

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση Στάσεων, Αντιλήψεων και Πρακτικών των Μαιών για την  
Πρώθηση του Μητρικού Θηλασμού στην Αίθουσα Τοκετών»**

**ΚΟΥΜΟΥΝΔΟΥΡΟΥ ΣΟΦΙΑ**  
**ΜΑΙΑ ΤΕ**

**Νοέμβριος 2016**  
**ΣΠΑΡΤΗ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση Στάσεων, Αντιλήψεων και Πρακτικών των Μαιών για την  
Πρώθηση του Μητρικού Θηλασμού στην Αίθουσα Τοκετών»**

**ΚΟΥΜΟΥΝΔΟΥΡΟΥ ΣΟΦΙΑ**

**ΜΑΙΑ ΤΕ**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

Επιβλέπον : Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος : Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Ανδρέα-Πάολα Ρόχας Χιλ, Επίκουρος Καθηγήτρια

Νοέμβριος 2016

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΚΟΥΜΟΥΝΔΟΥΡΟΥ ΣΟΦΙΑ, 2016

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητα και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία, είναι πόνημα προσωπικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους, στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή :

## **Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

Μαρία Τσιρώνη

Παναγιώτης Πρεζεράκος

Ανδρέα-Πάολα Ρόχας Χιλ

## **Ευχαριστίες**

Η έρευνα αυτή αποτελεί τη διπλωματική μου εργασία, στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και σηματοδοτεί το τέλος αυτής της πορείας στα φοιτητικά έδρανα που μου έδωσαν την ευκαιρία να γνωρίσω υπέροχους ανθρώπους, καθηγητές και συνοδοιπόρους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα να εκφράσω σε όλους στους καθηγητές μου, οι οποίοι διεύρυναν τις επιστημονικές μου γνώσεις, εμφύσησαν έναν νέο τρόπο σκέψης και προσέγγισης των πραγμάτων και με ενέπνευσαν στις δύσκολες στιγμές μου, όταν αποθαρρυνόμουν από κούραση να συνεχίσω να επιμένω, να μελετώ και να ερευνώ.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, κα Μαρία Τσιρώνη, αναπληρώτρια καθηγήτρια για την πολύτιμη καθοδήγηση της, την εμπιστοσύνη και την εκτίμηση που μου έδειξε. Ευχαριστώ επίσης τον κο Παναγιώτη Πρεζεράκο, αναπληρωτή καθηγητή και την κα Ανδρέα-Παόλα Ρόχας Χιλ, επίκουρο καθηγήτρια που με τίμησαν με τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή. Από καρδιάς ευχαριστώ τον διδάσκοντα κο Αθανάσιο Σαχλά Επιστημονικό Συνεργάτη, Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, ο οποίος μου έκανε την τιμή και επιμελήθηκε με αρτιότητα όλη την στατιστική ανάλυση της έρευνάς μου και έδωσε σάρκα και οστά σε όνειρεύτηκα να ερευνήσω.

Θερμές ευχαριστίες και στους συνοδοιπόρους, συμφοιτητές και φίλους, καθώς χωρίς τη συνεργασία, την αλληλοϋποστήριξη και την ανταλλαγή ιδεών και εμπειριών η διαδρομή αυτή δεν θα ήταν ευχάριστη και αλησμόνητη. Αισθάνομαι ακόμα, ιδιαίτερη ανάγκη να ευχαριστήσω όλες τις συναδέλφους μου μαιές, που συμμετείχαν στην ερευνά. Παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στους χώρους εργασίας τους, έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην διεκπεραίωση της μελέτης αυτής.

Τέλος, ευγνωμονώ το στήριγμα μου, μητέρα μου Άννα, τον συζυγό μου Βασίλη και τις κόρες μας Δέσποινα και Ιωάννα, που από τότε που μπήκαν στη ζωή μου, με κάνουν μόνο να θέλω να γίνομαι καλύτερος άνθρωπος.

Στον πατέρα μου,  
που θα χαιρόταν αν την έβλεπε...

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Η διερεύνηση στάσεων, αντιλήψεων και πρακτικών των μαιών/τών για την προώθηση του μητρικού θηλασμού στην αίθουσα τοκετών, στα ιδιωτικά, δημόσια μαιευτήρια αλλά και άλλους φορείς μαιευτικής φροντίδας, στην επικράτεια της Πελοποννήσου.

**Υλικό και μέθοδος:** Περίπτωση μελέτης αποτέλεσαν Μαίες/ευτές που εργάζονται σε μαιευτικούς φορείς και υπηρεσίες της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ Πελοποννήσου. Η εγκυρότητα της έρευνας διασφαλίστηκε μέσω ανασκόπησης σε διεθνείς βιβλιοθήκες όπως PubMed, Science Direct κ.α.. Οι απόψεις του υγειονομικού προσωπικού καταγράφηκαν σε προτυπωμένα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Newborn Feeding Ability (NFA), (Ικανότητα Νεογνού να Θηλάσει). Το Breast feeding Initiation Practices (BIP), (Πρακτικές που Σχετίζονται με τη Ικανότητα Σίτισης του Νεογέννητου). Η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 23 για windows. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο ( $p < 0.05$ ).

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τις απαντήσεις του συνόλου του δείγματος προέκυψε ότι 97,4% των συμμετεχόντων συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα ότι ένα τελειόμηνο νεογνό, γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο. Για τα πλεονεκτήματα της επαφής δέρμα με δέρμα μητέρας- νεογνού (SSC), 79,2% απάντησε ότι συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ότι η δερματική επαφή βοηθά σημαντικά στη σταθεροποίηση της αναπνοής του νεογνού, 58,3% δεν γνωρίζει ότι σταθεροποιεί τα επίπεδα γλυκόζης αίματος του και 75,7% συμφωνεί ότι βοηθά ένα νεογέννητο να θηλάσει. Μόνο 41,7% συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ότι η διακοπή της επαφής δέρμα με δέρμα μητέρας και νεογνού διαταράσσει το αντανακλαστικό του θηλασμού του νεογνού, 72,2% πως είναι πιθανό έως πολύ πιθανό το νεογέννητο να συλλάβει σωστά τη θηλή χωρίς βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό. 51,3% απάντησε ότι τις περισσότερες φορές έως πάντα θα έκανε αναρρόφηση των εκκρίσεων στο νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό. 81,8% μερικές φορές έως πάντα θα σκούπιζε και θα τύλιγε το μωρό πριν το δώσει στους γονείς του. 57,3% τις περισσότερες



φορές έως πάντα θα τοποθετούσε το νεογνό κάτω από την πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα, μετρήσεις πριν την πρώτη προσπάθεια θηλασμού και 31,3% θα το έκανε μόνο περιστασιακά ή μερικές φορές.

**Συμπεράσματα:** Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης επιλέχτηκε ένα τυχαίο δείγμα 115 μαιών (ποσοστό ανταπόκρισης 85,19%). Οι μαιές/τές στην πλειοψηφία τους κατέχουν γνώσεις για τις πρακτικές που πρέπει να ακολουθήσουν, για την προώθηση της επαφής δέρμα με δέρμα μητέρας - νεογνού αλλά και αποδέχονται την έμφυτη ικανότητα σίτισης του νεογέννητου μέσα στην αίθουσα τοκετών. Στη πράξη όμως δυσκολεύονται και αδυνατούν να εφαρμόσουν διαδικασίες ρουτίνας για την προώθηση του μητρικού θηλασμού και την παροχή νεογνικής και μητρικής φροντίδας, σύμφωνα με την επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση. Διαφαίνεται ότι το προσωπικό δεν λειτουργεί βάση πρωτοκόλλων φροντίδας και πρακτικών στους οργανισμούς που εργάζεται. Η διερεύνηση των αιτιών και παραγόντων που παρεμποδίζουν την ύπαρξη και εφαρμογή προκαθορισμένων και καθολικών διαδικασιών και πρακτικών, χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

**Λέξεις Κλειδιά:** Πρώτος θηλασμός, επαφή δέρμα με δέρμα, ικανότητα σίτισης νεογνού, γνώσεις μαιών/ευτών.

## **ABSTRACT**

**Purpose:** The investigation of midwives viewpoints, perceptions and practices in order to promote natural breastfeeding in delivery rooms, at private or public obstetric hospitals and also at other sectors of obstetrical care in the region of Peloponnese.

**Material and Methods:** The Case Study consisted midwives who work at obstetric sectors and services at the 6<sup>th</sup> Health District of Peloponnese. The validity of the research was ensured by reviewing international libraries (PubMed, Science Direct etc.). Health staff's views were recorded on preprinted questionnaires. The questionnaires, which used, were the Newborn Feeding Ability (NFA) and the Breastfeeding Initiation Practices (BIP). Participation was voluntary. The data were codified using the statistical package IBM SPSS Statistics 23 for windows. The statistical significance was set at level  $p < 0.05$ .

**Results:** The answers of the total sample showed that 97.4% of the participants agreed or strongly agreed that a full-term infant is born with the ability to breastfeed efficiently by instinct. Regarding the benefits of skin-to-skin contact between mother and infant, 79.2% of the participants agreed or strongly agreed that skin contact helps significantly the newborns' breath stabilization, 58.3% are not aware that skin contact stabilizes the levels of blood glucose and 75.7% agrees that contact is beneficial for an infant to breastfeed. Only 41.7% of the participants agree or strongly agree that the termination of skin-to-skin contact between mother and infant disrupts the reflex of infant's breastfeeding, 72.2% believes it is possible to quite possible for the newborn to find the nipple without help within the first hour upon delivery. 51.3% responded that most times to always they would perform aspiration of the infant's secretions promptly after delivery. 81.8% of the participants would sometimes to always wipe and swaddle the infant before delivering it to the parents. 57.3% responded that most times to always they would lay the infant under a heat source when is examined, weighted, measured before the first attempt of breastfeeding and 31.3% would do it occasionally to sometimes.

**Conclusions:** The majority of midwives are aware of practices needed to be applied in order to promote skin-to-skin contact between mother and newborn but also accept the infant's innate ability to be fed in the delivery room. In practice, though, according to the documented scientific knowledge, they face difficulties and are unable to apply standard routine processes in order to promote breastfeeding and provide infant and maternal care. It appears that the staff does not work based on care and practices protocol. The investigation of causes and factors that obstruct the existence and application of predetermined and universal processes and practices needs further examination.

**Key Words:** Initial breastfeeding, skin-to-skin contact, newborn feeding ability, midwives knowledge

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες .....	1
Περίληψη.....	3
Πίνακας Περιεχομένων .....	7
Εισαγωγή .....	11

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b> Μητρικός Θηλασμός .....	15
1.1 Πρωτόγαλα – Το Πρώτο Γάλα .....	16
1.1.1 Ανοσολογικοί παράγοντες (Immune Factors) Πύατος .....	17
1.1.2 Αναπτυξιακοί Παράγοντες (Growth Factor) Πύατος .....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b> Φιλικά Προς τα Βρέφη Νοσοκομεία - BFHI.....	20
2.1 Παγκόσμια Κριτήρια Πιστοποίησης BFHI .....	20
2.2 4 <sup>ο</sup> Παγκόσμιο Κριτήριο – Βήμα Πιστοποίησης BFHI.....	22
2.3 Τα «Σκληρά» Χέρια των Μαιών .....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b> Προώθηση Μητρικού Θηλασμού, στην Αίθουσα Τοκετών.....	26
3.1 “Ιερή Ώρα”, η Πρώτη Ώρα Μετά τη Γέννηση.....	26
3.2 Πρώιμη Έναρξη Μητρικού Θηλασμού .....	27
3.3 Επαφή Δέρμα με Δέρμα – Skin To Skin Contact.....	28
3.4 Οφέλη Επαφής Δέρμα με Δέρμα (SSC) για τη Μητέρα και το Νεογέννητο .....	29

3.5 Επαφή Δέρμα με Δέρμα και Έκρηξη Ορμονών .....	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b> Παράγοντες που Σχετίζονται με τον Πρώτο Θηλασμό .....	33
4.1 Είδος τοκετού .....	33
4.1.1 Παράγοντες που Δυσχεραίνουν τον Πρώτο Θηλασμό Μετά από ΚΤ .....	34
4.1.2 Οφέλη Πρώτου Θηλασμού Μετά από ΚΤ .....	35
4.1.3 Νοσοκομειακές Πρακτικές και Εφαρμογή Πρωτοκόλλων .....	36
4.1.4 Τεχνική Πρώτου Θηλασμού και Επαφής Δέρμα με Δέρμα μετά από ΚΤ .....	38
4.2 Βοήθεια από Επιστημονικό Προσωπικό.....	40
4.3 Πρόθεση Μητέρας για τη Σίτιση του Νεογέννητου .....	41
4.4 Προγεννητική Προετοιμασία Εγκύων .....	42
4.5 Ηλικία Μητέρας .....	43
4.6 Χορήγηση Αναισθησίας στον Τοκετό .....	43
4.7 Προωρότητα Νεογνών .....	43
4.8 Άλλοι Παράγοντες .....	44
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b> Η Αργή Πορεία προς το Μαστό - Crawl Breast - .....	45
5.1 Εννέα Ενστικτώδη Στάδια του Νεογνού Μετά τη Γέννηση (A-M Widstrom).....	47
5.2 Παράγοντες που Καθορίζουν το “Μονοπάτι” προς το Μαστό .....	50
5.2.1 Νεογνικά Αντανακλαστικά .....	50
5.2.2 Έκλυση Ορμονών .....	51
5.2.3 Νεογνικές Αισθήσεις .....	52
5.3 Παράγοντες που Ενισχύουν και Βελτιώνουν το TBC .....	54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b> Διερευνώντας Γνώσεις, Δεξιότητες και Πρακτικές των Μαιών/τών ....	56

6.1 2 <sup>ο</sup> Παγκόσμιο Κριτήριο – Βήμα Πιστοποίησης BFHI .....	57
6.2 Εκπαίδευση Μαιών/τών και η Σπουδαιότητα της .....	58
6.3 Συμβουλευτική, Προστασία, Προώθηση, Υποστήριξη Μητρικού Θηλασμού .....	59

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο</b> Μεθοδολογία Έρευνας.....	61
7.1 Σκοπός μελέτης .....	61
7.2 Υλικό και Σχεδιασμός Έρευνας .....	61
7.3 Εργαλείο Συλλογής Στοιχείων .....	62
7.4 Στατιστική Ανάλυση .....	64
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο</b> Αποτελέσματα .....	65
8.1 Ανάλυση και Σχολιασμός Δημογραφικών Στοιχείων .....	65
8.2 Ανάλυση και Σχολιασμός Κλίμακας για την Ικανότητα του Νεογνού να Θηλάσει (NFA) .....	67
8.3 Ανάλυση και Σχολιασμός Κλίμακας Πρακτικής Έναρξης Θηλασμού (BIP).....	75
8.4 Συνδυαστικός Σχολιασμός Απαντήσεων (NFA & BIP) .....	80
8.5 Παραγοντική Ανάλυση (FACTOR ANALYSIS).....	81
8.5.1 Παραγοντική Μελέτη Κλίμακας NFA .....	81
8.5.2 Παραγοντική Μελέτη Κλίμακας BIP .....	85
8.6 Μελέτη Παραγόντων Ερωτηματολογίων (NFA & BIP) .....	88

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup></b> Συζήτηση .....	94
9.1 Διατύπωση Προτάσεων για Μελλοντικές Παρεμβάσεις .....	101
9.2 Προτεινόμενες Επιδιώξεις .....	103
Βιβλιογραφία /Αρθρογραφία.....	107
Παράρτημα 1 Λίστα Συντομογραφιών .....	113
Παράρτημα 2 Σχετικοί Όροι και Ορισμοί .....	115
Παράρτημα 3 Λίστα Πινάκων .....	117
Παράρτημα 4 Αίτημα Χρήσης Ερωτηματολογίου NFA & BIP .....	119
Παράρτημα 5 Άδεια Χρήσης Ερωτηματολογίου – Permission Questionnaire NFA & BIP.....	120
Παράρτημα 6 Αίτημα Χρήσης Μεταφρασμένου Ερωτηματολογίου .....	121
Παράρτημα 7 Άδεια Χρήσης Μεταφρασμένου Ερωτηματολογίου .....	122
Παράρτημα 8 Αίτημα Χορήγησης Άδειας Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων προς 6 <sup>η</sup> ΥΠΕ .....	123
Παράρτημα 9 Χορήγηση Άδειας Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων από 6 <sup>η</sup> ΥΠΕ .....	124
Ερωτηματολόγιο για την Ικανότητα του Νεογνού να Θηλάσει .....	125
Κλίμακα που Σχετίζεται με την Πρακτική που Ακολουθείται κατά την Έναρξη Του Θηλασμού.....	128

## Εισαγωγή

Η γέννηση είναι η πιο δυνατή μορφή της εξελικτικής διαδικασίας που ορίζει την μεταμόρφωση του εμβρύου σε μωρό και την απόφαση του να εμπιστευθεί την ύπαρξή του και να γεννηθεί, έχοντας βιώσει την εναρμόνιση του με την μητέρα του κατά την διάρκεια της κύησης

Αντιγόνη Συμεωνίδου

Ψυχολόγος-Υπαρξιακή Ψυχοθεραπεύτρια

Η παραγωγή γάλακτος για την υποστήριξη και την ανάπτυξη των νεογνών αποτελεί κεντρικό στοιχείο της μητρικής φροντίδας στα θηλαστικά. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η UNICEF και η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και συμπληρωματικό θηλασμό (μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών στον 6ο μήνα), μέχρι το πρώτο έτος και για όσο ακόμα επιθυμούν, η θηλάζουσα μητέρα και το παιδί της (Γάκη Ε. και συν 2009; American Academy of Pediatrics 2012; Lessen R. et al 2015). Το ανθρώπινο γάλα θεωρείται το καλύτερο είδος βρεφικής διατροφής για όλα σχεδόν τα βρέφη ακόμα και για τα χαμηλού βάρους (High Risk infants) και τα πρόωρα. Όταν αυτό δεν λαμβάνεται αυξάνονται τα ποσοστά βρεφικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, αυξάνεται το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ καταγράφονται σημαντικές οικονομικές απώλειες της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα. Τα οφέλη των βρεφών που λαμβάνουν μητρικό γάλα αφορούν τη μείωση της εμφάνισης ή και τη σοβαρότητα ενός ευρέως φάσματος μολυσματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων της βακτηριακής μηνιγγίτιδας, της βακτηριαιμίας, της διάρροιας, της λοίμωξης του αναπνευστικού, της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας, της μέσης ωτίτιδας κ.α. Ορισμένες μελέτες, δείχνουν μειωμένα ποσοστά του συνδρόμου αφνίδιου θανάτου, τη μείωση της εμφάνισης Διαβήτη, λεμφώματος, της νόσου Hodgkin, της παχυσαρκίας, της υπερχοληστερολαιμίας και του άσθματος.

Ο μητρικός θηλασμός είναι εξίσου σημαντικός για την υγεία των μητέρων, μειώνοντας την αιμορραγία μετά τον τοκετό, συμβάλλοντας στην ταχύτερη υποστροφή της μήτρας, στην απώλεια βάρους της κύησης, στη μείωση των ποσοστών καρκίνου του μαστού, των ωθηκών και πιθανώς στη μείωση της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κ.α.



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Unicef (1991), λαμβάνουν την πρωτοβουλία να καθιερώσουν τα Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη (BFHI), ως μια παγκόσμια προσπάθεια να εφαρμοστούν πρακτικές για την προστασία και προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Όρισαν, Δέκα Βήματα τα οποία θα πρέπει να δεσμεύουν προς εφαρμογή το προσωπικό του εκάστοτε υγειονομικού φορέα που χαρακτηρίζεται ως BFHI. Από τα Δέκα Βήματα, το τέταρτο αναφέρεται στον πρώτο θηλασμό μια ώρα μετά τη γέννηση, διευκρινίζοντας ότι η παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να θηλάσουν, θα πρέπει να δίνεται μια ώρα μετά τη γέννηση και μόνο εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Οι πρώτες ώρες μετά τη γέννηση αποκαλούνται ως “ευαίσθητη περίοδος” (sensitive period). Μια μοναδική εμπειρία όπου η πρώιμη “επαφή” μητέρας και νεογέννητου θα πρέπει να μην διακόπτεται παρά μόνο όταν συντρέχουν λόγοι ιατρικής παρέμβασης. Η επαφή των τελειόμηνων και υγείων νεογνών ορίζεται ως η τοποθέτηση του γυμνού μωρού μπρούμυτα πάνω στο γυμνό στομάχι ή στο στήννο της μητέρας από το πρώτο λεπτό της γέννησης και περιγράφεται ως “επαφή δέρμα με δέρμα”, με σημαντικά οφέλη τόσο για το νεογνό όσο και τη μητέρα.

Μολονότι τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για τη δημόσια υγεία είναι πολύ σημαντικά και παρόλη την δυναμική πολιτική της προώθησης του, σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, δεν φαίνεται τα ποσοστά θηλασμού να είναι σε υψηλή προτεραιότητα για τους οργανισμούς υγείας και στους επαγγελματίες που τους στελεχώνουν. Οι δυτικές κοινωνίες συνηθίζουν να αποχωρίζουν τα νεογνά από τη μητέρα τους αμέσως μετά τη γέννηση και μπορεί να περάσουν ώρες ίσως και μέρες μέχρι να τοποθετηθούν στο μαστό για να θηλάσουν περιμένοντας το γάλα να “έρθει” (Habib F. H. 2003; Aghdasa K. et al 2014; O Vieira T. et al 2010).

Στην Ελλάδα, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού σε μια Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού, των Ελένη Γάκη και συν (2009), σε δείγμα 18.000 γεννήσεων από όλη την Ελλάδα που διεξήχθη σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά μαιευτήρια, έδειξε ότι το επίπεδο του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στη χώρα μας είναι αρκετά χαμηλό. Την πρώτη ημέρα ζωής των νεογνών θηλάσαν αποκλειστικά 41% των γυναικών, στο τέλος του πρώτου μήνα θηλάζε μόλις 21%, στο τέλος του 3ου μήνα 11%

και τον 6ο μήνα το ποσοστό αυτό σχεδόν μηδενίστηκε (0,8%). Όσο για τον θηλασμό μετά τους 6 μήνες, μόνο 9% διατήρησαν το θηλασμό σε συμπληρωμένους 9 μήνες και 6% σε συμπληρωμένους 12 μήνες.

Σε έρευνα (Σουρίλα Δ., 2014) που διεξήχθη για τη διερεύνηση της συχνότητας των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού σε λεχαιίδες έως 5 ημερών, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 130 γυναικών, που γέννησαν στο Γ.Ν. Μεσσηνίας, διαπιστώθηκε 91,5% του συνόλου του δείγματος τοποθέτησαν το μωρό στο μαστό να θηλάσει αμέσως μετά τον τοκετό, χωρίς να διευκρινίζεται όμως εάν η σίτιση αφορούσε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ή ακολούθησε συμπληρωματική σίτιση με φόρμουλα γάλακτος.

Και στις δυο έρευνες οι κυριότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρέασαν την συχνότητα του μητρικού θηλασμού ήταν η προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού, τα προβλήματα στο μαστό (π.χ. εισέχουσες θηλές), η προωρότητα των βρεφών και νοσηλεία τους σε μονάδα νεογνών (MENN), το κάπνισμα, το επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας/πατέρα, η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας, η οικονομική κρίση, η ενημέρωση-παρακίνηση από το νοσοκομείο και η χωρά καταγωγής της μητέρας.

Όσον αφορά τον σημαντικό παράγοντα της ενημέρωσης, εκπαίδευσης και στήριξης των γυναικών προ – περί –μεταγεννητικά από το επιστημονικό προσωπικό ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF προτείνουν οι μαίες και το υπόλοιπο προσωπικό που ασχολείται με τη προώθηση του μητρικού θηλασμού να έχουν αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη παροχή ποιοτικής φροντίδας σε θέματα που αφορούν την γαλουχία και να εναρμονίζονται με τις οδηγίες των παραπάνω οργανισμών. Έρευνες (WHO 1998; Habib F. H. 2013; O Vieira T. 2010; Li C-M .et al 2014; Theofilogiannakou M. et al 2006) έχουν δείξει ότι η επίδραση που έχει η εκπαίδευση όλων όσων συμβουλεύουν και επηρεάζουν τις έγκυες και τις νέες μητέρες είναι πολύ σημαντική για την αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού.

Στην χώρα μας, απ' την βιβλιογραφική και ορθογραφική ανασκόπηση, δεν εντοπίσαμε τη διεξαγωγή μελετών που να σταθμίζουν το ρόλο των μαιών στον πρώτο θηλασμό, τη πραγματοποίηση μέσα στην αίθουσα τοκετών “επαφής δέρμα με δέρμα” μητέρας - νεογνού,

τις γνώσεις για την έμφυτη σιτιστική ικανότητα που αναπτύσσουν τα νεογνά μέσα στα πρώτα λεπτά της ζωής τους, αλλά και τις αντιλήψεις και πρακτικές των μαιών για την προώθηση του μητρικού θηλασμού μέσα στην αίθουσα τοκετών.

Θεωρήθηκε πολύ ενδιαφέρον να καταγραφούν οι απόψεις για την προ-σιτιστική συμπεριφορά και την ικανότητα σίτισης του νεογέννητου, τις συνέπειες και τα οφέλη της επαφής δέρμα με δέρμα (SSC) νεογέννητου - μητέρας, την αντίληψη των μαιών για τον αποτελεσματικό θηλασμό, τα εμπόδια της δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας, τις πρακτικές νεογνικής φροντίδας που εφαρμόζουν αμέσως μετά τον τοκετό, τις πρακτικές παροχής βοήθειας στις μητέρες για να θηλάσουν.

Έμμεσα θα διερευνηθούν τα ελλείμματα και οι στρεβλώσεις της ρουτίνας των επαγγελματιών και των φορέων, που οδηγούν ίσως στην αποθάρρυνση της αλλαγής των πρακτικών, που ακολουθούνται για την δημιουργία Νοσοκομείων Φιλικά προς τα Βρέφη (BFHI). Την αδυναμία της πιστής εφαρμογής των Δέκα Βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό (WHO/UNICEF), καθώς και την απομάκρυνση από την προώθηση, στήριξη και διάδοση του μητρικού θηλασμού.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> Μητρικός Θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός είναι η Ρίζα της Ζωής, η Απαρχή που εκπληρώνονται βασιές ανθρώπινες ανάγκες, η Ρίζα που δημιουργεί  
την Αγάπη

Αντιγόνη Συμεωνίδου

Ψυχολόγος-Υπαρξιακή Ψυχοθεραπεύτρια

Το μητρικό γάλα αποτελεί μοναδική τροφή για το υγιές τελειόμηνο, αλλά και πρόωρο βρέφος. Η παραγωγή γάλακτος για την υποστήριξη και την ανάπτυξη των νεογνών αποτελεί κεντρικό στοιχείο της μητρικής φροντίδας στα θηλαστικά. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), η UNICEF και η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και συμπληρωματικό θηλασμό (μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών στον 6ο μήνα) μέχρι το πρώτο έτος και για όσο ακόμα επιθυμούν, η θηλάζουσα μητέρα και το παιδί της (Saadeh R. *et al* 2009; Lessen R. *et al* 2015).

Το ανθρώπινο γάλα θεωρείται το καλύτερο είδος βρεφικής διατροφής για όλα σχεδόν τα βρέφη ακόμα και για τα χαμηλού βάρους (High Risk infants) και πρόωρα. Όταν αυτό δεν λαμβάνεται, αυξάνονται τα ποσοστά βρεφικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (American Academy of Pediatrics), αυξάνεται το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ καταγράφονται σημαντικές οικονομικές απώλειες της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα (Truck D., 2005).

Τα οφέλη των βρεφών που λαμβάνουν μητρικό γάλα αφορούν τη μείωση της εμφάνισης ή και της σοβαρότητας ενός ευρέως φάσματος μολυσματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανόμενων τη βακτηριακή μηνιγγίτιδα, τη βακτηριαιμία, τη διάρροια, τη λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, του ουροποιητικού, τη νεκρωτική εντεροκολίτιδα, τη μέση ωτίτιδα, την ατοπική δερματίτιδα κ.α.. Σημαντική επίσης διαφαίνεται η προστασία του νεογνού από αλλεργίες και αλλεργικές αντιδράσεις.

Ορισμένες μελέτες, δείχνουν μειωμένα ποσοστά του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου (SIDS), τη μείωση της εμφάνισης Διαβήτη τύπου I, και II, της λευχαιμίας και του λεμφώματος, της νόσου Hodgkin και Crohn, της παχυσαρκίας, της υπερχοληστεροναιμίας, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του άσθματος (Saadeh R. *et al* 2009; Lessen R. *et al* 2015).

Τέλος τα παιδιά που έχουν θηλάσει παρουσιάζουν υψηλότερη ψυχοκινητική και γνωστική ανάπτυξη και υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης. Ο μητρικός θηλασμός είναι εξίσου σημαντικός για την υγεία των μητέρων, μειώνοντας την αιμορραγία μετά τον τοκετό, συμβάλλοντας στην ταχύτερη υποστροφή της μήτρας, την απώλεια του βάρους της κύησης. Την μείωση των ποσοστών επιλόχειας κατάθλιψης, τη μείωση των ποσοστών καρκίνου του μαστού, των ωοθηκών και πιθανώς μείωση της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κ.α.

## **1.1 Πρωτόγαλα – Το Πρώτο Γάλα**

*Η φύση δεν κάνει ποτέ τίποτα άσκοπα*

*Αριστοτέλης*

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και για δυο με τέσσερις μέρες από τον τοκετό, παράγεται από τον μαστικό αδένα μια, κρεμώδη ουσία γνωστή ως πρωτόγαλα ή πύαρ, το υγρό χρυσάφι. Το πύαρ προσφέρει στο νεογέννητο, σε ποσότητα μόλις λίγων γραμμαρίων, όλα τα θρεπτικά, ανοσολογικά και αλλά στοιχεία που είναι απαραίτητα, προκειμένου να διανύσει τις πρώτες μέρες της ζωής του και να προστατευτεί στη μη στείρα εξωμήτριο ζωή.

Η υφή του πύατος είναι παχύρρευστη, το χρώμα του ποικίλει (συνήθως είναι κίτρινο/πορτοκαλί, λόγω της υψηλής περιεκτικότητας του σε καροτενοειδή όπως β-καροτίνη), η γεύση του είναι γλυκίζουσα και ο παραγόμενος όγκος του είναι έως 5 ml στον πρώτο θηλασμό, από 7 έως 123ml το πρώτο εικοσιτετράωρο, (χωρητικότητα στομάχου νεογνού <10ml) και από 100 έως 775ml το τρίτο εικοσιτετράωρο, (χωρητικότητα στομάχου νεογνού <30ml), ενώ η ενεργητική του πυκνότητα είναι 55-58 Kcal/dl.

Ο μικρός αυτός όγκος του παραγόμενου γάλακτος, επιτρέπει στο νεογνό να μάθει να συντονίζει το θηλασμό, την κατάποση και την αναπνοή, ενώ αντιστοιχεί στη μειωμένη

ικανότητα των ανώριμων νεογνικών νεφρών που δεν μπορούν να επεξεργαστούν μεγάλους όγκους υγρών.

Παράλληλα το φυσιολογικό τελειόμηνο βρέφος δεν χρησιμοποιεί ως κύρια πηγή ενέργειας τη γλυκόζη αλλά κετόνες και γαλακτικό οξύ, το οποίο έχει συσσωρευτεί κατά την διάρκεια της ενδομήτριας ζωής του. Η φύση προνοεί και δίνει περίοδο μερικών ημερών μέχρι το βρέφος να εξασκηθεί στο θηλασμό και να εγκατασταθεί η παραγωγή γάλακτος στη μητέρα. Η απώλεια βάρους του βρέφους μέσα στις 4 πρώτες μέρες της ζωής του, θεωρείται φυσιολογική (απώλεια της τάξεως του 7 με 10% του βάρους της γέννησης) αφού χάνει τα περιττά υγρά και αποβάλλει το μηκόνιο.

Υπάρχουν περίπου 90 γνωστά συστατικά μέσα στο πρωτόγαλα, τα οποία χωρίζονται σε δυο βασικούς παράγοντες. Τους ανοσολογικούς παράγοντες και τους αναπτυξιακούς. Το πρωτόγαλα, περιέχει βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και αμινοξέα σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες του νεογέννητου.

### **1.1.1. Ανοσολογικοί παράγοντες (Immune Factors) Πύατος**

*Εδικά Αντισώματα (Specific Antibodies)*, τα όποια καταπολεμούν ιούς, βακτήρια, μύκητες και μικρόβια όπως στρεπτόκοκκο, σταφυλόκοκκο, ρετايό, σαλμονέλα , E. Coli κ.α..

Ανοσοσφαιρίνες (Immunoglobulins), IgA, IgD, IgE, IgG και IgM οι οποίες δρουν ενάντια των φλεγμονών από λοιμώξεις, αλλεργίες κ.α.

Προλίνης Πολυπεπίδια PRP (Prolin Rich Polypeptide), υπεύθυνη για την καταστολή αυτοάνοσων διαταραχών και τη διέγερση του Θύμου αδένου, ο οποίος ρυθμίζει το ανοσολογικό σύστημα του σώματος.

Λακτοφερίνη (Lactoferrin), μια πρωτεΐνη σιδήρου που παίζει σημαντικό ρόλο κατά των καρκινικών κυττάρων, ενώ έχει αντιϊκή, αντιβακτηριακή, αντιφλεγμονώδη δράση, ενώ σχετίζεται με τη θεραπεία ασθενειών όπως του HIV, του έρπη κ.α.

Κυτοκίνες (Cytokines) Ιντερλευκίνες, οι οποίες ρυθμίζουν τη διάρκεια και την ένταση του αμυντικού συστήματος. Ωθούν τα κύτταρα να δράσουν και να έχουν αντιϊκή και αντινεόπλασματική δράση.

Λεμφοκίνες (Lymphokines), πεπτίδια τα οποία σχετίζονται με τις ανοσολογικές αποκρίσεις του σώματος.

Ολίγο/Πολυσακχαρίτες (Oligopolysaccharides) και Γλυκοσυζεύγματα Σακχάρου (Glyconjugate Sugars), τα οποία επιτίθενται στα παθογόνα βακτήρια όπως σαλμονέλα τα κρυπτοσπορίδια και τα κλωστήρια του διαρροϊκού συνδρόμου.

Λυσοζύμη (Lysozyme), πολυπεπτίδιο από 129 αμινοξέα. Ένα βακτηριολυτικό ένζυμο.

Γλυκοπρωτείνες (Glycoproteins) και Αναστολέας Θρυψίνης (TrypsinInhibitors), οι οποίες αναστέλλουν το μεταβολισμό του πρωτογάλατος στην περιοχή του εντέρου.

Λευκοκύτταρα (Leucocytes), τα οποία ενισχύουν την παραγωγή Ινερφερόνης και επιβραδύνουν την ιογενή αναπαραγωγή.

Γαλακτοϋπεροξειδάση (Lactoperoxidase), ένζυμο με ισχυρή βακτηριοκτόνο δράση.

