολύ καλός, ενώ η κλιμάκωση της βαθμολογίας αποτελεί ένδειξη προβλέπουσας εγκυρότητας του εργαλείου αφού όσοι κρίνουν την κατάρτιση τους ως επαρκή φαίνεται να έχουν υψηλότερα σκορ.

Σε καμία μαιευτική μονάδα στη Λευκωσία δεν φάνηκε να εφαρμόζονται πλήρως τα Βήματα και γενικά παρατηρήθηκε μια «μέτρια προς χαμηλή» εφαρμογή των Βημάτων. Συνολικά, «καλό» επίπεδο εφαρμογής είχε το Βήμα 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» και το Βήμα 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας», ενώ χαμηλότερη εφαρμογή είχε το Βήμα 1 «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής» και το Βήμα 7 «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο».

Πιο συχνή εφαρμογή στο δημόσιο τομέα φάνηκε να έχει το Βήμα 3 «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό» και Βήμα 7 «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο», ενώ στο ιδιωτικό τομέα τα Βήματα 2 «εκπαίδευση προσωπικού», 4 «έναρξη θηλασμού» και 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας».

Η μεγαλύτερη διαφορά στην εφαρμογή των βημάτων που παρατηρήθηκε μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα οφείλονταν πιθανώς στο ότι στον πρώτο εργοδοτούνται αποκλειστικά μαιές σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα. Γενικότερα οι μαιές είχαν μια τάση να δίνουν «χαμηλότερη» βαθμολογία στην εφαρμογή των Βημάτων από τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Στο σημείο αυτό δεν καταστεί δυνατό να συγκριθούν αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών.

Γενικά, φάνηκε να υπάρχει ένα χαμηλό επίπεδο γνώσεων και στάσεων ως προς το θηλασμό, με τις νοσηλεύτριες-μαίες να τείνουν να έχουν χαμηλότερα σκορ ανεξάρτητα από το αν εργάζονται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Στο δημόσιο όλες οι νοσηλεύτριες έχουν εξειδίκευση ή αρχική κατεύθυνση στη μαιευτική, ενώ στον ιδιωτικό τομέα εργοδοτούνται παράλληλα και νοσηλεύτριες γενικής νοσηλευτικής. Είναι τουλάχιστον κάτοχοι πτυχίου εφόσον είχε γίνει το πρόγραμμα εξομοίωσης από το ΤΕΠΑΚ, ενώ στον ιδιωτικό υπάρχουν νοσηλεύτριες που κατέχουν μόνο δίπλωμα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο περί νοσηλευτικής και μαιευτικής νόμος 214/88 (Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής νόμοι 1998-2012) είναι εναρμονισμένος με την οδηγία 2005/36/EK (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2005) που αφορά τα ρυθμισμένα επαγγέλματα στις ευρωπαϊκές χώρες για αμοιβαία αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων. Έτσι, νοσηλευτές από άλλες χώρες οι οποίοι είναι κάτοχοι διπλώματος από αναγνωρισμένες σχολές ή πανεπιστήμια στη χώρα τους, μπορούν να εξασφαλίσουν θέση εργασίας στην Κύπρο.

Ωστόσο, φαίνεται στον ιδιωτικό τομέα να τυχαίνουν πιο συχνές εκπαιδεύσεις περί μαιευτικών θεμάτων από ό,τι στο δημόσιο, αν και στο σύνολο σχεδόν όλο το προσωπικό έτυχε έστω και μιας εκπαίδευσης κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Εντούτοις η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στην απόκτηση του πιστοποιητικού IBCLC, όπου οι νοσηλεύτριες στον ιδιωτικό τομέα φαίνεται να λαμβάνουν σε μεγάλο ποσοστό αυτή την εκπαίδευση. Η απόκτησή του, ωστόσο, έχει μεγάλο κόστος για τον επαγγελματία υγείας και αυτός είναι ίσως ο μεγαλύτερος ανασταλτικός παράγοντας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η εργοδότηση μικρού αριθμού νοσηλευτών στις μαιευτικές μονάδες στον ιδιωτικό τομέα καθιστά πιο εφικτή τη λήψη απόφασης και επιχορήγησής του από τη διεύθυνση, διαδικασίες χρονοβόρες σε επίπεδο δημόσιου τομέα. Μέσα από τη βιβλιογραφία η παρουσία ενός μόνιμου συμβούλου θηλασμού στις μαιευτικές μονάδες φαίνεται να έχει θετική επίδραση στην αύξηση του ποσοστού του θηλασμού (Crivelli-Kovach, 2011; Kacica et al, 2012).

### ***6.1 Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και τη συμμόρφωση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος***

Γενικότερα, τα ποσοστά της εφαρμογής των Δέκα Βημάτων στις μαιευτικές μονάδες στην Λευκωσία είναι χαμηλά. Η συνολική εφαρμογή μπορεί να χαρακτηριστεί ως «μερική» (μέσος

όρος εφαρμογής 60%). Σύμφωνα με την κατάταξη των νοσοκομείων στην έρευνα των Grizzard et al (2006) η εφαρμογή στα Βήματα κατηγοριοποιήθηκε βάσει των σκορ σε χαμηλή εφαρμογή (σκορ 0-25%), μερική εφαρμογή (σκορ 25.1-74.9%), μέτρια προς υψηλή εφαρμογή (σκορ 75-89.9%) και υψηλή εφαρμογή (σκορ 90% και πάνω). Μερική εφαρμογή διαπίστωσαν και οι Marais et al (2010). Η Haiek (2012), η Frantzis (2013) και οι Aryeetey & Antwi (2013) αναφέρουν αντίστοιχα, χαμηλή και πολύ χαμηλή την εφαρμογή στα Δέκα Βήματα, ενώ υψηλή εφαρμογή των Βημάτων φάνηκε στην έρευνα των Grizzard et al (2006) και Marais et al (2010).

Στα ευρήματα της παρούσας έρευνας φάνηκε να υπάρχει χαμηλή συμμόρφωση στο Βήμα 1 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής) και το Βήμα 2 (εκπαίδευση προσωπικού), εύρημα που υποστηρίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία (Grizzard et al, 2006; Lillehoj & Dobson, 2012; Aryeetey & Antwi, 2013). Υποστηρίζεται πως η μη ύπαρξη γραπτής πολιτικής ή η μειωμένη εφαρμογή τους καταλήγουν, γενικά, σε μειωμένα ποσοστά συμμόρφωσης (Grizzard et al, 2006; Haiek, 2012). Ωστόσο χαμηλή συμμόρφωση στα Βήματα 1 και 2 βρέθηκε ακόμη και σε νοσοκομεία που είχαν ταξινομηθεί με υψηλή συμμόρφωση (Grizzard et al, 2006). Οι Semenic et al (2012) επισημαίνουν πως αυτά τα δύο Βήματα είναι καθοριστικοί παράγοντες για την συνολική εφαρμογή των Δέκα Βημάτων. Η εφαρμογή τους σχετίζεται, επίσης, κατά πόσο το νοσοκομείο σκοπεύει να γίνει ή είναι «Φιλικό προς τα Βρέφη» (Haiek, 2012). Επιπλέον, φάνηκε η υψηλή συμμόρφωσή τους να συσχετίζεται θετικά με τα υψηλά ποσοστά θηλασμού (Kacica et al, 2012).

Γενικά δεν υπήρχαν μεγάλες διακυμάνσεις στα ποσοστά της εφαρμογής των βημάτων στην παρούσα έρευνα. Αν εξαιρεθούν τα Βήματα 8 και 5 όπου η εφαρμογή τους μπορεί να χαρακτηριστεί «μέτρια προς υψηλή», τότε τα υπόλοιπα οκτώ χαρακτηρίζονται με «μερική» εφαρμογή. Ωστόσο τα Βήματα 8 και 5 που αφορούν την διδασκαλία και την ενθάρρυνση του μητρικού θηλασμού, είχαν την υψηλότερη συμμόρφωση, εύρημα που συμφωνεί με την έρευνα της Frantzis (2013), σε αντίθεση με τους Aryeetey & Antwi (2013). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας για το Βήμα 7 (24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο) συνάδουν με την έρευνα της Frantzis (2013) και των Crivelli Kovach & Chung (2011) που χαρακτήρισαν χαμηλή την εφαρμογή του αναφορικά με την 24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο, σε αντίθεση με την έρευνα των Kacica et al (2012).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας βρίσκουν τα Βήματα 8 (ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός), 5 (διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας), 3 (ενημέρωση εγκύων για θηλασμό) και 4 (έναρξη θηλασμού) να έχουν μέτρια προς μερική εφαρμογή, ενώ στην έρευνα των Aryeetey & Antwi (2013) βρέθηκε μειωμένη εφαρμογή σε όλα τα προαναφερθέντα Βήματα τα οποία αφορούν την επιμόρφωση, την έναρξη και τη παροχή στήριξης του προσωπικού προς στη μητέρα και το νεογέννητο και αποτελούν καταλύτες στην επιτυχία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και έρχεται σε συνέχεια με την χαμηλή εφαρμογή στο Βήμα 2 (εκπαίδευση προσωπικού), όπου λόγω ίσως της ανεπαρκούς επιμόρφωσής του να μη είναι καταρτισμένο κατάλληλα αδυνατώντας να παρέχει αυτή τη βοήθεια και τη στήριξη.

Όσον αφορά στον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος φάνηκε ότι δεν υπάρχει πλήρης συμμόρφωση (μέσος όρος 38.8%), ένα εύρημα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Levitt et al, 2011; Haiek, 2012; Kacica et al 2012). Πολύ χαμηλή εφαρμογή έχουν οι Κώδικες 1 (Άρνηση δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμήθεια υποκατάστατων μητρικού γάλακτος), 2 (Μη προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο χώρο του νοσοκομείου) και 4 (Άρνηση δώρων ή οτιδήποτε άλλο από εταιρίες προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος) που σχετίζονται με την άρνηση προμήθειας δωρεάν ή χαμηλού κόστους υποκατάστατων μητρικού γάλακτος; την άρνηση δώρων ή οτιδήποτε άλλο από εταιρίες προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και την αποδοχή βιομηχανοποιημένου γάλακτος, αν και είναι κατανοητή από το προσωπικό η σημαντικότητά του να μην δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες (Κώδικας 7). Αν και ο τελευταίος είχε την υψηλότερη εφαρμογή, εντούτοις η πολιτική που εφαρμόζεται για αποδοχή δωρεάν δειγμάτων από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μαιευτικές μονάδες, δυσχεραίνει το έργο των επαγγελματιών υγείας προς την επιτυχία για αποκλειστικό θηλασμό.

Στη σύγκριση του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα όσον αφορά στην εφαρμογή των βημάτων, φάνηκε πως οι επαγγελματίες υγείας στο δημόσιο τομέα τείνουν να αξιολογούν με υψηλότερα σκορ τη συμμόρφωση από ότι στον ιδιωτικό. Ίσως η διαφορά αυτή να εξηγείται από το γεγονός πως ως δημόσιος τομέας επιβάλλεται η ύπαρξη κάποιας μορφής πολιτικής σχετικά με το θηλασμό που πρέπει να ακολουθείται από τους επαγγελματίες υγείας που εργοδοτεί.

Σχεδόν σε όλα τα Βήματα φαίνεται να υπάρχει διαφορά σε σχέση με τα προσόντα. Φαίνεται να υπάρχει μια τάση οι μαίες να αξιολογούν με χαμηλότερο βαθμό την εφαρμογή των Βημάτων, όπως στα Βήματα 1 (ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής), 3 (ενημέρωση εγκύων για θηλασμό), 5 (διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας), 8 (ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός), 9 (χρήση υποκατάστατων-πιπίλων), 10 (στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο). Οι επαγγελματίες που είναι κάτοχοι διπλώματος βαθμολογούν υψηλότερα την εφαρμογή των βημάτων από αυτούς που έτυχαν ανώτερης εκπαίδευσης. Ίσως η απόκτηση περισσότερων γνώσεων να παίζει σημαντικό ρόλο στο τρόπο σκέψης και αξιολόγησης της εφαρμογής των πρακτικών σχετικά με τα Βήματα. γιατί βασικά ενώ το ερωτηματολόγιο μετρά την συμμόρφωση στην εφαρμογή της μαιευτικής μονάδας ως σύνολο, οι επαγγελματίες δίνουν απάντηση μάλλον για την δική τους εφαρμογή της πρακτικής, έχοντας κατά νου πως εφόσον το κάνουν αυτοί τότε εφαρμόζεται από όλους.

## **6.2 Στάσεις και γνώσεις για τον μητρικό θηλασμό**

Γενικά, το επίπεδο γνώσεων των επαγγελματιών υγείας στις μαιευτικές μονάδες διαπιστώθηκε να βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Χαμηλά επίπεδα γνώσεων φάνηκε να έχουν και οι επαγγελματίες υγείας στην έρευνα των Marais et al (2010), προβάλλοντας την ανάγκη για εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν σε θέματα μητρικού θηλασμού. Έρευνες καταδεικνύουν την αναγκαιότητα της στήριξης τέτοιων εκπαιδεύσεων που θα τους βοηθήσουν στην εγκαθίδρυση και διατήρηση αποτελεσματικών και κατάλληλων πρακτικών για τον μητρικό θηλασμό (Weddig, Baker, & Auld, 2011; Marais et al, 2010). Οι Zakarija-Grkovic & Burmaz (2010), επίσης, διαπίστωσαν έλλειψη γνώσεων και λανθασμένες στάσεις για τον μητρικό θηλασμό σε επαγγελματίες υγείας σε μαιευτικές μονάδες στην Κροατία, οι οποίες αυξηθήκαν μετά από εκπαίδευση. Στην έρευνα της Panayiotou (2012) που πραγματοποιήθηκε στα κυπριακά μαιευτήρια, βρέθηκε να υπάρχει σχετικά υψηλό ποσοστό γνώσεων ανάμεσα στις μαίες, αλλά η πρακτική δυστυχώς φάνηκε να μην συμβαδίζει με τη γνώση και να δίνονται αντικρουόμενες συμβουλές και μηνύματα στις θηλάζουσες.

Στο ερώτημα αν η σίτιση με τεχνητό γάλα (φόρμουλα) είναι ένας καλός τρόπος να δίνεται η ευκαιρία στον πατέρα να φροντίζει το βρέφος, φάνηκε να διχάζονται οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας, ενώ ως ένθερμοι υποστηρικτές του μητρικού θηλασμού θα έπρεπε να τηρούν πιο ξεκάθαρη στάση, αφού στον πατέρα μπορεί να δίνεται η ευκαιρία να φροντίζει το

βρέφος με άλλους τρόπους, όπως η αλλαγή πάνας και ενδυμασίας, το μάνινο ή το νανούρισμα.

