



# Τελική Έκθεση Αποτελεσμάτων:

---

## Ερευνητικό Πρόγραμμα

### **BrEaST start in life:**

*Addressing social inequalities and supporting breastfeeding through inclusion activities*





## **Σύνοψη (σε μη τεχνική ορολογία)**

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχε διαδοχικό δείγμα 586 μητέρων ηλικίας 18 ετών και άνω οι οποίες έφεραν στον κόσμο ένα τελειόμηνο υγιές νεογνό σε κάποιο από τα μαιευτήρια του Δημόσιου τομέα ή σε 29 (από 35) ιδιωτικά μαιευτήρια της Κύπρου, όπως επίσης και 234 μαιευτικές-νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε αυτά τα μαιευτήρια για τουλάχιστον 6 μήνες. Κατόπιν, υπήρξε τηλεφωνική επικοινωνία με τις μητέρες κατά τον 1<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα της ζωής του παιδιού, οπότε οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν μεταξύ άλλων για τις πρακτικές σίτισης του βρέφους και την αυτοπεποίθησή τους για θηλασμό. Δύο στις τρεις γεννήσεις προέρχονταν από τον ιδιωτικό τομέα, κάτι που είναι σε συμφωνία με επίσημα στατιστικά στοιχεία, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ των μητέρων διέφερε σημαντικά μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Για παράδειγμα, ενώ το 60% των μητέρων στα ιδιωτικά μαιευτήρια ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το αντίστοιχο ποσοστό στο δημόσιο δεν ξεπερνούσε το 40%. Στα δημόσια μαιευτήρια, 1 στις 3 μητέρες ήταν μη κυπριακής καταγωγής ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον ιδιωτικό τομέα ήταν μόλις 16%. Σημαντική διαφορά μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών μαιευτηρίων υπήρχε και ως προς το ποσοστό καισαρικών τομών, το οποίο όμως κρίνεται γενικότερα ως ιδιαίτερα υψηλό, αφού υπερβαίνει το 50%.

Με βάση τα αποτελέσματα, για κάθε 10 νέες μητέρες, 2 δεν θήλασαν καθόλου ενόσω ακόμα στο μαιευτήριο, ενώ από τις υπόλοιπες μόνο 2 θήλασαν αποκλειστικά. Υψηλότερα ποσοστά μητρικού θηλασμού κατά τις 48 ώρες παρατηρήθηκαν σε Λευκωσία, Λεμεσό και Αμμόχωστο (>85%), αν και σε καμία επαρχία το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού δεν ξεπερνούσε το 30%, και ήταν μόνο ελαφρώς υψηλότερο στα μαιευτήρια του δημόσιου τομέα. Συγκριτικά, η Λάρνακα και η Πάφος εμφανίζονται σε χαμηλότερη θέση αφού το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού στις 48 ώρες δεν ξεπερνούσε το 7%, ενώ μέχρι και 30% των μητέρων δεν θήλασαν καθόλου. Το ποσοστό θηλασμού καταγράφει σημαντική μείωση μεταξύ του 1<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> μήνα της ζωής του παιδιού γύρω στο 43% (από >70%) ενώ μέχρι το 6<sup>ο</sup> μήνα μόνο 1 στις 3 συνεχίζουν να θηλάζουν. Το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού δεν υπερβαίνει το 13% και 6% κατά τον τέταρτο και έκτο μήνα της ζωής του παιδιού αντίστοιχα. Για όσες ήταν το πρώτο τους παιδί, αλλά και για όσες γέννησαν με καισαρική, τα ποσοστά έναρξης, αποκλειστικότητας και συνέχισης του θηλασμού ήταν ακόμα χαμηλότερα. Παράλληλα, διαφάνηκε μια κοινωνική διαβάθμιση, αφού ήταν πιθανότερο μητέρες σε πιο πλεονεκτική θέση ως προς το εισόδημα ή το επίπεδο εκπαίδευσης να θηλάσουν, να θηλάσουν αποκλειστικά και να θηλάσουν για μεγαλύτερη διάρκεια (τουλάχιστον μέχρι τον 4<sup>ο</sup> μήνα).

Τόσο με βάση τις εμπειρίες των ίδιων των μητέρων όσο και με βάση την αυτοαξιολόγηση του προσωπικού, η εφαρμογή των 10 βημάτων για επιτυχή θηλασμό στα μαιευτήρια της Κύπρου εμφανίζεται αποσπασματική, με κάποιες εξαιρέσεις ως προς συγκεκριμένες πτυχές. Για παράδειγμα, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (>80%) δήλωσε ότι κράτησαν το μωρό τους εντός μίας ώρας από τον τοκετό και ότι το προσωπικό τους παρείχε βοήθεια στη τοποθέτηση του βρέφους (όχι όμως και σε σχέση με άλλα θέματα διαχείρισης του θηλασμού), και ότι πώς δεν χορηγήθηκαν ενώσω στη κλινική φυλλάδια ή τρόφιμα που να

προωθούν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, τα υπόλοιπα «βήματα» δεν φαίνεται να τυγχάνουν συστηματικής εφαρμογής. Για παράδειγμα, λιγότερες από τις μισές μητέρες δηλώνουν ότι τους δόθηκαν οι σχετικές συμβουλές ως προς την διαχείριση του θηλασμού με βάση τη ζήτηση – δηλαδή, *όποτε και για όση ώρα χρειάζεται*, ενώ μόνο μια στις τρεις μαμάδες δηλώνουν ότι είχαν ενημέρωση για τα οφέλη και τη διαχείριση του θηλασμού κατά την προγεννητική περίοδο. Ακόμα, χαμηλότερο είναι το ποσοστό των μητέρων οι οποίες δηλώνουν ότι είχαν εμπειρία των υπόλοιπων βημάτων (π.χ. συγκατοίκηση μητέρας-παιδιού). Ενώ γενικότερα δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ δημόσιου ιδιωτικού τομέα, εξαίρεση αποτελούν η συγκατοίκηση μητέρες-παιδιού (rooming-in) και η αποφυγή πιπίλων και τεχνητών θηλών, καλές πρακτικές οι οποίες φαίνεται να εφαρμόζονται πιο συχνά στα μαιευτήρια του δημόσιου τομέα. Με βάση την αυτοαξιολόγηση του προσωπικού, υψηλότερος βαθμός συμμόρφωσης καταγράφεται και πάλι σε θέματα ενημέρωσης και παροχής βοήθειας, ενώ η σημασία της δερματικής επαφής, της χορήγησης συμπληρωμάτων, της αποφυγής πιπίλων και σίτισης με φιάλες είναι ζητήματα τα οποία τυγχάνουν λιγότερης προσοχής. Είναι ενδεικτικό ότι τα χαμηλότερα ποσοστά εφαρμογής συγκεντρώνουν θέματα πολιτικής των μαιευτηρίων (βήμα 1) αλλά και εκπαίδευσης του προσωπικού (βήμα 2), τα οποία θεωρούνται προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή όλων των υπόλοιπων βημάτων.

Η αυτοπεποίθηση των μητέρων για θηλασμό δεν ήταν σε υψηλά επίπεδα, ειδικότερα σε όσες το παιδί ήταν το πρώτο τους. Οι μητέρες που συνεχίζουν να θηλάζουν τον 4<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα ήταν όσες είχαν υψηλότερη αυτοπεποίθηση από τις πρώτες κιόλας 48 ώρες και αναλογικά μεγαλύτερη αύξηση στην αυτοπεποίθηση μέχρι τον πρώτο μήνα, κάτι το οποίο αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης και ορθής ενημέρωσης των μητέρων, τη σημασία της εφαρμογής καλών πρακτικών από το μαιευτήριο, αλλά και της στήριξης μετά το εξιτήριο. Χαρακτηριστικό όμως είναι το γεγονός ότι μόνο 1 στις 4 συμμετέχουσες στη μελέτη δήλωσαν ότι τους δόθηκαν συμβουλές σε σχέση με την αναζήτηση βοήθειας μετά το εξιτήριο, κάτι που όμως δεν ξαφνιάζει λόγω έλλειψης πολιτικών, δομών ή/και δράσεων στήριξης του θηλασμού στην κοινότητα, ενώ παράλληλα, οι μητέρες δεν αξιολογούν ευνοϊκά το εργασιακό περιβάλλον ως προς τον θηλασμό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφέρει ότι όλες οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν **καλή πληροφόρηση, υποστήριξη της οικογένειας, των υπηρεσιών υγείας και της κοινότητας** γενικότερα. Να σημειωθεί ότι ο Π.Ο.Υ συστήνει αποκλειστικό θηλασμό χωρίς οποιαδήποτε συμπληρώματα, συμπεριλαμβανομένων άλλων υγρών και τροφών, για τους πρώτους 6 μήνες και συνέχιση του μέχρι τους 24 μήνες. Το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα μας γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτό αν αναλογιστούμε ότι ο Π.Ο.Υ. θέτει ως στόχο μέχρι το 2025 το ποσοστό των παιδιών που θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες να είναι τουλάχιστον 50%. Στην Κύπρο, το ποσοστό των μητέρων που θηλάζαν μετά το εξιτήριο, έστω και αν όχι αποκλειστικά, καταγράφει απότομη μείωση πριν τον τέταρτο μήνα της ζωής του παιδιού. Πιο ανησυχητικό, είναι το γεγονός ότι το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού στην Κύπρο εμφανίζεται ιδιαίτερα χαμηλό από τις πρώτες κιόλας 48 ώρες.

## Executive non-technical summary

The study results are based on a consecutive sample of 568 mothers who gave birth during the study period to a healthy full-term baby in maternity wards in all public hospitals and 29 (of 35) private clinics in Cyprus, as well as on a sample of 234 midwives-nursed employed in these clinics for at least six months prior to the study. Mothers were follow-up on the 1<sup>st</sup>, 4<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> month after birth and were telephone-interviewed with regards to their infant feeding practices and their self-efficacy for breastfeeding among other things. The ratio of births from the private and public sector was 2:1, which is consistent with official published data. There appeared to be a sharp difference in terms of the socio-economic profile of mothers between the public and private sectors. For instance, while 60% of mothers in the private sector were tertiary education graduates, this figure did not exceed 40% in the public sector. Furthermore, in the public sector, 1 in 3 women were of non-Cypriot nationality while in the private sector the respective figure was only 16%. A significant difference between the public and private sector was also observed in terms of the rate of caesarian sections (C/S), which nevertheless was particularly high and exceeded 50% overall.

Based on the findings, for every 10 mothers in the sample, 2 did not breastfeed at all even at 48 hours after birth, while among the rest who did breastfeed, only 2 breastfed exclusively. The proportion of mothers breastfeeding at 48 hours appeared higher in Nicosia, Limassol and Famagusta (>85%), even though the prevalence of exclusive breastfeeding did not exceed 30% in any of the districts, and was only slightly higher among mothers who gave birth in the public sector. By comparison, Larnaca and Paphos ranked lower in terms of breastfeeding at 48 hours, since less than 7% of mothers in breastfed exclusively and as many as 30% did not breastfeed at all. In the long term, the proportion of mothers who breastfeed displays a sharp drop after the first and before the fourth month after birth from around 70% to 43%. By the 6<sup>th</sup> month, only one in three mothers were still breastfeeding. The proportion of mothers who breastfeed exclusively does not exceed 13% and 6% at the 4<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> month of the child's life respectively. For primiparas (first child) and those who gave birth by C/S, the rates appeared even lower in terms of initiation, exclusivity and duration of breastfeeding. In addition, there was evidence of a social gradient since mothers of higher social position in terms of income or level of education were more likely to breastfeeding, to breastfeed exclusively and to breastfeed longer (at least until the 4<sup>th</sup> month).

Based on mothers' reported experience, as well as the self-evaluation of the health professionals, adherence to the "10 steps" for successful breastfeeding appeared fragmented across Cypriot maternity clinics, with some exceptions in terms of specific aspects. For instance, while a large percentage of mothers (>80%) reported that they held their baby within one hour after birth, that the staff offered practical assistance with breastfeeding (at least in terms of positioning and attaching, but not necessarily with regards to other issues around maintaining breastfeeding i.e. expressing milk by hand), and that they were not given any leaflets or supplies that promote milk substitutes while at the clinic, implementation of the rest of the "steps"

did not appear to be systematic. For example, fewer than half of the participating mothers reported that they were given advice on managing breastfeeding on demand - that is, whenever and for as long as necessary, while only one in three said they were informed about the benefits and management of breastfeeding during the prenatal period. The proportion of mothers who reported experiencing any of the other steps (e.g. rooming-in) was much lower. While in general there didn't appear to be any significant differences between the public and private sector, rooming-in and avoiding pacifiers and artificial nipples were more often practiced across public sector maternity wards. A similar picture in terms of the implementation of the 10 steps emerged based on the responses of midwife/nursing staff. In fact the results were largely consistent with the responses of the mothers themselves since a higher degree of implementation was observed with regards to providing information and technical assistance with breastfeeding, while in contrast, the importance of skin-to-skin contact, avoidance of breast milk substitutes, use of dummies and bottles did not appear to be given due attention. It is highly indicative that step 1: « breastfeeding policy» and step 2 «staff training», which can be considered as a prerequisite for the successful implementation of the rest of the steps, were given the lowest ratings by staff.

Breastfeeding self-efficacy was relatively low, particularly among first-time mothers. Mothers with higher levels of confidence with regards to breastfeeding from the initial 48 hours, as well as those with the highest boost in confidence during the first month, were more likely to still breastfeed at the 4th and 6th month, a finding which further highlights the importance of education in the prenatal period, correct advice, assistance and the implementation of best practices while at the clinic, as well as support after discharge. However, only 1 in 4 study participants indicated that they were given advice with regards to seeking help after discharge, which nevertheless is not surprising given the lack of policies, structures and / or breastfeeding support actions in the community. Furthermore, mothers did not rate the working environment favorably as being supportive for breastfeeding.

The World Health Organization (WHO) states that “virtually all mothers can breastfeed provided they have **accurate information**, and the **support of family, the health care system and society at large**”. The WHO recommends exclusive breastfeeding (i.e. only breast milk without any supplements, liquids or solids), for the first 6 months and continued breastfeeding along with complimentary foods up to 24 years of age or beyond. The magnitude of the problem becomes particularly apparent when we consider that the WHO sets a target for the proportion of children who breastfeed exclusively for 6 months to increase to 50% by 2025. In Cyprus, the percentage of mothers who breastfeed after discharge, even if not exclusively, records a sharp decline before the fourth month of the child's life, while the extremely low exclusive breastfeeding rate even at 48 hours is particularly alarming.

## Σύνοψη εισηγήσεων-προτάσεων

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προώθηση της Εθνικής Πολιτικής για Μητρικό Θηλασμό: θεσμοθέτηση των 10 βημάτων και του Κώδικα ως «ελάχιστο πρότυπο καλής πρακτικής»</li> <li>• Παρότρυνση, κίνητρα, βοήθεια για ανάπτυξη πολιτικής μητρικού θηλασμού σε επίπεδο μαιευτηρίων (γραπτή, να κοινοποιείται σε συστηματική βάση σε όλο το προσωπικό που έρχεται σε επαφή με την θηλάζουσα μητέρα, διαθέσιμη σε μορφή περίληψης στους πελάτες)</li> <li>• Ανάπτυξη μηχανισμού αξιολόγησης των πρακτικών των μαιευτηρίων (τουλάχιστον άμεσα για το δημόσιο τομέα)</li> <li>• Παρότρυνση και παροχή κινήτρων για την πιστοποίηση των μαιευτηρίων ως Νοσοκομεία «Φιλικά προς το βρέφος».</li> <li>• Πιστοποίηση ενός τουλάχιστον μαιευτηρίου του δημόσιου τομέα ως μαιευτήριο αναφοράς.</li> <li>• Αναδιοργάνωση των δομών και των υπηρεσιών, ειδικότερα για τη παροχή φροντίδας και στήριξης στην μεταγεννητική περίοδο (π.χ. Κοινωνική Μαιευτική).</li> <li>• Πιστοποιημένοι Σύμβουλοι Γαλουχίας: Υιοθέτηση κινήτρων.</li> <li>• Συντονισμός δράσεων μεταξύ εμπλεκόμενων φορέων τόσο στο πλαίσιο διοργάνωσης εκπαιδευτικών και επιμορφωτικών δράσεων όσο και σε επίπεδο εναρμόνισης θέσεων, πεποιθήσεων και ενεργούς συνηγορίας υπέρ του θηλασμού.</li> </ul>	<b>Πολιτική, Σχεδιασμός, Διαχείριση, Χρηματοδότηση</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανάπτυξη συστήματος συστηματικής καταγραφής και παρακολούθησης του θηλασμού, όπως επίσης και των πρακτικών των μαιευτηρίων, στο πλαίσιο της αυτοβελτίωσης των πρακτικών όσο και στο πλαίσιο της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας πολιτικών, δράσεων και παρεμβάσεων (π.χ. Μονάδα Παρακολούθησης, δειγματοληπτικές μελέτες με τη συμμετοχή της Στατιστικής Υπηρεσίας)</li> <li>• Καθορισμός συγκεκριμένων, μετρήσιμων και εφικτών στόχων (και σχετικών δεικτών) και οριοθέτηση της χρονικής περιόδου προς υλοποίηση των στόχων και των σταδίων παρακολούθησης της προόδου</li> <li>• Ανάλυση συγκεκριμένων δράσεων και παρεμβάσεων και αξιολόγησης τους ως προς την αποτελεσματικότητα σε τακτά χρονικά διαστήματα και σχετική ανατροφοδότηση για τροποποιήσεις και βελτιώσεις</li> </ul>	<b>Σύστημα καταγραφής &amp; παρακολούθησης</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενίσχυση της έρευνας σε θέματα θηλασμού και δημιουργία/εμπλουτισμός της ερευνητικά τεκμηριωμένης βάσης αναφορικά με τους κοινωνικο-ιστορικό-πολιτισμικούς παράγοντες (εμπόδια και φραγμούς) που ευθύνονται για τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού.</li> <li>• Εις βάθος διερεύνηση αυτών των θεμάτων σε μελέτες με ποιοτική ή/και μεθοδολογία για την κατανόηση των διαφόρων διαστάσεων και πτυχών του προβλήματος αλλά και στην προσπάθεια σχεδιασμού στοχευμένων και πολιτισμικά κατάλληλων παρεμβάσεων.</li> <li>• Καλλιέργεια συνεργειών μεταξύ κυβερνητικών/αρμόδιων φορέων με ακαδημαϊκά ιδρύματα με στόχο την ανάπτυξη της έρευνας</li> <li>• Ανάπτυξη κατάλληλων εσωτερικών μηχανισμών χρηματοδότησης της έρευνας για θέματα θηλασμού ως άξονα προτεραιότητας</li> <li>• Εφαρμογή και αξιολόγηση πολυεπίπεδων σύνθετων παρεμβάσεων, ανατροφοδότηση ως προς την αποτελεσματικότητα, πολιτισμική προσαρμογή, επανασχεδιασμός/ επαναπροσδιορισμός</li> </ul>	<b>Έρευνα</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενίσχυση της εκπαίδευσης: (συν)διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων και ημερίδων με τη συνεργασία φορέων και ακαδημαϊκών ιδρυμάτων, αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δραστηριοτήτων και ανατροφοδότηση</li> <li>• Ένταξη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε θέματα θηλασμού στο πλαίσιο της ευρύτερης πολιτικής των μαιευτηρίων: διασφάλιση της δυνατότητας παρακολούθησης από ΕΥ αλλά ανάπτυξη ευκαιριών για το υπόλοιπο προσωπικό των μαιευτηρίων που έρχεται σε επαφή με τις μητέρες</li> <li>• Να ενταχθεί, ή/και να ενδυναμωθεί όπου υπάρχει, θεματολογία για το θηλασμό και τη διαχείριση του στα προγράμματα σπουδών των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων με κλινικά προγράμματα σπουδών (π.χ. φοιητές νοσηλευτικής, μαιευτικής, ιατρικής),</li> <li>• Αναζήτηση ευκαιριών και προώθηση διεπιστημονικής μάθησης τόσο μεταξύ επαγγελματιών (π.χ. παιδίατροι, γυναικολόγοι, μαιείς, νοσηλεύτες) όσο και στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών των μελλοντικών ΕΥ, με κατάλληλα συγγράμματα βασισμένα στα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα.</li> </ul>	<p><b>Πληροφόρηση, Επιμόρφωση, Εκπαίδευση</b></p> <p><b>Επαγγελματίες Υγείας</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενεργή προώθηση και ενίσχυση της εκπαίδευση προς τις μαμάδες στη προγεννητική περίοδο (π.χ. σειρά σεμιναρίων στα δημόσια ή/και ιδιωτικά νοσηλευτήρια) από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, ειδικούς συμβούλους θηλασμού και θηλάζουσες μητέρες</li> <li>• Οικογενειακο-κεντρικά προγράμματα ενημέρωσης /εκπαίδευσης με συμμετοχή των πατέρων και άλλων μελών της οικογένειας, παροχή ευκαιριών και ανάπτυξη νέων πηγών πληροφοριακής στήριξης (επαγγελματικοί σύνδεσμοι, ehealth, chat groups)</li> <li>• Ανάπτυξη εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών προγραμμάτων με συστηματικό και δομημένο χαρακτήρα (όχι μεμονωμένες συνεδρίες/διαλέξεις), με θεματολογία τόσο για τα οφέλη και τη διαχείριση του θηλασμού, όσο και την ενδυνάμωση της μητέρας και της οικογένειας και ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και μηχανισμούς στήριξης από την οικογένεια στη προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο</li> <li>• Διοργάνωση βιωματικών εργαστηρίων τεχνικών θηλασμού και πληροφοριακής/συναισθηματικής στήριξης στη μεταγεννητική περίοδο</li> <li>• Ανάπτυξη δομών και δράσεων και περαιτέρω δημιουργία ευκαιριών με τη χρήση της τεχνολογίας (π.χ. γραμμή επικοινωνίας, διαδικτυακή πλατφόρμα/φόρουμ) για παροχή έγκαιρης πληροφόρησης τόσο στη προγεννητική όσο και μεταγεννητική περίοδο</li> <li>• Προώθηση δημιουργίας επίσημων αλλά και ανεπίσημων δικτύων στήριξης π.χ. ομάδων υποστήριξης (με άλλες θηλάζουσες μητέρες-peer ή/και εθελοντές-lay) στην Κοινότητα με ή χωρίς τη συμμετοχή Επαγγελματιών Υγείας.</li> <li>• Ανάπτυξη ευρύτερων δράσεων/δραστηριοτήτων στη βάση τεκμηριωμένων ενδείξεων για προστασία και υποστήριξη του θηλασμού στην κοινότητα, πολιτισμική προσαρμογή και αξιολόγηση αποτελεσματικότητας: προγράμματα εκπαίδευσης και στήριξης, ατομική και ομαδική βάση, με επίσημη ή/και ανεπίσημη στήριξη .</li> <li>• Ενίσχυση, αξιοποίηση και προώθηση του έργου των μη κυβερνητικών οργανώσεων στήριξης και συνηγορίας του θηλασμού.</li> </ul>	<p><b>Πληροφόρηση, Επιμόρφωση, Εκπαίδευση</b></p> <p><b>Μητέρες και οικογένειες</b></p>



- Επαναπροσδιορισμός του προβλήματος ως σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας, και επομένως κοινωνικό πρόβλημα
- Υιοθέτηση μιας ολιστικής κοινωνικο-οικολογικής προσέγγισης τόσο στο πλαίσιο της κατανόησης των προσδιοριστικών παραγόντων του θηλασμού όσο και στο πλαίσιο ανάπτυξης δράσεων και παρεμβάσεων σε πολλαπλά επίπεδα παράλληλα, από τη μητέρα και την οικογένεια στο ευρύτερο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον στις ευρύτερες πολιτικές του κράτους.
- Υιοθέτηση στοχευμένων πολιτικών στήριξης και παροχής ίσων ευκαιριών για ευάλωτες ομάδες με δυσμενείς συνθήκες και περιστάσεις σε συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας/ Τμήμα Εργασίας στο πλαίσιο της προσπάθειας σμίκρυνσης της κοινωνικής ανισότητας (π.χ. οικονομική ενίσχυση, κατ' οίκον φροντίδα/στήριξη)
- Εναρμόνιση θέσεων και πεποιθήσεων φορέων, οργανισμών και μελών τους (εντός και εκτός του συστήματος υγείας) για καταπολέμηση της αντιφατική πληροφόρησης, κατακερματισμένης φροντίδας και συγκεχυμένων πολιτικών
- Συντονισμένες δράσεις των άμεσα εμπλεκόμενων φορέων για περαιτέρω ενίσχυση της ορατότητας του θηλασμού και ισχυροποίηση της δημόσιας συνηγορίας για το θηλασμό
- Ανάπτυξη ευρύτερου δικτύου υποστηρικτών από οργανισμούς, συνδέσμους, οργανώσεις πολιτών και άτομα στη δημόσια σφαίρα
- Ανάπτυξη επικοινωνιακής πολιτικής με τη συμμετοχή ατόμων από τη δημόσια σφαίρα σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης και συνηγορίας για το θηλασμό
- Συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών σε δράσεις ενίσχυσης της ορατότητας του θηλασμού π.χ. Εστιατόρια, καφέ, επιχειρήσεις «φιλικά προς το βρέφος».
- Εθνικής εμβέλειας εκστρατείες διαφώτισης και ευαισθητοποίησης με στόχο την ανάδειξη του προβλήματος, επαναπροσδιορισμό αξιών, και εξουδετέρωση αρνητικών προς το θηλασμό στάσεων, αντιλήψεων και πεποιθήσεων
- Συνηγορία εργατικών οργανώσεων προς το θηλασμό και συμμετοχή εργοδοτών για διασφάλιση υποστηρικτικών συνθηκών και ειδικών ρυθμίσεων μετά την επιστροφή στην εργασία
- Εναρμόνιση της εργατικής νομοθεσίας και άλλων πολιτικών του κράτους με την επίτευξη του/των στόχων
- Εκπαιδευτικά σεμινάρια στα σχολεία/ ένταξη του θηλασμού στα αναλυτικά προγράμματα σπουδών με στόχο τον επαναπροσδιορισμό των αξιών και τις καλλιέργειες κουλτούρας «φιλικής προς το θηλασμό» από μικρή ηλικία

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων στην παρούσα έκθεση απαρτίζεται από δύο μέρη:

**Μέρος Α:**

Καταγραφή υφιστάμενων πρακτικών και εκτίμηση αναγκών ως προς το βαθμό εφαρμογής της πολιτικής των «10 βημάτων» για επιτυχή θηλασμό στις μαιευτικές μονάδες στη Κύπρο: *απόψεις του προσωπικού και εμπειρία των ίδιων των μητέρων*

**Μέρος Β:**

Εκτίμηση έναρξης και αποκλειστικότητας του Μητρικού Θηλασμού κατά τις πρώτες 48 ώρες και η συνέχισή του μέχρι τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του παιδιού: *σχέση κοινωνικοδημογραφικών, αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης για θηλασμό και κοινωνικής /εργασιακής στήριξης με το θηλασμό και τη διάρκειά του*

# Περιεχόμενα

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>6</b>
Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΩΝ «10 ΒΗΜΑΤΩΝ» ΚΑΙ Η ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ «ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ» .....	7
ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ .....	8
<b>ΣΚΟΠΟΣ .....</b>	<b>10</b>
<b>ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>	<b>12</b>
<i>Δείγμα-Δειγματοληψία:</i> .....	12
<i>Συλλογή δεδομένων - Εργαλεία:</i> .....	13
<i>Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα:</i> .....	14
<b>ΜΕΡΟΣ Α: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΤΩΝ «10 ΒΗΜΑΤΩΝ» ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ: ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ.....</b>	<b>16</b>
<b>A.1 ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΩΣΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΓΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΩΝ «10 ΒΗΜΑΤΩΝ» .....</b>	<b>17</b>
1.1 ΤΕΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ.....	17
1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	22
1.3 ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΩΣΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ .....	25
1.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ «10 ΒΗΜΑΤΩΝ» ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ.....	27
1.5 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΔΙΕΘΝΗ ΚΩΔΙΚΑ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ.....	32
1.6 ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ 1 <sup>ο</sup> ΒΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ.....	32
1.7 ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΑ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΜΘ.....	34
<b>A2. ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ «10 ΒΗΜΑΤΩΝ».....</b>	<b>37</b>
2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΕΥ .....	37
2.2 ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΜΕ ΤΑ «ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ» ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΚΩΔΙΚΑ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ .....	39
2.3 ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ .....	47
<b>ΜΕΡΟΣ Β: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ 48 ΩΡΕΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΟΥΣ ΠΡΩΤΟΥΣ ΕΞΙ ΜΗΝΕΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ: ΣΧΕΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ, ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ /ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΕ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ.....</b>	<b>48</b>
<b>B.1 ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ .....</b>	<b>49</b>
1.1. ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΤΟΥΣ ΠΡΩΤΟΥΣ ΕΞΙ ΜΗΝΕΣ .....	49
1.2. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ 48 ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΣΕ ΒΑΘΟΣ ΧΡΟΝΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ <sup>54</sup>	
1.3. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ 48 ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΣΕ ΒΑΘΟΣ ΧΡΟΝΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ <sup>59</sup>	

**B2 ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΩΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ..... 63**

- 2.1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΩΣΗΣ, ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 63
- 2.2. ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΩΣΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ 48 ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΡΩΤΟ ΜΗΝΑ..... 67

**ΣΥΝΟΨΗ ΚΥΡΙΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ..... 71**

- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ «10 ΒΗΜΑΤΩΝ» ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ ..... 71
- ΘΗΛΑΣΜΟΣ: ΕΝΑΡΞΗ, ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ..... 73
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ..... 75

**ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ..... 76**

- ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ, ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ..... 76
- ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ, ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ..... 77
- ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ..... 79
- ΈΡΕΥΝΑ ..... 80
- ΠΕΡΑΝ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ..... 81

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... 86**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 87**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ BREAST START IN LIFE ..... 92**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ..... 93**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ..... 95**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ..... 96**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΘ ΚΑΙ ΑΜΘ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ) ..... 98**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ: ΈΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΑ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ..... 99**

## Πίνακες

Πίνακας 1: Μαιευτικές Κλινικές του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα κατά επαρχία, Μέγεθος του Δείγματος και στάδιο προόδου της μελέτης .....	15
Πίνακας 2: Σύγκριση του κοινωνικοδημογραφικού προφίλ μεταξύ των μητέρων οι οποίες συμμετείχαν και δεν συμμετείχαν στην δεύτερη φάση της έρευνας (1ος μήνας).....	19
Πίνακας 3: Κοινωνικοδημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ξεχωριστά για τον Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα .....	23
Πίνακας 4: Αυτοπεποίθηση ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του μητέρων.....	26
Πίνακας 5: Ερωτήσεις εργαλείου WHO/UNICEF με αντιστοίχιση σε κάθε βήμα .....	27
Πίνακας 6: Ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με την εφαρμογή των «10 βημάτων» και του διεθνή κώδικα με βάση τις ερωτήσεις του εργαλείου των WHO & UNICEF τόσο στο σύνολο των συμμετεχουσών όσο και ξεχωριστά στα μαιευτήρια του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. ....	30
Πίνακας 7: Παροχή πληροφοριών για την χορήγηση φυλλαδίων ή τροφίμων που να προωθούν τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος. ....	32
Πίνακας 8: Πληροφορίες για προηγούμενη εμπειρία και πρόθεση για το ΜΘ .....	34
Πίνακας 9: Μητρικός Θηλασμός στα μαιευτήρια του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα.....	34
Πίνακας 10: Μητρικός Θηλασμός στα μαιευτήρια του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα σε όλες τις επαρχίες της Κύπρου πρώτη και 48 ώρες μετά τον τοκετό .....	35
Πίνακας 11: Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός στα μαιευτήρια του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα σε όλες τις επαρχίες της Κύπρου .....	35
Πίνακας 12: Κοινωνικοεπαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα αντίστοιχα.....	38
Πίνακας 13: Βαθμός εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» με βάση το ποσοστό θετικών απαντήσεων από το προσωπικό των μονάδων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. ....	40
Πίνακας 14: Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ταξινομημένα ως προς το ποσοστό συμμόρφωσης με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού.....	42
Πίνακας 15: Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα .....	46
Πίνακας 16: Σύγκριση της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων και των στάσεων του προσωπικού για/προς το μητρικό θηλασμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα .....	47
Πίνακας 17: Ποσοστά Αποκλειστικού Μητρικού Θηλασμού και Μητρικού Θηλασμού τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα της ζωής του παιδιού. ....	50
Πίνακας 18: Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός και Μητρικός Θηλασμός τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα στον Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα σε όλη την Κύπρο.....	52
Πίνακας 19: Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός και Μητρικός Θηλασμός μέχρι τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα κατά επαρχία.....	52
Πίνακας 20: Ποσοστά Αποκλειστικού Θηλασμού ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στις πρώτες 48 ώρες, τον 1ο, τον 4ο και τον 6ο μήνα της ζωής του παιδιού. ....	55

Πίνακας 21 : Ποσοστά Μητρικού Θηλασμού ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στις πρώτες 48 ώρες, τον 1ο, τον 4ο και τον 6ο μήνα της ζωής του παιδιού.....	60
Πίνακας 22: Βαθμός Αντιλαμβανόμενης Αυτοπεποίθησης στις 48 ώρες και το 1ο μήνα, όπως και της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Στήριξης στη φροντίδα του βρέφους και της Στήριξης για θηλασμό στον Εργασιακό Χώρο .....	65
Πίνακας 23: Σχέση του Θηλασμού και του Αποκλειστικού Θηλασμού στις πρώτες 48 ώρες και σε βάθος χρόνου με την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθησης για μητρικό θηλασμό κατά τις πρώτες 48 ώρες.....	69
Πίνακας 24: Σχέση του Θηλασμού και του Αποκλειστικού Θηλασμού στις πρώτες 48 ώρες και σε βάθος χρόνου με την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθησης για μητρικό θηλασμό όπως αξιολογήθηκε τον 1ο μήνα.....	70
Πίνακας 25: Συμπεράσματα πρόσφατων ανασκοπήσεων για την αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών ή/και υποστηρικτικών παρεμβάσεων .....	78
Πίνακας 26: Παράγοντες και προτεινόμενες δράσεις προαγωγής του θηλασμού στα διάφορα επίπεδα του κοινωνικο-οικολογικού μοντέλου .....	84

## Διαγράμματα

Διάγραμμα 1: Βαθμός εφαρμογής των 10 βημάτων στα μαιευτήρια της Κύπρου (μωβ γραμμή) όπως και μια συγκριτική παρουσίαση των παρατηρούμενων διαφορών στην εφαρμογή των βημάτων μεταξύ μαιευτηρίων του δημόσιου (μπλε γραμμή) και ιδιωτικού (κόκκινη γραμμή) τομέα. ....	31
Διάγραμμα 2: Βαθμός εφαρμογής των 10 βημάτων στα μαιευτήρια της Κύπρου όπως δηλώθηκε από μητέρες οι οποίες θήλασαν αποκλειστικά (σκούρο μωβ), όσες θήλασαν, αλλά όχι αποκλειστικά (ανοικτό μωβ), και όσες δεν θήλασαν καθόλου κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο... ..	33
Διάγραμμα 3: Συγκριτική παρουσίαση του ποσοστού μητρικού θηλασμού και αποκλειστικού μητρικού θηλασμού σε δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια και κατά Επαρχίες. ....	36
Διάγραμμα 4 – Συγκριτική παρουσίαση του βαθμού εφαρμογής του 10 βημάτων στα μαιευτήρια του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με βάση την αυτοαξιολόγηση του προσωπικού. ....	46
Διάγραμμα 5: Συνέχιση του Μητρικού Θηλασμού και Αποκλειστικού Μητρικού Θηλασμού σε βάθος χρόνου. ....	51
Διάγραμμα 6: Μητρικός Θηλασμός και Αποκλειστικός Θηλασμός σε βάθος χρόνου αναλόγως αν ο τοκετός πραγματοποιήθηκε στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα. ....	51
Διάγραμμα 7: Μητρικός Θηλασμός και Αποκλειστικός Θηλασμός σε βάθος χρόνου κατά Επαρχία. ....	53
Διάγραμμα 8: Αποκλειστικός Θηλασμός σε βάθος χρόνου ως προς κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. ....	57
Διάγραμμα 9: Επίπεδα αυτοπεποίθησης για μητρικό θηλασμό κατά τις πρώτες 48 ώρες και τον 1 <sup>ο</sup> μήνα ως προς τη συνέχιση και αποκλειστικότητα του θηλασμού. ....	64
Διάγραμμα 10: Αξιολόγηση της αυτοπεποίθησης, κοινωνική στήριξη και στήριξη στο χώρο εργασίας (κλίμακα 0-100). ....	66
Διάγραμμα 11: Αντιπαραβολή του ποσοστού έναρξης και συνέχισης του Θηλασμού και του Αποκλειστικού Θηλασμού σε βάθος χρόνου μεταξύ των μητέρων με τα υψηλότερα και χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης για θηλασμό όπως καταγράφηκαν κατά τις πρώτες 48 ώρες και τον πρώτο μήνα. ....	68
Διάγραμμα 12: Δράσεις προώθησης Μητρικού θηλασμού: Μια προσέγγιση βασισμένη στο κοινωνικό οικολογικό μοντέλο (social ecological model) ....	83

## Εισαγωγή

Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για το νεογνό με πληθώρα ευεργετικών επιδράσεων τόσο για το ίδιο το παιδί όσο και για τη μητέρα (AAP, 1997). Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει συνεχώς τα ψυχοκοινωνικά, αναπτυξιακά, διατροφικά και ανοσολογικά οφέλη του μητρικού θηλασμού (Dennis, 2002). Τα οφέλη του θηλασμού για το **παιδί** είναι άμεσα π.χ. μειωμένο κίνδυνο λοιμώξεων, γαστρεντερικών και αλλεργικών παθήσεων (Kramer et al 2004) όσο και μακροπρόθεσμα π.χ. μειωμένο επίπτωση παχυσαρκίας, διαβήτη, υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης, μείωση στην αρτηριακή πίεση, πιθανά και χοληστερόλη στη μετέπειτα ζωή του παιδιού (Horta & Victora, 2013). Μάλιστα ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός θεωρείται το αποτελεσματικότερο προληπτικό μέτρο για τη μείωση της παιδικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Bartick, & Reinholds, 2010; Quigley et al 2007). Παράλληλα, πέραν από την ενδυνάμωση του δεσμού της μητέρας με το παιδί, τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι ο θηλασμός έχει ευεργετική δράση και στην υγεία της **μητέρα** π.χ. μειωμένο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης, διαβήτη, καρκίνου ωοθηκών και μαστού (Ip 2009; Kramer & Kakuma, 2012).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ): *“Ο θηλασμός είναι ο φυσιολογικός τρόπος σίτισης, με όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται για την υγιή ανάπτυξη του βρέφους. Σχεδόν όλες οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν **καλή πληροφόρηση, και υποστήριξη της οικογένειας, του συστήματος & των υπηρεσιών υγείας και της κοινωνίας γενικότερα**”*. (<http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>). Ο ΠΟΥ συστήνει μάλιστα τον αποκλειστικό θηλασμό για τους πρώτους έξι μήνες ζωής του νεογνού αλλά και τη συνέχιση του με συμπληρωματική τροφή μέχρι την ηλικία των δυο χρονών, υπογραμμίζοντας έτσι τη δσοσεξαρτώμενη προστατευτική δράση του μητρικού γάλακτος στο νεογνό (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2009). Βέβαια, με βάση τα στοιχεία του ΠΟΥ, το ποσοστό των παιδιών που θηλάσαν αποκλειστικά τους πρώτους έξι μήνες διεθνώς περιορίζεται στο 38%. Γι' αυτό και ο στόχος που θέτει ο ΠΟΥ για το 2020 είναι να αυξηθεί το ποσοστό του ΑΜΘ στους έξι μήνες τουλάχιστον στο 50% (WHO, 2013a) ενώ διάφορες χώρες ανά το παγκόσμιο θέτουν αντίστοιχους στόχους, για παράδειγμα, η πολιτική Healthy People 2020 στις ΗΠΑ.

Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού αποτελεί ένα από τους πρωτεύοντες στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και του Διεθνούς Ταμείου των Ηνωμένων Εθνών για το παιδί (UNICEF) μέσω της ανάπτυξης, προώθησης και υιοθέτησης πολιτικών και ορθών πρακτικών, όπως τη θέσπιση τους διεθνούς κώδικα για τη διαχείριση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes) και τις καλές πρακτικές για την επιτυχή εφαρμογή του μητρικού θηλασμού, γνωστές ως τα «10 Βήματα για επιτυχή Θηλασμό». (WHO, 2013a; WHO, 2013b).



## **Η πολιτική των «10 βημάτων» και η πρωτοβουλία «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία»**

Η πολιτική των «10 βημάτων» συμπεριλαμβάνει πρότυπα καλών πρακτικών που στοχεύουν στην επιτυχή εγκαθίδρυση και συνέχιση του μητρικού θηλασμού, των οποίων η αποτελεσματικότητα υποστηρίζεται από πληθώρα ερευνητικών δεδομένων. Αφορούν σε σημαντικές δράσεις για προτροπή των μαιευτικών τμημάτων να συμβάλλουν πρωτίστως στην επιτυχή εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού, αφού αποτελεί ένα από τους καθοριστικούς παράγοντες για την επιτυχή συνέχιση του. Οι βασικότερες από αυτές τις παρεμβάσεις είναι η διαμόρφωση κατάλληλης πολιτικής, η σωστή εκπαίδευση, η έγκαιρη έναρξη, η δερματική επαφή («skin-to-skin»), η συγκατοίκηση μητέρας-νεογνού («rooming-in»), η ορθή τεχνική, ο θηλασμός σύμφωνα με τη ζήτηση, η αποφυγή συμπληρωματικής τροφής και πιπίλων. Παράλληλα τα «10 βήματα» αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο για επιτήρηση των πρακτικών, εκπαίδευση του προσωπικού, και συνηγορία υπέρ του θηλασμού.

Τα «10 Βήματα» (1989) αποτέλεσαν και την αφορμή για την καθιέρωση της **Πρωτοβουλίας για φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία** – «Baby-friendly Hospital Initiative» (1991) με βάση της οποίας τα νοσηλευτήρια αξιολογούνται ως προς τη συμμόρφωση τους με τα «10 βήματα» για να τους απονεμηθεί ο τίτλος «Νοσοκομείο Φιλικό προς τα Βρέφη», από τα οποία μάλιστα αναμένεται αυτοαξιολόγηση των πρακτικών τους σε συστηματική βάση. Διαφάνηκε ότι η καθιέρωση της ΠΦΒΝ είναι ένα αποτελεσματικό μέτρο για την εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού, αφού στόχος είναι η εκπαίδευση της μητέρας σχετικά τις ορθές πρακτικές του θηλασμού και κατά συνέπεια την πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων που θα οδηγήσουν στην διακοπή του μητρικού θηλασμού. Μέχρι σήμερα, υπολογίζεται ότι ο τίτλος απονεμήθηκε σε άνω των 20.000 μαιευτικών μονάδων σε περισσότερες από 150 χώρες παγκοσμίως σε νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη (UNICEF). Στην Κύπρο, κανένα μαιευτικό ίδρυμα, μέχρι σήμερα, δεν έχει λάβει τον τίτλο αυτό.

