

Τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών  
Τμήμα Ιατρικής • Τμήμα Βιολογίας • Τμήμα Κοινωνιολογίας  
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών  
Βιοηθική

Όνομα: **Μαρία Δάγλα**

Τίτλος: **Μητρικός Θηλασμός: Βιοηθική προσέγγιση**

Εξεταστική Επιτροπή: Βασιλική Πετούση (επιβλέπουσα)  
Ειρήνη Αθανασάκη  
Μαρία Κούση

Διπλωματική Εργασία για το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα  
Ειδίκευσης

Μάρτιος 2007

*Στην οικογένεια μου*

*και*

*σε όσους στηρίζουν τις προσπάθειες μου*

*Σε όσους σέβονται και υποστηρίζουν*

*την μητέρα και το παιδί*

# ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ: ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μαρία Δάγλα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τρόπος διατροφής νεογνών και βρεφών συγκαταλέγεται μεταξύ των θεμάτων δημόσιας υγείας με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στο βαθμό και στην έκταση που πολλές από τις αιτίες παιδικής θνησιμότητας συνδέονται με πρακτικές διατροφής. Η διεθνής έρευνα και βιβλιογραφία παρέχει σημαντικές αποδείξεις, ως προς τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία, τόσο των νεογνών και βρεφών όσο και των μητέρων. Τα οφέλη αυτά αφορούν τόσο την ατομική υγεία νεογνών-βρεφών και μητέρων, όσο και ευρύτερα τη δημόσια υγεία. Ωστόσο, παρά τις προς το αντίθετο αποδείξεις, διεθνώς, μόνο το 39% των βρεφών τρέφεται κατά τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους αποκλειστικά με μητρικό θηλασμό.

Ανεξάρτητα όμως από τα θετικά οφέλη του μητρικού θηλασμού για την ατομική και τη δημόσια υγεία, η έναρξη, η συνέχιση και η διάρκεια του θηλασμού αποτελεί απόφαση της κάθε γυναίκας. Η σχετική απόφαση της γυναίκας όπως περιγράφηκε από το κεντρικό μήνυμα της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού το έτος 2000, ασκείται στο πλαίσιο της άσκησης του ανθρωπίνου δικαιώματος της γυναίκας και του παιδιού για προάσπιση της υγείας τους.

Με σκοπό την εξασφάλιση των απαραίτητων συνθηκών για την ελεύθερη και αυτόνομη άσκηση του δικαιώματος στο θηλασμό και υπό το πρίσμα του προβληματισμού, αναφορικά με πρακτικές εταιρειών υποκατάστατων μητρικού γάλακτος που ενέχουν τον κίνδυνο περιορισμού ή ακύρωσης του σχετικού δικαιώματος, διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ και η Unicef, προχώρησαν στη θέσπιση της ‘Διακήρυξης Innocenti’. Στο πλαίσιο αυτής της διακήρυξης προτάθηκαν ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και τα ‘Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό’, ως ελάχιστα εχέγγυα για την εξασφάλιση των συνθηκών ελεύθερης και αυτόνομης επιλογής των γυναικών, αναφορικά με τον τρόπο σίτισης των νεογνών και βρεφών τους. Με άλλα λόγια, η ‘Διακήρυξη Innocenti’ στη βάση ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα μητέρων

και παιδιών, θεσμοθέτησε τις ελάχιστες απαραίτητες προϋποθέσεις ελεύθερης και απρόσκοπτης άσκησης αυτού του δικαιώματος.