Δεν παρατηρήθηκε, επίσης, ξεκάθαρη στάση όσον αφορά τον θηλασμό και την περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα. Ωστόσο μπορεί ένας λόγος να θεωρηθεί στο ότι το ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί και χρησιμοποιηθεί σε άλλες χώρες όπου αλλιώς ίσως, ερμηνεύεται η περιστασιακή χρήση αλκοόλ από ότι στη κυπριακή κουλτούρα. Ένας δεύτερος λόγος μπορεί να αποτελεί ή να μην δίνεται, ίσως, η απαραίτητη έμφαση στο θέμα στο πρόγραμμα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Μεγάλο αριθμό λανθασμένων ή ουδέτερων απαντήσεων δόθηκαν και από τους επαγγελματίες υγείας στην έρευνα των Zakarija-Grkovic & Burmaz (2010). Ωστόσο η Αμερικανική παιδιατρική εταιρεία (2001) αναφέρει πως ο θηλασμός και η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να συνυπάρχει (American Academy of Pediatrics Committee on Drugs, 2001).

Στο ερώτημα αν οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν μόνο σε μικρό βαθμό την απόφαση της γυναίκας να συνεχίσει το θηλασμό, οι επαγγελματίες υγείας δεν φάνηκε να έχουν εμπιστοσύνη στη «θέση κλειδί» που κατέχουν ως προς τη συνεισφορά τους στην έναρξη, την προώθηση και την συνέχιση του μητρικού θηλασμού. Ως εργαζόμενοι στις μαιευτικές μονάδες βρίσκονται στο πλάι της μητέρας και του νεογέννητου όλο το 24ωρο όπου θα έπρεπε να υποστηρίζουν ένθερμα το ρόλο που έχουν και να ενθαρρύνουν τις μητέρες για συνέχιση του θηλασμού αν υποθέσουμε πως διαθέτουν τα απαραίτητα εφόδια που αφορούν σε γνώσεις και καλές πρακτικές.

Μολαταύτα, μέσα από τις απαντήσεις τους εξάγονται αντιφατικά μηνύματα. Δοθέντος ότι γνωρίζουν τη σημαντικότητα και ευεργετικότητα που προσφέρει ο θηλασμός (π.χ ο αποκλειστικός θηλασμός μέχρι 6 μήνες, η συσχέτιση του με λιγότερες λοιμώξεις στα βρέφη που θηλάζουν, ευεργετικός για τη μητέρα), ωστόσο φαίνεται μια έλλειψη, ίσως, αυτοπεποίθησης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας για την συμβολή τους αναφορικά με το κεφάλαιο «θηλασμός». Ενώ υποστηρίζουν πως θα πρέπει όλοι οι επαγγελματίες υγείας να ενθαρρύνουν ενεργά τις μητέρες να δοκιμάσουν το θηλασμό (ερώτημα 1), εντούτοις αυτοαναιρούνται με το ότι επηρεάζουν μόνο σε μικρό βαθμό την απόφαση της μητέρας να θηλάσει (ερώτημα 6). Οι Creedy et al (2008) επισημαίνουν ότι είναι επιτακτική ανάγκη να παρέχονται επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώσεις στο προσωπικό που ασχολείται με τη φροντίδα μητέρας – βρέφους, γιατί χρειάζονται υψηλού επιπέδου γνώσεις και δεξιότητες για

να είναι σε θέση να βοηθήσουν το βρέφος να χρησιμοποιήσει στο μέγιστο βαθμό την ικανότητα που διαθέτει στην έναρξη του θηλασμού.

Οι μειωμένες γνώσεις και οι λανθασμένες στάσεις απέναντι στο μητρικό θηλασμό έχουν σαν αποτέλεσμα χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού ή/και πρόκληση σύγχυσης στις μητέρες για τις πρακτικές που θα πρέπει να εφαρμόζουν και οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες διαδραματίζουν βασικό ρόλο στήριξης και εκπαίδευσης των μητέρων σχετικά με το μητρικό θηλασμό και τη διατροφή του βρέφους, γεγονός που υποστηρίζεται και από τις έρευνες των Renfrew et al (2005); Dykes (2006), Wallace et al (2007) και Panayiotou (2012). Παράλληλα, παρά τον τόσο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν με τη συμβολή τους στην έναρξη, στήριξη και εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού, η εκπαίδευσή τους σχετικά με το θηλασμό είναι ανεπαρκής ή απύσχα, έχοντας αντικρουόμενες στάσεις ως προς τις πρακτικές του θηλασμού (Jones & Brown, 2003; Smale et al, 2006; Burt et al, 2006; Renfrew, 2006; Wallace et al, 2007).

Διαπιστώθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας με μειωμένη γνώση σχετικά με τα θέματα μητρικού θηλασμού αποτελούν αρνητικό πόρο στήριξης παρέχοντας ανακριβείς και ασυνεπείς συμβουλές (Dennis, 2002). Οι Daniels & Jackson (2011) στην έρευνα τους σχετικά με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές των νοσηλευτών για την πολιτική της ΠΦΒΝ και των «Δέκα Βημάτων» υποστηρίζουν ότι υπάρχει ελλιπής γνώση η οποία δε συμβαδίζει με την πρακτική και επισημαίνουν την ανάγκη για εκπαίδευση και συνεχή ανανέωση των γνώσεων και των πρακτικών. Παράλληλα, σε έρευνες που διενεργήθηκαν συζητήσεις με ομάδες εστίασης για διερεύνηση των απόψεων των μητέρων για στήριξη τους από τους επαγγελματίες υγείας διαπίστωσαν ότι παρέχονται αντικρουόμενες συμβουλές και κακές πρακτικές (Hauck & Iurita, 2003; Martell, 2003; McFadden & Toole, 2006) και την απουσία κοινής πρακτικής πολιτικής, συνεργασίας και συντονισμού ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (Krogstad et al, 2002).

Στο Μέρος Β του ερωτηματολογίου της έρευνας (Ingram, 2006) που αφορά σε γνώσεις φαίνονται πιο ξεκάθαρα οι αντικρουόμενες απόψεις που έχουν οι επαγγελματίες υγείας. Οι απαντήσεις στα ερωτήματα μπορούν να υποστηριχθούν επιστημονικά και οι επαγγελματίες θα έπρεπε να απαντούν βασισμένοι στις επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές. Ωστόσο στις πλείστες ερωτήσεις υπήρχε σχετικά μεγάλο ποσοστό ουδέτερης απάντησης. Ενδιαφέρον αποτελούν τα ερωτήματα 6 και 4. Στο ερώτημα 6 (Αν ένα βρέφος που θηλάζει δεν ανακτήσει

το βάρος γέννησης του σε δύο (2) βδομάδες, τότε πρέπει να ενθαρρυνθεί η μητέρα να εισαγάγει συμπληρώματα τεχνητού γάλακτος - φόρμουλα), το 1/3 των επαγγελματιών υγείας απαντάει θετικά, το άλλο 1/3 αρνητικά και το υπόλοιπο σχεδόν 1/3 τηρεί ουδετερότητα. Αυτό έχει αντίκτυπο στις μητέρες και κατ' επέκταση στη συνέχιση και στήριξη του θηλασμού, όπου δίνονται αντικρουόμενα μηνύματα και οδηγίες στα προβλήματα που συναντούν. Κοινή γραμμή που πρέπει να ακολουθείται βάσει επιστημονικά εφαρμοσμένων πρακτικών. Να σημειωθεί πως δεν αποτελεί ρουτίνα ή καλύτερα πολιτική στον τόπο μας η διατήρηση επικοινωνίας-επαφής και παρακολούθησης των νοσηλευτριών/μαιών που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες με τις μητέρες δύο εβδομάδες μετά τη γέννηση. Εντούτοις, θα έπρεπε, αφού αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης τους, να γνωρίζουν τις πρακτικές που πρέπει να ακολουθηθούν σε περίπτωση μη ανάκτησης ικανοποιητικού βάρους σώματος στο συγκεκριμένο διάστημα.

Παρόμοια ερμηνεία τυγχάνουν και τα αποτελέσματα στο ερώτημα 4 (ο συχνός θηλασμός τις πρώτες μέρες βοηθά στη μείωση του νεογνικού ίκτερου). Ουδετερότητα τήρησε το 32%, ενώ μόνο το 47% συμφωνεί. Το αποτέλεσμα αυτό, πιθανόν να προκαλεί σύγχυση στα μηνύματα που διαχέονται στις θηλάζουσες μητέρες για τον θηλασμό με αντίκτυπο τη μείωση των ποσοστών του. Εντούτοις, τα ευρήματα ερευνών που μελέτησαν τη συσχέτιση του νεογνικού ίκτερου με τον μητρικό θηλασμό, δεν αποθαρρύνουν τη συνέχιση του θηλασμού (Maisels & Gifford, 1986; Schneider, 1986; Αναγνωστάκης, 1989). Οι επαγγελματίες που εργάζονται στα τμήματα αυτά, γνωρίζοντας τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος και τις ιδιότητες και τα συστατικά του πρωτογάλακτος, επιβάλλεται να συμβάλλουν στη συνέχιση του θηλασμού με αποτέλεσμα όχι μόνο να μη σταματάει, αλλά αντιθέτως να βοηθείται η μητέρα στην τεχνική του θηλασμού έτσι ώστε το βρέφος να θηλάζει σωστά και συχνά για τη μείωση του ίκτερου (Newman, 2006).

Δυστυχώς σε ακόμη ένα σημείο φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας δεν ενθαρρύνουν την αποκλειστικότητα του θηλασμού, αφού μόνο το 58% διαφωνεί στο να χορηγείται τεχνητή σίτιση (ερώτημα 7: μια μητέρα που νοιώθει ότι έχει ανεπαρκή ποσότητα γάλακτος, πρέπει μετά από κάθε γεύμα να «συμπληρώνει» με μπιμπερό), εύρημα που βρίσκει σύμφωνη την Dykes (2006) και τους Scott et al (2003). Στην έρευνα τους οι Cantrill et al (2003). επισημαίνουν την αναγκαιότητα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με

τη φροντίδα μητέρας - βρέφους, αναφερόμενοι ειδικά στο διαχειρισμό της μειωμένης παραγωγής μητρικού γάλακτος.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες στο δημόσιο τομέα, φαίνεται να έχουν πιο θετική στάση σχετιζόμενη με τον θηλασμό, καθώς και περισσότερες γνώσεις που αφορούν στο θηλασμό, από αυτούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Όμως, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα των στάσεων και γνώσεων δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή που μπορεί να υποδηλώνει έλλειψη γνώσεων. Αντίθετα, οι Scott et al (2003) δεν βρήκαν συσχέτιση του χώρου εργασίας με το επίπεδο των γνώσεων και στάσεων των μαιών που μελέτησαν στην έρευνά τους.

Εντούτοις στα αποτελέσματα της έρευνας της Ingram (2006), που χρησιμοποίησε το ίδιο ερωτηματολόγιο αναφέρεται πως η μέση βαθμολογία στην κλίμακα των γνώσεων ήταν 28.4 (SD 4.3)-με διακύμανση 19-35, που αντανάκλα το υψηλό επίπεδο των γνώσεων. Η αντίστοιχη μέση βαθμολογία για την κλίμακα των στάσεων ήταν 55.3 (SD 5.4) με διακύμανση 38-65, με τους συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας να έχουν μια πολύ θετική στάση για τον θηλασμό. Φάνηκε, επίσης, σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών των γνώσεων και στάσεων, καταδεικνύοντας πως οι επαγγελματίες υγείας που είχαν πιο πολλές γνώσεις είχαν πιο θετική στάση απέναντι στο θηλασμό. Όσοι είχαν παιδιά έδειξαν πιο θετική στάση προς το θηλασμό και σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία γνώσεων. Επιπρόσθετα, οι Scott et al (2003), χρησιμοποιώντας το διευρυμένο ερωτηματολόγιο της Ingram (2006), κατέληξαν πως οι μαιές με προσωπική εμπειρία θηλασμού είχαν πιο υψηλές βαθμολογίες για τις στάσεις στο θηλασμό.

Στα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της τεκνοποίησης ή της προσωπικής εμπειρίας του θηλασμού με τους αυτούς τους παράγοντες, σε αντίθεση με την έρευνα των Creedy et al (2008), Zakarija-Grkovic & Burmaz (2010) και των Scott et al (2003) που διαπιστώθηκε στο σύνολο, μια θετική συσχέτιση των γνώσεων με την προσωπική την προσωπική εμπειρία του θηλασμού.

Αναντίρρητα, όμως, φάνηκε γενικά, οι μαιές να υπερτερούν στο επίπεδο των γνώσεων και να έχουν πιο θετική στάση προς το θηλασμό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες, εύρημα που συμφωνούν και οι Creedy et al (2008). Επιπρόσθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των

γνώσεων και στάσεων με την εκπαίδευση. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή άλλου διαπιστώθηκε να έχουν περισσότερες γνώσεις και μια θετικότερη στάση προς το θηλασμό.

Συμπληρωματικά, αναφερόμενοι στα επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά βρέθηκε να υπάρχουν μειωμένες γνώσεις και λιγότερο θετική στάση προς το θηλασμό στις νοσηλεύτριες με εξειδίκευση στη μαιευτική που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, με χρονικό διάστημα υπηρεσίας, σχετικά μικρό, 5-10 χρόνια και που κρίνουν την εκπαίδευση και κατάρτιση τους σε σχέση με το μητρικό θηλασμό «μέτρια προς ανεπαρκή» ώστε να αντεπεξέρχονται καθημερινά στις ανάγκες του τμήματος τους. Παράλληλα, στην έρευνα της Panayiotou (2012) βρέθηκε να συσχετίζεται η πείρα με τα υψηλά ποσοστά ορθών απαντήσεων. Ωστόσο, το ανησυχητικό στα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι ότι η ομάδα των επαγγελματιών υγείας που δηλώνουν ότι δεν έχουν ανάγκη για περισσότερες γνώσεις δεν έχουν πετύχει υψηλότερες βαθμολογίες από τους υπόλοιπους, ενώ η Panayiotou (2012) αναφέρει πως το 60% των μαιών δήλωσαν να μην χρειάζονται περαιτέρω εκπαίδευση.

Στο πλαίσιο αυτό κατανοούμε πως τα περισσότερα από τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με τα πορίσματα αντίστοιχων ερευνών στην βιβλιογραφία. Η ανάδειξη όλων των πιο πάνω λεχθέντων παραγόντων προσθέτουν μια νέα γνώση στο κυπριακό ερευνητικό πεδίο σε θέματα υγείας, σαφέστατα όμως, η διαχρονική και συστηματική αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας στις μαιευτικές μονάδες κρίνεται απαραίτητη για τη διαμόρφωση μιας στοχευόμενης πολιτικής ενδυνάμωσης που αφορά τον μητρικό θηλασμό.