Παρόλο που η χρησιμότητα και η αποτελεσματικότητα των «δέκα βημάτων», τουλάχιστον ως προς τη βελτίωση των ποσοστών έναρξης και αποκλειστικότητας, αν όχι και διάρκειας του θηλασμού, έχει τεκμηριωθεί μέσα από αρκετές μελέτες (Kramer et al, 2001; Philipp et al, 2001; Braun et al, 2003; Afyanti & Juliastudi, 2012), διεθνώς, επικρατεί μια έντονη ανησυχία, διότι τα 10 βήματα δεν εφαρμόζονται ευρέως ή δεν εφαρμόζονται πλήρως (Chien et al., 2007; Pincombe et al., 2008; Chalmers et al, 2009; Afyanti & Juliastudi, 2012). Για παράδειγμα, σε μια από τις μεγαλύτερες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία διαφάνηκε ότι ακόμα και σε χώρες με προηγμένα συστήματα υγείας όπως ο Καναδάς η συμμόρφωση των μαιευτηρίων στα 10 βήματα με βάση την εμπειρία εθνικά αντιπροσωπευτικού δείγματος **8244** Καναδών γυναικών οι οποίες είχαν γεννήσει τους προηγούμενους 5-14 μήνες δεν ήταν καθολική (Chalmers et al, 2009). Ενώ ήταν σχετικά καλή σε κάποια από τα βήματα όπως για παράδειγμα *Ενημέρωση* (3<sup>ο</sup> βήμα) και *Απτή βοήθεια* (5<sup>ο</sup> βήμα), η συμμόρφωση ήταν χαμηλή σε αρκετά άλλα, όπως για παράδειγμα η άμεση έναρξη του θηλασμού με επαφή δέρμα με δέρμα (*skin-to-skin*)

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 μέσω καταγραφής των απόψεων όλου του προσωπικού που εργάζεται σε αυτές τις μονάδες (Panayiotou, 2012; Grizzard et al, 2006; Haiek LN, 2012). Παραδόξως, σχετικά περιορισμένες, μάλιστα, φαίνεται να είναι οι μελέτες στη βιβλιογραφία οι οποίες έχουν διερευνήσει την εφαρμογή των βημάτων μέσα από τις εμπειρίες των ίδιων των μητέρων (Haiek LN, 2012; Abul-Fadl et al, 2012).

### **Θηλασμός στην Κύπρο**

Στην Κύπρο, σε μελέτη Περιγεννητικής Υγείας που διενεργήθηκε από την Στατιστική Υπηρεσία το 2007 με τη συμμετοχή όλων των μαιευτικών κλινικών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, εκτιμήθηκε ότι μόνο το 16,6% των νεογνών θήλασαν αποκλειστικά τις πρώτες 48 ώρες, ενώ σε ένα ποσοστό της τάξεως του 33.8% δεν δόθηκε καθόλου μητρικό γάλα (Στατιστική Υπηρεσία, 2010). Συγκριτικά στοιχεία της Ευρωπαϊκής μελέτης Περιγεννητικής Υγείας, δείχνουν ότι το ποσοστό έναρξης του ΜΘ, και ειδικότερα το ΑΜΘ, στη Κύπρο είναι πολύ χαμηλότερα από ότι σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (EURO-PERISTAT, 2013).

Βέβαια, στοιχεία για την αμέσως επόμενη χρονική περίοδο (2007-2009) από το Υπουργείο Υγείας έδειξαν μια σχετικά καλύτερη εικόνα ως προς το θηλασμό, αναφορικά, τουλάχιστον με τα μαιευτήρια του δημοσίου τομέα (Υπουργείο Υγείας, Ετήσια Έκθεση 2010, [www.moh.gov.cy](http://www.moh.gov.cy)). Το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού κατά τις πρώτες 48 ώρες ήταν 28%, ενώ ποσοστό 9% των νεογνών στα κρατικά νοσηλευτήρια δεν θήλασε καθόλου. Το γεγονός ότι στις εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας δεν συμπεριλαμβάνονται οι τοκετοί στις ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες, τότε ενδεχομένως τα στοιχεία να αποτελούν σημαντική υπερεκτίμηση της πραγματικής εικόνας, εφόσον, κατά την χρονική περίοδο που συλλέχθηκαν τα δεδομένα, το 74,5% των τοκετών λάμβαναν χώρα στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Επιπρόσθετα, στα ιδιωτικά μαιευτήρια της Κύπρου, οι καισαρικές τομές, για τις οποίες οι ερευνητικές μελέτες δείχνουν αδιαμφισβήτητα ότι αποτελούν αρνητικό παράγοντα εγκαθίδρυσης του ΜΘ, ανέρχονταν το 2007 στο 57,4% των γεννήσεων (Στατιστική Υπηρεσία, 2010). Αξίζει να αναφερθεί ότι με βάση τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής μελέτης Περιγεννητικής Υγείας, η Κύπρος εμφανίζεται στην πρώτη θέση με διαφορά ως προς το ποσοστό καισαρικών τομών συγκριτικά με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Οι συγκεκριμένες δυο μελέτες βέβαια, πέραν από το γεγονός ότι τα στοιχεία αναφέρονται σε προηγούμενες περιόδους (2007-2009), αφορούσαν μόνο στις πρώτες 48 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. Καταληκτικά, πέραν από αυτά τα γενικά περιγραφικά στοιχεία, δεν υπάρχουν άλλα ερευνητικά δεδομένα ούτε σε σχέση με την διάρκεια του θηλασμού πέραν των 48 ωρών αλλά ούτε και ως προς τους παράγοντες που

σχετίζονται με την εγκαθίδρυση και διάρκεια του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο. Σε σχέση μάλιστα με τις πρακτικές των μαιευτηρίων, πέραν από κάποια ερευνητικά δεδομένα όσον αφορά στις γνώσεις και στις πρακτικές των μαιών στις δημόσιες μαιευτικές μονάδες στην προώθηση του ΜΘ (Panayiotou, 2012), δεν έχει γίνει ποτέ επίσημη (από τις Υπηρεσίες Υγείας) ή ανεπίσημη (στο πλαίσιο ερευνητικής μελέτης) αξιολόγηση των μαιευτηρίων σε σχέση με το βαθμό συμμόρφωσης στα δέκα βήματα. Πάντως η μελέτη της Panayiotou (2012) παρέχει ενδείξεις ότι υπάρχει σημαντική ετερογένεια στις πρακτικές του προσωπικού στα μαιευτήρια, κάτι το οποίο προκαλεί ανασφάλεια και σύγχυση για τη μητέρα με αυξημένη πιθανότητα αποτυχίας να θηλάσουν. Παράλληλα, πρέπει να αναφερθεί ότι σε πιλοτική μελέτη, η οποία προηγήθηκε της μεγαλύτερης μελέτης, διαφάνηκε σχετικά χαμηλός βαθμός εφαρμογής των «10 βημάτων» στις μονάδες της Λευκωσίας με βάση την αυτοαξιολόγηση του διευθυντή/ προϊστάμενου της μονάδας/κλινικής.<sup>1</sup> Ως εκ τούτου, η ανάγκη διεξαγωγής μελετών για αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης τόσο σε σχέση με το βαθμό εφαρμογής των «10 βημάτων» στα Κυπριακά μαιευτήρια όσο και σε σχέση με το επιδημιολογικό προφίλ του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο κρίνεται επιτακτική .

Ανάμεσα στους πιθανούς προσδιοριστικούς παράγοντες που έχουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη, εγκαθίδρυση ή/και διάρκεια του θηλασμού είναι 1. οι πρακτικές των μαιευτηρίων, οι οποίες περιλαμβάνουν τη στήριξη, εκπαίδευση και την αξιόπιστη πληροφόρηση των μητέρων σχετικά με τον θηλασμό αλλά και τις στάσεις και γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε θέματα μητρικού θηλασμού, καθώς επίσης, 2. η αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση των μητέρων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό και 3. η στήριξη που παρέχεται από το άμεσο, εργασιακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της μητέρας.

---

<sup>1</sup> Η μελέτη διενεργήθηκε στο πλαίσιο εργασίας φοιτήτριας (Frantzis) στο Πανεπιστήμιο Λευκωσίας/St. George Medical School υπό την επίβλεψη μέλους της Ερευνητικής Ομάδας (Δρ. Ουρανία Κολοκοτρώνη).

## Σκοπός

Σκοπός του ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος «**BrEaST start in life: addressing social inequalities and supporting breastfeeding through inclusion activities**» είναι η προαγωγή του μητρικού θηλασμού μέσω της γεφύρωση της γνώσης και της πρακτικής σε σχέση με το θηλασμό στη Κύπρο μέσω της διερεύνηση των παραγόντων που πιθανόν να έχουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη, εγκαθίδρυση αλλά και διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Σε αυτό το πλαίσιο, ήταν επιτακτική ανάγκη να διερευνηθούν οι πρακτικές των μαιευτηρίων όσον αφορά των εφαρμογή καλών πρακτικών (10 βήματα) όπως και οι πρακτικές σίτισης των βρεφών στην Κύπρο πέραν των 48 ωρών και μέχρι τους έξι μήνες ενώ παράλληλα να αξιολογηθεί η αυτοπεποίθηση στο μητρικό θηλασμό και η αντιλαμβανόμενη στήριξη της μητέρας από το οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό της περιβάλλον.

Το ερευνητικό πρόγραμμα «**BrEaST start in life**» ήταν 18μηνης διάρκειας (Απρίλιος 2014 – Οκτώβριος 2015), ωφελείται από επιδότηση από την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία μέσω των επιχορηγήσεων του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (EEA Grants) και της Κυπριακής Δημοκρατίας Call EEA/CY/NGO/C-1, 2009-2014). Αποτελεί προϊόν συνεργασίας μεταξύ του Παγκύπριου Συνδέσμου Μητρικού Θηλασμού – «Δώρο Ζωής» (ΜΚΟ) (<http://www.breastfeeding-cyprus.org/>) και του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου ([www.cut.ac.cy/nur](http://www.cut.ac.cy/nur)) με συμμετοχή ακαδημαϊκών από το Πανεπιστήμιο Λευκωσίας. Η μελέτη χαιρεί την στήριξη της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού. Για σκοπούς συλλογής των δεδομένων ενεργοποιήθηκε μια ομάδα εθελοντών και ερευνητών-πεδίου, η οποία αποτελείτο κατά κύριο λόγο από φοιτητές Νοσηλευτικής και Μαιευτικής του ΤΕΠΑΚ. Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας του «**BrEaST start in life**» ονομάζονται στο *Παράρτημα Α* της παρούσας έκθεσης.

Συγκεκριμένα, οι κύριοι στόχοι του έργου είναι:

(α) η αξιολόγηση του βαθμού εφαρμογής της πολιτικής των «10 βημάτων» για επιτυχή θηλασμό σε μαιευτικές μονάδες ανά το Παγκύπριο μέσα από τις απόψεις τόσο του προσωπικού των μονάδων όσο και μέσα από την εμπειρία των ίδιων των μητέρων (WP3 - ΤΕΠΑΚ). Τελικός στόχος η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης, η εκτίμηση αναγκών και η στοχευμένη προσαρμογή των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων του Παγκύπριου Συνδέσμου Μητρικού Θηλασμού – «Δώρο Ζωής» προς τους επαγγελματίες υγείας και τις θηλάζουσες μητέρες βάσει τεκμηριωμένων ερευνητικών ενδείξεων (WP5 – Σύνδεσμος «Δώρο Ζωής») και

(β) η διερεύνηση των πρακτικών και συνηθειών των Κυπρίων μητέρων σε σχέση με το θηλασμό σε βάθος χρόνου, με στόχο την εκτίμηση του ποσοστού έναρξης, της διάρκειας και της αποκλειστικότητας του θηλασμού όπως και η αναγνώριση δυνητικών προσδιοριστικών παραγόντων της πρόωρης διακοπής του, από το μαιευτήριο μέχρι και πέραν των πρώτων έξι μηνών της ζωής του παιδιού (WP4 - ΤΕΠΑΚ). Τελικός στόχος, η ενδυνάμωση και η εξειδίκευση των δραστηριοτήτων

εκπαίδευσης, ενημέρωσης, ενεργού εμπλοκής και άλλων δράσεων προώθησης του μητρικού θηλασμού που προσφέρει ο Σύνδεσμος τόσο προς τους επαγγελματίες υγείας, τους εμπλεκόμενους φορείς όσο και προς το κοινό, συμπεριλαμβανομένης της στήριξης ευαίσθητων σε θέματα θηλασμού ομάδων του πληθυσμού και περαιτέρω διευκόλυνσης της πρόσβασης τους στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Συνδέσμου. (WP6 – Σύνδεσμος «Δώρο Ζωής»).

Το Α' μέρος της παρούσας έκθεσης παρουσιάζει τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης σε σχέση με τον πρώτο στόχο του έργου, και συγκεκριμένα ως προς (α) την αυτοπεποίθηση των μητέρων για μητρικό θηλασμό και εμπειρία τους σε σχέση με την εφαρμογή της πολιτικής των «10 βημάτων» για επιτυχή θηλασμό και (β) τις στάσεις και γνώσεις του προσωπικού των μονάδων σε σχέση με το θηλασμό όσο και την αξιολόγηση των ιδίων σε σχέση με την εφαρμογή των «10 βημάτων» **(Μέρος Α)**.

Το Β' μέρος της έκθεσης παρουσιάζει τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης σε σχέση με (α) την εκτίμηση του ποσοστού έναρξης του μητρικού θηλασμού και της αποκλειστικότητας του στη Κύπρο, (β) τη συνέχιση του θηλασμού και του αποκλειστικού θηλασμού μέχρι τους έξι μήνες της ζωής του παιδιού όπως, επίσης, (γ) την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση των μητέρων για μητρικό θηλασμό, την αυτοαξιολόγηση τους όσον αφορά στη κοινωνική στήριξη, συμπεριλαμβανομένου και της στήριξης στο χώρο εργασίας, και τη σχέση τους το μητρικό θηλασμό **(Μέρος Β)**.

## Υλικό-Μέθοδος

Η συνολική μελέτη περιλαμβάνει δυο φάσεις – το σημείο αναφοράς κατά τις 48 πρώτες ώρες στο μαιευτήριο μέσω προσωπικής επαφής και την προοπτική παρακολούθηση σε βάθος χρόνου (1<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα μετά τον τοκετό) μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Πρόκειται για συνδυασμό συγχρονικής περιγραφικής μελέτης – σύγκρισης και συσχέτισης κατά την πρώτη φάση (με στόχο την αξιολόγηση της αυτοπεποίθησης των μητέρων για το ΜΘ και απόψεις των μητέρων και των επαγγελματιών υγείας ως προς την εφαρμογή των «δέκα βημάτων» για επιτυχή θηλασμό κατά τις πρώτες 48 ώρες) και προοπτικής μελέτης με διαχρονική παρακολούθηση κατά την δεύτερη φάση (με στόχο την αξιολόγηση των πρακτικών σίτισης σε βάθος χρόνου και αξιολόγηση της κοινωνικής στήριξη από το οικογενειακό, άμεσο και εργασιακό περιβάλλον). Μια συνοπτική περιγραφή του ερευνητικού πρωτοκόλλου της μελέτης το οποίο κατατέθηκε για εξασφάλιση των απαραίτητων εγκρίσεων διεξαγωγής της εμφανίζεται στο *Παράρτημα Β*. Πιο κάτω αναφέρονται ενδεικτικά τα κυριότερα στοιχεία του σχεδιασμού της μελέτης.

**Δείγμα-Δειγματοληψία:** Διαδοχικό δείγμα ευκολίας μητέρων κατά την περίοδο στρατολόγησης, η οποία διήρκεσε 8-10 εβδομάδες ανά κλινική αναλόγως και του παρατηρούμενου ποσοστού ανταπόκρισης, με τη συμμετοχή όλων των μαιευτικών κλινικών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην ελεύθερη Κύπρο<sup>2</sup>. Κριτήρια καταλληλότητας: (1) >18 ετών, (2) καλή γνώση Ελληνικής ή Αγγλικής γλώσσας, (3) Υγιές τελειόμηνο μωρό (>37 εβδομ, Apgar score στα 5' >7, Βάρος ≥2500g), χωρίς παθολογικά ή χειρουργικά προβλήματα, (4) οι ίδιες υγιείς (υγιείς μαστοί, όχι αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, επίπεδες ή εισέχουσες θηλές, χωρίς παθολογικές παθήσεις π.χ. διαβήτη, ψύχωση, κατάθλιψη). Το ελάχιστο επιθυμητό μέγεθος δείγματος είχε αρχικά προσδιορισθεί στις 370 με βάση ανάλυση ακρίβειας<sup>3</sup> ενώ τελικό δείγμα στην μελέτη αποτέλεσαν 586 μητέρες με ποσοστό ανταπόκρισης 73.9%, το οποίο κρίνεται ικανοποιητικό ειδικότερα σε σύγκριση με αντίστοιχες μελέτες στη βιβλιογραφία (**Πίνακας 1**). Διατηρώντας σταθερό το διάστημα στρατολόγησης για κάθε μαιευτική μονάδα θα έχει ως αποτέλεσμα από τις μεγαλύτερες κλινικές να στρατολογηθεί μεγαλύτερο δείγμα, και αντίστροφα, έτσι ώστε στο συνολικό δείγμα να διατηρηθούν τουλάχιστον προσεγγιστικά οι ορθές αναλογίες σε σχέση με τον αριθμό γεννήσεων στην κάθε

<sup>2</sup> Στη μελέτη συμμετείχαν όλες οι μαιευτικές κλινικές του Δημόσιου τομέα. Από τον ιδιωτικό τομέα, συμμετείχαν 29 μαιευτικές κλινικές ανά το Παγκύπριο, ενώ δεν αποδέχθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη 6 κλινικές, από τις οποίες οι 2 είναι σχετικά μεγάλες κλινικές (μια στην Λευκωσία και 1 στη Πάφο, λόγω μη συγκατάθεσης του διευθυντή ή του συμβουλίου των γυναικολόγων -μαιευτήρων του νοσηλευτηρίου) ενώ οι άλλες 4 είναι μικρές κλινικές με μικρό αριθμό τοκετό.

<sup>3</sup> Νοούμενου ότι ο αριθμός γεννήσεων ετησίως στην Κύπρο δεν ξεπερνά τις 10000, υπολογίζεται ότι το ελάχιστο μέγεθος δείγματος που θα απαιτηθεί με στόχο την εκτίμηση των δεικτών του θηλασμού με 95% διάστημα εμπιστοσύνης εύρους  $\pm 5$  ποσοστιαίων μονάδων είναι >370 συμμετέχουσες. Μάλιστα, εκτιμάται ότι το συγκεκριμένο μέγεθος του δείγματος παρέχει ικανοποιητική στατιστική ισχύ 80-90% για εντοπισμό συσχετίσεων με προσδιοριστικούς παράγοντες της τάξεως του λόγου των odds=2.0 σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Ενδεικτικά να αναφέρουμε ότι ως προς την έγκαιρη εγκαθίδρυση του θηλασμού, η μελέτη της Κρήτης κατέγραψε συσχετίσεις της τάξεως του λόγου των odds=2,14 σε σχέση με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, OR=1,98 στα ιδιωτικά σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία και OR=0,51 σε μητέρες που γέννησαν με καισαρική σε σχέση με φυσιολογικό τοκετό. (Vassilaki et al, 2012).

κλινική, και κατ' επέκταση σε κάθε Επαρχία. Όταν κρινόταν απαραίτητο, δινόταν παράταση στην περίοδο στρατολόγησης έτσι ώστε να προσαρμοστούν οι παρατηρούμενες αναλογίες στο δείγμα στις «πραγματικές» αναλογίες ανά Επαρχία και δημόσια-ιδιωτικό τομέα ως προς τον αριθμό των τοκετών. Παράλληλα, στην έρευνα συμμετείχε το νοσηλευτικό/μαιευτικό προσωπικό των ίδιων μονάδων. Κριτήρια καταλληλότητας για το προσωπικό: (α) Νοσηλευτές/τριες και Μαιές εγγεγραμμένοι στο μητρώο Νοσηλευτών και Μαιών, (β) Να εργάζονται στη μαιευτική μονάδα για περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών, (γ) Να μπορούν να διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική ή αγγλική γλώσσα για τη συμπλήρωση αντίστοιχα του ελληνικού ή του αγγλικού αντίστοιχου ερωτηματολογίου, και (δ) Η επιθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα.

**Συλλογή δεδομένων - Εργαλεία:** Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα πιο κάτω εργαλεία/κλίμακες για τα οποία έχει ήδη εξασφαλιστεί άδεια μετάφρασης (αν δεν υπήρχε Ελληνική έκδοση) και χρήσης τους.

1. *Αυτοαξιολόγηση της εφαρμογής των «10 βημάτων»:* Αποτελεί μέρος πακέτου εργαλείων για αυτοαξιολόγηση και παρακολούθηση των «Νοσοκομείων, Φιλικών προς τα βρέφη» του WHO και της UNICEF (UNICF & WHO, 2006). Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στις μητέρες κατά το εξιτήριο και το αντίστοιχο που απευθύνεται στο προσωπικό. Στα πλαίσια της διεξαγωγής της μελέτης αυτής, έχει εξασφαλιστεί η ελληνική έκδοση του εργαλείου αυτού και η άδεια για τη χρησιμοποίησή του έχει εξασφαλιστεί από την Ελληνική Εθνική Επιτροπή UNICEF.

2. *Γνώσεις και στάσεις για τον θηλασμό:* Αποτελείται από 20 ερωτήσεις 5-βάθμιας κλίμακας Likert (διαφωνίας-συμφωνίας), όπου οι 7 από αυτές αφορούν σε γνώσεις και οι υπόλοιπες 13 αφορούν σε στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τον μητρικό θηλασμό και αποτελεί συντομευμένη έκδοχή (Ingram, 2006) του επικυρωμένου εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε από τους Scott et al (2003) σε έρευνα με μαιές στη Σκωτία.

3. *Αυτεπάρκεια για θηλασμό:* σύντομη έκδοση της αρχικής κλίμακας breastfeeding-self-efficacy scale των Dennis & Faux (1999) με 14 θετικές δηλώσεις ξεκινώντας με τη φράση «μπορώ πάντα», η οποία μετρά την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση της μητέρας στο θηλασμό. Έχει χρησιμοποιηθεί για αυτό το σκοπό σε πολλές χώρες του κόσμου αφού θεωρείται ότι η χαμηλή αυτοπεποίθηση είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας πρόωρης διακοπής του ΜΘ.

4. *Αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη:* χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Perinatal Infant Care Social Support Scale της Leahy- Warren, 2005, το οποίο είναι βασισμένο στην θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής και της κοινωνική στήριξης. Αναφέρεται τόσο στη λειτουργική όσο και στη δομική κοινωνική στήριξη με 22 δηλώσεις κλίμακας Likert Διαφωνίας-Συμφωνίας τεσσάρων σημείων ως προς τις τέσσερις πτυχές της στήριξης: (α) παροχή πληροφόρησης, (β) απτή βοήθεια, (γ) συναισθηματική στήριξη και (δ) εκτίμηση και αναγνώριση.

5. *Στήριξη του θηλασμού στον εργασιακό χώρο*: χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Workplace Breastfeeding Support (Bai et al, 2008) η οποία αποτελείται από 12 δηλώσεις σε κλίμακα Likert επτά σημείων ως προς την αντιλαμβανόμενη στήριξη της θηλάζουσας μητέρας μετά την επιστροφή της στην εργασία

6. *Πρακτικές σίτισης*: Στη κάθε τηλεφωνική επικοινωνία, οι μητέρες ερωτήθηκαν για τις πρακτικές τους σε σχέση με το θηλασμό ή/και τη σίτιση του μωρού τις 24 τελευταίες ώρες (24h recall method) ενώ τους ζητάτε επίσης να δηλώσουν αν και πότε έχουν εισαγάγει υγρά ή στερεά τροφή στη διατροφή του παιδιού (retrospective event calendar method). Γι' αυτό το σκοπό χρησιμοποιήθηκε πολιτισμικά προσαρμοσμένος πίνακας διατροφικών ομάδων/ προϊόντων.

Τα πρώτα 3 εργαλεία που αναφέρονται πιο πάνω συμπληρώθηκαν κατά τις πρώτες 48 ώρες ενώ τα υπόλοιπα συμπληρώθηκαν μέσω τηλεφωνική επικοινωνίας κατά την δεύτερη φάση της μελέτης.

**Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα**: Για την διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκαν όλες οι απαραίτητες εγκρίσεις από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας, και τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Αποστάλθηκε ενημερωτική επιστολή σε όλους τους διευθυντές των μαιευτικών μονάδων, σχετικά με τους στόχους, τις διαδικασίες και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της έρευνας για να εξασφαλιστεί η άδεια πρόσβασης στην κλινική τους. Τα ονόματα των μαιευτικών μονάδων που αποδέχτηκαν συμμετοχή κωδικοποιήθηκαν τόσο για σκοπούς καταχώρησης των δεδομένων, όσο και για σκοπούς ανάλυσης και παρουσίασης. Οι συγκρίσεις αφορούν σε ιδιωτικό-δημόσιο τομέα και μεταξύ των Επαρχιών, και όχι σε επίπεδο κλινικών.

Στο πλαίσιο της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων, δινόταν προφορική και γραπτή ενημέρωση στο προσωπικό και στις μητέρες που ικανοποιούσαν τα κριτήρια καταλληλότητας. Λαμβανόταν ενυπόγραφη συγκατάθεση και διασφαλιζόταν το δικαίωμα συμμετοχής στην έρευνα μόνο στο σημείο αναφοράς (όσο ακόμα στην κλινική) αν το επιθυμούσαν χωρίς απαραίτητα αυτό να σημαίνει και αυτόματη συμμετοχή τους και στις επόμενες φάσεις της μελέτης (τηλεφωνική επικοινωνία). Στις πληροφορίες περιλαμβάνεται και το δικαίωμα της μη συγκατάθεσης ή αποχώρησης από την έρευνα σε οποιοδήποτε στάδιο βρίσκεται, είτε στη παρούσα μελέτη, είτε σε μεταγενέστερο στάδιο της μελλοντικής μελέτης, χωρίς καμιά επίπτωση.

Οι βοηθοί ερευνητές-πεδίου είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση ως προς τις δεξιότητες επικοινωνίας. Το πρόγραμμα των επισκέψεων καθοριζόταν με πλήρη συνεννόηση με το προσωπικό της κάθε μονάδας έτσι ώστε να αποφεύγονται ώρες που κρίνονται ως ακατάλληλες. Οι βοηθοί ερευνητές-πεδίου (νοσηλεύτριες/μαίες) δεν παρείχαν πληροφορίες και συμβουλές για το ΜΘ ώστε να επηρεάζονται είτε η πρόθεση συμμετοχής είτε οι απαντήσεις της μητέρας.



**Πίνακας 1: Μαιευτικές Κλινικές του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα κατά επαρχία, Μέγεθος του Δείγματος και στάδιο προόδου της μελέτης**

		Μαιευτικές Κλινικές του Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα	Μαιευτικές Κλινικές που αποδέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη	Ελάχιστο επιθυμητό Μέγεθος Δείγματος (ως προς τις ορθές αναλογίες)	Σύνολο Συμμετεχόντων στο baseline	Ποσοστό Ανταπόκρισης (%)	Στάδιο Προόδου
<b>Λευκωσία</b>	<i>Δημόσιο</i>	1	1	68	70	87.50	√
	<i>Ιδιωτικό</i>	8	7	148	171	62.87	
<b>Λεμεσός</b>	<i>Δημόσιο</i>	1	1	35	50	71.42	√
	<i>Ιδιωτικό</i>	11	8	53	95	67.86	
<b>Λάρνακα</b>	<i>Δημόσιο</i>	1	1	20	38	97.22	√
	<i>Ιδιωτικό</i>	5	5	30	57	90.48	
<b>Πάφος</b>	<i>Δημόσιο</i>	1	1	18	27	86.67	√
	<i>Ιδιωτικό</i>	4	3	27	33	94.48	
<b>Αμμόχωστος</b>	<i>Δημόσιο</i>	1	1	10	27	87.10	√
	<i>Ιδιωτικό</i>	2	1	15	18	78.26	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>35</b>	<b>29 (82.9%)</b>	<b>428</b>	<b>586</b>		



**Μέρος Α: Καταγραφή υφιστάμενων πρακτικών και εκτίμηση αναγκών ως προς το βαθμό εφαρμογής της πολιτικής των «10 βημάτων» για επιτυχή θηλασμό στις μαιευτικές μονάδες στη Κύπρο: απόψεις του προσωπικού και εμπειρία των ίδιων των μητέρων**



Τμήμα Νοσηλευτικής

## **A.1 Αυτοπεποίθηση των Μητέρων για Μητρικό Θηλασμό και εμπειριών των «10 Βημάτων»**

### **1.1 Τελικό δείγμα**

Η έρευνα διεξήχθη σε δυο χρονικές περιόδους: Πραγματοποιήθηκε η συλλογή δεδομένων στα μαιευτήρια στις πρωτεύουσες κατά την πρώτη περίοδο (Ιανουαρίου- Απριλίου 2014) και συνεχίστηκε στις υπόλοιπες επαρχίες της ελεύθερης Κύπρου κατά την περίοδο Σεπτεμβρίου – Δεκεμβρίου 2014. Στρατολογήθηκε διαδοχικό δείγμα γεννήσεων από κάθε μαιευτική μονάδα. Ο συνολικός αριθμός των γεννήσεων κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν 945, εκ των οποίων οι 793 πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι 586 μητέρες (οι οποίες συναίνεσαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, με συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 73.9%. Αναφορικά με την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, η κατανομή ως προς την προέλευση του τελικού δείγματος (ιδιωτικός-δημόσιος τομέας), δεν παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις από την αναμενόμενη κατανομή των τοκετών στις μαιευτικές κλινικές της Κύπρου. Το συνολικό δείγμα αποτελείται από 212 μητέρες από τα Δημόσια μαιευτήρια και 374 μητέρες από τα μαιευτήρια του ιδιωτικού τομέα (σε αναλογία 36.2% και 63.8% αντίστοιχα). Με βάση επίσημα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας η αναλογία τοκετών στον δημόσιο-ιδιωτικό τομέα στην Κύπρο είναι 30:70. Στο δημόσιο, το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν υψηλότερο συγκριτικά με αυτό των ιδιωτικών μαιευτηρίων (84.1% Vs 69.1%) (**Πίνακας 1**). Πέραν από το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των μητέρων που επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα, το μειωμένο ποσοστό ανταπόκρισης από τον ιδιωτικό τομέα πιθανό να οφείλεται επίσης στις διαφορετικές πρακτικές των ίδιων των μαιευτηρίων, οι οποίες να είχαν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη προσβασιμότητα ή/και γενικότερα τη μεγαλύτερη επιφυλακτικότητα για συμμετοχή τους στην έρευνα.

Ως προς το ποσοστό συμμετοχής στις επόμενες φάσεις της μελέτης, αυτό ανήλθε περίπου στο 63,3%. Η σύγκριση του κοινωνικοδημογραφικού προφίλ αλλά και του κατά πόσο θήλασαν ή όχι κατά τις πρώτες 48 ώρες δεν ανέδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των μητέρων που συμμετείχαν στις επόμενες φάσεις της μελέτης και αυτών που αποφάσισαν να μην δώσουν τα στοιχεία επικοινωνίας τους στην ερευνητική ομάδα, κάτι που γενικότερα υποστηρίζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος (**Πίνακας 2**). Βέβαια, υπήρχαν ενδείξεις ότι η συμμετοχή στις επόμενες φάσεις της μελέτης διαφοροποιήθηκε αναλόγως του τύπου τοκετού αφού το 44.7% των μητέρων που συμμετείχαν και στις επόμενες φάσεις γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό (έναντι 38,5% μεταξύ όσων συναίνεσαν στη συνέχιση της συμμετοχής τους στη μελέτη;  $p\text{-value}<0.001$ ). Επομένως, αν και δεν μπορούμε να αποκλείσουμε πιθανό συστηματικό σφάλμα επιλογής, είναι πιθανότερο ότι ως αποτέλεσμα η μελέτη υπερεκτίμησε το ποσοστό θηλασμού σε βάθος χρόνου (παρά το αντίθετο) αφού ο φυσιολογικός τοκετός σχετίζεται θετικά τόσο με την αποκλειστικότητα όσο και με τη διάρκεια του θηλασμού. Από την άλλη, διαφάνηκε μια μικρή τάση μητέρες με υψηλότερα εισοδήματα να είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν και στις επόμενες φάσεις της μελέτης. Για παράδειγμα, μια στις δυο μητέρες (51,3%) που έλαβαν μέρος στη δεύτερη φάση της μελέτης (με βάση τα στοιχεία του 1<sup>ου</sup> μήνα) δήλωσαν καθαρό μηναίο εισόδημα  $\leq 1500$  ευρώ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό

στις μητέρες που διέκοψαν τη συμμετοχή τους περιορίζεται στο 39.5% ( $p\text{-value}=0.055$ ). Δεν παρατηρήθηκε κάποια άλλη σημαντική διαφορά ως προς τα υπόλοιπα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, την πρόθεση και την πρακτική του μητρικού θηλασμού αλλά ούτε και ως προς την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση ανάμεσα στις συμμετέχουσες και τις μητέρες που αρνήθηκαν τη συνέχιση της συμμετοχής τους στην έρευνα (**Πίνακας 2**).

**Πίνακας 2: Σύγκριση του κοινωνικοδημογραφικού προφίλ μεταξύ των μητέρων οι οποίες συμμετείχαν και δεν συμμετείχαν στην δεύτερη φάση της έρευνας (1ος μήνας)**

	<i>N=586</i>	<i>Συμμετέχουσες</i> <i>(N=371, 63.3%)</i>	<i>Μη Συμμετέχουσες</i> <i>(N=215, 36.7%)</i>	<i>p-value</i>
<b>Ηλικία</b>				
18-24 ετών	141	88 (25.1)	53 (25.9)	0.989
25-29 ετών	260	165 (47.0)	95 (46.3)	
30-34 ετών	117	74 (21.1)	43 (21.0)	
35-39 ετών	28	17 (4.8)	11 (5.4)	
≥ 40 ετών	10	7 (2.0)	3 (1.5)	
Δεν αναφέρθηκε	30	20 (5.4)	10 (4.7)	
<b>Εκπαίδευση</b>				
Δημοτικό	6	3 (0.8)	3 (1.5)	0.148
Γυμνάσιο/Λύκειο	235	158 (46.2)	77 (38.1)	
Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο	175	110 (32.2)	65 (32.2)	
Μεταπτυχιακό	128	71 (20.8)	57 (28.5)	
Δεν αναφέρθηκε	42	29 (7.8)	13 (6.0)	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
Παντρεμένη /Με σύντροφο	541	339 (97.4)	202 (97.1)	0.931
Ανύπαντρη	13	8 (2.3)	5 (2.4)	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση	2	1 (0.3)	1 (0.5)	
Δεν αναφέρθηκε	30	23 (6.2)	7 (3.3)	
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>				
Εργαζόμενη – Πλήρης απασχόληση	351	215 (62.0)	136 (66.0)	0.385
Εργαζόμενη – Μερική απασχόληση	63	38 (11.2)	25 (12.1)	
Άνεργη	139	94 (27.1)	45 (21.9)	
Δεν αναφέρθηκε	33	24 (6.5)	9 (4.2)	

	<b>N=586</b>	<b>Συμμετέχουσες (N=371, 63.3%)</b>	<b>Μη Συμμετέχουσες (N=215, 36.7%)</b>	<b>p-value</b>
<b>Καθαρό Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα</b>				
<= €1500	<b>231</b>	158 (51.3)	73 (39.5)	0.055
€1501- €3000	<b>190</b>	107 (34.7)	83 (45.1)	
€3001- €4500	<b>54</b>	31 (10.1)	23 (12.5)	
> €4501	<b>17</b>	12 (3.9)	5 (2.7)	
Δεν αναφέρθηκε	<b>94</b>	63 (17.0)	31 (14.4)	
<b>Χώρα καταγωγής</b>				
Κύπρια	<b>418</b>	253 (74.2)	165 (80.1)	0.115
Μη Κύπρια	<b>129</b>	88 (25.8)	41 (19.9)	
Δεν αναφέρθηκε	<b>39</b>	30 (8.1)	9 (4.2)	
<b>Είδος τοκετού</b>				
Φυσιολογικό	<b>241</b>	161 (44.7)	80 (38.5)	<0.001
Καισαρική τομή χωρίς γενική αναισθησία	<b>220</b>	128 (34.6)	92 (44.2)	
Καισαρική τομή με γενική αναισθησία	<b>96</b>	70 (19.4)	26 (12.5)	
Άλλο	<b>11</b>	1 (0.3)	10 (4.8)	
Δεν αναφέρθηκε	<b>17</b>	10 (2.7)	7 (3.3)	
<b>Αριθμός παιδιών στην οικογένεια</b>				
1 παιδί	<b>289</b>	180 (49.9)	109 (52.4)	0.559
2+ παιδιά	<b>280</b>	181 (50.1)	99 (47.6)	
Δεν αναφέρθηκε	<b>17</b>	10 (2.7)	7 (3.3)	
<b>Μητρικός Θηλασμός τις πρώτες 48 ώρες</b>				
Ναι	<b>474</b>	301 (88.3)	173 (87.8)	0.876
Όχι	<b>64</b>	40 (11.7)	24 (12.2)	
Δεν αναφέρθηκε	<b>31</b>	20 (5.5)	11 (5.3)	

	<b>N=586</b>	<b>Συμμετέχουσες</b> <b>(N=371, 63.3%)</b>	<b>Μη Συμμετέχουσες</b> <b>(N=215, 36.7%)</b>	<b>p-value</b>
<b>Μητρικός Θηλασμός την πρώτη ώρα</b>				
Ναι	<b>336</b>	128 (37.1)	80 (40.2)	0.474
Όχι	<b>208</b>	217 (62.9)	119 (59.8)	
Δεν αναφέρθηκε	<b>42</b>	26 (7.0)	16 (7.4)	
<b>Πρόθεση για Αποκλειστικό Μητρικό θηλασμό</b>				
Ναι	<b>426</b>	275 (79.5)	151 (74.8)	0.199
Όχι	<b>122</b>	71 (20.5)	51 (25.2)	
Δεν αναφέρθηκε	<b>21</b>	15 (4.2)	6 (2.9)	
<b>Αντιλαμβανόμενη Αυτοπεποίθηση στις 48 ώρες</b>				
<b>N</b>		<b>321</b>	<b>182</b>	
Μέσος (T.A)		3.44 (0.91)	3.31 (0.88)	0.150

## 1.2 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Η πλειοψηφία του δείγματος είχε ηλικία μεταξύ 25-29 ετών, τόσο στα δημόσια μαιευτήρια όσο και στα ιδιωτικά, με ποσοστό 43.2% και 48.9%, αντίστοιχα. Το 71.3% του δείγματος ήταν Κύπριες. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση η συντριπτική πλειοψηφία (92.4%) ήταν παντρεμένες ή συζούσαν, με μικρή διαφορά ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα (94.6% Vs 98.9%). Συνολικά, για τις μισές περίπου μητέρες ήταν ο πρώτος τους τοκετός, ενώ ποσοστό 32.1% και 15.6% των μητέρων είχαν δύο ή τρία και περισσότερα παιδιά αντίστοιχα. Μόνο ένας πολύ μικρός αριθμός των συμμετεχουσών δεν ανέφερε κάποιο από τα δημογραφικά στοιχεία που ζητήθηκαν με αποτέλεσμα ο αριθμός των ελλειπουσών τιμών να περιοριστεί σε λιγότερο από 7%, με εξαίρεση το εισόδημα (Πίνακας 3).

Βέβαια, ήταν εμφανές ότι το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των μητέρων διαφέρει μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Για παράδειγμα, ενώ το 63,8% των μητέρων στα ιδιωτικά μαιευτήρια ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευση (πτυχίο ή μεταπτυχιακό δίπλωμα), το αντίστοιχο ποσοστό στο δημόσιο δεν ξεπερνούσε το 41,7%. Η διαφορά αυτή εμφανίζεται και σε σχέση με άλλους δείκτες κοινωνικής θέσης αφού τις υπηρεσίες των ιδιωτικών μαιευτηρίων φαίνεται να επιλέγουν μητέρες που εργάζονταν με πλήρη απασχόληση, σε ποσοστό 73.1%. Αντίθετα, μόνο το 47.3% των μητέρων που γέννησαν στο δημόσιο μαιευτήριο ήταν εργαζόμενες με πλήρη απασχόληση. Ως προς το οικογενειακό εισόδημα, πάνω από τις μισές συμμετέχουσες από δημόσια μαιευτήρια δηλώνουν καθαρό οικογενειακό εισόδημα κάτω των €1500 μηνιαίως ενώ στον ιδιωτικό τομέα το αντίστοιχο ποσοστό είναι μόνο 34.1%. Τέλος, από το σύνολο των μητέρων που επέλεξαν τα δημόσια μαιευτήρια, το 40,6% των μητέρων δήλωσαν άνεργες σε αντίθεση με τα ιδιωτικά μαιευτήρια που οι άνεργες μητέρες δεν ξεπερνούσαν το 15,9%. Στα δημόσια μαιευτήρια, 1 στις 3 μητέρες ήταν μη κυπριακής καταγωγής ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον ιδιωτικό τομέα ήταν μόλις 17,4%, με την παρατηρούμενη διαφορά να είναι επίσης στατιστικά σημαντική ( $p\text{-value} < 0.001$ ).

Σημαντική διαφορά μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών μαιευτηρίων υπήρχε και ως προς το ποσοστό καισαρικών τομών, το οποίο κρίνεται γενικότερα ως ιδιαίτερα υψηλό αφού το συνολικό ποσοστό γεννήσεων με καισαρική τομή ανήλθε στο 53.9%. Μια στις 2 μητέρες στο δείγμα από τα δημόσια μαιευτήρια έφεραν στον κόσμο το παιδί τους με φυσιολογικό τοκετό (51.4%), ενώ στον ιδιωτικό τομέα το ποσοστό δεν ξεπερνούσε το 37.2% ( $p=0.008$ ). Τα επίσημα στοιχεία της μελέτης Περιγεννητικής Υγείας θέλει το ποσοστό Κ/Τ γύρω στο 37% και 52% σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα αντίστοιχα. Βέβαια αυτά τα στοιχεία είναι του 2007. Θεωρείται λιγότερο πιθανό η απόκλιση που παρατηρούμε σε αυτό το δείγμα να οφείλεται στη μεγαλύτερη συμμετοχή μητέρων που γέννησαν με Κ/Τ στην μελέτη, και περισσότερο πιθανό να υποδηλώνει μια περαιτέρω αύξηση στο ποσοστό των Κ/Τ τα τελευταία χρόνια.