Λακταλβουμίνη (Lactalbumins), έχει δράση ενάντια πολλών μορφών καρκίνου και ιών, αυξάνει επίσης τα επίπεδα σεροτονίνης μειώνοντας τα επίπεδα κορτιζόνης, βελτιώνοντας την ανακούφιση του πόνου, και του στρες. **Πίνακας 1.2.1**

**Σύνθεση των Πρωτεϊνών του Ανθρώπου  
Πύατος και Ώριμοι Μητρικού Γάλατος (ανά λίτρο)**

Συστατικά	Ποσότητα	Πύαρ Ώριμο Γάλα	
		(1-5 μέρες)	(>30 μέρες)
Συνολική Πρωτεΐνη	G	23	9- 10.5
Καζεΐνη	mg	1.400	1.870
α-Λακταλβουμίνη	mg	2.180	1.610
Λακτοφερίνη	mg	3.300	1.670
IgA	mg	3.640	1.420

**Πίνακας 1.2.1**From: Worthington-Roberts B, Williams SR.Nutrition in Pregnancy and Lactation, 5th ed. St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993

### 1.1.2 Αναπτυξιακοί Παράγοντες (Growth Factor) Πύατος

Είναι ζωτικής σημασίας ανάπτυξης, επιτυγχάνουν την αναγέννηση των οστών, των νευρικών ιστών των χόνδρων και τη παραγωγή κολλαγόνου. Οι αυξητικοί παράγοντες διεγείρουν επίσης το σώμα να καίει λίπος ως ενέργεια και όχι μυϊκό ιστό.

Διάφοροι Αυξητικοί Παράγοντες

Επιθηλιακός αυξητικός παράγοντας (Epithelial Growth Factor EGF), ο οποίος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην οστική επούλωση και στην ποιότητα του νεοσχηματιζόμενου οστού.

Αυξητικούς παράγοντες αιμοπεταλίων (Platelet Derived Growth Factor (PDGF)), συμβάλουν στην κυτταρική διαίρεση.

Μετατρεπτικός αυξητικός παράγοντας  $\alpha$  - $\beta$  (Transforming Growth Factor TGF $\alpha$ -TGF $\beta$ ), με έντονο μιτογόνο δράση στα κύτταρα και με ανασταλτική δράση στην επέλευση του κυτταρικού θανάτου (φαινόμενο της απόπτωσης).

Βιταμίνες (Vitamins), Μέταλλα (Minerals), σημαντικά στοιχεία για τον μεταβολισμό, και την ανάπτυξη του σώματος. Το πρωτόγαλα περιέχει αρκετές ποσότητες σε Βιταμίνες Α και Ε, οι οποίες δρουν αντιοξειδωτικά στο σώμα.

Αμινοξέα (Aminoacids), δομικά στοιχεία πρωτεϊνών, χρήσιμα για την ανάπτυξη του νεογέννητου.

Τέλος το ανθρώπινο πρωτόγαλα σχετίζεται με την αύξηση της πνευματικής οξύτητας των παιδιών που έχουν θηλάσει.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup> Φιλικά Προς τα Βρέφη Νοσοκομεία - BFHI**

*Το άγγιγμα είναι η πρώτη γλώσσα που μιλάμε*

*Stephen Gaskin*

### **2.1 Παγκόσμια Κριτήρια Πιστοποίησης BFHI**

Για το μητρικό γάλα που προσφέρει πολλαπλά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με το αγελαδινό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF καθιέρωσαν την πρωτοβουλία Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη «BFHI».

Το 1991, μετά την έκκριση της Διακήρυξης του Innocenti (1990), για την προώθηση του μητρικού θηλασμού, ξεκίνησε μια παγκόσμια προσπάθεια, να εφαρμοστούν πρακτικές και στρατηγικές από τα νοσοκομεία αλλά και γενικότερα από όλες τις δομές υπηρεσιών υγείας, ακόμα και από τους ίδιους τους γονείς και την κοινωνία με σκοπό την προαγωγή και προστασία του μητρικού θηλασμού.

Η πρωτοβουλία αυτή αποσκοπούσε στη βελτίωση του ρόλου των μαιευτικών υπηρεσιών, στοχεύοντας στη βέλτιστη και πιο επιστημονική παροχή φροντίδας στις έγκυες γυναίκες και μητέρες, ώστε να μπορέσουν να θηλάσουν τα μωρά τους, σε κατάλληλες εγκαταστάσεις υγείας αλλά και με πιο κατάλληλα εκπαιδευμένο και καταρτισμένο υγειονομικό προσωπικό, το οποίο θα είναι ικανό να προστατέψει την μητρότητα, να προωθήσει και να υποστηρίξει τον μητρικό θηλασμό, σύμφωνα και με τις οδηγίες του Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Η Παγκόσμια Στρατηγική για τη σίτιση του βρέφους και του μικρού παιδιού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF που προσυπογράφηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία και τη UNICEF UK (2002), επιβεβαιώνει την επιτακτική ανάγκη για την εφαρμογή των επιχειρησιακών στόχων της Διακήρυξης του Innocenti, συμπεριλαμβάνοντας την υλοποίηση και την εφαρμογή Δέκα Βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό, την πλήρη εφαρμογή της Διεθνούς Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος καθώς και την συστηματική, τακτική, επαρκή και σύγχρονη εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με τη μητέρα και το μικρό παιδί.

Για να πιστοποιηθεί ένα Νοσοκομείο ως Φιλικό για τα Βρέφη– Baby Friendly Hospital Initiative-BFHI, πρέπει, να εφαρμόζει Δέκα Βήματα – Δέκα Παγκόσμια Κριτήρια, να τηρεί δηλαδή Δέκα Κανόνες Ορθής Πρακτικής ορίζοντας τους ως ένα κοινό πλαίσιο οδηγιών και πρακτικών που ομόφωνα πρέπει να δεσμεύουν προς εφαρμογή το προσωπικό του εκάστοτε υγειονομικού φορέα. Μάλιστα ο χαρακτηρισμένος ως BFHI φορέας, ανά τακτά χρονικά διαστήματα υπόκειται σε παρακολούθηση και επανεκτίμηση για την πιστή τήρηση των Δέκα Βημάτων – Κριτηρίων αυτών (Αρχή Αξιολόγησης).

Βήμα 1ο Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το θηλασμό και τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας

Βήμα 2ο Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής

Βήμα 3ο Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη και τον χειρισμό του μητρικού θηλασμού

Βήμα 4ο Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν τον θηλασμό μία ώρα μετά την γέννηση

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

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

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

Βήμα 8ο Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το αποζητά

Βήμα 9ο Να μη δίνονται τεχνητές θηλές ή πιπίλες σε βρέφη που θηλάζουν

Βήμα 10ο Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του μητρικού θηλασμού στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες όταν φύγουν από το νοσοκομείο ή την κλινική

Τα τελευταία 15 χρόνια, περισσότερα από 20.000 νοσοκομεία ανακηρυχθείσα φιλικά για τα βρέφη σε 156 χώρες σε όλο τον κόσμο. Αυτή η σημαντική επιτυχία συμβάλλει στην αύξηση των ποσοστών του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, στη διάρκεια του, αλλά και στη μείωση της θνησιμότητας και της θνητότητας σε κάθε χώρα. Σε μια συντηρητική εκτίμηση, υπολογίζεται ότι πάνω από ένα εκατομμύριο επαγγελματίες υγείας έχουν εκπαιδευτεί στις υπηρεσίες τους μέσω BFHI, χρησιμοποιώντας το εκπαιδευτικό και ενημερωτικό υλικό από την UNICEF και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το οποίο είναι διαθέσιμο σε όλες τις γλώσσες των Ηνωμένων Εθνών και σε πολλές ακόμα Εθνικές γλώσσες.

Στην Ελλάδα, φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία έχουν ανακηρυχτεί από τη UNICEF τρία δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα: Το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου» το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικό» και το «Αρεταίειο». Ενώ έχοντας ολοκληρωθεί η διαδικασία αξιολόγησης, το πρώτο ιδιωτικό μαιευτήριο της χώρας «ΜΗΤΕΡΑ», σύμφωνα με την υπουργική απόφαση του Υπουργείου Υγείας εφαρμόζει τις αρχές που απαιτούνται από την UNICEF και τον ΠΟΥ για τον μητρικό θηλασμό, και έχει χαρακτηριστεί ως BFHI.

## **2.2 4ο Παγκόσμιο Κριτήριο - Βήμα Πιστοποίησης BFHI**

*Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν τον θηλασμό μία ώρα μετά την γέννηση (Breastfeeding assistance)*

Αυτό το βήμα αναδιατυπώνεται ως εξής:

Να τοποθετούνται τα βρέφη σε επαφή δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους αμέσως μετά τη γέννηση για τουλάχιστον μια ώρα. Να ενθαρρύνονται οι μητέρες ώστε να αναγνωρίζουν πότε τα βρέφη είναι έτοιμα να θηλάσουν και να τους παρέχεται βοήθεια μόνο αν αυτό κρίνεται απαραίτητο (BFHI 2006). Σε αυτό το κριτήριο επισημαίνεται, ότι οι μητέρες οι οποίες είχαν οποιεσδήποτε επιπλοκές και τοκετό με Καισαρική Τομή υπό γενική αναισθησία, πρέπει να ενθαρρύνονται να εφαρμόζουν στη πράξη το Βήμα 4 με τη βοήθεια του εκπαιδευμένου προσωπικού το συντομότερο δυνατό, για να έχουν τη δυνατότητα της πρώιμης επαφής δέρμα με δέρμα με το μωρό τους.

Η εφαρμογή του βήματος αυτού γίνεται με την τοποθέτηση του τελειωμένου, υγιούς και γυμνού νεογνού πάνω στο γυμνό στομάχι ή στέρνο της μητέρας του, αφήνοντάς το να προσκολληθεί στο μαστό της και να θηλάσει με ηρεμία μόνο του, όταν αυτό είναι έτοιμο, χωρίς βιασύνη και χωρίς διακοπή της διαδικασίας, καθυστερώντας μη επείγουσες ιατρικές διαδικασίες ρουτίνας για τουλάχιστον 1 ώρα. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η επαφή δέρμα με δέρμα (skin to skin contact) μεταξύ μητέρας και νεογνού, ενισχύοντας το συναισθηματικό τους δεσμό εξασφαλίζοντας την πρώτη ανοσοποίηση του νεογνού με τον αποικισμό στο δέρμα του, της φυσιολογικής μικροβιακής χλωρίδας του δέρματος της μητέρας του και εν συνεχεία, με τη λήψη του πρωτογάλατος.

Το κριτήριο 4 των Νοσοκομείων Φιλικά προς τα Βρέφη, δεν καθορίζει με κάποιον επίσημο ορισμό ή με κάποιο πρωτόκολλο ορθών πρακτικών τον τρόπο που θα παρέχεται βοήθεια προς τις μητέρες για να θηλάσουν. Παρόλα αυτά θέτονται κάποιες κατευθυντήριες γραμμές για τους επαγγελματίες υγείας, για να καθοδηγήσουν και να εκπαιδεύσουν τις μητέρες για τον πρώτο θηλασμό, εφόσον έχει προηγηθεί η επαφή δέρμα με δέρμα και φυσικά με τη σύμφωνη γνώμη τους. Αρχικά η μαία, έχοντας τη συγκατάθεση της μητέρας, θα πρέπει να διασφαλίσει την άνετη και βολική θέση νεογνού και μητέρας (είτε σε όρθια είτε, σε ξαπλωμένη θέση), να δημιουργήσει μια ήρεμη ατμόσφαιρα, να τονίσει τις θετικές συμπεριφορές, να τονώσει την αυτοπεποίθηση της και να παράσχει χρόνο στη διαδικασία αυτορρύθμισης (self- regulation) του νεογνού.

Βασικός στόχος της μαίας είναι να ενθαρρύνει τη μητέρα να κοιτά το μωρό της. Να τονίσει την έμφυτη ικανότητα του νεογέννητου να βρει τη θηλή του μαστού, να μπορεί να αναγνωρίσει τα σημάδια πείνας του νεογνού αλλά και να κατανοήσει μια σειρά αυτόματων αντανακλαστικών του, όπως το πιπίλισμα των χεριών του, τις κινήσεις του κεφαλιού του, το άγγιγμα της θηλής με τα χεριά ή τη γλώσσα του, τους ήχους που παράγει, την εστίαση του βλέμματός του στη σκουρόχρωμη περιοχή της θηλαίας άλω και το άνοιγμα του στόματος του, που χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά του νεογνού λίγη ώρα μετά τη γέννηση και το οδηγούν στον αποτελεσματικό θηλασμό.

Η μητέρα προτρέπεται, να βοηθήσει το μωρό της, είτε αγγίζοντας και σπρώχνοντας το κοντά στο μαστό της, είτε δίνοντας του λεκτικά ή μη λεκτικά ερεθίσματα ενθάρρυνσης.

Ακόμα μπορεί να προσφέρει το μαστό της, κρατώντας τον με τον αντίχειρα της πάνω και με τα τέσσερα δάκτυλα από κάτω, περιμένοντας το νεογνό να ανοίξει το στόμα για να προσκολληθεί σε αυτό. Μπορεί ακόμα να τρίψει τη θηλή της πάνω στα χείλη του ή να εκθλίψει τη θηλαία άλω για την εκροή του πρωτογάλατος πάνω στα χείλη και τη γλώσσα του νεογέννητου. Τέλος η μητέρα θα πρέπει να νιώσει το θήλασμα της θηλής της όταν αυτό επιτευχθεί.

### **2.3 Τα «σκληρά» χέρια των Μαιών**

Στην πραγματικότητα, μέσα στις αίθουσες τοκετών, οι τυπικές συμπεριφορές του προσωπικού των νοσοκομείων, περιλαμβάνουν την προσπάθεια τοποθέτησης του βρέφους στο μαστό με μια λαβή γύρω από το λαιμό του βρέφους, με τα δάκτυλα τοποθετημένα σε σχήμα IV (tong grip), αλλά και με μια λαβή πιασίματος του μαστού μεταβάλλοντας το σχήμα του.

Ειδικότερα, οι Ruth M Cantrill *et al* (2014), περιγράφει τρία ειδή βοήθειας που παρέχονται από τις μαιές στις μητέρες οι οποίες προσπαθούν να θηλάσουν τα νεογνά τους.

#### Θηλασμός χωρίς βοήθεια (Hands off support)

Συζήτηση με τη μητέρα για την ετοιμότητα του νεογνού να θηλάσει, ενθάρρυνση, προφορικές οδηγίες, αλλαγή θέσης (βολικής) της μητέρας, καθοδήγηση της μητέρας να βοηθήσει το νεογνό της, εξήγηση για τη συμπεριφορά και την ικανότητα σίτισης του νεογέννητου.

#### Λίγη βοήθεια (Hands on)

Γύρισμα του κεφαλιού του νεογνού προς το μαστό, καθησυχασμός και έπαινος της μητέρας, συμμετοχή στην παρεχόμενη βοήθεια του συντρόφου/πατέρα, τοποθέτηση του νεογνού κοντά στο μαστό.

#### Αρκετή βοήθεια (Hands on attach)

Λαβή IV (tong grip), κράτημα του νεογνού στο μαστό, λαβή μαστού, έκθλιψη πρωτογάλατος.

Η αρκετή βοήθεια (Hands on attach), με τη λαβή IV και η ταυτόχρονη λαβή του μαστού, μεταβάλλοντας το σχήμα του, μπορεί να προκαλέσει την αναστολή του εκ γενετής αντανακλαστικού του θηλασμού. Εκτιμάται ως έντονα παρεμβατική βοήθεια και μπορεί να προκαλέσει την αντίδραση του νεογνού η οποία εκφράζεται με έντονο κλάμα, αρνητική συμπεριφορά, αποστροφή από το μαστό. Επιπλέον μπορεί να αποτελέσει βασικό παράγοντα εμφάνισης προβλημάτων και δυσκολιών θηλασμού.

Οι λαβες κρατήματος του μαστού προκαλούν αρνητικά, δυσάρεστα και επώδυνα συναισθήματα στις μητέρες. Οι μητέρες χαρακτηρίζουν ως «βαρύ και σκληρό χέρι» το χέρι των μαιών που τις βοηθά και το περιγράφουν ως “βίαιο” που τις πονάει, τις μελανιάζει, τις ταπεινώνει. Η καλύτερη βοήθεια που μπορεί να προσφερθεί στις μητέρες μέσα στις αίθουσες τοκετών, την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση, είναι η επαφή δέρμα με δέρμα, η οποία αυξάνει τα ποσοστά της πρώιμης έναρξης του θηλασμού, η εξασφάλιση ηρεμίας και χρόνου στο νεογνό και στη μητέρα να ρυθμίσουν τις συμπεριφορές τους αλλά και η λεκτική καθοδήγηση της μητέρας χωρίς την άσκηση πίεσης για το ποσό γρήγορα, πόσο αποτελεσματικά ή πόση ώρα θα θηλάσει το μωρό της. Η πρώτη σίτιση θα πρέπει να θεωρείται ως μια γνωριμία του νεογνού με το μαστό της μητέρας και όχι ένα γεύμα το οποίο θα πρέπει να κρίνουμε ποσό καλά το έκανε ή πόσο πρωτόγαλα πηρέ. Το επόμενο γεύμα θα δώσει ευκαιρίες για περισσότερη καθοδήγηση και ανάπτυξη δεξιοτήτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> Προώθηση Μητρικού Θηλασμού, στην Αίθουσα Τοκετών

Ο Θηλασμός είναι ο ομφάλιος λώρος του έξω κόσμου

### 3.1 “Ιερή Ώρα”, η Πρώτη Ώρα Μετά τη Γέννηση

Οι πρώτες δυο ώρες μετά τη γέννηση αποκαλούνται ως “ευαίσθητη περίοδος” (sensitive period) (Kavanagh K. *et al* 2015; Raylene P. 2013; Cantrill R. M. *et al* 2014). Κυρίως την πρώτη ώρα, η μετάβαση από την ενδομήτρια στην εξωμήτρια ζωή, είναι μια ξεχωριστή ώρα, όπου το νεογέννητο συναντά τους γονείς του για πρώτη φορά και η οικογένεια σχηματίζεται. Μια σημαντική εμπειρία, μια συνάντηση που δεν θα πρέπει να διακόπτεται παρά μόνο εάν συντρέχουν σοβαροί ιατρικοί λόγοι παρέμβασης για τη μητέρα και το νεογνό. Είναι μια “ιερή” ώρα που θα πρέπει να τιμάται με αγάπη και να προστατεύεται η δυάδα μητέρας - νεογνού. Ο χρόνος γύρω από τη γέννηση, υποσυνείδητα αποτυπώνει εντυπώσεις μια ζωής, που χρωματίζουν την προοπτική της, ως δύσκολη ή εύκολη, ως οδυνηρή ή ευχάριστη, γεμάτη φόβο ή καθησυχαστική, ως ψυχρή ή γεμάτη καλωσόρισμα (Raylene P. 2013).

Είναι γνωστό ότι κατά την διάρκεια των πρώτων δυο ωρών, μετά τον τοκετό (διακολπικό τοκετό ή καισαρική τομή με ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία), τα βρέφη βιώνουν ένα στάδιο εγρήγορσης κατά το οποίο μπορούν εδραιώσουν μια αλληλοεπίδραση μεταξύ αυτών και των μητέρων τους. Παράλληλα, έχουν ανακαλυφθεί βιολογικές διεργασίες που ξεκινούν να συμβαίνουν από τη περίοδο της εγκυμοσύνης και ολοκληρώνονται μέσα στις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Οι βιολογικές αυτές διεργασίες, (κυρίως ορμονικές) είναι υπεύθυνες για την προώθηση της γαλουχίας, την ανάπτυξη προ-σιτιστικής και προ-θηλαστικής συμπεριφοράς του νεογνού, αλλά και την εγκατάσταση ενός ισχυρού συναισθηματικού δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογέννητου (δυάδας).

### 3.2 Πρώιμη Έναρξη Μητρικού Θηλασμού

Μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό η αύξηση ορμονών, κυρίως της ωκυτοκίνης τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό, προωθεί μια μεταξύ τους “ήρεμη συνένωση” για να καταλήξει στην έναρξη και στην εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που περιγράφουν και πιστοποιούν, την έμφυτη ικανότητα του μωρού (τελειόμηνο, υγιές και χωρίς την επήρεια φαρμάκων), να μπορεί αν αφηθεί γυμνό πάνω στο γυμνό στομάχι ή στέρνο της μητέρας, να συρθεί χωρίς καμία βοήθεια στο μαστό της, να εντοπίσει τη θηλή της και να θηλάσει μόνο του (Hands off) (WHO 1998; Fawzia H. 2003; Raylene P. 2013; Claus M. 1998; Widström A.-M. *et al* 2011; Aghast K. *et al* 2014; Vieira T. *et al* 2010; Tessier R. *et al* 1998).

Μια συστηματική ανασκόπηση των Jehangir Khan *et al* 2015, διαπίστωσε ότι η νεογνική θνησιμότητα μειώθηκε κατά το ήμισυ όταν τα νεογνά θηλάσαν μέσα στην πρώτη ώρα από τη γέννηση. Επιπροσθέτως, μια άλλη αναδρομική μελέτη των Moor ER, Anderson GC, Bergman N. των Cochrane Collaboration (2015), μελετώντας τριάντα έρευνες με 1.925 συμμετέχοντες (μητέρες και νεογνά), κατέληξαν ότι τα οφέλη της δερματικής επαφής (SSC) μητέρας και νεογνού συσχετίζονται με την επιτυχημένη προσπάθεια του πρώιμου πρώτου θηλασμού (μίσση ώρα μετά τη γέννηση), με τα αυξημένα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού και τη διατήρηση του, με την αυξημένη γαλακτοφορία και την αύξηση του αντανακλαστικού του θηλασμού του νεογνού (θηλαστικές κινήσεις). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την μείωση της νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, με τη σταθεροποίηση της υγείας του νεογνού (Apgar Score), των επιπέδων γλυκόζης αίματος, με τη ρύθμιση της θερμοκρασίας σώματος, με το μειωμένο κλάμα του και με την ισχυροποίηση του δεσμού μεταξύ μητέρας νεογνού κ.α. Ο ΠΟΥ στα πλαίσια της παγκόσμιας εκστρατείας του για τη προώθηση του μητρικού θηλασμού, τονίζει την ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικής για την καθιέρωση της επαφής δέρμα με δέρμα μητέρας και νεογνού (SSC) αμέσως μετά τη γέννηση αλλά και την άμεση έναρξη του μητρικού θηλασμού λαμβάνοντας υπόψη τα σημαντικά μειονεκτήματα που προκύπτουν στην υγεία από τον αποχωρισμό της “δυάδας” αλλά και της μείωσης των ποσοστών της πρώιμης έναρξης του μητρικού θηλασμού.



### 3.3 Επαφή Δέρμα με Δέρμα- Skin to Skin Contact (SSC)

Τη στιγμή που ένα παιδί γεννιέται, παράλληλα γεννιέται η μητέρα. Πριν δεν υπήρχε. Η γυναίκα υπήρχε, αλλά η μητέρα ποτέ. Η μητέρα είναι κάτι απολύτως καινούργιο

Rajneesh

Οι πρώτες 2 ώρες μετά τη γέννηση είναι μια “ευαίσθητη” περίοδος κατά την οποία οι μητέρες συμμετέχουν ενεργά και ανταποκρίνονται με ιδιαίτερη ζέση στα μωρά τους. Τα νεογέννητα με τη σειρά τους κάνουν το “πέραςμα” τους από την ενδομήτρια στην εξωμήτρια ζωή, συναντώντας για πρώτη φορά τους γονείς τους, κυρίως τη μητέρα τους. Η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρία, ο ΠΟΥ και η UNICEF προτείνουν την άμεση επαφή δέρμα με δέρμα – skin to skin contact (SSC), των νεογνών με τη μητέρα τους αλλά και την τοποθέτηση τους στο μαστό της, δίνοντάς τους την ευκαιρία να ξεκινήσουν τον πρώτο θηλασμό.

Σήμερα, στις σύγχρονες αλλά και ποιο παραδοσιακές χώρες, πολλές φορές τα υγιή μωρά χωρίζονται από τη μητέρα τους και μπορεί να μην τοποθετηθούν στο στήθος για ώρες ή πολλές φορές για μέρες, περιμένοντας το γάλα “να έλθει”. Συνήθως μερικές μητέρες αλλά και μαίες μπορεί να πιστεύουν ότι η τοποθέτηση του νεογνού, μάγουλο με μάγουλο με τη μητέρα του ή το να αφήσουν να «ξεκουράσει» το πρόσωπο - κεφάλι του πάνω στο στήθος της μητέρας του ορίζεται ως επαφή δέρμα με δέρμα μητέρας και νεογνού (SSC).

Ο όρος όμως SSC, με σαφήνεια ορίζεται ως η τοποθέτηση του γυμνού νεογνού αμέσως μετά τη γέννηση (κολπικό τοκετό και καισαρική τομή), πάνω στο γυμνό στομάχι ή στήθος της μητέρας, αφήνοντας το να αναπτύξει μόνο του μηχανισμούς αυτορρύθμισης και προκαθορισμένης έμφυτης βιολογικής συμπεριφοράς, ώστε να πλησιάσει το μαστό, είτε έρχοντας από το στομάχι προς αυτό, είτε ψάχνοντας τη θηλή του, ώστε να ξεκινήσουν να θηλάσουν μόνα τους ή με την βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού μόνο όταν αυτό είναι απολύτως απαραίτητο.

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα νεογέννητα είναι ικανά να θηλάσουν αποτελεσματικά, αν αφηθούν συνεχόμενα και αδιάλειπτα σε SSC με τη μητέρα τους για τουλάχιστον 1 ώρα μετά τη γέννηση (Cantrill R. *et al* 2014). Τα νεογνά αμέσως μετά τη γέννηση και αφού κοπεί ο ομφάλιος λώρος τοποθετούνται μπρούμυτα πάνω στο γυμνό στομάχι ή στήθος της μητέρα

τους. Στη συνέχεια σκεπάζονται στο γυμνό σώμα και κεφάλι τους, για την αποφυγή απώλειας της θερμότητάς, με μια ζεστή πετσέτα ή κουβέρτα ενώ παράλληλα φοριέται μια πάνα. Καθυστερώντας τις μη επείγουσες ιατρικές φροντίδες ρουτίνας στο νεογνό, όπως την αναρρόφηση ρινικών και γαστρικών εκκρίσεων, το ζύγισμα ή τη χορήγηση ενέσιμης βιταμίνης K κ.α., αφήνονται μόνα τους, να οδηγηθούν μέσα από ένα ταξίδι αναζήτησης στη θηλή του μαστού για να θηλάσουν αποτελεσματικά.

Οι TakahashiY *et al* 2011, σε μια έρευνα που πραγματοποίησαν για την επίδραση του χρόνου διαφορετικής έναρξης και διάρκειας της πρώιμης επαφής, δέρμα με δέρμα σε υγιή τελειωμένα νεογνά διαπίστωσε ότι η πρώιμη SSC που ξεκινά μέσα στα πρώτα 2 με 5 λεπτά της γέννησης και συνεχίζεται πάνω από 60 λεπτά έως τα 120 μετά τη γέννηση, είναι ωφέλιμη για την καρδιοαναπνευστική σταθερότητα τους και τη μείωση του στρες στην μεταγεννητική περίοδο.

### **3.4 Οφέλη Επαφής Δέρμα με Δέρμα (SSC) για τη Μητέρα και το Νεογέννητο**

*Η μητρική μορφή είναι το κοινό σημείο αναφοράς ανάμεσα στο Πριν ( ενδομήτρια ζωή) και στο Τώρα (εξωμήτρια ζωή)*

*Αντιγόνη Συμεωνίδου*

*Ψυχολόγος-Υπαρξιακή Ψυχοθεραπεύτρια*

Η SSC σχετίζεται με την αύξηση των ποσοστών αλλά και την αύξηση της διάρκειας του θηλασμού (UNICEF 2013), συμβάλλει στην ωρίμανση του γάλακτος ενώ παράλληλα μειώνει τις πιθανότητες αντιμετώπισης προβλημάτων σίτισης με μητρικό γάλα όπως άρνηση θηλασμού του νεογνού, μειωμένη παράγωγή γάλακτος, υπερφόρτωση μαστών, ραγάδες θηλής κ.α.

Η μητέρα αποκτά αυτοπεποίθηση, σιγουριά και ικανοποίηση για την ικανότητά της να θηλάσει το μωρό της, ενώ η πρώτη εμπειρία θηλασμού αμέσως μετά τον τοκετό προσφέρει μια σημαντική θετική επιρροή στη στάση της απέναντι στον θηλασμό αλλά και στο μωρό της. Όσον αφορά το νεογέννητο, η SSC σταθεροποιεί την υγεία, τις κλίμακες αξιολόγησης σωματικής κατάσταση του νεογνού (Apgar Score) και ενθαρρύνει το νεογέννητο να

αναπτύξει ικανότητα σίτισης και θηλασμού. Όταν το νεογνό επιτυγχάνει να θηλάσει μέσα στην πρώτη ώρα της γέννησης μειώνεται η νεογνική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Η αδιάκοπη επαφή δέρμα με δέρμα, ευνοεί τον μικροβιακό αποικισμό του νεογνού από την μητέρα του, εξασφαλίζοντας την πρώτη παθητική ανοσία, καθιστώντας την πρώτη φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα στο δέρμα και στο γαστρεντερικό του σωλήνα. Διευκολύνει την σταθεροποίηση και την ρύθμιση της θερμοκρασίας του, διατηρεί σταθερά τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος του, συμβάλλει στην καρδιοαναπνευστική σταθεροποίηση του, στην μικρότερη απώλεια βάρους του και στη πρόωμη ανάπτυξη του εγκεφάλου του νεογέννητου.

Έρευνα υποστηρίζει ότι τα νεογέννητα που είχαν SSC πάνω από 1 ώρα με τη μητέρα τους, είχαν μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης στο σάλιο τους από αυτά που έμειναν λιγότερο από 1 ώρα (Srivastava 2014). Η επαφή δέρμα με δέρμα με τη μητέρα μειώνει επίσης την αρνητική επιρροή του άγχους της γέννησης του νεογνού (stress of being born), αλλά και τη εξουδετέρωση του άγχους που βιώνει το νεογνό από την πίεση που μπορεί να υποστεί για να θηλάσει (stress of being forced breast feed). Παράλληλα, ανακουφίζει το νεογέννητο και μειώνει την ανάμνηση του άγχους και πιθανά και την εμπειρία της ασφυξίας που μπορεί να νιώθει από τον εξαναγκασμό σε θηλασμό, από κάποιο άτομο που παρείχε βίαιη βοήθεια στη μητέρα. Βοηθάει το νεογνό να σταματήσει το κλάμα, και τις γκριμάτσες δυσφορίας, έτσι ώστε να διατηρηθεί αρκετά ήρεμο και διαδοχικά με επιτυχία να συντονίσει τις κινήσεις και τα αντανακλαστικά του σώματός του και να αυτορυθμιστεί (self-regulation), ώστε να καταφέρει να αδράξει τη θηλή και να θηλάσει αποτελεσματικά.

### **3.5 Επαφή Δέρμα με Δέρμα και Έκρηξη Ορμονών**

Η πρόωμη επαφή δέρμα με δέρμα, το άγγιγμα των χεριών και των δακτύλων, οι κινήσεις του στόματος και της γλώσσας του νεογνού πάνω στο μαστό της μητέρας, προκαλεί μια βιοχημική αντίδραση και στους δυο οργανισμούς (μητέρας- νεογνού), κυρίως λόγω των ορμονών που εκλύονται. Η Προλακτίνη, η Ωκυτοκίνη και οι Β-Ενδορφίνες που παράγονται, επάγουν την παραγωγή και την έκκριση του γάλακτος, συμβάλλουν στο συναισθηματικό δέσιμο (bonding) τις δυάδας και προκαλούν ηρεμία και ευχαρίστηση.

Η επαφή δέρμα με δέρμα και ο θηλασμός της θηλής του μαστού της μητέρας μειώνει τη πιθανότητα εγκατάλειψης του νεογνού από τη μητέρα τους. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η μητέρες που παίρνουν στην αγκαλιά τα μωρά τους, αναπτύσσουν μια συμπεριφορά η οποία σχετίζεται με την μητρότητα. Οι μητέρες επιθυμούν να χαϊδέψουν, να κοιτάζουν, να μιλήσουν, να εξερευνήσουν και να καλωσορίσουν τα νεογνά τους, προσφέροντάς τους απτικά και λεκτικά ερεθίσματα. Τα νεογνά με τη σειρά τους αντιδρούν πιάνοντας με τα χέρια τους το σώμα τις μητέρας τους, γλύφοντας με τη γλώσσας τους το μαστό της (αλληλοεπίδραση), ώσπου τελικά να οδηγηθούν στην έμφυτη ικανότητα της σίτισης και του θηλασμού. Αυτή η αλληλουχία αλληλεπίδρασης, οδηγεί στην έκκριση 19 διαφορετικών ορμονών στη μητέρα και στο νεογνό. Μεταξύ άλλων, και την έκκριση ινσουλίνης, χοληκυστοκινίνης και της γαστρίνης. Κάποιες απ αυτές τις ορμόνες προκαλούν την αύξηση των εντερικών λαχνών του νεογνού, με αποτέλεσμα να αυξάνουν την απορρόφηση στο έντερο των θρεπτικών συστατικών που βρίσκονται στο μητρικό γάλα (Klaus M. 1998).

#### Ωκυτοκίνη (Ορμόνη της Αγάπης)

Η ωκυτοκίνη αρχίζει να παράγεται μετά τον τοκετό και κυρίως μετά την αποκόλληση και την έξοδο του πλακούντα από την μήτρα. Η αύξηση της ωκυτοκίνης στον εγκέφαλο του νεογνού και της μητέρας προκαλεί διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου και κατόπιν προκαλείται η έκλυση της παραγωγής των γαστρικών αυτών ορμονών. Η ωκυτοκίνη παράλληλα σχετίζεται με μια μικρή υπνηλία, με την αύξηση του συναισθήματος αγάπης για το νεογνό και με την εφορία της μητέρας.

Μια έρευνα των Matthiesen A. S. *et al* 2000, η οποία διεξήχθη σε 10 νεογνά γεννημένα με φυσιολογικό τοκετό και χωρίς την επίρεια αναισθησίας, περιγράφει τη βιντεοσκόπηση τους από τη στιγμή της γέννησης έως τον πρώτο θηλασμό. Για τα 30 πρώτα λεπτά, εκτιμήθηκε η κίνηση των χεριών και των δακτύλων, η κίνηση του στόματος και της γλώσσας αλλά και η θέση του σώματος και των χεριών των νεογνών. Παράλληλα κάθε 15 λεπτά γίνονταν μέτρηση σε δείγματα αίματος της μητέρας των επιπέδων ωκυτοκίνης. Η στατιστική ανάλυση απέδειξε μια συσχέτιση μεταξύ των αυξημένων επιπέδων ωκυτοκίνης της μητέρας και των αυξημένων κινήσεων των χεριών του νεογνού ή με τον θηλασμό του μαστού (<0.005).