### **6.3 Περιορισμοί μελέτης**

Περιορισμός στην έρευνα αποτέλεσε το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης, ιδιαίτερα στο δημόσιο τομέα, το οποίο ενδεχομένως, να δημιουργεί συστηματικό σφάλμα επιλογής. Ένας πιθανός λόγος ίσως να αποτέλεσε το μεγάλο μέγεθος του ερωτηματολογίου. Αν και κατά την επιλογή είχε ληφθεί υπόψη ο αυξημένος χρόνος συμπλήρωσης που απαιτούσαν, εντούτοις θεωρήθηκε αναγκαίο να συμπεριληφθούν και τα δύο ερωτηματολόγια (Α- Στάσεων και Γνώσεων και Β- Εφαρμογή των βημάτων), αφού διερευνούσαν διαφορετικές πτυχές του θέματος. Άλλος πιθανός λόγος μπορεί να οφείλεται ότι στο δημόσιο οι νοσηλεύτριες κατακλύζονται από σωρεία ερωτηματολογίων για ερευνητικούς σκοπούς και το μέγεθος του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου να αποτέλεσε αρνητικό παράγοντα για τη συμπλήρωσή του.

Ωστόσο, το εργαλείο των WHO/UNICEF αν και περιλαμβάνει 63 ερωτήσεις, είναι σε δίτιμη μορφή (ναι/όχι) απαντάται με ευκολία, και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πολλές έρευνες.

Γενικά, όμως, αν αναλογιστούμε ότι ήταν πιθανότερο οι πιο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα έρευνας και συγκεκριμένα σε θέματα μητρικού θηλασμού να έλαβαν μέρος στην έρευνα, τότε ενδεχομένως το χαμηλό επίπεδο γνώσεων και στάσεων που καταγράφεται να αποτελεί ακόμα και υπερ-εκτίμηση της πραγματικότητας, έτσι τα αποτελέσματα ίσως να μην αντικατοπτρίζουν την πραγματική εικόνα στις μαιευτικές μας μονάδες.

Τέλος, περιορισμός αποτελεί η μικρή έκταση της μελέτης αφού η διερεύνηση πραγματοποιήθηκε μόνο σε μια επαρχία. Σ' αυτό συνέβαλε ο περιορισμένος χρόνος για τη διεξαγωγή της, αφού γίνεται μέσα στα πλαίσια ενός μεταπτυχιακού προγράμματος. Παρά το γεγονός αυτό, είναι η πρώτη φορά που επιχειρήθηκε τέτοια έρευνα χρησιμοποιώντας τα επικυρωμένα εργαλεία (1) της Ingram (2006) αναφορικά με τις γνώσεις και τις στάσεις για το μητρικό θηλασμό σε επαγγελματίες υγείας στις μαιευτικές μονάδες και (2) των WHO/UNICEF συμπεριλαμβάνοντας και τους επαγγελματίες υγείας και γίνεται στις ίδιες μονάδες που αξιολογήθηκε η εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» για επιτυχή θηλασμό και εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού σε επίπεδο μονάδων (προϊσταμένου/ διευθυντή) από την Frantzis (2013).

Βέβαια εν μέρει, τα αποτελέσματα θα σκιαγραφήσουν την κατάσταση που επικρατεί στις μαιευτικές μονάδες για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και θα αποτελέσουν τη βάση και το έναυσμα για περαιτέρω μελέτες και συγκρίσεις και δύναται να συνεισφέρει στη λήψη πολιτικών αποφάσεων στον τομέα της φροντίδας υγείας μητέρας - παιδιού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συμπεράσματα**

Σε καμία μαιευτική μονάδα στη Λευκωσία δεν φάνηκε να εφαρμόζονται πλήρως τα Βήματα και γενικά παρατηρήθηκε μια «μέτρια προς χαμηλή» εφαρμογή των Βημάτων. Ψηλά ποσοστά συμμόρφωσης έχουν συγκεντρώσει πτυχές των Βημάτων 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας» ( $0.84\pm 0.20$ ), 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» ( $0.86\pm 0.27$ ) και 3 «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό» ( $0.66\pm 0.26$ ), ενώ χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης έχουν τα Βήματα 1 «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής» ( $0.43\pm 0.28$ ) και 7 «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο» ( $0.51\pm 0.43$ ). Στον δημόσιο τομέα φαίνεται ότι εφαρμόζονται πιο συχνά τα Βήματα 3 «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό» και 7 «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο», ενώ στον ιδιωτικό τομέα να εφαρμόζονται τα Βήματα 2 «εκπαίδευση προσωπικού», 4 «έναρξη θηλασμού» και 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας».

Σε επίσης πολύ χαμηλά επίπεδα συμβαίνει να κινούνται τα ποσοστά της αυτοαξιολόγησης της συμμόρφωσης με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 69.9% (Κώδικας 7) έως 24.7% (Κώδικας 1).

Στον δημόσιο τομέα εργοδοτούνται μόνο μαίες ή νοσηλεύτριες γενικής νοσηλευτικής με εξειδίκευση στη μαιευτική, ενώ στον ιδιωτικό τομέα εργοδοτούνται επιπρόσθετα και νοσηλεύτριες γενικής νοσηλευτικής.

Τους κυριότερους προβλεπτικούς παράγοντες της αυτοαξιολόγησης της συμμόρφωσης στην εφαρμογή των βημάτων αποτέλεσαν τα προσόντα, η εκπαίδευση και η εκπαίδευση κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Οι μαίες είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες αυτοαξιολογήσεις της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου στην εφαρμογή των Βημάτων σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες αυτοαξιολογήσεις της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου ως προς την εφαρμογή στα βήματα παρατηρήθηκε στους επαγγελματίες που απέκτησαν μεταπτυχιακή ή άλλη υψηλότερου επιπέδου μόρφωση σε σχέση με τις κατόχους διπλώματος. Επιπρόσθετα στη χαμηλότερη αξιολόγηση των Βημάτων διαδραμάτισαν ρόλο τα λίγα χρόνια υπηρεσίας (6 μήνες - 10 χρόνια) και η «εκπαίδευση κατά τους τελευταίους 12 μήνες» (καμία εκπαίδευση).

Χαμηλό βρέθηκε να είναι το ποσοστό των γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον μητρικό θηλασμό. Οι κυριότεροι προβλεπτικοί παράγοντες των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας ήταν τα προσόντα, η εκπαίδευση, η

συνεχής επαγγελματική εκπαίδευση τους τελευταίους 12 μήνες. Φάνηκε, γενικά, οι μαίες να υπερτερούν στο επίπεδο των γνώσεων και να έχουν πιο θετική στάση προς τον θηλασμό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες. Στον ιδιωτικό τομέα παρατηρείται να υπάρχει χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων και στάσεων προς τον θηλασμό συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας στον δημόσιο τομέα. Ωστόσο, γενικότερα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των γνώσεων και στάσεων με την εκπαίδευση. Οι επαγγελματίες υγείας που θεωρούν πως είναι αρκετά επαρκείς σε γνώσεις για να αντεπεξέρχονται καθημερινά στις ανάγκες της εργασίας τους, έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στις γνώσεις και στις στάσεις σχετικά με τον μητρικό θηλασμό.

Αξίζει να τονιστεί πως δημιουργήθηκε ένα νέο σταθμισμένο εργαλείο στην ελληνική γλώσσα που αφορά στην διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων για τον μητρικό θηλασμό, γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει τη συνέχιση επιπλέον ερευνών και να προσθέσει στο πεδίο των γνώσεων χρήσιμα ευρήματα. Κατ' επέκταση, θα βοηθήσει στη δημιουργία ενός ενημερωμένου στρατηγικού σχεδιασμού για στοχευμένη πλέον, βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας, αντλώντας υλικό από τις απόψεις και εμπειρίες των ίδιων των επαγγελματιών υγείας και δύναται να συμβάλει στην ενίσχυση των εκπαιδευτικών στρατηγικών για αποτελεσματικές μεθόδους και συνεχή επαγγελματική στήριξη των επαγγελματιών υγείας.

Απώτερος στόχος η αύξηση του ποσοστού των μητέρων που θηλάζουν και τη μείωση της πρόωρης διακοπής του μητρικού θηλασμού, καθώς και η αύξηση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Εισηγήσεις**

Η παρούσα έρευνα δεν ασχολήθηκε με πιθανά εμπόδια και περιορισμούς που επηρεάζουν την συμμόρφωση για την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων. Καλό θα ήταν μελλοντικές έρευνες να ασχοληθούν με αυτές τις πτυχές, προκειμένου να εντοπιστούν οι δυσκολίες έτσι ώστε να ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό της πολιτικής για τη διασφάλιση της ποιότητας, της προώθησης και της βελτίωσης των ποσοστών του θηλασμού.

Στο μέλλον θα μπορούσε να αξιολογηθεί η εφαρμογή των Βημάτων σε συνδυασμό με τα ποσοστά θηλασμού κατά το εξιτήριο, αφού μέσα από τη βιβλιογραφία φαίνεται ξεκάθαρα η συσχέτιση τους.

Η καθιέρωση του θεσμού του συμβούλου γαλουχίας στις μαιευτικές μονάδες καθ' όλο το 24ωρο, θα συμβάλει στην έναρξη και εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού. Ωστόσο, αυτό συνεπάγει την δημιουργία πολιτικής εκ μέρους της διεύθυνσης των μονάδων για εκπαίδευση και συνεχές στήριξη του προσωπικού.

Θα μπορούσε να εισαχθεί πρόγραμμα καθολικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα μητέρας – βρέφους χρησιμοποιώντας το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του ΠΟΥ που αφορά σε εκπαίδευση για το μητρικό θηλασμό και τη σίτιση βρέφους (World Health Organization, 1998). Σημαντικό, όμως είναι πρώτα να συνειδητοποιήσουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας την ανάγκη για απόκτηση γνώσεων ως εργαλείο για καλύτερη και αποτελεσματικότερες πρακτικές. Συνετό επίσης, θα ήταν τα ευρήματα της μελέτης να χρησιμοποιηθούν από τις αρμόδιες αρχές (π.χ ακαδημαϊκούς, εκπαιδευτές) για τη κατάλληλη διαμόρφωση των βασικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης. Για την κατάρτιση αυτών των προγραμμάτων χρήζει παράλληλα να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες, οι γνώσεις και οι απόψεις των μητέρων, θηλαζουσών, των πατέρων και γενικά των μελλοντικών γονιών, για αναβάθμιση της υφιστάμενης παροχής υπηρεσιών. Τα προγράμματα που εφαρμόζονται στην προγεννητική περίοδο φάνηκε να έχουν σημαντική αύξηση στο ποσοστό του μητρικού θηλασμού (Lumbigannon et al, 2007) γι αυτό πρέπει να αξιολογούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και να γίνονται οι κατάλληλες αλλαγές για καλύτερευση της ποιότητας των υπηρεσιών του κράτους.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν τη χρήση εργαλείου για εκτίμηση της αυτεπάρκειας σχετικά με το θηλασμό στην καθημερινή κλινική εκτίμηση και την πραγματοποίηση πιο διευρυμένων ερευνητικών αξιολογήσεων που να απευθύνονται τόσο στους επαγγελματίες όσο και στις μητέρες.

Να κινηθούν οι ανάλογες διαδικασίες έτσι ώστε να αρχίσει σταδιακά η αξιολόγηση και η ένταξη όλων των μαιευτικών μονάδων της Κύπρου στα «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία». Με αυτό τον τρόπο θα υπάρξουν καθολικές πρακτικές στα θέματα του μητρικού θηλασμού και θα πραγματοποιούνται οι ίδιες εκπαιδεύσεις στους επαγγελματίες υγείας.

Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αποτελούν μια αρχική εκτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης και το πρωτόλειο υλικό για μελλοντικό σχεδιασμό μια εθνικής στρατηγικής προώθησης του μητρικού θηλασμού τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. Χρονοδιάγραμμα

Διαδικασίες												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
	7/13	8/13	9/13	10/13	11/13	12/13	1/14	2/14	3/14	4/14	5/14	6/14
Εξασφάλιση σχετικών αδειών												
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση												
Κατάρτιση, Μετάφραση και Στάθμιση των Εργαλείων και Πιλοτική έρευνα												
Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων												
Διαδικασία Ανάλυσης Δεδομένων												
Συγγραφή και Παρουσίαση Αποτελεσμάτων												

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική:

ΑΑΠ (2012). Μητρικός Θηλασμός, συστάσεις. *Pediatrics*, 129; c827. Available: [<http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=2&id=2115&st=2>] Accessed 18/4/13).

Αναγνωστάκης, Δ. (1989). Μητρικός Θηλασμός Και Νεογνικός Ίκτερος. *IATPIKH*, 55(4), 398-399.

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2005). Available: [[http://portal.tee.gr/portal/page/portal/PROFESSIONAL\\_ISSUES/isotimies/Tab5301749/Tab6261946/Odigia%20gia%20tin%20anagnorisi%20ton%20epagelmatikon%20prosonton.pdf](http://portal.tee.gr/portal/page/portal/PROFESSIONAL_ISSUES/isotimies/Tab5301749/Tab6261946/Odigia%20gia%20tin%20anagnorisi%20ton%20epagelmatikon%20prosonton.pdf)] Accessed: 10-6-14.

Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής νόμοι 1998-2012. Available: [<http://www.cyna.org/>] Accessed: 5-5-13.

Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη (2004). (EU Project Contract N. SPC 2002359). Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη: Σχέδιο Δράσης. Available: [<http://europe.iblce.org/upload/Blueprint/Blueprint%20Greek.pdf>] Accessed: 27-5-13.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2010). Available: [[http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf)] Accessed: 7-6-13.

Στατιστική Υπηρεσία (2010). Στατιστικές Υγείας Και Νοσοκομείων. Available: [[http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/2709ED677B77A71DC22577EA00301541/\\$file/PERINATAL\\_HEALTH\\_SURVEY\\_2007-291110.pdf?OpenElement](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/2709ED677B77A71DC22577EA00301541/$file/PERINATAL_HEALTH_SURVEY_2007-291110.pdf?OpenElement)] Accessed: 28-4-13.

Υπουργείο Υγείας, Κυπριακή Δημοκρατία (2010). Ετήσια Έκθεση. Available: [[www.moh.gov.cy](http://www.moh.gov.cy)] Accessed: 28-5-13.

Υπουργείο Υγείας, Κυπριακή Δημοκρατία (2011). Στρατηγική Προστασίας, Προαγωγής και Υποστήριξης του Μητρικού Θηλασμού στην Κύπρο. Available: [[http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/0/519140002DB07B0E4225799E004BD0A3/\\$file/ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ%20ΜΗΤΡΙΚΟΥ%20ΘΗΛΑΣΜΟΥ.pdf](http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/0/519140002DB07B0E4225799E004BD0A3/$file/ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ%20ΜΗΤΡΙΚΟΥ%20ΘΗΛΑΣΜΟΥ.pdf)] Accessed: 6-5-13.

### **Ξενογλώσση:**

Abbott, S., Renfrew, M.J., McFadden, A. (2006). 'Informal' learning to support breastfeeding: local problems and opportunities. *Matern Child Nutr*, 2(4): 232-238.

Abrahams, S., Labbok, M. (2009). Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*, 4: 1-6.

Afiyanti, Y. & Juliastuti, D. (2012). Exclusive breastfeeding practices in Indonesia. *British Journal of Midwifery*, 20(7), 484-491.

American Academy of Pediatrics (1997). Policy Statement; Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 97: 662-6.