**Πίνακας 3: Κοινωνικοδημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ξεχωριστά για τον Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα**

	<b>Δημόσια Μαιευτήρια</b>	<b>Ιδιωτικά Μαιευτήρια</b>	<b>Σύνολο</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Ηλικία</b>			
18-24 ετών	64 (31.1)	77 (22.0)	141(24.1)
25-29 ετών	89 (43.2)	171 (48.9)	260 (44.4)
30-34 ετών	41 (19.9)	76 (21.7)	117 (20.0)
35-39 ετών	7 (3.4)	21 (6.0)	28 (4.8)
≥ 40 ετών	5 (2.4)	5 (1.4)	10 (1.7)
Δεν αναφέρθηκε	6 (2.8)	24 (6.4)	30 (5.1)
<b>Εκπαίδευση†</b>			
Δημοτικό	2 (1.0)	4 (1.2)	6 (1.0)
Γυμνάσιο/Λύκειο	114 (57.3)	121 (35.1)	235 (40.1)
Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο	52 (26.1)	123 (35.7)	175 (29.9)
Μεταπτυχιακό	31 (15.6)	97 (28.1)	128 (21.8)
Δεν αναφέρθηκε	13 (6.1)	29 (7.8)	42 (7.2)
<b>Οικογενειακή κατάσταση†</b>			
Παντρεμένη /Με σύντροφο	193 (94.6)	348 (98.9)	541 (92.4)
Ανύπαντρη	9 (4.4)	4 (1.1)	13 (2.2)
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση	2 (1.0)	0 (0)	2 (0,3)
Δεν αναφέρθηκε	8 (3.8)	22 (5.9)	30 (5.1)
<b>Επαγγελματική απασχόληση†</b>			
Πλήρης απασχόληση	98 (47.3)	253 (73.1)	351 (59.9)
Μερική απασχόληση	25 (12.1)	38 (11.0)	63 (10.8)
Άνεργη	84 (40.6)	55 (15.9)	139 (23.7)
Δεν αναφέρθηκε	5 (2.4)	28 (7.5)	33 (5.6)

	Δημόσια Μαιευτήρια	Ιδιωτικά Μαιευτήρια	Σύνολο
<b>Καθαρό οικογενειακό εισόδημα/μήνα<sup>†</sup></b>			
<= €1500	122 (70.9)	109 (34.1)	231 (39.4)
€1501- €3000	38 (22.1)	152 (47.5)	190 (32.4)
€3001- €4500	8 (4.7)	46 (14.4)	54 (9.2)
> €4501	4 (2.3)	13 (4.1)	17 (2.9)
Δεν αναφέρθηκε	40 (18.9)	54 (14.4)	94 (16.0)
<b>Χώρα καταγωγής<sup>†</sup></b>			
Κύπρια	134 (66.0)	284 (82.6)	418 (71.3)
Μη Κύπρια	69 (34.0)	60 (17.4)	129 (22.0)
Δεν αναφέρθηκε	9 (4.2)	30 (8.0)	39 (6.7)
<b>Είδος τοκετού<sup>†</sup></b>			
Φυσιολογικό	108 (51.4)	133 (37.2)	241 (41.1)
Καισαρική τομή χωρίς γενική αναισθησία	69 (32.9)	151 (42.2)	220 (37.5)
Καισαρική τομή με γενική αναισθησία	31 (14.8)	65 (18.2)	96 (16.4)
Άλλο	2 (1)	9 (2.5)	11 (1.9)
Δεν αναφέρθηκε	2 (0.9)	15 (4.0)	17 (2.9)
<b>Αριθμός παιδιών στην οικογένεια<sup>†</sup></b>			
1 παιδί	89 (42.4)	200 (55.7)	289 (49.3)
2+ παιδιά	121 (57.6)	159 (44.3)	280 (47.8)
Δεν αναφέρθηκε	2 (0.9)	15 (4.0)	17 (2.9)

<sup>†</sup>Στατιστικά σημαντική διαφορά (p<0.05); Για όλες τις κατηγορικές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος Pearson Chi square

### 1.3 Αυτοπεποίθηση των μητέρων για το Μητρικό Θηλασμό

Αρχικά διενεργήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση με σκοπό να διερευνηθεί η εγκυρότητα εννοιολογικής δομής και αξιοπιστία του εργαλείου, όπως επίσης και για τα άλλα εργαλεία της έρευνας. Για το συγκεκριμένο εργαλείο, το οποίο γενικότερα έχει χρησιμοποιηθεί πολλές φορές σε αντίστοιχες μελέτες διεθνώς και γενικότερα θεωρείται μονοδιάστατο γίνεται ειδική αναφορά στο *Παράρτημα Γ*. Για τα υπόλοιπα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη δεν κρίθηκε σκόπιμο να αναφερθούμε στη στάθμιση των εργαλείων στο πλαίσιο της παρούσας έκθεσης. Αν και με βάση τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι εννοιολογικά το εργαλείο μετρά δύο διαφορετικές διαστάσεις της αυτοπεποίθησης («Αυτοπεποίθηση σε σχέση με την τεχνική πτυχή της διαδικασίας του θηλασμού» και «Αυτοπεποίθηση σε σχέση με τη γνωστική αντίληψη και εμπειρία του θηλασμού») για σκοπούς συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων με προηγούμενες δημοσιευμένες μελέτες, υπολογίστηκε μόνο ένα συνολικό σκορ.

Στο σύνολο της κλίμακας των 14 ερωτήσεων, ο βαθμός της αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης ήταν κατά μέσο όρο 3.40 (0.90 TA) σε κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων. Η τιμή αυτή αντιστοιχεί περίπου στο κέντρο της κλίμακας 1-5 (όπου 1=«δεν αισθάνομαι καμιά σιγουριά» 5=«αισθάνομαι μεγάλη σιγουριά»), και κρίνεται γενικότερα να αντανακλά σχετικά μέτρια επίπεδα αυτοπεποίθησης. Στον **Πίνακα 4** παρατίθενται τα αποτελέσματα της σχέσης της αυτοπεποίθησης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων. Όπως θα αναμενόταν, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σχετικά με τον μητρικό θηλασμό δήλωναν οι μητέρες με δύο ή περισσότερα παιδιά σε αντίθεση με τις μητέρες για τις οποίες ήταν το πρώτο τους παιδί (3.59 Vs 3.21  $p < 0.001$ ), το οποίο υποστηρίζει περαιτέρω την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής της κλίμακας μέσω της αντιπαραβολής γνωστών ομάδων (known-group validity). Βέβαια, τα επίπεδα αυτοπεποίθησης κρίνεται ως σχετικά χαμηλό ακόμα και στις μητέρες οι οποίες είχαν άλλα παιδιά στο παρελθόν. Συμμετέχουσες με πανεπιστημιακή εκπαίδευση μεταπτυχιακού επιπέδου παρουσίασαν τα χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης με μέση τιμή 3.22 (0.86 TA). Σε αντίθεση οι μητέρες με δημοτική εκπαίδευση δήλωσαν σχετικά μεγαλύτερη σιγουριά αναφορικά με το μητρικό θηλασμό (3.51; 0.83 TA) – αν και η διάφορα αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5% ( $p = 0.096$ ). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αυτοπεποίθηση για το ΜΘ ούτε ως προς την ηλικία, την επαγγελματική απασχόληση, το επίπεδο εκπαίδευσης ή το οικογενειακό εισόδημα.

**Πίνακας 4: Αυτοπεποίθηση ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του μητέρων**

	<b>Μέσος (Τ.Α.)</b>	<b>p-value</b>
<b>Ηλικία</b>		
18-24 ετών	3.44 (0.84)	0.441
25-29 ετών	3.39 (0.90)	
30-34 ετών	3.33 (0.97)	
35-39 ετών	3.46 (0.80)	
>40 ετών	3.90 (1.06)	
<b>Εκπαίδευση</b>		
Δημοτικό	3.51 (0.83)	0.096
Γυμνάσιο/Λύκειο	3.42 (0.91)	
Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο	3.49 (0.91)	
Μεταπτυχιακό	3.22 (0.86)	
<b>Επαγγελματική Απασχόληση</b>		
Εργαζόμενη – Πλήρης απασχόληση	3.34 (0.87)	
Μερική απασχόληση	3.48 (0.97)	0.116
Άνεργη	3.53 (0.94)	
<b>Καθαρό οικογενειακό εισόδημα/μήνα</b>		
≤ €1500	3.43 (0.90)	0.621
€1501- €3000	3.32 (0.86)	
€3001- €4500	3.46 (0.95)	
> €4501	3.35 (0.93)	
<b>Αριθμός παιδιών στην οικογένεια</b>		
1 παιδί	3.21 (0.83)	<0.001
2+ παιδιά	3.59 (0.92)	

#### 1.4 Εφαρμογή των «10 βημάτων» στα Δημόσια και Ιδιωτικά Μαιευτήρια

Στον Πίνακα 5 παρατίθενται οι ερωτήσεις του εργαλείου (WHO/UNICEF, 2006), με την αντιστοίχιση της κάθε ερώτησης ως προς το κάθε ένα από τα «δέκα βήματα» στο οποίο αναφέρεται.

Πίνακας 5: Ερωτήσεις εργαλείου WHO/UNICEF με αντιστοίχιση σε κάθε βήμα

Ερώτηση	Ερώτηση	Βήμα
2	Ενημέρωση της μητέρας από το προσωπικό (σε προσωπικό ή ομαδικό επίπεδο), κατά την προγεννητική περίοδο για την ορθή σίτιση του βρέφους	3
3	Παροχή πληροφοριών στη μητέρα από το προσωπικό για ένα ή περισσότερα από τα πιο κάτω θέματα: • τη σημασία της επαφής <i>δέρμα με δέρμα</i> αμέσως μετά τον τοκετό • τη σημασία της συγκατοίκησης μητέρας-μωρού κατά την παραμονή τους στη μαιευτική κλινική • τους κινδύνους από τη χορήγηση άλλων διατροφικών συμπληρωμάτων στο μωρό που θηλάζει	3
6	Χρονική στιγμή που κράτησε η μητέρα το βρέφος μετά τον τοκετό για πρώτη φορά: εντός μιας ώρας μετά τη γέννα	4
7	Τρόπος που κράτησε το μωρό της για πρώτη φορά: Εφαρμογή της πρακτικής «επαφή <i>δέρμα με δέρμα</i> » όταν η μητέρα κράτησε το μωρό της για πρώτη φορά	4
9	Το χρονικό διάστημα που κράτησε το μωρό της την πρώτη φορά: μέχρι μια ώρα ή περισσότερο	4
10	Προσφορά βοήθειας γύρω από τον θηλασμό, κατά τη παραμονή της στη μαιευτική κλινική.	4&5
11	Βοήθεια από το προσωπικό σχετικά με την τοποθέτηση και την επαφή του βρέφους κατά τον θηλασμό πριν την έξοδο από την κλινική	5
12	Παροχή πληροφοριών από το προσωπικό σχετικά με την άντληση γάλακτος με το χέρι σας	5
16	Δεν χορηγήθηκε στο μωρό κάτι άλλο (εκτός από μητρικό γάλα) από τη στιγμή που γεννήθηκε.	6
17	Δόθηκε κάποιο από τα πιο κάτω: Γάλα σε σκόνη • Νερό ή νερό με γλυκόζη • Άλλα υγρά	6
19	Ενημέρωση της μητέρας για τη χορήγηση συμπληρώματος	6
13	Συνεχής παραμονή του βρέφους με τη μητέρα όσο ήταν στο μαιευτικό τμήμα (Rooming in)	7
14	Παροχή συμβουλών σχετικά με τη συχνότητα της σίτισης του μωρού	8
15	Παροχή συμβουλών για το χρονικό διάστημα που πρέπει το μωρό να θηλάζει	8
21	Δεν χορηγήθηκε στο μωρό πιπίλα από το προσωπικό	9
22	Εάν ναι, ήταν επιλογή της μητέρας η χορήγηση πιπίλας.	9
23	Δεν δόθηκαν κάποια φυλλάδια ή τρόφιμα που προωθούν τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος	κώδικας
24	Έγιναν υποδείξεις σχετικά με την υποστήριξη της μητέρας στο ΜΘ μετά την έξοδο από το μαιευτήριο	10

Στον **Πίνακα 6** παρατίθεται το ποσοστό των μητέρων που απάντησαν θετικά στην κάθε μια από τις πιο πάνω ερωτήσεις. Υψηλότερα ποσοστά εφαρμογής του βήματος καταγράφηκαν στην ερώτηση «αν δέχθηκαν οποιαδήποτε βοήθεια γύρω από τον θηλασμό κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο», (4<sup>ο</sup> & 5<sup>ο</sup> βήμα, ερώτηση 10) με ποσοστό 83.0% και 84.1% στα ιδιωτικά και δημόσια μαιευτήρια, αντίστοιχα. Παρόμοια ήταν τα ποσοστά εφαρμογής του Βήματος 5/ Ερώτηση 11 με ελαφρώς υψηλότερο να παρατηρείται το ποσοστό των μητέρων (80.9%) που έλαβε βοήθεια σχετικά με την τοποθέτηση του βρέφους κατά το θηλασμό στα δημόσια μαιευτήρια, σε σχέση με το ιδιωτικό τομέα (73.1%). Στην ερώτηση «πόση ώρα μετά τον τοκετό κρατήσατε το βρέφος για πρώτη φορά» (βήμα 4<sup>ο</sup>, ερώτηση 6) υψηλότερο ποσοστό καταγράφηκε στα ιδιωτικά μαιευτήρια με ποσοστό 71.4% των μητέρων να απαντά ότι κράτησαν το μωρό τους εντός μιας ώρας (συμπεριλαμβάνει και τις απαντήσεις: αμέσως – μέχρι μια ώρα).

Στα ιδιωτικά μαιευτήρια, αναφορικά με την ερώτηση «αν ενημερώθηκε η μητέρα για τη χορήγηση συμπληρώματος» (βήμα 6<sup>ο</sup> ερώτηση 19) ποσοστό 63.4% απάντησαν θετικά. Το υψηλότερο ποσοστό για την πλήρη εφαρμογή του ΑΜΘ (βήμα 6ο ερώτηση 16) είχαν τα δημόσια μαιευτήρια με 23.6% με τα ιδιωτικά μαιευτήρια να μην ξεπερνούν το 16.0%. Στο ερώτημα «εάν το μωρό βρισκόταν συνεχώς με την μητέρα (rooming in)», τα δημόσια μαιευτήρια παρουσίαζαν τριπλάσιο ποσοστό (59.3%) από τα ιδιωτικά (19.5%) (Βήμα 7, Ερώτηση 13). Μικρότερο ήταν το ποσοστό που απάντησε θετικά στο ερώτημα εάν έλαβε βοήθεια σχετικά με την πρακτική άντλησης του μητρικού γάλακτος με το χέρι με το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα να παρουσιάζουν παρόμοια εικόνα (57.5% και 54.9% αντίστοιχα). Στο ερώτημα εάν δόθηκε στο μωρό πιπίλα, περίπου το διπλάσιο ποσοστό των μητέρων στα δημόσια μαιευτήρια (59.9%) από ότι στα ιδιωτικά (31.6%) απάντησαν αρνητικά (Βήμα 8<sup>ο</sup>, Ερώτηση 21). Πολύ χαμηλά ποσοστά παρατηρήθηκαν και στην εφαρμογή του βήματος 4 (Ερώτηση 7). Μόνο το 26.1% απάντησε θετικά στο ερώτημα εάν κράτησαν το μωρό τους «δέρμα με δέρμα», με το δημόσιο και το ιδιωτικό τομέα να παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά (26.9% και 25.7% αντίστοιχα).

Το *διάγραμμα 1* παρουσιάζει μια συνοπτική εικόνα και μια συγκριτική παρουσίαση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε σχέση με το βαθμό εφαρμογής των 10 βημάτων, όπως και του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος με βάση την αυτοαναφερόμενη εμπειρία των ίδιων των μητέρων (με εξαίρεση τα βήματα 1 και 2, τα οποία αναφέρονται στην ύπαρξη γραπτής πολιτικής από το μαιευτήριο και την εκπαίδευση του προσωπικού, και επομένως τα στοιχεία βασίζονται στις απαντήσεις του προσωπικού). Στο διάγραμμα εμφανίζονται επίσης τα εικονίδια που κατασκευάστηκαν ειδικά για σκοπούς επικοινωνιακής παρουσίασης των αποτελεσμάτων της μελέτης. Το κάθε ένα αντιστοιχεί σε κάθε ένα από τα 10 βήματα και των Κώδικα Εμπορίας.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή των 10 βημάτων στα Κυπριακά μαιευτήρια εμφανίζεται μη συστηματική και αποσπασματική, με κάποιες εξαιρέσεις ως προς συγκεκριμένες πτυχές, όπως, για παράδειγμα, η παροχή πρακτικής βοήθειας (βήμα 5) και σε μέτριο βαθμό η παροχή ορθών συμβουλών από το προσωπικό σε σχέση με τη διαχείριση του θηλασμού. Ως προς το θηλασμό με βάση τη ζήτηση – δηλαδή, *όποτε και για όση ώρα χρειάζεται*, γύρω στις μισές περίπου μαμάδες δήλωσαν ότι τους δόθηκαν οι σχετικές συμβουλές. Ενδεικτικό της «μη συστηματικής» εφαρμογής καλών πρακτικών είναι το πολύ χαμηλό ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού ακόμα και τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό αφού μόνο 2 στις 10 μητέρες θήλασαν αποκλειστικά κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο. Αν και ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό των μητέρων δηλώνουν ότι κράτησαν το μωρό τους εντός της μιας ώρας από το τοκετό, μόνο 1 στις 4 μητέρες απάντησε θετικά σε σχέση με την δερματική επαφή (skin-to skin) με το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα να παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά.

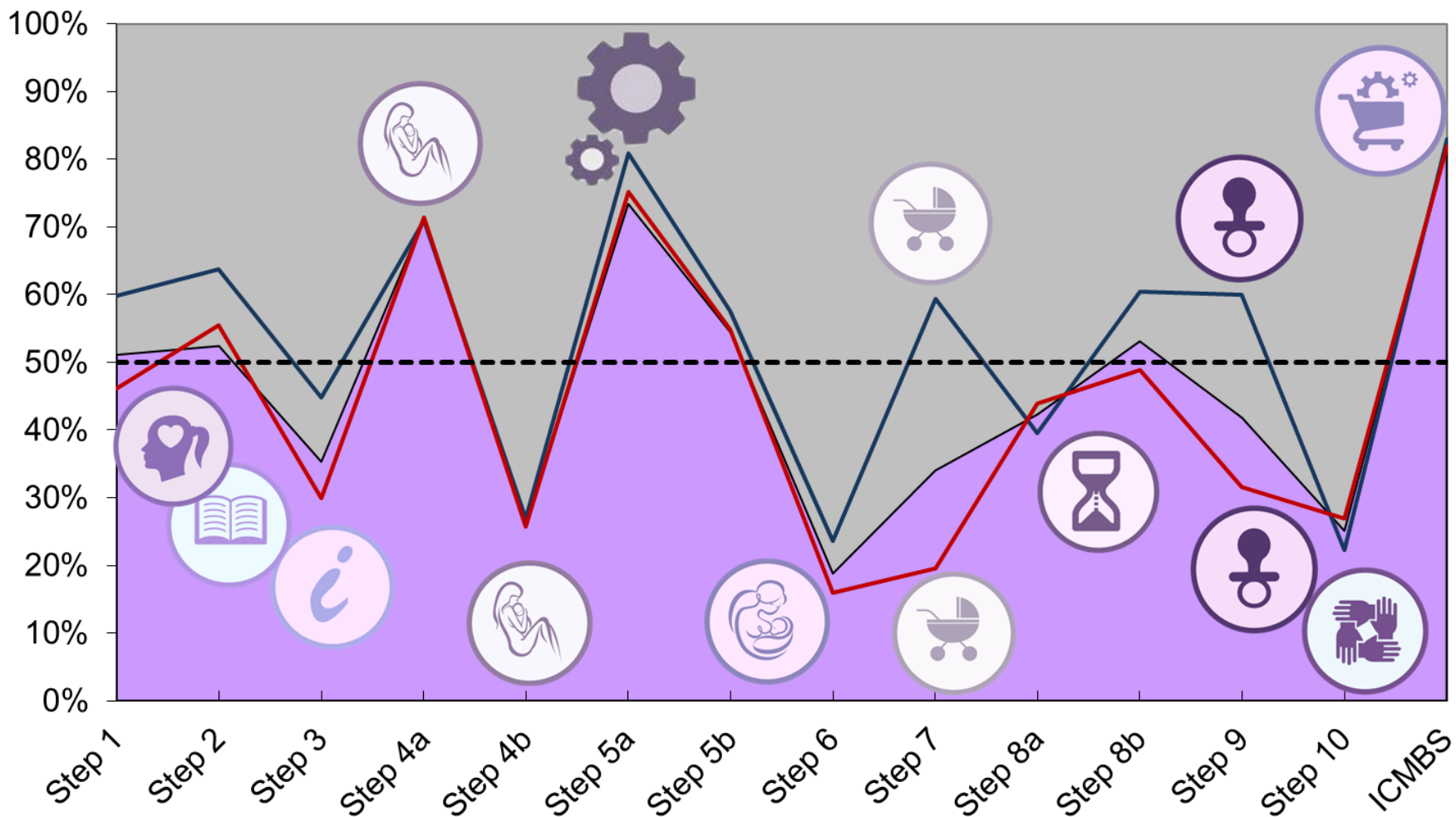
Η πιο εμφανής διαφορά μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ήταν σε σχέση με την πρακτική της συγκατοίκησης και την χορήγηση πιπίλων. Για παράδειγμα, στο ερώτημα «εάν το μωρό βρισκόταν συνεχώς με την μητέρα», η εικόνα εμφανίζεται καλύτερη στα δημόσια μαιευτήρια (γύρω στο 60%) απ' ό,τι στα ιδιωτικά, όπου μόνο 1 στις 5 μητέρες απαντούν θετικά. Σε σχέση με τη χορήγηση πιπίλων, η συγκεκριμένη πρακτική φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένη στα ιδιωτικά μαιευτήρια συγκριτικά με τα δημόσια. Τέλος, μόνο 1 στις 4 μαμάδες δήλωσαν ότι τους δόθηκαν συμβουλές σε σχέση με την παροχή βοήθειας μετά το εξιτήριο από την κλινική, κάτι που ίσως δεν ξαφνιάζει λόγω της έλλειψης δομών ή/και δράσεων στήριξης του θηλασμού στην κοινότητα. Από την άλλη, αποτελεί ιδιαίτερα θετική ένδειξη συμμόρφωσης των Κυπριακών Μαιευτηρίων με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος το γεγονός ότι 81,9% των μαμάδων δήλωσαν πως δεν τους χορηγήθηκαν ενώσω στη κλινική φυλλάδια ή τρόφιμα που να προωθούν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Βέβαια, πρέπει να αναφερθεί ότι το γεγονός ότι αυτή είναι μια πρακτική (εκ μέρους των εταιρειών και αντιπροσώπων), η οποία πιο συχνά παρατηρείται λίγο πριν το εξιτήριο της μητέρας από το μαιευτήριο, ενδεχομένως η μελέτη να μην κατάγραψε την πραγματική εικόνα όσον αφορά αυτή τη σημαντική πτυχή αφού η συλλογή των δεδομένων έγινε μεταξύ 24 ωρών και όχι αργότερα από 48 ώρες από το τοκετό.

Πίνακας 6: Ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με την εφαρμογή των «10 βημάτων» και του διεθνή κώδικα με βάση τις ερωτήσεις του εργαλείου των WHO & UNICEF τόσο στο σύνολο των συμμετεχουσών όσο και ξεχωριστά στα μαιευτήρια του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

		Δημόσιο	Ιδιωτικά	Σύνολο
ΒΗΜΑ	ΕΡΩΤΗΣΗ	%	%	%
3	2	44.8	29.9	35.3
	3	47.6	34.0	38.9
4	6	70.9	71.4	71.1
	7	26.9	25.7	26.1
	9	73.6	82.1	79.0
5	10	83.0	84.8	84.1
	11	80.9	75.1	73.4
	12	57.5	54.9	54.4
6	16	23.6	16.0	18.8
	17	74.1	82.4	79.4
	19	53.8	63.4	59.9
7	13	59.4	19.5	34.0
8	14	39.6	43.9	42.3
	15	60.4	48.9	53.1
9	21	59.9	31.6	41.8
	22	44.8	34.2	38.1
Κώδικας	23	83.0	81.3	81.9
10	24	22.2	26.7	25.1



Διάγραμμα 1: Βαθμός εφαρμογής των 10 βημάτων στα μαιευτήρια της Κύπρου (μωβ γραμμή) όπως και μια συγκριτική παρουσίαση των παρατηρούμενων διαφορών στην εφαρμογή των βημάτων μεταξύ μαιευτηρίων του δημόσιου (μπλε γραμμή) και ιδιωτικού (κόκκινη γραμμή) τομέα.



### 1.5 Εφαρμογή του Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος

Σύμφωνα με τον Πίνακα 6, πιο πάνω, ποσοστό 81.9% δήλωσε πως δεν τους χορηγήθηκαν φυλλάδια ή τρόφιμα που να προωθούν τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος. Το ποσοστό για την εφαρμογή του κώδικα εμφανίστηκε οριακά υψηλότερο στο δημόσιο τομέα (83.1% Vs 81.3%) αν και η παρατηρούμενη διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0.60$ ). Στο σύνολο των ατόμων που απάντησαν θετικά, μόνο 74 έδωσαν περαιτέρω πληροφορίες αναφορικά με τη κύρια μορφή πληροφόρησής. Περίπου οι μισοί δήλωσαν ότι τους δόθηκαν φυλλάδια και οι άλλοι μισοί ότι τους δόθηκαν δωρεάν δείγματα, ενώ το φαινόμενο να δίνονται φυλλάδια και δωρεάν δείγματα μαζί φαίνεται να είναι συχνότερο στον ιδιωτικό τομέα (Πίνακας 8).

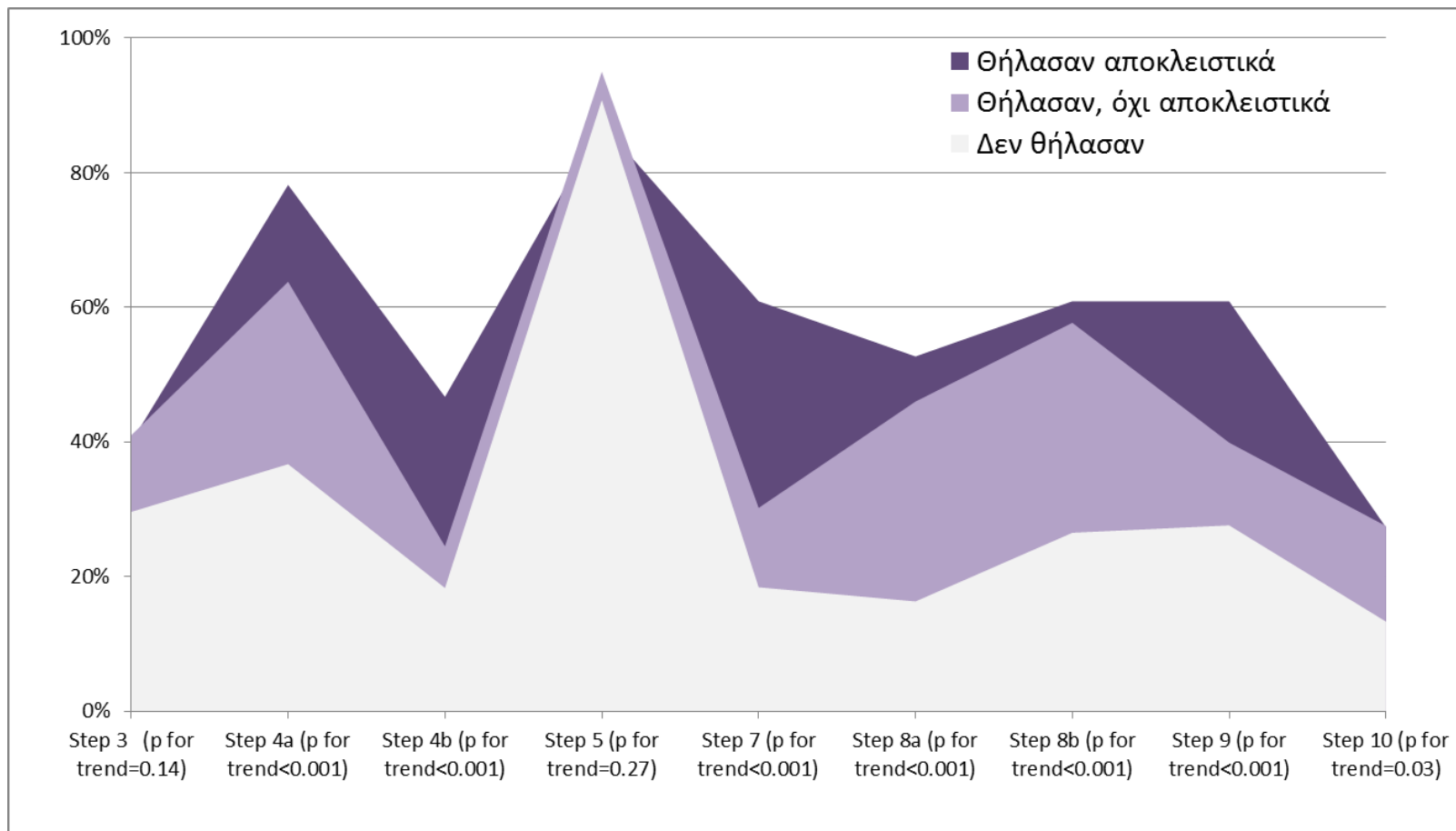
**Πίνακας 7: Παροχή πληροφοριών για την χορήγηση φυλλαδίων ή τροφίμων που να προωθούν τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος.**

		Δημόσιο	Ιδιωτικό
Είδος Πληροφόρησης	Φυλλάδια/ Διαφημιστικά	12 (48.0)	20 (40.8)
	Δωρεάν Δείγματα	10 (40.8)	18 (36.7)
	Και τα δυο είδη	3 (12.0)	14 (22.4)

### 1.6 Σχέση του βαθμού εφαρμογής των 1<sup>ο</sup> βημάτων με τον θηλασμό

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον ότι ο βαθμός εφαρμογής των βημάτων σχετίζεται με το θηλασμό έτσι ώστε οι μητέρες που θήλασαν, και ακόμα παραπάνω αυτές που θήλασαν αποκλειστικά, να είναι πιο πιθανό να δηλώσουν ότι είχαν την εμπειρία των «10 βημάτων». Μόνη εξαίρεση αποτελεί το βήμα 5, το οποίο αναφέρεται στην προσφορά πρακτικής βοήθειας από το προσωπικό, ενώ αναφορικά με όλα τα υπόλοιπα βήματα παρουσιάζεται με συστηματικό τρόπο μια κλιμάκωση στο βαθμό εφαρμογής των βημάτων. Λόγω της περιγραφικής (συγχρονικής) φύσης της μελέτη, δεν μπορούμε να υποθέσουμε ότι αυτή η σχέση φανερώνει την ευεργετική επίδραση της εφαρμογής των βημάτων στον επιτυχή έναρξη και αποκλειστικότητα του θηλασμού. Είναι εξίσου πιθανό (αν όχι και πιο πιθανό) ότι η παρατηρούμενη σχέση είναι αποτέλεσμα αντίστροφης αιτιότητας, με άλλα λόγια, οι μητέρες που είχαν πρόθεση να θηλάσουν, και μάλιστα να θηλάσουν αποκλειστικά, ήταν πιο πιθανό να απαιτήσουν για τις ίδιες να εφαρμοστούν τα «10 βήματα» ή τουλάχιστον κάποια από αυτά. Αυτό βέβαια είναι ένα εξίσου σημαντικό αποτέλεσμα αφού υποστηρίζει τη σημασία της ορθής ενημέρωσης, εκπαίδευσης και ενδυνάμωσης της μητέρας από την προγεννητική περίοδο. Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι το ποσοστό των μητέρων που δήλωσαν ότι κράτησαν το μωρό τους εντός της μιας ώρας, δέρμα με δέρμα (βήμα 4) και έλαβαν βοήθεια από το προσωπικό στην τοποθέτηση του μωρού στο στήθος (βήμα 5) είναι μόνο 20%. Αν παράλληλα με τα δυο αυτά βήματα, συνυπολογίσουμε τις ορθές συμβουλές σε σχέση με τη σίτιση του βρέφους χωρίς περιορισμούς και με βάση τη ζήτηση, τότε το ποσοστό μειώνεται στο 7,7%. Ποσοστό μικρότερο του 1% των μητέρων δηλώνει ότι είχε εμπειρία όλων των βημάτων.

**Διάγραμμα 2: Βαθμός εφαρμογής των 10 βημάτων στα μαιευτήρια της Κύπρου όπως δηλώθηκε από μητέρες οι οποίες θήλασαν αποκλειστικά (σκούρο μωβ), όσες θήλασαν, αλλά όχι αποκλειστικά (ανοικτό μωβ), και όσες δεν θήλασαν καθόλου κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο.**



### 1.7 Προηγούμενη εμπειρία και προσδοκία των μητέρων αναφορικά με τον ΜΘ

Από το σύνολο των μητέρων των οποίων δεν ήταν το πρώτο τους παιδί, 84.3% απάντησαν πως θήλασαν άλλο μωρό στο παρελθόν, εκ των οποίων μόνο το 46.1% δήλωσαν πως θήλασαν αποκλειστικά. Ένα σημαντικό ποσοστό των μητέρων (77.7%) δήλωσαν πως θα ήθελαν να θηλάσουν το μωρό τους αποκλειστικά και από αυτές ποσοστό 93.5% δήλωσαν ότι θα ήθελαν να κρατήσει ο ΑΜΘ για τους πρώτους 6 μήνες. Η ασυμφωνία που παρατηρείται μεταξύ της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει αποκλειστικά και του γεγονότος ότι μόνο 18,8% πράγματι θήλασαν αποκλειστικά ενώσω στη κλινική οφείλεται σε κάποιο βαθμό στην παρανόηση του όρου «αποκλειστικός θηλασμός» εν μέρους των μητέρων ο οποίος πέραν από τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος, δεν συμπεριλαμβάνει γενικότερα οποιαδήποτε άλλα υγρά (π.χ. νερό, τσάι).

**Πίνακας 8: Πληροφορίες για προηγούμενη εμπειρία και πρόθεση για το ΜΘ**

	Ναι	Όχι
Προηγούμενη Εμπειρία Θηλασμού	243 (84.3)	97 (28.5)
Προηγούμενη Εμπειρία Αποκλειστικού Θηλασμού διάρκειας έξι μηνών	112 (46.1)	129 (53.5)
Πρόθεση για Αποκλειστικό Θηλασμό	426 (77.7)	122 (22.3)
Πρόθεση διάρκειας του αποκλειστικού Θηλασμού για 6 μήνες	391 (93.5)	27 (6.5)

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 9**, 35.5% των μητέρων δήλωσαν πως θήλασαν το νεογέννητο μωρό τους κατά την πρώτη ώρα γέννησής του. Το ποσοστό των μητέρων που θήλασαν αυξήθηκε στο 83.4% μέχρι τις πρώτες 48 ώρες, με τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα να παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά (83.7% Vs 83.0% αντίστοιχα). Εντούτοις ο αποκλειστικός θηλασμός παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα από τα πρώτες κιόλας 48 ώρες αφού δεν ξεπερνά το 18.8%, με το δημόσιο να παρουσιάζει κάπως υψηλότερο ποσοστό (24.4%) σε σχέση με τις ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές (17.3 %).

**Πίνακας 9: Μητρικός Θηλασμός στα μαιευτήρια του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα**

	Θηλασμός (%)		Αποκλειστικός Θηλασμός (%)
	1 <sup>η</sup> Ώρα	48 Ώρες	48 Ώρες
<b>Δημόσιο (%)</b>	37.7	83.0	23.6
<b>Ιδιωτικό (%)</b>	34.2	83.7	16.0
<b>ΣΥΝΟΛΟ (%)</b>	35.5	83.4	18.8

Σε επίπεδο επαρχιών, τα υψηλότερα ποσοστά μητρικού θηλασμού τόσο κατά την πρώτη ώρα όσο και εντός 48 ωρών παρατηρούνται στις επαρχίες Λευκωσία, Λεμεσού και Αμμοχώστου. Αντίθετα, η επαρχία Πάφου παρουσιάζει τα

χαμηλότερα ποσοστά με μεγάλη διαφορά, συγκριτικά με τις υπόλοιπες επαρχίες αφού το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν κατά την πρώτη ώρα δεν ξεπερνά το 6.7%, με παρόμοια χαμηλά ποσοστά τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, ενώ φτάνει μόλις στο 70.0% κατά τις 48 πρώτες ώρες. Στη δεύτερη θέση με τα χαμηλότερα ποσοστά βρίσκεται η Λάρνακα (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10: Μητρικός Θηλασμός στα μαιευτήρια του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα σε όλες τις επαρχίες της Κύπρου πρώτη και 48 ώρες μετά τον τοκετό**

	Δημόσιο (%)		Ιδιωτικό (%)		ΣΥΝΟΛΟ (%)	
	1 <sup>η</sup> Ώρα	48 Ώρες	1 <sup>η</sup> Ώρα	48 Ώρες	1 <sup>η</sup> Ώρα	48 Ώρες
Λευκωσία (%)	61.4	88.6	38.0	88.3	44.8	88.4
Λεμεσός (%)	26.0	74.0	46.3	88.4	39.3	83.9
Λάρνακα (%)	26.3	86.8	17.5	68.4	21.1	75.8
Πάφος (%)	7.4	70.4	6.1	69.7	6.7	70.0
Αμμόχωστος (%)	44.4	92.6	38.9	88.9	42.2	91.1

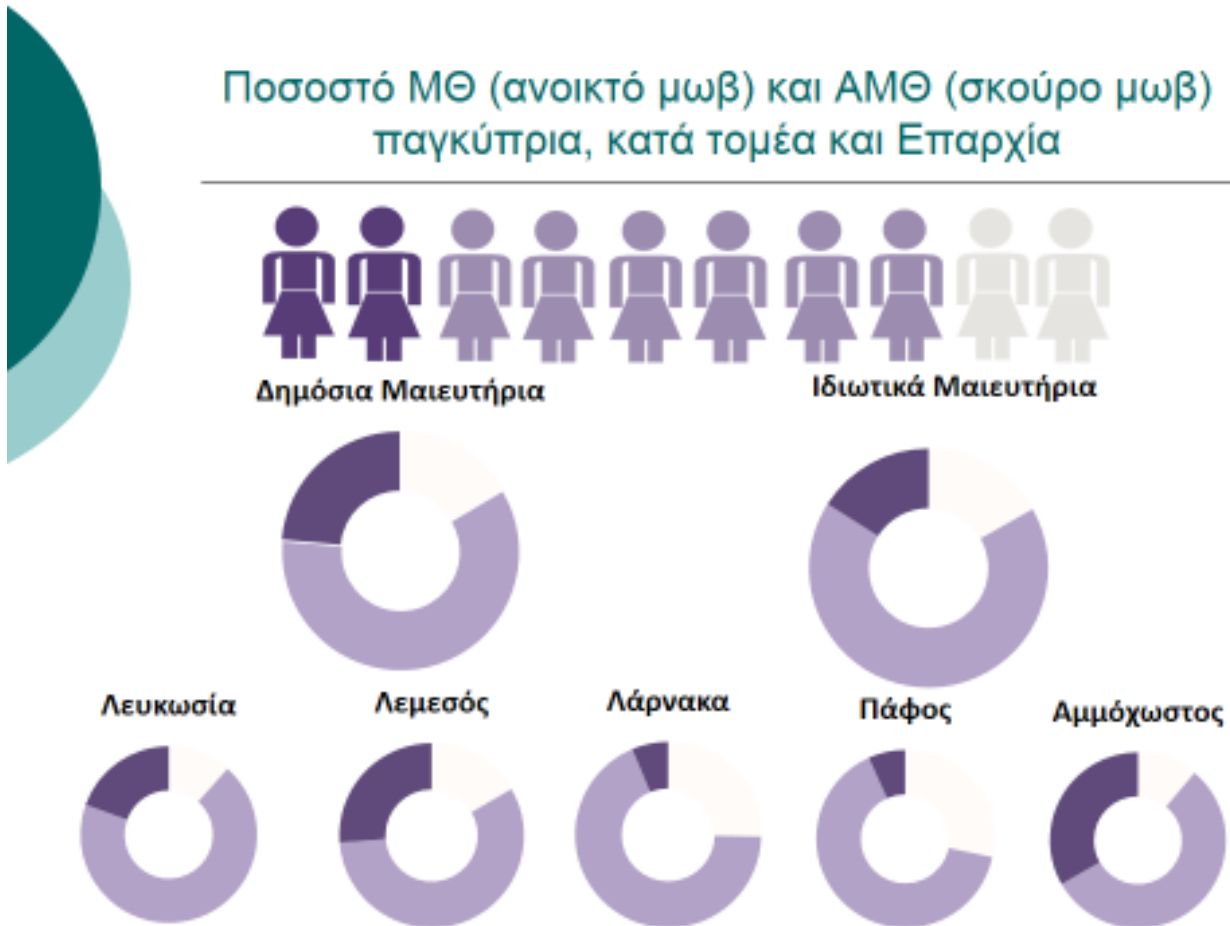
Ιδιαίτερα χαμηλά εμφανίζονται τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού σε όλες τις Επαρχίες. Κυμαίνονται από 6.3% και 6,7% σε επαρχία Λάρνακας και Πάφου με τα ποσοστά σε Λευκωσία, Λεμεσό και Αμμόχωστο να εμφανίζονται υψηλότερα (19,5%-33,3%). Το δημόσιο παρουσιάζει γενικότερα υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού με την μεγαλύτερη διαφορά να εμφανίζεται στην Επαρχία Λευκωσίας ενώ εξαίρεση αποτελεί η επαρχία Αμμοχώστου (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11: Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός στα μαιευτήρια του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα σε όλες τις επαρχίες της Κύπρου**

	Δημόσιο (%)	Ιδιωτικό (%)	ΣΥΝΟΛΟ (%)
Λευκωσία (%)	31.4	14.6	19.5
Λεμεσός (%)	30.0	24.2	26.2
Λάρνακα (%)	7.9	5.3	6.3
Πάφος (%)	7.4	6.1	6.7
Αμμόχωστος (%)	29.6	38.9	33.3

Τα πιο πάνω αποτελέσματα συνοψίζονται στο **διάγραμμα 3** το οποίο παρουσιάζει μια συγκριτική εικόνα μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όπως και σε επίπεδο Επαρχιών ως προς το ποσοστό έναρξης και αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού, όπου γίνεται εμφανές ότι οι μεγαλύτερες ελλείψεις παρατηρούνται σε Λάρνακα και Πάφο ενώ ο αποκλειστικός θηλασμός είναι γενικότερα σε χαμηλά επίπεδα σε όλες τις Επαρχίες και εμφανίζεται μόνο ελαφρώς αυξημένος στο Δημόσιο τομέα.

Διάγραμμα 3: Συγκριτική παρουσίαση του ποσοστού μητρικού θηλασμού και αποκλειστικού μητρικού θηλασμού σε δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια και κατά Επαρχίες.



## **A2. Στάσεις και Απόψεις των Επαγγελματιών Υγείας για την Εφαρμογή των «10 Βημάτων»**

### **2.1 Κοινωνικοεπαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ΕΥ**

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 12, 44.2% του τελικού δείγματος των Επαγγελματιών Υγείας (N=234) που συμμετείχαν στην μελέτη εργάζεται στο δημόσιο τομέα και το 51.5% εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα, στο δημόσιο τομέα το 63.7% είναι νοσηλεύτριες-μαίες (νοσηλεύτριες γενικής νοσηλευτικής με εξειδίκευση στη μαιευτική) και το 23.5% είναι μαίες. Στον ιδιωτικό τομέα, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 18.3% και 22.1% αφού φαίνεται να εργάζεται μεγάλο ποσοστό νοσηλευτριών γενικής νοσηλευτικής (52.5%).

Από τις συμμετέχουσες, το 55.0% είναι κάτοχοι πτυχίου (75.5% δημόσιο, 37.0% ιδιωτικό), 13.4% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή άλλου τίτλου σπουδών (19.6% δημόσιο, 5.9% ιδιωτικό), ενώ στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει ποσοστό 28.4% επαγγελματιών υγείας που κατέχει μόνο δίπλωμα. Όσον αφορά το χρονικό διάστημα υπηρεσίας 33.3% και 53.3% στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα αντίστοιχα δήλωσαν ότι εργάζονται στο συγκεκριμένο μαιευτικό τμήμα από 6 μήνες (το ελάχιστο κριτήριο για συμμετοχή στην έρευνα) μέχρι και 5 χρόνια, ενώ 27.5% και 11.5% δηλώνουν από 5-10 χρόνια, και 31.4% και 35.2% πάνω από 10 χρόνια σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα αντίστοιχα.