Η “ορμόνη της αγάπης”, προκαλεί αγγειοδιαστολή αυξάνοντας την θερμοκρασία του σώματος της μητέρας, καθιστώντας την αγκαλιά της ως την πιο κατάλληλη “ανοιχτή

θερμοκοιτίδα” για να ζεστάνει το νεογνό της (αύξηση της θερμοκρασίας των μαστών). Μειώνει την επιλόχεια αιμορραγία, επιταχύνει την υποστροφή της μήτρας, ανακουφίζει το μητρικό άγχος, χαλαρώνει και ηρεμεί τις θηλάζουσες μητέρες μειώνοντας τον πόνο που μπορεί να νιώθουν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> Παράγοντες που Σχετίζονται με τον Πρώτο Θηλασμό

Πολλές φορές παρά την πρόθεση και τον σχεδιασμό επαγγελματιών υγείας και γονέων, κάποιοι παράγοντες δυσχεραίνουν ή ματαιώνουν την προγεννητική προετοιμασία της εγκύου, την επαφή δέρμα με δέρμα μητέρας και παιδιού μετά τη γέννηση ή την επιθυμία για την πρώιμη έναρξη του θηλασμού. Μερικοί από αυτούς είναι:

### 4.1 Είδος τοκετού

*Για ν' αλλάξουμε τον άνθρωπο πρέπει ν' αλλάξουμε τον τρόπο της γέννησης*

*Dr. M Odent*

#### Φυσιολογικός Τοκετός - ΦΤ

Η γέννηση ενός νεογνού με φυσιολογικό τοκετό δεν εξασφαλίζει πάντα το ομαλό καλωσόρισμα του στην εξωμήτρια ζωή, αλλά ούτε την άμεση επαφή με τη μητέρα του και την πρώιμη έναρξη του μητρικού θηλασμού.

Αρκετές φορές, ο φυσιολογικός τοκετός είναι η αιτία αποχωρισμού των νεογέννητων από τη μητέρα τους. Το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό που συμμετέχουν σε αυτόν, θα πρέπει να χρησιμοποιούν χειρισμούς αλλά και φάρμακα λαμβάνοντας πάντα υπόψιν την επίδραση τους στην μητέρα και το νεογέννητο. Μέσα στις αίθουσες τοκετών οι πρακτικές και τα πρωτόκολλα που εφαρμόζονται θα πρέπει να προστατεύουν, να στηρίζουν τη φυσική εξέλιξη ενός τοκετού και να εξασφαλίζουν το περιβάλλον εκείνο που θα φέρει κοντά για πρώτη φορά τη δυάδα μητέρας-νεογνού, ώστε να επιτευχθεί η πρώτη “σιωπηλή συνομιλία” τους.

#### Καισαρική Τομή - ΚΤ

Ο ΠΟΥ και η UNICEF στην εφαρμογή του παγκόσμιου κριτηρίου 4, περί παροχής βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν τον θηλασμό μία ώρα μετά την γέννηση, αναφέρεται τόσο στις γυναίκες που τεκνοποίησαν με φυσιολογικό τοκετό (ΦΤ), όσο και στις γυναίκες που τεκνοποίησαν με καισαρική τομή (ΚΤ), με ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία.

Παραταύτα αρκετές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι ακόμα και η καισαρική τομή με ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία, αποτελεί έναν ανασταλτικό παράγοντα για την έναρξη του πρώτου μητρικού θηλασμού αλλά και της επαφής δέρμα με δέρμα μητέρας και νεογνού, μετά

τον τοκετό. Σε μια συστηματική ανασκόπηση 155 άρθρων, των Tania Maria Brasil Esteves *et al* 2014, αποδείχθηκε ότι η ΚΤ είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για μην ξεκινήσει ο μητρικός θηλασμός μέσα στην 1η ώρα ζωής του νεογνού στις 11 από τις 14 μελέτες που διερευνήθηκαν. Ενώ φαίνεται ότι η επέμβαση της ΚΤ και η μετεγχειρητική φροντίδα της, καθυστερεί ή διακόπτει την SSC μεταξύ μητέρα και παιδιού.

Ο ΠΟΥ συστήνει το ποσοστό των ΚΤ να μην ξεπερνά το 10 με 15% των γεννήσεων. Παραταύτα τα ποσοστά αυτά ξεπερνιούνται σε όλο τον κόσμο κατά πολύ. Στην Ελλάδα, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, σε μια Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού, των Γάκη Ε. και συν 2009, σε δείγμα 18.000 γεννήσεων από όλη την Ελλάδα, που διεξήχθησαν σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά μαιευτήρια, κατέδειξε ότι τα ποσοστά της ΚΤ έναντι των ΦΤ, ανήλθαν σχεδόν στο 50%. Ενώ στην μελέτη συχνότητας των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού της Σουρίλα Δ. 2014, σε λεχωίδες έως 5 ημερών σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 130 γυναικών που γέννησαν στο Γ.Ν. Μεσσηνίας το ποσοστό των γυναικών που γέννησε με ΚΤ ανήλθε στο 69,2%.

Στην ΚΤ έχει παρατηρηθεί ότι ο χρόνος που μεσολαβεί από τη γέννηση του νεογνού, ως τον πρώτο θηλασμό είναι μεγαλύτερος από αυτόν που απαιτείται στον ΦΤ. Ο αποχωρισμός δηλαδή του νεογέννητου από την μητέρα του και η απουσία της επαφής δέρμα με δέρμα νεογνού και μητέρας είναι μεγαλύτερη.

#### **4.1.1 Παράγοντες που Δυσχεραίνουν τον Πρώτο Θηλασμό Μετά από ΚΤ**

Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην προώθηση και πραγματοποίηση του μητρικού θηλασμού και της SSC μέσα στην αίθουσα του χειρουργείου είναι:

- Η έλλειψη χώρου, οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν τη δυνατότητα κινήσεων και αδυνατούν να τοποθετήσουν το νεογνό πάνω στο στήθος της μητέρας.
- Οι επείγουσες ΚΤ όπου δεν υπάρχει χρόνος να ενημερωθεί η μητέρα/γονείς για τα οφέλη του πρώιμου θηλασμού και της επαφής δέρμα με δέρμα.
- Η απουσία και η αδυναμία εφαρμογής πρωτοκόλλων μητρικού θηλασμού, αμέσως μετά τη γέννηση μέσα στις αίθουσες χειρουργείου.

- Η έλλειψη χρόνου και ο μεγάλος φόρτος εργασίας για την πιστή εφαρμογή τους.
- Την άρνηση μητέρας/ζεύγους για την πραγματοποίηση του πρώτου θηλασμού ή την εφαρμογή της SSC (άρνηση γύμνωσης του νεογνού ή αίσθημα δυσφορίας με την σκέψη του αίματος).
- Η εμπειρία του πόνου της μητέρας κατά την χειρουργική επέμβαση ή μετά από αυτήν είναι επίσης ανασταλτικός παράγοντας για να απολαύσει το θαύμα της γέννησης.
- Η ακινητοποίηση των μητέρων από τις φλεβικές γραμμές, την μάσκα οξυγόνου κ.α. Οι μητέρες αδυνατούν να αγκαλιάσουν και να καλωσορίσουν τα μωρά τους.
- Η εμπειρία μεγαλύτερου άγχους, ανασφάλειας και απογοήτευσης των γυναικών στην περίπτωση τοκετού με ΚΤ, αφού οι προσδοκίες τους για μια διακολπική γέννα δεν πραγματοποιούνται, με συνέπεια τη μεγαλύτερη συχνότητα μειωμένης παραγωγής γάλακτος και σε μικτή σίτιση του βρέφους.
- Τα φάρμακα αναισθησίας και αναλγησίας μπορεί να επηρεάσουν την κινητικότητα της μητέρας αλλά και την κρίση της (νιώθουν αδύναμες και ανασφαλείς να κρατήσουν αγκαλιά το μωρό τους). Τα νεογνά αδυνατούν να αυτορυθμιστούν, δεν είναι ικανά αυθορμήτως να αναζητήσουν τον μαστό της μητέρας τους, παρουσιάζουν μειωμένη συχνότητα κινήσεων των χεριών, των δακτύλων και της γλώσσας, τους πάνω στη θηλή του μαστού, αυξάνοντας τη συχνότητα στα προβλήματα θηλασμού της (Tessier R. *et al* 1998).
- Η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού, καταρτισμένο για τα οφέλη και την αξία του πρώτου θηλασμού, ευαισθητοποιημένο και ικανό να επικοινωνήσει με μητέρες/γονείς και οικείους τους για την σπουδαιότητα της SSC και του πρώτου θηλασμού.
- Τέλος η έλλειψη συνεργασίας και βοήθειας των υπολοίπων εμπλεκόμενων ειδικοτήτων, (μαιευτήρες, παιδίατροι αναισθησιολόγοι) για να επιτευχθεί ο πρώτος θηλασμός μέσα στην αίθουσα χειρουργείου μετά από καισαρική τομή.

#### **4.1.2 Οφέλη Πρώτου Θηλασμού Μετά από ΚΤ**

Η ΚΤ είτε είναι μια απόφαση επιλογής, είτε είναι μια επείγουσα κατάληξη ενός τοκετού, ο πρώτος θηλασμός του νεογέννητου αμέσως μετά τη γέννησή του, είναι πάντα μια φυσική και ομαλή ολοκλήρωση της διαδικασίας τεκνοποίησης.



Τα οφέλη του πρώτου θηλασμού στην ΚΤ είναι ίδια με αυτά ενός ΦΤ. Επί προσθέτως επιταχύνει τις συσπάσεις της χειρουργημένης μήτρας, την υποστροφή και την ταχύτερη επούλωση της. Αυξάνονται τα επίπεδα των ορμονών της γαλουχίας με αποτέλεσμα την άμεση παραγωγή και εκροή του γάλακτος. Προάγεται ο συναισθηματικός δεσμός (bonding) μεταξύ μητέρας και νεογνού. Σταθεροποιεί την σωματική και συναισθηματική κατάσταση νεογνού και μητέρας κυρίως μετά από μια επείγουσα ΚΤ, όπου οι μητέρες βιώνουν έντονο στρες αλλά και απογοήτευση λόγω της αδυναμίας τους να γεννήσουν με έναν φυσιολογικό τοκετό. Μειώνει την αίσθηση του πόνου και της δυσχέρειας, μιας και οι μητέρες συγκεντρώνονται στο νεογνό τους, σταθεροποιεί την καρδιακή λειτουργία της дуάδας, τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης, του σακχάρου αίματος και της θερμοκρασίας. Τέλος αυξάνει το αίσθημα της ικανοποίησης και της ευχαρίστησης της μητέρας.

#### **4.1.3 Νοσοκομειακές Πρακτικές και Εφαρμογή Πρωτοκόλλων**

Η απαίτηση για κατάκλιση της επιτόκου, η έλλειψη εμπύχωσης των γυναικών, η χορήγηση παυσίπονων ή φαρμάκων που αποσυντονίζουν τη μητέρα και το νεογνό, η περιναιοτομή, οι ενδοφλέβιοι καθετήρες, οι ιατρικές παρεμβάσεις χωρίς ιατρική αναγκαιότητα, αλλά και οι πρακτικές φροντίδας των νεογνών μπορούν να σταθούν ως εμπόδιο στην ένωση της дуάδας μητέρας νεογνού και να τους αποχωρήσουν για ώρες.

Η αναρρόφηση εκκρίσεων των αναπνευστικών οδών του νεογέννητου, από παιδιάτρους και μαίες, εκτιμάται από την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρία ως περιττή. Αφενός θεωρείται ενοχλητική για τα νεογνά αφετέρου απορυθμίζει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία τους. Όταν δε, θεωρείται απαραίτητη μπορεί να γίνεται στο νεογνό κατά την διάρκεια της επαφής δέρμα με δέρμα πάνω στο στέρνο της μητέρας του. Ακόμα επισημαίνεται ότι η χορήγηση ενδομυϊκής ένεσης βιταμίνης Κ στα νεογνά, μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά τη λήψη του πρώτου γέυματος του νεογνού ή μέσα στις πρώτες 6 ώρες ζωής του (American Academy of Pediatrics 2012). Το πλύσιμο, το ζύγισμα το μέτρημα, το ντύσιμο, η εξέταση του νεογέννητου, καθυστερούν την επαφή δέρμα με δέρμα και την έναρξη του θηλασμού μέσα στο πρώτο μισάωρο από τη γέννηση. Επιπλέον, διαταράσσουν την αυθόρμητη ικανότητα σίτισης του νεογνού προκαλώντας την δυσφορία του ενώ δυσανασχετούν και αποπροσανατολίζουν την αντίληψη και τη πρόθεση της μητέρας.

Κατά την διάρκεια του ΦΤ η επίτοκος θα πρέπει:

- Να υποστηρίζεται συναισθηματικά έτσι ώστε να μειωθεί το άγχος και η αγωνιά της γέννησης. Θα πρέπει να ενημερώνεται για την εξέλιξη του τοκετού και να γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες και οι ανάγκες της. Μπορεί αν θέλει να έχει την συμπαράσταση ενός οικείου της προσώπου όπως του συντρόφου της, της μητέρας ή της φίλης της.
- Να γίνονται παρεμβάσεις υποστήριξης για ένα φυσικό τοκετό με την εφαρμογή φυσικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου όπως με τη χρήση ζεστών επιθεμάτων, μασάζ, αλλά και με την ψυχολογική υποστήριξη της επίτοκου, ενθαρρύνοντας την και τονίζοντας την αυτοπεποίθηση της, με σκοπό τη μείωση του στρες. Επιπλέον εξασφαλίζοντας ένα ήρεμο και χωρίς πολλά φωτά περιβάλλον, απομακρύνοντας περιττές παρουσίες ανθρώπων.
- Να έχει ελευθερία κινήσεων. Δεν είναι απαραίτητη η ακινητοποίηση της επίτοκου. Η επίτοκος εκτός και αν υπάρχει ιατρική ανάγκη, μπορεί να είναι όρθια, ημικαθιστή, περιπατητική αλλά και να γεννήσει στην στάση που επιλέγει.
- Να γίνεται χορήγηση φαρμάκων – παυσίπονων – ναρκωτικών με προσοχή, σκεπτόμενοι πάντα την επιρροή τους στην κατάσταση υγείας της μητέρας και του νεογνού.
- Να αποφεύγεται η επέμβαση της καισαρικής τομής χωρίς ιατρικές ενδείξεις
- Να προάγεται η χορήγηση υγρών και ελαφριάς τροφής στην επίτοκο στο πρώιμο στάδιο του τοκετού. Ο τοκετός είναι ένα δύσκολο και κοπιώδες έργο, το οποίο χρήζει ενέργεια και δυνάμεις από την πλευρά της επίτοκου.
- Να αποφεύγονται οι περιττές ιατρικές παρεμβάσεις όπως περιναιοτομή, ενδοφλέβιες γραμμές και παρεντερική χορήγηση υγρών, τα οποία προκαλούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές στο ισοζύγιο του νεογνού αλλά και προκαλούν την απότομη απώλεια του βάρους του, περιττή ηλεκτροκαρδιοτοκογραφία κ.α.

Μετά τον ΦΤ θα πρέπει :

- Ο ομφάλιος λώρος να αποκόπτεται όταν οι σφύξεις του λώρου μειώνονται.

- Πραγματοποιηθεί η επαφή δέρμα με δέρμα, με τη σύμφωνη γνώμη της μητέρας.
- Ενημέρωση της μητέρας για τα προ-θηλαστικά στάδια του νεογνού και ο χρόνος που απαιτείται για να πραγματοποιηθούν. Να επεξηγηθεί η τεχνική του πρώτου θηλασμού, να περιγραφούν τα σημάδια πείνας του νεογέννητου αλλά και να τονωθεί η αυτοπεποίθηση και η ικανότητα της μητέρας να θηλάσει.
- Εξασφάλιση χρόνου και ηρεμίας ώστε η μητέρα να γνωρίσει, να περιεργαστεί αλλά και να ενθαρρύνει το νεογέννητο της για τον πρώτο του θηλασμό.
- Να αποφευχθεί η απομάκρυνση του νεογνού για ζύγισμα, μέτρημα, μπάνιο, ντύσιμο ή για διαδικασίες ανάνηψης, εκτός και αν το επιτάσσει ιατρικός λόγος (μετά τις τυχόν απαραίτητες ιατρικές παρεμβάσεις το νεογνό θα πρέπει να τοποθετείται σε επαφή δέρμα με δέρμα με τη μητέρα του, ακόμα και σε ύστερο χρόνο).
- Εφαρμογή πρακτικών για την ανάπτυξη ισχυρών δεσμών μεταξύ μητέρας και νεογνού σκεπτόμενοι ότι οι όποιες παρεμβάσεις και πρακτικές που εφαρμόζονται σε έναν φυσιολογικό τοκετό, επηρεάζουν και αφορούν τόσο την μητέρα όσο και το νεογνό.
- Οι αίθουσες τοκετών να επανδρώνονται με ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό για τις τεχνικές της SSC αλλά και του πρώτου θηλασμού και να παρέχεται βοήθεια στις μητέρες να θηλάσουν, μόνο όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

#### **4.1.4 Τεχνική Πρώτου Θηλασμού και Επαφής Δέρμα με Δέρμα σε ΚΤ**

Ως τώρα, κυρίως στην Ελλάδα οι οργανισμοί υγείας δεν έχουν φροντίσει με την υιοθέτηση και την εφαρμογή ορθών πρακτικών και πρωτοκόλλων, για την προώθηση του πρώτου θηλασμού, αλλά και της επαφής δέρμα με δέρμα μέσα στις αίθουσες χειρουργείου μετά από ΚΤ.

Η υιοθέτηση τους είναι απλή και εύκολη, αρκεί όλες οι ειδικότητες του υγειονομικού προσωπικού, που συμμετέχουν σε έναν τοκετό με ΚΤ να συμβάλλουν για την διευκόλυνση της άμεσης επαφής του νεογνού με τη μητέρα του και τον πρώτο θηλασμό του. Προτεραιότητα είναι βεβαία, η “δυάδα” να μην χρήζει ιδιαίτερης ιατρικής φροντίδας (υγιής μητέρα - υγιές νεογνό) και φυσικά να μην διακυβεύεται η ασφάλεια κανενός.

Πρώτα απ' όλα η μαία ή οποιοσδήποτε παραλαμβάνει το νεογέννητο μετά το κόψιμο του ομφαλίου λώρου κατά την διάρκεια μιας ΚΤ, πρέπει να εκτιμήσει μαζί με τους μαιευτήρες, τους αναισθησιολόγους και τους παιδίατρους την καλή και σταθερή κατάσταση μητέρας και νεογνού (Αρgar νεογνού στο 1<sup>ο</sup> λεπτό 8 έως 9) κατόπιν να σκουπίσει, να στεγνώσει, να φορέσει μια πάνα στο νεογνό, για να μην αποδεύσει μηκόνιο και έχοντας την σύμφωνη γνώμη της μητέρας του, να το τοποθετήσει πάνω στο στέρνο της μπρούμυτα. Το κεφάλι του νεογνού τοποθετείται πάνω στον έναν μαστό και το στομάχι του πάνω στον άλλον, σκεπάζοντας το με μια ζεστή πετσέτα.

Εάν ο αναισθησιολόγος το επιτρέπει (λόγω φλεβικών γραμμών, περιχειρίδας πιεσόμετρου κ.α.), η μητέρα μπορεί να κινητοποιήσει τα χέρια της και να αγκαλιάσει ή να κρατήσει το νεογνό της. Η μητέρα φυσικά θα πρέπει να έχει γυμνό στέρνο και να μην φοράει στηθόδεσμο. Οι περιττές και άσκοπες ιατρικές φροντίδες (αναρρόφηση εκκρίσεων, ζύγισμα, χορήγηση Vit. Κ κ.α.) πρέπει να αποφεύγονται. Η μαία θα πρέπει κατά την διάρκεια της επαφής δέρμα με δέρμα ως την ολοκλήρωση της διαδικασίας του χειρουργείου να εποπτεύει και να εκτιμά τη θέση του νεογνού, τα ελεύθερα ρουθούνια του, το χρώμα του αλλά και την αναπνευστική του σταθερότητα.

Αν το νεογνό γλιστρά προς το λαιμό της μητέρας, η μαία θα πρέπει να το επανατοποθετήσει στη σωστή θέση πάνω στο στέρνο της, τραβώντας το μηρό του και χωρίς να διακοπεί η SSC. Όταν το χειρουργείο ολοκληρωθεί και η μητέρα είναι έτοιμη να μεταφερθεί στην αίθουσα ανάνηψης, η μετακίνηση της από το χειρουργικό τραπέζι στο φορείο μπορεί να γίνει με το νεογνό τοποθετημένο σε κατακόρυφη θέση ανάμεσα στους μαστούς της και η ίδια αν είναι σε θέση να το κρατεί ή να το αγκαλιάσει με τα χέρια της. Αλλιώς η μαία να τοποθετήσει τα δικά της χέρια για μεγαλύτερη ασφάλεια πάνω στα χέρια της μητέρας.

Σε όλη αυτή τη διαδικασία το νεογνό αφήνεται να αναπτύξει την θηλαστική του ικανότητα και να σιτιστεί αποτελεσματικά από τους μαστούς της μητέρας του, παράσχοντας του βοήθεια μόνο όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Ο πατέρας του νεογνού ή ο σύντροφος της μητέρας μπορεί να συμμετέχει στην ασφαλή τοποθέτηση του νεογνού πάνω στο στέρνο της μητέρας ή αν δεν είναι εφικτή η πραγματοποίηση της SSC με τη μητέρα του, ο ίδιος μπορεί να κρατήσει με την ίδια διαδικασία το νεογνό πάνω στο δικό του γυμνό στέρνο.

## 4.2 Βοήθεια από Επιστημονικό Προσωπικό

Οι μαίες θα πρέπει να προσφέρουν βοήθεια στον μητρικό θηλασμό, μέσα στις πρώτες 6 ώρες από τη γέννηση [...] Το προσωπικό θα πρέπει να διδάσκει στις μητέρες τις σωστές στάσεις και θέσεις θηλασμού, καθώς και τη σωστή προσάρτηση του νεογνού στο μαστό [...] (WHO 2009). Οι μαίες πρέπει να λειτουργούν ως πρότυπα σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης, να τονίζουν την αυτοπεποίθηση και την εμπιστοσύνη της μητέρας, να παρέχουν εξατομικευμένες φροντίδες και να σέβονται τις ανάγκες τους. Να χτίζουν μια σχέση βασισμένη στην εμπιστοσύνη, τον σεβασμό και την ευαισθησία. Να στηρίζουν την αυτονομία της γυναίκας καθώς και τη λήψη των αποφάσεων της σχετικά με την υγεία τη δική της αλλά και της οικογένειάς της.

Μερικές μητέρες μπορούν να θηλάσουν χωρίς να χρειαστούν βοήθεια, αλλά κάποιες άλλες, κυρίως πρωτότοκες, χρειάζονται βοήθεια και υποστήριξη. Ο θηλασμός δεν είναι πάντα μια εντελώς ενστικτώδης συμπεριφορά και η τεχνική του μπορεί να διδαχτεί.

Οι μαίες πρέπει να έχουν αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας σε θέματα που αφορούν τον μητρικό θηλασμό και καθορίζουν την γαλουχία. Μεγάλη αξία έχει η βοήθεια που παρέχεται να θεωρείται ως μια ρουτίνα και μέρος της μεταγεννητικής φροντίδας. Οι μαίες πρέπει να γνωρίζουν τα οφέλη της SSC και την σπουδαιότητα της έναρξης του θηλασμού μέσα στην πρώτη μισή ώρα του τοκετού. Να διασφαλίζουν ότι η μητέρα είναι σε θέση να βρει την κατάλληλη θέση/στάση για την διευκόλυνση της προσάρτησης του νεογνού στο μαστό της, να αναγνωρίζουν τα σημάδια της πείνας του και να μπορούν να εκπαιδεύσουν τον θηλασμό με βάση το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης. Τέλος να προωθούν τον απεριόριστο και αποκλειστικό θηλασμό.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση σε 18 άρθρα της Tania Maria Brasil Esteves *et al* 2014, για τους παράγοντες που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό την 1η ώρα ζωής, απέδειξε ότι η γνώση και οι πρακτικές που εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας, φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την έναρξη του θηλασμού μετά τη γέννηση και χαρακτηρίζεται ως “προστατευτικός”.

Πολλές φορές οι ενέργειες ή η απουσία ενεργειών, μπορεί να επηρεάσουν τις μητέρες αλλά και τα βρέφη τους καθώς και όλη την περίοδο της μητρότητας. Ανακριβής και ασυνεπής βοήθεια, έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εμπόδιο στον θηλασμό. Μερικές φορές οι μαίες μπορεί να λειτουργήσουν με τρόπο αντιεπαγγελματικό και να επιτρέψουν στις προσωπικές τους εμπειρίες, γνώμες και προκαταλήψεις να επηρεάσουν τον τρόπο αντιμετώπισης μιας κατάστασης. Σε μια έρευνα (Bäckström C. *et al* 2010) στη Σουηδία, οι γυναίκες ένιωσαν ότι το προσωπικό δεν έχει χρόνο να τις βοηθήσει, δεν ήταν διαθέσιμο, δεν μπορούσαν να τις καθοδηγήσουν, προωθούσαν άχρηστες πρακτικές και παρείχαν αντικρουόμενες συμβουλές.

Απ την άλλη πλευρά οι μαίες περιγράφουν πολλά εμπόδια στις προσπάθειές τους, που πολλές φορές δεν μπορούν να υπερνικήσουν, έτσι ώστε να παρέχουν την φροντίδα υψηλών προδιαγραφών που επιθυμούν. Τα εμπόδια που αναφέρουν είναι η έλλειψη χώρου, η κακή συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, η άγνοια και η άρνηση των μητέρων, κυρίως των μη ευρωπαίων, καθώς και πολλά οργανωτικά θέματα όπως τη έλλειψη προσωπικού, καθορισμένες πρακτικές των υγειονομικών ιδρυμάτων και η απουσία γραπτής πολιτικής για τον μητρικό θηλασμό. Οι μαίες επίσης χαρακτηρίζουν των εαυτό τους ως κουρασμένο και εξαντλημένο από τον φόρτο εργασίας, την έλλειψη εμπιστοσύνης των γυναικών σε αυτές, την έλλειψη κατανόησης των γυναικών και την άποψη ότι ο κόσμος δεν τις χρειάζεται.

### **4.3 Πρόθεση Μητέρας για τη Σίτιση του Νεογέννητου**

Οι γυναίκες συνήθως ενημερώνονται για το μητρικό θηλασμό από το φιλικό τους περιβάλλον, από την οικογένεια τους (κυρίως γύρω από την περίοδο της εγκυμοσύνης) και από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει ακόμα η εθνικότητα, η ηλικία, το κοινωνικό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, η στάση των συντρόφων τους για το μητρικό θηλασμό, το κάπνισμα, αλλά και από το αν η ίδια είχε θηλάσει ή όχι.

Η επίτοκος συνήθως μπαίνει στην αίθουσα τοκετών με ελλιπείς γνώσεις και παραπληροφόρηση. Η ηρεμία, το άγχος, η δυσαρέσκεια, η ευχαρίστηση, η λύπη, οι φόβοι αντικατοπτρίζονται κατά και μετά τη γέννηση του παιδιού της και κατά την πρώτη επαφή της με το νεογνό, επηρεάζοντας είτε θετικά είτε αρνητικά τον πρώτο θηλασμό.

Αρκετές φορές η κόπωση, το άγχος ο πόνος, η ακινησία της επιτόκου, η στέρηση τροφής και υγρών οδηγούν τη μητέρα να υποδέχεται το νεογνό της χωρίς ενέργεια, χωρίς κίνητρο, συμπαράσταση και καθοδήγηση (είτε από το επιστημονικό προσωπικό είτε από την οικογένεια της), κυρίως μετά από έναν εργώδη και επώδυνο τοκετό. Η μητέρα θέλει χρόνο να αναρρώσει, να ξεκουραστεί και εκτιμά ότι είναι πολύ νωρίς για τον πρώτο θηλασμό, επιθυμώντας την απομάκρυνση του νεογνού της. Άλλες φορές κρατά το νεογνό στην αγκαλιά της προτιμώντας να μην θηλάσει αλλά επιλέγοντας να το γνωρίσει, να το κοιτάξει και να το περιεργαστεί.

Άλλες μητέρες λειτουργούν ανεξάρτητα. Αναγνωρίζουν τα σημάδια πείνας του νεογνού και βρίσκουν την κατάλληλη θέση/στάση για αυτές και το νεογνό τους. Το βοηθούν να θηλάσει, στρέφοντας το κεφάλι τους προς το μαστό τους, του μιλούν, το παρηγορούν, το κοιτούν στα μάτια, του προσφέρουν το μαστό τους και εκθλίβουν το πρωτόγαλα για να το γευτούν. Τέλος, κάποιες γυναίκες προτιμούν εκείνη την ώρα να έχουν βοήθεια από κάποιο ειδικό σύμβουλο θηλασμού ή μαία για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, για τα οφέλη της SSC, για την τεχνική και τις στάσεις θηλασμού.

#### **4.4 Προγεννητική Προετοιμασία Εγκύων**

Η προγεννητική εκπαίδευση της γυναίκας, για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, τα οφέλη της επαφής δέρμα με δέρμα και την σπουδαιότητα της πρώιμης έναρξης του πρώτου θηλασμού φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, στο να έχει η μητέρα ήδη αποφασίσει για το αν θα θηλάσει το νεογνό της πριν ακόμα τη γέννηση του, αλλά και στη διάθεση και καλή θέληση της, να τοποθετήσει το νεογνό στο μαστό της αμέσως μετά τη γέννηση. Ο ΠΟΥ, η United Nations Children's Fund αλλά και άλλοι διεθνείς οργανισμοί, τονίζουν ότι είναι σημαντική η ενημέρωση των εγκύων για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού κατά την προγεννητική περίοδο, έτσι ώστε οι έγκυες να μπορούν να πάρουν μια απόφαση βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα για τη σίτιση των νεογνών τους (Step 3) (Vieira *et al* 2010).

Συστηματική ανασκόπηση των διαθέσιμων ερευνών (Fawzia H. 2003; Vieira T. *et al* 2010; Esteves T. M. *et al* 2014; Fox R. *et al* 2012), κατέδειξε ότι η εκπαίδευση των εγκύων για το μητρικό θηλασμό, είναι αποτελεσματική τόσο στην αύξηση των ποσοστών την πρώιμης

έναρξης του μητρικού θηλασμού, στην αύξηση των ποσοστών της διάρκειας του θηλασμού για πάνω από 2 μήνες όσο και στην αύξηση της αποκλειστικής σίτισης με μητρικό γάλα.

#### **4.5 Ηλικία Μητέρας**

Στις περισσότερες έρευνες η απόκλιση της ηλικίας είτε προς τα πάνω είτε προς τα κάτω, σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά εφαρμογής της επαφής δέρμα με δέρμα αλλά και της μειωμένης συχνότητας του πρώτου θηλασμού.

Φαίνεται ότι η μικρή ηλικία σχετίζεται με την ανασφάλεια και την έλλειψη αυτοπεποίθησης των νεαρών μητέρων να τα καταφέρουν, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες δείχνουν απροθυμία και άρνηση.

#### **4.6 Χορήγηση Αναισθησίας στον Τοκετό**

Πολλές φορές τα φάρμακα όπως η Pethidine μπορούν να επηρεάσουν τη θηλαστική ικανότητα του νεογνού ή την ικανότητα της μητέρας να ανταπεξέλθει στην επαφή δέρμα με δέρμα και τον πρώτο θηλασμό (ανάγκη για περισσότερο χρόνο και βοήθεια). Η χρήση επισκληριδίου αναισθησίας θεωρείται ότι δεν περιορίζει την απόκριση της μητέρας απέναντι στο νεογέννητο της, ενώ η γενική αναισθησία δημιουργεί αδυναμία της μητέρας να έχει το επίπεδο διαύγειας και επικοινωνίας στην μεταγεννητική περίοδο. Σε κάθε περίπτωση η SSC και ο πρώτος θηλασμός θα πρέπει να εφαρμόζονται αμέσως μόλις η μητέρα ανακτήσει τις δυνάμεις της, ακόμα και με καθυστέρηση.

#### **4.7 Προωρότητα Νεογνών**

Η προωρότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης και οι άμεσες μεταγεννητικές επιπλοκές των νεογέννητων, συνδέονται με σημαντικά χαμηλά ποσοστά και πιθανότητες να θηλάσουν από αυτά που έχουν γεννηθεί τελειόμηνα. Συνήθως οι επιπλοκές στην υγεία των νεογνών και το χαμηλό APGAR score (κάτω από 8 στο 5<sup>ο</sup> λεπτό), καθυστερεί την έναρξη θηλασμού διότι τα νεογνά παρουσιάζουν ανωριμότητα και αδυναμία συντονισμού του κύκλου αναπνοής, του αντανακλαστικού της κατάποσης αλλά και καθυστέρηση του αντανακλαστικού της αναζήτησης και θηλασμού. Στην πράξη ακόμα και αν τα νεογνά δε χρήζουν ειδικής



νοσηλείας και περίθαλψης, κοιμούνται πολλές ώρες και η μητέρα δεν μπορεί να αναγνωρίσει τα σημάδια πείνας του νεογνού.

#### **4.8 Άλλοι Παράγοντες**

Το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το πολιτιστικό υπόβαθρο (life style), η έλλειψη προγεννητικής παρακολούθησης, η πραγματοποίηση τοκετών στο σπίτι καθώς και ορισμένες κοινωνικές ομάδες (π.χ. πρόσφυγες και έφηβοι), των οποίων τα παιδιά συνήθως θηλάζουν λιγότερο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> Η Αργή Πορεία προς το Μαστό –The Breast Crawl-TBC

*Μόνο τα παιδιά ξέρουν αυτό που ψάχνουν*

*Antoin de Saint – Exupery, Γάλλος συγγραφέας*

Για πρώτη φορά το 1987, στο Ινστιτούτο Καρολίνσκα της Σουηδίας, η Ann – Marie Widstrom (2011) μια Σουηδή μαία, ξεκίνησε να παρατηρεί μια πρότυπη συμπεριφορά των νεογνών τα οποία είχαν τοποθετηθεί γυμνά πάνω στη γυμνή κοιλία της μητέρας τους αμέσως μετά τη γέννηση.

Τα υγιή νεογέννητα, όταν αφήνονταν ήσυχα και αδιάκοπα σε επαφή δέρμα με δέρμα, ξεκινούσαν από μόνα τους μια πορεία προς τους μαστούς της, για να αρχίσουν να θηλάζουν. Η διαδικασία - πορεία αυτή των νεογνών προς τον μαστό της μητέρας του, καταγράφηκε και παρουσιάστηκε και από τον Marshall Klaus (1998) ως «η αργή πορεία προς το μαστό - The Breast Crawl – TBC», μια συνιστώμενη μέθοδος για την επιτυχημένη έναρξη και διατήρηση του μητρικού θηλασμού.

Σταδιακά τα νεογνά, μέσα στην πρώτη μισή ώρα ζωής αρχίζουν να θέτουν σε λειτουργία, τα αντανακλαστικά του θηλασμού και της αναζήτησης, στο να σφίγγουν τις γροθιές τους, να τις φέρνουν στο στόμα τους και μέσα στην πρώτη ώρα της γέννησης να βρίσκουν από μόνα τους το μαστό της μητέρας τους και να αρχίζουν να θηλάζουν. *Φώτο. 5.1*

Αυτή η ενστικτώδης συμπεριφορά του νεογνού συνεχίζει να εμφανίζεται περίπου για τους πρώτους 4 μήνες μετά τη γέννηση και θα πρέπει να ενθαρρύνεται από τη μητέρα να γίνεται ειδικά τις πρώτες μέρες που το νεογνό αλλά και η μητέρα μαθαίνουν να θηλάζουν.