American Academy of Pediatrics Committee on Drugs (2001). Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 108:776-89. Medline:11533352

Aryeetey, O.R. & Antwi, C.L. (2013). Re-assessment of selected Baby-Friendly maternity facilities in Accra, Ghana. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 1. doi:10.1186/1746-4358-8-15

Auerbach, K. (2000). Evidence-based care and the breastfeeding couple: Key concerns. *J Midwifery Womens Health*, 45(3): 205-211.

Bartington, S., Griffiths, L.J., Tate, A.R. et al (2006). Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *Int J Epidemiol*, 35: 1178-1186.

Bernaix, L.(2000). Nurses' attitudes, subjective norms, and behavioral intentions toward support of breastfeeding mothers. *J Hum Lact*, 16(3):202-209.

- Besculides, M., Grigoryan, K., Laraque, F. (2005). Increasing breastfeeding rates in New York City, 1980-2000. *J Urban Health*; 82(2): 198-206.
- Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A., King, S.E. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1): CD001141.
- Broadfoot, M., Britten, J., Tappin, D.M., MacKenzie, J.M. (2005). The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 90(2):114–6.
- Brodribb, W., Fallon, A., Jackson, C., Hegney, D. (2008). The relationship between personal breastfeeding experience and the breastfeeding attitudes, knowledge, confidence and effectiveness of Australian GP registrars. *Maternal and Child Nutrition Journal*, 4(4): 264-274.
- Burt, S., Whitmore, M., Verncombe, D. & Dykes, F. (2006). The development and delivery of a practice-based breastfeeding training package for general practitioners in the UK. *Maternal and Child Nutrition* 2, 91–102.
- Caldeira, A.P., Goncalves, E. (2007). Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J)*, 83: 127-132.
- Canadian Pediatric Society. (2005). Exclusive breastfeeding should continue to 6 months. *Pediatrics and Child Health*, 10 (3), 148.
- Cantrill, R., Creedy, D., Cooke, M. (2003). An Australian study of midwives' breast-feeding knowledge. *Midwifery*, 19(4):310-317.
- Cardoso, A & Paiva e Silva, A. (2010). Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: a study on the cultural suitability of ICNP®. *International nursing review*, 57(4): 426-34.
- Chalmers, B., Levitt, C., Heaman, M., O'Brien, B., Sauve, R., Kaczorowski, J. for the Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Public Health Agency of Canada\* (2009) for the Maternity Experiences Study Group. Breastfeeding

Rates and Hospital Breastfeeding Practices in Canada: A National Survey of Women. *Birth*, 36(2), 122-132.

Chantry, C.J., Howard, C.R., Auinger, P. (2006). Full Breastfeeding Duration and Associated Decrease in Respiratory Tract Infection in US Children. *Pediatrics*, 117(2): 425-432.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). 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. *The Lancet*. Jul 20; 360(9328): 187-95.

Creedy, D.K., Cantrill, R.M., Cooke, M. (2008). Assessing midwives' breastfeeding knowledge: Properties of the Newborn Feeding Ability questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices scale. *International Breastfeeding Journal*, 3: 7.

Crivelli-Kovach, A. & Chung, E. K. (2011). An evaluation of hospital breastfeeding policies in the Philadelphia metropolitan area 1994-2009: a comparison with the baby-friendly hospital initiative ten steps . An Evaluation of Hospital Breastfeeding Policies. Department of Pediatrics Faculty Papers. Paper 45. Available at:[<http://jdc.jefferson.edu/pedsfp/45>] Accessed 10-1-14.

Danforth, K.N., Tworoger, S.S., Hecht, J.L., Rosner, B.A., Colditz, G.A., Hankinson, S.E. (2007). Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer causes and Control*. Jun; 18(5): 517-523.

Daniels, L. & Jackson, D. (2011) .Knowledge, attitudes and practices of nursing staff regarding the Baby-Friendly Hospital Initiative in non-accredited obstetric units in Cape Town. *S Afr J Clin Nutr*, 24(1): 32-38.

Declercq, E., Labbok, M.H., Sakala, C., et al (2009). Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health*, 99: 929-935.

De la Mora, A., Russell, D.W., Dungy, C.I., Losch, M., Dusdieker, L. (1999). The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity. *J Appl Soc Psychol*, 29: 2362-80.

- Dennis, C.L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 31: 12–32.
- DiGirolamo, A.M., Manninen, D.L., Cohen, J.H., et al. (2008). Breastfeeding-related maternity practices at hospitals and birth centers—United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*; 57:621-625.
- Di Napoli, A., Di Lallo, D., Fortes, C., Franceschelli, C., Armeni, E., Guasticchi, G. (2004). Home breastfeeding support by health professionals: findings of a randomised controlled trial in a population of Italian women. *Acta Paediatrica*, 93: 1108–14.
- Duran, S., Duran, R., Sahin, E. M., Dagdeviren, N., Guzel, A. (2010). Comparison Of The Knowledge And Attitudes Of Midwives About Breastfeeding With Breastfeeding Behaviors Of The Mothers They Provide Counselling. *Trakya Univ Tip Fak Derg*, 27(1): 11-17.
- Dykes, F. (2005). The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. *Matern Child Nutr*, 2(4): 204-216.
- Dykes, F. (2005a) A critical ethnographic study of encounters between midwives and breastfeeding women in postnatal wards in England. *Midwifery*, 21(3): 241-252.
- Dykes, F. (2006). The education of health practitioners supporting breastfeeding women: Time for critical reflection. *Matern Child Nutr*, 2: 204–16.
- Ekstrom, A., Widstrom, A.M, Nissen, E. (2006). Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support? *Birth*, 33(2): 123-130.
- Ekstrom, A., Nissen, E. (2006). A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*, 118(2): e309-e314
- Famara, A.S. (2006). Are patients satisfaction surveys tools for quality improvement or mere symbolism! The case of Ostfold Hospital Trust in Norway, *Master of Public Health*, 2006:4.
- Frantzis, I. (2013). Implementation of the “Ten Steps to Successful Breastfeeding” by Maternity Hospitals in Nicosia, Cyprus. Unpublished work.

- Finneran, B., Murphy, K. (2004). Breast is best for GPs or is it? Breastfeeding attitudes and practice of general practitioners in the mid-west of Ireland. *Ir Med J*, 97: 268–70.
- Fontes Figueredo, S., José Guardiã Mattar, M., Freitas de Vilhena Abrão, A.C. (2012). Baby-friendly Hospital Initiative – a policy of promoting, protecting and supporting breastfeeding. *Acta Paul Enferm*, 25(3): 459-63.
- Furber, C.M. (2000). An exploration of midwives' attitudes to health promotion. *Midwifery*, 16(4): 314-322.
- Furber, C.M., Thomson, A.M. (2006). 'Breaking the rules' in baby-feeding practice in the UK: deviance and good practice? *Midwifery*, 22(4): 365-376.
- Furber, C.M., Thomson, A.M. (2008). Breastfeeding practice in the UK: midwives' perspectives. *Maternal and Child Nutrition*, 4: 44–54.
- Gill, S.L. (2001). The little things: Perceptions of breastfeeding support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 30(4):.401-409.
- Grizzard, T.A., Bartick, M., Nikolov, M., Griffin, B.A., Lee, K.G. (2006). Policies and Practices Related to Breastfeeding in Massachusetts: Hospital Implementation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. *Maternal and Child Health Journal*, 10(3), 247-263.
- Haiek, L.N. (2012). Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Public Health Nutrition*. Published first on-line.
- Hall Moran, V., Dinwoodie, K., Bramwell, R., Dykes, F., Foley, P. (1999). The development and validation of the Breastfeeding Support Skills Tool (BeSST). *Clinical Effectiveness in Nursing*, 3: 151–155.
- Hall Moran, V., Dykes, F., Edwards, J., Burt, S., Whitmore, M. (2004). An evaluation of the breastfeeding support skills of midwives and voluntary breastfeeding supporters using the Breastfeeding Support Skills Tool (BeSST). *Maternal and Child Nutrition*, 1: 241–249.

Hauck, Y.L., Irurita, V.F. (2003). Incompatible expectations: the dilemma of breastfeeding mothers. *Health Care Women Int*, 24(1):62-78.

Henderson, A.M., Pincombe, J., Stamp, G.E. (2000). Assisting women to establish breastfeeding: exploring midwives' practices. *Breastfeed Rev*, 8(3): 11-17.

Ingram, J. (2006). Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *International Breastfeeding Journal*, 1:9. Available: [<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/9>] Accessed 28-3-13.

Ip. S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., Lau, J (2007). Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available: [<http://www.cdph.ca.gov/HealthInfo/healthyliving/childfamily/Documents/MO-BFP-16HLW-BBC03-IpAHRQ2007ExecutiveSummary.pdf>] Accessed 24-5-13.

Jones, W. & Brown, D. (2003). The medication vs breastfeeding dilemma. *British Journal of Midwifery*, 11, 550–555.

Kacica, M.A. & Kreiger, L. (2012). Breastfeeding Practices in New York State Maternity Hospitals: Results from a Statewide Survey, *Breastfeeding Medicine* 7(6), 409-416. doi:10.1089/bfm.2011.0149

Kovach, C.A. (1997). Hospital breastfeeding policies in the Philadelphia area: a comparison with the ten steps to successful breastfeeding. *Birth* (Berkeley, Calif.), 24(1), 41–8. Retrieved from [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9271966>] Accessed on: 10-1-14

Kovach, C.A. (2002). A 5-Year Follow-up Study of Hospital Breastfeeding Policies in the Philadelphia Area: A Comparison With the Ten Steps. *J Hum Lact*, 18: 144-154.

Kramer, M.S., Chalmers, B., Hodnett, E.D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., Collet, J.P., Vanilovich, I., Mezen, I., Ducruet, T., Shishko, G., Zubovich, V., Mknuk, D., Gluchanina, E., Dombrovskiy, V., Ustinovitch, A., Kot, T., Bogdanovich, N., Ovchinikova,

- L., Helsing, E. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 285(4), 413-20.
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R.W., Matush, L., et al. (2008). Breastfeeding and child cognitive development: New evidence from a large randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65 (5), 578-584.
- Krogstad, U., Hofoss, D. & Hjortdahl, P. (2002). Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *British Medical Journal*, 324, 36–38.
- Lawrence, R.M. & Pane, C.A. (2007). Human breast milk: current concepts of immunology and infectious diseases. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*; 37(1): 7-36.
- Leahy-Warren, P. (2007). Social support for first-time mothers: An Irish study. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36: 368-74.
- Levitt, C., Hanvey, L., Kaczorowski, J., Chalmers, B., Heaman, M., & Bartholomew, S. (2011). Breastfeeding policies and practices in Canadian hospitals: comparing 1993 with 2007. *Birth*, 38(3), 228–37. doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00479.x.
- Lillehoj, C.J., & Dobson, B.L. (2012). Implementation of the baby-friendly hospital initiative steps in Iowa hospitals. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 41(6), 717–27. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01411.x.
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M.R., Ho, J.J., Hakimi, M. (2007). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration (Protocol). *Cochrane Database Syst. Rev.*; (3).
- Maisels, M.J. & Gifford, K. (1986). Normal serum bilirubin levels in the newborn and the effect of breast-feeding. *Pediatrics*, 78(5), 837-843.
- Marais, D., Koornhof, H.E., du Plessis, L.M., Naude, C.E., Smit, K., Hertzog, E., Treurnicht, R., Alexander, M., Cruywagen, L., Kosaber, I. (2010). Breastfeeding policies and practices in health care facilities in the Western Cape Province, South Africa. *S Afr J Clin Nutr*, 23(1): 40–45.

- Martell, L.K. (2003). Postpartum women's perceptions of the hospital environment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 32(4): 478-485.
- McFadden, A. & Toole, G. (2006) Exploring women's views of breastfeeding: a focus group study within an area with high levels of socio-economic deprivation. *Matern Child Nutr*, 2(3): 156-168.
- Merten, S., Ackermann-Liebrich, U. (2004). Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact*, 20(1): 9–17.
- Newman, J.M.D. & Pitman, T. (2006). *The Ultimate Breastfeeding Book of Answers*.
- OECD. (2009). Family database. Available: [[www.oecd.org/els/social/family/database](http://www.oecd.org/els/social/family/database)]. Accessed: 6-6-13.
- Okolo, S.N. & Ogbonna, C. (2002). Knowledge, attitude and practice of health workers in Keffi local government hospitals regarding Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) practices. *European journal of clinical nutrition*, 56(5): 438-41
- Panayiotou, N. (2012). “*Midwives’ Knowledge And Practices For The Promotion Of Breast-Feeding In Cyprus*” Dissertation, Glasgow Caledonia University. Available: [[www.gcu.ac.uk/library](http://www.gcu.ac.uk/library)]
- Perez-Escamilla, R. (2007). Evidence based breast-feeding promotion: the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Nutrition*, 137: 484-487.
- Philipp, B.L., Malone, K.L., Cimo, S., Merewood, A. (2003). Sustained breastfeeding rates at a US Baby-Friendly Hospital. *Paediatrics*, 112: 234-236.
- Philip, B.L., Radford, A. (2006). Baby-friendly: snappy slogan or standard of care? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 91: 145-149.
- Powell, T.C., Craig, D.L., Fox, R. (2011). Behavioral strategy. *Strategic Management Journal*, 32(13), 1369–1386.

- Qiu, L., Binns, C., Zhao, Y., Lee, A., Xie, X. (2008). Breastfeeding following caesarean section in Zhejiang Province: public health implications. *Asia-Pacific Journal of Public Health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*, 20: 220-227.
- Renfrew, M.J., Dyson, L., Wallace, L., D'Souza, L., McCormick, F., Spiby, H. (2005). The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding: Systematic Review. London, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Renfrew, M.J., Gill, H., Wallace, L.M., Spiby, H., McFadden, A. (2006). Developing practice in breastfeeding. *Matern Child Nutr*, 2(4): 245-261.
- Renfrew, M. (2006). Time to get serious about educating health professionals. *Matern Child Nutr*, 2 (4): 193-195.
- Renfrew, M.J., McFadden, A., Dykes, F., Wallace, L.M., Abbott, S., Burt, S., Kosmala-Anderson, J. (2006a). Addressing the learning deficit in breastfeeding: strategies for change. *Matern Child Nutr*, 2(4): 239-244.
- Rosenberg, K., Stull, J., Adler, M., Kasehagen, L., & Crivelli-Kovach, A. (2008). Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeeding Medicine*, 3(2), 110–116.
- Rowe-Murray, H.J. & Fisher, J.R.W (2002). Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding. *Birth*, 29 (2): 124-131.
- Semenic, S., Childerhose, J.E., Lauzière, J. & Groleau, D. (2012). Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 28(3), 317–34. doi:10.1177/0890334412445195
- Senarath, U., Siriwardena, I., Godakandage, S.S., Jayawickrama, H., Fernando, D.N., Dibley, M.J. (2012). Determinants of breastfeeding practices: an analysis of the Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006-2007. *Matern Child Nutr.*; 8(3): 315-29.
- Schmied, V., Gribble, K., Sheehan, A., Taylor, C., Dykes, F.C. (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 Serv Res*, 11: 208.