Από τις συμμετέχουσες, το 58,6% (73.5% στο δημόσιο, 50.9% στον ιδιωτικό) έχει τεκνοποιήσει και ποσοστό 58.6% (71.6% στο δημόσιο, 47.9% στον ιδιωτικό) είχε προσωπική εμπειρία του μητρικού θηλασμού. Ειδικότερα, στο ερώτημα για τη διάρκεια της χρονικής περιόδου του θηλασμού, συνολικά το 68.6% δήλωσε ότι θήλασε από 1-6 μήνες, ενώ το 16.1% θήλασε μέχρι τους 12 μήνες και το 9.5% θήλασε μέχρι τον πρώτο μήνα ζωής του βρέφους

Στο ερώτημα που αφορά κατά πόσο έτυχαν κάποιας εκπαίδευση σε θέματα θηλασμού κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ποσοστό 84.8% έδωσαν θετική απάντηση. Συγκεκριμένα, στον δημόσιο τομέα το 37.3% απάντησε ότι συμμετείχε σε «μια εκπαιδευτική δραστηριότητα» και το 47.1% «δύο ή περισσότερες». Στον ιδιωτικό τομέα αντίστοιχες απαντήσεις έδωσε το 31.9% και το 22.7%. Τέλος, στον δημόσιο τομέα μόνο το 1% και στον ιδιωτικό τομέα το 12.6% των συμμετεχουσών δηλώνουν ότι είναι πιστοποιημένοι σύμβουλοι γαλουχίας (IBCLC).

**Πίνακας 12: Κοινωνικοεπαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα αντίστοιχα**

	Δημόσιος τομέας	Ιδιωτικός Τομέας	Σύνολο	p-value
	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Προσόντα</b>				
Νοσηλεύτρια Γενικής Νοσηλευτικής	62 (60.8)	68 (57.1)	130 (56.3)	<0.001
Νοσηλεύτρια-Μαία	29 (28.4)	23 (19.3)	60 (26.0)	
Μαία	10 (9.8)	22 (18.5)	34 (14.7)	
Δε δηλώθηκε	1 (1)	6 (5.0)	7 (3.0)	
<b>Εκπαίδευση</b>				
Δίπλωμα	4 (3.9)	62 (52.1)	66 (28.6)	<0.001
Πτυχίο	77 (75.5)	44 (37.0)	127 (55.0)	
Μεταπτυχιακό ή άλλο	20 (19.6)	7 (5.9)	31 (13.4)	
Δε δηλώθηκε	1 (1.0)	6 (5.0)	7 (3.0)	
<b>Χρονικό Διάστημα Υπηρεσίας</b>				
6μήνες-5 χρόνια	34 (33.3)	65 (53.3)	102 (43.6)	0.013
5-10 χρόνια	28 (27.5)	14 (11.5)	42 (17.9)	
>10 χρόνια	32 (31.4)	43 (35.2)	66 (28.2)	
Δε δηλώθηκε	8 (7.8)	16 (13.1)	24 (10.3)	
<b>Τεκνοποίηση</b>				
Ναι	73 (71.6)	57 (47.9)	139 (58.6)	.001
Όχι	25 (24.5)	50 (42.0)	79 (33.3)	
Δε δηλώθηκε	4 (3.9)	12 (10.1)	19 (8.0)	
<b>Προσωπική Εμπειρία Μ. Θηλασμού</b>				
Ναι	66 (90.4)	52 (91.2)	127 (91.4)	0.562
Όχι	6 (8.2)	3 (5.3)	9 (6.5)	
Δε δηλώθηκε	1 (1.4)	2 (6.9)	2 (1.4)	



## **2.2 Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης των πρακτικών του μαιευτηρίου με τα «Δέκα Βήματα» και το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος**

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα ποσοστά θετικών απαντήσεων στο κάθε επιμέρους σημείο των «Δέκα Βημάτων» με φθίνουσα σειρά κατάταξης στο σύνολο των απαντήσεων. Το κάθε βήμα έχει σκιαγραφηθεί με διαφορετικό χρώμα έτσι ώστε να διευκολύνει την οπτική απεικόνιση τόσο της κατάταξης (ως προς το βαθμό εφαρμογής) όσο και της συγκέντρωσης των επιμέρους ερωτημάτων του κάθε βήματος (δηλαδή, τη γενικότερη τάση κάποια σημεία του ίδιου βήματος να συγκεντρώνουν παρόμοια ποσοστά). Στο Παράρτημα Δ εμφανίζεται αναλυτικός πίνακας όπου περιγράφεται το κάθε επιμέρους σημείο.

Γενικότερα διαφαίνεται μια τάση υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης να συγκεντρώνουν οι επιμέρους πτυχές του βήματος 5: «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας» (με όλα τα επιμέρους σημεία να λαμβάνουν ποσοστά άνω του 75%), του βήματος 8: «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» (όλα τα σημεία ποσοστά συμμόρφωσης άνω του 80%) καθώς και του βήματος 3: «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό», με εξαίρεση ίσως τη σημασία της δερματικής επαφής, της χορήγησης συμπληρωμάτων και της προστασία από διαφημιστική προώθηση, ζητήματα τα οποία τυγχάνουν χαμηλότερης εφαρμογής από το προσωπικό αφού ποσοστό χαμηλότερο από 50% απαντά θετικά.

Τα χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης φαίνεται να έχουν γενικότερα το βήμα 1: «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής» (με 7 στα 8 υποερωτήματα με ποσοστά εφαρμογής γύρω ή κάτω από 50%) και το βήμα 2 «εκπαίδευση του προσωπικού» (τα μισά υποερωτήματα με ποσοστά κάτω του 50%). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως ενώ υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου κάποια από τα επιμέρους ερωτήματα κάποιου «βήματος» αξιολογούνται θετικά από το προσωπικό (για παράδειγμα, πάνω από 80%), τα υπόλοιπα αξιολογούνται με πολύ χαμηλότερα ποσοστά. Για παράδειγμα, τα επιμέρους στοιχεία του βήματος 2: «εκπαίδευση προσωπικού», του βήματος 9: «χρήση υποκατάστατων-πιπίλων» και του βήματος 10: «στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο» παρουσιάζονται σε όλο το εύρος του πίνακα και όχι συγκεντρωμένα είτε προς τα «πάνω» είτε προς τα «κάτω». Τέλος, το βήμα 4 «έναρξη θηλασμού» και το βήμα 6 «αποκλειστικός θηλασμός» παρουσιάζουν μέτρια ποσοστά συμμόρφωσης τα οποία κυμαίνονται (στα διάφορα υποερωτήματα τους) από 40-70%. Η γενική εικόνα όμως είναι ότι το 1/3 των επιμέρους ερωτημάτων δεν ξεπερνά το 50% του ποσοστού συμμόρφωσης με βάση την αυτοαξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας 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», 2.6 «μη κλινικό προσωπικό κι στήριξη θηλασμού» και 10.3 «Ομάδες στήριξης».

Πίνακας 13: Βαθμός εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» με βάση το ποσοστό θετικών απαντήσεων από το προσωπικό των μονάδων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

«Βήματα»	Επιμέρους Ερώτημα	Δημόσιος Τομέας Θετικές απαντήσεις N (%)	Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις N (%)	Δημόσιος + Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις N (%)
Βήμα 5	5.1	96 (94.1)	111 (93.3)	207 (89.6)
Βήμα 5	5.2	99 (97.1)	107 (89.9)	206 (89.2)
Βήμα 8	8.1	96 (84.1)	105 (88.2)	201 (87.0)
Βήμα 5	5.4	96 (94.1)	101 (84.4)	197 (85.3)
Βήμα 8	8.3	93 (91.2)	102 (85.7)	195 (84.4)
Βήμα 2	2.8	92 (90.2)	94 (79.0)	194 (84.0)
Βήμα 5	5.8	86 (84.3)	105 (88.2)	191 (82.7)
Βήμα 5	5.6	92 (90.2)	97 (81.5)	189 (81.8)
Βήμα 5	5.9	92 (90.2)	97 (81.5)	189 (81.8)
Βήμα 8	8.2	95 (93.1)	93 (78.2)	188 (81.8)
Βήμα 3	3.10	82 (80.4)	93 (78.2)	182 (78.8)
Βήμα 5	5.3	80 (78.4)	98 (82.4)	178 (77.1)
Βήμα 5	5.5	83 (81.4)	94 (79.0)	177 (76.6)
Βήμα 5	5.7	81 (79.4)	95 (79.8)	176 (76.2)
Βήμα 4	4.3	77 (75.5)	97 (81.5)	174 (75.3)
Βήμα 10	10.2	75 (73.5)	84 (70.6)	159 (68.8)
Βήμα 6	6.4	74 (72.5)	85 (71.4)	159 (68.8)
Βήμα 3	3.8	89 (87.3)	65 (54.6)	158 (68.4)
Βήμα 2	2.1	77 (75.5)	74 (62.2)	158 (68.4)
Βήμα 1	1.4	79 (77.5)	68 (57.1)	154 (66.7)
Βήμα 3	3.4	84 (82.4)	63 (52.9)	153 (66.2)
Βήμα 2	2.2	71 (69.6)	76 (63.9)	152 (55.4)
Βήμα 9	9.2	72 (70.6)	79 (66.4)	151 (65.4)
Βήμα 6	6.6	74 (72.5)	76 (63.9)	150 (64.9)
Βήμα 6	6.5	67 (65.7)	82 (68.9)	149 (64.9)
Βήμα 4	4.4	69 (67.6)	80 (67.2)	149 (64.5)
Βήμα 6	6.2	78 (76.5)	69 (58.0)	147 (63.6)
Βήμα 4	4.1	60 (58.8)	87 (73.1)	147 (63.6)
Βήμα 3	3.2	87 (85.3)	54 (45.4)	146 (63.2)
Βήμα 10	10.1	73 (71.6)	70 (58.8)	143 (61.9)
Βήμα 3	3.1	84 (82.4)	52 (43.7)	141 (61.0)
Βήμα 7	7.2	80 (78.4)	57 (47.9)	137 (59.3)
Βήμα 3	3.3	69 (67.6)	62 (52.1)	137 (59.3)
Βήμα 3	3.9	65 (63.7)	88 (73.9)	137 (59.3)
Βήμα 2	2.4	65 (63.7)	66 (55.5)	135 (58.4)
Βήμα 3	3.7	63 (61.8)	63 (52.9)	131 (56.7)
Βήμα 10	10.7	57 (55.9)	73 (61.3)	130 (56.3)
Βήμα 2	2.7	53 (52.0)	70 (58.8)	130 (37.7)
Βήμα 2	2.3	62 (60.8)	61 (51.3)	128 (55.4)
Βήμα 6	6.1	63 (61.8)	63 (52.9)	126 (54.5)
Βήμα 6	6.3	61 (59.8)	64 (53.8)	125 (54.1)
Βήμα 7	7.1	74 (72.5)	50 (42.0)	124 (53.7)
Βήμα 10	10.5	65 (63.7)	59 (49.6)	124 (53.7)
Βήμα 1	1.8	59 (57.8)	58 (48.7)	122 (52.8)
Βήμα 7	7.3	75 (73.5)	44 (37.0)	119 (51.5)
Βήμα 1	1.1	61 (59.8)	55 (46.2)	118 (51.1)
Βήμα 10	10.6	59 (57.8)	56 (47.1)	115 (49.8)

«Βήματα»	Επιμέρους Ερώτημα	Δημόσιος Τομέας Θετικές απαντήσεις N (%)	Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις N (%)	Δημόσιος + Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις N (%)
Βήμα 9	9.3	51 (50.0)	61 (51.3)	112 (48.5)
Βήμα 10	10.4	48 (47.1)	62 (52.1)	110 (47.6)
Βήμα 3	3.6	42 (41.2)	61 (50.3)	108 (46.8)
Βήμα 4	4.2	42 (41.2)	65 (54.6)	107 (46.3)
Βήμα 2	2.5	45 (44.1)	51 (42.9)	102 (44.2)
Βήμα 1	1.2	52 (51.0)	41 (34.5)	95 (41.1)
Βήμα 1	1.6	41 (40.2)	50 (42.0)	95 (41.1)
Βήμα 3	3.5	38 (37.3)	49 (41.2)	91 (39.4)
Βήμα 2	2.6	29 (28.4)	53 (44.5)	87 (37.7)
Βήμα 2	2.10	39 (38.2)	43 (36.1)	86 (37.2)
Βήμα 10	10.3	32 (31.4)	54 (45.4)	86 (37.2)
Βήμα 1	1.3	43 (46.1)	25 (21.0)	73 (31.6)
Βήμα 1	1.5	35 (34.3)	35 (29.4)	72 (31.2)
Βήμα 2	2.9	14 (13.7)	42 (35.3)	60 (26.0)
Βήμα 1	1.7	15 (14.7)	33 (27.7)	52 (22.5)
Βήμα 9	9.1	4 (3.9)	20 (16.8)	24 (10.4)

Συνολικό Δείγμα=231; 102 και 109 εργαζόμενες νοσηλεύτριες και μαίες από το Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα, αντίστοιχα

Στον Πίνακα 14 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. Το σημείο 7 του Κώδικα, συγκεκριμένα «Το προσωπικό αντιλαμβάνεται γιατί είναι σημαντικό να μη δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες» ξεχώρισε με ποσοστό 51.1% στις θετικές ανταποκρίσεις των ερωτηθέντων. Δεύτερο σε σειρά παρουσιάστηκε το σημείο 6 του Κώδικα, «Αποφυγή διανομής διαφημιστικού υλικού ή πακέτων για προώθηση τεχνητής σίτισης» με ποσοστό 48.9% και τρίτο το σημείο 1 του Κώδικα, «Άρνηση δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμήθεια υποκατάστατων μητρικού γάλακτος» με ποσοστό 46.4%.

Το σημείο 5 του Κώδικα «Σκευάσματα και φιάλες τεχνητής διατροφής είναι μακριά από κοινή θέα», 2 «Απαγόρευση επαφής με έγκυες ή θηλάζουσες στο χώρο του νοσοκομείου από αντιπροσώπους εταιρειών τεχνητής διατροφής ή υποκατάστατων», 4 «Άρνηση δώρων ή οτιδήποτε άλλο από εταιρίες προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος» και 2 «Μη προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο χώρο του νοσοκομείου» φαίνεται ότι δε λαμβάνουν την ίδια σημασία από το προσωπικό, αφού τα ποσοστά είναι χαμηλότερα από τα επιθυμητά επίπεδα και κυμαίνονται από 22.3-38.6%, κάτι το οποίο μπορεί να ερμηνευτεί ως αδυναμία πλήρους εφαρμογής του κώδικα εκ μέρους του προσωπικού λόγω έλλειψης πολιτικής από το μαιευτήριο σε σχέση με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

**Πίνακας 14: Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος ταξινομημένα ως προς το ποσοστό συμμόρφωσης με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού**

	<b>Δημόσιος Τομέας Θετικές απαντήσεις</b>	<b>Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις</b>	<b>Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας Θετικές απαντήσεις</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Κώδικας 7</b>			
Το προσωπικό αντιλαμβάνεται γιατί είναι σημαντικό να μη δίνονται δωρεάν δείγματα από βιομηχανίες τεχνητής διατροφής στις μητέρες;	66 (64.7)	53 (44.5)	119 (51.1)
<b>Κώδικας 6</b>			
Αποφυγή διανομής διαφημιστικού υλικού ή πακέτων για προώθηση τεχνητής σίτισης;	59 (57.8)	54 (45.4)	113 (48.9)
<b>Κώδικας 1</b>			
Άρνηση δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμήθεια υποκατάστατων μητρικού γάλακτος;	52 (51.0)	56 (47.1)	108 (46.4)
<b>Κώδικας 5</b>			
Σκευάσματα και φιάλες τεχνητής διατροφής είναι μακριά από κοινή θέα;	41 (40.2)	49 (41.2)	90 (38.6)
<b>Κώδικας 3</b>			
Απαγόρευση επαφής με έγκυες ή θηλάζουσες στο χώρο του νοσοκομείου από αντιπροσώπους εταιρειών τεχνητής διατροφής ή υποκατάστατων;	28 (27.5)	34 (28.6)	62 (26.6)
<b>Κώδικας 4</b>			
Άρνηση δώρων ή οτιδήποτε άλλο από εταιρίες προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος;	29 (28.4)	35 (29.4)	64 (27.5)
<b>Κώδικας 2</b>			
Μη προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο χώρο του νοσοκομείου;	19 (18.6)	33 (27.7)	52 (22.3)

Στον **Πίνακα 15** παρουσιάζεται η αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης των πρακτικών του μαιευτηρίου ως προς την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Να σημειωθεί ότι στο ερωτηματολόγιο των επαγγελματιών υγείας το κάθε βήμα αποτελείται από σειρά επιμέρους κλειστών ερωτημάτων για τα οποία καλούνται να δώσουν μια θετική ή αρνητική απάντηση (ΝΑΙ=1 και ΟΧΙ=0). Στη βάση των απαντήσεων, μπορεί να υπολογιστεί ένας συνολικός βαθμός συμμόρφωσης με το κάθε βήμα ως η αναλογία θετικών απαντήσεων στο σύνολο των ερωτημάτων αφού ο συνολικός αριθμός διαφέρει από βήμα σε βήμα π.χ. θετική απάντηση σε 3 από τα 6 ερωτήματα αντιστοιχεί σε 0.5 βαθμό, σε 4 από τα 6 ερωτήματα τότε 4/6 και ούτω καθεξής. Έτσι, για το κάθε βήμα υπολογίζεται ο βαθμός συμμόρφωσης σε μια κοινή κλίμακα 0-1 (ή 0%-100%). Για σκοπούς διατήρησης της ανωνυμίας των μαιευτηρίων αποφεύχθηκε η ανάλυση των στοιχείων σε επίπεδο μαιευτικών μονάδων. Τα αποτελέσματα στον πιο κάτω πίνακα αναφέρονται στο σύνολο του δείγματος των Επαγγελματιών Υγείας και παρουσιάζουν τη μέση βαθμολογία που εξασφάλισε το κάθε βήμα με βάση την προσωπική άποψη των μελών του προσωπικού των μαιευτηρίων αναφορικά με την εφαρμογή του στο δικό τους μαιευτήριο, δίνοντας έτσι μια συνολική συγκριτική εικόνα σε σχέση με το βαθμό εφαρμογής των βημάτων στο σύνολο των μαιευτικών μονάδων στη Κύπρο.

Γενικά, με βάση την αυτοαξιολόγηση των Επαγγελματιών Υγείας το Βήμα 8 το οποίο αναφέρεται σε συμβουλές εκ μέρους του προσωπικού για «ελεύθερο χωρίς περιορισμούς και με βάση τη ζήτηση θηλασμός» συγκέντρωσε την υψηλότερη μέση βαθμολογία ( $0.86 \pm 0.24$ ), ενώ ακολουθεί το Βήμα 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας» ( $0.85 \pm 0.21$ ) με σημαντική διαφορά από όλα τα υπόλοιπα για τα οποία ο βαθμός εφαρμογής φαίνεται να κυμαίνεται γύρω στο 0.50 (σε κλίμακα 0-1).

Όσον αφορά στην σύγκριση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα γενικότερα διαφάνηκε μια τάση κάποια βήματα να εξασφαλίζουν υψηλότερη βαθμολογία στο δημόσιο και άλλα στον ιδιωτικό τομέα. Τόσο στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα φαίνεται ότι εφαρμόζεται πιο συχνά το βήμα 8 «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός» χωρίς ουσιαστικές διαφορές. Ακολουθεί και στις δυο περιπτώσεις το βήμα 5 «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας», με κάπως όμως υψηλότερη βαθμολογία στον ιδιωτικό ( $0.89 \pm 0.20$ ) από το δημόσιο τομέα ( $0.79 \pm 0.21$ );  $p$ -value < 0.05. Τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία συγκέντρωσε το Βήμα 1 «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής» το οποίο αναφέρεται στο ίδιο το μαιευτήριο ( $0.44 \pm 0.29$ ). Μάλιστα, το συγκεκριμένο βήμα εξασφάλισε τις χαμηλότερες βαθμολογίες γενικότερα, τόσο από τους εργαζόμενους στο Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό τομέα, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά.

Η ανάλυση κατέδειξε, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της αυτοαξιολόγησης της συμμόρφωσης πρακτικών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, στο Βήμα 4, έγκαιρη έναρξη του θηλασμού

( $0.52 \pm 0.38$  και  $0.68 \pm 0.37$  αντίστοιχα),  $p\text{-value} < 0.05$ , στο Βήμα 2, εκπαίδευση του προσωπικού, ( $0.46 \pm 0.27$  και  $0.58 \pm 0.29$ , αντίστοιχα),  $p\text{-value} < 0.05$ , όπου φάνηκε να υπάρχει μια έστω μικρή υπεροχή του ιδιωτικού τομέα. Σε αντίθετη κατεύθυνση φαίνεται να είναι το Βήμα 3, το οποίο αναφέρεται στην ενημέρωση κατά την προγεννητική περίοδο, ( $0.72 \pm 0.19$  και  $0.63 \pm 0.30$ , αντίστοιχα);  $p\text{-value} = 0.065$ , για το οποίο παρατηρείται οριακά καλύτερη εικόνα στο δημόσιο τομέα. Το ίδιο παρατηρείται και σε σχέση με το βήμα 7, το οποίο αναφέρεται στη συγκατοίκηση μητέρας-βρέφους, αφού η συγκεκριμένη πρακτική φαίνεται να εφαρμόζεται πιο συχνά στο δημόσιο τομέα όπως υποστηρίζεται από το υψηλότερο βαθμό εφαρμογής, που φαίνεται να λαμβάνει το συγκεκριμένο βήμα από το προσωπικό του δημοσίου σε σχέση με το προσωπικό του ιδιωτικού τομέα. Έστω και αν η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι στατιστική σημαντική, έρχεται σε συμφωνία με τις δηλώσεις των ίδιων των μητέρων. Βέβαια, το συγκεκριμένο ερώτημα παρουσιάζει τη μεγαλύτερη διακύμανση ( $SD = 0.44$ ), το οποίο αποτελεί ένδειξη μεγαλύτερης ετερογένειας στις απαντήσεις του προσωπικού. Απεναντίας το Βήμα 8 ( $SD = 0.27$ ) και το Βήμα 5 ( $SD = 0.21$ ), δεν έχουν μόνο το μεγαλύτερο βαθμό εφαρμογής, αλλά φαίνεται να έχουν παράλληλα και τη μικρότερη διακύμανση, το οποίο αποτελεί ένδειξη μεγαλύτερης συμφωνίας στις αυτοαξιολογήσεις του προσωπικού.

Γενικότερα, η εικόνα που σκιαγραφείται μέσα από τις απαντήσεις του προσωπικού ως προς την εφαρμογή των βημάτων είναι παρόμοια όπως αυτή με βάση τις αυτοαναφερόμενες απαντήσεις των ίδιων των μητέρων, αφού τα αποτελέσματα όχι μόνο δεν έρχονται σε αντιπαράθεση, αλλά στην πλειοψηφία τους εμφανίζουν σε γενικές γραμμές μεγάλη συμφωνία. Εξαιρέση θα λέγαμε αποτελεί η μη χρήση πιπίλων αφού με βάση την αξιολόγηση του προσωπικού το συγκεκριμένο βήμα φαίνεται να έχει σχετικά καλό, ή τουλάχιστον καλύτερο, βαθμό εφαρμογής από άλλα βήματα κάτι που έρχεται σε σύγκρουση με τις απαντήσεις των μητέρων. Όμως, μια προσεκτική εξέταση των επιμέρους ερωτημάτων του βήματος 9 (Πίνακας 13) αναδεικνύει ότι δεν πρόκειται για ασυμφωνία μεταξύ του προσωπικού και των μητέρων αφού αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι το συγκεκριμένο βήμα αξιολογείται με μόνο τρία υποερωτήματα. Το προσωπικό αξιολογεί πολύ θετικά την ενημέρωση που παρέχει στις μητέρες «σχετικά με τους κινδύνους για τη χρήση βρεφικών φιαλών και θηλών στο τάισμα», όχι όμως και τόσο ευνοϊκά τις υπόλοιπες πτυχές οι οποίες αναφέρονται στην αποφυγή φιάλης και πιπίλας, όπου μόνο 10,4% και 48,5% απαντούν θετικά. Επομένως, δημιουργείται η εσφαλμένη θα λέγαμε εικόνα ότι το συγκεκριμένο βήμα τυγχάνει καλής εφαρμογής ενώ ουσιαστικά η «καλή πρακτική» περιορίζεται σε συμβουλές, όχι όμως και στην εφαρμογή τους.

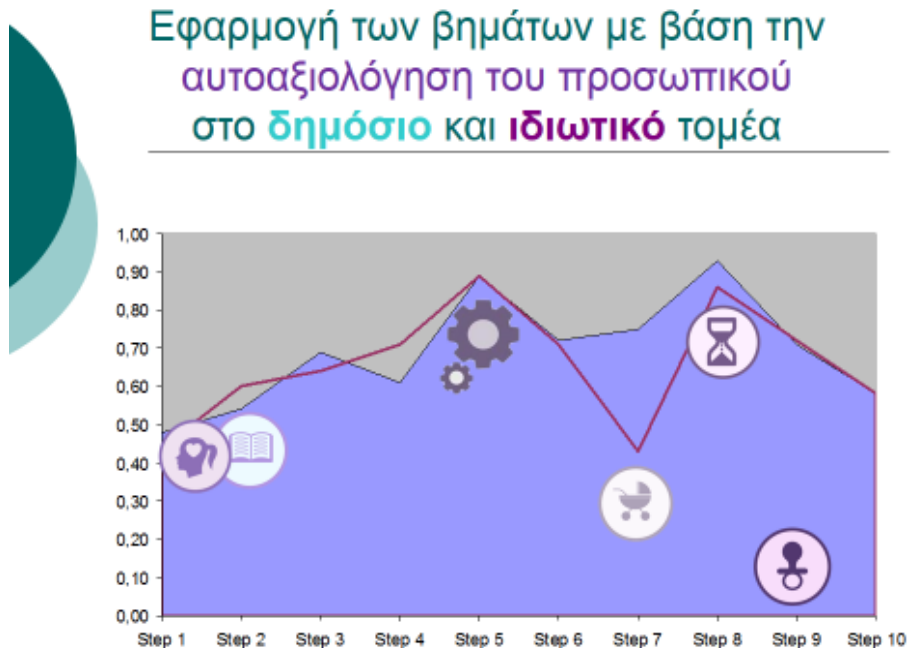
Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι με βάση την αυτοαξιολόγηση του προσωπικού των κλινικών, υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης φαίνεται να συγκεντρώνουν οι πτυχές που αναφέρονται σε θέματα ενημέρωσης, παροχής βοήθειας και συμβουλών. Αντιθέτως, η σημασία πρακτικών όπως η δερματική επαφή, η συγκατοίκηση μητέρας-βρέφους, η μη

χορήγηση συμπληρωμάτων, η αποφυγή πιπίλων και σίτισης με φιάλες είναι ζητήματα τα οποία φαίνεται να τυγχάνουν λιγότερης προσοχής.

Ιδιαίτερα ενδεικτικό όμως είναι το γεγονός ότι τα χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης στα 10 βήματα με βάση την άποψη του προσωπικού συγκεντρώνουν θέματα πολιτικής των μαιευτηρίων, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ως η βασικότερη προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή όλων των υπόλοιπων βημάτων. Έχει ενδιαφέρον να σημειώσουμε ότι αν και 51,1% των **μαιών-νοσηλευτριών** που έλαβαν μέρος στη μελέτη δηλώνουν ότι «*υπάρχει γραπτή πολιτική για το θηλασμό στη βάση των 10 βημάτων*» στο μαιευτήριο που εργάζονται, 31,2% δηλώνουν ότι «*η περίληψη της πολιτικής είναι αναρτημένη*» και 22,5% ότι «*υπάρχει μηχανισμός αξιολόγησης της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας της πολιτικής*».

Το **Διάγραμμα 4** παρουσιάζει και διαγραμματικά τη σύγκριση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ως προς το βαθμό εφαρμογής των 10 βημάτων με βάση την αυτοαξιολόγηση του προσωπικού, όπου διαφαίνεται ότι το προσωπικό αξιολογεί σχετικά ευνοϊκά πρακτικές οι οποίες είναι στην άμεση δικαιοδοσία τους ( την παροχή πρακτικής (απτής) βοήθειας και εκπαίδευσης προς τις μητέρες - βήματα 5 και 8), όχι όμως και ζητήματα που άπτονται των γενικότερων πρακτικών και πολιτικών του ίδιου του μαιευτηρίου. Ως προς τη σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η μεγαλύτερη διαφορά εντοπίζεται στην πρακτική αναφορικά με τη συγκατοίκηση μητέρας-βρέφους, κάτι το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τα παρατηρούμενα αποτελέσματα με βάση τις απαντήσεις των ίδιων των μητέρων.

Διάγραμμα 4 – Συγκριτική παρουσίαση του βαθμού εφαρμογής του 10 βημάτων στα μαιευτήρια του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με βάση την αυτοαξιολόγηση του προσωπικού.



Πίνακας 15: Αυτοαξιολόγηση της συμμόρφωσης πρακτικών του μαιευτηρίου για την εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» WHO/UNICEF σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα

	Συνολικό Mean (SD)	Δημόσιο Mean (SD)	Ιδιωτικό Mean (SD)	P- value
<b>Βήμα 1</b> «ύπαρξη και επικοινωνία γραπτής πολιτικής»	0.44 (0.29)	0.44 (0.29)	0.44 (0.29)	0.986
<b>Βήμα 2</b> «εκπαίδευση προσωπικού»	0.53 (0.29)	0.46 (0.27)	0.58 (0.29)	0.042
<b>Βήμα 3</b> «ενημέρωση εγκύων για θηλασμό»	0.66 (0.27)	0.72 (0.19)	0.63 (0.30)	0.065
<b>Βήμα 4</b> «έναρξη θηλασμού»	0.62 (0.38)	0.52 (0.38)	0.68 (0.37)	0.043
<b>Βήμα 5</b> «διδασκαλία τεχνικής και διατήρηση γαλουχίας»	0.85 (0.21)	0.79 (0.21)	0.89 (0.20)	0.024
<b>Βήμα 6</b> «αποκλειστικός θηλασμός»	0.61 (0.30)	0.57 (0.33)	0.64 (0.28)	0.307
<b>Βήμα 7</b> «24ωρη παραμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο»	0.52 (0.44)	0.60 (0.41)	0.47 (0.45)	0.152
<b>Βήμα 8</b> «ελεύθερος χωρίς περιορισμούς θηλασμός»	0.86 (0.27)	0.84 (0.28)	0.88 (0.27)	0.550
<b>Βήμα 9</b> «χρήση υποκατάστατων-πιπίλων»	0.54 (0.29)	0.57 (0.29)	0.53 (0.28)	0.594
<b>Βήμα 10</b> «στήριξη θηλασμού μετά το εξιτήριο»	0.60 (0.29)	0.59 (0.29)	0.61 (0.30)	0.722



### 2.3 Γνώσεις και στάσεις του προσωπικού σε θέματα θηλασμού

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται η σύγκριση της βαθμολογίας των γνώσεων και των στάσεων σε θέματα θηλασμού μεταξύ του προσωπικού στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Στο σύνολο του δείγματος, το σκορ των απαντήσεων που έδωσαν οι επαγγελματίες υγείας κρίνεται ως σχετικά χαμηλό τόσο αναφορικά με τις στάσεις για το θηλασμό (M: 45,29, TA: 4,21, θεωρητικό εύρος κλίμακας: 13-65) όσο και αναφορικά με τις γνώσεις (M:20,96, TA: 3,04, θεωρητικό εύρος κλίμακας: 7-35). Η σύγκριση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στις στάσεις όσο και στις γνώσεις, με τους επαγγελματίες υγείας στο ιδιωτικού τομέα να εμφανίζονται με σχετικά υψηλότερους μέσους από τους επαγγελματίες υγείας του δημόσιου τομέα, χωρίς όμως αυτή τη διαφορά να κρίνεται ουσιαστικά σημαντική.

**Πίνακας 16: Σύγκριση της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων και των στάσεων του προσωπικού για/προς το μητρικό θηλασμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα**

	Σύνολο	Δημόσιος τομέας	Ιδιωτικός τομέας	P-value
	Μέση Τιμή(T.A)	Μέση Τιμή(T.A)	Μέση Τιμή(T.A)	
<b>Στάσεις</b>				
θεωρητικό εύρος κλίμακας:13-65	45.29 (4.21)	44.60 (3.86)	46.00 (4.40)	.016
<b>Γνώσεις</b>				
θεωρητικό εύρος κλίμακας: 7-35	20.96 (3.04)	20.61 (2.97)	21.51 (2.96)	.035



**Μέρος Β: Εκτίμηση έναρξης και αποκλειστικότητας του Μητρικού Θηλασμού κατά τις πρώτες 48 ώρες και η συνέχισή του μέχρι τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του παιδιού: σχέση κοινωνικοδημογραφικών, αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης για θηλασμό και κοινωνικής /εργασιακής στήριξης με το θηλασμό και τη διάρκειά του**



Τμήμα Νοσηλευτικής

## **B.1 Ποσοστό Μητρικού Θηλασμού και Αποκλειστικού Μητρικού Θηλασμού στην Κύπρο**

### **1.1. Ποσοστά Θηλασμού και Αποκλειστικού Θηλασμού τους πρώτους έξι μήνες**

Όπως αναφέρθηκε ήδη στο Μέρος Α της παρούσας έκθεσης, για κάθε 10 νέες μαμάδες στην Κύπρο, οι 2 δεν θήλασαν καθόλου ενόσω ακόμα στο μαιευτήριο ενώ από τις υπόλοιπες μόνο 2 ήταν αυτές που θήλασαν αποκλειστικά (**Πίνακας 17** και **Διάγραμμα 5**). Παράλληλα, η αυτοπεποίθηση για θηλασμό δεν ήταν σε υψηλά επίπεδα, ειδικότερα σε μητέρες των οποίων αυτό ήταν το πρώτο παιδί. Τα υψηλότερα ποσοστά μητρικού θηλασμού κατά τις 48 ώρες παρατηρήθηκαν σε Λευκωσία, Λεμεσό και Αμμόχωστο (>85%) σε αντίθεση με την επαρχία Πάφου όπου το ποσοστό έναρξης του θηλασμού κατά τις πρώτες 48 ώρες δεν ξεπερνά το 70% (p-value <0.001). Το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού εμφανίζεται ήδη ιδιαίτερα χαμηλό από τις πρώτες κιόλας 48 ώρες αφού περιορίζεται στο 18.8%. Είναι μόνο ελαφρώς υψηλότερο στα μαιευτήρια του δημόσιου τομέα. ενώ ούτε σε βάθος χρόνου διαφαίνεται κάποια ουσιαστική διαφορά αναλόγως αν ο τοκετός πραγματοποιήθηκε σε μαιευτήριο του ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα (**Πίνακας 18** και **Διάγραμμα 6**).

Σε καμιά Επαρχία το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού κατά τις πρώτες 48 ώρες δεν ξεπερνούσε το 30% (**Πίνακας 18**). Συγκριτικά, η Λάρνακα και η Πάφος εμφανίζονται σε ακόμα χειρότερη θέση αφού το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού στις 48 ώρες ήταν ακόμα χαμηλότερο και δεν ξεπερνούσε το 7% ενώ και στις δυο αυτές Επαρχίες μέχρι και 25%-30% των μητέρων δεν θήλασαν καθόλου ενόσω στο μαιευτήριο. Για τις μητέρες των οποίων ήταν το πρώτο τους παιδί αλλά και όσες γέννησαν με καισαρική τομή, τόσο τα ποσοστά έναρξης όσο και συνέχισης του θηλασμού ήταν ακόμα χαμηλότερα (θα γίνει λεπτομερής αναφορά στην επόμενη ενότητα).

Ενώ το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν φαίνεται να διατηρείται σε σχετικά υψηλά επίπεδα κατά το πρώτο μήνα της ζωής του παιδιού (έστω και αν δεν είναι αποκλειστικός), μεταξύ του πρώτου και του τέταρτου μήνα παρατηρείται μια απότομη μείωση στο 44%, με τα ποσοστά ανά Επαρχία να κυμαίνονται από 33.3% (Επαρχία Πάφου) μέχρι 49% (Επαρχία Λευκωσίας) (**Πινάκες 18 & 19**). Κατά τον 6<sup>ο</sup> μήνα, ποσοστό 35.9% των μητέρων δηλώνει ότι θηλάζει, με το ποσοστό να εμφανίζεται κάπως αυξημένο στην Επαρχία Λεμεσού και Λευκωσία (όπου σημειώνεται η μικρότερη αναλογικά πτώση μεταξύ 4<sup>ου</sup> και 6<sup>ου</sup> μήνα, σε αντίθεση με την Επαρχία Αμμοχώστου, όπου ενώ τα ποσοστά διατηρούνται σε σχετικά καλά αναλογικά επίπεδα σε σχέση με τις άλλες Επαρχίες μέχρι και τον τέταρτο μήνα, παρουσιάζεται η μεγαλύτερη αναλογικά μείωση στο ποσοστό μητρικού θηλασμού μετά τον τέταρτο μήνα.

Σε επίπεδο Επαρχιών (**Πίνακας 19** και **Διάγραμμα 7**), τα υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού κατά τις πρώτες 48 ώρες παρατηρήθηκαν στην Επαρχία Αμμοχώστου με 33.3 % (απ' όπου όμως προέρχεται και το μικρότερο αναλογικά δείγμα), ακολουθούν η Λεμεσός και η Λευκωσία (γύρω στο 20-25%) ενώ στις Επαρχίες Λάρνακας και Πάφου, ο αποκλειστικός θηλασμός δεν ξεπερνούσε το 7% ( p-value<0.001). Ενώ οι μητέρες που θήλασαν

αποκλειστικά ενόσω στο μαιευτήριο φαίνεται να συνεχίζουν τουλάχιστον μέχρι και τον πρώτο μήνα, με βάση το συνολικό δείγμα το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού δεν υπερβαίνει το 13,3% (1 στις 10 μητέρες) και 6,2% (1 στις 20 μητέρες) κατά τον τέταρτο και έκτο μήνα της ζωής αντίστοιχα. Τα υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού τον τέταρτο και έκτο μήνα παρατηρήθηκαν στην επαρχία Λεμεσού (18.2% και 13.2%, αντίστοιχα). Τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού δεν ξεπερνούσαν το 10% κατά τον έκτο μήνα σε καμία άλλη Επαρχία, με την επαρχία Πάφου καμία από τις μητέρες που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη να μην δηλώνει ότι συνεχίζει να θηλάζει αποκλειστικά το βρέφος με μητρικό γάλα.

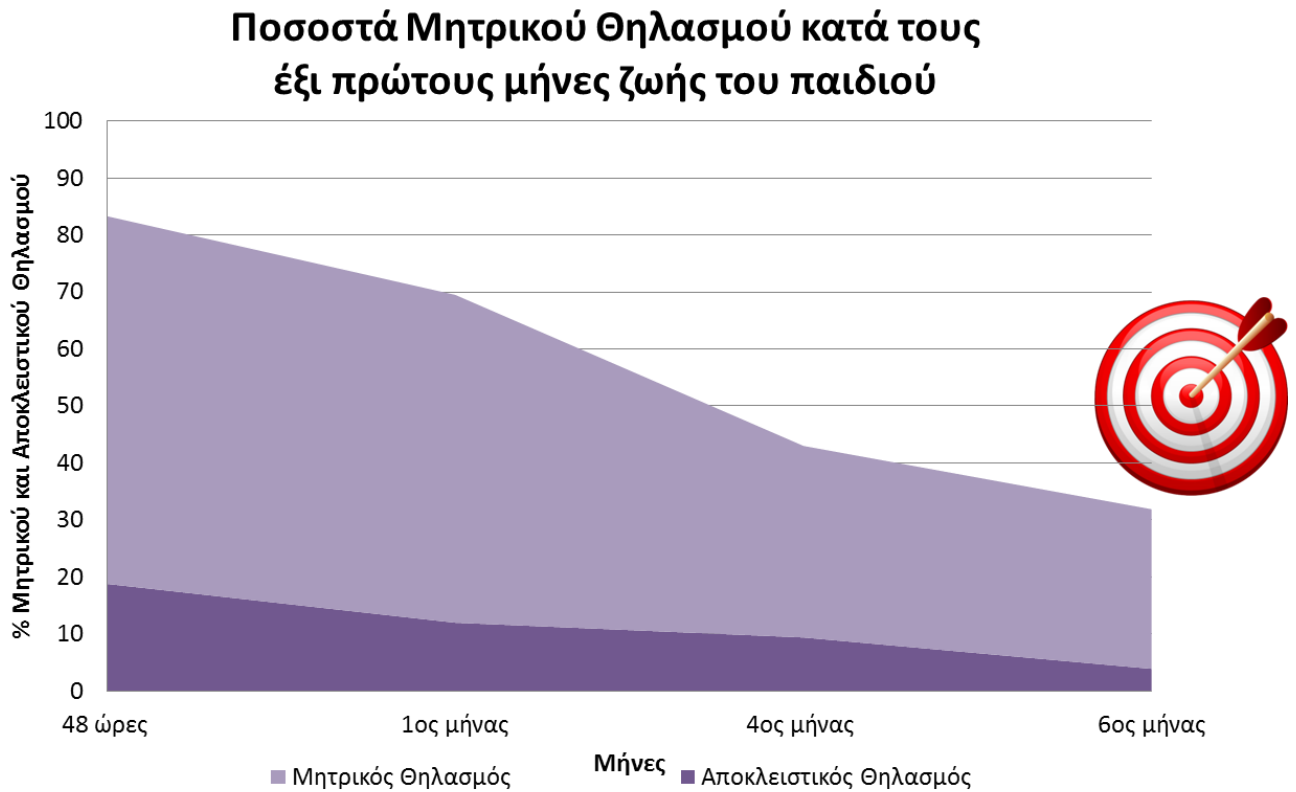
Να σημειωθεί ότι ο Π.Ο.Υ συστήνει αποκλειστικό θηλασμό χωρίς οποιαδήποτε συμπληρώματα, συμπεριλαμβανομένου άλλων υγρών και τροφών, για τους πρώτους 6 μήνες και συνέχιση του μέχρι τους 24 μήνες. Το μέγεθος του προβλήματος γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτό αν αναλογιστούμε ότι ο Π.Ο.Υ θέτει ως στόχο μέχρι το 2030 τουλάχιστον 50% των παιδιών να θηλάζουν αποκλειστικά μέχρι τον 6<sup>ο</sup> μήνα.