Παρ' όλη την ευαισθητοποίηση, την πρόθεση και τις συστάσεις της Παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας, καθώς και των θεσμοθετημένων και προτεινόμενων μέτρων διεθνών οργανισμών, οι πρακτικές σε διεθνές και εθνικό επίπεδο διαφοροποιούνται. Για παράδειγμα, η εθνική νομοθεσία που ρυθμίζει τη διαφήμιση και προβολή των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στη χώρα μας, υπολείπεται του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Από την άλλη μεριά, κανένα ελληνικό νοσοκομείο δεν πληρεί τις σχετικές προϋποθέσεις, όπως αυτές έχουν τεθεί από την Π.Ο.Υ και την Unicef, και δεν έχει λάβει το χαρακτηρισμό 'Φιλικό για τα βρέφη'. Παράλληλα, η Ελλάδα περιλαμβάνεται μεταξύ των χωρών που δεν έχουν αναπτύξει εθνική πολιτική προώθησης του θηλασμού και δεν εφαρμόζουν σχετικές εθνικές στρατηγικές, ενώ λείπουν ή είναι περιορισμένα τα στατιστικά στοιχεία και τα δεδομένα για τον μητρικό θηλασμό.

Η παρούσα εργασία στοχεύει να αποτυπώσει το βαθμό στον οποίο δυο από τα σημαντικότερα σημεία της Διακήρυξης Innocenti (ο Κώδικας Εμπορίας και τα Δέκα Βήματα) έχουν υιοθετηθεί και εφαρμόζονται, στο πλαίσιο νοσοκομειακών και άλλων πρακτικών στην Ελλάδα. Η βασική υπόθεση εργασίας είναι ότι, ο βαθμός και η έκταση εφαρμογής των σχετικών πρακτικών συνδέονται άμεσα με τη δυνατότητα ελεύθερης και αυτόνομης άσκησης του δικαιώματος γυναικών και παιδιών στο μητρικό θηλασμό.

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας μελετήθηκε ένα δείγμα από Ελληνίδες μαίες, που εργάζονται σε μαιευτήρια ή μαιευτικές κλινικές νοσοκομείων της χώρας μας και ένα δείγμα από μητέρες, που γέννησαν προσφάτως, και από τις οποίες ζητήθηκε να περιγράψουν τις εμπειρίες και τις αποφάσεις τους για τη διατροφή του μικρότερου σε ηλικία παιδιού τους.

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι πρακτικές που ακολουθούνται από τα νοσοκομεία σε συνάρτηση και συνδυασμό με τις πρακτικές των εταιρειών παραγωγής και εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, απέχουν από τις διεθνώς προτεινόμενες ως απαραίτητες για την έναρξη, συνέχιση και διατήρηση επιτυχούς μητρικού θηλασμού. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι σε αντίθεση με τις προτάσεις του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας, αντιπρόσωποι εταιρειών τεχνητού γάλακτος επισκέπτονται συχνά επαγγελματίες υγείας στα διάφορα νοσοκομεία,

προσφέρουν δώρα σε αυτούς και τις λεχωίδες, όπως δείγματα τεχνητού γάλακτος, ενώ ταυτόχρονα προμηθεύουν τα νοσοκομεία (και τους επαγγελματίες υγείας) με τεχνητό γάλα, είτε δωρεάν είτε σε μειωμένη τιμή. Παράλληλα, και αναφορικά με την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων βρέθηκε ότι το rooming in-μια από τις σημαντικότερες προϋποθέσεις επιτυχούς θηλασμού-εφαρμόζεται σπάνια ή επιλεκτικά. Βρέθηκε επίσης ότι, ως πρώτο γεύμα στα νεογνά προσφέρεται χαμομήλι ή ζαχαρόνερο, ενώ ενίοτε προσφέρεται συστηματικά τεχνητό γάλα σε κάθε γεύμα του νεογνού. Από την άλλη μεριά, διαπιστώνεται ότι η εκπαίδευση των μητέρων είναι ελλιπής, ενώ συχνά τους παρέχονται οδηγίες αντίθετες προς την έναρξη και τη διατήρηση του θηλασμού.