Schneidrova, D., Mullerova, D., Janout, V., Paulova, M., Kudlova, E. (2003). Impact of breast-feeding promotion on infant feeding in the Czech Republic. *J Nutr Educ Behav*, 35(5): 228–35.

Scott, J., McInnes, R., Tappin, D., Guthrie, E (2003). Breastfeeding opinions, knowledge, management practices and training of Scottish midwives. Report for the Scottish Executive Health Department Chief Scientist Office.

Sikorski, J. Renfrew, M.J., Pindoria, S., Wade, A. (2003). Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 17: 407–17.

Simmons, V. (2002). Exploring inconsistent breastfeeding advice: 2. *British Journal of Midwifery*, 10: 616–9.

Smale M., Renfrew M.J., Marshall J.L. & Spiby H. (2006). Turning policy into practice: more difficult that it seems. The case of breastfeeding education. *Maternal and Child Nutrition*, 2, 103–113.

Schneider II, A.P. (1986). Breast Milk Jaundice in the Newborn A Real Entity *JAMA*.;255(23): 3270-3274. doi:10.1001/jama.1986.03370230076034.

UNICEF/WHO (2006). ΠΦΒΝ Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Αυτοαξιολόγηση Και Παρακολούθηση Του Νοσοκομείου. Available: [<http://www.unicef.gr/reports/BFHI-section4-GR.doc>] Accessed: 1-4-13.

UNICEF (2013). - Last update - ChildInfo.org. Available: [[http://www.childinfo.org/breastfeeding\\_iycf.php](http://www.childinfo.org/breastfeeding_iycf.php)] Accessed: 28-5-13.

United Nations General Assembly (1989). Convention on the Rights of the Child. New York. Available: [<http://www.unicef.org/crc/crc.htm>]. Accessed 15-5-2013.

Wallace, L.M., Kasmala-Anderson, J. (2007). Training needs survey of midwives, health visitors and voluntary-sector breastfeeding support staff in England. *Matern Child Nutr*, 3(1): 25-39.

Weddig, J., Baker, S.S. & Auld, G. (2011). Perspectives of hospital-based nurses on breastfeeding initiation best practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 40(2): 166–78. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01232.

White, C., Simon, M., Bryan, A. (2002). Using evidence to educate birthing center nursing staff about infant states, cues and behaviors. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 27(5): 294-298.

Worgan, R., Jones, L. (1998). An overview of lactation education in Australia for health professionals. *Aust Coll Midwives Inc J*, 11(1): 6-12.

World Breastfeeding Trends Initiative (2010). Available: [<http://www.worldbreastfeedingtrends.org/report/The-state-of-breastfeeding-in-33-countries-2010.pdf>]. Accessed: 7-6-13.

World Health Organization/UNICEF (1990). Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Breastfeeding in the 1990s: Global initiative. WHO/UNICEF Sponsored Meeting. Italy.

World Health Organization / UNICEF (1991). Available: [<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>] Accessed 24-5-13.

World Health Organization (1991). Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices. Geneva, Switzerland. Accessed: [https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/62134/1/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf](https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf)  
Available: 6-6-12.

World Health Organization (1998). Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Division Of Child Health And Development. Geneva. Available: [[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence\\_ten\\_step\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence_ten_step_eng.pdf)]  
Accessed: 24-5-13.

WHO (1999). The Baby-friendly Hospital Initiative.

World Health Organization (2001). The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. Available: [URL: [www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html](http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html)] Accessed 25-05-13.

World Health Organization/UNICEF (2006). Πρωτοβουλία Για Τα Φιλικά Προς Τα Βρέφη Νοσοκομεία. Έκδοση αναθεωρημένη, ενημερωμένη και διευρυμένη για ολοκληρωμένη περίθαλψη. Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Αυτοαξιολόγηση Και Παρακολούθηση Του Νοσοκομείου. Available: [<http://www.unicef.gr/reports/BFHI-section4-GR.doc>] Accessed: 30-3-13.

Zakarija-Grković, I. & Burmaz, T. (2010). Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour Course in Improving Health Professionals' Knowledge, Practices, and Attitudes to Breastfeeding: A Before/After Study of 5 Maternity Facilities in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 51(5): 396-405.

## Παραρτήματα

### **Παράρτημα 1: «Δέκα Βήματα»**

Τα «Δέκα Βήματα» για Επιτυχή Θηλασμό, του ΠΟΥ/ UNICEF έχουν ως εξής:

**Βήμα 1<sup>ο</sup>** Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το θηλασμό και τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας.

**Βήμα 2<sup>ο</sup>** Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.

**Βήμα 3<sup>ο</sup>** Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη και τον χειρισμό του μητρικού θηλασμού.

**Βήμα 4<sup>ο</sup>** Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν τον θηλασμό μία ώρα μετά την γέννηση.

**Βήμα 5<sup>ο</sup>** Επίδειξη στις μητέρες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρηθεί η διατροφή των βρεφών με μητρικό γάλα ακόμη κι αν θα έπρεπε να αποχωρισθούν τη μητέρα τους.

**Βήμα 6<sup>ο</sup>** Να μη δίνεται στα νεογέννητα καμιά άλλη τροφή ή υγρό παρά μόνο μητρικό γάλα, εκτός και αν επιβάλλεται να γίνει διαφορετικά για ιατρικούς λόγους.

**Βήμα 7<sup>ο</sup>** Να εφαρμόζεται το σύστημα «rooming in», δηλαδή το νεογέννητο να είναι στο μαιευτήριο στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα του, 24 ώρες το 24ωρο.

**Βήμα 8<sup>ο</sup>** Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το αποζητά.

**Βήμα 9<sup>ο</sup>** Να μη δίνονται τεχνητές θηλές ή πιπίλες σε βρέφη που θηλάζουν.

**Βήμα 10<sup>ο</sup>** Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες όταν φύγουν από το νοσοκομείο ή την κλινική.

#### Αναλυτικότερα:

**Βήμα 1ο Να υπάρχει γραπτή πολιτική και η πολιτική αυτή να μεταδίδεται τακτικά σε όλο το προσωπικό υγείας**

Με την ύπαρξη γραπτής πολιτικής, καθορίζονται τα πρότυπα της φροντίδας, δίνονται κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή τους, εξασφαλίζεται η προστασία, η προώθηση και η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Επιπρόσθετα, οργανώνεται ένα κοινό σχέδιο ενεργειών στο οποίο παρέχονται κατανοητές γραπτές οδηγίες, προσανατολισμένες σε σταθερές και ομόφωνες πρακτικές. Ενημερώνεται όλο το προσωπικό για τη γραπτή πολιτική και κατανοεί το ρόλο του μέσα σε αυτή και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τυχόν

διαφωνίες ή/και αντικρουόμενες συμβουλές. Σημαντική είναι η οργάνωση ελεγκτικών μηχανισμών που αφορούν την υποχρεωτική εφαρμογή των δέκα βημάτων.

Η γραπτή πολιτική πρέπει να πραγματεύεται τα «Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό», τον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και τον τρόπο προετοιμασίας ξένου γάλακτος για τις μητέρες που συνειδητά και τεκμηριωμένα αποφάσισαν να μη θηλάσουν. Γίνεται αναφορά στη διατροφή του βρέφους που γεννήθηκε από HIV οροθετική μητέρα για να διασφαλιστεί ο ορθότερος τρόπος διατροφής του. Ωστόσο, κάθε απόκλιση από την πολιτική πρέπει να δικαιολογείται και να καταγράφεται στο ιστορικό της μητέρας και του βρέφους. Αξίζει να σημειωθεί πως αν δεν υπάρχει το βήμα αυτό, τότε δεν μπορούν να επιβιώσουν τα υπόλοιπα σε βάθος χρόνου, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε άλλη πολιτική (WHO/UNICEF, 2006).

### **Βήμα 2ο Να εκπαιδευτεί όλο το προσωπικό υγείας στις δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή της πολιτικής**

Το προσωπικό εκπαιδεύεται και αποκτά τις γνώσεις και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την παροχή ποιότητας στη φροντίδα σε θέματα μητρικού θηλασμού και γαλουχίας βάσει των οδηγιών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Unicef. Επιπρόσθετα, χρειάζεται να εκτιμηθεί η στάση του προσωπικού ως προς το θηλασμό, οι γνώσεις και η αυτοπεποίθηση που έχει για να παρέχει την απαραίτητη βοήθεια και καθοδήγηση στις έγκυες και στις νέες μητέρες, με σκοπό να περιοριστούν οι αντιφατικές συμβουλές και τα μηνύματα που προκαλούν σύγχυση. Η εκπαίδευση αφορά όλο προσωπικό το οποίο έχει πρωταρχική ευθύνη τη φροντίδα της εγκύου, της νέας μητέρας και του βρέφους και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα απαιτεί τουλάχιστον 18 ώρες θεωρητικής κατάρτισης και 3 ώρες πρακτικής εξάσκησης και πρέπει όλο το προσωπικό να το ολοκληρώσει εντός 6 μηνών από την έναρξη του. Το νέο προσωπικό πρέπει να έχει ολοκληρώσει την εκπαίδευση εντός ενός μηνός από την πρόσληψη του (WHO/UNICEF, 2006).

### **Βήμα 3ο Να ενημερώνονται όλες οι έγκυες γυναίκες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τη διαχείριση του θηλασμού**

Σκοπός είναι η ενημέρωση όλων των εγκύων σχετικά με τα οφέλη και τη διαχείριση του μητρικού θηλασμού. Οι πληροφορίες αυτές είναι σημαντικό να δίνονται στο 2-3 τρίμηνο της κύησης, ανεξάρτητα από τον τρόπο με τον οποίο θα επιλέξουν να ταΐσουν το μωρό τους. Η ενημέρωση μπορεί να γίνει σε μικρές ομάδες από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας υπό

μορφή σεμιναρίων στην κοινότητα, στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας, στην κλινική θηλασμού της μαιευτικής μονάδας. Η συμμετοχή των συζύγων ή άλλων ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος στα σεμινάρια, οι οποίοι θα λάβουν την ίδια πληροφόρηση και ενημέρωση για ορθές γνώσεις και πρακτικές, θα βοηθήσει αποτελεσματικά την νέα μητέρα. Να παρέχεται η δυνατότητα στις εγκύους να επισκεφθούν τον χώρο στον οποίο θα γεννήσουν το παιδί τους, να ενημερωθούν για την πολιτική που εφαρμόζεται στο συγκεκριμένο μαιευτήριο, όπου με τον τρόπο αυτό θα ενισχυθεί η εμπιστοσύνη στους ανθρώπους από τους οποίους θα λάβουν βοήθεια και θα νιώθουν πιο ασφαλείς όταν έρθει η ώρα του τοκετού (WHO/UNICEF, 2006).

**Βήμα 4ο Να βοηθούνται οι μητέρες για την έναρξη του θηλασμού μέσα στην πρώτη μισή ώρα από τη γέννηση.** Αυτό το βήμα διατυπώνεται ως εξής:

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

Σκοπός είναι να πραγματοποιηθεί η επαφή του μωρού δέρμα με δέρμα με τη μητέρα του, αμέσως μετά τον τοκετό και για τουλάχιστον μια ώρα ή όσο χρόνο χρειαστεί, μέχρι να είναι σε θέση θηλάσει. Όταν υγιή παιδιά τοποθετούνται πάνω στην κοιλιά της μητέρας τους παρουσιάζουν αξιοσημείωτες δυνατότητες και δεξιότητες. Βρίσκονται σε εγρήγορση, μπορούν να έρπουν και αναζητούν τη θηλή. Η «δέρμα με δέρμα» επαφή βοηθά το νεογνό να κρατηθεί ζεστό, ήρεμο, να μην κλαίει, να ξεπεράσει το στρες του τοκετού και να σταθεροποιηθεί η αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία του. Οι μητέρες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή δεν έχουν τον ίδιο χρόνο για επαφή με το μωρό τους, αλλά πρέπει να φροντίζεται ώστε να αναπληρωθεί ο χρόνος στο χώρο της ανάνηψης. Σε περίπτωση που το βρέφος μεταφερθεί στην εντατική μονάδα νεογνών πρέπει να εφαρμοστεί το συντομότερο η «kangaroo care» πρακτική (WHO/UNICEF, 2006).

**Βήμα 5ο Να δείχνεται στις μητέρες πώς να θηλάσουν και πώς να διατηρήσουν τη γαλουχία, ακόμα και όταν πρέπει να χωριστούν από βρέφη τους**

Σκοπός να εξασφαλιστεί βοήθεια σε όλες τις μητέρες για έναρξη του θηλασμού μέσα στις πρώτες έξι ώρες από τον τοκετό, να συνεχίζουν να θηλάζουν αποτελεσματικά σε όλη τη διάρκεια παραμονής τους στο μαιευτήριο, όπως και μετά την έξοδο τους. Στις μητέρες που για

ιατρικούς σκοπούς αποχωρίστηκαν το βρέφος, τότε να λάβουν την απαραίτητη βοήθεια και πληροφόρηση για έγκαιρη επιτυχή έναρξη της γαλουχίας (WHO/UNICEF, 2006).

**Βήμα 6ο Να χορηγείται στα νεογνά μόνο μητρικό γάλα, εκτός και αν υπάρχει ιατρική ένδειξη**

Σκοπός να διασφαλιστεί ο αποκλειστικός θηλασμός σε όλα τα υγιή βρέφη, χωρίς να δίνονται συμπληρώματα (εκτός αν υπάρχει ιατρικός λόγος). Να κατανοήσει το προσωπικό και οι μητέρες τις επιπτώσεις της χορήγησης συμπληρωμάτων στην υγεία του βρέφους και τη σπουδαιότητα στη διατήρηση του αποκλειστικού θηλασμού. Οποιαδήποτε άλλη απόφαση της μητέρας για τον τρόπο σίτισης του μωρού της να είναι αποτέλεσμα συνειδητής επιλογής, αφού προηγουμένως έχει πλήρως ενημερωθεί. Τόσο το προσωπικό όσο και οι γονείς να μην δέχονται δωρεάν δείγματα βιομηχανοποιημένου γάλακτος (WHO/UNICEF, 2006).

**Βήμα 7ο Πρακτική της παραμονής των βρεφών στο δωμάτιο όλο το 24ωρο. Να επιτρέπεται στις μητέρες και στα βρέφη να παραμένουν μαζί 24 ώρες την ημέρα**

Σκοπός η συνεχής και αδιάκοπη επαφή ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος, που συμβάλλει στο χτίσιμο της σχέσης τους και στο συναισθηματικό δεσμό μεταξύ τους και για να μπορέσει η μητέρα να αποκωδικοποιήσει τα μηνύματα που της στέλνει το βρέφος της, για άμεση ανταπόκριση της. Επιπλέον εδραιώνεται ο θηλασμός και η αποτελεσματική παραγωγή του μητρικού γάλακτος αφού το μωρό θα θηλάζει όποτε θέλει. Όταν παρέχεται φροντίδα στο βρέφος πρέπει να γίνεται στην παρουσία της μητέρας για σκοπούς της εκπαίδευσης της, να νοιώθει ασφάλεια με τις διαδικασίες που τηρούνται, ενώ παράλληλα να αναγνωρίζει τις προσπάθειες του προσωπικού για ποιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας (WHO/UNICEF, 2006).