**Πίνακας 17: Ποσοστά Αποκλειστικού Μητρικού Θηλασμού και Μητρικού Θηλασμού τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα της ζωής του παιδιού.**

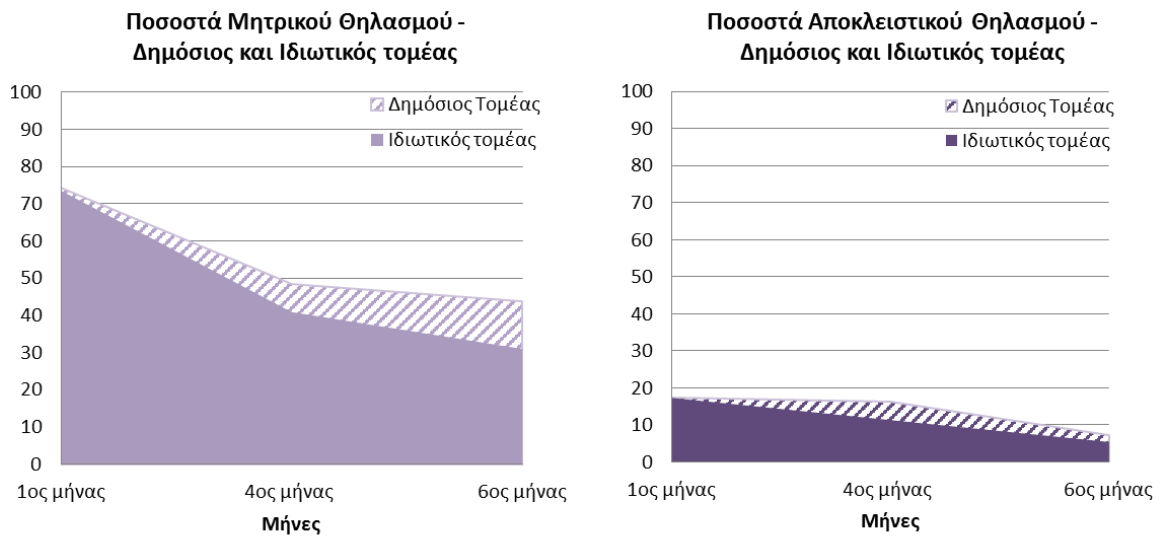
	<i>N</i> §	<i>AMΘ</i> ‡ <i>N</i> (%)	<i>95% ΔΕ</i> ¥	<i>N</i> §	<i>ΜΘ</i> ‡ <i>N</i> (%)	<i>95% ΔΕ</i> ¥
<b>48 ώρες</b>	586	110 (18.8)	15.8-22.1	586	489 (83.4)	80.1- 86.1
<b>1<sup>ος</sup> Μήνας</b>	369	64 (17.3)	13.7-21.5	371	274 (73.9)	69.2- 78.1
<b>4<sup>ος</sup> Μήνας</b>	383	51 (13.3)	10.2-17.0	384	169 (44.0)	38.9- 48,9
<b>6<sup>ος</sup> Μήνας</b>	341	21 (6.2)	3.10-9.1	340	122 (35.9)	28.7- 38.3
<b>Ανάκληση 24ωρού στον 4<sup>ο</sup> μήνα</b>	369	75 (20.3)	16.5- 24.7	369	145 (39.3)	34.4- 44.4
<b>Ανάκληση 24ωρού στον 6<sup>ο</sup> μήνα</b>	341	1 (0.3)	0.01-1.4	341	112 (32.8)	28.0- 37.9

§ Σύνολο συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος σε κάθε χρονική στιγμή της έρευνας; ‡ Σύνολο των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά την συγκεκριμένη χρονική στιγμή; †Σύνολο των μητέρων που θήλασαν τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή; ¥ 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης

Διάγραμμα 5: Συνέχιση του Μητρικού Θηλασμού και Αποκλειστικού Μητρικού Θηλασμού σε βάθος χρόνου.



Διάγραμμα 6: Μητρικός Θηλασμός και Αποκλειστικός Θηλασμός σε βάθος χρόνου αναλόγως αν ο τοκετός πραγματοποιήθηκε στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα.



Πίνακας 18: Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός και Μητρικός Θηλασμός τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα στον Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα σε όλη την Κύπρο

	ΑΜΘ*			ΜΘ§		
	Δημόσιος Τομέας	Ιδιωτικός Τομέας	p-value	Δημόσιος Τομέας	Ιδιωτικός Τομέας	p-value
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
<b>48 Ώρες</b>	50 (24.0)	60 (16.9)	0.091	176 (83.0)	313 (83.7)	0.834
<b>1<sup>ος</sup> Μήνας</b>	27 (17.4)	37 (17.3)	0.974	115 (74.2)	159 (73.6)	0.900
<b>4<sup>ος</sup> Μήνας</b>	25 (16.3)	26(11.3)	0.120	75 (48.7)	94 (37.9)	0.130
<b>6<sup>ος</sup> Μήνας</b>	10 (7.3)	11 (5.4)	0.491	60 (43.8)	62 (35.9)	0.012

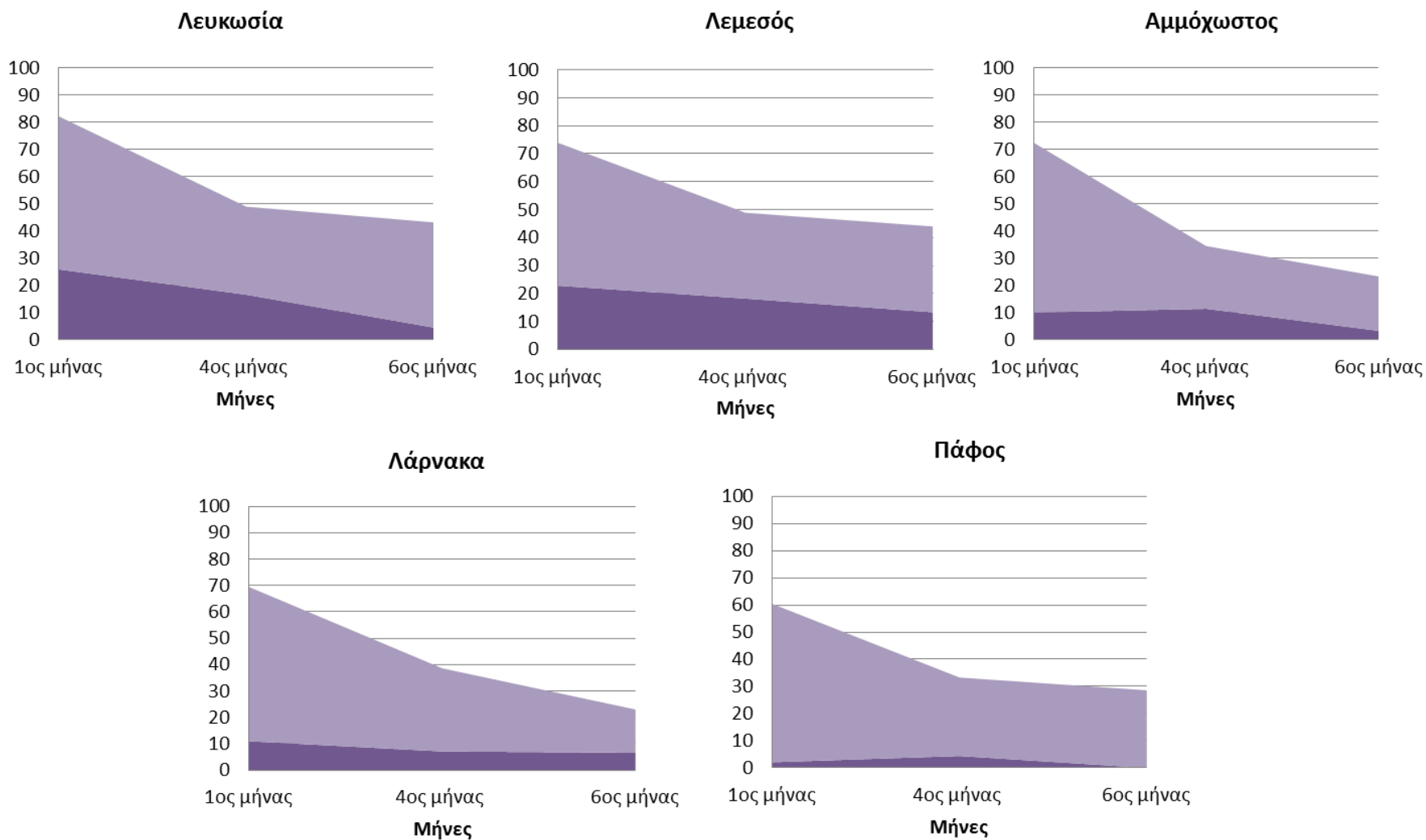
\*Σύνολο δείγματος που δήλωσε ότι θήλαζε αποκλειστικά τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα: N=110, 64, 51 και 21 αντίστοιχα; §Σύνολο δείγματος που δήλωσε ότι θήλαζε τις πρώτες 48 ώρες μέχρι τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα: 489, 274 ;169 και 122 αντίστοιχα

Πίνακας 19: Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός και Μητρικός Θηλασμός μέχρι τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα κατά επαρχία

	48 Ώρες		1 <sup>ος</sup> Μήνας		4 <sup>ος</sup> Μήνας		6 <sup>ος</sup> Μήνας	
	ΑΜΘ*	ΜΘ§	ΑΜΘ*	ΜΘ§	ΑΜΘ*	ΜΘ§	ΑΜΘ*	ΜΘ§
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Λευκωσία</b>	47 (20.7)	213 (88.4)	30 (25.9)	97 (82.2)	24 (16.6)	71 (49.0)	6 (4.5)	57 (43.2)
<b>Λεμεσός</b>	38 (27.3)	121 (83.4)	21 (22.8)	68 (73.9)	16 (18.2)	43 (48.3)	10 (13.2)	33 (44.0)
<b>Λάρνακα</b>	6 (6.3)	72 (75.8)	8 (11.0)	51 (69.9)	5 (7.1)	27 (38.6)	4 (6.6)	14 (23.0)
<b>Πάφος</b>	4 (6.8)	42 (70.0)	1 (2.1)	29 (60.4)	2 (4.4)	15 (33.3)	0 (0.0)	12 (28.6)
<b>Αμμόχωστος</b>	15 (33.3)	41 (91.1)	4 (10.0)	29 (72.5)	4 (11.4)	13 (37.1)	1 (3.3)	6 (20.0)
<b>p-value</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>0.052</b>	<b>0.072</b>	<b>0.333</b>	<b>0.037</b>	<b>0.008</b>

\*Σύνολο δείγματος που δήλωσε ότι θήλαζε αποκλειστικά τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα: N= 110, 64, 51 και 21 αντίστοιχα; §Σύνολο δείγματος που δήλωσε ότι θήλαζε τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα: 489, 274 ;169 και 122 αντίστοιχα

Διάγραμμα 7: Μητρικός Θηλασμός και Αποκλειστικός Θηλασμός σε βάθος χρόνου κατά Επαρχία.



## **1.2. Αποκλειστικός Θηλασμός κατά τις πρώτες 48 ώρες και σε βάθος χρόνου ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων**

Στον Πίνακα 20 όπως και στο Διάγραμμα 8, παρατίθενται τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων που συμμετείχαν στη μελέτη. Κάπως υψηλότερα παρουσιάζονται τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στις μητέρες ηλικίας 30 -35 ετών, τα οποία ανέρχονται στο 28.4% και 25.7% τις πρώτες 48 ώρες και τον 1<sup>ο</sup> μήνα, αντίστοιχα, ενώ το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού εμφανίζεται συγκριτικά χαμηλότερο στις μικρότερες ηλικιακά μητέρες (18-24 ετών). Ως προς την επαγγελματική κατάσταση, ελαφρώς υψηλότερα είναι τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού κατά τις πρώτες 48 ώρες στις μητέρες με μερική απασχόληση (25.8%) συγκριτικά με τις μητέρες με πλήρη απασχόληση (19.7%) ή τις άνεργες μητέρες (16.2%). Η εργασιακή κατάσταση της μητέρας (κατά πόσο εργάζεται και εάν η εργασία είναι πλήρους ή μερικής απασχόλησης) φαίνεται να σχετίζεται με την διατήρηση του αποκλειστικού θηλασμού αφού το ποσοστό των μητέρων με πλήρη απασχόληση που συνεχίζουν να θηλάζουν μειώνεται κατά το ήμισυ (10,7% σε σύγκριση με 16,2% σε μητέρες με μερική απασχόληση) γύρω ή πριν τον 4<sup>ο</sup> μήνα όταν η μητέρα επιστρέφει στην εργασία, και περιορίζεται μόνο στο 3,7% κατά τον έκτο μήνα (έναντι 9,1% και 10,1% σε μητέρες που εργάζονται με μερική απασχόληση και αυτές που δεν εργάζονται αντίστοιχα; p-value for trend=0,029). Δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση της μητέρας ή τη χώρα καταγωγής της (Κύπριες ή Μη Κύπριες μητέρες).

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού δεν παρουσίαζε μεγάλη διαφοροποίηση τουλάχιστον κατά τις πρώτες 48 ώρες (19.3% μέχρι 20.6%, p-value=0.714). Όμως σε βάθος χρόνου, αρχίζει να διαφαίνεται μια κοινωνική διαβάθμιση ως προς τη διατήρηση του αποκλειστικού θηλασμού. Ενώ τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού στις μητέρες με εκπαίδευση μεταπτυχιακού επιπέδου διατηρούνται σε υψηλά συγκριτικά επίπεδα (24.3% και 21.7% κατά τον πρώτο και τέταρτο μήνα αντίστοιχα), στις μητέρες με εκπαίδευση πανεπιστημίου τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 16.5% και 10.7%, ενώ σε μητέρες με επίπεδο εκπαίδευσης μέχρι το λύκειο τα αντίστοιχα ποσοστά είναι μόνο 13.7% και 9.7% αντίστοιχα), με την παρατηρούμενη διαβάθμιση ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης να είναι και στατιστικά σημαντική.

Η κοινωνική διαβάθμιση στη συνέχιση αν όχι και στην έναρξη του μητρικού θηλασμού ήταν εμφανής και σε σχέση με άλλους δείκτες της κοινωνικής θέσης. Για παράδειγμα, το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού εμφανίζεται αυξημένο (30.8%) ήδη από τις πρώτες 48 ώρες ανάμεσα στις μητέρες που δήλωσαν υψηλότερο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (p-value=0.078). Η διαφορά αρχίζει να γίνεται πιο έντονη ήδη από τον 1<sup>ο</sup> μήνα, όπου παρατηρείται μια σαφή διαβάθμιση στο ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού (15,3%, 18,7%, 19,4% και 36,4%) σε σχέση με το εισόδημα, ακόμα και αν οι παρατηρούμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος



σε κάποιες από τις εισοδηματικές κατηγορίες (p-value for trend=0.119). Η διαφορά φαίνεται να διατηρείται κατά τον 4<sup>ο</sup> μήνα (12.3% μέχρι 38.5%, p-value for trend=0.091) και να εξομαλύνεται μόνο κατά τον έκτο μήνα (p-value=0.723).

Οι πιο έντονες διαφορές ως προς τη συχνότητα του αποκλειστικού θηλασμού, οι οποίες ήταν και στατιστικά σημαντικές, αφορούσαν το είδος τοκετού και τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια. Οι μητέρες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ήταν μέχρι και 3-φορές πιο πιθανό να θηλάσουν αποκλειστικά κατά τις πρώτες 48 ώρες (32,2%) συγκριτικά με μόλις το 8,4%-10.6% των μητέρων που γέννησαν με καισαρική τομή με και χωρίς γενική αναισθησία (p-value<0.001). Η διάφορα αυτή παραμένει και σε βάθος χρόνου, τουλάχιστον μέχρι και τον 4<sup>ο</sup> μήνα.

Μεγάλες ήταν και οι διαφορές ως προς τον αριθμό προηγούμενων παιδιών αφού οι μητέρες των οποίων αυτό δεν ήταν το πρώτο τους παιδί ήταν τουλάχιστον δυο φορές πιο πιθανό να θηλάσουν αποκλειστικά σε σχέση με τις μητέρες οι οποίες δεν είχαν άλλα παιδιά. Αυτή η διαφορά διατηρήθηκε μέχρι και τον τέταρτο μήνα της ζωής του παιδιού (27.4% vs 11.9% τις πρώτες 48 ώρες, 23.2 vs 10.1% τον πρώτο μήνα, 16.1% vs 9.1% τον τέταρτο μηνά), ενώ η παρατηρούμενη διαφορά είναι στατιστικά σημαντική σε όλες τις χρονικές στιγμές με εξαίρεση τον 6<sup>ο</sup> μήνα όπου τα ποσοστά ΑΜΘ είναι ήδη ιδιαίτερα χαμηλά.

**Πίνακας 20: Ποσοστά Αποκλειστικού Θηλασμού ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στις πρώτες 48 ώρες, τον 1ο, τον 4ο και τον 6ο μήνα της ζωής του παιδιού.**

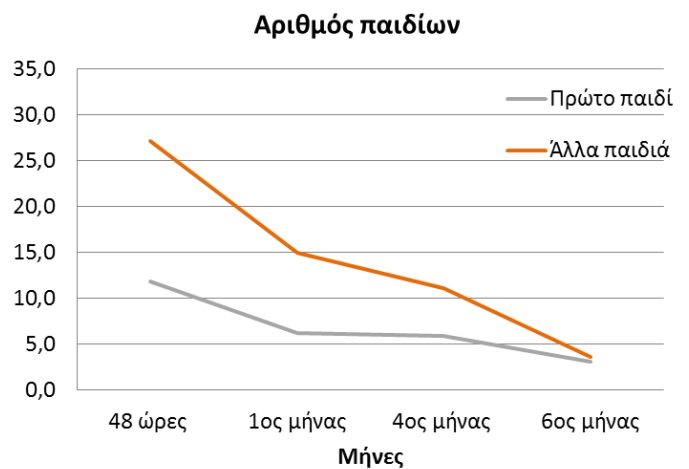
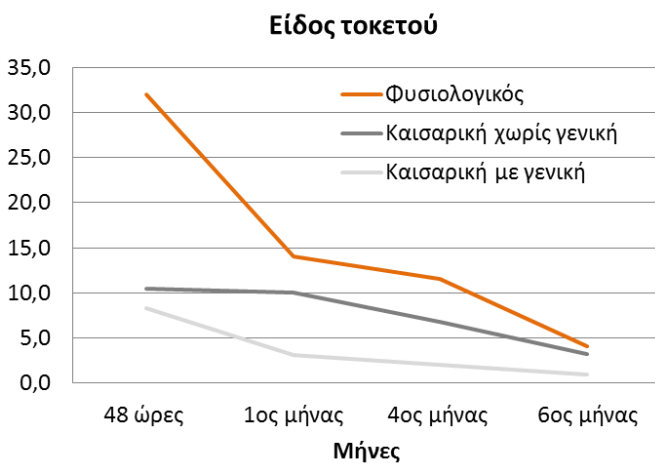
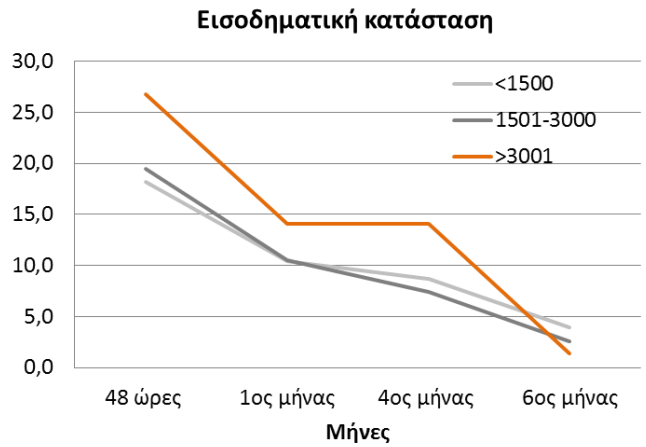
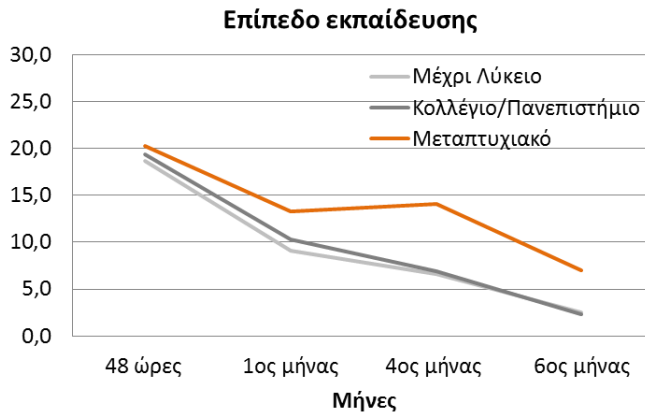
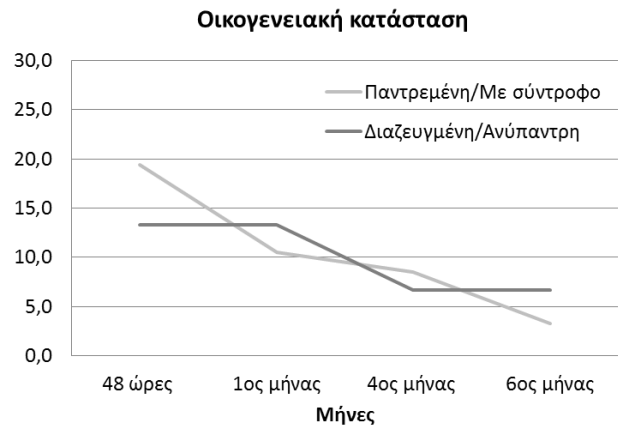
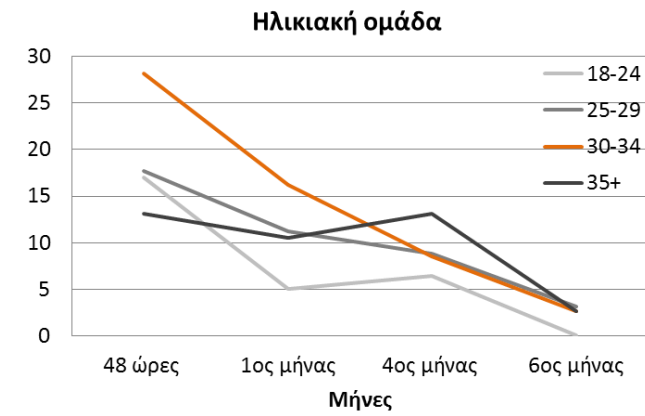
	<i>N<sup>a</sup></i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>Πρώτες 48 Ώρες N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>1<sup>ος</sup> Μήνας N(%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>4<sup>ος</sup> Μήνας N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>6<sup>ος</sup> Μήνας N (%)</i>
<b>Ηλικία</b>									
18-24 ετών	141	141	24 (17.0)	87	7 (8.0)	91	10 (11.1)	77	7 (9.1)
25-29 ετών	260	257	46 (17.9)	164	29 (17.7)	172	22 (12.8)	154	8 (5.2)
30-34 ετών	117	116	33 (28.4)	74	19 (25.7)	78	10 (12.8)	69	3 (4.3)
35-39 ετών	28	27	3 (11.1)	17	4 (23.5)	19	3 (15.8)	19	0(0)
≥ 40 ετών	10	10	2 (20.0)	7	0 (0)	9	2 (22.2)	9	1 (11.1)
Δεν αναφέρθηκε	30	12	2 (16.7)	20	5 (25.0)	15	4 (26.7)	13	2 (15.4)
<b>p-value<sup>‡†</sup></b>			<b>0.080</b>		<b>0.027</b>		<b>0.894</b>		<b>0.473</b>
<b>p-value for trend</b>			<b>0.250</b>		<b>0.042</b>		<b>0.380</b>		<b>0.283</b>

	<i>N<sup>a</sup></i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>Πρώτες 48 Ώρες N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>1ος Μήνας N(%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>4ος Μήνας N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>6ος Μήνας N (%)</i>
<b>Εκπαίδευση</b>									
≤Λύκειο	241	239	45 (18.8)	161	22 (13.7)	165	16 (9.7)	144	6 (4.2)
Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο	175	174	34 (19.5)	109	18 (16.5)	113	12 (10.7)	101	4 (4.0)
Μεταπτυχιακό	128	126	26 (20.6)	70	17 (24.3)	83	18 (21.7)	76	9 (11.8)
Δεν αναφέρθηκε	42	24	5 (20.8)	29	7 (24.1)	23	5 (21.7)	20	2 (10.0)
<b>p-value<sup>‡†</sup></b>			<b>0.714</b>		<b>0.225</b>		<b>0.048</b>		<b>0.096</b>
<b>p-value for trend</b>			<b>0.831</b>		<b>0.049</b>		<b>0.013</b>		<b>0.037</b>
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>									
Παντρεμένη /Με σύντροφο	541	536	105 (19.6)	337	57 (16.9)	357	46 (12.9)	318	18 (5.7)
Ανύπαντρη	13	13	1 (7.7)	8	1 (12.5)	7	0 (0)	6	0 (0)
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση	2	2	1 (50.0)	1	1 (100.0)	2	1 (50.0)	1	1 (100.0)
Δεν αναφέρθηκε	30	12	3 (25.0)	23	5 (21.7)	17	4 (23.5)	15	2 (13.3)
<b>p-value<sup>‡†</sup></b>			<b>0.611</b>		<b>0.083</b>		<b>0.174</b>		<b>&lt;0.001</b>
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>									
Πλήρης απασχόληση	351	350	69 (19.7)	214	37 (17.3)	234	25 (10.7)	214	8 (3.7)
Μερική απασχόληση	63	62	16 (25.8)	38	7 (18.4)	37	6 (16.2)	33	3 (9.1)
Άνεργη	139	136	22 (16.2)	93	14 (15.1)	94	15 (16.0)	79	8 (10.1)
Δεν αναφέρθηκε	33	15	3 (20.0)	24	6 (25.0)	18	5 (27.8)	15	2 (13.3)
<b>p-value<sup>‡†</sup></b>			<b>0.474</b>		<b>0.856</b>		<b>0.336</b>		<b>0.082</b>
<b>Καθαρό Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα</b>									
≤€1500	231	230	42 (18.3)	157	24 (15.3)	162	20 (12.3)	144	9 (6.2)
€1501- €3000	190	190	37 (19.5)	107	20 (18.7)	119	14 (11.8)	106	5 (4.7)
€3001- €4500	54	52	16 (30.8)	31	6 (19.4)	35	5 (14.3)	32	1 (3.1)
> €4501	17	17	3 (17.6)	11	4 (36.4)	13	5 (38.5)	12	0 (0)
Δεν αναφέρθηκε	94	74	12 (16.2)	63	10 (15.9)	54	7 (13.0)	47	6 (12.8)
<b>p-value<sup>‡†</sup></b>			<b>0.078</b>		<b>0.335</b>		<b>0.058</b>		<b>0.723</b>
<b>p-value for trend</b>			<b>0.093</b>		<b>0.119</b>		<b>0.091</b>		<b>0.257</b>

	<i>N<sup>a</sup></i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>Πρώτες 48 Ώρες N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>1<sup>ος</sup> Μήνας N(%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>4<sup>ος</sup> Μήνας N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<i>6<sup>ος</sup> Μήνας N (%)</i>
<b>Χώρα καταγωγής</b>									
Κύπρια	<b>418</b>	<b>416</b>	80 (19.2)	<b>251</b>	43 (17.1)	<b>277</b>	34 (12.3)	<b>254</b>	15 (5.9)
Μη Κύπρια	<b>129</b>	<b>126</b>	27 (21.4)	<b>88</b>	16 (18.2)	<b>83</b>	13 (15.7)	<b>65</b>	4 (6.2)
Δεν αναφέρθηκε	<b>39</b>	<b>21</b>	3 (14.7)	<b>30</b>	5(16.7)	<b>23</b>	4 (17.4)	<b>21</b>	2 (9.5)
<b>p-value</b> ‡†			<b>0.608</b>		<b>0.823</b>		<b>0.422</b>		<b>0.934</b>
<b>Είδος τοκετού</b>									
Φυσιολογικό	<b>241</b>	<b>239</b>	77 (32.2)	<b>159</b>	34 (21.4)	<b>165</b>	28 (17.0)	<b>144</b>	10 (6.9)
Καισαρική τομή χωρίς γενική αναισθησία	<b>220</b>	<b>218</b>	23 (10.6)	<b>128</b>	22 (17.2)	<b>134</b>	15 (11.2)	<b>120</b>	7 (5.8)
Καισαρική τομή με γενική αναισθησία	<b>96</b>	<b>95</b>	8 (8.4)	<b>70</b>	3 (4.3)	<b>70</b>	2 (2.9)	<b>64</b>	1 (1.6)
Άλλο	<b>11</b>	<b>11</b>	2 (18.2)	<b>1</b>	0 (0)	<b>3</b>	2 (66.7)	<b>2</b>	1 (50.0)
Δεν αναφέρθηκε	<b>17</b>	<b>0</b>	0 (0)	<b>10</b>	4(40.0)	<b>10</b>	3 (30.0)	<b>9</b>	3 (33.3)
<b>p-value</b> ‡†			<b>&lt;0.001</b>		<b>0.014</b>		<b>0.001</b>		<b>0.021</b>
<b>Αριθμός παιδιών στην οικογένεια</b>									
1 παιδί	<b>289</b>	<b>286</b>	34 (11.9)	<b>178</b>	18 (10.1)	<b>187</b>	17 (9.1)	<b>163</b>	9 (5.5)
2+ παιδιά	<b>280</b>	<b>277</b>	76 (27.4)	<b>181</b>	42 (23.2)	<b>186</b>	30 (16.1)	<b>169</b>	10 (5.9)
Δεν αναφέρθηκε	<b>17</b>	<b>0</b>	0 (0)	<b>10</b>	4 (40.0)	<b>10</b>	3 (30.0)	<b>9</b>	2 (22.2)
<b>p-value</b> ‡†			<b>&lt;0.001</b>		<b>0.001</b>		<b>0.061</b>		<b>0.877</b>

Σύνολο του δείγματος που δήλωσε ότι θήλαζε αποκλειστικά τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα: N= 110, 64, 51 και 22, αντίστοιχα; αΣύνολο των μητέρων που συμμετείχαν στη μελέτη; βΑριθμός των μητέρων ανά υποκατηγορία κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, που έλαβαν μέρος σε κάθε χρονική στιγμή; ‡Ως επίπεδο σημαντικότητας (p-value) ορίστηκε η τιμή 0.05; †Για τον υπολογισμό του επιπέδου σημαντικότητας (p-value) ανάμεσα στον αποκλειστικό θηλασμό τις πρώτες 48 ώρες, τον 1ο, 4ο και 6ο μήνα και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν συμπεριελήφθησαν οι ελλιπούς τιμές.

**Διάγραμμα 8: Αποκλειστικός Θηλασμός σε βάθος χρόνου ως προς κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.**



### 1.3. **Μητρικός Θηλασμός κατά τις πρώτες 48 ώρες και σε βάθος χρόνου ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων**

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουμε ως προς τη σχέση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με το θηλασμό εάν διερευνήσουμε τις διαφορές στο ποσοστό θηλασμού, έστω και αν αυτός δεν είναι αποκλειστικός, μεταξύ των υποομάδων του πληθυσμού (Πίνακας 21). Συγκεκριμένα, ούτε η έναρξη του θηλασμού ούτε η διάρκεια του, έστω και αν δεν είναι αποκλειστικός, δεν φαίνεται να διαφοροποιείται ούτε ως προς την οικογενειακή κατάσταση ούτε ως προς την χώρα καταγωγή της μητέρας.

Σημαντικότερος προσδιοριστικός παράγοντας και πάλι κατά πόσο η μητέρα θα θηλάσει, έστω και αν όχι αποκλειστικά, φαίνεται να είναι και πάλι το είδος τοκετού αφού οι μητέρες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ήταν πιο πιθανό να θηλάζουν συγκριτικά με τις μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή χωρίς ή με γενική αναισθησία καθ' όλη τη διάρκεια των έξι μηνών, με ποσοστά 94.4% vs 87.9% και 77.9% στις πρώτες 48 ώρες ( $p$ -value<0.001), 80.1% vs 70.3% και 64.3% τον πρώτο μήνα ( $p$ -value=0.052), 53.6% vs 33.8% και 26.0% τον τέταρτο μήνα ( $p$ -value<0.001) και τέλος, 45.8% vs 29.2% και 25.0% ( $p$ -value=0.002) στον έκτο μήνα.

Σε αντίθεση όμως, ο αριθμός των παιδιών δεν φαίνεται να είναι προσδιοριστικός παράγοντας κατά πόσο η μητέρα θα θηλάσει, αλλά μόνο αν θα θηλάσει αποκλειστικά, αφού δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά μητρικού θηλασμού ανάμεσα στις μητέρες των οποίων ήταν το πρώτο τους παιδί ή είχαν άλλα παιδιά. Φαίνεται όμως ότι οι μητέρες των οποίων ήταν το πρώτο τους παιδί, πέραν το ότι είναι πιο πιθανό να μην θηλάσουν αποκλειστικά, είναι επίσης πιο πιθανό να διακόψουν το θηλασμό νωρίτερα αφού μέχρι τον τέταρτο μήνα, 38.8% δήλωσαν ότι θηλάζουν σε αντίθεση με 48.9% για τις μητέρες των οποίων δεν ήταν το πρώτο παιδί ( $p$ -value= 0.049).

Παρόμοια είναι τα συμπεράσματα σε σχέση με τις κοινωνικο-οικονομικούς παραμέτρους αφού, όπως και στην περίπτωση του αποκλειστικού θηλασμού, τόσο η έναρξη του θηλασμού όσο και η διάρκεια του εμφανίζει διαβάθμιση ως προς τη κοινωνική θέση. Οι μητέρες οι οποίες βρίσκονται σε πιο πλεονεκτική θέση είτε ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, είτε ως προς την εισοδηματική τους κατάσταση είναι πιο πιθανό να θηλάσουν και να θηλάσουν σε βάθος χρόνου, με τις παρατηρούμενες διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές σε όλες τις χρονικές στιγμές υπό μελέτη. Για παράδειγμα, το ποσοστό έναρξης του θηλασμού παρουσιάζει σταδιακή αύξηση ως προς το επίπεδο εκπαίδευση από 87,5% σε 89,7% και 94,4% σε μητέρες με απολυτήριο λυκείου, πτυχίο πανεπιστημίου και μεταπτυχιακό αντίστοιχα ( $p$ -value for trend=0.03). Η εν λόγω διαβάθμιση διατηρείται σε βάθος χρόνου, και είναι στατιστικά σημαντική σε όλες τις χρονικές στιγμές μέχρι και τον 6<sup>ο</sup> μήνα όπου ενώ 52,6% των μητέρων με μεταπτυχιακή εκπαίδευση συνεχίζουν να θηλάζουν, το αντίστοιχο ποσοστό περιορίζεται γύρω στο 30% στις υπόλοιπες μητέρες ( $p$ -value<0.001).

Παρόμοια είναι η διαβάθμιση ως προς το εισόδημα. Η διαφορά εμφανίζεται από τις πρώτες κιάλας 48 ώρες (88,5% έναντι 100% με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα <1500 και >4500 αντίστοιχα, με τις ενδιάμεσες εισοδηματικές κατηγορίες να εμφανίζουν αντίστοιχη κλιμάκωση (p-value for trend=0.013). Οι διαφορές φαίνεται να διευρύνονται σε βάθος χρόνου και παραμένουν στατιστικά σημαντικές μέχρι και τον 6<sup>ο</sup> μήνα. Βέβαια, να αναφερθεί ότι στην ανώτερη εισοδηματική κατηγορία (>4501 ευρώ καθαρό οικογενειακό εισόδημα) το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν φαίνεται να είναι κάπως χαμηλότερο σε σχέση με την αμέσως προηγούμενη κατηγορία. Δεν είναι σαφές κατά πόσο αυτό οφείλεται στη μεγαλύτερη ανακρίβεια της εκτίμησης λόγω του μικρότερου αριθμού δείγματος σε αυτή την ομάδα ή αν πράγματι υποδηλώνει κάτι (π.χ. αυξημένες εργασιακές υποχρεώσεις των μητέρων σε αυτή την εισοδηματική κατηγορία ή επιστροφή στην εργασία νωρίτερα λόγω της φύσης του επαγγέλματος κτλ., κάτι το οποίο δεν μπορεί να εξακριβωθεί αφού δεν υπάρχουν τα κατάλληλα στοιχεία.

**Πίνακας 21 : Ποσοστά Μητρικού Θηλασμού ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στις πρώτες 48 ώρες, τον 1ο, τον 4ο και τον 6ο μήνα της ζωής του παιδιού**

	<i>N<sup>a</sup></i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<b>48 Ωρες</b>	<i>n<sup>b</sup></i>	<b>1<sup>ος</sup> Μήνας</b>	<i>n<sup>b</sup></i>	<b>4<sup>ος</sup> Μήνας</b>	<i>n<sup>b</sup></i>	<b>6<sup>ος</sup> Μήνας</b>
			<b><i>N</i> (%)</b>		<b><i>N</i> (%)</b>		<b><i>N</i> (%)</b>		<b><i>N</i> (%)</b>
<b>Ηλικία</b>									
18-24 ετών	141	136	121 (89.0)	88	58 (65.9)	91	34 (37.4)	76	27 (35.5)
25-29 ετών	260	252	227 (89.7)	165	122 (73.9)	172	77 (44.8)	154	54 (35.1)
30-34 ετών	117	117	107 (91.5)	74	60 (81.1)	78	35 (44.9)	69	26 (37.7)
35-39 ετών	28	28	25 (89.3)	17	14 (82.4)	19	13 (68.4)	19	9 (47.4)
≥ 40 ετών	10	8	7 (87.5)	7	5 (71.4)	9	4 (44.4)	9	3 (33.3)
Δεν αναφέρθηκε	30	3	2 (66.7)	20	15 (75.0)	15	6 (40.0)	13	3 (23.1)
<b>p-value<sup>§†</sup></b>			<b>0.973</b>		<b>0.237</b>		<b>0.179</b>		<b>0.875</b>
<b>p-value for trend</b>			<b>0.737</b>		<b>0.049</b>		<b>0.071</b>		<b>0.552</b>
<b>Εκπαίδευση</b>									
Γυμνάσιο/Λύκειο	241	232	203 (87.5)	161	110 (68.3)	165	60 (36.4)	144	45 (31.3)
Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο	175	174	157 (89.7)	110	84 (76.4)	113	46 (40.7)	100	28 (28.0)
Μεταπτυχιακό	128	126	119 (94.4)	71	57 (80.3)	83	51 (61.4)	76	40 (52.6)
Δεν αναφέρθηκε	42	12	10 (83.3)	29	23 (79.3)	23	12 (52.2)	20	9 (45.0)
<b>p-value<sup>§†</sup></b>			<b>0.193</b>		<b>0.116</b>		<b>0.002</b>		<b>0.001</b>
<b>p-value for trend</b>			<b>0.033</b>		<b>0.059</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.011</b>

	<i>N<sup>a</sup></i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<b>48 Ώρες</b> <i>N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<b>1ος Μήνας</b> <i>N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<b>4ος Μήνας</b> <i>N (%)</i>	<i>n<sup>b</sup></i>	<b>6ος Μήνας</b> <i>N (%)</i>
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>									
Παντρεμένη /Με σύντροφο	<b>541</b>	<b>527</b>	473 (89.8)	<b>339</b>	249 (73.5)	<b>358</b>	157 (43.9)	<b>318</b>	113 (35.5)
Ανύπαντρη	<b>13</b>	<b>13</b>	12 (92.3)	<b>8</b>	8 (100.0)	<b>7</b>	3 (42.9)	<b>6</b>	3 (50.0)
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση	<b>2</b>	<b>2</b>	2 (100.0)	<b>1</b>	1 (100.0)	<b>2</b>	1 (50.0)	<b>1</b>	1 (100.0)
Δεν αναφέρθηκε	<b>30</b>	<b>2</b>	2 (100.0)	<b>23</b>	16 (69.6)	<b>17</b>	8 (47.1)	<b>15</b>	5 (33.3)
<b>p-value<sup>§†</sup></b>			<b>0.853</b>		<b>0.200</b>		<b>0.983</b>		<b>0.314</b>
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>									
Εργαζόμενη – Πλήρης απασχόληση	<b>351</b>	<b>341</b>	313 (91.5)	<b>215</b>	162 (75.3)	<b>234</b>	108 (46.2)	<b>214</b>	79 (36.9)
Εργαζόμενη – Μερική απασχόληση	<b>63</b>	<b>62</b>	57 (91.9)	<b>38</b>	33 (86.8)	<b>37</b>	18 (48.6)	<b>33</b>	11 (33.3)
Άνεργη	<b>139</b>	<b>134</b>	113 (84.3)	<b>94</b>	61 (64.9)	<b>95</b>	35 (36.8)	<b>78</b>	28 (35.9)
Δεν αναφέρθηκε	<b>33</b>	<b>6</b>	6 (100.0)	<b>24</b>	18 (75.0)	<b>18</b>	8 (44.4)	<b>15</b>	4 (26.4)
<b>p-value<sup>§†</sup></b>			<b>0.056</b>		<b>0.024</b>		<b>0.254</b>		<b>0.920</b>
<b>p-value for trend</b>			<b>0.028</b>		<b>0.103</b>		<b>0.151</b>		<b>0.826</b>
<b>Καθαρό Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα</b>									
≤ €1500	<b>231</b>	<b>226</b>	200 (88.5)	<b>158</b>	113 (71.5)	<b>162</b>	64 (39.5)	<b>144</b>	50 (34.7)
€1501- €3000	<b>190</b>	<b>185</b>	172 (93.0)	<b>107</b>	85 (79.4)	<b>119</b>	55 (46.2)	<b>106</b>	37 (34.9)
€3001- €4500	<b>54</b>	<b>53</b>	51 (96.2)	<b>31</b>	30 (96.8)	<b>35</b>	27 (77.1)	<b>32</b>	18 (56.3)
> €4501	<b>17</b>	<b>17</b>	17 (100.0)	<b>12</b>	9 (75.0)	<b>13</b>	8 (61.5)	<b>12</b>	6 (50.0)
Δεν αναφέρθηκε	<b>94</b>	<b>63</b>	49 (77.8)	<b>63</b>	37 (58.7)	<b>55</b>	15 (27.3)	<b>46</b>	11 (23.9)
<b>p-value<sup>§†</sup></b>			<b>0.101</b>		<b>0.019</b>		<b>0.001</b>		<b>0.096</b>
<b>p-value for trend</b>			<b>0.013</b>		<b>0.018</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.053</b>
<b>Χώρα Καταγωγής</b>									
Κύπρια	<b>418</b>	<b>410</b>	372 (90.7)	<b>253</b>	184 (72.7)	<b>278</b>	121 (43.5)	<b>254</b>	90 (35.4)
Μη Κύπρια	<b>129</b>	<b>122</b>	109 (89.3)	<b>88</b>	70 (79.5)	<b>83</b>	40 (48.2)	<b>65</b>	27 (41.5)
Δεν αναφέρθηκε	<b>39</b>	<b>12</b>	8 (66.7)	<b>30</b>	20 (66.7)	<b>23</b>	8 (34.8)	<b>21</b>	5 (23.8)
<b>p-value<sup>§†</sup></b>			<b>0.648</b>		<b>0.206</b>		<b>0.453</b>		<b>0.362</b>

	<i>N</i> <sup>a</sup>	<i>n</i> <sup>b</sup>	<b>48 Ώρες</b> <i>N (%)</i>	<i>n</i> <sup>b</sup>	<b>1ος Μήνας</b> <i>N (%)</i>	<i>n</i> <sup>b</sup>	<b>4ος Μήνας</b> <i>N (%)</i>	<i>n</i> <sup>b</sup>	<b>6ος Μήνας</b> <i>N (%)</i>
<b>Είδος τοκετού</b>									
Φυσιολογικό	<b>241</b>	<b>232</b>	222 (95.7)	<b>161</b>	129 (80.1)	<b>165</b>	90 (54.5)	<b>144</b>	65 (45.1)
Καισαρική τομή χωρίς γενική αναισθησία	<b>220</b>	<b>213</b>	187 (87.8)	<b>128</b>	90 (70.3)	<b>135</b>	51 (37.8)	<b>120</b>	35 (29.2)
Καισαρική τομή με γενική αναισθησία	<b>96</b>	<b>87</b>	68 (78.2)	<b>70</b>	45 (64.3)	<b>70</b>	20 (28.6)	<b>64</b>	16 (25.0)
Άλλο	<b>11</b>	<b>11</b>	11 (100.0)	<b>1</b>	1 (100.0)	<b>3</b>	2 (66.7)	<b>2</b>	2 (100.0)
Δεν αναφέρθηκε	<b>17</b>	<b>0</b>	0 (0)	<b>10</b>	8 (80.0)	<b>12</b>	5 (50.0)	<b>9</b>	3 (33.3)
<b>p-value<sup>§†</sup></b>			<b>&lt;0.001</b>		<b>0.052</b>		<b>0.001</b>		<b>0.002</b>
<b>Αριθμός παιδιών στην οικογένεια</b>									
1 παιδί	<b>289</b>	<b>272</b>	251 (92.3)	<b>180</b>	133 (73.9)	<b>188</b>	73 (38.8)	162	53 (32.7)
2+ παιδιά	<b>280</b>	<b>272</b>	238 (87.5)	<b>181</b>	133 (73.5)	<b>186</b>	91 (48.9)	169	66 (39.1)
Δεν αναφέρθηκε	<b>17</b>	<b>0</b>	0 (0)	<b>10</b>	8 (80.0)	<b>10</b>	5 (50.0)	9	3 (33.3)
<b>p-value<sup>§†</sup></b>			<b>0.064</b>		<b>0.930</b>		<b>0.049</b>		<b>0.230</b>