Photo: Marshall Klaus and Linnart Righard.

**Φώτο. 5.1.** Ένα νεογνό αγόρι, ηλικίας < 1 ώρα, έρπει πάνω στο σώμα της μητέρας του, από δεξιά προς το αριστερό μαστό της για να θηλάσει, χωρίς βοήθεια.

## **5.1 Εννέα Ενστικτώδη Στάδια του Νεογνού Μετά τη Γέννηση (A-M Widstrom)**

Η πιο εντυπωσιακή παρατήρηση την πρώτη ώρα της γέννησης είναι η ενστικτώδης ικανότητα του νεογνού να αναπτύσσει έμφυτες συμπεριφορές οι οποίες θα το οδηγήσουν στο μαστό και τη θηλή της μητέρας του. Οι ενστικτώδης αυτές συμπεριφορές, ονομάζονται *στάδια*, μέσα στα οποία τα νεογνά, μέσω διεργασιών έχουν την ικανότητα της αυτορρύθμισης (self-regulation).

### Στάδιο 1<sup>ο</sup>: Στάδιο κλάματος (Baby cry)

Στο πρώτο στάδιο το νεογνό κλαίει αμέσως μετά τη γέννηση, οι πνεύμονες εκπύσσονται και το νεογνό αναπνέει.

### Στάδιο 2<sup>ο</sup>: Στάδιο Χαλάρωσης (Relaxation phase)

Στο δεύτερο στάδιο που διαρκεί 2-3 λεπτά, το νεογνό σταματά να κλαίει χωρίς να κάνει πολλές κινήσεις στο κεφάλι, στο στόμα, στα χέρια και στα πόδια. Το νεογνό είναι SSC με τη μητέρα του, στεγνωμένο και σκεπασμένο με μια πετσέτα ή κουβέρτα.

### Στάδιο 3<sup>ο</sup>: Αφύπνισης (Awakening phase)

Το τρίτο στάδιο συνήθως αρχίζει 3 λεπτά μετά τη γέννηση. Το νεογνό κάνει μικρές κινήσεις στο κεφάλι του πάνω - κάτω, δεξιά - αριστερά και στους ώμους του. Έχει ανοιχτά τα μάτια και κάνει κινήσεις στο στόμα του.

### Στάδιο 4<sup>ο</sup>: Δραστηριότητας (Active phase)

Στο τέταρτο στάδιο το νεογνό αυξάνει τις θηλαστικές κινήσεις και τις κινήσεις του στόματος αναπτύσσοντας το αντανακλαστικό του προσανατολισμού και του θηλασμού.

### Στάδιο 5<sup>ο</sup>: Έρπειν – Αναζήτησης Crawling phase)

Στο πέμπτο στάδιο το νεογνό σπρώχνοντας τα πόδια του και έρποντας το σώμα του προς τον έναν μαστό, αναζητά τη θηλή της μητέρας. Το στάδιο αυτό ξεκινά περίπου 35 λεπτά μετά τη γέννηση.

#### Στάδιο 6<sup>ο</sup>: Ξεκούρασης (Resting phase)

Στο έκτο στάδιο το νεογνό φαίνεται να ξεκουράζεται. Δείχνει μια μικρή κίνηση στο στόμα του, πιπιλίζοντας το χέρι του. Αυτό το στάδιο μπορεί να λάβει χώρα οποιαδήποτε στιγμή μέσα στα άλλα στάδια. Φαίνεται ότι τα μωρά έχουν σταματήσει την προσπάθεια ή ότι χρειάζονται βοήθεια για να συνεχίσουν. Αυτό είναι όμως μια φυσιολογική διαδικασία και τα μωρά θα συνεχίσουν την προσπάθεια τους, όταν αυτά είναι έτοιμα να ξεκινήσουν.

#### Στάδιο 7<sup>ο</sup>: Εξοικείωσης (Familiarization phase)

Στο έβδομο στάδιο τα νεογνά γνωρίζονται με τη μητέρα τους γλύφοντας τη θηλή, ακουμπώντας και κάνοντας μασάζ στο μαστό με τα χέρια τους. Αυτό το στάδιο ξεκινά 45 λεπτά μετά τη γέννηση και διαρκεί για είκοσι λεπτά ή και περισσότερο.

#### Στάδιο 8<sup>ο</sup>: Θηλασμού (Sucking phase)

Στο όγδοο στάδιο το νεογνό ανοίγει διάπλατα το στόμα, αρπάζει τη θηλή και θηλάζει. Η πρώτη αυτή εμπειρία του θηλασμού συνήθως συμβαίνει μέσα στην πρώτη ώρα ζωής του νεογνού αλλά μπορεί να διαρκέσει και περισσότερη ώρα.

#### Στάδιο 9<sup>ο</sup>: Ύπνου (Sleeping phase)

Στο Στάδιο αυτό το νεογνό, μερικές φορές και η μητέρα του, κλείνουν τα μάτια και κοιμούνται. Αυτό συμβαίνει συνήθως 1.5 ή 2 ώρες μετά τον τοκετό. **Φώτο.5.2.**



Photo: Thomas Annersten. **Φώτο5.2a-f.** Ένα υγιές, τελειόμηνο βρέφος και η αλληλουχία της προ-θηλαστικής συμπεριφοράς του.

(a) 1 λεπτό μετά τη γέννηση, το νεογνό δεν κάνει θηλαστικές κινήσεις, δεν πιάττει το αντανακλαστικό αναζήτησης, ενώ τα χέρια του είναι χαλαρά. (b) 20 λεπτά μετά τη γέννηση, πρώτη κίνηση του χεριού προς το στόμα. (c) 22 λεπτά μετά τη γέννηση, ένα παράδειγμα λίγων θηλαστικών κινήσεων (χαλαρές κινήσεις της γλώσσας και του στόματος). (d) 32λεπτάμετά τη γέννηση, ένα παράδειγμα από έντονες θηλαστικές κινήσεις (διακριτές κινήσεις της γλώσσας και του στόματος). (e) 35λεπτά από τη γέννηση, Το μωρό έχει από μόνο του συρθεί προς τη θηλή του μαστού, έντονο το αντανακλαστικό αναζήτησης. (f) 39 λεπτά μετά τη γέννηση, πολύ έντονο το αντανακλαστικό αναζήτησης με ταυτόχρονο άνοιγμα του στόματος πάνω από τη θηλή, λίγο πριν προσκολληθεί σε αυτήν, μερικά δευτερόλεπτα αργότερα αρχίζει να θηλάζει.

Acta Padiatr Scand 76: 566-572, 1987 Gastric Suction in Healthy Newborn Infants A.-M. WIDSTROM

## 5.2 Παράγοντες που Καθορίζουν το “Μονοπάτι” προς το Μαστό (TBC)

Τα μονοπάτια φτιάχνονται με το περπάτημα

“Απόφθεγμα Αβοριγίνων”

Ένα υγιές και τελειόμηνο νεογνό με ένα ώριμο νευρικό σύστημα έχοντας την κινητική δεξιότητα, τον ανάλογο μυϊκό τόνο αλλά και την οξύτητα των αισθήσεων, μπορεί να πραγματοποιήσει την διαδρομή προς το μαστό της μητέρας του. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 70-100% των νεογνών μπορούν επιτυχημένα να πραγματοποιήσουν TBC επιτυγχάνοντας τον πρώτο μητρικό θηλασμό τους.

Όποια νεογνά γεννήθηκαν με κάποια ελλείμματα στο νευρικό τους σύστημα, αλλά δεν χρήζουν όμως ιατρικής παρέμβασης μπορούν να πραγματοποιήσουν TBC με βοήθεια είτε από την μητέρα ή τον σύντροφο της είτε από την μαία.

### 5.2.1 Νεογνικά Αντανακλαστικά

Οι αντανακλαστικές κινήσεις είναι ακούσιες αντιδράσεις του σώματος, σε διάφορες μορφές εξωτερικής διέγερσης. Το TBC σχετίζεται με τα αρχέγονα αντανακλαστικά που σχετίζονται με τη σύλληψη και κατάποση της τροφής. Μετά τη γέννηση πρέπει να συνδυαστούν και με τη λειτουργία της αναπνοής. Ο κύκλος θηλασμού – κατάποσης – αναπνοής, αντιστοιχεί με 3 κινήσεις απομύζησης, για μια αναπνοή και κατάποση.

Το αντανακλαστικό της αναζήτησης / προσανατολισμού (Rooting Reflex), εκλύεται με ελαφρύ άγγιγμα της παρειάς ή της άκρης του στόματος του βρέφους, το οποίο προκαλεί στροφή της κεφαλής στην κατεύθυνση του ερεθίσματος, άνοιγμα του στόματος και έκταση της γλώσσας. Το αντανακλαστικό αυτό βοηθά το νεογνό να βρει τροφή.

Το αντανακλαστικό του θηλασμού (Suck Reflex), μετά την προετοιμασία για την έναρξη σίτισης από το αντανακλαστικό του προσανατολισμού, η παρουσία ερεθίσματος (θηλής) στην οροφή του στόματος του μωρού ωθεί το βρέφος να ξεκινήσει να πιπιλίζει. Το στόμα του νεογνού αρχίζει να κάνει συντονισμένες μυζητικές κινήσεις. Αυτό το αντανακλαστικό αρχίζει να ωριμάζει περίπου την 32η εβδομάδα της κύησης αλλά δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως μέχρι περίπου τις 36 εβδομάδες κύησης. Τα πρόωρα μωρά μπορούν να

έχουν μια αδυναμία ή ανωριμότητα στο πιπίλισμα. Το αντανακλαστικό του θηλασμού είναι πιο έντονο στα πρώτα 20-30 λεπτά μετά τη γέννηση. Το αντανακλαστικό αυτό βοηθά το νεογνό να φάει.

Οι θηλαστικές κινήσεις ακολουθούνται από το αντανακλαστικό της κατάποσης (Swallowing Reflex). Η ικανότητα της κατάποσης παρατηρείται από τις 12 εβδομάδες κύησης. Ενδομήτρια το έμβρυο «εξασκείται» καταπίνοντας το αμνιακό υγρό. Ωστόσο, ο πλήρης συντονισμός της αναρρόφησης, κατάποσης και αναπνοής κατακτάται από την 28η έως και 37η εβδομάδα κύησης.

Το αντανακλαστικό εξεμέσεως (Gag Reflex), είναι παρόν από τις 26 εβδομάδες κύησης και είναι αρκετά έντονο στα νεογνά. Διεγείρεται κυρίως από τον ερεθισμό της υπερώας του στόματος από τη θηλή του μαστού.

Το αντανακλαστικό της δήξεως ή δαγκώματος (Bite Reflex), όταν ερεθίζονται τα ούλα του νεογνού τότε παρουσιάζει ρυθμικές κινήσεις ανοίγματος και κλεισίματος της γνάθου, σαν να δαγκώνει.

Το αντανακλαστικό του βαδίσματος (Step Reflex), όταν τα πέλματα του ποδιού του νεογνού αγγίζουν μια “σκληρή” επιφάνεια (σώμα μητέρας), το νεογνό πραγματοποιεί κινήσεις βηματισμού, για να φτάσει έρποντας στους μαστούς της μητέρας τους.

Σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση των αντανακλαστικών, είναι η ενθάρρυνση της κίνησης του νεογνού. Η μητέρα τοποθετώντας τα χεριά της κάτω από τις πατούσες του νεογνού το βοηθά να “βηματίσει” πάνω σε αυτά. Σημαντική είναι και η ενθάρρυνση του νεογνού με λεκτικά, απτικά και οπτικά ερεθίσματα.

### **5.2.2 Έκλυση Ορμονών**

Μετά τη γέννηση τα νεογνά βιώνουν ένα κύμα από κατεχολαμίνες που τα αναγκάζει να μείνουν ξύπνια και σε εγρήγορση για να εκτελέσουν το ταξίδι τους προς το μαστό της μητέρας τους. Αυτή η αύξηση των ορμονών αναγκάζει τα νεογέννητα να βιώσουν στρες (stress to be born), το οποίο τα νεογνά θα πρέπει να κατευνάσουν, για να μην οδηγηθούν στην οργανική και συναισθηματική τους απορρύθμιση. Η επαφή SSC και το TBC ανακουφίζει το στρες του τοκετού, μειώνοντας τον τόνο του παρασυμπαθητικού συστήματος τους, μέσω του



αγγίγματος της μητέρας, της ζεστασιάς του σώματος και από τα οσφρητικά ερεθίσματα (οσμή αμνιακού υγρού, μαστικών αδένων, μητρικού γάλακτος) που λαμβάνει το νεογνό.

Παράλληλα η έκρηξη της *ωκυτοκίνης*, διεγείρεται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού (BFHI 2006). Η διέγερση της προκαλείται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και τον ερεθισμό του ουρογεννητικού συστήματος κατά την διάρκεια του τοκετού της μητέρας. Ακόμα με τη φυσική ζεστασιά του μητρικού και νεογνικού ζεστού και γυμνού δέρματος, με το άγγιγμα του μαστού από τα χεριά του νεογνού, καθώς και με το πιπίλισμα και γλείψιμο της θηλής με το στόμα και τη γλωσσά του.

Η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης προκαλεί αγγειοδιαστολή με αποτέλεσμα την μείωση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης. Ενισχύει την επούλωση της μήτρας και την υποστροφή της. Βελτιώνει την κοινωνική μνήμη και προσαρμογή του νεογνού καθώς και την ικανότητα του να ερμηνεύει εκφράσεις προσώπου και να αναγνωρίζει τη μητρική φωνή. Η ικανότητα της ωκυτοκίνη να καταπολεμά τα συμπτώματα της κορτιζόλης που εκκρίνεται από τα επινεφρίδια, αυξάνει την χαλάρωση και ευφορία της δυάδας, μειώνοντας το στρες του τοκετού και αυξάνοντας τα επίπεδα ενδορφινών.

### 5.2.3 Νεογνικές Αισθήσεις

*Κάθε αίσθηση έχει την αιτία της σε μια κίνηση*

*Αρίστικπος*

Ένα υγιές και τελειωμένο νεογνό μπορεί να μυρίσει, να δει, να ακούσει, να γευτεί και να αποκριθεί στο ερέθισμα του αγγίγματος.

Η όσφρηση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την TBC διαδικασία. Η όσφρηση του νεογνού είναι οξεία και μπορεί να καθοδηγήσει το νεογνό μέσω χημικών ερεθισμάτων που εκλύονται από τους μαστούς τις μητέρας ειδικά από τους αδένες του Montgomery στη θηλαία άλω, από τους λοιπούς μαστικούς αδένες αλλά ακόμα και από την οσμή του πρωτογάλατος. Σε απόκριση όλων αυτών το νεογνό ελκύεται από τη μητέρα του και την αναγνωρίζει μιας και αρκετές μελέτες αποδεικνύουν ότι τα νεογνά κατά την αναζήτηση του μαστού, προτιμούν αυτόν που δεν έχει πλυθεί ή έχει αλειφθεί με αμνιακό υγρό ή μητρικό γάλα. Αυτό το πρώιμο

και μοναδικό φαινόμενο της οσφρητικής αναγνώρισης συνδέεται στο πρώιμο αυτό στάδιο με τη διαδικασία προσκόλλησης της μητέρας και του νεογνού, η οποία πιθανών να διευκολύνεται από τα υψηλά επίπεδα κατεχολαμινών και νορεπινεφρίνης κατά τη διέγερση του υπομέλανα τόπου, του νεογνικού εγκέφαλου. Τέλος η ικανότητα οσφρήσεως του νεογνού σχετίζεται με την κοινωνική μάθηση και συμπεριφορά.

Η όραση κυρίως στο στάδιο της εγρήγορσης, όπου το νεογνό ανοίγει τα μάτια του και κοιτά το μαστό και το πρόσωπο της μητέρας του, σε συνδυασμό με την ικανότητα της ακοής, το καθιστά ικανό να μπορεί να την αναγνωρίσει και να αρχίσει μια αλληλεπίδραση μεταξύ τους ή οποία μπορεί να καθορίσει τη γνωριμία τους αλλά και τη μελλοντική τους σχέση. Τα νεογνά δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το μαύρο και το λευκό χρώμα, έτσι φαίνεται ότι μπορούν να διακρίνουν τη σκουρόχρωμη περιοχή της θηλαίας άλω, στο ανοιχτόχρωμο φόντο του μαστού, να κατευθυνθούν στη θηλή και να θηλάσουν.

Η γεύση χρησιμοποιείται από τα νεογνά μαζί με την όσφρηση αμέσως μετά τη γέννηση λόγω της συγκεκριμένης γεύσης και μυρωδιάς του αμνιακού υγρού. Καθώς γλείφουν τα χεριά τους, το γεύονται και το μυρίζουν, συνδέοντάς το με συγκεκριμένα κοινά λιπίδια που εντοπίζονται τόσο στο αμνιακό υγρό όσο και στην επιφάνεια του δέρματος του μαστού.

Η ακοή. Μελέτες δείχνουν ότι το έμβρυο αλλά και το νεογέννητο παρουσιάζουν μια επιβράδυνση του καρδιακού τους ρυθμού, στον ήχο της ομιλίας. Ιδίως όταν λαμβάνουν το συνεχόμενο ακουστικό ερέθισμα της φωνής της μητέρας τους μέσα από το περιβάλλον του αμνιακού υγρού. Το TBC είναι μια καλή ευκαιρία η συνεχόμενη οικεία φωνή της μητέρας, τα λόγια αγάπης που καλωσορίζουν το νεογνό μαζί με την ηρεμία που του προσφέρουν οι χτύποι της καρδιάς της, να επιτύχουν την σταθεροποίηση που χρειάζεται το νεογέννητο στην εξωμήτρια ζωή. Η πρώιμη αυτή ακουστική σταθεροποίηση έχει θετική επίδραση στην μετέπειτα ανάπτυξη του ακουστικού συστήματος του νεογνού αλλά και στην κοινωνική όσο και συναισθηματική ανάπτυξη της ζωής του (BFHI 2006).

Η αίσθηση της αφής του νεογνού αναπτύσσεται με την επαφή δέρμα με τη μητέρα του λαμβάνοντας πολλαπλά οφέλη στη σταθεροποίηση του μεταβολισμού του, των επιπέδων ζάχαρου αίματος του, της αναπνοής και της θερμοκρασίας σώματος του. Αυξάνει τα επίπεδα ωκυτοκίνης και προλακτίνης, ενώ το άγγιγμα των χεριών του νεογνού στους μαστούς προετοιμάζει την εκροή του πρωτογάλακτος. Τα χέρια της μητέρας του που το ενθαρρύνουν,

δρουν ως ένα απτικό ερέθισμα καθοδήγησης αλλά και ως μια ζεστή ανοικτή θερμοκοιτίδα, διατηρώντας σταθερή τη θερμοκρασία του σώματος του.

### **5.3 Παράγοντες που Ενισχύουν και Βελτιώνουν το TBC**

Πολλές φορές οι διαδικασίες ρουτίνας που ακολουθούνται μέσα στις αίθουσες τοκετών δυσχεραίνουν ή προωθούν το TBC του νεογνού, αυξάνοντας ή μειώνοντας την πιθανότητα έναρξης και διατήρησης του μητρικού θηλασμού.

#### *Κατάλληλες πρακτικές ενίσχυσης του TBC*

- Ενημέρωση της επιτόκου/ζεύγους για την ικανότητα των νεογνών για TBC και τα οφέλη του, εξασφάλιση της άδειάς τους
- Κατάρτιση του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού για την τεχνική και τα οφέλη της διαδικασίας TBC
- Αποφυγή της απομάκρυνσης του υγιούς τελειόμηνου νεογνού από τη μητέρα του. Οι επιβαλλόμενες μεταγεννητικές φροντίδες μπορούν να πραγματοποιηθούν στο νεογνό αφού είναι τοποθετημένο πάνω στο σώμα της μητέρας του. Αν παραστεί ανάγκη απομάκρυνσης της δυάδας να ληφθεί μέριμνα για την συντομότερη δυνατή επανένωση τους
- Να αποφεύγονται όλες εκείνες οι φροντίδες χωρίς ιατρική ένδειξη, όπως η αναρρόφηση αεροφόρων οδών ή γαστρικών εκκρίσεων, που διαταράσσουν τα έμφυτα αντανακλαστικά σίτισης του νεογέννητου καθώς και η χορήγηση φαρμάκων (ναρκωτικών) στη μητέρα. Το προσωπικό θα πρέπει περιοδικά να ελέγχει την κατάσταση υγείας μητέρας -νεογνού
- Εξασφάλιση ιδιωτικού, ήρεμου, ήσυχου και ζεστού (16-18°C) περιβάλλοντος. Τοποθέτηση της μητέρας σε ασφαλή και άνετη θέση (ξαπλωμένη ή ημικαθιστή περίπου >15-65°), ώστε να είναι ικανή να δει και να βοηθήσει το μωρό της (τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι της)
- Αποφυγή πλυσίματος των μαστών της επιτόκου αλλά και των χεριών του νεογνού
- Παρότρυνση της μητέρας να κοιτά, να μιλά (λόγια αγάπης) και να αγγίζει το μωρό της στηρίζοντας και καθοδηγώντας το, στο μαστό της

- Ενίσχυση της υπομονής της μητέρας στις φάσεις ξεκούρασης (Resting phase) του νεογνού που μπορεί να μεσολαβούν ανάμεσα στις προσπάθειες του να φτάσει το μαστό. Η μητέρα μπορεί να “περιμένει” το μωρό της ή και να το ξυπνά για να ολοκληρώσει τη διαδικασία περίπου μέσα σε 30-60 λεπτά από τη γέννηση
- Σε περίπτωση αποτυχίας TBC του νεογνού, μπορεί απαλά να μετακινηθεί κοντά στο μαστό και να του παρασχεθεί βοήθεια να θηλάσει μόνο όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο
- Η μητέρα δεν είναι ανάγκη να μεταφερθεί σε άλλο χώρο εκτός αίθουσας τοκετού. Έχοντας την άδεια της, μπορεί να παραστεί ο πατέρας ή σύντροφος της για να συμβάλλει αλλά και να βιώσει την πρώτη “μαγική” ώρα της αλληλεπίδρασης της δυάδας

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> Διερευνώντας Γνώσεις, Δεξιότητες και Πρακτικές των Μαιών/τών

Επιστήμη ποιητική ευδαιμονίας

Πλάτων, 427-347 π.Χ., Φιλόσοφος

Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη, στην εκπαίδευση των γυναικών, στον μητρικό θηλασμό αλλά και στη σίτιση του νεογέννητου. Δεν είναι έκπληξη να βλέπουμε τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού σε νεογέννητα 24 – 48h ζωής να αυξάνονται, όταν νέοι και παλαιοί εργαζόμενοι σε υγειονομικούς οργανισμούς εκπαιδεύονται για τις τεχνικές του θηλασμού (Creedy D. *et al* 2008).

Παρόλο τον σημαντικό αυτό ρόλο το υγειονομικό προσωπικό παρουσιάζει ελλείμματα γνώσεων και πολλές φορές η ικανοποίηση των γυναικών από τη παρεχόμενη βοήθεια είναι μικρή. Ο ΠΟΥ προτείνει ότι για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της πολιτικής προώθησης του μητρικού θηλασμού, πρέπει οι κατάλληλες πρακτικές να συμπεριλαμβάνονται στην γραπτή πολιτική για τον θηλασμό του κάθε οργανισμού. Οι υπάλληλοι θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα πρότυπα φροντίδας και πρακτικών και να δεσμεύονται για την πιστή τήρησή τους. Να καταγράφονται και να εκτιμούνται τα αποτελέσματα, να βελτιώνονται και να σχεδιάζονται νέες πολιτικές.

Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκαν αρκετές μελέτες που να διερευνούν τις μαίες/ευτές και ιδιαίτερα τις γνώσεις, τις δεξιότητες αλλά και πρακτικές που χρησιμοποιούν μέσα στις αίθουσες τοκετών για την έναρξη του μητρικού θηλασμού. Η έρευνα των Debra K Greedy *et al*, που διεξήχθη το 2001, σε ένα δείγμα μαιών της Αυστραλίας (n = 3.500) το οποίο αποκρίθηκε σε ποσοστό 31.6% (n=1.107), χρησιμοποίησε δυο ερωτηματολόγια ως ένα εργαλείο διερεύνησης γνώσεων και πρακτικών των μαιών. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποίησαν ήταν το Newborn Feeding Ability (NFA) Questionnaire (21 ερωτ.) το οποίο διερευνούσε α) τα οφέλη της επαφής δέρμα με δέρμα μεταξύ μητέρας και νεογέννητου, β) τους δείκτες αποτελεσματικού θηλασμού, γ) τις πρακτικές που σχετίζονται με τη ικανότητα σίτισης του νεογέννητου. Και το Breast feeding Initiation Practices(BIP). Ένα σενάριο (12 ερωτ.), το οποίο διερευνούσε την δυνατότητα του μωρού να προσκολληθεί στη θηλή και να

θηλάσει αποτελεσματικά. Αυτά τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία και στην παρούσα έρευνα διερεύνησης των μαιών/ευτών, στις μαιευτικές κλινικές αλλά και άλλους φορείς φροντίδας μητρότητας και παιδιού της Πελοποννήσου.

## **6.1 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Κριτήριο - Βήμα Πιστοποίησης BFHI**

*Εκπαίδευση Όλου του Προσωπικού Υγείας στις Απαραίτητες Δεξιότητες για την Εφαρμογή της Πολιτικής Προώθησης του Μητρικού Θηλασμού*

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση των μαιών αλλά και του λοιπού ιατρικού προσωπικού όπως παιδιάτροι, μαιευτήρες, γυναικολόγοι και γενικότερα νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να ενσωματώνει τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή θηλασμό της UNICEF και του ΠΟΥ», τις συμβουλές και τεχνικές για το μητρικό θηλασμό και τον Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Σκοπός του βήματος αυτού είναι, όλο το προσωπικό να έχει αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας σε θέματα που αφορούν το μητρικό θηλασμό, την καθοδήγηση της γαλουχίας και την εναρμόνιση τους με τις οδηγίες της UNICEF και του ΠΟΥ, με στόχο την προστασία, την προώθηση και την υποστήριξη της μητέρας που θέλει να θηλάσει το μωρό της. Οι μαιές αλλά και όλοι οι επαγγελματίες υγείας που στελεγχώνουν ιατρεία παρακολούθησης εγκύων, ιατρεία μητρότητας και παιδιού, αίθουσες τοκετών και μαιευτικές κλινικές, θα πρέπει να αποκτούν ειδικές δεξιότητες για να κάνουν ευκολότερη την επικοινωνία θετικών μηνυμάτων μητρικού θηλασμού στις μητέρες, τους συζύγους/συντρόφους, την οικογένεια και την κοινότητα και να εφαρμόζουν δράσεις συμβουλευτικής αλλά και κλινικής διαχείρισης της γαλουχίας.

Η παροχή πληροφοριών είναι ένα δύσκολο έργο, το οποίο μπορεί να καθορίσει και να επηρεάσει την απόφαση μιας γυναίκας για το αν θα θηλάσει ή όχι αλλά και για το αν θα συνεχίσει το θηλασμό. Οι επαγγελματίες πρέπει να είναι επιστημονικά ενήμεροι και καταρτισμένοι, ώστε να προσπαθούν να αλλάξουν με τη συμπεριφορά τους, την ρουτίνα των κακών και εσφαλμένων πρακτικών και να μεταβάλουν το πρότυπο περίθαλψης, που απομακρύνουν μητέρα και νεογέννητο από τον μητρικό θηλασμό. Επιπλέον θα πρέπει να περιορίσουν την παροχή αντιφατικών συμβουλών και εσφαλμένων μηνυμάτων που φέρνουν

την έγκυο (προγεννητική προετοιμασία) αλλά και τη μητέρα (περί/ μεταγεννητική φροντίδα) σε σύγχυση.

## 6.2 Εκπαίδευση Μαιών/τών και η Σπουδαιότητα της

*Αν νομίζετε ότι η εκπαίδευση είναι ακριβή, δοκιμάστε την άγνοια.*

Derek Bok, Πρ. Πρόεδρος Παν. Χαρβαρντ

Δυστυχώς, οι περισσότεροι πάροχοι υγείας που ασχολούνται με τον θηλασμό λαμβάνουν ελάχιστη ή ίσως καθόλου εκπαίδευση για τον μητρικό θηλασμό, κατά την διάρκεια της προπτυχιακής τους ή μεταπτυχιακής τους πορείας. Οι γνώσεις που συνήθως λαμβάνουν αφορούν την σύσταση του μητρικού γάλακτος ή τη φυσιολογία και την ανατομία του μαστού, παρά γνώσεις για τις πρακτικές δεξιότητες που απαιτούνται, για να υποστηρίξουν τις μητέρες και να διαχειριστούν κοινά προβλήματα θηλασμού. Αυτή η έλλειψη γνώσεων σε συνδυασμό με τα ελλείμματα στις δεξιότητες επικοινωνίας του προσωπικού, μπορούν να οδηγήσουν στην πρόωμη χορήγηση συμπληρωμάτων φόρμουλας γάλακτος στο νεογέννητο και στον πρόωρο απογαλακτισμό του βρέφους.

Ο ΠΟΥ, η UNICEF και τα κριτήρια των BFHI, συστήνουν ότι η εκπαίδευση των μαιών και των παρόχων υγειονομικής φροντίδας μητρικού θηλασμού πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον  $\geq 20$  ώρες, περιλαμβάνοντας  $\geq 3$  ώρες πρακτικής άσκησης. Είναι αποδεκτό ότι από τα πρώτα λεπτά της γέννησης και τις πρώτες μέρες παραμονής των μητέρων στα μαιευτήρια, οι μαιές μπορούν σημαντικά να επηρεάσουν με τις γνώσεις τις στάσεις και τις πρακτικές τους, την έναρξη, την διάρκεια και την αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού. Η εκπαίδευση αυτή έχει αποδειχτεί ότι, αυξάνει τις γνώσεις, βελτιώνει τις στάσεις και τις δεξιότητες των υγειονομικών, εφαρμόζει στην πράξη γραπτές πολιτικές θηλασμού (*10 βήματα για επιτυχή θηλασμό*), αυξάνει τα ποσοστά θηλασμού και γενικότερα δημιουργεί ένα “φιλικό περιβάλλον” για το νεογέννητο (Li C. M. *et al* 2014; Bueno L. G. *et al* 2004).

Οι εργαζόμενοι της υγείας ιδιαίτερα αυτών που είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα τις μητέρας και του παιδιού, πρέπει να παρέχουν επιστημονική, αντικειμενική, ακριβή, πλήρη πληροφόρηση και γνώση σχετικά με την υγεία και τη διατροφή του βρέφους. Να γνωρίζουν πρακτικές τεκμηριωμένης φροντίδας και παρέμβασης.

Παρά ταύτα η γνώση από μόνη της δεν επαρκεί. Το προσωπικό θα πρέπει να αντανακλά μια θετική στάση απέναντι στο θηλασμό, που να απορρέει μέσα από την εμπειρία και την κατανόηση, να διαθέτει ικανότητες επικοινωνίας και συναίσθησης, ώστε να μπορεί να εμπνεύσει γονείς, οικογένειες, κοινότητα καθώς και υγειονομικούς οργανισμούς, χαράζοντας πολιτικές προώθησης του μητρικού θηλασμού.

Οι Chuan - Ming Li *et al* 2014), σε μια έρευνά τους, που διεξήχθη στις ΗΠΑ σε γυναικολόγους σχετικά με τις γνώσεις, την κατάρτιση αλλά και τη στάση τους για το μητρικό θηλασμό, διαπιστώθηκε ότι 40% των ερωτηθέντων βαθμολόγησαν την εκπαίδευση τους για τον θηλασμό ως ανεπαρκή. Στο άρθρο αυτό φαίνεται ότι τα νεογέννητα είχαν 30% αυξημένες πιθανότητες να θηλάσουν μέσα σε 24/ 48 ημεταγεννητικά, αν το νοσοκομείο που γεννηθήκαν παρείχε εκπαίδευση στους νέους εργαζόμενους. Η ομάδα της Irena Zakarija - Grkovic *et al* 2010, διαπίστωσαν ότι οι εργαζόμενοι σε 5 από τα 9 μαιευτήρια της νότιας Κροατίας βελτίωσαν την θετική τους στάση για τον θηλασμό από 65% σε 79% μετά την εκπαίδευση τους.

### **6.3 Συμβουλευτική, Προστασία, Προώθηση, Υποστήριξη Μητρικού Θηλασμού**

«Ο όρος 'συμβουλευτική' συμπεριλαμβάνει την εργασία με άτομα και με σχέσεις, η οποία μπορεί να συνδέεται με την ανάπτυξη, την υποστήριξη κρίσεων, να είναι ψυχοθεραπευτική, καθοδηγητική ή να έχει στόχο την επίλυση προβλημάτων ... Η συμβουλευτική έχει σκοπό να δίνει στον 'πελάτη' μια ευκαιρία να εξερευνήσει, να ανακαλύψει και να αποσαφηνίσει τους τρόπους που θα του παράσχουν μια ζωή πιο ικανοποιητική και δημιουργική.»

Ορισμός Βρετανικής Εταιρείας Συμβουλευτικής (British Association of Counselling– BAC)

Ο σκοπός της συμβουλευτικής των μαιών στις γυναίκες για το μητρικό θηλασμό είναι η αύξηση των ποσοστών του θηλασμού, η αύξηση των ποσοστών του αποτελεσματικού και αποκλειστικού θηλασμού και η ετοιμότητα και δεξιότητα στην αντιμετώπιση των κοινών προβλημάτων του θηλασμού (υπερφόρτωση μαστών, μαστίτις κ.α.). Προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά οι γυναίκες καταλαμβάνονται από άγχος στρες και πολλές φορές μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τον εαυτό τους, για το ποια απόφαση θα πάρουν για τη σίτιση του παιδιού τους. Συχνά δείχνουν με τις ερωτήσεις τους ανασφάλεια και



ευαισθησία. Χάνουν την εμπιστοσύνη τους, την αυτοπεποίθηση τους και δείχνουν επιρρέπεια στην πίεση από οικογένεια, φίλους και επαγγελματίες υγείας.

Η μαία/ευτής καλό θα είναι να χρησιμοποιεί κοινή γλώσσα, στάση και τεκμηριωμένη φροντίδα. Να ακούει, να προσπαθεί να καταλάβει, να προσφέρει βοήθεια για σχεδιασμό δράσης και λήψης αποφάσεων. Να εμπνέει δύναμη για να αντιμετωπίσει η γυναίκα τις πιέσεις. Να αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση των μητέρων.