**Βήμα 8ο Να ενθαρρύνονται οι μητέρες για θηλασμό, ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους**

Σκοπός είναι να ενθαρρύνονται οι μητέρες να θηλάζουν το βρέφος τους σύμφωνα με τις ανάγκες του και όχι σύμφωνα με κανονισμούς των μαιευτηρίων ή τις δικές τους επιθυμίες, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα του θηλασμού και τη σχέση μητέρας- βρέφους. Συνειδητοποιεί ότι το μωρό της μπορεί να χρειαστεί να θηλάσει πολλές φορές μέσα στο 24ωρο, όπου και πρέπει να ανταποκριθεί, αφού μόνο έτσι θα έχει επιτυχή έναρξη και εγκαθίδρυση του θηλασμού με όλα τα οφέλη για την ίδια και το βρέφος της (WHO/UNICEF, 2006).

### **Βήμα 9ο Να μη δίνονται τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα βρέφη που θηλάζουν**

Σκοπός είναι η αποθάρρυνση των μητέρων να κάνουν χρήση θηλών ή πιπίλων, ενώ τα μωρά τους μαθαίνουν να θηλάζουν και ταυτόχρονα να μην δίνεται ούτε από το προσωπικό, εκτός εάν υπάρχει ιατρικός λόγος ή για την ανακούφιση του, όταν η μητέρα δεν είναι διαθέσιμη. Το προσωπικό δεν παίρνει πρωτοβουλία να ταΐζει τα μωρά με βιομηχανοποιημένο γάλα εκτός εάν έχει εξασφαλιστεί ότι αυτό είναι τεκμηριωμένη επιλογή της μητέρας ή ενδείκνυται για ιατρικούς λόγους. Η ανάγκη του βρέφους για πιπίλισμα πρέπει να ικανοποιείται αποκλειστικά μέσω του θηλασμού (WHO/UNICEF, 2006).

### **Βήμα 10ο Να προωθείται η ίδρυση υποστηρικτικών ομάδων θηλασμού και να ενημερώνονται οι μητέρες, όταν φεύγουν από το νοσοκομείο ή την κλινική**

Σκοπός είναι να διασφαλιστεί ότι οι μητέρες μετά τη έξοδο τους από το μαιευτήριο, θα λάβουν πληροφορίες για την υποστήριξη που θα έχουν στη διάθεσή τους σε τοπικό και εθνικό επίπεδο στήριξης. Η παροχή βοήθειας στο σπίτι, θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αύξηση και διατήρηση του ποσοστού του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (WHO/UNICEF, 2006).

## **Παράρτημα 2:Ενημερωτική επιστολή προς επαγγελματίες υγείας**

Αγαπητέ Συνάδελφε,

Ονομάζομαι Φρόσω Τρύφωνος. Είμαι Ανώτερη Επισκέπτρια Υγείας, εργάζομαι στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και παρακολουθώ το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα σπουδών με τίτλο: «Προηγμένη Νοσηλευτική και Φροντίδα Υγείας στην Κοινότητα» στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Στο πλαίσιο της διατριβής μου θα μελετήσω το θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ, ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ «ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΩΝ» ΓΙΑ ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑ».

Ο **Σκοπός** της έρευνας είναι να διερευνηθεί η υφιστάμενη κατάσταση σχετικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στα μαιευτήρια της Λευκωσίας για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Αποσκοπεί, επίσης στο να μελετηθούν (α) οι απόψεις των μαιευτών/μαιών και νοσηλευτών/τριών για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και (β) οι γνώσεις και οι στάσεις τους για το μητρικό θηλασμό.

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί σε όλες τις μαιευτικές μονάδες της Λευκωσίας- δημόσιο και ιδιωτικό τομέα με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το δείγμα θα είναι απογραφικό και θα το αποτελέσουν όλοι οι μαιευτές/μαίες και νοσηλευτές/τριες που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες της Λευκωσίας. **Θα διασφαλιστεί και θα διατηρηθεί το απόρρητο και η ανωνυμία η δική σας και της μαιευτικής κλινικής.** Θα σας δοθεί κωδικοποιημένο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σε φάκελο, θα το κλείνετε μετά την συμπλήρωσή του και θα παραλαμβάνεται από εκπαιδευμένους βοηθούς-ερευνητές πεδίου. Θα γίνει υπενθύμιση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με το πέρας μιας εβδομάδας.

**Η συμβολή σας στην έρευνα είναι ουσιαστική** και θα σας παρακαλούσα όπως αφιερώσετε περίπου 20 λεπτά για τη **συμπλήρωση και των τριών (3) ερωτηματολογίων.** Το ερωτηματολόγιο Α αφορά τις γνώσεις και στάσεις για το Μητρικό Θηλασμό, το ερωτηματολόγιο Β αφορά την αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF και το ερωτηματολόγιο Γ αφορά τα κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά.

**Παρακαλώ μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου ή με τα μέλη της ερευνητικής ομάδας για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις χρειάζεστε.**

Την ερευνητική ομάδα αποτελούν:

- 1) Χριστιάνα Κούτα [christiana.kouta@cut.ac.cy](mailto:christiana.kouta@cut.ac.cy)
- 2) Νίκος Μίττλετον [nicos.middleton@cut.ac.cy](mailto:nicos.middleton@cut.ac.cy)
- 3) Ελένη Χατζηγεωργίου [eleni.hadjigeorgiou@cut.ac.cy](mailto:eleni.hadjigeorgiou@cut.ac.cy)
- 4) Αικατερίνη Λαμπρινού [ekaterini.lambrinou@cut.ac.cy](mailto:ekaterini.lambrinou@cut.ac.cy)
- 5) Ουρανία Κολοκοτρώνη [ourania.kolokotroni@cut.ac.cy](mailto:ourania.kolokotroni@cut.ac.cy)

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων,

Φρόσω Τρύφωνος

**Email:** [fg.tryphonos@edu.cut.ac.cy](mailto:fg.tryphonos@edu.cut.ac.cy)

**Τηλ:** 99528298

### **Παράρτημα 3: Ενημερωτική επιστολή προς επαγγελματίες υγείας (αγγλικά)**

Dear Colleague,

My name is Froso Tryphonos, I'm working in the Nursing Services of the Ministry of Health as a Health Visitor and I'm attending the Master program entitled: «Advanced Nursing Practice and Health Care in the Community» at the Cyprus University of Technology. The topic of my thesis is: «THE INVESTIGATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDES AND OPINIONS OF MIDWIVES AND NURSES FOR THE IMPLEMENTATION OF THE «TEN STEPS» FOR THE ESTABLISHMENT AND INITIATION OF BREASTFEEDING IN MATERNITY UNITS IN NICOSIA». Permission has been obtained from the Ethics Committee and the Cyprus Research Promotion Committee of the Ministry of Health.

The **purpose** of this research is to investigate the current situation regarding practices in maternity units in Nicosia for the protection, promotion and support of breastfeeding. Also (a) the views of midwives and nurses for the implementation of the «Ten Steps» and (b) knowledge and attitudes about breastfeeding will be studied.

The survey will take place in all maternity units in Nicosia - public and private sectors- using anonymous and self-administered questionnaire and the sample will be all the midwives and nurses working in these units. **Confidentiality and anonymity will be ensured and maintained at all times.** You will be given a self-administered questionnaire in an envelope that you will close upon completion. It will be collected by a trained assistant- field researcher.

**However, your contribution to this research is fundamental**, so please devote about 20 minutes to **fill out all three (3) questionnaires**. Questionnaire A is concerning the knowledge and attitudes about breastfeeding, Questionnaire B for self-assessment of compliance practices obstetrics implement the «Ten Steps» WHO / UNICEF and questionnaire C relates to the socio-professional characteristics.

**Please do not hesitate to get in contact with me or any member of the research team for any clarifications you may need.**

The research team:

- 1) **Christiana Kouta** christiana.kouta@cut.ac.cy
- 2) **Nicos Middleton** nicos.middleton@cut.ac.cy
- 3) **Eleni Hadjigeorgiou** eleni.hadjigeorgiou@cut.ac.cy
- 4) **Ekaterini Lambrinou** ekaterini.lambrinou@cut.ac.cy
- 5) **Ourania Kolokotroni** ourania.kolokotroni@cut.ac.cy

Thank you in advance,

Froso Tryphonos

**Email:** fg.tryphonos @ edu.cut.ac.cy

**Tel:** 99528298

**Παράρτημα 4: Ενημέρωση / Συναίνεση διευθυντή μαιευτικής μονάδας για συμμετοχή στην έρευνα**

Φρόσω Τρύφωνος  
Κέντρο Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού  
Νοσοκομείο Αρχ. Μακάριος ΙΙΙ  
99528298/22405258-59  
Fax: 22405257  
[fg.tryphonos@edu.cut.ac.cy](mailto:fg.tryphonos@edu.cut.ac.cy)

20 Δεκεμβρίου 2013

Διευθυντή/τρια μαιευτικής μονάδας

ΘΕΜΑ: Άδεια πρόσβασης για Διεξαγωγή έρευνας

Κυρία/Κύριε

Είμαι Ανώτερη Επισκέπτρια Υγείας, εργάζομαι στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και παρακολουθώ το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα σπουδών με τίτλο: «Προηγμένη Νοσηλευτική και Φροντίδα Υγείας στην Κοινότητα» στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Στα πλαίσια της διατριβής μου θα μελετήσω το θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ «ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΩΝ» ΓΙΑ ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑ». Σχετικές άδειες έχουν εξασφαλιστεί από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και την Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας.

Ο **Σκοπός** της έρευνας είναι να διερευνηθεί η υφιστάμενη κατάσταση σχετικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στα μαιευτήρια της Λευκωσίας για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Θα μελετηθούν επίσης (α) οι απόψεις των μαιών και νοσηλευτών/τριών για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και (β) οι γνώσεις και οι στάσεις τους για το μητρικό θηλασμό.

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί σε όλες τις μαιευτικές μονάδες της Λευκωσίας- δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το δείγμα θα αποτελέσουν όλοι οι μαιευτές/μαίες και νοσηλεύτές/τριες που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες της Λευκωσίας. Θα διατηρηθεί και διασφαλιστεί η ανωνυμία τόσο της μαιευτικής κλινικής όσο και των συμμετεχόντων και για το σκοπό αυτό, θα δοθεί κωδικοποιημένο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σε φάκελο, το οποίο μετά τη συμπλήρωσή του θα κλείνεται σε επισυναπτόμενο φάκελο και θα παραλαμβάνεται από εκπαιδευμένο βοηθό-ερευνητή πεδίου. Θα γίνει υπενθύμιση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με το πέρας μιας εβδομάδας. Κριτήρια συμμετοχής: (1) Εγγεγραμμένοι στο μητρώο Νοσηλευτών και Μαιών (2) Να εργάζονται στη μαιευτική μονάδα για περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών (3) Να μπορούν να διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική ή αγγλική γλώσσα για τη συμπλήρωση αντίστοιχα του ελληνικού ή του αγγλικού ερωτηματολογίου (4) Η επιθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα κοινοποιηθούν προς όλες τις μαιευτικές μονάδες που θα συμμετέχουν με σκοπό την ανατροφοδότηση και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σημαντικό σημείο είναι να προσδιοριστεί ο βαθμός της επίγνωσης στα θέματα και πρακτικές του μητρικού θηλασμού ανάμεσα στους μαιευτές/μαίες και νοσηλεύτές/τριες που ασχολούνται με τη μητέρα και το νεογέννητο και διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο στην επιτυχία του. Αναμένεται να βοηθήσει το σύστημα υγείας στη βελτίωση.

Έχετε το δικαίωμα της μη συγκατάθεσης ή αποχώρησης από την έρευνα σε οποιοδήποτε στάδιο βρίσκεται.

Παρακαλώ αν αποδέχεστε να συμμετέχει στην συγκεκριμένη έρευνα η μαιευτική μονάδα την οποία διευθύνετε, όπως υπογράψετε για τη συγκατάθεση σας.

**Παρακαλώ μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου για οποιοσδήποτε διευκρινίσεις χρειάζεστε.**

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων,

Φρόσω Τρύφωνος

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα ΤΕΠΑΚ

-----  
Αποδέχομαι να συμμετέχει η μαιευτική κλινική .....στην  
έρευνα με τους όρους που προαναφέρθηκαν.

Όνομα:.....

Υπογραφή:.....

## Εργαλεία:

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α: Γνώσεις και στάσεις για το Μητρικό Θηλασμό

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

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

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

short version (Ingram, 2006)

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

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β: Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF**

**1<sup>ο</sup> Βήμα. Να υπάρχει γραπτή πολιτική και η πολιτική αυτή να μεταδίδεται τακτικά σε όλο το υγειονομικό προσωπικό**

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

**2<sup>ο</sup> Βήμα: Να εκπαιδευτεί όλο το υγειονομικό προσωπικό στις δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή της πολιτικής.**

1.1 Είναι όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν εγκύους, μητέρες και νεογνά προσανατολισμένα στην πολιτική θηλασμού /διατροφής νεογνών του νοσοκομείου, όταν αρχίζουν να εργάζονται;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
1.2 Είναι όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά τόσο ενημερωμένα για τη σημασία του μητρικού θηλασμού όσο και εξοικειωμένα με την πολιτική του τμήματος και του νοσοκομείου, ώστε να προστατεύουν, να προωθούν και να υποστηρίζουν το θηλασμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Όλα τα μέλη του προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά (ή όλα τα μέλη του προσωπικού, αν αυτά μετακινούνται σε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