Σύνολο δείγματος που δήλωσε ότι θήλαζε τις πρώτες 48 ώρες, τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα: N= 489, 274 ;169 και 122 αντίστοιχα; <sup>a</sup>Σύνολο των μητέρων που συμμετείχαν στη μελέτη; <sup>b</sup>Αριθμός των μητέρων ανά υποκατηγορία κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, που έλαβαν μέρος σε κάθε χρονική στιγμή; <sup>§</sup>Για τον υπολογισμό του επιπέδου σημαντικότητας (p-value) ανάμεσα στο μητρικό θηλασμό τις πρώτες 48 ώρες, τον 1<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν συμπεριελήφθησαν οι ελλειπείς τιμές; <sup>†</sup>Ως επίπεδο σημαντικότητας (p-value) ορίστηκε η τιμή 0.05



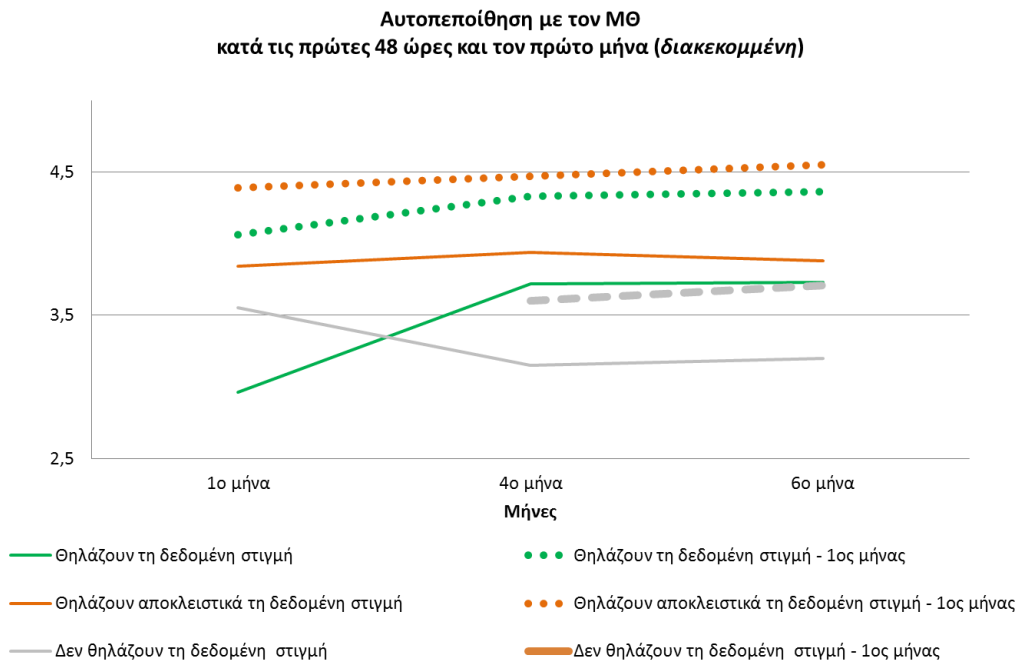
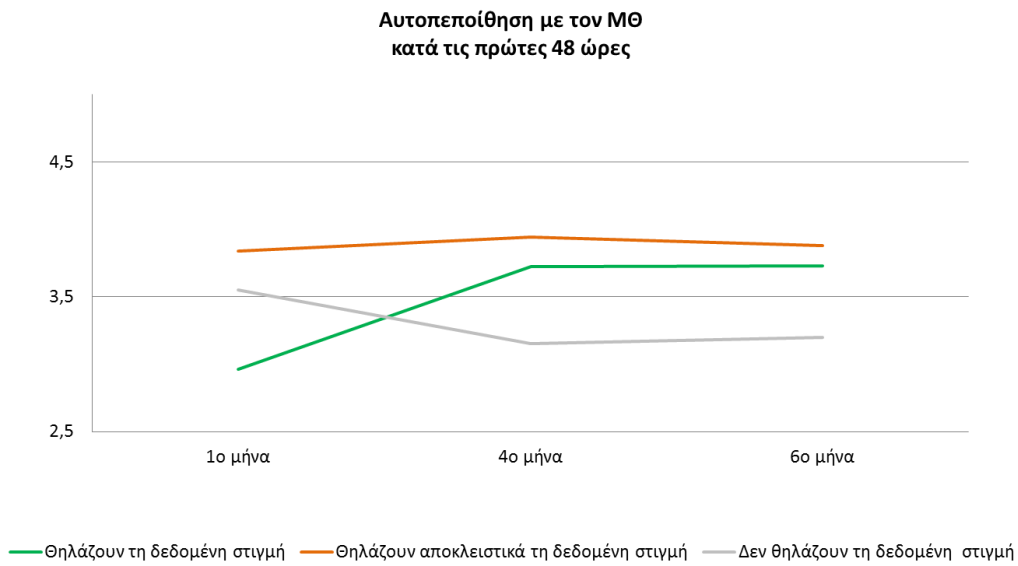
## **B2 Αντιλαμβανόμενη Αυτοπεποίθηση, Κοινωνική Στήριξη και Στήριξη στο Χώρο Εργασίας για Μητρικό Θηλασμό**

### **2.1. Αξιολόγηση της αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης, της κοινωνικής στήριξης στη φροντίδα του βρέφους και της στήριξης στο χώρο εργασίας**

Στον Πίνακα 22 παρατίθενται τα περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας της αυτοπεποίθησης (αυτεπάρκειας) των μητέρων για μητρικό θηλασμό τόσο κατά τις 48 ώρες όσο και κατά τον πρώτο μήνα. Σύμφωνα με το εργαλείο αξιολόγησης της αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης, το οποίο περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις στην κλίμακα Likert 5 σημείων (όπου 1 =δεν αισθάνομαι καμία σιγουριά, 5= αισθάνομαι μεγάλη σιγουριά), η μέση τιμή του βαθμού της αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού ήταν 3,40 SD 0,81 (95% ΔΕ: 3,32-3,48), το οποίο αντανακλά σχετικά μέτρια επίπεδα αυτοπεποίθησης από τις θηλάζουσες μητέρες. Για τις μητέρες οι οποίες συνέχισαν να θηλάζουν μέχρι τον πρώτο μήνα, η αυτοπεποίθηση στην ίδια κλίμακα εμφανίζεται κάπως αυξημένη με μέσο 4,10 SD 0,78 (95% ΔΕ: 3,92-4,11). Μάλιστα, φαίνεται ότι οι μητέρες οι οποίες συνεχίζουν να θηλάζουν αποκλειστικά κατά τον πρώτο, τέταρτο και έκτο μήνα ήταν όσες είχαν υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης από τις πρώτες κιόλας 48 ώρες (**Διάγραμμα 9**). Επίσης, φαίνεται ότι όσες συνεχίζουν να θηλάζουν τον 4<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα, έστω και αν όχι αποκλειστικά, είχαν υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης τον 1<sup>ο</sup> μήνα και αναλογικά μεγαλύτερη αύξηση στην αυτοπεποίθηση μέσα στον πρώτο μήνα από τον τοκετό.

Το ερωτηματολόγιο της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής στήριξης στη φροντίδα του νεογνού αποτελείται από δυο συνιστώσες – τη λειτουργική και δομική κοινωνική στήριξη. Το εργαλείο της λειτουργικής κοινωνικής στήριξης περιλαμβάνει 22 δηλώσεις, οι οποίες αναφέρονται στις τέσσερις πτυχές της κοινωνικής στήριξης: 1. την παροχή πληροφόρησης (7 δηλώσεις), 2. την απτή βοήθεια (7 δηλώσεις), 3. τη συναισθηματική στήριξη (4 δηλώσεις) και 4. την ένδειξη εκτίμησης και αναγνώρισης (4 δηλώσεις) . Για κάθε μια από τις 16 δηλώσεις, οι απαντήσεις δίνονται σε μορφή κλίμακας Likert 4 σημείων Διαφωνίας–Συμφωνίας (χωρίς το ενδιάμεσο σημείο). Τα επίπεδα της λειτουργικής αντιλαμβανόμενης κοινωνικής στήριξης αναφορικά με την φροντίδα του βρέφους κρίνονται σχετικά υψηλά, τουλάχιστον ως προς με τη συναισθηματική στήριξη και την ένδειξη εκτίμησης και αναγνώρισης, με μέση τιμή 3,36 SD 0,67 (95% ΔΕ: 3.29-3.43) και 3,32 SD 0,62 (95% ΔΕ: 3.25-3.37) αντίστοιχα. Συγκριτικά χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης στήριξης δηλώνουν οι μητέρες ως προς την πληροφόρηση, με μέσο 3,11 SD 0,41 (95% ΔΕ: 3.04-3.17) και απτής στήριξης με μέσο 2,81 SD 0,77 (95% ΔΕ 2,73-2,88).

**Διάγραμμα 9: Επίπεδα αυτοπεποίθησης για μητρικό θηλασμό κατά τις πρώτες 48 ώρες και τον 1ο μήνα ως προς τη συνέχιση και αποκλειστικότητα του θηλασμού.**



**Πίνακας 22: Βαθμός Αντιλαμβανόμενης Αυτοπεποίθησης στις 48 ώρες και το 1ο μήνα, όπως και της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Στήριξης στη φροντίδα του βρέφους και της Στήριξης για θηλασμό στον Εργασιακό Χώρο**

	Αντιλαμβανόμενη Αυτοπεποίθηση στις 48 ώρες (N =503)‡	Αντιλαμβανόμενη Αυτοπεποίθηση τον 1ο μήνα (N=284)‡	Αντιλαμβανόμενη Κοινωνικής Στήριξης στη Φροντίδα του Νεογνού† (N=376)‡				Στήριξη στον Εργασιακό Χώρο (N=253)‡	
			Συνολική κλίμακα	Διαστάσεις Κοινωνικής Στήριξης				
				Πληροφοριακή στήριξη	Απτή στήριξη	Συναισθηματική στήριξη	Εκτίμηση και Αναγνώριση	
Μέσος (T.A)	3.40 (0.81)	4.01 (0.78)	3.10 (0.52)	3.11 (0.41)	2.81 (0.77)	3.36 (0.67)	3.32 (0.62)	3.92 (1.00)
Θεωρητικό εύρος	1-5	1-5	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-7
Διάμεσος	3.50	4.07	3.14	3.14	2.86	3.50	3.50	4.00
Μέγιστη Τιμή (Max)	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	6.00
Ελάχιστη Τιμή (Min)	1.00	1.00	1.41	1.00	1.00	1.00	1.25	1.50
Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος (IQR)	1.36	1.07	0.82	0.86	1.14	1.00	0.94	1.33
95% ΔΕ	3.32-3.48	3.92-4.11	3.04-3.15	3.04-3.17	2.73-2.88	3.29-3.43	3.25-3.37	3.80-4.05

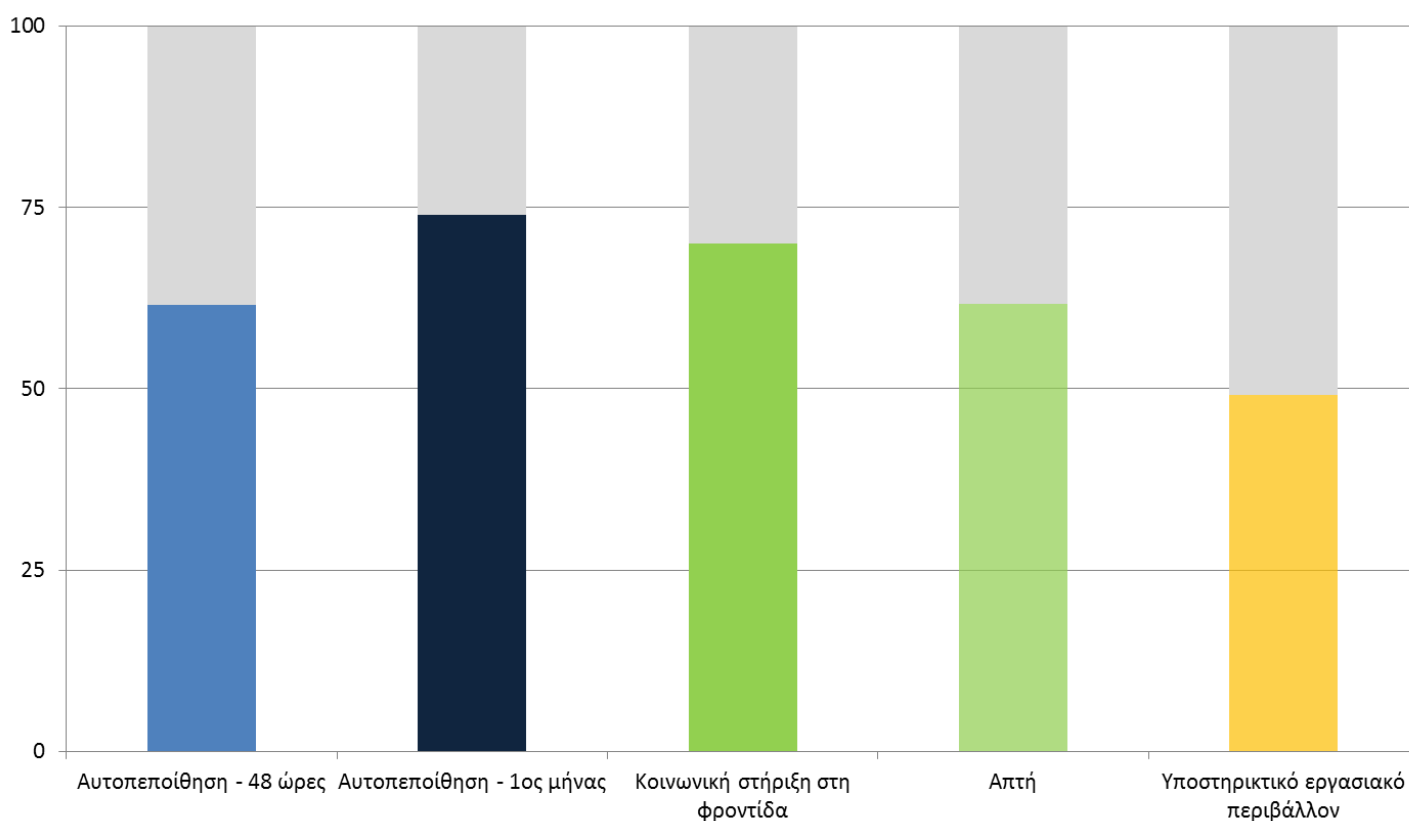
‡Αριθμός των μητέρων που συμπλήρωσαν το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της έρευνας; †Παρατίθεται η αξιολόγηση στη βάση της Συνολικής Αντιλαμβανόμενης Λειτουργικής Κοινωνικής Στήριξης αλλά και ως προς τις 4 διαστάσεις της: 1. την Πληροφοριακή στήριξη, 2. την Απτή Στήριξη, 3. τη Συναισθηματική Στήριξη, και 4. την Εκτίμηση και Αναγνώριση

Για τη διερεύνηση της δομικής κοινωνικής στήριξης, το συγκεκριμένο εργαλείο περιλαμβάνει κατάλογο απόμων/ρόλων από το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της μητέρας με σκοπό να διαπιστωθεί ποια άτομα έχουν σημαντικό ρόλο στην παροχή καθεμίας από τις προαναφερόμενες πτυχές κοινωνικής στήριξης. Για τους σκοπούς της παρούσας έκθεσης αποτελεσμάτων δεν παρατίθενται δεδομένα από την ανάλυση της δομικής κοινωνικής στήριξης.

Τέλος, το εργαλείο Στήριξης του Μητρικού Θηλασμού στο Χώρο Εργασίας αποτελείται από 12 δηλώσεις οι οποίες αναφέρονται στην αντιλαμβανόμενη στήριξη της θηλάζουσας μητέρες στον εργασιακό χώρο μετά την επιστροφή της στην εργασία. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert Συμφωνίας-Διαφωνίας 7 σημείων (όπου 1 =διαφωνώ απόλυτα, 7= συμφωνώ απόλυτα). Με μέσο 3,92 SD 1,00 (95% ΔΕ: 3.80-4.05), φαίνεται να μην αξιολογούν ιδιαίτερα ευνοϊκά οι μητέρες τη στήριξη που λαμβάνουν στο χώρο εργασίας (**Πίνακας 22**).

Λόγω του ότι η κάθε κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της μελέτης έχει διαφορετικό θεωρητικό εύρος, το **διάγραμμα 10** παρουσιάζει για σκοπούς σύγκρισης τις τρεις έννοιες που αξιολογήθηκαν σε κλίμακα 0-100.

**Διάγραμμα 10: Αξιολόγηση της αυτοπεποίθησης, κοινωνική στήριξη και στήριξη στο χώρο εργασίας (κλίμακα 0-100).**



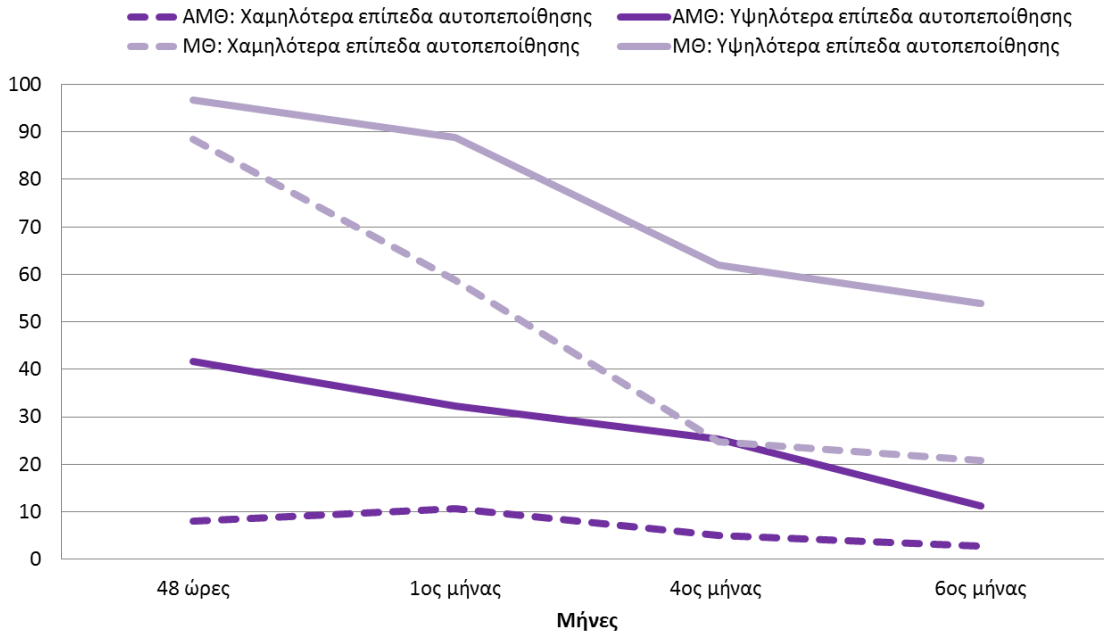
## **2.2. Σχέση του Θηλασμού και Αποκλειστικού Θηλασμού με την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση των μητέρων κατά τις πρώτες 48 ώρες και τον πρώτο μήνα**

Σύμφωνα με τους Πίνακες 23 & 24, η αυτοπεποίθηση της μητέρας για θηλασμό κατά τις 48 ώρες είναι ισχυρός προσδιοριστικός παράγοντας τόσο της έναρξης όσο και της συνέχισης και αποκλειστικότητας του θηλασμού. Οι μητέρες με υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης για θηλασμό ήταν μέχρι και 4-φορες πιο πιθανό να θηλάσουν αποκλειστικά σε σχέση με τις μητέρες με τα χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης, κάτι που αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης και ορθής ενημέρωσης των μητέρων κατά την προγεννητική περίοδο όσο και τη σημασία της εφαρμογής καλών πρακτικών στη βάση των «10 βημάτων» από το μαιευτήριο, παράγοντες οι οποίοι ενδυναμώνουν την μητέρα και ενισχύουν την αυτοπεποίθησή της για θηλασμό. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού στις 48 ώρες στις μητέρες με τα υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης ανήλθε στο 41,1% σε αντίθεση με τις μητέρες με τα χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης όπου το ποσοστό ΑΜΘ δεν ξεπερνά το 8,0% ( $p\text{-value} < 0.001$ ). Η ισχυρή σχέση της αυτοπεποίθησης από τις πρώτες 48 ώρες με την επιτυχία του θηλασμού διατηρείται σε βάθος χρόνου αφού οι μητέρες με τα υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης ήταν πιο πιθανό να θηλάζουν και μάλιστα να θηλάζουν αποκλειστικά σε όλα τα στάδια της μελέτης μέχρι τον έκτο μήνα σε σχέση με τις υπόλοιπες. Συγκεκριμένα παρουσιάζεται μια κλιμακωτή στατιστικά σημαντική αύξηση τόσο στο ποσοστό θηλασμού όσο και στο ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού σε σχέση με αυξανόμενα επίπεδα αυτοπεποίθησης. Για παράδειγμα, 50,0% των μητέρων με τα υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης θηλάζαν κατά τον 6<sup>ο</sup> μήνα (11,5% αποκλειστικά) έναντι 19,2% (2,7% αποκλειστικά) των μητέρων οι οποίες είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης κατά τις πρώτες 48 ώρες, με τις ενδιάμεσες κατηγορίες να παρουσιάζουν κλιμακωτή αύξηση.

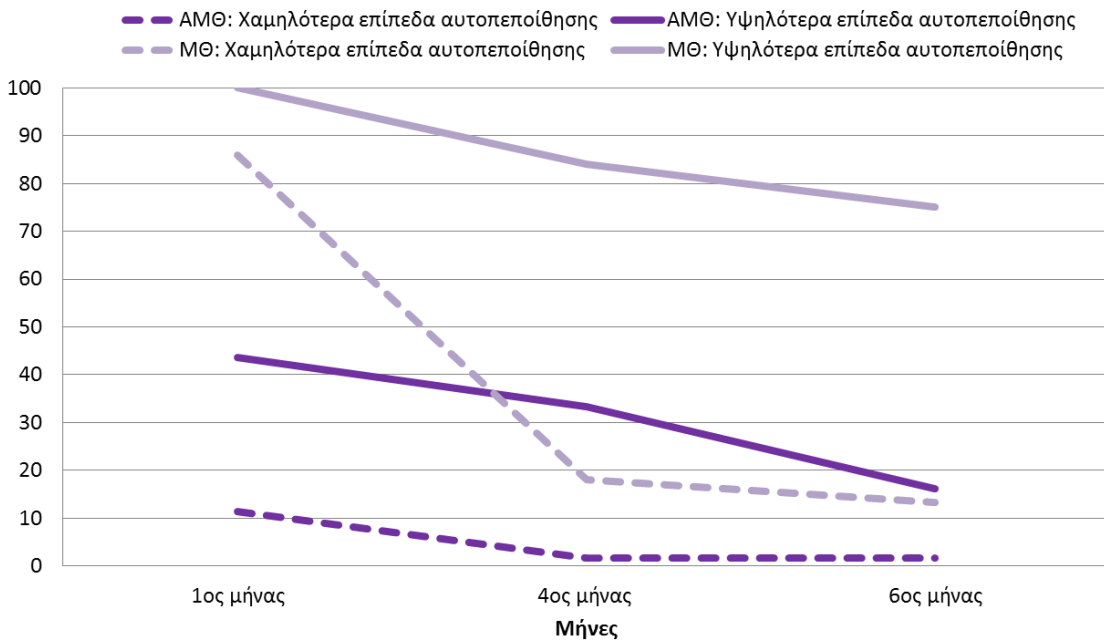
Παρόμοια είναι τα συμπεράσματα σε σχέση με το επίπεδο αυτοπεποίθησης της μητέρας για θηλασμό όπως αξιολογήθηκε κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα (Πίνακας 24). Μάλιστα, φαίνεται ότι η πτώση στους δείκτες θηλασμού είναι αναλογικά μεγαλύτερη για όσες μητέρες είχαν χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα, αφού μεταξύ του 1<sup>ου</sup> και του 4<sup>ου</sup> μήνα παρατηρείται μια αξιοσημείωτη μείωση στο ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν από 85,9% σε μόλις 17,7%. Τα αντίστοιχα ποσοστά στις μητέρες με υψηλά ποσοστά αυτοπεποίθησης κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα είναι από 100% σε 79,9%. Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και αναφορικά με το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού. Μόνο 9,9% των μητέρων με τα χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης τον 1<sup>ο</sup> μήνα θηλάζαν ενώ μέχρι το 4<sup>ο</sup> το ποσοστό μειώνεται ήδη σε 3,2%. Αντιθέτως, στις μητέρες με τα υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης η μείωση στο ποσοστό ΑΜΘ κατά την αντίστοιχη περίοδο είναι μόνο από το 46,5% στο 32,8%, ενώ 17,9% αυτών των μητέρων συνεχίζουν να θηλάζουν ακόμα και τον 6<sup>ο</sup> μήνα. Αυτά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά στο **διάγραμμα 11**.

**Διάγραμμα 11: Αντιπαραβολή του ποσοστού έναρξης και συνέχισης του Θηλασμού και του Αποκλειστικού Θηλασμού σε βάθος χρόνου μεταξύ των μητέρων με τα υψηλότερα και χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης για θηλασμό όπως καταγράφηκαν κατά τις πρώτες 48 ώρες και τον πρώτο μήνα.**

### Αυτοπεποίθηση στις 48 ώρες



### Αυτοπεποίθηση τον 1ο μήνα



**Πίνακας 23: Σχέση του Θηλασμού και του Αποκλειστικού Θηλασμού στις πρώτες 48 ώρες και σε βάθος χρόνου με την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση για μητρικό θηλασμό κατά τις πρώτες 48 ώρες**

	48 Ωρες				1 <sup>ος</sup> Μήνας				4 <sup>ος</sup> Μήνας				6 <sup>ος</sup> Μήνας			
	N	AMΘ	N	MΘ	N	AMΘ	N	MΘ	N	AMΘ	N	MΘ	N	AMΘ	N	MΘ
	N(%)		N (%)		N(%)		N (%)		N(%)		N (%)		N (%)		N (%)	
<b>Χαμηλότερα Επίπεδα Αυτοπεποίθησης</b>	125	10 (8.0)	126	108 (85.7)	77	8 (10.4)	77	46 (59.7)	83	4 (4.8)	83	20 (24.1)	74	2 (2.7)	73	14 (19.2)
<b>2<sup>ο</sup> τεταρτημόριο</b>	125	19 (15.1)	126	121 (96.0)	77	12 (15.6)	78	62 (79.5)	84	9 (10.7)	84	29 (34.5)	77	2 (3.9)	77	24 (31.2)
<b>3<sup>ο</sup> τεταρτημόριο</b>	126	24 (19.0)	126	119 (94.4)	77	11 (14.3)	78	64 (82.1)	79	9 (11.4)	79	43 (54.4)	69	4 (5.8)	69	38 (55.1)
<b>Υψηλότερα Επίπεδα Αυτοπεποίθησης</b>	124	52 (41.1)	125	116 (92.8)	88	27 (30.7)	88	79 (89.8)	92	22 (23.9)	92	51 (55.4)	78	9 (11.5)	78	39 (50.0)
<b>p-value</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.012</b>		<b>0.004</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.002</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.101</b>		<b>&lt;0.001</b>
<b>p-value for trend</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.065</b>		<b>0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.019</b>		<b>&lt;0.001</b>

¶Αριθμός των μητέρων κατά τεταρτημόρια ως προς τα επίπεδα της αντιλαμβανόμενης αυτοπεποίθησης για θηλασμό με βάση του σύνολο των μητέρων που έλαβαν μέρος σε κάθε χρονική στιγμή που πραγματοποιήθηκε η μελέτη: N= 586 τις πρώτες 48 ώρες, N=371 κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα, N=384 τον 4<sup>ο</sup> μήνα και N=341 τον 6<sup>ο</sup> μήνα

**Πίνακας 24: Σχέση του Θηλασμού και του Αποκλειστικού Θηλασμού στις πρώτες 48 ώρες και σε βάθος χρόνου με την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση για μητρικό θηλασμό όπως αξιολογήθηκε τον 1<sup>ο</sup> μήνα.**

	1 <sup>ος</sup> Μήνας				4 <sup>ος</sup> Μήνας				6 <sup>ος</sup> Μήνας			
	N	AMΘ	N	MΘ	N	AMΘ	N	MΘ	N	AMΘ	N	MΘ
	N(%)		N (%)		N(%)		N (%)		N (%)		N (%)	
Χαμηλότερα Επίπεδα Αυτοπεποίθησης	68	7 (9.9)	71	61 (85.9)	62	2 (3.2)	62	11 (17.7)	61	0 (0.0)	61	8 (13.1)
2 <sup>ο</sup> τεταρτημόριο	69	13 (18.8)	71	68 (95.8)	63	10 (15.9)	63	32 (50.8)	58	4 (6.9)	58	25 (43.1)
3 <sup>ο</sup> τεταρτημόριο	69	11 (19.7)	71	70 (98.6)	66	7 (10.8)	66	39 (59.1)	58	5 (8.6)	58	31 (53.4)
Υψηλότερα Επίπεδα Αυτοπεποίθησης	68	31 (46.5)	71	71 (100.0)	64	21 (32.8)	64	51 (79.1)	56	10 (17.9)	56	43(76.8)
P-value	<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		0.006		<0.001	
p-value for trend	<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		0.001		<0.001	

¥Αριθμός των μητέρων κατά τεταρτημόρια ως προς τα επίπεδα αυτοπεποίθησης για θηλασμό με βάση του σύνολο των μητέρων που έλαβαν μέρος σε κάθε χρονική στιγμή που πραγματοποιήθηκε η μελέτη: N=371 κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα, N=384 τον 4<sup>ο</sup> μήνα και N=341 τον 6<sup>ο</sup> μήνα



## **Σύνοψη Κυρίων Ευρημάτων**

Στη μελέτη η οποία διεξήχθη στο πλαίσιο του ευρύτερου προγράμματος **BrEaST start in life** συμμετείχε με υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης διαδοχικό δείγμα 586 μητέρων ηλικίας 18 ετών και άνω οι οποίες έφεραν στον κόσμο ένα τελειόμηνο υγιές νεογνό στα δημόσια και σε 29 (από τα 35) ιδιωτικά μαιευτήρια παγκυπρίως. Συμμετείχαν επίσης 234 μαίες-νοσηλεύτριες οι οποίες εργάζονταν για τουλάχιστον 6 μήνες σε αυτές τις μονάδες.

Η μελέτη κατέγραψε την εμπειρία των μητέρων όσο και την άποψη των επαγγελματιών υγείας ως προς την εφαρμογή της **πολιτικής των «10 βημάτων για επιτυχή θηλασμό»** του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF στη βάση του επίσημου ερωτηματολογίου το οποίο χρησιμοποιείται για σκοπούς πιστοποίησης των «Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων». Η ερευνητική ομάδα είχε κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τις μητέρες κατά τον 1<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα της ζωής του παιδιού, οπότεν πέραν από τις πρακτικές σίτισης του βρέφους τους, οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν (με τη χρήση κατάλληλων διεθνών κλιμάκων) για την αυτοπεποίθησή τους για θηλασμό, την αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη στη φροντίδα του παιδιού και το βαθμό στον οποίο το εργασιακό περιβάλλον είναι υποστηρικτικό στο θηλασμό.

Στο δείγμα της μελέτης, δυο στις τρεις γεννήσεις προέρχονταν από τον ιδιωτικό τομέα, κάτι που είναι σε συμφωνία με επίσημα στατιστικά στοιχεία, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ των μητέρων διέφερε σημαντικά μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Για παράδειγμα, ενώ το 60% των μητέρων στα ιδιωτικά μαιευτήρια ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το αντίστοιχο ποσοστό στο δημόσιο δεν ξεπερνούσε το 40%. Στα δημόσια μαιευτήρια, 1 στις 3 μητέρες ήταν μη κυπριακής καταγωγής ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον ιδιωτικό τομέα ήταν μόλις 16%. Διαφορά μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών μαιευτηρίων υπήρχε και ως προς το ποσοστό καισαρικών τομών, το οποίο κρίνεται γενικότερα ως ιδιαίτερα υψηλό. Μια στις 2 μητέρες στο δείγμα από τα δημόσια μαιευτήρια έφεραν στον κόσμο το παιδί τους με φυσιολογικό τοκετό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα το ποσοστό δεν ξεπερνούσε το 37.3%.

### ***Εφαρμογή των «10 βημάτων» για επιτυχή θηλασμό στα μαιευτήρια της Κύπρου***

Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν ότι οι «καλές πρακτικών» στη βάση των 10 βημάτων για επιτυχή θηλασμό στα μαιευτήρια της Κύπρου δεν τύγχαναν ευρείας και συστηματικής εφαρμογής. Τόσο με βάση τις εμπειρίες των ίδιων των μητέρων όσο και με βάση την αυτοαξιολόγηση του προσωπικού των μαιευτηρίων, η εφαρμογή των 10 βημάτων θα χαρακτηριζόταν ως αποσπασματική, με κάποιες εξαιρέσεις ως προς συγκεκριμένες πτυχές. Για παράδειγμα, ενώ η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού εντός μίας ώρας (όχι όμως απαραίτητα με επαφή δέρμα με δέρμα) και η παροχή πρακτικής βοήθειας από το προσωπικό στη τοποθέτηση του βρέφους (όχι όμως και σε σχέση με άλλα θέματα διαχείρισης του θηλασμού) εμφανιζόταν σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα, άλλες πρακτικές δεν φαίνεται να

τυγχάνουν συστηματικής εφαρμογής, αν και υποστηρίζονται από πληθώρα ερευνητικών δεδομένων ως σημαντικές στην εγκαθίδρυση και συνέχιση του θηλασμού. Ενδεικτικό της έλλειψης συγκεκριμένων πολιτικών προστασίας, προαγωγής και υποστήριξης του θηλασμού στα Κυπριακά μαιευτήρια είναι το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού ακόμα και στις 48 ώρες. Παράλληλα, με βάση τις απαντήσεις των ίδιων των μητέρων, η αυτοπεποίθηση τους σε θέματα θηλασμού δεν ήταν σε υψηλά επίπεδα, ειδικότερα για όσες ήταν το πρώτο τους παιδί.

Η εικόνα δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια, αν και διαφάνηκε ότι κάποιες «κακές» πρακτικές εμφανίζονται ακόμα πιο συχνά στα ιδιωτικά μαιευτήρια όπως, για παράδειγμα, η μη συγκατοίκηση μητέρας-παιδιού και η χρήση πιπίλων, η οποία κρίνεται γενικότερα ως ιδιαίτερα διαδεδομένη πρακτική. Να αναφερθεί ότι ακόμα και σε θέματα ενημέρωσης από το προσωπικό, μόνο μια στις τρεις μαμάδες δηλώνουν ότι είχαν ενημέρωση για τα οφέλη και τη διαχείριση του θηλασμού κατά την προγεννητική περίοδο ενώ μόνο περίπου οι μισές δηλώνουν ότι τους δόθηκαν οι σχετικές συμβουλές ως προς την διαχείριση του θηλασμού με βάση τη ζήτηση – δηλαδή, *όποτε και για όση ώρα χρειάζεται*. Τέλος, μόνο 1 στις 4 μαμάδες δήλωσαν ότι τους δόθηκαν συμβουλές σε σχέση με την παροχή βοήθειας μετά το εξιτήριο από την κλινική, κάτι που ίσως δεν ξαφνιάζει λόγω της έλλειψης πολιτικών και δράσεων στήριξης του θηλασμού στην κοινότητα. Από την άλλη, αποτελεί ενδεχομένως ιδιαίτερα θετική ένδειξη συμμόρφωσης των Κυπριακών Μαιευτηρίων με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος το γεγονός ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των μαμάδων δήλωσε πως δεν χορηγήθηκαν ενώσω στη κλινική φυλλάδια ή τρόφιμα που να προωθούν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Βέβαια, η παρούσα μελέτη διεξήχθη μεταξύ 24-48 ωρών από τον τοκετό, επομένως πιθανά να υποεκτιμήθηκε πόσο πραγματικά διαδεδομένο είναι το φαινόμενο τις αμέσως επόμενες ώρες/ημέρες πριν το εξιτήριο.

Παρόμοια εικόνα ως προς την εφαρμογή των βημάτων σκιαγραφείται μέσα από τις απαντήσεις του προσωπικού, αφού τα αποτελέσματα όχι μόνο δεν έρχονται σε αντιπαράθεση με τις απαντήσεις των μαμάδων, αλλά εμφανίζουν εντυπωσιακή συμφωνία. Με βάση την αυτοαξιολόγηση του προσωπικού των κλινικών, υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης φαίνεται και πάλι να συγκεντρώνουν οι πτυχές που αναφέρονται σε θέματα ενημέρωσης και παροχής βοήθειας. Ιδιαίτερα ενδεικτικό όμως είναι το γεγονός ότι τα χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης στα 10 βήματα με βάση την άποψη του προσωπικού συγκεντρώνουν θέματα πολιτικής των μαιευτηρίων αλλά και εκπαίδευσης του προσωπικού, τα οποία μπορούν να θεωρηθούν ως προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή όλων των υπόλοιπων βημάτων.

### **Θηλασμός: έναρξη, αποκλειστικότητα και διάρκεια**

Το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού είναι ήδη χαμηλό από τις πρώτες κιόλας 48 ώρες, και ελαφρώς υψηλότερο μόνο στα μαιευτήρια του δημόσιου τομέα. Από κάθε 10 νέες μητέρες, 2 δεν θήλασαν καθόλου ενόσω ακόμα στο μαιευτήριο, ενώ από τις υπόλοιπες μόνο 2 ήταν αυτές που θήλασαν αποκλειστικά. Τα υψηλότερα ποσοστά μητρικού θηλασμού κατά τις 48 ώρες παρατηρηθήκαν σε Λευκωσία, Λεμεσό και Αμμόχωστο (>85%), αν και σε καμιά επαρχία το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού δεν ξεπερνούσε το 30%. Συγκριτικά, η Λάρνακα και η Πάφος εμφανίζονται σε χειρότερη θέση αφού το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού στις 48 ώρες δεν ξεπερνούσε το 7%, ενώ μέχρι και 30% των μητέρων δεν θήλασαν καθόλου ενόσω στο μαιευτήριο. Το ποσοστό θηλασμού καταγράφει σημαντική μείωση μεταξύ του 1<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> μήνα της ζωής του παιδιού γύρω στο 43% (από >70%) ενώ μέχρι το 6<sup>ο</sup> μήνα μόνο 1 στις 3 συνεχίζουν να θηλάζουν. Το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού δεν υπερβαίνει το 13% και 6% κατά τον τέταρτο και έκτο μήνα της ζωής αντίστοιχα.

Για όσες ήταν το πρώτο τους παιδί, αλλά και για όσες γέννησαν με καισαρική τομή, τόσο τα ποσοστά έναρξης, αποκλειστικότητας και συνέχισης του θηλασμού ήταν ακόμα χαμηλότερα. Παράλληλα, διαφάνηκε μια κοινωνική διαβάθμιση όπου μητέρες σε πιο πλεονεκτική θέση (ως προς το εισόδημα ή το επίπεδο εκπαίδευσης) είναι πιο πιθανό να θηλάσουν, να θηλάσουν αποκλειστικά και να θηλάσουν για μεγαλύτερη διάρκεια (τουλάχιστον μέχρι τον 4<sup>ο</sup> μήνα). Τέλος, η αυτοπεποίθηση της μητέρας για θηλασμό από τις πρώτες 48 ώρες φαίνεται να είναι σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας τόσο της αποκλειστικότητας όσο και της διάρκειας του θηλασμού, κάτι το οποίο αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης και ορθής ενημέρωσης των μητέρων κατά την προγεννητική περίοδο όσο και τη σημασία της εφαρμογής καλών πρακτικών στη βάση των «10 βημάτων» από το μαιευτήριο.

Οι μητέρες δεν αξιολογούν και τόσο ευνοϊκά τη στήριξη που λαμβάνουν από το εργασιακό περιβάλλον. Αν και οι μητέρες οι οποίες θήλαζαν κατά τον 6<sup>ο</sup> μήνα έτειναν να αξιολογούν κάπως καλύτερα τη στήριξη από το εργασιακό περιβάλλον σε θέματα θηλασμού, γενικότερα δεν αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση (διαφοροποίηση) στα ποσοστά θηλασμού. Βέβαια, αυτό ενδεχομένως δεν πρέπει να ξαφνιάζει, όχι μόνο επειδή οι μητέρες αξιολόγησαν πολύ χαμηλά γενικότερα το εργασιακό περιβάλλον, αλλά κυρίως επειδή το ποσοστό θηλασμού στην Κύπρο φαίνεται να σημειώνει απότομη μείωση ακόμα και πριν την επιστροφή της μητέρας στην εργασία. Δεν είναι σαφές όμως, από τα ποσοτικά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, κατά πόσο υπάρχει πρόθεση να διακόψει το θηλασμό μια μητέρα ή αν σε κάποιο βαθμό αυτό οφείλεται στην προκατασκευασμένη αντίληψη για την δυσκολία συμφιλίωσης θηλασμού και εργασίας. Αυτό τουλάχιστον υποστηρίζεται εν μέρει από τα δεδομένα της παρούσας μελέτης αφού οι μητέρες οι οποίες εργάζονταν σε πλήρη απασχόληση δεν ήταν μόνο πιο πιθανό να διακόψουν πρόωρα αλλά ήταν και λιγότερο πιθανό να θηλάσουν ακόμα και κατά τις 48 ώρες.

Τέλος, οι μητέρες αξιολογούν σχετικά καλύτερα την στήριξη που λαμβάνουν από το κοινωνικό περιβάλλον στην φροντίδα του βρέφους, τουλάχιστον ως προς τη συναισθηματική στήριξη και αναγνώριση αφού, συγκριτικά, αξιολογούν κάπως χειρότερα την πληροφοριακή αλλά την απτή στήριξη, για την οποία έδωσαν μάλιστα τις χαμηλότερες βαθμολογίες, κάτι το οποίο ενδεχομένως να παραπέμπει στη «παραδοσιακή» κοινωνία της Κύπρου και στη μειωμένη συμμετοχή του πατέρα (συζύγου) στη φροντίδα του βρέφους.