Ειδικότερα, οι μαίες/τές πρέπει να δίνουν προσοχή και σεβασμό στα συναισθήματα και στις επιθυμίες της γυναίκας. Οι τελικές αποφάσεις πρέπει να είναι δίκες της. Οι επαγγελματίες φροντίδας μπορούν μόνο να προτείνουν, να πληροφορούν με ακριβή και επιστημονικά δεδομένα, να χρησιμοποιούν απλή, άμεση και σαφή γλώσσα. Να διορθώνουν λανθασμένες ιδέες και πρακτικές με θετικό τρόπο χωρίς να επικρίνουν. Να διατηρούν ταπεινή στάση προς τη μητέρα και να προάγουν τη λεκτική αλλά και την μη λεκτική επικοινωνία. Πολλές φορές η πρακτική βοήθεια είναι καλύτερη από πολλές λέξεις. Αν η μητέρα είναι κουρασμένη και νιώθει άβολα ίσως να μην συγκρατεί πολλές πληροφορίες, ίσως απλά η μαία να μπορεί να την βοηθήσει κρατώντας το μωρό της, να την κάνει να νιώσει άνετα, να χαλαρώσει, να ξεκουραστεί (παρέχοντας μαξιλάρια, καρέκλες, νερό, παυσίπονα κ.α.).

Οι παροχή πληροφοριών είναι “δύσκολο πράγμα”, το κλειδί είναι η δεξιότητα της “εν-συναίσθησης”, η διαχείριση των συναισθημάτων, η βοήθεια στην “αυτό-αποκάλυψη” της γυναίκας. Η μαία για να μπορέσει να ελέγξει τα αποτελέσματα της δουλειάς της (feed back), πρέπει τακτικά να καταγράφει και να αξιολογεί τις δεξιότητες της στην διαχείριση και στην υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Να αναλύει, να αναπροσαρμόζει, να σχεδιάζει νέες κατευθυντήριες γραμμές, να θεωρεί την εκπαίδευσή της ως υποχρεωτική, να εξασφαλίζει την δέσμευση της ηγεσίας για να της παρέχουν τα μέσα και την στήριξη, που έχει ανάγκη.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> Μεθοδολογία Έρευνας

### 7.1 Σκοπός μελέτης

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής έρευνας, ήταν η διερεύνηση στάσεων, αντιλήψεων και πρακτικών των μαιών, για την προώθηση του μητρικού θηλασμού στην αίθουσα τοκετών. Η μελέτη αυτή ασχολήθηκε με ερευνητικά ερωτήματα όπως :

- Την προ-σιτιστική συμπεριφορά και ικανότητα του νεογέννητου
- Τις συνέπειες και τα οφέλη της επαφής δέρμα με δέρμα (SSC) νεογέννητου και μητέρας
- Την αντίληψη των μαιών για τον αποτελεσματικό θηλασμό
- Τα εμπόδια της δερματικής επαφής νεογέννητου – μητέρας
- Τις πρακτικές νεογνικής φροντίδας αμέσως μετά τον τοκετό
- Τις πρακτικές παροχής βοήθειας στις μητέρες για να θηλάσουν

### 7.2 Υλικό και Σχεδιασμός Έρευνας

Υλικό μελέτης επιλεχτήκαν 14 νοσοκομεία / φορείς υγείας, της Πελοποννήσου

*Γ.Ν. Μεσσηνίας (Παράρτημα Καλαμάτας - Κυπαρισσίας), Υπηρεσία Παιδιού & Οικογένειας Π.Ε.Δ.Υ. Καλαμάτας, ΛΗΤΩ (Καλαμάτα), Γ.Ν. Αγ. Ανδρέας, Πάτρα, Θεραπευτήριο Ολύμπιον (Πάτρα), Γ.Ν. Πατρών (Ρίο), Γ.Ν. Πύργου, Γ.Ν. Κορίνθου, Γ.Ν. Αργους, Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Γ.Ν. Ναυπλίου, Γ.Ν. Σπάρτης, Κ.Υ. Ξυλοκάστρου, Γ.Ν. Αμαλιάδος.*

Στην αρχή της διερευνητικής έρευνας, διατυπώθηκε με σαφήνεια το ερευνητικό ερώτημα. Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική επιλογή, μελέτη, καταγραφή και αρχειοθέτηση των κύριων βιβλιογραφικών πηγών (ερευνητικά και θεωρητικά επιστημονικά άρθρα), ώστε να αποσαφηνισθούν οι κύριες έννοιες, το περιεχόμενο και τα όρια του θέματος.

Επιλέχτηκε το ερωτηματολόγιο Newborn Feeding Ability (NFA) Questionnaire (21 ερωτ.) και το Breastfeeding Initiation Practices (BIP) Questionnaire (12 ερωτ.) των Debra K Creedy *et al.* Ομάδα πληθυσμού, από την οποία σχεδιάστηκε να προέρχεται το δείγμα σύμφωνα με απλή τυχαία δειγματοληψία, ήταν μαίες/ευτές, αλλά και λοιπό υγειονομικό προσωπικό το οποίο εργαζόνταν σε νοσοκομειακούς ή άλλους υγειονομικούς φορείς. Κατόπιν σχετικής άδειας, εστάλησαν ταχυδρομικά 135 ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση. Απάντησαν 115 μαίες/ευτές. Ακολούθησε συλλογή των ερωτηματολογίων, η κωδικοποίηση στοιχείων και δεδομένων που κατεγράφησαν, η στατιστική τους επεξεργασία, η διεξαγωγή αποτελεσμάτων, και η ερμηνεία τους.

## **7.2 Εργαλείο Συλλογής Στοιχείων**

Βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων στην παρούσα έρευνα, προήρθε από μια εθνική μελέτη διερεύνησης μαιών (n= 3.500), που διεξήχθη το 2001 στην Αυστραλία, των Debra K Creedy *et al.*, μέσω ταχυδρομημένων ερωτηματολογίων, για την διερεύνηση των γνώσεων και πρακτικών τους.

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο για την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει, Newborn Feeding Ability (NFA) Questionnaire, το οποίο αποτελείται από 21 ερωτήσεις, με απαντήσεις εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert. Η απάντηση 1 αντιστοιχεί στο «διαφωνώ τελείως» και η 5 στο «συμφωνώ τελείως». Οι ερωτήσεις, αξιολογούν τις γνώσεις για 1) τα σωματικά και συναισθηματικά οφέλη της επαφής δέρμα με δέρμα των νεογνών με τις μητέρες τους, 2) τους δείκτες του αποτελεσματικού θηλασμού και τη μεταφορά γάλακτος και 3) τις εργασιακές πρακτικές που παρεμβαίνουν στην ικανότητα σίτισης των νεογέννητων. Τέσσερις ερωτήσεις εξ αυτών (18, 19, 20, 21), βαθμολογούνται αντίστροφα, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι μεροληπτικές απαντήσεις. Το ερωτηματολόγιο NFA έχει πιθανή συνολική βαθμολογία 105, όπου η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί στις περισσότερες γνώσεις των μαιών για τον μητρικό θηλασμό.

Επίσης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Πρακτικών για την Έναρξη του Θηλασμού, Breastfeeding Initiation Practices (BIP), το οποίο αποτελείται από 12 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναφέρεται σε ένα σενάριο περίπτωσης, περιλαμβάνοντας γεγονότα που συμβαίνουν σε μια αίθουσα τοκετών.

Η Χλόη, είναι μια 20χρονη πρωτοτόκος, έχει παρακολουθήσει προγεννητική προετοιμασία και έχει πρόθεση να θηλάσει. Πραγματοποίησε έναν φυσιολογικό τοκετό, έχοντας όμως λάβει αναλγητική αγωγή. Η Χλόη γεννά ένα τελειόμηνο υγιέστατο νεογνό.

Οι ερωτήσεις της κλίμακας *BIP* ζητούν από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν 1) την πιθανότητα το νεογνό να βρει τη θηλή, 2) να αναπτύξει δεσμούς με τη μητέρα του, 3) να θηλάσει αποτελεσματικά, μέσα σε 1 ώρα μετά τη γέννηση. Οι ερωτήσεις αυτές έχουν βαθμολογηθεί σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, όπου το 1 αντιστοιχεί στην απάντηση «απίθανο» και 5 στην απάντηση «εξαιρετικά πιθανό». Οι συχνότητα που οι μαίες διευκόλυναν την επαφή δέρμα με δέρμα χωρίς διακοπή και προώθησαν την έμφυτη ικανότητα του νεογνού να θηλάσει εκτιμούνται σε μια κλίμακα όπου το 1 αντιστοιχεί στην απάντηση «ποτέ» και το 5 στην απάντηση «πάντα». Οι μισές ερωτήσεις εξ αυτών (23, 25, 27, 30, 31, 34) βαθμολογούνται αντιστρόφως, με μια πιθανή συνολική βαθμολογία 60. Η συγκέντρωση υψηλότερων βαθμολογιών, αντιστοιχούν σε καλύτερες πρακτικές των μαιών. Οι ερωτήσεις 29 και 35 ήταν ανοιχτού τύπου, οι ερωτώμενοι μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα τις απόψεις τους για τις πρακτικές που χρησιμοποιούν, αλλά και τη βοήθεια που προσφέρουν στις μητέρες για την προώθηση του μητρικού θηλασμού μετά τον τοκετό.

Για τη ενίσχυση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου, οι ερωτήσεις του *NFA* και *BIP* επικαιροποιήθηκαν μέσω μιας κριτικής αναθεώρησης της ερευνητικής βιβλιογραφίας κειμένων μαιευτικής και μιας εξειδικευμένη επιστημονικής ομάδας. Θεωρείται ένα εργαλείο το οποίο διερευνά τη βαθύτερη γνώση και τις πρακτικές των μαιών που σχετίζονται με την νεύρο-συμπεριφοριστική προσαρμογή του νεογνού και της μητέρας για την έναρξη του θηλασμού. Τα ερωτηματολόγια της έρευνας έχουν μεταφραστεί για την ελληνική γλώσσα (2008) από την κα Άννα Δελτσίδου, μαία, επίκουρο καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών. Επιπροσθέτως έχει γίνει διπλή μετάφραση από αγγλικά στα ελληνικά και το αντίθετο, από δυο ανεξάρτητα δίγλωσσα άτομα αλλά δεν είχε γίνει παραγοντική ανάλυση.

Στην Ελλάδα δεν έχει ως τώρα διεξήχθη παρόμοια έρευνα σε μαίες/τές που να διερευνά τις γνώσεις τους και τις πρακτικές που χρησιμοποιούν για την προώθηση του μητρικού θηλασμού μέσα στην αίθουσα τοκετών.

## 7.4 Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 23 για Windows. Χρησιμοποιήθηκε απλή περιγραφική στατιστική, με τη χρήση της κατανομής συχνοτήτων και της εκατοστιαίας αναλογίας και επαγωγική για τις διάφορες συσχετίσεις. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων διερευνήθηκε με την περιγραφή στατιστικών πινάκων που σχεδιαστήκαν στα διάφορα βήματα της διαδικασίας. Για τον έλεγχο αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach' Alpha. Εφαρμόστηκε τεχνική παραγοντικής ανάλυσης με τη μέθοδο Ορθογώνιας Περιστροφής των αξόνων Varimax. Για περαιτέρω και πληρέστερη εξέταση της καταλληλότητας των δεδομένων της παραγοντικής ανάλυσης έγινε ο Έλεγχος Σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's Test of Sphericity) και για τον έλεγχο της Συλλογικής Δειγματικής Καταλληλότητας χρησιμοποιήθηκε το μέτρο K.M.O. (Kaiser-Mayer-Olkin). Για τον αμφίπλευρο έλεγχο υποθέσεων ορίστηκαν P-values. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο  $P < 0.05$ .

➤ Κατά την διάρκεια σχεδιασμού και διεξαγωγής της παρούσας έρευνας τηρήθηκαν όλες οι θεμελιώδης ηθικές και δεοντολογικές αρχές. Ειδικότερα ενημερώθηκαν οι συμμετέχοντες για τη φύση αλλά και τους σκοπούς της μελέτης, ενώ δόθηκαν διευκρινιστικές πληροφορίες για το θεωρητικό σκέλος του ερωτηματολογίου. Τηρήθηκε πλήρη εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούσαν τους συμμετέχοντες και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού. Η συμμετοχή των ερωτώμενων ήταν εθελοντική και εξασφαλίστηκε η ανωνυμία τους. Τα αποτελέσματα που πρόεκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> Αποτελέσματα

### 8.1 Ανάλυση και Σχολιασμός Δημογραφικών Στοιχείων

Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης επιλέχτηκε ένα τυχαίο δείγμα 115 μαιών, απ το οποίο επιτεύχθηκε ποσοστό ανταπόκρισης 85,19%. Αναλυτικά η κατανομή των ερωτηματολογίων και τα ποσοστά ανταπόκρισης καταγράφονται στον πίνακα 8.1.1

*Πίνακας 8.1.1 Ποσοστά Ανταπόκρισης Ερωτηθέντων*

ΦΟΡΕΙΣ	ΕΡΩΤΗΘΗΚΑΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ
ΜΕΣΣΗΝΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΗΤΩ	23	17,0%	13	56,52%
Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ (ΚΑΛΑΜΑΤΑ-ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑ)	17	12,6%	17	100,00%
Γ.Ν. ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΤΡΑ	16	11,9%	16	100,00%
Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ (ΡΙΟ)	8	5,9%	6	75,00%
Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ	13	9,6%	12	92,31%
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	11	8,1%	11	100,00%
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΟΛΥΜΠΙΩΝ (ΠΑΤΡΑ)	10	7,4%	9	90,00%
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	4	3,0%	4	100,00%
ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	10	7,4%	7	70,00%
Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	6	4,4%	6	100,00%
Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ	6	4,4%	4	66,67%
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ Π.Ε.Δ. Υ. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	5	3,7%	5	100,00%
Κ.Υ. ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	2	1,5%	2	100,00%
Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ	4	3,0%	3	75,00%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>135</b>	<b>100,0%</b>	<b>115</b>	<b>85,19%</b>

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

Οι συμμετέχοντες του δείγματος, καλέστηκαν να απαντήσουν για την ηλικία τους, το φύλο τους, τον τίτλο σπουδών τους, τα έτη εργασιακής τους εμπειρίας, την τυχόν εκπαίδευση τους, ως σύμβουλοι μητρικού θηλασμού και για την προσωπική τους εμπειρία θηλασμού (χρονικό διάστημα τριών μηνών).

Ο πίνακας 8.1.2 κατατάσσει 38,3% των μαιών/τών του δείγματος μεταξύ της ηλικιακής ομάδας των 31-40 ετών, 30,4% μεταξύ 41-50 ετών, 20,0% άνω των 50ετων και 11,3% στην ομάδα των 20-30 ετών. Η πλειοψηφία των μαιών ανήκουν στην ηλικία των 31-40 ετών και 41-50 ετών. Η ηλικία των 20-30 ετών παρουσιάζουν σχετικά χαμηλά ποσοστά (11,3%), λόγω της αδυναμίας ανανέωσης του υγειονομικού προσωπικού (μειωμένες έως ανύπαρκτες προσλήψεις), κυρίως στα δημόσια μαιευτικά ιδρύματα.

Στην επαγγελματική κοινότητα των μαιών/των, το γυναικείο φύλο κρατά συντριπτικά υψηλά ποσοστά, 99,1%, ενώ μόνο ένας μαιευτής συμμετείχε στην έρευνα. Όσο αφορά τον τίτλο εκπαίδευσης 82,6% κατέχει πτυχίο Τ.Ε Μαιών, 8,7% κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο (MSc). 0,9% κατέχει πτυχίο Τ.Ε. Νοσηλευτικής και 7,8% πτυχίο Δ.Ε. Βοηθού Νοσηλευτικής. Προσωπικό, (κυρίως ιδιωτικών φορέων), που έχει μεν νοσηλευτική κατάρτιση, αλλά όχι μαιευτική και πολλώ μάλλον, ειδικές και βαθύτερες γνώσεις μητρικού θηλασμού. Τα έτη εργασιακής εμπειρίας των μαιών/τών που συμμετείχαν στην έρευνα, κατέτασσε τους ερωτώμενους σε έξι κατηγορίες.

Αναλυτικά 46,1% των μαιών/των ανήκε στην ηλικιακή ομάδα άνω των 15 ετών εργασιακής εμπειρίας, 24,3% στην ομάδα των 10 – 15 ετών και 18,3% στην ομάδα των 6 – 10 ετών. Στην αναβαθμισμένη, εξειδικευμένη και τεκμηριωμένη γνώση των μαιών/τών για τον μητρικό θηλασμό, 55,2% κατέχουν πιστοποίηση συμβούλου μητρικού θηλασμού, ενώ 47,8% δεν κατέχει. Οι πιστοποιημένοι σύμβουλοι δημιουργούν έκπληξη για τα υψηλά ποσοστά που συγκέντρωσαν στην παρούσα ερευνά. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η εκπαίδευση και κατάρτιση των μαιών για το μητρικό θηλασμό έχει συσχετιστεί θετικά με την έναρξη, την διάρκεια και την αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού.

Η προσωπική εμπειρία θηλασμού των μαιών στην παρούσα μελέτη σχετίζεται με τη προσωπική στάση και θέση των μαιών απέναντι στον θηλασμό. 55,7%, απάντησαν ότι έχουν προσωπική εμπειρία πάνω από 3 μήνες θηλασμού, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό, 44,3%

δήλωσε ότι δεν έχει. 1.8% του δείγματος, δεν απάντησε. Η συγκεκριμένη όμως ερώτηση, δεν έδινε τη δυνατότητα στους ερωτηθέντες να επιλέξουν, εάν αυτοί ήταν άνδρες, άτεκνες ή άλλης κατηγορίας μαίες.

**Πίνακας 8.1.2 Δημογραφικά Στοιχεία**

Ηλικία	20-30	13	11,3
	31-40	44	38,3
	41-50	35	30,4
	Άνω των 50 ετών	23	20,0
Φύλο	Άνδρας	1	,9
	Γυναίκα	114	99,1
Σπουδές	Μαία Msc	10	8,7
	ΤΕ Μαιών	95	82,6
	ΤΕ Νοσηλευτικής	1	,9
	ΔΕ Νοσηλευτικής	9	7,8
Έτη εργασιακής εμπειρίας	0	2	1,7
	1	4	3,5
	2 – 5	7	6,1
	6 – 10	21	18,3
	10 – 15	28	24,3
	15 +	53	46,1

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

## **8.2 Ανάλυση και Σχολιασμός Ερωτηματολογίου για την Ικανότητα του Νεογνού να Θηλάσει (NFA)**

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται, μέσα από πίνακες τα στατιστικά στοιχεία για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου, για την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει.

**Ερώτηση 1.«Ποια είναι η άποψη σας όσον αφορά την παρακάτω δήλωση σχετικά με την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει αποτελεσματικά;»**



Από τον Πίνακα 8.2.1 παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (97,4%) συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα με το ότι ένα τελειόμηνο νεογνό, γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο. Αναλυτικότερα:

**Πίνακας 8.2.1 «Ένα τελειόμηνο νεογνό γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο;»**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,9
Διαφωνώ	1	0,9
Δεν είμαι βέβαιος/η	1	0,9
Συμφωνώ	49	42,6
Συμφωνώ απόλυτα	63	54,8

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

**Ερώτηση 2 - 4. «Ένα νεογέννητο (που δεν είναι κατεσταλμένο από οποιοδήποτε φάρμακο) που διατηρείται σε συνεχή δερματική επαφή με τη μητέρα του αμέσως μετά την γέννησή του»**

Ο Πίνακας 8.2.2 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων, σχετικά με τι κάνει ένα νεογέννητο (που δεν είναι κατεσταλμένο από οποιοδήποτε φάρμακο) που διατηρείται σε συνεχή δερματική επαφή με τη μητέρα του αμέσως μετά την γέννησή του.

Συγκεκριμένα, 90,4% συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα με το ότι το νεογέννητο θα αναπτύξει αναμενόμενη και συντονισμένη συμπεριφορά θηλασμού μέσα σε λίγα λεπτά από τη γέννησή του. 80,9% συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα με το ότι το νεογέννητο μπορεί από ένστικτο να βρει τη θηλή χωρίς βοήθεια και να συλλάβει σωστά τη θηλή, ενώ 77,4% συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα με το ότι το νεογέννητο θα οδηγηθεί προς τη θηλή με την αίσθηση της όσφρησης.

**Πίνακας 8.2.2 Ένα νεογέννητο (που δεν είναι κατεσταλμένο από οποιοδήποτε φάρμακο) που διατηρείται σε συνεχή δερματική επαφή με τη μητέρα του αμέσως μετά την γέννησή του,**

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν είμαι βέβαιος/η		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Θα αναπτύξει αναμενόμενη, συντονισμένη συμπεριφορά θηλασμού μέσα σε λίγα λεπτά από τη γέννησή του	0	0,0	1	0,9	10	8,7	53	46,1	51	44,3
Μπορεί από ένστικτο να βρει τη θηλή χωρίς βοήθεια και να συλλάβει σωστά τη θηλή	0	0,0	6	5,2	16	13,9	52	45,2	41	35,7
Θα οδηγηθεί προς τη θηλή με την αίσθηση της όσφρησης	0	0,0	5	4,3	21	18,3	52	45,2	37	32,2

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

**Ερώτηση 5-12. «Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με τα πλεονεκτήματα της συνεχούς δερματικής επαφής για το νεογνό και τη μητέρα του;»**

Ο πίνακας 8.2.3 παρουσιάζει τις απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά μετά πλεονεκτήματα της συνεχούς δερματικής επαφής για το νεογνό και τη μητέρα του.

Αναλυτικά, 79,2% απάντησε ότι συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ότι η δερματική επαφή βοηθά σημαντικά ώστε το νεογνό να σταθεροποιήσει την αναπνοή του. 80,9% απάντησε ότι συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ότι ο καρδιακός ρυθμός του νεογνού σταθεροποιείται με τη δερματική επαφή. 86,9% συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ότι η δερματική επαφή είναι σημαντική στην πρόληψη απώλειας θερμότητας του νεογέννητου.

58,3% δεν είναι βέβαιος/η ότι με τη δερματική επαφή σταθεροποιούνται τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του νεογνού, άποψη που έρχεται σε αντίθεση με επιστημονικές έρευνες που έχουν καταγράψει την σταθεροποίηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα του νεογέννητου όταν έρχεται σε δερματική επαφή με τη μητέρα του, ενώ μόνο 27,8% συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα στην σταθεροποίηση των επιπέδων. 69,6% συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα ότι η δερματική επαφή βοηθά στην ροή του πύατος μετά τον τοκετό, ενώ 21,7% δηλώνει ότι δεν είναι βέβαιος/η.

Συντριπτικά, 91,3% συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα στο ότι η αδιάλειπτη δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό είναι σημαντική για το νεογνό ώστε να επιτευχθεί ο θηλασμός. 91,3% συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα ότι μια μητέρα είναι περισσότερο πιθανό να αποδεχθεί και να αισθανθεί ζεστασιά για το μωρό της εάν έχει δερματική επαφή μαζί της αμέσως μετά τον τοκετό. Ενώ, 75,7% συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα ότι η πολύωρη συνεχής δερματική επαφή μπορεί να βοηθήσει ένα νεογέννητο να μάθει να θηλάζει.

**Πίνακας 8.2.3 Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με τα πλεονεκτήματα της συνεχούς δερματικής επαφής για το νεογνό και τη μητέρα του;**

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν είμαι βέβαιος/η		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Η δερματική επαφή βοηθά σημαντικά ώστε το νεογνό να σταθεροποιήσει την αναπνοή του	1	0,9%	3	2,6%	20	17,4%	50	43,5%	41	35,7%
Ο καρδιακός ρυθμός του νεογνού σταθεροποιείται με τη δερματική επαφή	1	0,9%	4	3,5%	17	14,8%	63	54,8%	30	26,1%
Η δερματική επαφή είναι σημαντική στην πρόληψη απώλειας θερμότητας του νεογέννητου	0	0,0	5	4,3	10	8,7	51	44,3	49	42,6
Με τη δερματική επαφή σταθεροποιούνται τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του νεογνού	1	0,9	15	13,0	67	58,3	16	13,9	16	13,9
Η δερματική επαφή βοηθά στην ροή του πύαρ μετά τον τοκετό	1	0,9	9	7,8	25	21,7	47	40,9	33	28,7
Η αδιάλειπτη δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό είναι σημαντική για το νεογνό ώστε να επιτευχθεί ο θηλασμός	0	0,0	2	1,7	8	7,0	59	51,3	46	40,0
Μια μητέρα είναι περισσότερο πιθανό να αποδεχθεί και να αισθάνεται ζεστασιά για το μωρό της εάν έχει δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό	1	0,9	5	4,3	4	3,5	53	46,1	52	45,2
Η πολύωρη συνεχής δερματική επαφή μπορεί να βοηθήσει ένα νεογέννητο να μάθει να θηλάζει	0	0,0	13	11,3	15	13,0	50	43,5	37	32,2

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

**Ερώτηση 13-14.«Για να γίνει αντιληπτό εάν το νεογνό καταπίνει πύαρ κατά τον πρώτο θηλασμό, είναι σημαντικό:»**

Η παραπάνω ερώτηση όπως παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 8.2.4, διερευνά την ικανότητα των μαιών και των μητέρων, να αντιληφθούν εάν το νεογνό κατά τον πρώτο θηλασμό καταπίνει πύαρ.

Αναλυτικότερα, 50,4% συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα ότι οι μαίες και οι μητέρες μπορούν να ακούν το νεογνό να καταπίνει το πύαρ, ενώ 82,6% συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα ότι μαίες και μητέρες μπορούν να δουν το νεογνό να καταπίνει το πύαρ.

**Πίνακας 8.2.4 Για να γίνει αντιληπτό εάν το νεογνό καταπίνει πύαρ κατά τον πρώτο θηλασμό, είναι σημαντικό:**

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν είμαι βέβαιος/η		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Οι μαίες και οι μητέρες να μπορούν να ακούν το νεογνό να καταπίνει το πύαρ	4	3,5	34	29,6	19	16,5	45	39,1	13	11,3
Οι μαίες και οι μητέρες να μπορούν να δουν το νεογνό να καταπίνει	0	0,0	12	10,4	8	7,0	66	57,4	29	25,2

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

### **Ερώτηση 15 - 21«Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με τη δήλωση ότι:»**

Στον πίνακα 8.2.5 απεικονίζεται ότι 46,9% των συμμετεχόντων συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα με το ότι ο αποχωρισμός του νεογέννητου από τη μητέρα κατά τη γέννηση μπορεί να προκαλέσει έντονο stress στο νεογνό, ενώ 22,6% δεν είναι βέβαιος/η. 40% συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα ότι το τραύμα από τον τοκετό μπορεί να παρεμποδίσει τη σωστή συνεργασία των φυσιολογικών αντανακλαστικών θηλασμού του νεογνού, 34,8% διαφώνησε απόλυτα ή διαφώνησε, ενώ 25,2% δεν ήταν βέβαιος/η. Τα ποσοστά των μαιών που διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα μαζί με τα ποσοστά αυτών που δεν ήταν βέβαιοι συνθέτουν ένα 60% το οποίο δεν γνωρίζει ή αμφιβάλλει για την αποδιοργάνωση που μπορεί να επιφέρει ο τοκετός, στη σωστή συνεργασία των φυσιολογικών αντανακλαστικών του θηλασμού στο νεογέννητο.

Ότι η διακοπή της δερματικής επαφής νεογνού και μητέρας μέσα σε 15-20 λεπτά από τον τοκετό διαταράσσει σοβαρά τα αντανακλαστικά του θηλασμού για σωστή σύλληψη της θηλής, συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα 41,7%, διαφώνησε ή διαφώνησε απόλυτα, 34,8%. Ενώ δεν ήταν βέβαιος/η, 23,5%.

51,3% διαφώνησε απόλυτα ή διαφώνησε ότι δεν υπάρχει χρόνος αμέσως μετά τον τοκετό ώστε να επιτραπεί η αδιάλειπτη δερματική επαφή της μητέρας με το νεογνό της μέχρι τον πρώτο θηλασμό, ενώ 38,2% συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα. 60% διαφώνησε απόλυτα ή διαφώνησε ότι η αποφυγή της απώλειας θερμότητας τυλίγοντας το νεογνό με κουβέρτα, είναι υψηλότερης προτεραιότητας από την δερματική επαφή για την έναρξη του θηλασμού. 54,8% διαφώνησε απόλυτα ή διαφώνησε ότι ο χρόνος που απαιτείται για τη δερματική επαφή ώστε να πραγματοποιηθεί ο θηλασμός, παρεμποδίζει την ολοκλήρωση της απαιτούμενης τεκμηρίωσης (διαδικαστικά του τοκετού), δεν ήταν βέβαιος/η 23,5%, ενώ 20,9% δηλώνει ότι συμφωνεί. 75% διαφώνησε απόλυτα ή διαφώνησε ότι οι περισσότερες μητέρες προτιμούν να πλυθούν πρώτα αμέσως μετά τον τοκετό παρά να κρατήσουν το μωρό τους.

**Πίνακας 8.2.5 Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με τη δήλωση ότι:**

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν είμαι βέβαιος/η		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Ο αποχωρισμός του νεογέννητου από τη μητέρα κατά τη γέννηση μπορεί να προκαλέσει έντονο stress στο νεογνό	0	0,0	6	5,2	26	22,6	55	47,8	28	24,3
Το τραύμα από τον τοκετό μπορεί να παρεμποδίσει τη σωστή συνεργασία των φυσιολογικών αντανακλαστικών θηλασμού του νεογνού	6	5,2	34	29,6	29	25,2	40	34,8	6	5,2
Η διακοπή της δερματικής επαφής μέσα σε 15-20 λεπτά από τον τοκετό διαταράσσει σοβαρά τα αντανακλαστικά του θηλασμού για σωστή σύλληψη της θηλής	3	2,6	45	39,1	40	34,8	21	18,3	6	5,2
Δεν υπάρχει χρόνος αμέσως μετά τον τοκετό ώστε να επιτραπεί η αδιάλειπτη δερματική επαφή της μητέρας με το νεογνό της μέχρι τον πρώτο θηλασμό	15	13,0	44	38,3	12	10,4	35	30,4	9	7,8
Η αποφυγή της απώλειας θερμότητας τυλίγοντας το νεογνό με κουβέρτα είναι υψηλότερης προτεραιότητας από την δερματική επαφή για την έναρξη του θηλασμού	14	12,2	55	47,8	17	14,8	26	22,6	3	2,6
Ο χρόνος που απαιτείται για τη δερματική επαφή ώστε να πραγματοποιηθεί ο θηλασμός παρεμποδίζει την ολοκλήρωση της απαιτούμενης τεκμηρίωσης (διαδικαστικά του τοκετού)	17	14,8	46	40,0	27	23,5	24	20,9	1	0,9
Οι περισσότερες μητέρες προτιμούν να πλυθούν πρώτα αμέσως μετά τον τοκετό παρά να κρατήσουν το μωρό τους	20	17,4	67	58,3	13	11,3	15	13,0	0	0,0

**Πηγή:** Ιδία Επεξεργασία

### 8.3 Ανάλυση και Σχολιασμός Κλίμακας Πρακτικής Έναρξης Θηλασμού (BIP)

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται μέσα από πίνακες οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που αφορούν το παρακάτω σενάριο. Η Χλόη είναι μια γυναίκα 20 ετών, 38 εβδομάδων, πρωτοτόκος. Προγεννητικά είχε παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας τοκετού με πρόθεση να θηλάσει. Είχε ομαλό φυσιολογικό τοκετό διάρκειας 10 ωρών, πήρε pethidine 100 mg IM 3 ώρες πριν το τοκετό. Γέννησε φυσιολογικά ένα υγιές θήλυ νεογνό με νιακή προβολή και Apgars 8:9, βάρος 3320g χωρίς να απαιτηθεί ιατρική παρέμβαση. Περίνεο ακέραιο. Η μητέρα της Χλόης αναζητά να μάθει πόσο ζυγίζει το μωρό. Οι γονείς συναινούν να χορηγηθεί βιταμίνη K εμβόλιο και ορό έναντι της ηπατίτιδας B στο νεογνό.

#### Ερώτηση 22 «Πόσο πιθανό θα σας φαινόταν το μωρό της Χλόης να συλλάβει σωστά τη θηλή χωρίς βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό»

Από τον Πίνακα 8.3.1, προκύπτει ότι 72,2% των συμμετεχόντων απάντησε πως είναι πιθανό έως πολύ πιθανό το μωρό της Χλόης να συλλάβει σωστά τη θηλή χωρίς βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό.

#### Πίνακας 8.3.1 Πόσο πιθανό θα σας φαινόταν το μωρό της Χλόης να συλλάβει σωστά τη θηλή χωρίς βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ απίθανο	20	17,4
Απίθανο	12	10,4
Πιθανό	27	23,5
Αρκετά πιθανό	31	27,0
Πολύ πιθανό	25	21,7

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία



**Ερώτηση 23 – 28 «Με την προϋπόθεση ότι καμία ιατρική παρέμβαση δεν απαιτήθηκε για τη Χλόη ή το νεογέννητό της, σε αυτήν την περίπτωση:»**

Στον πίνακα 8. 3.2, 51,3% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι τις περισσότερες φορές έως πάντα θα έκαναν αναρρόφηση των εκκρίσεων κανονικά στο νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό πριν το παραδώσουν στη Χλόη, ενώ ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό 48,7% δεν θα έκανε ποτέ ή θα έκανε περιστασιακά. 88,8% μερικές φορές έως πάντα θα βοηθούσε τη Χλόη να κρατήσει σε άμεση δερματική επαφή το γυμνό μωρό της. 81,8% μερικές φορές έως πάντα θα σκούπιζε και θα τύλιγε το μωρό πριν το δώσει στους γονείς του.

77,4% τις περισσότερες φορές έως πάντα θα τοποθετούσε το μωρό στο στήθος της Χλόης, θα στέγνωνε το μωρό και θα το κάλυπτε με ζεστή πετσέτα. 57,3% τις περισσότερες φορές έως πάντα θα τοποθετούσε το νεογνό κάτω από την πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα μετρήσεις πριν την πρώτη προσπάθεια θηλασμού ενώ 31,3% θα το έκανε μόνο περιστασιακά ή μερικές φορές. Τέλος, θα ενθάρρυνε την Χλόη και την οικογένειά της να παρακολουθούν για σημεία ετοιμότητας του μωρού να θηλάσει 84,4% των μαιών/τών.

**Πίνακας 8.3.2 Με την προϋπόθεση ότι καμία ιατρική παρέμβαση δεν απαιτήθηκε για τη Χλόη ή το νεογέννητό της, σε αυτήν την περίπτωση**

	Ποτέ		Περιστασιακά		Μερικές φορές		Τις περισσότερες φορές		Πάντα	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Θα έκανα αναρρόφηση των εκκρίσεων κανονικά στο νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό πριν το παραδώσω στη Χλόη	22	19,1	34	29,6	26	22,6	11	9,6	22	19,1
Θα βοηθούσα τη Χλόη να κρατήσει σε άμεση δερματική επαφή το γυμνό μωρό της	3	2,6	10	8,7	18	15,7	40	34,8	44	38,3
Θα σκούπιζα και θα τύλιγα το μωρό πριν το δώσω στους γονείς του	8	7,0	13	11,3	24	20,9	31	27,0	39	33,9
Θα τοποθετούσα το μωρό στο στήθος της Χλόης, θα στέγνωνα το μωρό και θα το κάλυπτα με ζεστή πετσέτα	4	3,5	10	8,7	12	10,4	42	36,5	47	40,9
Θα τοποθετούσα το νεογνό κάτω από την πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα μετρήσεις πριν την πρώτη προσπάθεια θηλασμού	13	11,3	24	20,9	12	10,4	28	24,3	38	33,0
Θα ενθάρρυνα την Χλόη και την οικογένειά της να παρακολουθούν για σημεία ετοιμότητας του μωρού να θηλάσει	1	0,9	6	5,2	11	9,6	40	34,8	57	49,6

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

### **Ερώτηση 30 – 34 «Για να βοηθήσω τη Χλόη με τον πρώτο θηλασμό:»**

Από τον πίνακα 8.3.3, 67,8% των συμμετεχόντων, τις περισσότερες φορές έως πάντα θα τοποθετούσαν το μωρό στο μαστό της Χλόης αντί γι αυτήν.