θέσεις που έχουν αυτές τις υπευθυνότητες) εκπαιδεύτηκαν στην προαγωγή του θηλασμού και την υποστήριξη του μέσα σε 6 μήνες από την έναρξη της εργασίας τους- εκτός και αν είχαν επαρκή εκπαίδευση από άλλου;		
1.4 Η εκπαίδευση καλύπτει τα 10 Βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό και τον Κώδικα Εμπορίας των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Η εκπαίδευση για κάθε μέλος του προσωπικού είναι τουλάχιστον 20 ώρες συνολικά, συμπεριλαμβανομένης της κλινικής εμπειρίας με επίβλεψη τουλάχιστον 3 ωρών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Η εκπαίδευση του μη κλινικού προσωπικού επαρκεί, ανάλογα με τη θέση του, ώστε να παρέχει την ικανότητα και τις γνώσεις που απαιτούνται, για να υποστηρίζουν τις μητέρες να θρέψουν τα παιδιά τους με επιτυχία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Παρέχεται εκπαίδευση, επίσης, σε όλο ή σε ορισμένο από το προσωπικό που περιθάλπει εγκύους για τη διατροφή νεογνών που δεν θηλάζουν και για να υποστηρίζονται οι μητέρες που έχουν πάρει αυτή την απόφαση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Μπορούν τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζουν τις εγκύους, τις μητέρες και τα νεογνά να απαντήσουν σε απλές ερωτήσεις σχετικά με την προαγωγή του μητρικού θηλασμού και την υποστήριξη και περίθαλψη των μητέρων που δεν θηλάζουν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Το μη κλινικό προσωπικό, όπως βοηθοί θαλάμου, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί υπάλληλοι, το προσωπικό καθαριότητας και οι τραπεζοκόμοι, μπορεί να απαντήσει σε απλές ερωτήσεις για το θηλασμό και πώς να υποστηρίξει τις μητέρες για τη διατροφή των μωρών τους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 Το νοσηλευτικό ίδρυμα έχει κανονίσει να λάβουν ειδική εκπαίδευση στη διαχείριση της γαλουχίας συγκεκριμένα μέλη του προσωπικού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3ο ΒΗΜΑ: Να ενημερώνονται όλες οι έγκυες γυναίκες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τη διαχείριση του θηλασμού.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3.1. Το νοσοκομείο διαθέτει προγεννητική κλινική ή δορυφορικά προγεννητικά εξωτερικά ιατρεία;*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Εάν ναι, οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες ενημερώνονται για τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Τα προγεννητικά ιστορικά δείχνουν ότι συζητήθηκε ο θηλασμός με τις έγκυες γυναίκες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Η προγεννητική εκπαίδευση, που περιλαμβάνει και τη γραπτή ή προφορική πληροφόρηση, καλύπτει βασικά θέματα που αφορούν τη σημασία και τη διαχείριση του θηλασμού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τη διαφημιστική προώθηση σε οπτική ή γραπτή μορφή, και από ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. Οι έγκυες γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τους κινδύνους από τη χορήγηση συμπληρώματος, ενώ θα θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7. Οι έγκυες γυναίκες που δέχονται τις προγεννητικές υπηρεσίες είναι σε θέση να περιγράψουν τη σημασία της πρώιμης επαφής δέρμα με δέρμα με τα μωρά τους και της παραμονής των μωρών στο ίδιο δωμάτιο όλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

το 24ωρο;		
3.8. Το προγεννητικό ιστορικό της μητέρας είναι διαθέσιμο την ώρα του τοκετού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9. Οι υπηρεσίες υγείας λαμβάνουν υπόψη την πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν, όταν αποφασίζουν για τη χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων ή αναλγησίας ή αναισθησίας (όταν χορηγείται) κατά τη διάρκεια των ωδίνων και του τοκετού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10. Το προσωπικό γνωρίζει τις επιπτώσεις τέτοιων φαρμάκων στο θηλασμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4ο ΒΗΜΑ: Να βοηθούνται οι μητέρες για την έναρξη του θηλασμού μέσα στην πρώτη μισή ώρα από την γέννηση.**

Αυτό το βήμα αναδιατυπώνεται ως εξής:

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

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.1. Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική, χωρίς γενική αναισθησία, τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους αμέσως μετά τη γέννηση και οι μητέρες τους ενθαρρύνονται να συνεχίσουν την επαφή για μία ώρα τουλάχιστον;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με καισαρική τομή με γενική αναισθησία τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους, αμέσως μόλις οι μητέρες ξυπνήσουν και ανταποκρίνονται;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Δέχονται όλες οι μητέρες βοήθεια κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, για να αναγνωρίζουν τα σημάδια ότι τα βρέφη τους είναι έτοιμα να θηλάσουν και τους προσφέρεται βοήθεια, αν χρειάζεται;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα ενθαρρύνονται να κρατούν τα μωρά τους σε επαφή δέρμα με δέρμα, εκτός και αν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος να μην το κάνουν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5ο ΒΗΜΑ: Να δείχνεται στις μητέρες πώς να θηλάσουν και πώς να διατηρήσουν τη γαλουχία, ακόμα και όταν πρέπει να χωριστούν από βρέφη τους.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5.1. Το προσωπικό παρέχει περαιτέρω βοήθεια σε όλες τις θηλάζουσες μητέρες σχετικά με το θηλασμό την πρώτη φορά που θα ταΐσουν ξανά τα βρέφη τους ή μέσα σε έξι ώρες από τη γέννα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Το προσωπικό μπορεί να περιγράψει το είδος των πληροφοριών και να επιδείξει τις δεξιότητες που απαιτούνται, προκειμένου οι μητέρες που θηλάζουν και εκείνες που δεν θηλάζουν να βοηθηθούν, για να σιτίσουν επιτυχώς τα βρέφη τους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. Το προσωπικό ή οι σύμβουλοι που έχουν ειδικευτεί στην εκπαίδευση του θηλασμού και της διαχείρισης της γαλουχίας είναι διαθέσιμοι όλες τις ώρες, για να συμβουλευθούν τις μητέρες κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και στην	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

προετοιμασία τους για την έξοδό τους από αυτό;		
5.4. Το προσωπικό παρέχει συμβουλές για άλλες μεθόδους σίτισης και για τη φροντίδα του στήθους στις μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και έχουν αποφασίσει να μην τα θηλάσουν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. Οι μητέρες μπορούν να δείξουν ποια είναι η σωστή στάση και η σύλληψη του μαστού από τα βρέφη τους, προκειμένου να θηλάσουν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6. Οι μητέρες έχουν δει πώς να αντλούν γάλα με το χέρι ή έχουν πληροφορηθεί σχετικά με την άντληση και πού μπορούν να ζητήσουν βοήθεια, αν την χρειαστούν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7. Οι μητέρες που δεν θηλάσαν ποτέ ή που έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν προβλήματα με τον θηλασμό, δέχτηκαν ειδική προσοχή και υποστήριξη από το προσωπικό του νοσοκομείου τόσο στην προγεννητική όσο και στη μετά τη γέννηση περίοδο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8. Στις μητέρες που αποφάσισαν να μην θηλάσουν, έχουν δείξει ατομικά πώς να ετοιμάσουν και να δώσουν στα βρέφη τους τροφή και τους ζητήθηκε να ετοιμάσουν την τροφή μόνες τους, αφού τους είχαν δείξει πώς να το κάνουν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9. Οι μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται και σκοπεύουν να θηλάσουν, έχουν δεχτεί βοήθεια μέσα σε έξι ώρες από τη γέννηση, προκειμένου να εγκαταστήσουν και να διατηρήσουν τη γαλουχία με συχνή άντληση του γάλακτος και έχουν ενημερωθεί πόσο συχνά πρέπει να το κάνουν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6° ΒΗΜΑ: Να χορηγείται στα νεογνά μόνο μητρικό γάλα, εκτός και αν υπάρχει ιατρική ένδειξη.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6.1. Τα στοιχεία του νοσοκομείου δείχνουν πως τουλάχιστον το 75% των τελειόμηνων βρεφών που πήραν εξιτήριο τον τελευταίο χρόνο θηλάσαν αποκλειστικά (ή ταϊστήκαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα) από τη γέννηση μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου ή αν δεν το έκαναν, υπήρχαν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. Τα βρέφη που θηλάζουν δεν δέχονται άλλη τροφή ή υγρά, εκτός κι αν υπάρχουν βάσιμοι ιατρικοί λόγοι ή ήταν απόφαση των μητέρων μετά από επαρκή πληροφόρηση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3. Το νοσηλευτικό ίδρυμα λαμβάνει τα μέτρα τους ώστε να μη γίνεται διανομή ή επίδειξη υλικού που προτείνει υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, διατροφή σε προγραμματισμένα διαστήματα ή άλλες ακατάλληλες πρακτικές;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4. Οι μητέρες που έχουν αποφασίσει να μη θηλάσουν αναφέρουν ότι το προσωπικό συζήτησε μαζί τους τις διάφορες επιλογές σίτισης και τις βοήθησε να αποφασίσουν τι ήταν κατάλληλο για την περίπτωσή τους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5. Το νοσηλευτικό ίδρυμα έχει τον επαρκή χώρο, τον κατάλληλο εξοπλισμό και τις προμήθειες για την επίδειξη προετοιμασίας τεχνητής διατροφής και άλλες επιλογές διατροφής μακριά από τις θηλάζουσες μητέρες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6. Τα κλινικά πρωτόκολλα και τα πρότυπα που αφορούν στο θηλασμό και τη διατροφή του βρέφους συμφωνούν με τις οδηγίες της (ΠΦΒΝ) Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και τις τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

**Βήμα 7<sup>ο</sup>: Πρακτική της παραμονής των βρεφών στο δωμάτιο όλο το 24ωρο. Να επιτρέπεται στις μητέρες και στα βρέφη να παραμένουν μαζί 24 ώρες την ημέρα.**

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

**ΒΗΜΑ 8<sup>ο</sup>: Να ενθαρρύνονται οι μητέρες για θηλασμό, ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8.1. Οι μητέρες διδάχτηκαν να αναγνωρίζουν τα σημεία πείνας των βρεφών τους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Οι μητέρες ενθαρρύνθηκαν να ταΐζουν τα βρέφη τους όσο συχνά και για όσο χρονικό διάστημα ήθελαν τα βρέφη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. Δόθηκε η συμβουλή στις θηλάζουσες μητέρες πως, εάν τα βρέφη τους κοιμούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να τα ξυπνούν και να προσπαθούν να τα θηλάζουν και, αν νιώσουν το στήθος τους πλήρες, πρέπει επίσης, να προσπαθήσουν να τα θηλάσουν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Βήμα 9<sup>ο</sup>: Να μη δίνονται τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα βρέφη που θηλάζουν.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9.1. Τα μωρά που περιθάλπονται, ταΐζονται με βρεφικές φιάλες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2. Έχουν ενημερωθεί οι μητέρες από το προσωπικό για τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χορήγηση γάλακτος ή άλλων υγρών με βρεφικές φιάλες και θηλές;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3. Τα μωρά περιθάλπονται, χωρίς τη χρήση πιπίλας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Βήμα 10: Να προωθείται η ίδρυση υποστηρικτικών ομάδων θηλασμού και να ενημερώνονται οι μητέρες, όταν φεύγουν από το νοσοκομείο ή την κλινική.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.1. Το προσωπικό συζητά με τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο πώς θα ταΐζουν τα βρέφη τους, αφού γυρίσουν σπίτι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2. Το νοσοκομείο διαθέτει σύστημα υποστήριξης των μητέρων, αφού φύγουν από το νοσοκομείο όπως εξωτερικό ιατρείο που περιλαμβάνει έλεγχο γαλουχίας, επισκέψεις στο σπίτι ή τηλεφωνικές κλήσεις;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1. Οι υπηρεσίες υγείας προωθούν την ίδρυση ή συνεργάζονται με υποστηρικτικές ομάδες μητέρων και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχουν υποστήριξη στις μητέρες σχετικά με τη σίτιση των βρεφών τους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2. Οι μητέρες μπορούν να ζητήσουν βοήθεια σχετικά με τη σίτιση στις υπηρεσίες υποστήριξης θηλασμού του νοσηλευτικού ιδρύματος και στις υποστηρικτικές ομάδες μητέρων; Μπορούν να αναζητήσουν εκπαιδευμένους συμβούλους και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες όπως πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη ή κέντρα υγείας μητέρας-παιδιού, εάν είναι διαθέσιμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3. Υπάρχει έντυπο υλικό για τις μητέρες που πρόκειται να πάρουν εξιτήριο για το πού μπορούν να δεχτούν υποστήριξη, όταν είναι σκόπιμο και εφικτό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4. Οι μητέρες ενθαρρύνονται να επισκεφθούν επισκέπτη υγείας ή κάποιον σύμβουλο γαλουχίας στην κοινότητα σύντομα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (κατά προτίμηση 2-4 ημέρες μετά τη γέννηση και ξανά τη δεύτερη εβδομάδα) που μπορεί να αξιολογήσει τη σίτιση των βρεφών και να τα υποστηρίξει, όταν κριθεί αναγκαίο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5. Το νοσηλευτικό ίδρυμα επιτρέπει τις συζητήσεις σχετικά με το θηλασμό και τη σίτιση των βρεφών με συμβούλους εκπαιδευμένων υποστηρικτικών ομάδων για μητέρες στα μαιευτικά του τμήματα ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
<b>Κώδικας 1.</b> Το νοσηλευτικό ίδρυμα αρνείται τη δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμήθεια υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και τα αγοράζει με τη χονδρική τιμή ή περισσότερο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Κώδικας 2.</b> Η προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, βρεφικών φιαλών, τεχνητών θηλών ή πιπιλών είναι ανύπαρκτη στο χώρο του νοσοκομείου, ενώ δεν προωθείται διαφημιστικό υλικό στις έγκυες γυναίκες και στις μητέρες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Κώδικας 3.</b> Απαγορεύεται για τους υπαλλήλους βιομηχανιών ή τους διανομείς υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, βρεφικών φιαλών, τεχνητών θηλών και πιπιλών να έρχονται σε επαφή με τις έγκυες γυναίκες ή τις μητέρες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Κώδικας 4.</b> Το νοσοκομείο αρνείται δώρα, μη επιστημονική βιβλιογραφία, υλικό ή εξοπλισμό, χρήματα ή υποστήριξη για εκπαιδευτικά προγράμματα ή για εκδηλώσεις από τους κατασκευαστές ή τους διανομείς των προϊόντων που εμπίπτουν στους κανονισμούς του Κώδικα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Κώδικας 5.</b> Όλα τα σκευάσματα τεχνητής διατροφής νεογνών και οι έτοιμες φιάλες φυλάγονται μακριά από την κοινή θέα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Κώδικας 6.</b> Το νοσοκομείο αποφεύγει να δίνει στις έγκυες γυναίκες, στις μητέρες και τις οικογένειές τους διαφημιστικό υλικό, δείγματα ή πακέτα δώρων που περιέχουν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, βρεφικές φιάλες, θηλές, πιπίλες ή άλλο εξοπλισμό ή κουπόνια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Κώδικας 7.</b> Το προσωπικό αντιλαμβάνεται γιατί είναι σημαντικό να μην δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Γ: Κοινωνικο-επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Βάλτε ✓ στο κατάλληλο που σας αντιπροσωπεύει

### 1. Προσόντα/ Εκπαίδευση

Νοσηλεύτης/τρια Γενικής Νοσηλευτικής

Νοσηλεύτης/τρια Μαία/Μαιευτής

Μαία/Μαιευτής

Κάτοχος: Διπλώματος

Πτυχίου

Μεταπτυχιακού

Άλλο

### 2. Φύλο

Άρρεν

Θήλυ

### 3. Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας

(Δηλώστε στα κουτάκια το διάστημα υπηρεσίας σας σε μαιευτικές μονάδες σε χρόνια και μήνες π.χ. χρόνια  0  ες  11

Χρόνια

Μήνες

### 4. Προσωπική Εμπειρία Μητρικού Θηλασμού (Σε περίπτωση άντρα νοσηλεύτη, ισχύει για τη γυναίκα/σύντροφο του)

(α) Έχετε παιδιά; Όχι

Ναι

(β) Αν έχετε παιδιά, θηλάσατε; Όχι

Ναι

(γ) Αν ναι, για πόσο καιρό;

< 1 μήνα

1-3 μήνες

3-6 μήνες

6-12 μήνες

>12 μήνες

(δ) Αν Όχι, γιατί;

.....  
.....