Η άλλη πτυχή της στήριξης αναφέρεται στην αναζήτηση πληροφόρησης και ορθής ενημέρωση, και ίσως δεν μας ξαφνιάζει ότι αξιολογείται κάπως χαμηλότερα από άλλες διαστάσεις τις στήριξης αφού συχνά παρατηρείται το φαινόμενο, ειδικότερα στην έλλειψη επίσημης στήριξης σε θέματα θηλασμού κατά τη μεταγεννητική περίοδο, οι μητέρες να λαμβάνουν αντιφατικές πληροφορίες τόσο από το κοινωνικό τους περιβάλλον όσο ακόμα και από τους Επαγγελματίες Υγείας, κάτι το οποίο προκαλεί σύγχυση. Αυτό υποστηρίζεται και από την ποιοτική μελέτη που διεξήχθη στο πλαίσιο του προγράμματος με ομάδες εστίασης (με δείγμα μητέρες οι οποίες προσήλθαν στα εκπαιδευτικά σεμινάρια του συνδέσμου). Η «Παραπληροφόρηση» ήταν ένα από τα θέματα τα οποία είχαν εξαχθεί από την ανάλυση των δεδομένων αφού κάποιες μητέρες δήλωναν την αγανάκτηση τους. Ακολουθούν κάποια χαρακτηριστικά αποσπάσματα:

*Σ7. «Επιτέλους ήταν ένα πολύ καλό σεμινάριο και όχι οι αμπελοφιλοσοφίες από διάφορους που σε συγχύζουν, προβληματίζουν και σε κάνουν να φοβάσαι ότι δεν θα τα καταφέρεις. Συνήθως στη Κύπρο αυτό κάνουν – τους αρέσει να μιλούν να μιλούν χωρίς να γνωρίζουν. Είναι πολύ σημαντικό, ακούσαμε έρευνες αλλά και μαμάδες που μπορεί να έχουν δυσκολευτεί αλλά συνέχισαν και προσπάθησαν και ήρθαν εδώ και μας το είπαν».*

*Σ2. «...το να θηλάσεις είναι αγώνας διότι θα πρέπει να τους λες συνέχεια ότι αυτό θέλω για το μωρό μου και ξέρω τι θέλω. Δεν θέλω να βιώσουν και οι άλλες ότι βίωσα εγώ».*

Τα πιο ζητήματα αναφορικά με το ρόλο του εργασιακού αλλά και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος να λειτουργεί ευνοϊκά ή αποτρεπτικά για το θηλασμό πρέπει να διερευνηθούν εις βάθος μέσα από ποιοτικές μελέτες της βιωμένης εμπειρίας των μητέρων.

Καταληκτικά, το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα μας γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτό αν αναλογιστούμε ότι ο Π.Ο.Υ. θέτει ως στόχο μέχρι το 2030 τουλάχιστον 50% των παιδιών να θηλάζουν αποκλειστικά μέχρι τον 6<sup>ο</sup> μήνα. Το ποσοστό των μητέρων που θηλάζαν μετά το εξημέριο, έστω και αν όχι αποκλειστικά, καταγράφει απότομη μείωση γύρω στο 40% πριν τον τέταρτο μήνα της ζωής του παιδιού, ενώ σε άλλες χώρες, όπου επίσης τα ποσοστά μητρικού θηλασμού δεν διατηρούνται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα μέχρι και τον 6<sup>ο</sup> μήνα, η διακοπή του θηλασμού παρατηρείται

συχνότερα μετά τον 4<sup>ο</sup> μήνα. Στο **Παράρτημα Ε** παρουσιάζεται μια συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης με αντίστοιχες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία. Μάλιστα, αυτό που συνεπάγεται είναι ότι στη Κύπρο το πρόβλημα αρχίζει από τις πρώτες κιόλας ημέρες, αφού ο θηλασμός δεν είναι αποκλειστικός, ενώ σε άλλες χώρες (π.χ. Καναδάς, ΗΠΑ, Γερμανία) μπορεί ο θηλασμός να διακόπτεται πρόωρα (πριν τον 6<sup>ο</sup> μήνα) αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν μέχρι τότε θηλάζουν αποκλειστικά.

### **Συμπέρασμα**

Το γενικό συμπέρασμα που προκύπτει, τόσο από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης όσο και μέσα από τις υπόλοιπες δραστηριότητες του προγράμματος (συμπεριλαμβανομένου των πορισμάτων της συζήτησης με επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρευρέθηκαν στις διάφορες δράσεις και εκδηλώσεις ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων, αλλά και της διευρυμένης συνάντησης με τους εμπλεκόμενους φορείς – stakeholder meetings) είναι ότι τα ευρήματα δεν σκιαγραφούν μια θετική εικόνα για το θηλασμό στη χώρα μας. Από την άλλη, το θετικό μήνυμα, όπως διατυπώθηκε και στην κοινή διακήρυξη των εμπλεκόμενων φορέων (Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού, Παιδιατρική Εταιρεία, Επιτροπή Μαιών κτλ) είναι ότι τέτοια προγράμματα και σχετικές δράσεις υποστήριξης και προαγωγής του θηλασμού είναι απαραίτητες ώστε να ενισχυθεί η ορατότητα και η δημόσια συνηγορία για το θηλασμό.

Τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όσο και διάφοροι άλλοι διεθνείς οργανισμοί και επαγγελματικοί σύνδεσμοι θεωρούν το θηλασμό προτεραιότητα της Δημόσιας Υγείας (Ζάχου, Θ. & Μπενέτου, Β., 2004). Διάφορες κυβερνήσεις χωρών και αρμόδιοι φορείς, ακόμα και σε χώρες που τα ποσοστά θηλασμού δεν είναι τόσο χαμηλά όπως στη χώρα μας, έχουν καταρτίσει συγκεκριμένες στρατηγικές και πολιτικές προώθησης και προστασίας του θηλασμού αφού συγκαταλέγουν το θηλασμό ως ένα σημαντικό δείκτη υγείας του πληθυσμού. Στην Κύπρο, υπάρχει Εθνική Στρατηγική για το Θηλασμό από το 2011 και είναι ιδιαίτερα θετικό ότι έχει πρόσφατα ολοκληρωθεί από την Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού η σύνταξη της Εθνικής Πολιτικής (Υπουργείο Υγείας, 2011), ενώ κάθε χρόνο διοργανώνονται σειρά εκδηλώσεων ενημέρωσης, εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης για το θηλασμό.

Να αναφερθεί επίσης ότι ο θηλασμός θεωρείται παράλληλα ένας σημαντικός δείκτης της επιτυχούς αντιμετώπισης των κοινωνικών ανισοτήτων. Σε συμφωνία και με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, πολλές ερευνητικές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζουν ότι υπάρχει κοινωνική διαβάθμιση στην αποκλειστικότητα και διάρκεια του θηλασμού. Λόγω του ότι θηλασμός (και η πιθανότητα να θηλάσει ή όχι μια μητέρα) επηρεάζεται από διάφορους κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες, συχνά οδηγούμαστε στη διαμόρφωση κοινωνικών ανισοτήτων ως προς την εμπειρία του θηλασμού, με τα παιδιά στις πλέον μειονεκτικά κοινωνικές ομάδες να είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν. Δεν αποτελεί έκπληξη λοιπόν το γεγονός ότι στη Στρατηγική για τις Ανισότητες Υγείας στην Αγγλία με τον

τίτλο «Δίκαιη Κοινωνία, Υγιείς Ζωές», (Strategic Review of Health Inequalities in England “Fair Society, Healthy Lives”, η καταγραφή και επιτήρηση των ποσοστών θηλασμού σε όλη το εύρος της κοινωνικής πυραμίδας συγκαταλέγεται ως ένας από τους δείκτες στο πλαίσιο του στόχου «Δώστε σε κάθε παιδί το καλύτερο ξεκίνημα στη ζωή» (στο πρωτότυπο «Give every child the best start in life»<sup>4</sup>).

## Εισηγήσεις-Προτάσεις

Οι εισηγήσεις και προτάσεις της ομάδας του **BrEaST** δεδομένου και των ευρημάτων της μελέτης θα ταξινομηθούν με βάση τους τέσσερις άξονες που θέτει η Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του θηλασμού, οι οποίοι είναι:

- Πολιτική, Σχεδιασμός, Διαχείριση, Χρηματοδότηση
- Πληροφόρηση, Επιμόρφωση, Εκπαίδευση
- Σύστημα Καταγραφής και Παρακολούθησης
- Έρευνα

### **Πολιτική, Σχεδιασμός, Διαχείριση, Χρηματοδότηση**

Στο πλαίσιο του πρώτου άξονα κρίνονται ως ιδιαίτερα σημαντικές δράσεις, πρωτοβουλίες, αλλά και κίνητρα, οι/τα οποίες/α αποσκοπούν στην περαιτέρω προώθηση της Εθνικής Πολιτικής για Μητρικό Θηλασμό με στόχο την υιοθέτηση «καλών πρακτικών» και διαμόρφωση πολιτικών για την προστασία του θηλασμού σε επίπεδο μαιευτηρίων. Άλλωστε και το πρώτο βήμα για επιτυχή θηλασμό, το οποίο θεωρείται και προαπαιτούμενο για την επιτυχή εφαρμογή των υπόλοιπων πρακτικών, αφορά στην ύπαρξη σαφούς πολιτικής στη βάση των «10 βημάτων» και του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων του μητρικού Γάλακτος από το μαιευτήριο, η οποία είναι γραπτή, κοινοποιείται σε συστηματική βάση σε όλο το προσωπικό που έρχεται σε επαφή με την θηλάζουσα μητέρα, είναι διαθέσιμη έστω σε μορφή περίληψης στους πελάτες και υπάρχει μηχανισμός ελέγχου της εφαρμογής της. Η εφαρμογή καλών πρακτικών στα μαιευτήρια της Κύπρου παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις, επομένως, σε αυτό το πλαίσιο απαιτείται:

- Η περαιτέρω προώθηση της Εθνικής Πολιτικής σε επίπεδο μαιευτηρίων, η θεσμοθέτηση των 10 βημάτων και της συμμόρφωσης με το Κώδικα ως «ελάχιστο πρότυπο καλής πρακτικής» και η υιοθέτηση πολιτικής μητρικού θηλασμού σε επίπεδο κλινικών.

---

<sup>4</sup> Η συγκεκριμένη φράση λειτούργησε και ως βάση για το όνομα (ακρώνυμο) της παρούσας μελέτης μέσα από το συγκερασμό των φράσεων *BEST start* και *BREAST start* σε **BrEaST start in life**.

- Συγκεκριμένες δράσεις σε αυτό το πλαίσιο μπορεί και πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τόσο μηχανισμούς αξιολόγησης των πρακτικών των μαιευτηρίων (τουλάχιστον του δημόσιου τομέα) όσο και κίνητρα για την πιστοποίηση των μαιευτηρίων ως Νοσοκομεία «Φιλικά προς το βρέφος». Η πιστοποίηση ενός τουλάχιστον μαιευτηρίου του δημόσιου τομέα ως μαιευτήριο αναφοράς θα βοηθούσε προς αυτή την κατεύθυνση, ενώ το γεγονός ότι τουλάχιστον ένα ιδιωτικό μαιευτήριο έχει ξεκινήσει τη διαδικασία, πιστεύεται ότι θα λειτουργήσει θετικά για να ακολουθήσουν και άλλα.
- Τέλος, κρίνεται σημαντική η υιοθέτηση κινήτρων προς τα μαιευτήρια, αλλά και προς το προσωπικό των μαιευτηρίων, για να πιστοποιηθούν ως Σύμβουλοι Γαλουχίας.

### **Πληροφόρηση, Επιμόρφωση, Εκπαίδευση**

Σε αυτό τον άξονα συμπεριλαμβάνεται τόσο η επιμόρφωση των Επαγγελματιών Υγείας όσο και των γονέων αλλά και των μελλοντικών γονέων.

#### Σε σχέση με την εκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση των Επαγγελματιών Υγείας

- Είναι πολλά τα ερευνητικά δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, στην απουσία πολιτικής σε επίπεδο μαιευτηρίων, δεν είναι αποτελεσματική. Επομένως, ενώ δεν υπάρχει ένδεια εκπαιδευτικών σεμιναρίων και ημερίδων σε θέματα θηλασμού προς τους επαγγελματίες υγείας τα οποία διοργανώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα από διάφορους φορείς (π.χ. Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού, Παγκύπριος Σύνδεσμος Μητρικού Θηλασμού κτλ), κρίνεται σημαντικό η εκπαίδευση σε θέματα θηλασμού να ενταχθεί στο πλαίσιο της ευρύτερης πολιτικής των μαιευτηρίων αφού θα πρέπει να διασφαλισθεί η δυνατότητα παρακολούθησης επιστημονικά κατοχυρωμένων σεμιναρίων από όσους έχουν σχέση με τον μητρικό θηλασμό όπως επίσης και γενικότερα από άλλο προσωπικό των μαιευτηρίων που έρχεται σε άμεση επαφή με τις μητέρες
- Πέραν από τα μαιευτήρια, το θέμα της εκπαίδευσης αφορά και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας με κλινικά προγράμματα σπουδών (π.χ. φοιτητές νοσηλευτικής, μαιευτικής, ιατρικής), έτσι ώστε να ενταχθεί ή/και να ενδυναμωθεί όπου υπάρχει η θεματολογία για το θηλασμό και τη διαχείριση του στα προγράμματα σπουδών μέσω διαλέξεων, βιωματικών εργαστηρίων και μεθόδων διεπιστημονικής μάθησης με κατάλληλα συγγράμματα βασισμένα στα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα.
- Παράλληλα, πρέπει να υπάρξει συντονισμός δράσεων μεταξύ όλων διάφορων εμπλεκόμενων φορέων τόσο στο πλαίσιο διοργάνωσης εκπαιδευτικών και επιμορφωτικών δράσεων όσο και σε επίπεδο εναρμόνισης θέσεων και πεποιθήσεων αφού αυτό θα λειτουργήσει ως σημαντικός μοχλός προώθησης και ενεργούς

συνηγορίας υπέρ του θηλασμού. Για παράδειγμα, η διοργάνωση παράλληλων εκπαιδευτικών εργαστηρίων από την ομάδα του BrEaST στο πλαίσιο του Συνεδρίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής και του Συνεδρίου της Παιδιατρικής Εταιρείας εντάσσεται σε αυτό το άξονα, αν και δεν επαρκεί αφού στο πλαίσιο της εναρμόνισης στάσεων και πεποιθήσεων κρίνεται σημαντική η διοργάνωση διεπιστημονικών δραστηριοτήτων.

- Στο ίδιο στόχο της εναρμόνισης θέσεων αποσκοπεί και η κοινή διακήρυξη που υιοθετήθηκε από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στο πλαίσιο της κοινής συνάντησης η οποία διοργανώθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος (stakeholder meeting). Περαιτέρω προσπάθειες προς αυτή τη κατεύθυνση με στόχο την εναρμόνιση και τη ενίσχυση της συνηγορίας προς το θηλασμό κρίνονται επιτακτικές.

Σε σχέση με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των μητέρων/μελλοντικών γονέων και οικογενειών τους,

Είναι πάρα πολλά τα ερευνητικά δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν ότι παρεμβάσεις με **εκπαιδευτικό ή/και υποστηρικτικό** χαρακτήρα είναι αποτελεσματικές στην βελτίωση δεικτών ΜΘ και ΑΜΘ, άμεσα και μακροχρόνια (Chung et al 2008; Renfrew et al 2012; Jolly et al 2012; Haroon et al 2013). Επομένως, πρέπει να επενδύσουμε περισσότερο στο θέμα της εκπαίδευσης και πληροφόρησης αφού η υφιστάμενη πρακτική έχει σημαντικές ελλείψεις. Για παράδειγμα, ενώ τα μαιευτήρια (τουλάχιστον του δημόσιου τομέα) διοργανώνουν σειρά εκπαιδευτικών σεμιναρίων προς τις μητέρες και τις οικογένειες τους, αυτά περιορίζονται στη προγεννητική περίοδο. Στο πλαίσιο της τεκμηριωμένης πρακτικής, συνοψίζονται πιο κάτω τα ευρήματα των πιο πρόσφατων ανασκοπήσεων για το θέμα ως προς τα συμπεράσματα τους για τη φύση που πρέπει να έχουν αυτού του είδους οι παρεμβάσεις (εκπαιδευτικού ή/και υποστηρικτικού χαρακτήρα) για να είναι αποτελεσματικές (**Πίνακας 25**).

**Πίνακας 25: Συμπεράσματα πρόσφατων ανασκοπήσεων για την αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών ή/και υποστηρικτικών παρεμβάσεων**

Μελέτη	Χαρακτηριστικά μελέτης	Συμπέρασμα ως προς το χαρακτήρα των αποτελεσματικών παρεμβάσεων
Chung et al. Annals Internal Medicine (2008)	Συστηματική ανασκόπηση 38 πειραματικών μελετών με (μη)δομημένες εκπαιδευτικές ή συμβουλευτικές παρεμβάσεις	Προγεννητική και μεταγεννητική
Haroon et al BMC Public Health (2013)	Συστηματική ανασκόπηση 101 πειραματικών και οιωνει-πειραματικών μελετών	Ατομική και ομαδική βάση
Renfrew et al. Cochrane Review (2012):	Συστηματική ανασκόπηση 52 παρεμβάσεων με ομάδες υποστήριξης (επίσημης, peer/lay), >56000 συμμετέχουσες, 21 χώρες	Μεταγεννητική περίοδο, Προσωπική επαφή Συνδυασμός ΕΥ και εθελοντών (ή μόνο εθελοντών)
Jolly et al. BMJ (2012)	Συστηματική ανασκόπηση 32 και μεταπαλινδρόμηση 15 μελετών με πειραματικό σχεδιασμό με υποστηρικτική παρέμβαση	Ένταση=επίδραση (>5 συνεδρίες) Λιγότερο επιτυχείς σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα/δομές μεταγεννητικής φροντίδας

Επομένως, μπορούμε και από τα πιο πάνω να συμπεράνουμε ότι:



- Τα εκπαιδευτικά προγράμματα προς τις μέλλουσες μαμάδες για θέματα θηλασμού δεν πρέπει να περιορίζονται στη προγεννητική περίοδο, πρέπει να γίνονται τόσο σε ατομική βάση όσο και σε ομαδική βάση, από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας ή/και ειδικούς συμβούλους θηλασμού, δεν πρέπει να απευθύνονται μόνο στη μητέρα (αλλά και στον πατέρα και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας), να και δεν πρέπει να έχουν μόνο εκπαιδευτικό χαρακτήρα (αλλά και στήριξη, τόσο επίσημης όσο και ανεπίσημης π.χ. ομάδες υποστήριξης στην κοινότητα).
- Η εκπαίδευση πρέπει να έχει συστηματικό χαρακτήρα (και όχι να περιορίζεται σε μεμονωμένες συνεδρίες/διαλέξεις) και καλό είναι να αποσκοπούν τόσο στην πληροφόρηση των μητέρων/γονέων από την προγεννητική περίοδο, αλλά όχι μόνο, για τα οφέλη και τη διαχείριση του θηλασμού, όσο επίσης και στην ενδυνάμωση της μητέρας και της οικογένειας προς ενίσχυση της αυτοπεποίθησης για μητρικό θηλασμό και της στήριξης από την οικογένεια της μητέρας.
- Η ενδυνάμωση της μητέρας είναι μια ιδιαίτερα σημαντική πτυχή αφού αυτό είναι κάτι το οποίο μπορεί να διασφαλίσει ότι η ίδια η μητέρα γνωρίζει και αποζητά την εφαρμογή καλών «καλών πρακτικών» από το μαιευτήριο.
- Είναι επίσης σημαντική η ενίσχυση του έργου των μη κυβερνητικών οργανώσεων στήριξης και συνηγορίας του θηλασμού, η προώθηση δημιουργίας επίσημων αλλά και ανεπίσημων δικτύων στήριξης π.χ. ομάδων υποστήριξης (με άλλες θηλάζουσες μητέρες-peer ή/και εθελοντές-lay) στην Κοινότητα με ή χωρίς τη συμμετοχή Επαγγελματιών Υγείας, αλλά και αναδιοργάνωση των δομών και των υπηρεσιών φροντίδας ειδικότερα κατά την μεταγεννητική περίοδο (π.χ. Κοινωνική Μαιευτική).
- Τέλος, με στόχο τον επαναπροσδιορισμό των αξιών και τις καλλιέργειες κουλτούρας «φιλικής προς το θηλασμό» από μικρή ηλικία, ο θηλασμός πρέπει να ενταχθεί στα αναλυτικά εκπαιδευτικά προγράμματα από την προ-σχολική ηλικία μέχρι και το λύκειο (βλ. σχετική αναφορά στο **Παράρτημα ΣΤ**)

### **Σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης**

Η παρούσα μελέτη κατέγραψε για πρώτη φορά στη Κύπρο τους δείκτες θηλασμού πέραν του εξιτηρίου και μέχρι τους έξι μήνες της ζωής του παιδιού, παρέχοντας έτσι κάποια πρώτα στοιχεία για το μέγεθος του προβλήματος. Βέβαια, η καταγραφή των δεικτών θηλασμού πρέπει να γίνεται σε συνεχή και συστηματική βάση, αφού αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αξιολόγησης της προόδου και επομένους επιτυχούς εφαρμογής της Εθνικής Πολιτικής για το μητρικό θηλασμό. Επομένως,

- Πρέπει να αναπτυχθεί ένα σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης του θηλασμού, όπως επίσης και των πρακτικών των μαιευτηρίων, τόσο στο πλαίσιο της αυτοβελτίωσης των πρακτικών όσο επίσης και στο πλαίσιο της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας δράσεων και παρεμβάσεων. Την κύρια ευθύνη μπορεί να έχει η Μονάδα Παρακολούθησης του Υπουργείου Υγείας, όπου για τα νοσηλευτήρια του δημοσίου τομέα, η καταγραφή μπορεί να γίνεται ως ρουτίνα, ενώ για τον ιδιωτικό τομέα μπορεί να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα στο πλαίσιο δειγματοληπτικών μελετών Περιγεννητικής Υγείας με τη συμμετοχή της Στατιστικής Υπηρεσίας.
- Βέβαια, πρέπει να θεωρούνται προαπαιτούμενα: (α) ο καθορισμός κριτηρίων καταγραφής και η σύνταξη πρωτοκόλλων σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές και αποδεκτές μεθόδους, (β) ο καθορισμός συγκεκριμένων (και εφικτών) στόχων (π.χ. να αυξηθεί το ποσοστό ΜΘ και ΑΜΘ στους 6 μήνες στο 70% και 30% αντίστοιχα), (γ) η οριοθέτηση της χρονικής περιόδου προς υλοποίηση των στόχων και των σταδίων παρακολούθησης της προόδου (π.χ. σε μια δεκαετία) και (δ) η ανάληψη συγκεκριμένων δράσεων και παρεμβάσεων και τέλος, (ε) συστηματική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και σχετική ανατροφοδότηση

### **Έρευνα**

Ο τέταρτος άξονας της Στρατηγικής αναφέρεται στην έρευνα. Πέραν από το σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης, το οποίο θεωρείται απαραίτητο, πρέπει να ενισχυθεί η έρευνα σε θέματα θηλασμού. Πέραν από τα στοιχεία που κατέγραψε η παρούσα μελέτη δεν υπάρχουν άλλα ερευνητικά δεδομένα για το θηλασμό στην Κύπρο. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια περιγραφική ποσοτική μελέτη, η οποία ανέδειξε το μέγεθος τους προβλήματος τόσο σε σχέση με τις πρακτικές των μαιευτηρίων όσο και με τους δείκτες θηλασμού, ζητήματα για τα οποία δεν υπήρχαν προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα. Είναι όμως πολλά τα ερευνητικά ερωτήματα που δημιουργούνται ως αποτέλεσμα, για παράδειγμα η διερεύνηση κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων που σχετίζονται με τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού στη χώρα μας. Η εις βάθος κατανόηση αυτών των θεμάτων, κάτι το οποίο απαιτεί να γίνει σε μελέτες με ποιοτική ή/και μεθοδολογία δεν θα βοηθήσει μόνο στην κατανόηση των διαφόρων διαστάσεων και πτυχών του προβλήματος αλλά και στην προσπάθεια σχεδιασμού στοχευμένων και πολιτισμικά κατάλληλων παρεμβάσεων. Επομένως, είναι απαραίτητο:

- Να καλλιεργηθούν συνέργειες μεταξύ κυβερνητικών/αρμόδιων φορέων με ακαδημαϊκά ιδρύματα με στόχο την ανάπτυξη της έρευνας σε θέματα θηλασμού

- Χωρίς βέβαια να αποκλείεται το ενδεχόμενο εξασφάλισης εξωτερικής χρηματοδότησης μέσα από ανταγωνιστικούς διαγωνισμούς, να εξευρεθούν παράλληλα κατάλληλοι εσωτερικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης της έρευνας ειδικά για θέματα θηλασμού ως άξονα προτεραιότητας

### **Πέραν του συστήματος υγείας**

Η μη βέλτιστη εφαρμογή καλών πρακτικών στα μαιευτήρια εμποδίζει την επιτυχή έναρξη και εγκαθίδρυση του ΜΘ, αλλά δεν ευθύνεται πλήρως για τα χαμηλά ποσοστά αποκλειστικότητας και πρόωρης διακοπής, αφού διάφοροι κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες, που από την μια συμπεριλαμβάνουν (α) την γενικότερη «κουλτούρα», τις επικρατούσες νόρμες αναφορικά με το ΜΘ, τις στάσεων και τις αντιλήψεων (με ιστορικές προεκτάσεις αφού αυτές διαμορφώνονται ή τουλάχιστον επηρεάζονται από τις στάσεις και τις αντιλήψεις της προηγούμενης γενεάς αλλά και θα διαμορφώσουν με τη σειρά τους αυτές της επόμενης γενεάς γονέων), (β) το πολιτικό σύστημα, τη νομοθεσία και τις διάφορες πολιτικές οι οποίες συχνά μπορεί να συγκρούονται με αρνητικά αποτελέσματα (π.χ. πολιτικές υγείας που στοχεύουν στη προαγωγή του θηλασμού έναντι εργατική νομοθεσίας), και ακόμα (γ) οικονομικά συμφέροντα είτε αναφερόμαστε στους εργοδότες ή στις εταιρείες υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

Επομένως, παράγοντες πέραν του ελέγχου, αρμοδιότητας και δικαιοδοσίας του συστήματος υγείας, τόσο από το άμεσο όσο και το ευρύτερο κοινωνικό, εργασιακό και πολιτειακό περιβάλλον ενδεχομένως να ευθύνονται για την υφιστάμενη κατάσταση και μπορούν να λειτουργήσουν θετικά ή αρνητικά στην επιτυχία των όποιων δράσεων προστασίας, προαγωγής, και υποστήριξης του θηλασμού. Μια συνολική θεώρηση των παραγόντων που επηρεάζουν ή τουλάχιστον σχετίζονται με το θηλασμό θα απαιτούσε την υιοθέτηση μιας κοινωνικο-οικολογικής προσέγγισης<sup>5</sup>. Αυτή η προσέγγιση, αν και δεν έχει δοκιμαστεί σε ερευνητικό επίπεδο στη περίπτωση του θηλασμού, υποστηρίζεται τουλάχιστον θεωρητικά ευρέως στη βιβλιογραφία αφού αναγνωρίζεται πλέον η όποια προσπάθεια βελτίωσης των δεικτών θηλασμού δεν μπορεί παρά να συμπεριλαμβάνει σχετικές παρεμβάσεις σε πολλαπλά επίπεδα ταυτόχρονα, από το επίπεδο του ατόμου στο επίπεδο της κοινωνίας<sup>6</sup>. Αυτή είναι ουσιαστικά και η προσέγγιση την οποία υιοθετεί

<sup>5</sup> Το κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο των προσδιοριστών της ανθρώπινης συμπεριφοράς, και κατ' επέκταση της προαγωγής υγείας, αφορά σε μια κατηγοριοποίηση των διάφορων επιπέδων των επιδράσεων που καθορίζουν τη συμπεριφορά, σε ενδοατομικές (π.χ. ατομικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, πιστεύω, στάσεις κτλ) και έξω-ατομικές/περιβαλλοντικές (π.χ. φυσικό, δομικό, κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό περιβάλλον/γενικό πλαίσιο), αφού βασική υπόθεση είναι ότι υπάρχει συνέργεια και αλληλοεπίδραση μεταξύ των διαφόρων επιπέδων, ενώ βασική αρχή θεωρείται ότι η μεμονωμένη παρέμβαση σε κάποιο από τα επίπεδα (π.χ. ενδοατομικό) μπορεί να καταστεί αναποτελεσματική χωρίς παράλληλα κάποια προσπάθεια παρέμβασης στο ευρύτερο έξω-ατομικό περιβάλλον.

<sup>6</sup> «...Efforts to improve rates of breastfeeding in this country [USA] to meet year 2010 goals must consider the many contextual factors that influence feeding. Interventions to promote breastfeeding **should exceed the individual level, and occur at many layers simultaneously**. The ecological model provides direction for the multiple interventions needed to increase rates and duration of breastfeeding». Tiedje LB et al. MCN Am J Matern Child Nur 2002

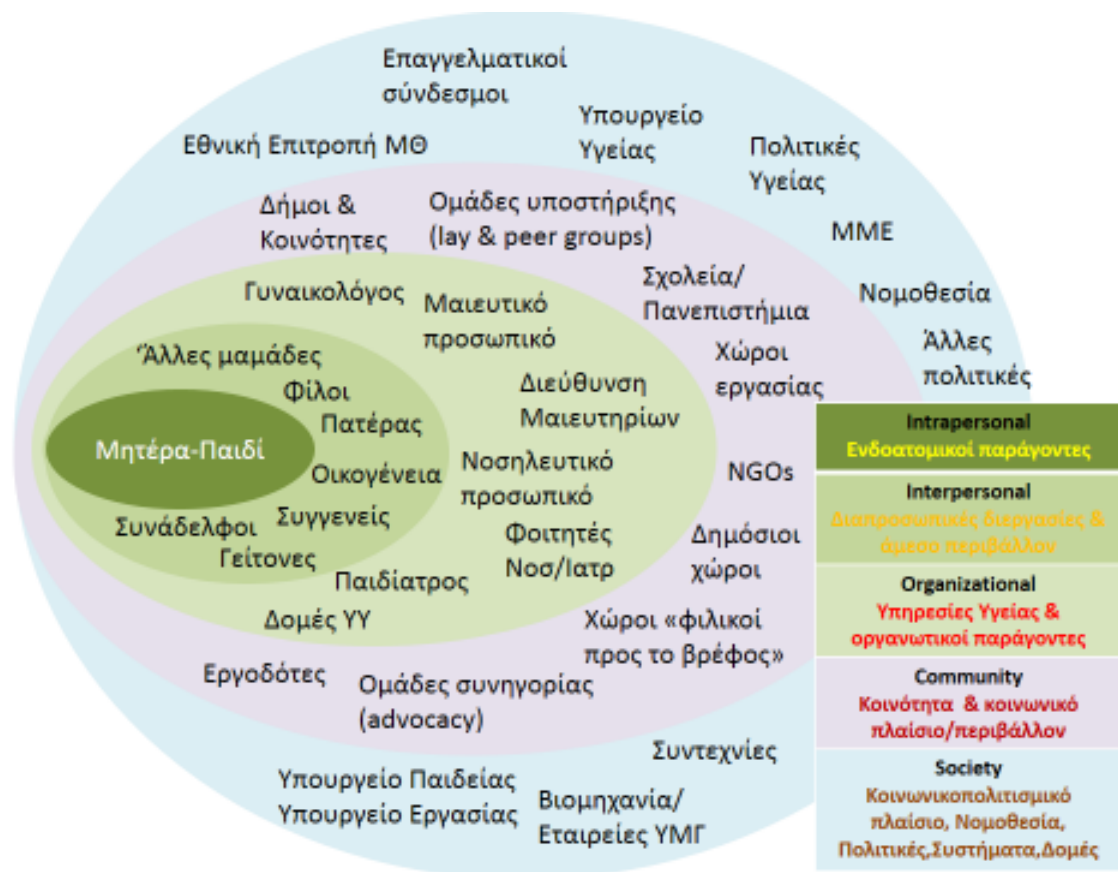
ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αλλά και οι αρμόδιοι επιστημονικοί φορείς (Ζάχου, Θ. & Μπενέτου, Β., 2004), οι οποίοι αναγνωρίζοντας το ρόλο και την επιρροή που μπορεί να έχουν στο θηλασμό παράγοντες από το γενικότερο κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον,<sup>7</sup> προτείνουν δράσεις οι οποίες αναφέρονται και στοχεύουν στα διάφορα επίπεδα του υγειονομικού και κοινωνικού οικοδομήματος, πέραν της μητέρας, της οικογένειας, και των επαγγελματιών υγείας, στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στο εργασιακό περιβάλλον και στην εργατική νομοθεσία και στις ευρύτερες πολιτικές του κράτους.

Στο πλαίσιο της διαμόρφωσης μιας ολιστικής προσέγγισης προαγωγής του μητρικού θηλασμού, η ομάδα του **BrEaST** υποστηρίζει και υιοθετεί το κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο με σχετικές δράσεις και παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα – από το ενδοατομικό στο επίπεδο της κοινωνίας. Το **Διάγραμμα 12**, πιο κάτω, παρουσιάζει τα διάφορα επίπεδα του κοινωνικο-οικολογικού μοντέλου όπου αναφέρονται οι κυριότεροι εκπρόσωποι, φορείς και οργανισμοί στο καθένα. Ο **Πίνακας 25** συνοψίζει για το κάθε επίπεδο του μοντέλου, από το ενδοατομικό στο επίπεδο της κοινωνίας, κάποιους από τους παράγοντες οι οποίοι ενδεχομένως να ασκούν αρνητική επιρροή στην πρόθεση, επιτυχή εγκαθίδρυση, αποκλειστικότητα ή/και πρόωρη διακοπή του θηλασμού όπως επίσης και κάποιες από τις προτεινόμενες δράσεις.

---

<sup>7</sup> “Σχεδόν όλες οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν καλή πληροφόρηση, και υποστήριξη της οικογένειας, του συστήματος & των υπηρεσιών υγείας και της κοινωνίας γενικότερα”.

Διάγραμμα 12: Δράσεις προώθησης Μητρικού Θηλασμού: Μια προσέγγιση βασισμένη στο κοινωνικό οικολογικό μοντέλο (social ecological model)



**Πίνακας 26: Παράγοντες και προτεινόμενες δράσεις προαγωγής του θηλασμού στα διάφορα επίπεδα του κοινωνικο-οικολογικού μοντέλου**

Ενδοατομικοί παράγοντες	Προτεινόμενες δράσεις και παρεμβάσεις	Άμεσο περιβάλλον & Διαπροσωπικές διεργασίες	Προτεινόμενες δράσεις και παρεμβάσεις	Υπηρεσίες Υγείας & οργανωτικοί παράγοντες	Προτεινόμενες δράσεις και παρεμβάσεις
Στάσεις και προθέσεις	Εκστρατείες ευαισθητοποίησης	Ρόλος του συντρόφου και μελών της οικογένειας	Οικογενειο-κεντρικά προγράμματα ενημέρωσης /εκπαίδευσης	Γνώσεις και στάσεις επαγγελματιών υγείας	Προγράμματα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης. Σύμβουλοι Γαλουχίας - κίνητρα
Γνώσεις και αντιλήψεις	Προγράμματα εκπαίδευσης & υλικό ενημέρωσης, βιωματική εμπειρία/εξάσκηση & στήριξη	Γνώσεις, στάσεις, πεπειθήσεις μελών του άμεσου περιβάλλοντος	Εκστρατείες ευαισθητοποίησης	Αναθεώρηση υφιστάμενων πρακτικών	Σύστημα παρακολούθησης και αυτοβελτίωσης.
Ορθές τεχνικές και διαχείριση του θηλασμού	Δημιουργία υποστηρικτικών δομών – από το μαιευτήριο στη κοινότητα (κοινοτικές μαιές, σύμβουλοι γαλουχίας, κτλ)	Πληροφοριακή στήριξη	Πηγές πληροφοριακής στήριξης (επαγγελματικοί σύνδεσμοι, ehealth, chat groups)	Σαφής πολιτική στήριξης ΜΘ από μαιευτικές μονάδες και εθνικό επίπεδο	Εθνική Στρατηγική. & Πολιτική. Προώθησης πολιτικής 10 βημάτων ως ελάχιστη καλή πρακτική και της εφαρμογή της – κίνητρα BFHI
Αυτοπεποίθηση, Ενδυνάμωση, Στήριξη, Διεκδικητικότητα	Ομάδες στήριξης, γραμμή επικοινωνίας, διαδικτυακή πλατφόρμα/φόρουμ	Επαναπροσδιορισμός αξιών	Δημόσια συνηγορία και ορατότητα του ΜΘ	Αντιφατική πληροφόρηση & κατακερματισμένη φροντίδα	Εναρμόνιση θέσεων και πεποιθήσεων φορέων, οργανισμών και μελών τους
Άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	Προγράμματα επίσημης και ανεπίσημης στήριξης με συμμετοχή μαμάδων και εθελοντών	Συναισθηματική στήριξη και αναγνώριση αξίας	Δημιουργία ομάδων στήριξης (επίσημη και ανεπίσημη)	Στήριξη στην κοινότητα	Ανασχηματισμός δομών – Κοινοτική μαιευτική
Προσωπικές δυσμενείς καταστάσεις, συνθήκες και περιστάσεις	Πολιτικές (πέραν του τομέα της υγείας) στήριξης ευάλωτων ομάδων (π.χ. κατ' οίκον φροντίδα/στήριξη)	Απτή στήριξη	Αναδιοργάνωση δομών (κοινοτική μαιευτική)	Κοινωνική στήριξη	Ανεπίσημα συστήματα/ ομάδες στήριξης (peer & lay)
				Μελλοντικοί ΕΥ	Κλινικά προγράμματα σπουδών (Νοσηλευτική, Μαιευτική, Ιατρική) και διεπιστημονική μάθηση

Κοινότητα – κοινωνικές δομές και περιβάλλον/πλαίσιο	Προτεινόμενες δράσεις και παρεμβάσεις	Πολιτικές, Νομοθεσία και Συστήματα – Κοινωνία	Προτεινόμενες δράσεις και παρεμβάσεις
Επικρατούσες νόρμες, στάσεις και πεποιθήσεις	Εκστρατείες διαφώτισης και ευαισθητοποίησης του κοινού	Εθνική Στρατηγική	Στήριξη δράσεων Εθνικής Επιτροπής
Ορατότητα του ΜΘ/ ΜΘ σε δημόσιους χώρους	Εστιατόρια, καφέ «φιλικά προς το βρέφος», Ταυτόχρονος ΜΘ και άλλες δράσεις	Συστήματα καταγραφής και επιτήρησης	Προσδιορισμών μετρήσιμων στόχων & δεικτών
NGOs και ομάδες συνηγορίας (advocacy)	Δίκτυο υποστηρικτών από οργανισμούς, συνδέσμους, οργανώσεις πολιτών και άτομα στη δημόσια σφαίρα	Πολιτική σε εθνικό και σε επίπεδο κλινικών.	Κίνητρα & μηχανισμός ελέγχου εφαρμογής καλών πρακτικών.
Κουλτούρα «φιλική προς ΜΘ»	Εκπαιδευτικά σεμινάρια στα σχολεία/ ένταξη του θηλασμού στα αναλυτικά προγράμματα σπουδών	Συνεχιζόμενη εκπαίδευση	Εφαρμογή και αξιολόγηση αποτελεσματικότητας
Χώροι εργασίας	Υποστηρικτικές συνθήκες και ειδικές ρυθμίσεις μετά την επιστροφή στην εργασία	Κατανόηση και προσπέλαση φραγμών/ στοχευμένες πολιτισμικά κατάλληλες παρεμβάσεις	Στήριξη & χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων (ομάδες εστίασης, action research, παρεμβάσεις)
		Σύνθετες (πολυεπίπεδες) παρεμβάσεις	Εφαρμογή και αξιολόγηση
		Δικαιώματα και ευκαιρίες στην εργασία/Ειδικές ρυθμίσεις	Εργατική νομοθεσία

## Επίλογος

Ακριβώς επειδή δεν μπορούμε να παραβλέπουμε το γεγονός ότι ο θηλασμός εξαρτάται και επηρεάζεται άμεσα από διάφορους κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες, πέραν από τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και των μαιευτηρίων που ήταν το κύριο θέμα υπό διερεύνηση στην παρούσα μελέτη, σημαντική θέση στη προσπάθεια προαγωγής του θηλασμού πρέπει να κατέχει η ευαισθητοποίηση στο πλαίσιο καλλιέργειας κουλτούρας φιλικής προς το θηλασμό. Γνωρίζοντας τα αδιαμφισβήτητα και ερευνητικά τεκμηριωμένα πολλαπλά οφέλη του θηλασμού τόσο για το παιδί όσο και για την μητέρα, σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά θηλασμού που παρατηρούμε στη χώρα μας, δεν έχουμε επιλογή παρά να υιοθετήσουμε άμεσα δράσεις και πολιτικές υποστήριξης του θηλασμού, συμπεριλαμβανομένου εκστρατειών διαφώτισης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης. Είναι σε αυτό το πλαίσιο που η ομάδα του BrEaST βασίστηκε για να ετοιμάσει σχετικό ενημερωτικό υλικό προς το ευρύ κοινό, σε μη-τεχνική ορολογία και με τη χρήση εικονιδίων (infographics). Στο ίδιο πλαίσιο της επικοινωνιακής πολιτικής εντάσσεται και η χρήση του δημοσιογραφικού τύπου μήνυμα **«μπορούμε όλοι καλύτερα!»** το οποίο χρησιμοποιήθηκε σε όλο το έντυπο υλικό, δελτία τύπου και παρουσιάσεις των αποτελεσμάτων της μελέτης καθ' όλη τη διάρκεια των δραστηριοτήτων διάχυσης των αποτελεσμάτων της προγράμματος. Το μήνυμα βέβαια αναφέρεται στο γεγονός ότι ο θηλασμός είναι υπόθεση όλων, πόσο μάλλον όταν πρόκειται για δράσεις αναχαίτισης των χαμηλών ποσοστών θηλασμού που καταγράφονται στη χώρα μας μέσα από δράσεις υποστήριξης, προστασίας και προαγωγής του σε όλα τα επίπεδα. Αρχίζοντας με την υιοθέτηση καλών πρακτικών στα μαιευτήρια μας, όλοι μαζί – μαιευτική κλινική, προσωπικό, επαγγελματίες υγείας, μαμάδες, πατεράδες, οικογένειες, εργοδότες, πάντα με τη στήριξη και ενεργότερη εμπλοκή όλων των αρμόδιων φορέων και της κοινωνίας ευρύτερα, οφείλουμε να δώσουμε στα παιδιά μας ένα «καλύτερο ξεκίνημα στη ζωή – a BrEaST start in life» και να προσπαθήσουμε να συμβάλουμε να μην συνεχίσει η χώρα μας να παραμένει στην χαμηλότερη θέση στην Ευρώπη όσον αφορά το μητρικό θηλασμό και παράλληλα στην πρώτη θέση στις καισαρικές τομές.



***Μπορούμε όλοι καλύτερα!***





## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2009) *Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού. Η πρωτοβουλία για τα Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη*. <http://www.unicef.gr> [Accessed: Sept 2014]

Στατιστική Υπηρεσία. (2010) *Έρευνα Περιγεννητικής Υγείας -2007*. Στατιστικές Υγείας, Σειρά II, Αρ. Έκθεσης 8. Ημερομηνία Έκδοσης: 29/11/2010 Κατηγορία: Ειδικές Μελέτες & Εκδόσεις <http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/> [Accessed: May 2013].

Υπουργείο Υγείας. (2010) *Ετήσια Έκθεση*. [www.moh.gov.cy](http://www.moh.gov.cy) [Accessed: May 2013].

Υπουργείο Υγείας. (2011) *Στρατηγική Προστασίας, Προαγωγής και Υποστήριξης του Μητρικού Θηλασμού στην Κύπρο*. [http://www.moh.gov.cy/Moh/moh.nsf/All/519140002DB07B0E4225799E004BD0A3/\\$file/%CE%A3%CE%A4%CE%A1%CE%91%CE%A4%CE%97%CE%93%CE%99%CE%9A%CE%97%20%CE%9C%CE%97%CE%A4%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%A5%20%CE%98%CE%97%CE%9B%CE%91%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A5.pdf](http://www.moh.gov.cy/Moh/moh.nsf/All/519140002DB07B0E4225799E004BD0A3/$file/%CE%A3%CE%A4%CE%A1%CE%91%CE%A4%CE%97%CE%93%CE%99%CE%9A%CE%97%20%CE%9C%CE%97%CE%A4%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%A5%20%CE%98%CE%97%CE%9B%CE%91%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A5.pdf) [Accessed: May 2014].