93% τις περισσότερες φορές έως πάντα, θα έδειχναν στη Χλόη πώς να καθίσει και να πιάσει το μωρό για βέλτιστο θηλασμό. 87,0% τις περισσότερες φορές έως πάντα, θα ενθάρρυναν τη Χλόη να αφιερώσει χρόνο ώστε να επιτρέψει στο μωρό μόνο του να συλλάβει τη θηλή με τη λιγότερη δυνατή βοήθεια και θα της εξηγούσαν τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει. 85,2% τις περισσότερες φορές έως πάντα, θα ρωτούσαν τη Χλόη τι θα έκανε η ίδια και θα της εξηγούσαν τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει. Ενώ, 53,1% περιστασιακά έως μερικές φορές, θα περίμεναν μέχρις ότου η Χλόη θα τελείωνε το μπάνιο της και θα ήταν ικανή να καθίσει άνετα πριν της προσφέρουν οποιαδήποτε βοήθεια, 42,6% θα περίμεναν, τις περισσότερες φορές έως πάντα.

**Πίνακας 8.3.3 Για να βοηθήσω τη Χλόη με τον πρώτο θηλασμό:**

	Ποτέ		Περιστασιακά		Μερικές φορές		Τις περισσότερες φορές		Πάντα	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
“Θα τοποθετούσα εγώ το μωρό στο μαστό της” αντί γι αυτήν	2	1,7	11	9,6	24	20,9	50	43,5	28	24,3
Θα έδειχνα στη Χλόη πώς να καθίσει και να πιάσει το μωρό για βέλτιστο θηλασμό	0	0,0	1	0,9	7	6,1	35	30,4	72	62,6
Θα ενθάρρυνα τη Χλόη να αφιερώσει χρόνο ώστε να επιτρέψει στο μωρό μόνο του να συλλάβει τη θηλή με τη λιγότερη δυνατή βοήθεια και θα της εξηγούσα τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει	3	2,6	4	3,5	8	7,0	53	46,1	47	40,9
Θα ρωτούσα τη Χλόη τι θα έκανε η ίδια και θα της εξηγούσα τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει	2	1,7	6	5,2	9	7,8	51	44,3	47	40,9
Θα περίμενα μέχρις ότου η Χλόη θα τελείωνε το μπάνιο της και θα ήταν ικανή να καθίσει άνετα πριν της προσφέρω οποιαδήποτε βοήθεια	5	4,3	30	26,1	31	27,0	32	27,8	17	14,8

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

## 8.4 Συνδυαστικός Σχολιασμός Απαντήσεων (NFA&BIP)

*Το βάθος πρέπει να είναι κρυμμένο. Πού; Στην επιφάνεια.*

*Hugo von Hofmannsthal, 1874-1929, Αυστριακός λογοτέχνης*

Οι συμμετέχοντες, στην συντριπτική τους πλειοψηφία (97,4%), συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα, ότι ένα τελειόμηνο νεογνό, γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο, συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα (90,4%) ότι θα αναπτύξει αναμενόμενη, συντονισμένη συμπεριφορά θηλασμού μέσα σε λίγα λεπτά από τη γέννησή, συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα (80,9%) ότι μπορεί από ένστικτο να βρει τη θηλή χωρίς βοήθεια και να συλλάβει σωστά τη θηλή και συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα (77,4%) ότι το νεογέννητο θα οδηγηθεί προς τη θηλή με την αίσθηση της όσφρησης.

Αντιθέτως, τις περισσότερες φορές έως πάντα, θα τοποθετούσαν, οι ίδιοι το μωρό στο μαστό της Χλόης αντί γι αυτήν (67,8%) και τις περισσότερες φορές έως πάντα, θα έδειχναν στη Χλόη πώς να καθίσει και να πιάσει το μωρό για βέλτιστο θηλασμό (93%).

Οι συμμετέχοντες, στην συντριπτική τους πλειοψηφία (86,9%), συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα ότι η δερματική επαφή είναι σημαντική στην πρόληψη απώλειας θερμότητας του νεογέννητου και διαφωνούν απόλυτα ή διαφωνούν (60%), ότι η αποφυγή της απώλειας θερμότητας τυλίγοντας το νεογνό με κουβέρτα, είναι υψηλότερης προτεραιότητας από την δερματική επαφή για την έναρξη του θηλασμού.

Αντιθέτως, μερικές φορές έως πάντα (81,8%), θα σκούπιζαν και θα τύλιγαν το μωρό πριν το δώσουν στους γονείς του και τις περισσότερες φορές έως πάντα (57,3%) ή μόνο περιστασιακά ή μερικές φορές (31,3%), θα τοποθετούσαν το νεογνό κάτω από την πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα και μετρήσεις, πριν την πρώτη προσπάθεια θηλασμού.

Οι συμμετέχοντες, στην συντριπτική τους πλειοψηφία (91,3%) συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα ότι η αδιάλειπτη δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό είναι σημαντική για το νεογνό ώστε να επιτευχθεί ο θηλασμός, συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα (91,3%) ότι μια μητέρα είναι περισσότερο πιθανό να αποδεχθεί και να αισθανθεί ζεστασιά για το μωρό της

εάν έχει δερματική επαφή μαζί της αμέσως μετά τον τοκετό και μερικές φορές έως πάντα (88,8%), θα βοηθούσαν τη Χλόη να κρατήσει σε άμεση δερματική επαφή το γυμνό μωρό της.

Αντιθέτως, μερικές φορές έως πάντα (81,8%), θα σκούπιζαν και θα τύλιγαν το μωρό πριν το δώσουν στους γονείς του, τις περισσότερες φορές έως πάντα (57,3%) θα τοποθετούσαν το νεογνό κάτω από την πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα και μετρήσεις, πριν την πρώτη προσπάθεια θηλασμού, περιστασιακά έως μερικές φορές (53,1%) και τις περισσότερες φορές έως πάντα (42,6%), θα περίμεναν μέχρις ότου η Χλόη θα τελείωνε το μπάνιο της και θα ήταν ικανή να καθίσει άνετα πριν της προσφέρουν οποιαδήποτε βοήθεια.

Οι συμμετέχοντες τις περισσότερες φορές έως πάντα (87,0%) θα ενθάρρυναν τη Χλόη να αφιερώσει χρόνο ώστε να επιτρέψει στο μωρό μόνο του να συλλάβει τη θηλή με τη λιγότερη δυνατή βοήθεια και θα της εξηγούσαν τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει.

Αντιθέτως, τις περισσότερες φορές έως πάντα (67,8%), θα τοποθετούσαν το μωρό στο μαστό της Χλόης αντί γι αυτήν.

## **8.5 Παραγοντική Ανάλυση (FACTOR ANALYSIS)**

Σε αυτή την ενότητα παραθέτονται τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης, για την μεγιστοποίηση της κατανόησης των δεδομένων, αλλά και την ερμηνεία τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

### **8.5.1 Παραγοντική Μελέτης της Κλίμακας NFA**

Η αξιοπιστία της κλίμακας για την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει βρέθηκε ίση με Cronbach's  $\alpha = 0,871$ , η οποία κρίνεται αρκετά υψηλή. Προκειμένου να ομαδοποιήσουμε τις συνιστώσες που συνθέτουν την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει, εφαρμόσαμε την πολυμεταβλητή τεχνική της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (exploratory factor analysis). Το μέτρο των Kaiser -Meyer -Olkin (KMO) βρέθηκε ίσο με 0,851 ενώ η στατιστική συνάρτηση του ελέγχου σφαιρικότητας του Bartlett βρέθηκε ίσο με  $\chi^2(210) = 904,546$  ( $p < 0,001$ ). Η υψηλή τιμή του μέτρου KMO και η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης του ελέγχου του Bartlett συνηγορούν στο ότι η εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης στα συγκεκριμένα δεδομένα θα δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η εφαρμογή της τεχνικής της παραγοντικής ανάλυσης με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax, οδήγησε σε 5 στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που ερμηνεύουν το 60,078% της συνολικής διασποράς. Οι 5 παράγοντες, οι μεταβλητές που αποτελούν τον καθένα, καθώς και το ποσοστό της διακύμανσης που ερμηνεύει ο καθένας, δίνονται στον Πίνακα 8.5.1

**Πίνακας 8.5.1 Παραγοντική Μελέτη Κλίμακας NFA**

	Παράγοντας				
	1	2	3	4	5
Μπορεί από ένστικτο να βρει τη θηλή χωρίς βοήθεια και να συλλάβει σωστά τη θηλή	0,807				
Θα οδηγηθεί προς τη θηλή με την αίσθηση της όσφρησης	0,802				
Θα αναπτύξει αναμενόμενη, συντονισμένη συμπεριφορά θηλασμού μέσα σε λίγα λεπτά από τη γέννησή του	0,724				
Ένα τελειόμηνο νεογνό γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο;	0,652				
Ο καρδιακός ρυθμός του νεογνού σταθεροποιείται με τη δερματική επαφή	0,588				
Η πολύωρη συνεχής δερματική επαφή μπορεί να βοηθήσει ένα νεογέννητο να μάθει να θηλάζει		0,677			
Μια μητέρα είναι περισσότερο πιθανό να αποδεχθεί και να αισθάνεται ζεστασιά για το μωρό της εάν έχει δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό		0,668			
Οι μαίες και οι μητέρες να μπορούν να δουν το νεογνό να καταπίνει		0,655			
Η δερματική επαφή βοηθά στην ροή του πύαρ μετά τον τοκετό		0,613			
Η αδιάλειπτη δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό είναι σημαντική για το νεογνό ώστε να επιτευχθεί ο θηλασμός		0,571			
Οι μαίες και οι μητέρες να μπορούν να ακούν το νεογνό να καταπίνει το πύαρ		0,526			

Δεν υπάρχει χρόνος αμέσως μετά τον τοκετό ώστε να επιτραπεί η αδιάλειπτη δερματική επαφή της μητέρας με το νεογνό της μέχρι τον πρώτο θηλασμό			0,790		
Ο χρόνος που απαιτείται για τη δερματική επαφή ώστε να πραγματοποιηθεί ο θηλασμός παρεμποδίζει την ολοκλήρωση της απαιτούμενης τεκμηρίωσης (διαδικαστικά του τοκετού)			0,764		
Η αποφυγή της απώλειας θερμότητας τυλίγοντας το νεογνό με κουβέρτα είναι υψηλότερης προτεραιότητας από την δερματική επαφή για την έναρξη του θηλασμού			0,676		
Με τη δερματική επαφή σταθεροποιούνται τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του νεογνού				0,727	
Η δερματική επαφή είναι σημαντική στην πρόληψη απώλειας θερμότητας του νεογέννητου				0,664	
Η δερματική επαφή βοηθά σημαντικά ώστε το νεογνό να σταθεροποιήσει την αναπνοή του				0,581	
Το τραύμα από τον τοκετό μπορεί να παρεμποδίσει τη σωστή συνεργασία των φυσιολογικών αντανακλαστικών θηλασμού του νεογνού					0,718
Ο αποχωρισμός του νεογέννητου από τη μητέρα κατά τη γέννηση μπορεί να προκαλέσει έντονο stress στο νεογνό					0,541
Οι περισσότερες μητέρες προτιμούν να πλυθούν πρώτα αμέσως μετά τον τοκετό παρά να κρατήσουν το μωρό τους					0,515
Η διακοπή της δερματικής επαφής μέσα σε 15-20 λεπτά από τον τοκετό διαταράσσει σοβαρά τα αντανακλαστικά του θηλασμού για σωστή σύλληψη της θηλής					0,427
% της μεταβλητότητας που ερμηνεύεται	16,490	14,880	10,477	10,394	7,830
Cronbach's a	0,843	0,770	0,705	0,661	0,540

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία



Στον Πίνακα 8.5.1, παρατηρούμε ότι στον πρώτο παράγοντα συμμετέχουν οι μεταβλητές «Μπορεί από ένστικτο να βρει τη θηλή χωρίς βοήθεια και να συλλάβει σωστά τη θηλή», «Θα οδηγηθεί προς τη θηλή με την αίσθηση της όσφρησης», «Θα αναπτύξει αναμενόμενη, συντονισμένη συμπεριφορά θηλασμού μέσα σε λίγα λεπτά από τη γέννησή του», «Ένα τελειόμηνο νεογνό γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο;» και «Ο καρδιακός ρυθμός του νεογνού σταθεροποιείται με τη δερματική επαφή». Ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομασθεί ως «Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου».

Στον δεύτερο παράγοντα συμμετέχουν οι μεταβλητές «Η πολύωρη συνεχής δερματική επαφή μπορεί να βοηθήσει ένα νεογέννητο να μάθει να θηλάζει», «Μια μητέρα είναι περισσότερο πιθανό να αποδεχθεί και να αισθάνεται ζεστασιά για το μωρό της εάν έχει δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό», «Οι μαίες και οι μητέρες να μπορούν να δουν το νεογνό να καταπίνει», «Η δερματική επαφή βοηθά στην ροή του πύαρ μετά τον τοκετό», «Η αδιάλειπτη δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό είναι σημαντική για το νεογνό ώστε να επιτευχθεί ο θηλασμός» και «Οι μαίες και οι μητέρες να μπορούν να ακούν το νεογνό να καταπίνει το πύαρ». Ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομασθεί ως «Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός».

Στον τρίτο παράγοντα συμμετέχουν οι μεταβλητές «Δεν υπάρχει χρόνος αμέσως μετά τον τοκετό ώστε να επιτραπεί η αδιάλειπτη δερματική επαφή της μητέρας με το νεογνό της μέχρι τον πρώτο θηλασμό», «Ο χρόνος που απαιτείται για τη δερματική επαφή ώστε να πραγματοποιηθεί ο θηλασμός παρεμποδίζει την ολοκλήρωση της απαιτούμενης τεκμηρίωσης (διαδικαστικά του τοκετού)» και «Η αποφυγή της απώλειας θερμότητας τυλίγοντας το νεογνό με κουβέρτα είναι υψηλότερης προτεραιότητας από την δερματική επαφή για την έναρξη του θηλασμού». Ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομασθεί ως «Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας».

Στον τέταρτο παράγοντα συμμετέχουν οι μεταβλητές «Με τη δερματική επαφή σταθεροποιούνται τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του νεογνού», «Η δερματική επαφή είναι σημαντική στην πρόληψη απώλειας θερμότητας του νεογέννητου» και «Η δερματική επαφή

βοηθά σημαντικά ώστε το νεογνό να σταθεροποιήσει την αναπνοή του». Ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομασθεί ως «Οφέλη δερματικής επαφής για το νεογέννητο».

Τέλος, στον πέμπτο παράγοντα συμμετέχουν οι μεταβλητές «Το τραύμα από τον τοκετό μπορεί να παρεμποδίσει τη σωστή συνεργασία των φυσιολογικών αντανεκλαστικών θηλασμού του νεογνού», «Ο αποχωρισμός του νεογέννητου από τη μητέρα κατά τη γέννηση μπορεί να προκαλέσει έντονο stress στο νεογνό», «Οι περισσότερες μητέρες προτιμούν να πλυθούν πρώτα αμέσως μετά τον τοκετό παρά να κρατήσουν το μωρό τους» και «Η διακοπή της δερματικής επαφής μέσα σε 15-20 λεπτά από τον τοκετό διαταράσσει σοβαρά τα αντανεκλαστικά του θηλασμού για σωστή σύλληψη της θηλής». Ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομασθεί ως «Αντιλήψεις αποχωρισμού νεογέννητου - μητέρας».

Η αξιοπιστία των 5 παραγόντων κυμαίνεται από 0,540 έως 0,843.

### **8.5.2 Παραγοντική Μελέτη Κλίμακας BIP**

Η αξιοπιστία της κλίμακας που σχετίζεται με την πρακτική που ακολουθείται κατά την έναρξη του θηλασμού βρέθηκε ίση με Cronbach's  $\alpha = 0,709$ , η οποία κρίνεται οριακά υψηλή. Προκειμένου να ομαδοποιήσουμε τις συνιστώσες που συνθέτουν την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει, εφαρμόσαμε την πολυμεταβλητή τεχνική της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (exploratory factor analysis). Το μέτρο των Kaiser -Meyer -Olkin (KMO) βρέθηκε ίσο με 0,714 ενώ η στατιστική συνάρτηση του ελέγχου σφαιρικότητας του Bartlett βρέθηκε ίσο με  $\chi^2(66) = 348,570$  ( $p < 0,001$ ). Η χαμηλή τιμή του μέτρου KMO και η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης του ελέγχου του Bartlett συνηγορούν στο ότι η εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης στα συγκεκριμένα δεδομένα δεν θα δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα για την ανάλυση των δεδομένων (πιθανό μικρό δείγμα έρευνας). Η εφαρμογή της τεχνικής της παραγοντικής ανάλυσης με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax, οδήγησε σε 3 στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που ερμηνεύουν το 54,590% της συνολικής διασποράς.

Στον Πίνακα 8.5.2, παρατηρούμε, στον πρώτο παράγοντα να συμμετέχουν οι μεταβλητές «Θα τοποθετούσα το νεογνό κάτω από την πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα μετρήσεις πριν την πρώτη προσπάθεια θηλασμού», «Θα σκούπιζα και θα τύλιγα το μωρό πριν το δώσω στους γονείς του», «Θα περίμενα μέχρις ότου η Χλόη θα τελείωνε το μπάνιο της και θα ήταν

ικανή να καθίσει άνετα πριν της προσφέρω οποιαδήποτε βοήθεια», «Θα περίμενα μέχρις ότου η Χλόη θα τελείωνε το μπάνιο της και θα ήταν ικανή να καθίσει άνετα πριν της προσφέρω οποιαδήποτε βοήθεια», «Θα έκανα αναρρόφηση των εκκρίσεων κανονικά στο νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό πριν το παραδώσω στη Χλόη», «“Θα τοποθετούσα εγώ το μωρό στο μαστό της” αντί γι αυτήν». Ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομασθεί ως «Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά τον τοκετό».

Στον δεύτερο παράγοντα, συμμετέχουν οι μεταβλητές «Θα ενθάρρυνα τη Χλόη να αφιερώσει χρόνο ώστε να επιτρέψει στο μωρό μόνο του να συλλάβει τη θηλή με τη λιγότερη δυνατή βοήθεια και θα της εξηγούσα τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει», «Θα ρωτούσα τη Χλόη τι θα έκανε η ίδια και θα της εξηγούσα τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει», «Θα ενθάρρυνα την Χλόη και την οικογένειά της να παρακολουθούν για σημεία ετοιμότητας του μωρού να θηλάσει.», «Θα έδειχνα στη Χλόη πώς να καθίσει και να πιάσει το μωρό για βέλτιστο θηλασμό». Ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομασθεί ως «Πρακτικές έναρξης θηλασμού».

Στον τρίτο παράγοντα συμμετέχουν οι μεταβλητές «Πόσο πιθανό θα σας φαινόταν το μωρό της Χλόης να συλλάβει σωστά τη θηλή χωρίς βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό», «Θα τοποθετούσα το μωρό στο στήθος της Χλόης», «θα στέγνωνα το μωρό και θα το κάλυπτα με ζεστή πετσέτα, Θα βοηθούσα τη Χλόη να κρατήσει σε άμεση δερματική επαφή το γυμνό μωρό της». Ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομασθεί ως «Γνώσεις και πρακτικές, παροχής βοήθειας θηλασμού των μαιών».

Η εφαρμογή της τεχνικής της παραγοντικής ανάλυσης με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax, οδήγησε σε 3 στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που ερμηνεύουν το 54,590% της συνολικής διασποράς.

**Πίνακας 8.5.2 Παραγοντική Μελέτη Κλίμακας BIP**

	1	2	3
Θα τοποθετούσα το νεογνό κάτω από την πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα μετρήσεις πριν την πρώτη προσπάθεια θηλασμού	0,717		
Θα σκούπιζα και θα τύλιγα το μωρό πριν το δώσω στους γονείς του	0,692		
Θα περίμενα μέχρις ότου η Χλόη θα τελείωνε το μπάνιο της και θα ήταν ικανή να καθίσει άνετα πριν της προσφέρω οποιαδήποτε βοήθεια	0,674		
Θα έκανα αναρρόφηση των εκκρίσεων κανονικά στο νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό πριν το παραδώσω στη Χλόη	0,67		
“Θα τοποθετούσα εγώ το μωρό στο μαστό της” αντί για αυτήν	0,601		
Θα ενθάρρυνα τη Χλόη να αφιερώνει χρόνο ώστε να επιτρέψει στο μωρό μόνο του να συλλάβει τη θηλή με τη λιγότερη δυνατή βοήθεια και θα της εξηγούσα τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει		0,828	
Θα ρωτούσα τη Χλόη τι θα έκανε η ίδια και θα της εξηγούσα τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει		0,782	
Θα ενθάρρυνα την Χλόη και την οικογένειά της να παρακολουθούν για σημεία ετοιμότητας του μωρού να θηλάσει		0,671	
Θα έδειχνα στη Χλόη πώς να καθίσει και να πιάσει το μωρό για βέλτιστο θηλασμό		-0,491	
Πόσο πιθανό θα σας φαινόταν το μωρό της Χλόης να συλλάβει σωστά τη θηλή χωρίς βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό			-0,733
Θα τοποθετούσα το μωρό στο στήθος της Χλόης, θα στέγνωνα το μωρό και θα το κάλυπτα με ζεστή πετσέτα			0,65
Θα βοηθούσα τη Χλόη να κρατήσει σε άμεση δερματική επαφή το γυμνό μωρό της			0,491
% της μεταβλητότητας που ερμηνεύεται	21,831	20,297	12,461
Cronbach's a	0,745	0,694	0,439

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

## 8.6 Μελέτη Παραγόντων Ερωτηματολογίων NFA & BIP

Στην ενότητα αυτή θα διερευνήσουμε την επίδραση που έχουν τα χαρακτηριστικά του δείγματος στους παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση που παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα.

Στον Πίνακα 8.6.1, παρατηρούμε ότι η ηλικία των συμμετεχόντων δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά, σε κανέναν από τους παράγοντες, επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Σχεδόν οριακά απορρίπτεται η επίδραση της ηλικίας στον παράγοντα «Γνώσεις και πρακτικές, παροχής βοήθειας θηλασμού των μαιών» (Kruskal -Wallis  $\chi^2 = 7,135$ ;  $p = 0,063$ ).

**Πίνακας 8.6.1 Επίδραση Ηλικίας στους Παράγοντες**

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου	20- 30 ΕΤΩΝ	13	21,08	2,362	0,523
	31-40 ΕΤΩΝ	44	20,55	3,038	
	41-50 ΕΤΩΝ	35	21,43	3,310	
	ΑΝΩ 50 ΕΤΩΝ	23	21,26	2,684	
Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός	20- 30 ΕΤΩΝ	13	23,00	4,830	0,679
	31-40 ΕΤΩΝ	44	23,36	3,590	
	41-50 ΕΤΩΝ	35	23,94	3,343	
	ΑΝΩ 50 ΕΤΩΝ	23	24,26	3,805	
Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας	20- 30 ΕΤΩΝ	13	10,92	2,326	0,103
	31-40 ΕΤΩΝ	44	9,98	2,724	
	41-50 ΕΤΩΝ	35	10,60	2,499	
	ΑΝΩ 50 ΕΤΩΝ	23	9,09	2,557	
Οφέλη δερματικής επαφής για το νεογέννητο	20- 30 ΕΤΩΝ	13	11,69	1,702	0,631
	31-40 ΕΤΩΝ	44	11,73	1,809	
	41-50 ΕΤΩΝ	35	11,86	2,171	
	ΑΝΩ 50 ΕΤΩΝ	23	11,04	2,402	
Αντιλήψεις αποχωρισμού νεογέννητου - μητέρας	20- 30 ΕΤΩΝ	13	14,15	2,911	0,856
	31-40 ΕΤΩΝ	44	13,55	2,337	
	41-50 ΕΤΩΝ	35	13,54	2,381	
	ΑΝΩ 50 ΕΤΩΝ	23	13,52	2,294	
Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά τον τοκετό	20- 30 ΕΤΩΝ	13	13,69	3,225	0,523
	31-40 ΕΤΩΝ	44	13,14	4,854	
	41-50 ΕΤΩΝ	35	13,37	3,993	
	ΑΝΩ 50 ΕΤΩΝ	23	11,87	4,516	

Πρακτικές έναρξης θηλασμού	20- 30 ΕΤΩΝ	13	14,46	1,330	0,420
	31-40 ΕΤΩΝ	44	14,09	1,878	
	41-50 ΕΤΩΝ	35	14,40	2,018	
	ΑΝΩ 50 ΕΤΩΝ	23	13,39	2,824	
Γνώσεις και πρακτικές, παροχής βοήθειας θηλασμού, των μαιών	20- 30 ΕΤΩΝ	13	12,08	1,498	0,063
	31-40 ΕΤΩΝ	44	10,73	2,095	
	41-50 ΕΤΩΝ	35	11,80	2,167	
	ΑΝΩ 50 ΕΤΩΝ	23	10,96	1,870	

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Στον Πίνακα 8.6.2, παρατηρούμε ότι ο τίτλος σπουδών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες «Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου» (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 10,981$ ;  $p = 0,004$ ), «Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός» (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 9,548$ ;  $p = 0,008$ ), «Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας» (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 12,597$ ;  $p = 0,002$ ) και «Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά τον τοκετό» (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 15,841$ ;  $p < 0,001$ ). Σε όλες τις περιπτώσεις εκτός από τον παράγοντα «Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας», οι Τ.Ε. Μάιες Msc είχαν το υψηλότερο σκορ και οι Δ.Ε. ή Τ.Ε. Νοσηλευτικής είχαν το μικρότερο σκορ.

Οριακά απορρίπτεται η επίδραση του τίτλου σπουδών στους παράγοντες «Αντιλήψεις αποχωρισμού νεογέννητου - μητέρας» (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 5,726$ ;  $p = 0,057$ ) και «Πρακτικές έναρξης θηλασμού» (Kruskal-Wallis  $\chi^2 = 5,660$ ;  $p = 0,059$ ).

#### Πίνακας 8.6.2 Επίδραση Τίτλου Σπουδών στους Παράγοντες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου	Τ.Ε. ΜΑΙΩΝ MSc	10	22,70	2,584	0,004
	Τ.Ε. ΜΑΙΩΝ	95	21,16	2,765	
	Δ.Ε. ή Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10	18,00	3,528	
Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός	Τ.Ε. ΜΑΙΩΝ MSc	10	25,90	2,378	0,008
	Τ.Ε. ΜΑΙΩΝ	95	23,72	3,726	
	Δ.Ε. ή Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10	21,10	2,998	
Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας	Τ.Ε. ΜΑΙΩΝ MSc	10	9,80	3,011	0,002
	Τ.Ε. ΜΑΙΩΝ	95	10,41	2,520	
	Δ.Ε. ή Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10	7,40	1,506	

Οφέλη δερματικής επαφής για το νεογέννητο	T.E. ΜΑΙΩΝ MSc	10	12,30	1,767	0,219
	T.E. ΜΑΙΩΝ	95	11,63	2,063	
	Δ.Ε. ή Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10	10,90	1,969	
Αντιλήψεις αποχωρισμού νεογέννητου - μητέρας	T.E. ΜΑΙΩΝ MSc	10	14,90	2,885	0,057
	T.E. ΜΑΙΩΝ	95	13,62	2,289	
	Δ.Ε. ή Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10	12,20	2,251	
Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά τον τοκετό	T.E. ΜΑΙΩΝ MSc	10	13,70	4,347	<0,001
	T.E. ΜΑΙΩΝ	95	13,49	4,202	
	Δ.Ε. ή Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10	7,80	2,150	
Πρακτικές έναρξης θηλασμού	T.E. ΜΑΙΩΝ MSc	10	14,70	1,337	0,059
	T.E. ΜΑΙΩΝ	95	14,21	2,015	
	Δ.Ε. ή Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10	12,30	2,751	
Γνώσεις και πρακτικές παροχής βοήθειας θηλασμού των μαιών	T.E. ΜΑΙΩΝ MSc	10	11,60	2,319	0,351
	T.E. ΜΑΙΩΝ	95	11,32	2,043	
	Δ.Ε. ή Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10	10,30	1,947	

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Από τον Πίνακα 8.6.3, παρατηρούμε ότι τα έτη εργασιακής εμπειρίας δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά κανέναν από τους παράγοντες.

### Πίνακας 8.6.3 Επίδραση Ετών Εργασιακής Εμπειρίας στους Παράγοντες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου	0-5 ΕΤΗ	13	20,38	2,987	0,301
	6-10 ΕΤΗ	21	21,67	2,394	
	11-15 ΕΤΗ	28	20,11	3,510	
	ΑΝΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	53	21,40	2,817	
Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός	0-5 ΕΤΗ	13	22,54	4,807	0,818
	6-10 ΕΤΗ	21	23,76	3,477	
	11-15 ΕΤΗ	28	23,64	3,899	
	ΑΝΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	53	23,94	3,405	
Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας	0-5 ΕΤΗ	13	10,77	2,522	0,680
	6-10 ΕΤΗ	21	10,10	2,448	
	11-15 ΕΤΗ	28	10,29	2,551	
	ΑΝΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	53	9,83	2,772	

Οφέλη δερματικής επαφής για το νεογέννητο	0-5 ETH	13	11,54	1,854	0,165
	6-10 ETH	21	12,38	1,658	
	11-15 ETH	28	11,21	1,931	
	ΑΝΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	53	11,57	2,232	
Αντιλήψεις αποχωρισμού νεογέννητου - μητέρας	0-5 ETH	13	14,00	2,972	0,940
	6-10 ETH	21	13,43	1,964	
	11-15 ETH	28	13,46	2,560	
	ΑΝΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	53	13,66	2,345	
Πρακτικές νεογνικής φροντίδας, μετά τον τοκετό	0-5 ETH	13	12,85	3,436	0,851
	6-10 ETH	21	12,62	4,577	
	11-15 ETH	28	12,64	4,990	
	ΑΝΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	53	13,42	4,208	
Πρακτικές έναρξης θηλασμού	0-5 ETH	13	14,08	2,019	0,892
	6-10 ETH	21	14,48	1,965	
	11-15 ETH	28	14,14	2,121	
	ΑΝΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	53	13,91	2,195	
Γνώσεις και πρακτικές, παροχής βοήθειας θηλασμού, των μαιών	0-5 ETH	13	12,00	1,633	0,209
	6-10 ETH	21	10,43	2,461	
	11-15 ETH	28	11,21	1,931	
	ΑΝΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	53	11,42	2,004	

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Από τον Πίνακα 8.6.4, η πιστοποίηση συμβούλου μητρικού θηλασμού επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες «Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου» (Mann-Whitney U = 1225,0; p 0,017) και «Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός» (Mann-Whitney U = 1288,0; p = 0,042). Και στις δύο περιπτώσεις, τα άτομα που είχαν πιστοποίησης συμβούλου μητρικού θηλασμού, είχαν υψηλότερο σκορ.



**Πίνακας 8.6.4 Επίδραση Πιστοποίησης Συμβούλου Μητρικού Θηλασμού στους Παράγοντες**

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου	Ναι	60	21,68	2,696	0,017
	Όχι	55	20,29	3,125	
Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός	Ναι	60	24,32	3,661	0,042
	Όχι	55	22,98	3,629	
Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας	Ναι	60	10,15	2,680	0,799
	Όχι	55	10,04	2,575	
Οφέλη δερματικής επαφής για το νεογέννητο	Ναι	60	11,97	1,991	0,101
	Όχι	55	11,25	2,039	
Αντιλήψεις αποχωρισμού νεογέννητου - μητέρας	Ναι	60	13,78	2,525	0,499
	Όχι	55	13,42	2,234	
Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά τον τοκετό	Ναι	60	13,43	3,864	0,295
	Όχι	55	12,56	4,845	
Πρακτικές έναρξης θηλασμού	Ναι	60	14,22	1,860	0,654
	Όχι	55	13,95	2,345	
Γνώσεις και πρακτικές, παροχής βοήθειας θηλασμού, των μαιών	Ναι	60	11,33	1,989	0,896
	Όχι	55	11,16	2,158	

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Τέλος, από τον Πίνακα 8.6.5, παρατηρούμε ότι ο θηλασμός για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες «Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου» (Mann-Whitney U = 853,0; p = 0,024), «Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός» (Mann-Whitney U = 856,0; p = 0,026), «Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά τον τοκετό» (Mann-Whitney U = 823,0; p = 0,014) και «Πρακτικές έναρξης θηλασμού» (Mann-Whitney U = 870,0; p = 0,031). Σε όλες τις περιπτώσεις, τα άτομα που θήλαζαν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών, είχαν μεγαλύτερο σκορ.

Οριακά απορρίπτεται η επίδραση του θηλασμού στους παράγοντες «Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας» (Mann-Whitney U = 899,0; p = 0,055) και «Οφέλη δερματικής επαφής για το νεογέννητο» (Mann-Whitney U = 939,5; p = 0,070).

**Πίνακας 8.6.5 Επίδραση Εμπειρίας Θηλασμού για Διάστημα>3 Μηνών**

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου	Ναι	54	21,57	3,038	0,024
	Όχι	43	20,26	2,985	
Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός	Ναι	54	24,33	3,571	0,026
	Όχι	43	22,91	3,571	
Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας	Ναι	54	10,44	2,675	0,055
	Όχι	43	9,42	2,301	
Οφέλη δερματικής επαφής για το νεογέννητο	Ναι	54	11,78	2,237	0,070
	Όχι	43	11,19	1,868	
Αντιλήψεις αποχωρισμού νεογέννητου -μητέρας	Ναι	54	13,91	2,428	0,104
	Όχι	43	13,05	1,927	
Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά τον τοκετό	Ναι	54	13,91	4,422	0,014
	Όχι	43	11,67	4,346	
Πρακτικές έναρξης θηλασμού	Ναι	54	14,48	2,081	0,031
	Όχι	43	13,65	2,148	
Γνώσεις και πρακτικές, παροχής βοήθειας θηλασμού, των μαιών	Ναι	54	11,52	1,979	0,137
	Όχι	43	10,88	2,195	

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> Συζήτηση

Καιρόν γνώθι.