**5. Συνεχής Επαγγελματική Εκπαίδευση Τους Τελευταίους 12 Μήνες**

**A.**

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

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

OXI

ΝΑΙ

Αν η απάντηση σας είναι Όχι παρακαλώ δηλώστε το λόγο

.....  
.....

**Γ. Καταγράψετε Ό,τι Άλλο Παρακολουθήσατε/Αποκτήσατε Και Αφορά Την Επαγγελματική σας Εκπαίδευση σε Σχέση με τον Θηλασμό**

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

6. Σημειώστε με √ στο κατάλληλο που σας αντιπροσωπεύει

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

7. Σημειώστε με √ στο κατάλληλο που σας αντιπροσωπεύει

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

Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας

## **QUESTIONNAIRE A: Breastfeeding Questionnaire**

For each statement below, please indicate how much you agree or disagree by circling the number that most closely corresponds to your opinion.

<b>PART A</b>		<b>Strongly Disagree</b>	<b>Disagree</b>	<b>Either agree or Disagree</b>	<b>Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>
1	Health professionals should actively encourage all mothers in their practices to try breastfeeding	1	2	3	4	5
2	Formula feeding is good way of letting fathers care for the baby	1	2	3	4	5
3	Breast milk is the ideal food for babies	1	2	3	4	5
4	A mother who occasionally drinks alcohol should not breastfeed her baby	1	2	3	4	5
5	Mothers intending to breastfeed should expect sore nipples as a normal part of breastfeeding	1	2	3	4	5
6	Health professionals have little influence on a woman's decision to continue breastfeeding	1	2	3	4	5
7	A breastfed baby is likely to have fewer infections than a formula fed baby	1	2	3	4	5
8	Formula fed babies are more likely to be overfed than breastfed babies	1	2	3	4	5
9	Breastfeeding is beneficial to a mother's health	1	2	3	4	5
10	Breast milk alone can satisfy most babies for approximately the first six months	1	2	3	4	5
11	Formula milk is more easily digested than breast milk	1	2	3	4	5
12	Breastfeeding provides health benefits for infants that cannot be provided by formula	1	2	3	4	5

13	Fathers feel left out if a mother breastfeeds	1	2	3	4	5
<b>PART B</b>		<b>Strongly Disagree</b>	<b>Disagree</b>	<b>Either agree or Disagree</b>	<b>Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>
1	A woman who is fully breastfeeding is less likely to become pregnant three months after delivery than a woman who is formula feeding	1	2	3	4	5
2	Supplemental feeding is detrimental to the establishment of a good milk supply	1	2	3	4	5
3	It is usually advisable for babies to receive a formula feed before the first breastfeed	1	2	3	4	5
4	Frequent breastfeeding in the early newborn period can help reduce jaundice	1	2	3	4	5
5	Growth patterns of breastfed infants differ from those of formula fed infants	1	2	3	4	5
6	If a breastfed infant has not regained his birth weight by two weeks of age, the mother should be encouraged to begin supplementing with formula	1	2	3	4	5
7	A mother of an infant who feels she has insufficient milk should “top up” with a bottle after each feed	1	2	3	4	5

short version (Ingram, 2006)

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

**QUESTIONNAIRE B: Self-Appraisal of compliance of obstetric units practices in the implementation of the "Ten Steps» - WHO/UNICEF**

**STEP 1. Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.**

	YES	NO
1.1 Does the health facility have a written breastfeeding/infant feeding policy that addresses all 10 Steps to Successful Breastfeeding in maternity services and support for HIV-positive mothers?		
1.2 Does the policy protect breastfeeding by prohibiting all promotion of breast milk substitutes, feeding bottles, and teats?		
1.3 Does the policy prohibit distribution of gift packs with commercial samples and supplies or promotional materials for these products to pregnant women and mothers?		
1.4 Is the breastfeeding/infant feeding policy available so all staff who take care of mothers and babies can refer to it?		
1.5 Is a summary of the breastfeeding/infant feeding policy, including issues related to the 10 Steps, The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and subsequent WHA resolutions, and support for HIV-positive mothers posted or displayed in all areas of the health facility which serve mothers, infants and/or children?		
1.6 Is the summary of the policy posted in language(s) and written with wording most commonly understood by mothers and staff?		
1.7 Is there a mechanism for evaluating the effectiveness of the policy?		
1.8 Are all policies or protocols related to breastfeeding and infant feeding in line with current evidence-based standards?		

**STEP 2. Train all health care staff in skills necessary to implement the policy.**

	YES	NO
2.1 Are all staff members caring for pregnant women, mothers, and infants oriented to the breastfeeding/infant feeding policy of the hospital when they start work?		
2.2 Are staff members who care for pregnant women, mothers and babies both aware of the importance of breastfeeding and acquainted with the facility's policy and services to protect, promote, and support breastfeeding?		
2.3 Do staff members caring for pregnant women, mothers and infants (or all staff members, if they are often rotated into positions with these responsibilities) receive training on breastfeeding promotion and support within six months of commencing work, unless they have received sufficient training elsewhere?		
2.4 Does the training cover all Ten Steps to Successful Breastfeeding and The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes?		
2.5 Is training for clinical staff at least 20 hours in total, including a minimum of 3 hours of supervised clinical experience?		
2.6 Is training for non-clinical staff sufficient, given their roles, to provide them with the skills and knowledge needed to support mothers in successfully feeding their infants?		

2.7 Is training also provided either for all or designated staff caring for women and infants on feeding infants who are not breastfed and supporting mothers who have made this choice?		
2.8 Are clinical staff members who care for pregnant women, mothers, and infants able to answer simple questions on breastfeeding promotion and support and care for non-breastfeeding mothers?		
2.9 Are non-clinical staff such as care attendants, social workers, and clerical, housekeeping and catering staff able to answer simple questions about breastfeeding and how to provide support for mothers on feeding their babies?		
2.10 Has the healthcare facility arranged for specialized training in lactation management of specific staff members?		

**STEP 3. Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.**

	YES	NO
3.1 Does the hospital include an antenatal clinic or satellite antenatal clinics or in-patient antenatal wards? *		
3.2 If yes, are the pregnant women who receive antenatal services informed about the importance and management of breastfeeding?		
3.3 Do antenatal records indicate whether breastfeeding has been discussed with pregnant women?		
3.4 Does antenatal education, including both that provided orally and in written form, cover key topics related to the importance and management of breastfeeding?		
3.5. Are pregnant women protected from oral or written promotion of and group instruction for artificial feeding?		
3.6. Are the pregnant women who receive antenatal services able to describe the risks of giving supplements while breastfeeding in the first six months?		
3.7 Are the pregnant women who receive antenatal services able to describe the importance of early skin-to-skin contact between mothers and babies and rooming-in?		
3.8 Is a mother's antenatal record available at the time of delivery?		

**STEP 4. Help mothers initiate breastfeeding within a half-hour of birth.**

**This Step is now interpreted as:**

**Place babies in skin-to-skin contact with their mothers immediately following birth for at least an hour. Encourage mothers to recognize when their babies are ready to breastfeed and offer help if needed.**

	YES	NO
4.1 Are babies who have been delivered vaginally or by caesarean section without general anaesthesia placed in skin-to-skin contact with their mothers immediately after birth and their mothers encouraged to continue this contact for an hour or more?		
4.2 Are babies who have been delivered by caesarean section with general anaesthesia placed in skin-to-skin contact with their mothers as soon as the mothers are responsive and alert, and the same procedures followed?		

4.3 Are all mothers helped, during this time, to recognize the signs that their babies are ready to breastfeed and offered help, if needed?		
4.4 Are the mothers with babies in special care encouraged to hold their babies, with skin-to-skin contact, unless there is a justifiable reason not to do so?		

**STEP 5. Show mothers how to breastfeed and how to maintain lactation, even if they should be separated from their infants.**

	YES	NO
5.1 Does staff offer all breastfeeding mothers further assistance with breastfeeding their babies within six hours of delivery?		
5.2 Can staff describe the types of information and demonstrate the skills they provide both to mothers who are breastfeeding and those who are not, to assist them in successfully feeding their babies?		
5.3 Are staff members or counsellors who have specialized training in breastfeeding and lactation management available full-time to advise mothers during their stay in healthcare facilities and in preparation for discharge?		
5.4 Does the staff offer advice on other feeding options and breast care to mothers with babies in special care who have decided not to breastfeed?		
5.5 Are breastfeeding mothers able to demonstrate how to correctly position and attach their babies for breastfeeding?		
5.6 Are breastfeeding mothers shown how to hand express their milk or given information on expression and advised of where they can get help, should they need it?		
5.7 Do mothers who have never breastfed or who have previously encountered problems with breastfeeding receive special attention and support from the staff of the healthcare facility, both in the antenatal and postpartum periods?		
5.8 Are mothers who have decided not to breastfeed shown individually how to prepare and give their babies feeds and asked to prepare feeds themselves, after being shown how?		
5.9 Are mothers with babies in special care who are planning to breastfeed helped within 6 hours of birth to establish and maintain lactation by frequent expression of milk and told how often they should do this?		

**STEP 6. Give newborn infants no food or drink other than breast milk, unless medically indicated.**

	YES	NO
6.1 Does hospital data indicate that at least 75% of the full-term babies discharged in the last year have been exclusively breastfed (or exclusively fed expressed breast milk) from birth to discharge or, if not, that there were acceptable medical reasons?		
6.2 Are babies breastfed, receiving no food or drink other than breast milk, unless there were acceptable medical reasons or fully informed choices?		
6.3 Does the facility take care not to display or distribute any materials that recommend feeding breast-milk substitutes, scheduled feeds, or other inappropriate practices?		
6.4 Do mothers who have decided not to breastfeed report that the staff discussed with them the various feeding options, and helped them to decide what was suitable in their situations?		

6.5 Does the facility have adequate space and the necessary equipment and supplies for giving demonstrations of how to prepare formula and other feeding options away from breastfeeding mothers?		
6.6 Are all clinical protocols or standards related to breastfeeding and infant feeding in line with BFHI standards and evidence-based guidelines?		

**STEP 7. Practice rooming-in - allow mothers and infants to remain together – 24 hours a day.**

	YES	NO
7.1 Do the mother and baby stay together and/or start rooming-in immediately after birth?		
7.2 Do mothers who have had Caesarean sections or other procedures with general anaesthesia stay together with their babies and/or start rooming in as soon as they are able to respond to their babies' needs?		
7.3 Do mothers and infants remain together (rooming-in or bedding-in) 24 hours a day, unless separation is fully justified?		

**STEP 8. Encourage breastfeeding on demand.**

	YES	NO
8.1 Are breastfeeding mothers taught how to recognize the cues that indicate when their babies are hungry?		
8.2 Are breastfeeding mothers encouraged to feed their babies as often and for as long as the babies want?		
8.3 Are breastfeeding mothers advised that if their breasts become overfull they should also try to breastfeed?		

**STEP 9. Give no artificial teats or pacifiers (also called dummies or soothers) to breastfeeding infants.**

	YES	NO
9.1 Are breastfeeding babies being cared for without any bottle feeds?		
9.2 Have mothers been given information by the staff about the risks associated with feeding milk or other liquids with bottles and teats?		
9.3 Are breastfeeding babies being cared for without using pacifiers?		

**STEP 10. Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic.**

	YES	NO
10.1 Do staff discuss plans with mothers who are close to discharge for how they will feed their babies after return home?		
10.2 Does the hospital have a system of follow-up support for mothers after they are discharged, such as early postnatal or lactation clinic check-ups, home visits, telephone calls?		
10.3 Does the facility foster the establishment of and/or coordinate with mother support groups and other community services that provide support to mothers on feeding their babies?		
10.4 Are mothers referred for help with feeding to the facility's system of follow-up support and to mother support groups, peer counsellors, and other community health services such as primary health care or MCH centres, if these		

are available?		
10.5 Is printed material made available to mothers before discharge, if appropriate and feasible, on where to get follow-up support?		
10.6 Are mothers encouraged to see a health care worker or skilled breastfeeding support person in the community soon after discharge (preferably 2-4 days after birth and again the second week) who can assess how they are doing in feeding their babies and give any support needed?		
10.7 Does the facility allow breastfeeding/infant feeding counselling by trained mother-support group counsellors in its maternity services?		

**Compliance with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes**

	YES	NO
Code.1 Does the healthcare facility refuse free or low-cost supplies of breast-milk substitutes, purchasing them for the wholesale price or more?		
Code.2 Is all promotion for breast-milk substitutes, bottles, teats, or pacifiers absent from the facility, with no materials displayed or distributed to pregnant women or mothers?		
Code.3 Are employees of manufacturers or distributors of breast-milk substitutes, bottles, teats, or pacifiers prohibited from any contact with pregnant women or mothers?		
Code.4 Does the hospital refuse free gifts, non-scientific literature, materials or equipment, money or support for in-service education or events from manufacturers or distributors of products within the scope of the Code?		
Code.5 Does the hospital keep infant formula cans and pre-prepared bottles of formula out of view unless in use?		
Code 6 Does the hospital refrain from giving pregnant women, mothers and their families any marketing materials, samples or gift packs that include breast-milk substitutes, bottles/teats, pacifiers or other equipment or coupons?		
Code.7 Do staff members understand why it is important not to give any free samples or promotional materials from formula companies to mothers?		

### QUESTIONNAIRE C: Professional-Social Characteristics

Please tick  where appropriate

#### 1. Qualifications/ Education

General Nurse Practitioner	<input type="checkbox"/>
Midwife Nurse Practitioner	<input type="checkbox"/>
Midwife	<input type="checkbox"/>
Degree: Diploma	<input type="checkbox"/>
BSc	<input type="checkbox"/>
MSc	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>

#### 2. Gender

Male  Female

#### 3. Years Of Experience (write in the boxes the years of experience in midwifery department in years and months e.g Years Months

Years  Months

#### 4. Personal experience of breastfeeding (in case of male nurse it applies to wife/partner)

(a) Do you have children? NO

YES

(β) If yes, did you breastfeed? NO

YES

(c) Duration of Breastfeeding: < 1 month

1-3months

3-6 months

6-12 months

>12 months

(d) If no, state the reason(s):

.....  
 .....

**5. Commitment To Continuing Professional Development (The Last 12 Months)**

**A.**

- I. Update on developments in my field (obstetrics/breastfeeding) through the study of relevant scientific articles
- II. Participation in seminars on breastfeeding topics
- III. Participation in conferences on breastfeeding topics

**B. Accreditation with the IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) the LAST 5 years**

YES  NO

If your answer is 'NO', please state the reason

.....  
 .....

**C. State Any Other Than The Above Concerning Your Continuing Professional Development About Breastfeeding**

.....  
 .....

**6. Please tick  where appropriate**

<input checked="" type="checkbox"/>	Very Inefficient 1	Inefficient 2	Moderate 3	Efficient 4	Very Efficient 5
<b>How do you consider your education and training in connection with breastfeeding, in meeting the daily needs in your department/work?</b>					

7. Please tick  where appropriate

	Not at all 1	To little extent 2	To some extent 3	To a moderate extent 4	To a large extent 5
Do you think you would need to know more?					

Thank you for your participation