Ζάχου, Θ. & Μπενέτου, Β. (2004). *Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη (2004). Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη: Σχέδιο Δράσης* [Ελληνική μετάφραση]. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment & Unit for Health Services Research and International Health, WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health (EU Project Contract N. SPC 2002359). <http://europe.iblce.org/upload/Blueprint/Blueprint%20Greek.pdf> [Accessed: Nov 2014].

WHO/UNICEF (2006). *Πρωτοβουλία για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία. Έκδοση αναθεωρημένη, ενημερωμένη και διευρυμένη για ολοκληρωμένη περίθαλψη. Κεφάλαιο 4ο Αυτοαξιολόγηση και Παρακολούθηση του Νοσοκομείου*. [www.unicef.gr/reports/BFHI-section4-GR.doc](http://www.unicef.gr/reports/BFHI-section4-GR.doc) [Accessed: May 2013].

### Αγγλική

Abul-Fadl, AM., Shawky, M., El-Taweel, A., Cadwell, K. & Turner-Maffei, C. (2012) Evaluation of mothers' knowledge, attitudes, and practice towards the ten steps to successful breastfeeding in Egypt. *Breastfeeding Medicine*, 7(3): 173-178.

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.

- Bai, Y., Peng, J., Fly, A. (2008) Validation of a short Questionnaire to assess mothers' perception of Workplace Breastfeeding Support. *Am J Diet Ass*, 108:1221-1225
- Bartick, M., & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 125(5), e1048-e1056.
- Braun, M. L. G., Giugliani, E. R., Soares, M. E. M., Giugliani, C., de Oliveira, A. P., & Danelon, C. M. M. (2003). Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1277-1279.
- Chalmers, B., Levitt, C., Heaman, M., O'Brien, B., SUVE, R. and 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.
- Chien, L. Y., Tai, C. J., Chu, K. H., Ko, Y. L., & Chiu, Y. C. (2007). The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(7), 1138-1146.
- Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., Lau, J., & Ip, S. (2008). Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 149(8), 565-582.
- Dennis, C.L. & Faux, S. (1999) Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 22(5), 399-499.
- Dennis, C.L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 31: 12–32.
- EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT (2013). *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)
- Grizzard, T.A, Bartick, M., Nikolov, M., Griffin, B.A., Lee, K.Γ. (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.
- Gregory, A., Penrose, K., Morrison, C., Dennis, C. L., & MacArthur, C. (2008). Psychometric Properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an Ethnically Diverse UK Sample. *Public Health Nursing*, 25(3), 278-284.
- Haiek, L.N. (2012) Compliance with Baby-Friendly Policies and Practices in Hospitals and Community Health Centers in Quebec. *Journal of Human Lactation*, 28(3): 343–358.

- Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(Suppl 3), S20.
- Horta, B. L., & Vitoria, C. G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding-a systematic review*. WHO.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., & Lau, J. (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding medicine*, 4(S1), S-17.
- Jolly, K., Ingram, L., Khan, K. S., Deeks, J. J., Freemantle, N., & MacArthur, C. (2012). Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ*, 344.
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., ... & PROBIT Study Group. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 285(4), 413-420.
- Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2004). The optimal duration of exclusive breastfeeding. In *Protecting Infants through Human Milk* (pp. 63-77). Springer US.
- Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 8, CD003517.
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of advanced nursing*, 50(5), 479-488.
- McCarter-Spaulding, D., & Gore, R. (2009). Breastfeeding Self-Efficacy in Women of African Descent. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(2), 230-243.
- Otsuka, K., Dennis, C. L., Tatsuoka, H., & Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(5), 546-555.
- Panayiotou, N. (2012). *Midwives' knowledge and practices for the promotion of breastfeeding in Cyprus*. Glasgow Caledonia University. [www.gcu.ac.uk/library](http://www.gcu.ac.uk/library) [Accessed: June 2013].
- Philipp, B. L., Merewood, A., Miller, L. W., Chawla, N., Murphy-Smith, M. M., Gomes, J. S., ... & Cook, J. T. (2001). Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 108(3), 677-681.
- Pincombe, J., Baghurst, P., Antoniou, G., Peat, B., Henderson, A., & Reddin, E. (2008). Baby Friendly Hospital Initiative practices and breast feeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*, 24(1), 55-61.
- Quigley, M. A., Kelly, Y. J., & Sacker, A. (2007). Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*, 119(4), e837-e842.

- Renfrew, M. J., McCormick, F. M., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(CD001141).
- Semenic, S., Loiselle, C., & Gottlieb, L. (2008). Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Research in nursing & health*, 31(5), 428-441.
- Scott, J. A., & Mostyn, T. (2003). Women's experiences of breastfeeding in a bottle-feeding culture. *Journal of Human Lactation*, 19(3), 270-277.
- Tiedje, L. B., Schiffman, R., Omar, M., Wright, J., Buzzitta, C., McCann, A., & Metzger, S. (2002). An ecological approach to breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(3), 154-161
- Tokat, M. A., Okumuş, H., & Dennis, C. L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), 101-108.
- Vassilaki M, Chatzi L, Bagkeris E, et al (2012). Smoking and caesarean deliveries: major negative predictors for breastfeeding in the mother-child cohort in Crete, Greece (Rhea study). *Maternal & Child Nutrition*, 10(3), 335-346.
- World Health Organization. (2013a) *Maternal, newborn, child and adolescent health. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241591544/en](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591544/en) [Accessed: May 2013].
- World Health Organization (2013b) *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva, Switzerland. [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf) [Accessed: April, 2013].
- Wutke, K., & Dennis, C. L. (2007). The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1439-1446.



## Παράρτημα Α: Η διεπιστημονική ομάδα του BrEaST start in life

---

Ειρήνη Παφίτη-Δημητρίου, MD	<b>Συντονίστρια</b> , Παιδιάτρος, Πρόεδρος NGO, Μέλος ΕΕΜΘ
Νίκος Μίτλεττον, PhD	<b>Επιστ Υπεύθ</b> , Αν. Καθηγητής Μεθ. Έρευνας, ΤΕΠΑΚ
Μαίρη Οικονόμου, PhDc	<b>Ερευν Συνεργ</b> Διαιτολόγος, Υπ. Διδάκτορας, ΤΕΠΑΚ
Χρ. Λοίζου & Ν. Ζάβαλης	<b>Project Managers</b> – Ακαδημαϊκά & Εκδηλώσεις
Έλεια Παφίτη	Υπευθ Επικοινωνίας & Δημοσίων Σχέσεων, NGO
Ουρανία Κολοκοτρώνη, MD PhD	Παιδιάτρος, St. George/University of Nicosia, NGO
Χριστιάνα Κούτα, RN PhD	Επ. Καθηγήτρια, Κοινωνική Νοσηλευτική, ΤΕΠΑΚ
Αικατερίνη Λαμπρινού, RN PhD	Επ. Καθηγήτρια, Παθολογικής Νοσηλευτικής, ΤΕΠΑΚ
Ελένη Χατζηγεωργίου, RM PhD	Μαία, Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό, ΤΕΠΑΚ
Φρόσω Τρύφωνος, RN MSc	Κοινωνική Νοσηλεύτρια, MSc “Προηγμένη Πρακτική”, ΤΕΠΑΚ
Βασιλική Χατζηιωνά, RM MSc	Μαία, MSc “Προηγμένη Πρακτική”, ΤΕΠΑΚ
Έλενα Φιλίππου, PhD	Διαιτολόγος, University of Nicosia
Εθελοντές και ερευνητές-πεδίου	Φοιτητές Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, ΤΕΠΑΚ

## Παράρτημα Β: Συνοπτική παρουσίαση του ερευνητικού πρωτοκόλλου της μελέτης

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση (α) της αυτοπεποίθησης των μητέρων για το θηλασμό, (β) των πρακτικών σίτισης στους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού και (γ) των απόψεων τους ως προς την εφαρμογή των «δέκα βημάτων» για επιτυχή θηλασμό στα μαιευτήρια της Κύπρου. Συμπληρωματικά, θα διερευνηθούν οι γνώσεις και στάσεις του νοσηλευτικού/μαιευτικού προσωπικού σε σχέση με το θηλασμό και οι δικές τους απόψεις τους για την εφαρμογή των «10 βημάτων».

**Σχεδιασμός Μελέτης:** Πρόκειται για συγχρονική περιγραφική μελέτη (αυτοπεποίθηση για το ΜΘ και απόψεις ως προς την εφαρμογή των «δέκα βημάτων» κατά τις πρώτες 48 ώρες) και διαχρονικής παρακολούθηση στον 1, 4 και 6 μήνα ζωής του παιδιού (πρακτικές σίτισης, αυτοπεποίθηση και κοινωνική στήριξη από το άμεσο και εργασιακό περιβάλλον).

**Δείγμα-Δειγματοληψία:** Διαδοχικό δείγμα μητέρων σε μαιευτικές μονάδες ιδιωτικού και δημόσιου τομέα ανά το Παγκύπριο κατά την περίοδο στρατολόγησης. **Ελάχιστο επιθυμητό μέγεθος δείγματος:** 370.

**Κριτήρια καταλληλότητας:** για τις μητέρες: (1) >18 ετών, (2) καλή γνώση Ελληνικής ή Αγγλικής γλώσσας, (3) Υγιές τελειόμηνο μωρό (>37 εβδομ, Apgar score στα 5' >7, Βάρος ≥2500g), χωρίς παθολογικά ή χειρουργικά προβλήματα, (4) οι ίδιες υγιείς (υγιείς μαστοί, όχι αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, επίπεδες ή εισέχουσες θηλές, χωρίς παθολογικές παθήσεις π.χ. διαβήτη, ψύχωση, κατάθλιψη). Για το προσωπικό: κυρίως, να έχουν εργαστεί σε αυτές τις μονάδες για τουλάχιστον 6 μήνες.

### Διαδικασία Διεξαγωγής της μελέτης:

1. Εξασφάλιση άδειας από τη διεύθυνση κάθε μαιευτικής μονάδας. Τόσο για σκοπούς καταχώρησης όσο και για σκοπούς παρουσίασης των δεδομένων, οι μονάδες θα κωδικοποιηθούν.
2. Ενημερωτική επιστολή προς τις συμμετέχουσες και λήψη γραπτής συγκατάθεσης. Ξεχωριστή συγκατάθεση για τις δυο φάσεις της μελέτης, έτσι ώστε οι μητέρες να έχουν το δικαίωμα να συμμετάσχουν στην πρώτη φάση (κλινική – σημείο αναφοράς), αλλά όχι απαραίτητα και στη διαχρονική μελέτη αν δεν το επιθυμούν
3. Οι ερευνητές-πεδίου (απόφοιτοι νοσηλευτικής/μαιευτικής) θα εκπαιδευτούν ειδικά ως προς τις δεξιότητες επικοινωνίας. Το πρόγραμμα των επισκέψεων θα καθορίζεται σε πλήρη συνεννόηση με το προσωπικό της μονάδας. Σε περίπτωση που η μητέρα δηλώνει πρόθεση να συμμετάσχει, αλλά η συγκεκριμένη στιγμή δεν είναι βολική, τότε θα καθορίζεται άλλη ημέρα/ώρα με ραντεβού.
4. Η συλλογή των δεδομένων από τις μητέρες στο σημείο αναφοράς θα γίνει με τη χρήση ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου πριν το εξιτήριο. Τα κωδικοποιημένα έντυπα συγκατάθεσης θα συγκεντρώνονται και θα φυλάγονται ξεχωριστά από τα κωδικοποιημένα ανώνυμα ερωτηματολόγια σε κλειδωμένο συρτάρι στους χώρους του Πανεπιστημίου, όπου πρόσβαση θα έχουν μόνο τα μέλη της κύριας ερευνητικής ομάδας, .
5. Παράλληλα, θα δοθεί αυτοσυμπληρούμενο ανώνυμο ερωτηματολόγιο στο μαιευτικό/νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων το οποίο θα συγκεντρώνεται σε κλειστούς σφραγισμένους φακέλους με τη μέθοδο της κάλπης στο χώρο της κλινικής.
6. Με όσες μητέρες δήλωσαν επιθυμία να συμμετέχουν και στην επόμενη φάση της μελέτης, θα υπάρξει επικοινωνία (είτε τηλεφωνική είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου αναλόγως της δικής τους επιλογής) κατά τον 1 (αυτεπάρκεια σε σχέση με το θηλασμό), 4 (κοινωνική στήριξη στη φροντίδα του μωρού) και 6 μήνα μετά το εξιτήριο (στήριξη στον εργασιακό χώρο).
7. Σε κάθε συνέντευξη θα ζητηθούν πληροφορίες σχετικά με τις πρακτικές σίτισης.

**Εργαλεία μέτρησης:** Για τη συλλογή των δεδομένων θα χρησιμοποιηθούν τα πιο κάτω εργαλεία/κλίμακες για τα οποία έχει ήδη εξασφαλιστεί άδεια μετάφρασης (αν δεν υπήρχε) και χρήσης τους.

**Αυτοαξιολόγηση της εφαρμογής των «10 θημάτων»:** Αποτελεί μέρος πακέτου εργαλείων για αυτοαξιολόγηση και παρακολούθηση των «Νοσοκομείων, Φιλικών προς τα βρέφη» του WHO και της UNICEF (UNICEF & WHO, 2006). Συγκεκριμένα, θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στις μητέρες κατά το εξιτήριο και το αντίστοιχο που απευθύνεται στο προσωπικό.

**Γνώσεις και στάσεις για τον θηλασμό:** Αποτελείται από 20 ερωτήσεις 5-βάθμιας κλίμακας Likert (διαφωνίας-συμφωνίας), όπου οι 7 από αυτές αφορούν σε γνώσεις και οι υπόλοιπες 13 αφορούν σε στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τον μητρικό θηλασμό και αποτελεί συντομευμένη εκδοχή (Ingram, 2006) του επικυρωμένου εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε από τους Scott et al (2003) σε έρευνα με μαίες στη Σκωτία.

**Αυτεπάρκεια για θηλασμό:** Σύντομη έκδοση της αρχικής κλίμακας breastfeeding-self-efficacy scale των Dennis & Faux (1999) με 14 θετικές δηλώσεις ξεκινώντας με τη φράση «μπορώ πάντα», η οποία μετρά την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση της μητέρας στο θηλασμό. Έχει χρησιμοποιηθεί για αυτό το σκοπό σε πολλές χώρες του κόσμου αφού θεωρείται ότι η χαμηλή αυτοπεποίθηση είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας πρόωρης διακοπής του ΜΘ.

**Αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη:** Θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο *Perinatal Infant Care Social Support Scale* της Leahy- Warren, 2005, το οποίο είναι βασισμένο στην θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής και της κοινωνικής στήριξης. Αναφέρεται τόσο στη λειτουργική όσο και στη δομική κοινωνική στήριξη με 16 δηλώσεις κλίμακας Likert Διαφωνίας-Συμφωνίας τεσσάρων σημείων ως προς τις τέσσερις πτυχές της στήριξης: (α) παροχή πληροφόρησης, (β) απτή βοήθεια, (γ) συναισθηματική στήριξη και (δ) εκτίμηση και αναγνώριση.

**Στήριξη του θηλασμού στον εργασιακό χώρο:** Θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *Workplace Breastfeeding Support* (Bai et al, 2008) η οποία αποτελείται από 12 δηλώσεις σε κλίμακα Likert επτά σημείων ως προς την αντιλαμβανόμενη στήριξη της θηλάζουσας μητέρας μετά την επιστροφή της στην εργασία

**Πρακτικές σίτισης:** Στη κάθε επικοινωνία, οι μητέρες θα ερωτηθούν για τις πρακτικές τους σε σχέση με το θηλασμό ή/και τη σίτιση του μωρού τις 24 τελευταίες ώρες (24h recall method) ενώ θα τους ζητηθεί επίσης να δηλώσουν αν και πότε έχουν εισαγάγει υγρά ή στερεά τροφή στη διατροφή του παιδιού (retrospective event calendar method). Γι' αυτό το σκοπό θα χρησιμοποιηθεί πολιτισμικά προσαρμοσμένος πίνακας διατροφικών ομάδων/ προϊόντων.

**Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά:** Θα ζητηθούν πληροφορίες όσον αφορά σε δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των μητέρων – οικογενειακή κατάσταση, οικογενειακό εισόδημα, αριθμός παιδιών και προηγούμενες εμπειρίες σε σχέση με το θηλασμό, παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται στη βιβλιογραφία σημαντικοί προσδιοριστές της διάρκειας ή πρόωρης διακοπής του μητρικού θηλασμού.



## Παράρτημα Γ: Διερευνητική παραγοντική ανάλυση

Για να διερευνηθεί η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου για την αντιλαμβανόμενη αυτοπεποίθηση των μητέρων για τον μητρικό θηλασμό, υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$ , με ικανοποιητική τιμή (0.938). Το εργαλείο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς ερευνητές (Dennis & Faux, 1999; Wutke & Dennis, 2007; Gregory et al., 2008; Otsuka et al., 2008; Semenic et al., 2008; McCarter-Spaulding & Gore, 2009; Tokat et al., 2010) και γενικότερα θεωρείται μονοδιάστατο.

Για να διαπιστωθεί κατά πόσο τα δεδομένα τηρούσαν τις προϋποθέσεις για να διενεργηθεί παραγοντική ανάλυση, όσον αφορά στην επάρκεια του δείγματος και στη συσχέτιση μεταξύ των ερωτημάτων, χρησιμοποιήθηκαν το ΚΜΟ και Bartlett's test of sphericity. Κρατήθηκαν οι παράγοντες που είχαν ιδιοτιμή  $>1,0$ . Επιλέχθηκε η διαδικασία varimax -κάθετη 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 δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha). Η ανάλυση έδειξε ότι δύο παράγοντες είχαν ιδιοτιμές μεγαλύτερες από 1,0 και ότι μετά την περιστροφή, οι παράγοντες αυτοί ερμήνευαν το 65,25% της διακύμανσης (ΚΜΟ=.929, Bartlett's test of sphericity(91)=1863.198,  $p<0.0001$ ). Ο πρώτος παράγοντας ονομάστηκε «Αυτοπεποίθηση σε σχέση με την τεχνική πτυχή της διαδικασίας του θηλασμού» 6 πρώτες δηλώσεις ( $\alpha=0,89$ ) και ερμήνευε 56,31% της διασποράς. Ο δεύτερος παράγοντας ονομάστηκε «Αυτοπεποίθηση σε σχέση με τη γνωστική αντίληψη και εμπειρία του θηλασμού» και αποτελούταν από τις υπόλοιπες 8 δηλώσεις ( $\alpha=0,91$ ) και ερμήνευε 8,94% της διασποράς.

Αν και εννοιολογικά θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι το εργαλείο μετρά δύο διαφορετικές διαστάσεις της αυτοπεποίθησης, για σκοπούς συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων με προηγούμενες δημοσιευμένες μελέτες, υπολογίστηκε μόνο ένα συνολικό σκορ.

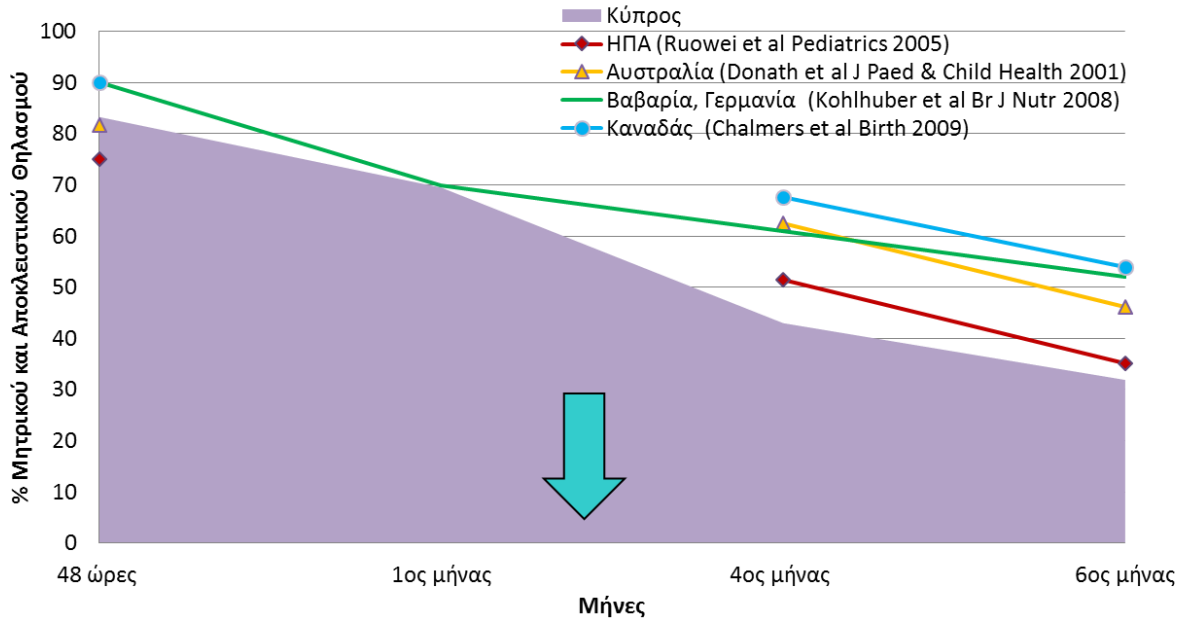
## Παράρτημα Δ: Περιγραφή των Επιμέρους Ερωτημάτων

«Βήμα»	Επιμέρους	Περιγραφή Επιμέρους Ερωτήματος
Βήμα 1	1.4	Έγγραφο πολιτικής προσβάσιμο από το προσωπικό που εργάζεται με τη δυάδα μητέρα-παιδί
Βήμα 1	1.8	Γραπτή πολιτική/ Πρωτόκολλα βασισμένα σε μελέτες-πρότυπα και ευθυγραμμισμένα με διεθνείς πολιτικές
Βήμα 1	1.1	Ύπαρξη Γραπτής Πολιτικής Θηλασμού/ διατροφής νεογνών αναφορικά με τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό
Βήμα 1	1.2	Απαγόρευση της προώθησης των υποκαταστάτων του ΜΘ, των φιαλών σίτισης και των θηλών
Βήμα 1	1.6	Περίληψη της πολιτικής σε γλώσσα που μπορούν να κατανοήσουν οι μητέρες και το προσωπικό
Βήμα 1	1.3	Εφαρμογή του κώδικα
Βήμα 1	1.5	Ανάρτηση της πολιτικής στο μαιευτικό/ παιδιατρικό τμήμα
Βήμα 1	1.7	Μηχανισμός αξιολόγησης αποτελεσματικότητας της πολιτικής
Βήμα 2	2.8	Προαγωγή του ΜΘ και στήριξη των μητέρων που δεν θηλάζουν
Βήμα 2	2.1	Εφαρμογή της πολιτικής
Βήμα 2	2.2	Αναγνώριση της σημασίας του ΜΘ και εξοικείωση με την πολιτική
Βήμα 2	2.4	Εκπαίδευση του προσωπικού στα 10 βήματα και τον κώδικα εμπορίας
Βήμα 2	2.7	Εκπαίδευση του προσωπικού στη διατροφή των νεογνών που δεν θηλάζουν
Βήμα 2	2.3	Όλο το προσωπικό εκπαιδεύτηκε στην προαγωγή του ΜΘ και στην στήριξη του 6 μήνες μετά της εργοδότησή τους.
Βήμα 2	2.6	Εκπαίδευση του μη κλινικού προσωπικού
Βήμα 2	2.10	Εκπαίδευση προσωπικού στη διαδικασία του θηλασμού
Βήμα 2	2.5	Εκπαίδευση όλου του προσωπικού για ≥ 20 ώρες (συμπεριλαμβανομένης της κλινικής εμπειρίας με επίβλεψη για ≥ 3 ώρες)
Βήμα 2	2.9	Ενημέρωση από μη κλινικό προσωπικό σχετικά με το ΜΘ
Βήμα 3	3.10	Γνώση των επιπτώσεων παροχής συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής στο θηλασμό
Βήμα 3	3.3	Καταγραφή της ενημέρωσης των εγκύων για το ΜΘ στο προγεννητικό ιστορικό
Βήμα 3	3.4	Προγεννητική εκπαίδευση για τα βασικά θέματα σχετικά το θηλασμό
Βήμα 3	3.2	Ενημέρωση των εγκύων για τη σημασία του ΜΘ
Βήμα 3	3.9	Λαμβάνεται υπόψη η πρόθεση των μητέρων για θηλασμό πριν δοθεί φαρμακευτική αγωγή κατά τον τοκετό ή τις ωδίνες
Βήμα 3	3.8	Προγεννητικό ιστορικό διαθέσιμο για τον τοκετό
Βήμα 3	3.1	Ύπαρξη προγεννητικής κλινικής ή δορυφορικών προγεννητικών εξωτερικών ιατρείων
Βήμα 3	3.7	Ενημέρωση για τη σημασία του skin-to-skin και του rooming in
Βήμα 3	3.6	Περιγραφή από έγκυες μητέρες, που θα θηλάζουν για έξι μήνες, των κινδύνων από τη χορήγηση συμπληρωμάτων
Βήμα 3	3.5	Προστασία των εγκύων από την διαφημιστική προώθηση και ομαδικές οδηγίες για τεχνητή διατροφή
Βήμα 4	4.3	Αναγνώριση των πότε τα βρέφη είναι έτοιμα να θηλάσουν
Βήμα 4	4.1	Εφαρμογή της πρακτικής «δέρμα με δέρμα» αμέσως μετά τη γέννα και για περισσότερο από μια ώρα
Βήμα 4	4.4	Ενθάρρυνση για εφαρμογή της πρακτικής δέρμα με δέρμα
Βήμα 4	4.2	Εφαρμογή του skin to skin μετά από καισαρική τομή με γενική αναισθησία δέρμα με δέρμα
Βήμα 5	5.1	Πρακτική στήριξη του Μητρικού Θηλασμού ή έξι ώρες μετά τη γέννα
Βήμα 5	5.2	Πληροφορίες και εκπαίδευση για επιτυχή σίτιση του μωρού
Βήμα 5	5.4	Μέθοδοι σίτισης εκτός του θηλασμού
Βήμα 5	5.6	Πληροφόρηση /πρακτική εξάσκηση για την άντληση του γάλακτος
Βήμα 5	5.9	Εγκαθίδρυση και διατήρηση του θηλασμού για τα βρέφη που νοσηλεύονται
Βήμα 5	5.7	Στήριξη στις μητέρες που έχουν αντιμετωπίσει προηγούμενως προβλήματα με το θηλασμό
Βήμα 5	5.8	Εκπαίδευση των μητέρων που αποφάσισαν να μην θηλάσουν σχετικά με τη διαδικασία προετοιμασίας της τροφής και σίτισης των βρεφών
Βήμα 5	5.3	Συνεχής Διαθεσιμότητα του προσωπικού ειδικευμένου στο ΜΘ
Βήμα 5	5.5	Σωστή τοποθέτηση/ στάση σύλληψης του στήθους

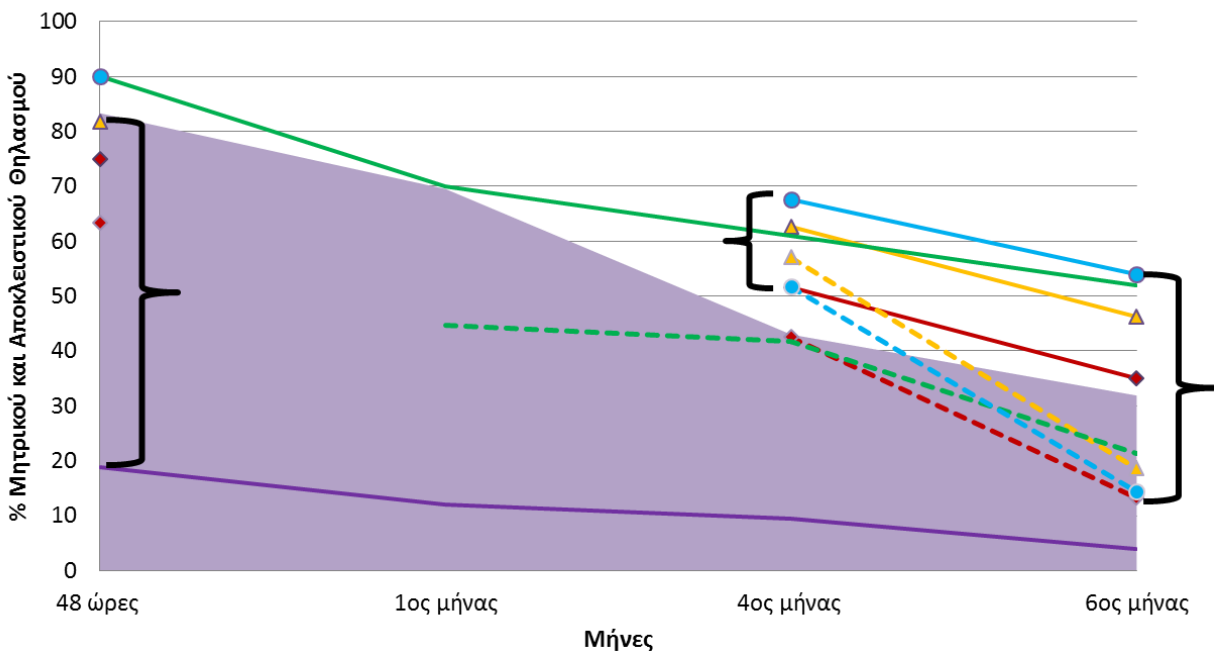
«Βήμα»	Επιμέρους	Περιγραφή Επιμέρους Ερωτήματος
Βήμα 6	6.4	Ενημέρωση για τις διάφορες επιλογές σίτισης εκτός του ΜΘ και την επιλογή του κατάλληλου για την κάθε περίπτωση
Βήμα 6	6.2	Εφαρμογή ΑΜΘ
Βήμα 6	6.6	Ύπαρξη πρωτοκόλλων και προτύπων για τον Μητρικό Θηλασμό και διατροφή του Βρέφους
Βήμα 6	6.5	Χώρος/εξοπλισμός/προμήθειες για την εκπαίδευση σχετικά με την τεχνητή διατροφή μη ορατοί στις θηλάζουσες μητέρες
Βήμα 6	6.3	Λήψη μέτρων για απαγόρευση της διανομής/ επίδειξης υλικού προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος
Βήμα 6	6.1	≥ 75% των τελειόμηνων βρεφών θήλασαν αποκλειστικά/ σιτίστηκαν με μητρικό γάλα το τελευταίο χρόνο
Βήμα 7	7.1	Παραμονή της διάδας στο ίδιο δωμάτιο αμέσως μετά τη γέννα
Βήμα 7	7.2	Παραμονή της διάδας όταν η μητέρα που γέννησε με καισαρική τομή είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες του μωρού της
Βήμα 7	7.3	Εφαρμογή rooming in
Βήμα 8	8.3	Ενημέρωση των μητέρων για τη χρονική στιγμή που θα ξυπνούν το μωρό τους
Βήμα 8	8.1	Εκπαίδευση των μητέρων να αναγνωρίζουν τα σημεία πείνας
Βήμα 8	8.2	Ενθάρρυνση των μητέρων να σιτίζουν τα μωρά τους όσο συχνά και για όσο χρονικό διάστημα αυτά επιθυμούν
Βήμα 9	9.1	Σίτιση των βρεφών με βρεφικές φιάλες
Βήμα 9	9.2	Ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους για τη χρήση βρεφικών φιαλών και θηλών στο τάισμα
Βήμα 9	9.3	Αποφυγή της πιπίλας
Βήμα 10	10.1	Πληροφορίες για τη σίτιση των βρεφών μετά την επιστροφή στο σπίτι
Βήμα 10	10.7	Στήριξη από συμβούλους υποστηρικτικών ομάδων
Βήμα 10	10.4	Παροχή βοήθειας σχετικά με τη σίτιση του βρέφους
Βήμα 10	10.6	Ενθάρρυνση των μητέρων να επισκεφτούν επισκέπτη υγείας ή σύμβουλο γαλουχίας μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο
Βήμα 10	10.5	Έντυπο υλικό που καθοδηγεί τις μητέρες που μπορούν εξύρουν στήριξη σχετικά με το θηλασμό
Βήμα 10	10.2	Ύπαρξη συστήματος στήριξης της μητέρας μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο
Βήμα 10	10.3	Ομάδες στήριξης των μητέρων και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες

**Παράρτημα Ε: Συγκριτική παρουσίαση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης ως προς το ποσοστό ΜΘ και ΑΜΘ με αντίστοιχες μελέτες στη βιβλιογραφία (επιλεγμένες χώρες)**

**Ποσοστά Μητρικού Θηλασμού κατά τους έξι πρώτους μήνες ζωής του παιδιού**



**Ποσοστά Μητρικού Θηλασμού κατά τους έξι πρώτους μήνες ζωής του παιδιού**



## **Παράρτημα ΣΤ: Ένταξη του θηλασμού στα αναλυτικά εκπαιδευτικά προγράμματα της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης**

Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να προαχθεί και να υποστηριχθεί μόνο με συνδυασμένες και συντονισμένες καινοτόμες παρεμβάσεις (DHSS, 2013). Μια βασική και ουσιαστική παρέμβαση είναι η προαγωγή του μητρικού θηλασμού σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης (Hamlyn et al, 2002). Η εκπαίδευση για το μητρικό θηλασμό στο σχολικό περιβάλλον εφαρμόστηκε σε μερικές χώρες με πολύ καλά αποτελέσματα (Spearg, 2010). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002) στη διεθνή στρατηγική της για τη βρεφική και παιδική διατροφή συστήνει στα κράτη μέλη ότι ο μητρικός θηλασμός για να διεκπεραιωθεί σωστά χρειάζεται η παροχή σωστής προετοιμασίας μέσα από τη πληροφόρηση και την εκπαίδευση. Ως εκ τούτου, αναμένεται να παρέχονται ακριβείς, τεκμηριωμένες πληροφορίες στους/στις μαθητές/τριες, φοιτητές/τριες από καταρτισμένους εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες υγείας.

Επιπρόσθετα, η Spearg, (2010) υπογραμμίζει ότι η πρόσβαση σε αμερόληπτη πληροφόρηση είναι απαραίτητη για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων. Για την επίτευξη αυτού του στόχου η WABA, (1999) προτείνει η εκπαίδευση για το θηλασμό, να περιλαμβάνεται στα αναλυτικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Σε αυτό το πλαίσιο, θεωρείται χρήσιμο α Υπουργεία Παιδείας να ορίσουν ειδικές ομάδες από καλά καταρτισμένους επιστήμονες (Μαίες, Παιδιάτρους, Επισκέπτριες Υγείας) για να ελέγξουν και να ενημερώσουν τα υφιστάμενα αναλυτικά προγράμματα με στόχο να διασφαλιστεί η παροχή σωστής εκπαίδευσης και ενημέρωσης. Τόσο η ερευνητική κοινότητα όσο και οι ιθύνοντες διαμόρφωσης πολιτικής υγείας συστήνουν ότι τα σχολεία θα πρέπει να εντάξουν το θηλασμό μέσα στις θεματικές ενότητες που σχετίζονται με την «Αγωγή Υγείας» «Επιστήμη και Υγεία» «Διατροφή και Υγεία», «Προσωπική και Κοινωνική εκπαίδευση». Το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού της Κύπρου θα ήταν καλό σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας να προετοιμάσει εκπαιδευτικούς για τη διδασκαλία του μητρικού θηλασμού.

Συμπερασματικά, σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης είναι πολύ χρήσιμο να παρέχονται τα κατάλληλα προγράμματα προετοιμάζοντας έτσι μελλοντικούς γονείς αλλά και προάγοντας τη δημόσια υγεία.

### **ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ**

- Ετοιμασία κατάλληλου διδακτικού υλικού προσαρμοσμένο στη κάθε ηλικιακή ομάδα με στόχο την επιτυχή συμπερίληψη του μητρικού θηλασμού στο πλαίσιο του προγράμματος διδασκαλίας της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης προς τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς στόχο την ευαισθητοποίηση τους ως προς τη σημασία του θηλασμού ως ζήτημα Δημόσια Υγείας και ετοιμασία σχετικού υποστηρικτικού υλικού

για τους εκπαιδευτικούς με στόχο να εμπλουτίσουν με νέα δεδομένα τις γνώσεις τους σε σχέση το μητρικό θηλασμό.

- Συμπληρωματική ενίσχυση της διδασκαλίας της αγωγής ζωής με διοργάνωση σεμιναρίων και εκδηλώσεων από ειδικούς σε θέματα θηλασμού (αλλά και γενικότερα για θέματα προαγωγής υγείας). με
- Διεξαγωγή έρευνας για τις γνώσεις και στάσεις για το θηλασμό μεταξύ τόσο των εκπαιδευτικών όσο και των ίδιων των παιδιών και των νέων στη Κύπρο. Η έρευνα θα προσφέρει σημαντικές πληροφορίες γύρω από σημαντικούς κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις αντιλήψεις των μελλοντικών γονέων για το θηλασμό και να παρέχει βάση για τους ερευνητές τόσο στο πλαίσιο της ετοιμασίας κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων βασισμένων σε ερευνητικά δεδομένα σε σχέση με τις όσο και στο πλαίσιο της διαμόρφωσης στοχευμένων και πολιτισμικά κατάλληλων παρεμβάσεων σε σχολεία και κοινότητες. .

Η ετοιμασία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων θα γίνει από την ειδική ομάδα που θα συσταθεί από το Υπουργείο Παιδείας / Πολιτισμού και Υπουργείο Υγείας. Μερικές χρήσιμες συμβουλές σύμφωνα με τη Διεθνή Βιβλιογραφία είναι:

#### ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ

Μπορεί να προκληθεί μια θηλάζουσα μητέρα στο σχολείο με το μωρό της και να μιλήσει στα νήπια για την εμπειρία της. Στη συνέχεια, τα νήπια θα έχουν την ευκαιρία να προβληματιστούν με το να τους ζητηθεί να φροντίσουν ένα βρέφος και να του δώσουν γάλα. Έτσι, θα αρχίσουν από αυτή την ηλικία να καταγράφουν στο μυαλό τους ότι ο μητρικός θηλασμός είναι ο καλύτερος τρόπος σίτισης των παιδιών τους.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ		
ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΣΤΟΧΟΙ	ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΟΕΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	1. Να γνωρίσουν το σωστό τρόπο σίτισης των βρεφών 2. Να ευαισθητοποιηθούν για το μελλοντικό τους ρόλο ως γονείς 3. Να συμμετέχουν στη φροντίδα μιας κούκλας και να τους ζητηθεί να της δώσουν φαγητό 4. Να συζητήσουν μεταξύ τους γιατί μια μητέρα είναι χρήσιμο να θηλάζει το μωρό της.	Διάλεξη  Βιωματικό εργαστήρι

## ΔΗΜΟΤΙΚΟ-ΓΥΜΝΑΣΙΟ

Σε αυτή την ηλικία η εκπαίδευση μπορεί να έχει δομημένο χαρακτήρα σε σχέση με τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για το νεογνό, τη μητέρα, την οικογένεια και την κοινωνία γενικότερα. Υπάρχουν παραδείγματα παρόμοιων δομημένων προγραμμάτων από διάφορες χώρες που μπορεί να λειτουργήσουν ως καλά παραδείγματα (π.χ. αυτό του Department of Health and Social Services της Ιρλανδίας. (Για ευαισθητοποίηση, ο θηλασμός θα μπορούσε να αποτελέσει θέμα και στο πλαίσιο των εικαστικών μαθημάτων ή/και της πληροφορικής όπου για παράδειγμα οι μαθητές θα μπορούσαν να ανατρέξουν στην τέχνη για να δουν πως αποτυπώνεται ο θηλασμός (σε πίνακες ζωγραφικής και στη γλυπτική, ακόμα και από τα αρχαία χρόνια) ή ακόμα να ετοιμάσουν τα δικά τους έργα τέχνης (αφίσες, ζωγραφίες, ή κατασκευές).

## ΛΥΚΕΙΟ

Στο λύκειο, πέραν της πληροφορίας για τα οφέλη του θηλασμού για τη Δημοσία Υγεία, οι μαθητές θα μπορούσαν να ασχοληθούν με άλλες σημαντικές πτυχές, όπως για παράδειγμα την οικονομική πτυχή όπου θα μπορούσαν για προβληματισμό να αναλάβουν να ετοιμάσουν μια εργασία κατά την οποία να καταγράψουν πόσα λεφτά κοστίζει για την οικογένεια να δίνει υποκατάστατο του μητρικού γάλακτος στο βρέφος της για έξι μήνες. .

## ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Να διεξάγονται σεμινάρια με θέμα το μητρικό θηλασμό προς φοιτητές πανεπιστημίου (ανεξαρτήτως κατεύθυνσης σπουδών) είτε μεμονωμένα είτε στο πλαίσιο ευρύτερων εκδηλώσεων που κατακαιρούς διοργανώνεται για θέματα υγείας από τις υπηρεσίες του Πανεπιστημίου. Στο πανεπιστήμιο να παρέχονται θεωρητικές γνώσεις πάνω στη φυσιολογία και στα πλεονεκτήματα του Μητρικού Θηλασμού, τις ιδιότητες και τη σύνθεση του Μητρικού γάλακτος. Σε Πανεπιστήμια με κλινικά προγράμματα σπουδών θα μπορούσαν να έχουν ενεργό εμπλοκή στη διοργάνωση τους οι ίδιοι οι φοιτητές αυτών των Τμημάτων (π.χ. Νοσηλευτική, Μαιευτική, Ιατρική) ώστε να προωθείται η απαραίτητη διεπιστημονική επικοινωνία όπως επίσης να προάγεται ο ρόλος των φοιτητών οι οποίοι θα είναι οι μελλοντικοί Επαγγελματίες Υγείας στη προαγωγή του θηλασμού.

Καταληκτικά, χρειάζεται διεπιστημονική συνεργασία για διαμόρφωση λειτουργικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Άμεσα όμως, μπορούν να διευθετηθούν ενημερωτικές συναντήσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας ειδικών για το Μητρικό Θηλασμό.

## Αναφορές

1. Department of Health and Social Services (2013). *Breastfeeding - A Great Start A Strategy for Northern Ireland 2013-2023*. Northern Ireland. Belfast
2. Hamlyn, B., Brooker, S., Oleinikova, K., Wands, S. (2002). *Infant Feeding*. London: The Stationery Office, 2002.
3. Spear, H.J. (2010) School nurses and teachers: attitudes regarding inclusion of breastfeeding education in school curricula, *J Sch Nurs*. 26(2):137-46.
4. World Health Organization. *Global strategy on infant and young child feeding, report by the Secretariat*. (2002) *WHO Publications*
5. World Breastfeeding Week, 1-7 August (1999), 'Breastfeeding: education for life,' [www.waba.org.my/wbw/wbw99/foldereng99.htm](http://www.waba.org.my/wbw/wbw99/foldereng99.htm) WABA.



## **Μπορούμε όλοι καλύτερα!**



Το πρόγραμμα "BrEaST start in life" αποτελεί προϊόν συνεργασίας μεταξύ του Παγκύπριου Συνδέσμου Μητρικού Θηλασμού – «Δώρο Ζωής» και του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕ.ΠΑ.Κ, χάρη της υποστήριξης της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού, και χρηματοδοτήθηκε από την Ισλανδία, το Λίχτενσταϊν και την Νορβηγία μέσω του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Μηχανισμού EEA Grant Funds και την Κυπριακή Δημοκρατία.