Πιττακός ο Μυτιληναίος, 650-570 π.Χ., εκ των 7 σοφών της Αρχ. Ελλάδας

Η ανταπόκριση των συμμετεχόντων στην έρευνα ανήλθε στο 88,19% (n = 115). Το δείγμα αποτέλεσαν μαίες/τές από νοσοκομεία και μαιευτικούς φορείς τις Πελοποννήσου. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (68,7%), άνηκε στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 50 ετών. Σχεδόν το μισό του δείγματος (46,1%) εργάζονταν πάνω από 15 έτη. Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (99,1%) και πάνω από τις μισές (55,7%) δήλωσαν ότι είχαν προσωπική εμπειρία θηλασμού για μεγαλύτερο διάστημα των τριών μηνών. Ως προς τον τίτλο σπουδών των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία τους (88,6%) κατείχε πτυχίο Τ.Ε. Μαιών/ευτών, ενώ ένα μικρό ποσοστό (8,7%) κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο MSc. Πάνω απ τις μισές μαίες/ευτές (55,2%), είχαν λάβει πιστοποίηση συμβούλου μητρικού θηλασμού. Σκοπός του ερωτηματολογίου *NFA* ήταν να προσδιορίσει τις γνώσεις των μαιών/ευτών για την σιτιστική ικανότητα του νεογέννητου σε σχέση με 1) τα οφέλη της επαφής δέρμα με δέρμα (SSC) νεογέννητου – μητέρας, 2) τους παράγοντες που επηρεάζουν την σιτιστική ικανότητα του νεογέννητου, 3) τις πρακτικές που εφαρμόζουν κατά προτεραιότητα οι μαίες/ευτές για την διαχείριση του πρώτου θηλασμού, 4) τον αποτελεσματικό θηλασμό. Το μέσο σκορ για την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει βρέθηκε ίση με 80,03 ( $\pm$  9,952). Η μικρότερη τιμή ήταν 58 και η μεγαλύτερη 104.

Το δείγμα στην συντριπτική του πλειοψηφία (97,4%) γνωρίζει ότι το νεογέννητο, γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο. Το ένα πέμπτο (19,1%) όμως τον ερωτώμενων διαφωνεί ή δεν είναι βέβαιος/η αν το νεογνό μπορεί να βρει τη θηλή χωρίς βοήθεια, ενώ πάνω από το ένα πέμπτο (22,6%) διαφωνεί ή δεν είναι βέβαιος/η ότι θα οδηγηθεί προς τη θηλή, με την αίσθηση της όσφρησης.

Στα οφέλη της δερματικής επαφής (SSC), ένα μεγάλο ποσοστό (79,2%), γνωρίζει ότι βοήθα σημαντικά στην σταθεροποίηση της αναπνοής του, αλλά ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό (71,3%) δεν γνωρίζει ότι σταθεροποιεί τα επίπεδα ζακχάρου στο αίμα του νεογνού. Περίπου το ένα τρίτο (30,4%) δείχνει να αμφιβάλει για το αν βοήθα στην ροή του πύατος μετά τον τοκετό καθώς και ένα μικρό ποσοστό (24,3%) διαφωνεί ή δεν είναι βέβαιος/η για το αν η SSC

μπορεί να βοηθήσει ένα νεογέννητο να μάθει να θηλάζει. Σύγχυση φαίνεται να επικρατεί στο δείγμα όσον αφορά την αντίληψη τους για τον αποτελεσματικό θηλασμό, κυρίως στην κατανόηση του τρόπου παρατήρησης μεταφοράς του πύατος, σχεδόν το μισό δείγμα (49,6%) πιστεύει ότι δεν μπορεί να ακούσει το νεογνό να καταπίνει πύαρ, ενώ το άλλο μισό (50,4%) δηλώνει ότι μπορεί. Στην πλειοψηφία τους όμως οι μαίες/ευτές, συμφωνούν ότι μπορούν να δουν το νεογνό να καταπίνει πύαρ.

Όσον αφορά το τραύμα αποχωρισμού του τοκετού νεογέννητου – μητέρας, πάνω από το ένα τέταρτο (27,8%) δεν γνωρίζει ότι μπορεί να προκαλέσει έντονο stress στο νεογνό, πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (54,8%), δεν πιστεύουν ότι μπορεί να παρεμποδίσει τη σωστή συνεργασία των φυσιολογικών αντανεκλαστικών του θηλασμού του νεογνού, ενώ σχεδόν οι μισοί (41,7%) αμφιβάλλουν ότι η διακοπή της SSC μέσα στα πρώτα 15-20 λεπτά από τον τοκετό, μπορεί να διαταράξει σοβαρά τα αντανεκλαστικά του θηλασμού του νεογνού.

Για τις πρακτικές που εφαρμόζουν οι μαίες/ευτές για τη διαχείριση του πρώτου θηλασμού, πάνω από το ένα τρίτο (38,7%), πιστεύει ότι η διαδικασία του τοκετού παρεμποδίζει την πραγματοποίηση της SSC, λόγω έλλειψης χρόνου του προσωπικού, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (25,2%) επιλέγει ως πρακτική νεογνικής φροντίδας, να τυλίξει το νεογνό με κουβέρτα για την αποφυγή της απώλειας θερμότητας. Οι ερωτώμενοι όσον αφορά τον χρόνο που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί η SSC δείχνουν διχασμένοι. Σχεδόν οι μισοί (45,3%) δεν είναι βέβαιοι ή συμφωνούν ότι παρεμποδίζεται η ολοκλήρωση της διαδικασίας του τοκετού, ενώ λίγο πάνω από τους μισούς (54,8%) πιστεύουν πως όχι. Περίπου το ένα τρίτο του δείγματος (24,3%), θα προτιμούσαν οι μητέρες να πλυθούν πρώτα αμέσως μετά τον τοκετό, παρά να κρατήσουν το μωρό τους.

Σκοπός του ερωτηματολογίου *BIP* ήταν να προσδιορίσει τις πρακτικές ρουτίνας διαχείρισης του πρώτου θηλασμού. Το μέσο σκορ για την πρακτική που ακολουθείται κατά την έναρξη του θηλασμού, βρέθηκε ίση με 38,357 ( $\pm$  6,499). Η μικρότερη τιμή ήταν 22 και η μεγαλύτερη 55.

Ως πιο συχνή (87%) πρακτική παροχής βοήθειας πρώτου θηλασμού, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι θα ενθάρρυναν τη Χλόη να αφιερώσει χρόνο στο μωρό της, να θηλάσει με τη

λιγότερη δυνατή βοήθεια. Επιπροσθέτως ένα παρόμοιο ποσοστό (85,2%) θα εξηγούσε στη χλόη τη φυσιολογική ικανότητα του νεογνού να θηλάσει. Άλλωστε τα τρία τέταρτα του δείγματος (72,2%) πιστεύουν ότι είναι πιθανό το μωρό της Χλόης να μπορεί να θηλάσει μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό χωρίς βοήθεια. Αντιθέτως όμως, τα τρία τέταρτα (71,3%) των ερωτηθέντων θα έδειχναν στη Χλόη πώς να θηλάσει και ένα επίσης υψηλό ποσοστό (67%), θα τοποθετούσε το μωρό στο μαστό της, αντί για αυτήν.

Παρόλο που αρκετοί απ' τους ερωτηθέντες (72,1%) γνωρίζει για το έντονο stress που μπορεί να προκαλέσει ο αποχωρισμός νεογέννητου-μητέρας, πάνω από τους μισούς (51,3%), μερικές φορές έως πάντα θα απομάκρυναν το νεογέννητο μετά τη γέννηση, για να πραγματοποιήσουν αναρρόφηση εκκρίσεων στο νεογνό. Στην πλειοψηφία τους (81,8%), θα σκούπιζαν και θα τύλιγαν το μωρό πριν το δώσουν στους γονείς τους και πάνω από τους μισούς (57,3%) θα τοποθετούσαν το μωρό κάτω από πηγή θερμότητας για την νεογνική φροντίδα (ζύγισμα, μετρήσεις κ.α.).

Τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης του ερωτηματολογίου *NFA*, ανέδειξαν στην ανά χείρας έρευνα, πέντε σημαντικούς παράγοντες. Τον παράγοντα «Γνώσεις προσιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου», τον παράγοντα «Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός», τον παράγοντα «Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας», τον παράγοντα «Οφέλη δερματικής επαφής για το νεογέννητο» και τον παράγοντα «Αντιλήψεις αποχωρισμού νεογέννητου από τη μητέρα». Ενώ του *BIP*, τρεις. Τον παράγοντα «Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά τον τοκετό». Τον παράγοντα «Πρακτικές έναρξης θηλασμού» και τον παράγοντα «Γνώσεις και πρακτικές, παροχής βοήθειας θηλασμού των μαιών».

Όσον αφορά την επίδραση που είχαν κάποια χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς της έρευνας στους παραπάνω παράγοντες, πρόεκυψε ότι το χαρακτηριστικό της ηλικίας δεν φαίνεται να επιδρά σε κανέναν. Το χαρακτηριστικό του τίτλου σπουδών των μαιών/ευτών φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες «Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου» ( $p= 0,004$ ), τον παράγοντα «Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός» ( $p= 0.008$ ), το παράγοντα «Εμπόδια δερματικής επαφής νεογέννητου - μητέρας» ( $p= 0.002$ ) και τον παράγοντα «Πρακτικές νεογνικής φροντίδας μετά

τον τοκετό» ( $p= 0.001$ ). Στους περισσότερους παράγοντες οι Μαίες/ευτές MSc είχαν υψηλότερο σκορ, ενώ οι Δ.Ε. ή Τ.Ε. Νοσηλεύτριες είχαν μικρότερο.

Τα έτη εργασιακής εμπειρίας των μαιών/ευτών δεν επηρεάζουν στατιστικά κανέναν απ' τους παράγοντες. Η κατοχή πιστοποίησης συμβούλου μητρικού θηλασμού επηρεάζει σημαντικά τους παράγοντες «Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου» ( $p= 0,017$ ) και «Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός» ( $p= 0,042$ ). Και στις δυο περιπτώσεις τα άτομα που είχαν λάβει πιστοποίηση συμβούλου μητρικού θηλασμού είχαν υψηλότερο σκορ.

Τέλος, η προσωπική εμπειρία θηλασμού των μαιών για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών, επηρεάζει σημαντικά τους παράγοντες «Γνώσεις προ-σιτιστικής συμπεριφοράς νεογέννητου» ( $p= 0,024$ ), «Δερματική επαφή και αποτελεσματικός θηλασμός» ( $p= 0.014$ ) και «Πρακτικές έναρξης θηλασμού» ( $p= 0.031$ ). Σε όλες τις περιπτώσεις οι μαιές που θήλασαν για χρονικό διάστημα των 3 μηνών είχαν μεγαλύτερο σκορ.

Σε αυτή τη μελέτη ερευνήσαμε το γνωστικό επίπεδο των μαιών, για την προ-σιτιστική ικανότητα των νεογέννητων, για τις πρακτικές ρουτίνας που ακολουθούν οι μαιές/τές, για την πραγματοποίηση της επαφής δέρμα με δέρμα και της έναρξης του πρώτου θηλασμού, μετά τη γέννηση. Το δείγμα των μαιών του δείγματος, αποτελεί ένα μέρος του συνόλου το οποίο εργάζεται και παρέχει μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, δεν παύει όμως να αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα. Για πρώτη φορά εκπονήθηκε μια μελέτη, οι οποία επιδίωκε να διερευνήσει όρους και έννοιες, που ως τώρα δεν ήταν ευρέως χρησιμοποιούμενοι αλλά και εφαρμόσιμοι πίσω απ' τις κλειστές πόρτες των αιθουσών τοκετών. Σίγουρα, μελλοντικές διερευνήσεις, σε μεγαλύτερο μεγέθους δείγμα, θα δώσουν πληρέστερη εικόνα και θα εντοπίσουν γνωστικά κενά ή εκπαιδευτικές ελλείψεις σε ένα επιστημονικό προσωπικό που ασκεί μεγάλη επιρροή στις γυναίκες που τεκνοποιούν και στις οικογένειες τους (Esteves T. *et al* 2014; Vieira T. *et al* 2010; WHO 1989).

Τα αποτελέσματα συνηγορούν ότι το παγκόσμιο κριτήριο 4 (*Step 4*) των BFHI δεν είναι ξεκάθαρα κατανοητό ή εφαρμόσιμο στην Ελλάδα. Οι μαιές/τές της Πελοποννήσου φαίνεται να μην μπορούν να αποσαφηνίσουν ξεκάθαρα την σημασία και την σπουδαιότητα εννοιών όπως “επαφή δέρμα με δέρμα”, “αποχωρισμός νεογέννητου - μητέρας”, “προ-σιτιστική

συμπεριφορά νεογέννητου” και “παροχή βοήθειας θηλασμού”. Διαφαίνεται να υφίστανται δυσχέρειες εφαρμογής της θεωρίας, στην πράξη.

Οι ερωτώμενοι, ενώ γνωρίζουν την έμφυτη σιτιστική ικανότητα του νεογέννητου (Woolridge M. 1986; Srivastava S. *et al* 2014), αμέσως μετά τον τοκετό παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο γνώσεων για το “προδιαγραμμαμένο μονοπάτι των αισθήσεων” που θα οδηγήσει το νεογέννητο στο μαστό να συλλάβει τη θηλή (Henderson A. 2011; Chaturvedi P. 2008; Widström A-M. 2010; Klaus M. 1998). Αποδέχονται γενικότερα τα οφέλη της επαφής δέρμα με δέρμα νεογέννητου– μητέρας (Moor E. R. *et al* 2007; Buckley S. 2005; Velandia M. 2012), αλλά δεν γνωρίζουν την σπουδαιότητα στη σωματική σταθεροποίηση του νεογνού και της μητέρας (Winberg J. 2005; Takahashi Y. 2011), αλλά και τη σημασία της έναρξης και διατήρησης της γαλουχίας (Cantrill R. *et al* 2014; Bramson I. 2009; Aghdas K. 2014).

Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν διαφορετικές απόψεις για την παρακολούθηση του πρώτου αποτελεσματικού θηλασμού. Όσον αφορά το τραύμα του τοκετού στο νεογέννητο (Kavanagh L. *et al* 2015; Raylene P. 2013), οι μισοί περίπου από τους ερωτώμενους το αμφισβητούν. Ενώ η βοήθεια που παρέχουν στο πρώτο θηλασμό είναι η “hands on” πρακτική (Cantrill R. *et al* 2014). Τέλος οι μαιές/τες θεωρούν τις πρακτικές ρουτίνας για την περάτωση ενός τοκετού, μια τροχοπέδη για την εφαρμογή των οδηγιών, για έναν επιτυχημένο και αποτελεσματικό θηλασμό.

Στην Ελλάδα δεν έχει ως τώρα διεξαχθεί παρόμοια έρευνα που να διερευνά εις βάθος τις γνώσεις των μαιών/τών αλλά και τις πρακτικές που ακολουθούν στην μητρική και νεογνική φροντίδα αμέσως μετά τη γέννηση. Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει ένας μικρός αριθμός μελετών (James P. J. and Berkowitz A. R. 2012; Mc Laughlin M. *et al* 2011; Svedberg S. 2015) που διερευνούν γενικότερες γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών για τον μητρικό θηλασμό. Κατά το πλείστον αναφέρονται και διερευνούν ιατρικό προσωπικό (παιδιάτρους, γυναικολόγους) ή νοσηλευτικό προσωπικό. Η “ιερή ώρα” μετά τον τοκετό, η επαφή δέρμα με δέρμα (SSC) και ο πρώτος θηλασμός, δεν βρίσκονται στο ερευνητικό προσκήνιο ενώ οι μαιές δεν αφορούν τον κύριο πληθυσμό στόχο, για διερεύνηση.

Για μας, σημείο αναφοράς διαδραμάτισε η μελέτη της Debra K. Creedy *et al* (2008), με τίτλο “Διερευνώντας τις Γνώσεις Θηλασμού των Μαιών: Στοιχεία Ερωτηματολόγιων *NFA & BIP*”, που διεξήχθη στα πλαίσια μιας εθνικής μελέτης, σε μαιές της Αυστραλίας (n= 3,500). Η μελέτη αυτή παρήγαγε αποτελέσματα, τα οποία θα επιχειρηθεί να συσχετιστούν και να συγκριθούν με τα αποτελέσματα της ανά χείρας μελέτης.

Πρώτιστα όμως θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι η συγκεκριμένη χώρα χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή εθνική πολιτική υγείας, που στοχευμένα παρέχει υψηλού επιπέδου προ - περι - μετά γενετική φροντίδα, εστιασμένα ακόμα και σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες όπως μετανάστες και ιθαγενείς. Στην εθνική έρευνα προσδιορισμού των ποσοστών μητρικού θηλασμού, που διεξήχθη το 2010 στην Αυστραλία (Australian National Infant Feeding Survey), κατεγράφησαν σε σχέση με τα Ελληνικά ποσοστά μητρικού θηλασμού, αξιοπρόσεκτες διαφορές. Στην Αυστραλία 96% των μητέρων αρχίζουν να θηλάζουν μετά τη γέννηση (Ελλάδα 41%), 39% συνεχίζουν να θηλάζουν στους πρώτους τρεις μήνες γέννησης (Ελλάδα 11%), ενώ 15% θηλάζουν αποκλειστικά στους 6 μήνες ζωής του βρέφους (Ελλάδα 0,8%).

Επιπροσθέτως θα πρέπει να λάβουμε ακόμα υπόψιν και τις πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις του μητρικού θηλασμού. Τις διαφορές δηλαδή του πολιτισμικού και κοινωνικού υπόβαθρου των δυο χωρών (Αυστραλία – Ελλάδα). Ανθρωπολογικές μελέτες αναφέρουν ότι η σίτιση των νεογέννητων θηλαστικών με μητρικό γάλα, δεν θα ήταν ποτέ μια επιλογή αλλά μάλλον ένας φυσικός τρόπος διατροφής. Χωρίς την επίδραση του πολιτισμού και άλλων πεποιθήσεων, τα νεογέννητα θα συνέχιζαν να θηλάζουν μέχρι την ηλικία των 2,5 έως 7 χρόνια. Έτσι λοιπόν δεν είναι τυχαίο ότι ορισμένες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε πολυπολιτισμικές κοινότητες βρέθηκε ότι η εθνικότητα έχει σχέση με το θηλασμό καθώς και με τη διάρκεια του (Αθανασοπούλου Μ. και συν, 2013).

Η Ελληνική έρευνα συγκέντρωσε ποσοστό ανταπόκρισης, 88,19%, n= 115, οι μαιές του εξωτερικού ανταποκρίθηκαν σε ποσοστό 31,6%, n= 1.107. Και στις δυο έρευνες το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος άνηκε στην ηλικία κάτω των 50 ετών , η εργασιακή τους εμπειρία κυμαίνονταν στην Αυστραλία, στα 12,7 έτη, ενώ στην Ελλάδα σχεδόν το μισό του δείγματος εργάζονταν πάνω από 15 έτη. Η προσωπική εμπειρία θηλασμού των μαιών/τών της



Αυστραλίας ανέρχονταν σε σχετικά υψηλά ποσοστά (64,9%), ενώ τα εγχώρια κυμάνθηκαν λίγο πάνω από το μισό του δείγματος (55,7%). Πιστοποίηση συμβούλου θηλασμού είχαν λάβει στην έρευνα των Debra K. Creedy *et al*, ένα χαμηλό ποσοστό (17,5%), ενώ οι Έλληνιδες μαίες/τές κατείχαν πάνω από το μισό του δείγματος (55,2%).

Το μέσο σκορ του ερωτηματολογίου *NFA* της Αυστραλίας ήταν 85,94 από 105, ενώ του Ελληνικού *NFA* 83.03 ( $\pm$  9,952). Το μέσο σκορ του ερωτηματολογίου *BIP* της Αυστραλίας ήταν 46,84 από 60 ενώ του Ελληνικού *BIP* 38,357 ( $\pm$  6,499).

Και στις δυο χώρες οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι το νεογέννητο θα αναπτύξει συντονισμένη συμπεριφορά θηλασμού μέσα σε λίγα λεπτά από τη γέννηση, (Αυστραλία 96,8% - Ελλάδα 90,4%), θα βρει τη θηλή για να θηλάσει αποτελεσματικά, χωρίς βοήθεια (Αυστραλία 74,4% - Ελλάδα 80,9%) με την βοήθεια της αίσθησης της όσφρησης (Αυστραλία 76,6% - Ελλάδα 77,4%). Όσον αφορά τα οφέλη της επαφής SSC η συντριπτική πλειοψηφία και των δυο ερευνών συμφωνεί ότι προλαμβάνει την απώλεια θερμότητας του νεογέννητου (Αυστραλία 96,8% - Ελλάδα 86,9%) και ότι βοηθά το νεογέννητο να θηλάσει (Αυστραλία 66,8% - Ελλάδα 75,7%). Σε χαμηλά επίπεδα κυμάνθηκαν τα ποσοστά των μαιών και των δυο χωρών που γνώριζαν ότι τα επίπεδα ζαχάρου αίματος του νεογέννητου, σταθεροποιούνται με την επαφή δέρμα με δέρμα (Αυστραλία 37,8% - Ελλάδα 27,8%).

Για το τραύμα του αποχωρισμού νεογέννητου –μητέρας, οι μαίες της Αυστραλίας γνωρίζουν ότι μπορεί να προκαλέσει stress στο νεογέννητο, σε ψηλότερα ποσοστά (Αυστραλία 65,6% - Ελλάδα 46,9%) ενώ περίπου οι μισοί ερωτώμενοι δεν γνωρίζουν ότι η διακοπή της SSC μέσα στα 15-20 λεπτά μετά τη γέννηση, διαταράσσει τα αντανακλαστικά του θηλασμού (Αυστραλία 57,2% - Ελλάδα 53,1%).

Οι πρακτικές φροντίδας των μαιών, όπως το στέγνωμα και το τύλιγμα του νεογνού, πριν το δώσουν στους γονείς του, είναι χαμηλής προτεραιότητας για τις μαίες της Αυστραλίας, εν αντιθέσει της Ελλάδας (Αυστραλία 91,1% - Ελλάδα 18,3%). Η διαδικασία του τοκετού, σε σχέση με την SSC, κυρίως για τις μαίες της Αυστραλίας (Αυστραλία 90,5% - Ελλάδα 54,8%) και το μπάνιο της μητέρας μετά το τοκετό, σε σχέση με το να κρατήσει το μωρό της, είναι επίσης χαμηλής προτεραιότητας φροντίδα, κυρίως για τις μαίες/τές του εξωτερικού

(Αυστραλία 91,5% - Ελλάδα 75,7%). Στο ότι δεν υπάρχει χρόνος μετά τον τοκετό για να επιτραπεί η SSC διαφώνησε η πλειοψηφία των Αυστραλών μαιών (Αυστραλία 88,1% - Ελλάδα 51,3%).

Σύγκριση φαίνεται να επικρατεί και στα δυο δείγματα, όσο αφορά την αντίληψη τους για τον αποτελεσματικό θηλασμό κυρίως στην κατανόηση του τρόπου παρατήρησης, μεταφοράς του πύατος. Πάνω από το μισό δείγμα των Αυστραλών μαιών/τών (68,1%) πιστεύει ότι δεν μπορεί να ακούσει το νεογνό να καταπίνει πύαρ, ενώ στην Ελλάδα οι μαιές πιστεύουν ότι μπορούν (50,4%). Πάνω απ τις μισές μαιές/ευτές της Αυστραλίας συμφωνούν ότι μπορούν να δουν το νεογνό να καταπίνει πύαρ (57,7%), ενώ οι Ελληνίδες αγγίζουν υψηλότερα ποσοστά (82,6%).

Οι μαιές της Αυστραλίας, ποτέ στην πλειοψηφία τους, δεν θα έκαναν αναρρόφηση εκκρίσεων του νεογνού, πριν το παραδώσουν στη Χλόη (Αυστραλία 86,0% - Ελλάδα 19,1%). Ποτέ δεν θα τοποθετούσαν το νεογνό κάτω από πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα, μετρήσεις, πριν το πρώτο θηλασμό (Αυστραλία 65,8% - Ελλάδα 11,3%). Ποτέ δεν θα σκούπιζαν και θα τύλιγαν το νεογέννητο, πριν το δώσουν στους γονείς (Αυστραλία 54,8% - Ελλάδα 7,0%).

Οι πρακτικές παροχής βοήθειας θηλασμού, που ακολουθούν οι μαιές της Αυστραλίας είναι, περιστασιακά (65,5%) να τοποθετούν το μωρό της Χλόης στο μαστό της, αντί γι αυτήν. Οι Ελληνίδες θα το έπρατταν τις περισσότερες φορές (43,5%). Τέλος θα ρωτούσαν τη Χλόη, παρόμοια ποσοστά και στις δυο χώρες (Αυστραλία 45,7% - Ελλάδα 40,9%) για το τι θέλει να κάνει η ίδια, για να θηλάσει το μωρό της.

### **9.1 Διατύπωση Προτάσεων για Μελλοντικές Παρεμβάσεις**

Η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού αποτελούν βασική προτεραιότητα της δημόσιας υγείας. Ο μητρικός θηλασμός είναι αναφαίρετο δικαίωμα κάθε νεογέννητου, αποκλειστικό προνόμιο κάθε μητέρας και αναντικατάστατος παράγοντας για τη σωματική και την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού (Εθν. Πολιτική Μητρικού Θηλασμού Κύπρου).

Ο ΠΟΥ, η UNICEF, τα ΒFHI και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής προτείνουν όλοι οι υγειονομικοί φορείς, να υιοθετήσουν πολιτικές και πρακτικές έναρξης και διατήρησης μητρικού θηλασμού. Στην Ελλάδα ένα πολύ μικρό ποσοστό νεογέννητων γεννιούνται σε φιλικό για το μητρικό θηλασμό περιβάλλον. Είναι επιτακτική ανάγκη σε παγκόσμιο, εθνικό, κοινοτικό αλλά και επίπεδο οργανισμών, να εφαρμόζονται διαδικασίες, ρουτίνες, πρακτικές, πολιτικές και πρωτόκολλα τα οποία θα υλοποιούνται από το υγειονομικό προσωπικό, τους γονείς, τους τοπικούς φορείς αλλά και από την κοινωνία γενικότερα. Σκοπό όλων αυτών είναι η πρόωμη έναρξη του μητρικού θηλασμού μέσα στις αίθουσες τοκετών, η διατήρηση και η μετάδοση μηνυμάτων υποστήριξης του.

Το Βήμα 1 (*Ten steps*) για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό αναφέρεται στην Ανάπτυξη και Εφαρμογή Γραπτής Πολιτικής για τον Μητρικό Θηλασμό. Κάθε κέντρο παροχής μαιευτικών υπηρεσιών και φροντίδας στο νεογέννητο, πρέπει να μεριμνήσει για την ανάπτυξη και την εφαρμογή Γραπτής Πολιτικής για το μητρικό θηλασμό.

Με την γραπτή πολιτική καθορίζονται πρότυπα φροντίδας, δίδονται κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή τους, εξασφαλίζεται η προστασία, η προαγωγή και η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Οργανώνεται ένα κοινό πλαίσιο ενεργειών, παρέχονται κατανοητές γραπτές οδηγίες, προσανατολισμένες σε σταθερές και ομόφωνες πρακτικές. Ενημερώνεται όλο το προσωπικό για την Γραπτή Πολιτική και κατανοεί το ρόλο του μέσα σε αυτήν (WHO 1998). Το προσωπικό δεσμεύεται για την πιστή εφαρμογή της, την διαφύλαξη και την επικαιροποίηση της, καθώς αναπτύσσονται ελεγκτικοί μηχανισμοί για την υποχρεωτική εφαρμογή της αλλά και για τον επανασχεδιασμό σχεδίου δράσης, όταν αυτό επιβάλλεται.

Οι περισσότεροι Ελληνικοί μαιευτικοί φορείς δεν εφαρμόζουν τα δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό, τον διεθνή κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, πρωτόκολλα θηλασμού και δεν θέτουν στόχους (goals) αύξησης των ποσοστών του μητρικού θηλασμού.

- Τα αυξημένα ποσοστά των ΚΤ
- Η απομάκρυνση από το φυσικό τοκετό
- Η αδιαφορία και η έλλειψη ενημέρωσης από τους γονείς
- Η έλλειψη εκπαίδευσης του επιστημονικού προσωπικού

- Η έλλειψη επιστημονικού προσωπικού
- Η ασάφεια του ρόλου του υγειονομικού προσωπικού
- Η ευαισθητοποίηση του προσωπικού σε έννοιες όπως “ η επαφή δέρμα με δέρμα μητέρας – παιδιού”, “η πρώιμη έναρξη του πρώτου θηλασμού” κ.α.
- Η έλλειψη προ - περί – μεταγεννητικής φροντίδας
- Η αποφυγή καταμέτρησης και έρευνας π.χ. προσδιορισμού των ποσοστών μητρικού θηλασμού
- Η αποφυγή έλεγχου, αυτοαξιολόγησης για τον επαναπροσδιορισμό των πρακτικών, των στάσεων και των δράσεων, αναχαιτίζουν τις όποιες προσπάθειες και πολιτικές για την επίτευξη των στόχων για την προστασία, προαγωγή και διάδοση του μητρικού θηλασμού.

## 9.2 Προτεινόμενες Επιδιώξεις

*Υπαρξη γραπτής πολιτικής, η οποία θα χαράζει την πολιτική υγείας και διατροφής, θα διαχειρίζεται την υγεία μητέρας – παιδιού, θα οργανώνει και θα σχεδιάζει τις κατευθυντήριες γραμμές που πρέπει να εφαρμοστούν. Η πολιτική θα πρέπει να είναι γνωστή στο προσωπικό και να το δεσμεύει για προσήλωση στις ενέργειες και πράξεις που θα πρέπει να γίνουν για την επανεγκατάσταση της κουλτούρας του μητρικού θηλασμού. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να κατανοούν το “ρόλο” που θα πρέπει να παίξουν για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η σύνταξη και χρήση καταλόγων δράσεων είναι ωφέλιμοι για την επιβεβαίωση της εφαρμογής των παγκόσμιων κριτηρίων.*

Οι διοικήσεις των οργανισμών θα πρέπει να δεσμεύονται για την σωστή κατεύθυνση των μοχλών οργάνωσης. Να προβαίνουν στις ανάλογες πρωτοβουλίες, παραινέσεις και να σχεδιάζουν τις απαραίτητες αλλαγές μέσα στον οργανισμό για την διευκόλυνση των εργαζομένων στην προώθηση του μητρικού θηλασμού. Οι ιθύνοντες έχουν χρέος να εντοπίζουν τα κενά και τις ελλείψεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες, και το προσωπικό τους. Να εντοπίζουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες τους με σκοπό την αναπροσαρμογή της εκπαίδευσής τους. Να τους παρέχουν κίνητρα, να θέτουν τις προτεραιότητες. Να εξασφαλίζουν υποστηρικτικό περιβάλλον (δομές υπηρεσιών) για να διευκολύνουν τις ενέργειες τους.

*Εκπαίδευση προσωπικού*, το βήμα 2 (*Step 2*) των παγκοσμίων κριτηρίων είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού με στόχο την εφαρμογή της πολιτικής προώθησης του μητρικού θηλασμού. Έρευνες (Γάκη Ε. και συν 2009; Huan – Ming L. *et al* 2014; WHO/CHD 1998; Esteves T. *et al* 2014; Zakarija-Grkovic I. and Burmaz T. 2010) θηλασμού έχουν καταδείξει ότι η παροχή συμβουλών στις μητέρες και στις οικογένειες τους, από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας και ειδικούς συμβούλους θηλασμού, επηρεάζουν την απόφαση και την κρίση των εγκύων και των μητέρων για την σίτιση του παιδιού τους, ενώ αυξάνουν τα ποσοστά και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης πρέπει να εφοδιάζει με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες τους επαγγελματίες υγείας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Να ενημερώνει και να ευαισθητοποιεί για τα οφέλη και το πλαίσιο δράσης του μητρικού θηλασμού, να προσδιορίζει το ρόλο και να τονίζει τη σπουδαιότητα του προσωπικού, στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού αλλά και τη δύναμη της επιρροής του στην κοινωνία.

*Προγεννητική – Περιγεννητική – Μεταγεννητική φροντίδα* για τα οφέλη και τη διαχείριση του μητρικού θηλασμού. Είναι πολύ σημαντικό στις σημαντικές αυτές περιόδους των γυναικών να γίνονται προσπάθειες για τη διαμόρφωση θετικής στάσης και κουλτούρας μητρικού θηλασμού. Έρευνες (Esteves T. *et al* 2014; Vieira T. *et al* 2010; WHO 1989), έχουν αποδείξει ότι η προετοιμασία αλλά και η στήριξη προ – περί και μεταγεννητικά επηρεάζει θετικά τις μητέρες και τις οικογένειες τους.

Σκοπός της προετοιμασίας των εγκύων και μητέρων είναι:

- Η αύξηση των ποσοστών έναρξης και διατήρησης του μητρικού θηλασμού
- Η γνωστοποίηση των πλεονεκτημάτων του
- Η εφαρμογή πλάνου τοκετού
- Η καταγραφή της επιθυμίας της μητέρας για τις πρακτικές σίτισης που θα ακολουθήσει, για το νεογνό της
- Η προώθηση της επαφής δέρμα με δέρμα μητέρας και παιδιού
- Η έναρξη του πρώτου θηλασμού μέσα στο πρώτο μισάωρο από τη γέννηση
- Η ενημέρωση για τις πρακτικές διαχείρισης του μητρικού θηλασμού
- Σε περίπτωση απομάκρυνσης του νεογνού από τη μητέρα, εκπαίδευση αυτής, για την άμεση, συλλογή του μητρικού γάλακτος και τη διατήρηση της γαλουχίας

Παράλληλα πρέπει να ευνοηθεί η ανάπτυξη εθελοντικών ομάδων στήριξης μητρικού θηλασμού, φόρουμ υποστήριξης μητέρων, στήριξη ειδικών και ευάλωτων ομάδων πληθυσμού π.χ. μετανάστες ή έφηβες μητέρες.

*Προώθηση Έρευνας και Συλλογής Στοιχείων, Επικαιροποίηση και Επανασχεδιασμός, αξιολόγηση της επάρκειας, προσδιορισμός των αναγκών, των ελλείψεων των παρεχόμενων υπηρεσιών υποστήριξης του θηλασμού. Ταυτοποίηση των εμποδίων και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Αυτοαξιολόγηση του οργανισμού για την επαναδημιουργία ή αναπροσαρμογή στόχων (goals) και προώθηση αλλαγών.*

### ➤ **Περιορισμοί Έρευνας**

Κατά την διάρκεια εκπόνησης της έρευνας, καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια προκειμένου να τηρηθούν οι κανόνες δεοντολογίας, αλλά και να διεξαχθούν το δυνατόν εγκυρότερα και τεκμηριωμένα αποτελέσματα. Οι παραπάνω προσπάθειες θεωρούμε ότι ευόδωσαν και οι στόχοι επετεύχθησαν σε ικανοποιητικό βαθμό.