Επομένως, με βάση την παρούσα έρευνα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι στην Ελλάδα, συγκεκριμένες πρακτικές που ακολουθούνται από νοσοκομεία-μαιευτήρια, επαγγελματίες υγείας και εταιρείες προώθησης και εμπορίας τεχνητού γάλακτος, καθώς και το διαπιστούμενο έλλειμμα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης, ως προς το μητρικό θηλασμό, περιορίζει την άσκηση του δικαιώματος ελεύθερης και αυτόνομης επιλογής των μητέρων, αναφορικά με τον τρόπο διατροφής των νεογνών και βρεφών τους. Οι περιορισμοί ωστόσο, της ελεύθερης και αυτόνομης άσκησης του δικαιώματος στο θηλασμό, συνεπάγονται αρνητικές επιπτώσεις ή κατ' ελάχιστο δεν εξασφαλίζουν τις θετικές συνέπειες του μητρικού θηλασμού για την ατομική υγεία μητέρων και βρεφών και τη δημόσια υγεία γενικότερα.

## SUMMARY

Newborns' and infants' nutrition is considered of primary importance among public health issues to the extent numerous causes of infant mortality are related to children's feeding and nutrition practices. International research and literature provides ample evidence as to the long and short-term benefits of breastfeeding to the health of newborns, infants and mothers. Such benefits relate not only to individual health but to public health as well. However, despite evidence to the contrary, internationally only 36% of newborns are exclusively breastfed during the first six months of their life.

Independently of breastfeeding's individual and public health benefits, the beginning, continuance and duration of breastfeeding is a matter of each individual woman's choice. The relevant decision, as described in the central message of 2000 International Breastfeeding Week, is exercised within the context of women's and children's human right to the promotion of health.

Aiming at safeguarding the necessary conditions for free and autonomous exercise of the right to breastfeeding and concerned over commercial practices for the promotion of breast milk substitutes which can potentially circumscribe or nullify the relevant right, international organizations such as the World Health Organization and Unicef initiated the Innocenti Declaration. In this, suggested were the 'International Code of Marketing Breastfeeding Substitutes' and the 'Ten Steps to a successful breastfeeding' as minimal safeguards to the free and autonomous exercise of women's choice over the feeding and nutrition practices of their newborns and infants. In other words, the 'Innocenti Declaration' taking as a given that breastfeeding is a mother and child's human right, drafted the minimal requirements and safeguards for the free and autonomous exercise of this right.

Despite the international scientific community's sensitization, intentions and suggestions, and the institutionalized measures of international bodies and authorities, relevant practices differ at the international and national levels. Greek legislation for example, regulating the advertisement and promotion of breast milk substitutes, runs short of the International Code's suggestions. On the other hand, no Greek hospital meets the criteria set by W.H.O. and Unicef and none has been declared as 'Baby

Friendly'. Similarly, Greece is included in the countries with no national strategic planning for the promotion of breastfeeding, does not follow internationally suggested strategic plans while data on breastfeeding are lacking.

The present study aims at addressing the extent to which two of the most important elements of the 'Innocenti Declaration' (the 'International Code' and the 'Ten Steps') have been adopted and are followed as hospital and commercial practices. The central research question is that the extent of the application of relevant practices relates to the ability of free and autonomous exercise of children's and women's right to breastfeeding.

In this research, analysis depended upon data collected from a sample of midwives serving in public and private hospitals and clinics and a sample of mothers who had recently given birth. Based on the findings of this study, hospital practices combined with commercial practices lack behind internationally suggested practices for the beginning, maintenance and duration of successful breastfeeding. For example, it was found that contrary to the International Code's suggestions, representatives of breast milk substitutes' companies, visit health care professionals, offer them and new mothers gifts and presents, such as milk formula samples, while at the same time supply health care professionals and hospitals with free or reduced price milk samples. Related to the 'Ten Steps' it was found that 'rooming in' -of the central preconditions for successful breastfeeding- is rarely or selectively applied, newborns' first meal is usually chamomile water or sugar water while bottled milk is systematically offered in each feeding. On the other hand, it was found that mother training is insufficient if not antithetical to practices supportive of breastfeeding.