Παράλληλα παρουσιάστηκαν κάποιοι περιορισμοί και δυσκολίες. Αρχικά αντιμετωπίσαμε έναν γεωγραφικό και χρονικό περιορισμό, ο οποίος επηρέασε το μέγεθος του πληθυσμού αναφοράς. Το δείγμα πληθυσμού γεωγραφικά περιορίστηκε στην περιφέρεια Πελοποννήσου λόγω κόστους και χρόνου. Εκεί ήρθαμε αντιμέτωποι με αρκετά μαιευτικά ιδρύματα, άλλοτε σφραγισμένα και αποδυναμωμένα από υγειονομικό προσωπικό και γεννήσεις και άλλοτε συναδέλφους κουρασμένους και αποκαρδιωμένους. Ως εκ τούτου το δείγμα αποτέλεσαν 115 μαιές και μαιευτές. Δείγμα το οποίο μπορεί να εκτιμηθεί ως περιορισμένο, για να γενικευτούν τα συμπεράσματα και αποτελέσματα που διεξήχθησαν, στο σύνολο της επιστημονικής μαιευτικής κοινότητας και να εκτιμηθούν οι γνώσεις, οι αντιλήψεις αλλά και οι πρακτικές που εφαρμόζουν για τη προώθηση του μητρικού θηλασμού αμέσως μετά τη γέννηση.

Το δείγμα το οποίο συμμετείχε από απομακρυσμένες περιοχές δεν είχε τη δυνατότητα της άμεσης επικοινωνίας και επαφής με το συνεντευκτή, γεγονός το οποίο δεν έδινε τη δυνατότητα άμεσης επαφής για διευκρινιστικές επισημάνσεις όπου χρειαζόνταν. Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να περιοριστούν τα προβλήματα αυτά, προσφέροντας τη

δυνατότητα επικοινωνίας των παραληπτών με τον ερευνητή. Η ανταπόκριση του δείγματος θεωρείται αρκετά ικανοποιητική (85,19%), αν και παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ανταπόκριση στους ερωτηθέντες όπου υπήρχε άμεση επαφή. Κατά την επεξεργασία των απαντήσεων των συμμετεχόντων παρατηρήθηκε μια πιθανή δυσκολία κατανόησης κάποιων εννοιών, παρόλο που στο ερωτηματολόγιο επισυνάπτονταν εννοιολογικές διευκρινήσεις, οι εν λόγω παρανοήσεις ίσως οδήγησαν σε λανθασμένες αποκρίσεις. Το θέμα της έρευνας είχε πολλές προεκτάσεις για μελλοντικές εργασίες αλλά και στόχο να αποτελέσουν την απαρχή μιας σοβαρής συζήτησης σε εθνικό επίπεδο.

### **Ελληνική Βιβλιογραφία / Αρθρογραφία**

1. Unicef and WHO. (2009) Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία, Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>, Αυτό-αξιολόγηση και Παρακολούθηση του Νοσοκομείου.
2. Γάκη Ε., Παπαμιχαήλ Δ., Σαραφίδου Γ., Παναγιωτόπουλος Τ. και Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι. (2009) Έκθεση - Εθνική Μελέτη Συχνότητας Και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
3. Κώσταλος Χ. (1996) Νεογνολογία, Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
4. Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας. (1981) Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Μετάφραση: Μαλλιαρού Μ.Α.
5. Σουρίλα Δ. (2012) Μελέτη της Συχνότητας και των Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού σε Λεχωίδες έως 5 Ημερών στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας. Διπλωματική Εργασία.
6. Αθανασοπούλου Μ., Καϊτελίδου Δ., Ζυγά Σ. , Μαλλιαρού Μ., Καλοκαιρινού Α. (2013) Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας; 5(1):13-18

### **Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία /Αρθρογραφία**

1. Aghdasa K., Talatb K. and Sepideh B. (2014) Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*; 27:37–40.
2. American Academy of Pediatrics. (2012) Breastfeeding and the Use of Human Milk, Section on Breastfeeding. *Pediatrics*; 129(3):827-841.
3. Bäckström A.C., Wahn H.I.E. and Ekström C.A. (2010) Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*; 5:20.
4. Bramson L., Lee W.J., Moore E., Montgomery S., Neish C., Bahjri K. and Melcher C.L. (2010) Effect of early skin-to-skin mother–infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation*; 26:130-137.



5. Brasil Esteves T.M., Paiva Daumas P.R., Oliveira M.I.C., Ferreira de Andrade C.A and Leite C.I. (2014) Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saude Publica*; 48(4):697–708.
6. Buckley J.S. (2015) *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women*. National Partnership for Women & Families.
7. Cai X., Wardlow T. and Brawn W.D. (2012) Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*; 7:12.
8. Cantrill M.R., Creedy K.D., Cooke M. and Dykes, F. (2014) Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 14:20.
9. Centers for Disease Control and Prevention. (2013) *Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
10. Chaturvedi P. (2008) ‘Breast Crawl’ to initiate Breast feeding within half an hour after birth, Review Article. *J MGIMS*; 13(2):9–14.
11. Creedy K.D., Cantrill M.R. and Cooke, M. (2008) Assessing midwives' breastfeeding knowledge: Properties of the Newborn Feeding Ability questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices scale. *International Breastfeeding Journal*; 3:7.
12. Fox R., McMullen S, Newburn M. (2015) UK women's experiences of breastfeeding and additional breast. feeding support: a qualitative study of Baby Café services. *BMC Pregnancy Childbirth*; 15:147.
13. Guxens M., Mendez A.M., Moltó-Puigmartí C., Julvez J., García-Esteban R., Forns J., Ferrer M., Vrijheid M., López-Sabater C.M. and Sunyer J. (2011) Breastfeeding, Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids in Colostrum, and Infant Mental Development. *Pediatrics*; 128(4).
14. Habib H.F. (2013) Monitoring the practice and progress of initiation of breastfeeding within half an hour to one hour after birth, in the labor room of King Khalid University hospital. *Journal of Family & Community Medicine*; 10(3):41–46.
15. Henderson A. (2011) Understanding the Breast Crawl. *Nursing for Women's Health*; 15(4):296–307.

16. Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., Trikalinos T and Lau, J. (2007) Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment;153.
17. James P.J. and Berkowitz A.R. (2012) General Practitioners Knowledge of Breastfeeding Management: a Review of the Literature. Scientific & Academic Publishing; 2(1):12-19.
18. Khan J., Vesel L., Bahl R. and Carlos Martines C.J. (2015) Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. Maternal and Child Health Journal;19(3):468-479.
19. Lessen R. and Kavanagh K. (2015) Position of the academy of nutrition and dietetics: promoting and supporting breastfeeding. Academy of Nutrition and Dietetics; 115(3): 444–449.
20. Li M.C., Li R., Ashley G.C., Smiley M.J., Cohen H.J. and Dee L.D. (2014) Associations of Hospital Staff Training and Policies with Early Breastfeeding Practices. Journal of Human Lactation; 30(1):88–96.
21. Marshall K. (1998) Mother and Infant: Early Emotional Ties. Pediatrics; 102:1244 - 1246.
22. Matthiesen S.A., Ransjö-Arvidson B.A., Nissen E. and Uvnäs-Moberg K. (2000) Postpartum Maternal Oxytocin Release by Newborns: Effects of Infant Hand Massage and Sucking. Birth; 28(1):13–19.
23. Mc Laughlin M., Fraser J., Young J. and Keogh S. (2011) Paediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant. Breastfeeding Review;19(3):13-24.
24. Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N., and Dowswell T. (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systemic Reviews; 5.
25. O Vieira T., O Vieira G., Giugliani R.J.E., Mendes M.C.C., Martins C.C. and Silva R.L. (2010) Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. BMC Public Health; 10:760.
26. Phillips R. (2013) The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. Newborn and Infant Nursing Reviews; 13(2):67–72.

27. Ransjö-Arvidson B.A., Matthiesen S.A., Lilja G., Nissen E., Widström M.A. and Uvnäs-Moberg K. (2001) Maternal Analgesia During Labor Disturbs Newborn Behavior: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying. *Birth*; 28(1):5–12.
28. Renfrew J.M., Herbert G., Wallace M.L., Spiby H. and McFadden A. (2006) Developing practice in breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*; 2(4):245–261.
29. Saadeh R. and Casanovas, C. (2009) Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Food and Nutrition Bulletin*; 30(2): 225-229, The United Nations University.
30. Santos Bueno G.L. and Teruya M.K. (2004) The practice of breastfeeding counseling. *J. Pediatrics*; 80(5).
31. Srivastava S., Gupta A., Bhatnagar A. and Dutta S. (2014) Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health*; 58:22-6.
32. Svensson K.E., Velandia M.I., Matthiesen A.S., Welles-Nyström B.L. and Widström A.M. (2013) Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *International Breastfeed Journal.*; 8(1):1, DOI: 10.1186/1746-4358-8-1.
33. Takahashia Y., Tamakoshia K., Matsushimab M. and Kawabeb T. (2011) Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development*; 87(3):151–157.
34. Thapa B.P. (2005) Health factors in Colostrum. *Indian Journal of Pediatrics*; 72.
35. Tessier R., Cristo M., Velez S., Girón M., Figueroa de Calume Z., Ruiz-Palález G.J., Charpak Y. and Charpak N. (1998) Kangaroo Mother Care and the Bonding Hypothesis. *Pediatrics*, 102(2):17.
36. Theofilogiannakou M., Skouroliakou M., Gounaris A., Panagiotakos D. and Markantonis L.S. (2006) Breast-feeding in Athens, Greece: Factors Associated With Its Initiation and Duration. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 43(3):379-384.
37. Turck D. (2005) Breast Feeding: health benefits for child and mother. *Archives de Pediatric*, 3(12):145–165.

38. UNICEF and WHO. (2006) Breastfeeding Promotion and Support in a Baby Friendly Hospital -20 Hour Course, Season 5.
39. UNICEF and WHO. (2006) Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 1, Background and Implementation, Preliminary Version.
40. Velandia M., Matthisen A.S., Uvnäs-Moberg K. and Nissen E. (2010) Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section. *Birth*; 37(3):192–201.
41. Widstrom M.A., Ransjo-Arvidson B.A., Christensson K., Matthiesen S.A., Winberg J. and Uvnäs-Moberg K. (1987) Gastric Suction in Healthy Newborn Infants Effects on Circulation and Developing Feeding Behaviour. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 76:566-572.
42. Widstrom M.A., Lilja G., Aaltomaa - Michalias P., Dahllöf A., Lintula M. and Nissen E. (2011) Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*, 100:79–85.
43. Winberg J. (2005) Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behavior— A selective review. *Developmental Psychobiology*; 47(3):217–229.
44. Woolridge M.W. (1986) The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery*, 2(4):164-71.
45. World Health Organization. (1989) Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services: A Joint WHO/UNICEF Statement.
46. World Health Organization. (1998) Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding.
47. World Health Organization. (2003) Global strategy for infant and young child feeding.
48. World Health Organization. (2009) Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, Updated and Expanded for Integrated Care.
49. Zakarija-Grković I. and Burmaz T. (2010) Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour Course in Improving Health Professionals' Knowledge, Practices, and Attitudes to Breastfeeding: Before/After Study of 5 Maternity Facilities in Croatia. *Medical Education*; DOI:10.3325.
50. Zwedberg S., Blomquist J. and Sigerstad, E. (2015) Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*; 31(1):215–220.

51. Zanardo V., Straface G. (2015) The Higher Temperature in the Areola Supports the Natural Progression of the Birth to Breastfeeding Continuum. PLoS ONE; 10(3): e0118774. doi:10.1371/journal.
52. Creedy D., Cooke, M., Cantrill, R.,(2004) Midwives' knowledge of newborn feeding ability and reported practice managing the first breastfeed. Breastfeeding Review; Vol. 12( 1):25-33

### Διαδικτυακές Πηγές

1. Willumsen J. (2013) Breastfeeding education for increased breastfeeding duration: Biological, behavioural and contextual rationale. World Health Organization. Διαθέσιμο στο :[http://www.who.int/elena/bbc/breastfeeding\\_education/en/](http://www.who.int/elena/bbc/breastfeeding_education/en/), ανακτήθηκε την 1/8/2016.
2. Κυπριακή Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας. Εθνική επιτροπή προστασίας προαγωγής και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο. Διαθέσιμο στο: <http://www.worldbreastfeedingconference.org/conference-report.html>, ανακτήθηκε την 27/09/2016
3. Jennifer Pollock. (2013) Oral Motor Skills in Breastfeeding Infants. Διαθέσιμο στο: <http://springfieldul.org/custom/library/1/documents/2013-02-05/oralmotorskillsinbreastfeedinginfants.pdf>, ανακτήθηκε την 23/01/2016
4. Australian Institute of Health and Welfare 2011, 2010 Australian National Infant Feeding Survey: Indicator Results. Canberra: AIHW. URL:<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420927> ανακτήθηκε την 28/09/2016

## Παράρτημα 1

Λίστα Συντομογραφιών

---

<b>Συντομογραφία</b>	<b>Επεξήγηση</b>
UNICEF	United Nations International Children's
UNICEFUK	United Nations International Children's United Kingdom
WHO	World Health Organization
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
SSC	Skin to Skin Contact
TBC	The Breast Crawl
NFA	Newborn Feeding Ability
BIP	Breastfeeding Initiation Practices
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΚΤ	Καισαρική Τομή
ΦΤ	Φυσιολογικός Τοκετός

Κ.Υ

Κέντρο Υγείας

Γ.Ν

Γενικό Νοσοκομείο

## Παράρτημα 2

Σχετικοί Όροι και Ορισμοί

---

Επαφή δέρμα με δέρμα με τη μητέρα	Η επαφή δέρμα με δέρμα ορίζεται, με την τοποθέτηση του γυμνού νεογνού πάνω στη γυμνή κοιλία ή στέρνο της μητέρας του, επιτρέποντάς του την επαφή με τη θηλή του μαστού
Αποκλειστικός θηλασμός	Το νεογέννητο δεν λαμβάνει τίποτε πόσιμο ή βρώσιμο, παρά μόνο μητρικό γάλα (εκτός αν υπάρχει ιατρική ένδειξη)
Rooming in	Η συνδιαμονή της μητέρας με το νεογέννητο
Αυτορρύθμιση - Self-regulation	Η προσπάθεια του νεογέννητου να ρυθμίσει και να συντονίσει τις λειτουργίες του, έτσι ώστε να καταστεί ήρεμο και χαλαρωμένο, κυρίως να ισορροπήσει το κινητικό του σύστημα και να συντονίσει τον κύκλο ύπνου και εγρήγορσης
Δυάδα μητέρας- βρέφους	Το μωρό δεν είναι μια ανεξάρτητη μονάδα. Λογίζεται μαζί με τη μητέρα του ως ενιαία μονάδα. Κατά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής, το μωρό δεν έχει επίγνωση της ατομικότητάς του
Το τραύμα της γέννησης - Stress of being born	Το τραύμα της γέννησης πηγάζει από το άγχος του χωρισμού του νεογνού από τη μητέρα, τη στιγμή της γέννας. Αποτελεί ένα γεγονός υψίστης ψυχικής και πνευματικής σημασίας και έχει βαθιά επίδραση στη ψυχική του ανάπτυξη
Apgar score	Κλίμακα για την αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης ενός βρέφους κατά τη γέννησή του
“Ευαίσθητη Περίοδος” -“Sensitive period”	Η αναπτυξιακή ψυχολογία και βιολογία, ορίζει την παρουσία μιας περιόδου, 2 ωρών, μετά τη γέννηση κατά την οποία η στενή επαφή και η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους, είναι καθοριστική και μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμη θετική επίδραση στην ωρίμανση του νεογνού
Προ-θηλαστική συμπεριφορά νεογνού	Η συντονισμένη συμπεριφορά/κινήσεις που αναπτύσσει το νεογέννητο προκειμένου να εντοπίσει τη θηλή του μαστού και να θηλάσει (κινήσεις κάτω - άνω άκρων, κινήσεις χειλιών και γλώσσας, παραγωγή



	ήχων κ.α.)
Βοήθεια θηλασμού - Breastfeeding assistance	Η βοήθεια που παρέχεται από το υγειονομικό προσωπικό ή άλλο πρόσωπο χρησιμοποιώντας τα χέρια του για να προσκολλήσει το νεογνό στη θηλή της μητέρας του. Συνήθως η βοήθεια αυτή παρέχεται είτε κρατώντας τον αυχένα του παιδιού με μια λαβή, είτε κρατώντας το μαστό μεταβάλλοντας το σχήμα του, ασκώντας λιγότερη ή περισσότερη πίεση
Πρώτος θηλασμός	Ο θηλασμός που λαμβάνει χώρα μέσα στην πρώτη ώρα από τη γέννηση του νεογνού (ΠΟΥ/ UNICEF)

## Παράρτημα 3

Λίστα Πινάκων

Πίνακας	Ονοματολογία Πινάκων	Σελίδα
Πίνακας 1.2.1	Σύνθεση των Πρωτεϊνών του Ανθρώπου Πρωτογάλατος και Ωριμου Μητρικού Γάλατος (ανά λίτρο)	18
Πίνακας 8.1.1	Ποσοστά Ανταπόκρισης Ερωτηθέντων	65
Πίνακας 8.1.2	Δημογραφικά Στοιχεία	67
Πίνακας 8.2.1	«Ένα τελειόμηνο νεογνό γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο;»	68
Πίνακας 8.2.2	Ένα νεογέννητο (που δεν είναι κατεσταλμένο από οποιοδήποτε φάρμακο) που διατηρείται σε συνεχή δερματική επαφή με τη μητέρα του αμέσως μετά την γέννησή του,	69
Πίνακας 8.2.3	Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με τα πλεονεκτήματα της συνεχούς δερματικής επαφής για το νεογνό και τη μητέρα του;	71
Πίνακας 8.2.4	Για να γίνει αντιληπτό εάν το νεογνό καταπίνει πύαρ κατά τον πρώτο θηλασμό, είναι σημαντικό:	72
Πίνακας 8.2.5	Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με τη δήλωση ότι:	74

Πίνακας 8.3.1	Πόσο πιθανό θα σας φαινόταν το μωρό της Χλόης να συλλάβει σωστά τη θηλή χωρίς βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό	75
Πίνακας 8.3.2	Με την προϋπόθεση ότι καμία ιατρική παρέμβαση δεν απαιτήθηκε για τη Χλόη ή το νεογέννητό της, σε αυτήν την περίπτωση	77
Πίνακας 8.3.3	Για να βοηθήσω τη Χλόη με τον πρώτο θηλασμό:	79
Πίνακας 8.5.1	Παραγοντική μελέτη κλίμακας NFA	82
Πίνακας 8.5.2	Παραγοντική μελέτη κλίμακας BIP	87
Πίνακας 8.6.1	Επίδραση ηλικίας συμμετεχόντων στους παράγοντες	88
Πίνακας 8.6.2	Επίδραση τίτλου σπουδών συμμετεχόντων στους παράγοντες	89
Πίνακας 8.6.3	Επίδραση ετών εργασιακής εμπειρίας συμμετεχόντων στους παράγοντες	90
Πίνακας 8.6.4	Επίδραση πιστοποίησης συμβούλου μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων στους παράγοντες	92
Πίνακας 8.6.5	Επίδραση εμπειρίας θηλασμού συμμετεχόντων για διαστημα>3 μηνών	93

## Παράρτημα 4

---

### Αίτημα Χρήσης Ερωτηματολογίου NFA & BIP

sofiakoumdourou@gmail.com 8/8/15

προς: D.Creedy@griffith.edu.au

Mrs. Debra K Creedy,

My name is Sofia Koumoundourou and I'm living in Kalamata, a city in Peloponnese – Greece. I'm midwife, working in the department of Obstetrics and Gynecology Clinic at Kalamata's General Hospital.

I'm also a student in the last semester of Postgraduate Program (PSP) “Health care Management and Crisis Management” in the University of Peloponnese, Department of Nursing, and Sparta – Greece.

I'm preparing my bachelor's thesis based on a survey on the subject: “Assessing midwives about their attitudes, practices and perceptions in initiating breastfeeding at delivery rooms”. I read your article “Assessing midwives' breastfeeding knowledge: Properties of the Newborn Feeding Questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices scale”, and I found it very interesting.

I would like to ask you to give me your permission to use your questionnaire (NFA) and (BIP) Scale, in order to conduct the survey for my bachelor's thesis.

If I get your permission I would like to translate your questionnaire (NFA) and (BIP) Scale in Greek and also apply the findings in Greek practice (Weighting questionnaire). I assure you that I will ensure the anonymity of the participant midwives and of course, to refer you as the source of the questionnaire.

I would like to stress how much your article inspired me and thank in advance.

Hoping for your positive reply.

Sofia Koumoundourou

Midwife MSc(c) E-mail: sofiakoumdourou@gmail.com

---

## Παράρτημα5

---

### Άδεια Χρήσης Ερωτηματολογίου - Permission Questionnaire NFA & BIP

D.Creedy@griffith.edu.au16/8/15

προς: sofiakoumdourou@gmail.com

Hello Sofia,

Debra passed on your request and details to me.

We grant permission for you to use and translate the NFA and BIP questionnaires for your Bachelor's research.

I would be most interested in your result and the translation into Greek language.

Please be in contact if I can be of any help or if you have any questions.

The questionnaire by the way can be downloaded from the International Breastfeeding Journal as extra material in relation to the article.

All the very best with your study. Please keep us informed of your result

Kind regards

Ruth Cantrill, [r.cantrill@griffith.edu.au](mailto:r.cantrill@griffith.edu.au)

## Παράρτημα 6

---

### Αίτημα Χρήσης Μεταφρασμένου Ερωτηματολογίου

[sofiakoumdourou@gmail.com](mailto:sofiakoumdourou@gmail.com) 10/9/15

προς : Anna Deltsidou, [adeltsidou@teiath.gr](mailto:adeltsidou@teiath.gr)

Κυρία Δελτσίδου, το όνομά μου είναι Κουμουνδούρου Σοφία, είμαι Μαία στο Γ.Ν. Καλαμάτας και μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων, στόμωμα Νοσηλευτικής Σπάρτης.

Ενδιαφέρομαι για άδεια χρήσης, του μεταφρασμένου από εσάς, ερωτηματολογίου για την Ικανότητα του Νεογνού να Θηλάσει, NFA και την Κλίμακα Πρακτικής κατά την Έναρξη του Θηλασμού, BIP (*Greedy et al*) 2008 *Greek version, translated in to Greek by Anna Deltsidou, 06/10/2008*, στα πλαίσια της εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα Διερεύνηση Μαιών: Στάσεις, Αντιλήψεις και Πρακτικές που Εφαρμόζουν οι Μαίες μέσα στις Αίθουσες Τοκετών για την Προώθηση του Μητρικού Θηλασμού, τις Πρώτες Δυο Ωρες Μετά την Γέννηση.

Με Εκτίμηση

Κουμουνδούρου Σοφία

Μαία

## Παράρτημα 7

---

### Άδεια Χρήσης Μεταφρασμένου Ερωτηματολογίου

[adeltsidou@teiath.gr](mailto:adeltsidou@teiath.gr) 11/9/15

προς: [sofiakoumdourou@gmail.com](mailto:sofiakoumdourou@gmail.com)

Αγαπητή Σοφία καλησπέρα,

Σε ευχαριστώ για το ενδιαφέρον σου για τη δουλειά μου...

Πολύ ενδιαφέρον το θέμα σου γιατί δυστυχώς εμείς οι ίδιες, οι μαίες, θεωρώ ότι δεν έχουμε τελικά την κατάλληλη γνώση για να βοηθήσουμε τις γυναίκες, κάτι που εντόπισα και εγώ...

Στο ερωτηματολόγιο έχει γίνει διπλή μετάφραση από αγγλικά στα ελληνικά και το αντίθετο από 2 ανεξάρτητα δίγλωσσα άτομα αλλά δεν έχει γίνει παραγοντική ανάλυση. Στη μελέτη μας είχαμε πολύ καλούς δείκτες αξιοπιστίας. Ο δείκτης Cronbach's alpha για την κλίμακα NFA ήταν  $\alpha=0.92$ , για την κλίμακα BIP,  $\alpha=0.91$ , για την κλίμακα BKQ  $\alpha=0.88$ , για την υποκλίμακα των γνώσεων BKQ  $\alpha=0.75$ , για την υποκλίμακα των πρακτικών συμβουλών BKQ  $\alpha=0.90$  και για την υποκλίμακα της ενθάρρυνσης BKQ  $\alpha=0.90$ .

Είμαι στη διάθεσή σου

Άννα Δελτσίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Μαιευτικής, ΤΕΙ Αθήνας





## Παράρτημα 9

2016-01-26 14:30 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΑΤΡΑ  
Αριθμ. Πρωτ. 2292

1255/27-1-16  
26/01/2016  
N. Κορσε

ΠΡΟΣ  
κ. Κουμουνδούρου Σοφία

Πληροφορίες : Δ. Αντωνόδης  
Τηλέφωνο : 2613 - 600578  
Fax : 2610 - 430790

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων  
Σχετ: Το από 13/01/2016 αίτημά σας

Σε απάντηση του παραπάνω αιτήματός σας και σε συνέχεια του υπ'αριθμ. 1563/12.01.2016 εγγράφου μας, εγκρίνουμε την επέκταση της διεξαγωγής της έρευνάς σας στα νοσοκομεία Περιφέρειας Πελοποννήσου με θέμα: «Διερεύνηση των Μαιών. Στάσεις, Αντιλήψεις και Πρακτικές που εφαρμόζουν οι Μαιές μέσα στις αίθουσες Τοκετών, για την προώθηση του Μητρικού Θηλασμού, τις δύο πρώτες ώρες μετά τη γέννηση», με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Μ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΤΡΑΜΠΑΤΕΙΑΣ  
Κατράληβου Μαρία

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΕΡΙΦ. ΠΕΛ/ΝΗΣΩΝ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

TOTAL P. 01

## Ερωτηματολόγιο Έρευνας

### **Ερωτηματολόγιο για την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει**

Αυτό το ερωτηματολόγιο ρωτά για την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει.

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό © που αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

**Ποια είναι η άποψη σας όσον αφορά την παρακάτω δήλωση σχετικά με την ικανότητα του νεογνού να θηλάσει αποτελεσματικά;**

**1.** Ένα τελειόμηνο νεογνό γεννιέται με την ικανότητα να θηλάσει αποτελεσματικά από ένστικτο;

**1** διαφωνώ απόλυτα **2** διαφωνώ **3** δεν είμαι βέβαιος/η **4** συμφωνώ **5** συμφωνώ απόλυτα

**Ένα νεογέννητο (που δεν είναι κατεσταλμένο από οποιοδήποτε φάρμακο) που διατηρείται σε συνεχή δερματική επαφή με τη μητέρα του αμέσως μετά την γέννησή του,**

**2.** Θα αναπτύξει αναμενόμενη, συντονισμένη συμπεριφορά θηλασμού μέσα σε λίγα λεπτά από τη γέννησή του

**1** διαφωνώ απόλυτα **2** διαφωνώ **3** δεν είμαι βέβαιος/η **4** συμφωνώ **5** συμφωνώ απόλυτα

**3.** Μπορεί από ένστικτο να βρει τη θηλή χωρίς βοήθεια και να συλλάβει σωστά τη θηλή

**1** διαφωνώ απόλυτα **2** διαφωνώ **3** δεν είμαι βέβαιος/η **4** συμφωνώ **5** συμφωνώ απόλυτα

**4.** Θα οδηγηθεί προς τη θηλή με την αίσθηση της όσφρησης

**1** διαφωνώ απόλυτα **2** διαφωνώ **3** δεν είμαι βέβαιος/η **4** συμφωνώ **5** συμφωνώ απόλυτα

**Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με τα πλεονεκτήματα της συνεχούς δερματικής επαφής για το νεογνό και τη μητέρα του;**

**5.** Η δερματική επαφή βοηθά σημαντικά ώστε το νεογνό να σταθεροποιήσει την αναπνοή του

**1** διαφωνώ απόλυτα **2** διαφωνώ **3** δεν είμαι βέβαιος/η **4** συμφωνώ **5** συμφωνώ απόλυτα

6. Ο καρδιακός ρυθμός του νεογνού σταθεροποιείται με τη δερματική επαφή  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα
7. Η δερματική επαφή είναι σημαντική στην πρόληψη απώλειας θερμότητας του νεογέννητου  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα
8. Με τη δερματική επαφή σταθεροποιούνται τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του νεογνού  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα
9. Η δερματική επαφή βοηθά στην ροή του πύαρ μετά τον τοκετό  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα
10. Η αδιάλειπτη δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό είναι σημαντική για το νεογνό ώστε να επιτευχθεί ο θηλασμός  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα
11. Μια μητέρα είναι περισσότερο πιθανό να αποδεχθεί και να αισθάνεται ζεστασιά για το μωρό της εάν έχει δερματική επαφή αμέσως μετά τον τοκετό  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα
12. Η πολύωρη συνεχής δερματική επαφή μπορεί να βοηθήσει ένα νεογέννητο να μάθει να θηλάζει  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα

**Για να γίνει αντιληπτό εάν το νεογνό καταπίνει πύαρ κατά τον πρώτο θηλασμό, είναι σημαντικό:**

**13.** Οι μαίες και οι μητέρες να μπορούν να ακούν το νεογνό να καταπίνει το πύαρ

1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα

**14.** Οι μαίες και οι μητέρες να μπορούν να δουν το νεογνό να καταπίνει

1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα

**Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με τη δήλωση ότι:**

**15.** Ο αποχωρισμός του νεογέννητου από τη μητέρα κατά τη γέννηση μπορεί να προκαλέσει έντονο stress στο νεογνό

1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα

**16.** Το τραύμα από τον τοκετό μπορεί να παρεμποδίσει τη σωστή συνεργασία των φυσιολογικών αντανακλαστικών θηλασμού του νεογνού

1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα

**17.** Η διακοπή της δερματικής επαφής μέσα σε 15-20 λεπτά από τον τοκετό διαταράσσει σοβαρά τα αντανακλαστικά του θηλασμού για σωστή σύλληψη της θηλής

1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα

**18.** Δεν υπάρχει χρόνος αμέσως μετά τον τοκετό ώστε να επιτραπεί η αδιάλειπτη δερματική επαφή της μητέρας με το νεογνό της μέχρι τον πρώτο θηλασμό

1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα

19. Η αποφυγή της απώλειας θερμότητας τυλίγοντας το νεογνό με κουβέρτα είναι υψηλότερης προτεραιότητας από την δερματική επαφή για την έναρξη του θηλασμού  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα
20. Ο χρόνος που απαιτείται για τη δερματική επαφή ώστε να πραγματοποιηθεί ο θηλασμός παρεμποδίζει την ολοκλήρωση της απαιτούμενης τεκμηρίωσης  
( διαδικαστικά του τοκετού)  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα
21. Οι περισσότερες μητέρες προτιμούν να πλυθούν πρώτα αμέσως μετά τον τοκετό παρά να κρατήσουν το μωρό τους  
1 διαφωνώ απόλυτα 2 διαφωνώ 3 δεν είμαι βέβαιος/η 4 συμφωνώ 5 συμφωνώ απόλυτα

**Κλίμακα που σχετίζεται με την πρακτική που ακολουθείται κατά την έναρξη του θηλασμού**

Αυτό το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ένα σενάριο και ρωτά σχετικά με την πρακτική σας όταν βοηθάτε τις γυναίκες κατά τον πρώτο θηλασμό. Είστε μαία-της που παρακολουθείτε τη γυναίκα κατά την έναρξη του θηλασμού.

Παρακαλώ απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις (κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας ή γράψτε την απάντησή σας στο κενό ----- που υπάρχει).

**ΣΕΝΑΡΙΟ**

Η Χλόη είναι μια γυναίκα 20 ετών, 38 εβδομάδων, πρωτότοκος.

Προγεννητικά είχε παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας τοκετού με πρόθεση να θηλάσει. Είχε ομαλό φυσιολογικό τοκετό διάρκειας 10 ωρών, πήρε pethidine 100 mg IM 3 ώρες πριν το τοκετό. Γέννησε φυσιολογικά ένα υγιές θήλυ νεογνό με ινιακή προβολή και Apgars 8:9, βάρος 3320 gr χωρίς να απαιτηθεί ιατρική παρέμβαση. Περίνεο ακέραιο.

Η μητέρα της Χλόης αναζητά να μάθει πόσο ζυγίζει το μωρό. Οι γονείς συναινούν να χορηγηθεί βιταμίνη Κ εμβόλιο και ορό έναντι της ηπατίτιδας Β στο νεογνό.

**22.** Πόσο πιθανό θα σας φαινόταν το μωρό της Χλόης να συλλάβει σωστά τη θηλή χωρίς βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό

**1** πολύ πιθανό **2** απίθανο **3** πιθανό **4** αρκετά πιθανό **5** πολύ πιθανό

**Με την προϋπόθεση ότι καμία ιατρική παρέμβαση δεν απαιτήθηκε για τη Χλόη ή το νεογέννητό της, σε αυτήν την περίπτωση:**

**23.** Θα έκανα αναρρόφηση των εκκρίσεων κανονικά στο νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό πριν το παραδώσω στη Χλόη

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**24.** Θα βοηθούσα τη Χλόη να κρατήσει σε άμεση δερματική επαφή το γυμνό μωρό της

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**25.** Θα σκούπιζα και θα τύλιγα το μωρό πριν το δώσω στους γονείς του

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**26.** Θα τοποθετούσα το μωρό στο στήθος της Χλόης, θα στέγνωνα το μωρό και θα το κάλυπτα με ζεστή πετσέτα

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**27.** Θα τοποθετούσα το νεογνό κάτω από την πηγή θερμότητας για εκτίμηση, ζύγισμα μετρήσεις πριν την πρώτη προσπάθεια θηλασμού

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**28.** Θα ενθάρρυνα την Χλόη και την οικογένειά της να παρακολουθούν για σημεία ετοιμότητας του μωρού να θηλάσει

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**29.** Άλλο (Τι θα κάνατε;)

---

---

**Για να βοηθήσω τη Χλόη με τον πρώτο θηλασμό:**

**30.** “Θα τοποθετούσα εγώ το μωρό στο μαστό της” αντί για αυτήν

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**31.** Θα έδειχνα στη Χλόη πώς να καθίσει και να πιάσει το μωρό για βέλτιστο θηλασμό

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**32.** Θα ενθάρρυνα τη Χλόη να αφιερώσει χρόνο ώστε να επιτρέψει στο μωρό μόνο του να συλλάβει τη θηλή με τη λιγότερη δυνατή βοήθεια και θα της εξηγούσα τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**33.** Θα ρωτούσα τη Χλόη τι θα έκανε η ίδια και θα της εξηγούσα τη φυσιολογική ικανότητα του μωρού να θηλάσει

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**34.** Θα περίμενα μέχρις ότου η Χλόη θα τελείωνε το μπάνιο της και θα ήταν ικανή να καθίσει άνετα πριν της προσφέρω οποιαδήποτε βοήθεια

**1** ποτέ **2** περιστασιακά **3** μερικές φορές **4** τις περισσότερες φορές **5** πάντα

**35.** Άλλο (Τι θα κάνατε;)

---

---

**Δημογραφικά Στοιχεία**

**36.** Πόσων χρόνων είστε;

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- Άνω των 50 ετών

**37.** Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

**38.** Τίτλος Σπουδών

---

**39.** Έτη εργασιακής εμπειρίας

- 0 Έτη
- 1 Έτος
- 2-5 Έτη
- 6-10 Έτη



11-15

Άνω των 15ετων

**40.** Έχετε παρακολουθήσει σεμινάριο για το Μητρικό Θηλασμό από το οποίο να λάβετε πιστοποίηση συμβούλου μητρικού θηλασμού;

Ναι  Όχι

**41.** Εάν γεννήσατε, θηλάσατε για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών;

Ναι  Όχι