Consequently, based on the present research, it can be argued that in Greece, specific practices followed by hospitals, health care professionals, commercial companies and the gaps in the training of mothers restrict the exercise of mothers' right to freely and autonomously decide over their children's feeding and nutrition. These restrictions have negative implications or at minimum do not promote the positive implications of breastfeeding for individual and public health.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κα. Πετούση Βασιλική –Λέκτορα του Τμήματος Κοινωνιολογίας- και επιβλέπουσα της συγκεκριμένης εργασίας, για την κατανόηση, υποστήριξη και καθοδήγηση της, σε όλη την διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Την ευχαριστώ επίσης, για τον σεβασμό που έδειξε προς όλες τις απόψεις και προτάσεις μου και για την συμπαράσταση της.

Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα. Αθανασάκη Ειρήνη – Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Βιολογίας- και την κα. Κούση Μαρία – Καθηγήτρια του Τμήματος Κοινωνιολογίας-, για τις πολύτιμες συμβουλές, προτάσεις και υποδείξεις τους, αλλά και για το γενικότερο ενδιαφέρον τους.

Εκφράζω τις ευχαριστίες μου προς τον Γεώργιο Διονυσίου –Κοινωνιολόγο με Μεταπτυχιακές σπουδές στην Στατιστική- για την σημαντικότερη βοήθεια του κατά την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης.

Ακόμη, ευχαριστώ θερμά όλες τις μαίες και τις μητέρες που δέχθηκαν να πάρουν μέρος στην παρούσα εργασία.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή..... 1-4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μητρικός Θηλασμός: Ζητήματα  
ατομικής και δημόσιας υγείας.....5-6

2.1. Ζητήματα υγείας ατόμων

2.1.α. Μητρικός θηλασμός και υγεία του νεογνού-βρέφους .....6-8

2.1.β. Μητρικός θηλασμός και υγεία της γυναίκας .....8-10

2.2. Ζητήματα δημόσιας υγείας

2.2.α. Μητρικός θηλασμός και δημόσια υγεία .....10-11

2.2.β. Περιγραφή της πρακτικής του μητρικού θηλασμού—διεθνή στοιχεία  
.....12-13

2.2.γ. Έναρξη και διατήρηση του μητρικού θηλασμού—συνισταμένες .....13-16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μητρικός Θηλασμός ως ελεύθερη και  
αυτόνομη επιλογή

3.1. Μητρικός Θηλασμός: θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην  
διατροφή και την υγεία.....17-19

3.2. Μητρικός θηλασμός: αυτονομία και ελεύθερη επιλογή .....19-23

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Μητρικός Θηλασμός-Θεσμικό Πλαίσιο

4.1. Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.....	25-30
4.2. Τα ‘Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό’.....	30-31
4.3. Η ‘Διακήρυξη Innocenti’.....	31-34
4.4. Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο.....	34
4.4.α. Εναρμόνιση Ελληνικής Νομοθεσίας στην Ευρωπαϊκή Οδηγία του 1991.....	34-37
4.4.β. Ελληνική Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού.....	37
4.4.γ. Λοιπό Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο .....	38-39
4.4.δ. Η κατάσταση στην Ελλάδα σήμερα.....	40-43

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία

5.1. Σκοπός.....	44
5.2. Δείγμα.....	45
5.2.α. Μαίες	
5.2.α1. Επιλογή δείγματος .....	45-46
5.2.α2. Ερωτηματολόγιο .....	46-47
5.2.α3. Δεοντολογικά ζητήματα.....	47

5.2.β Μητέρες	
5.2.β1. Επιλογή δείγματος .....	47-48
5.2.β2. Ερωτηματολόγιο .....	48-49
5.2.β3. Δεοντολογικά ζητήματα .....	49
5.3. Πιλοτικός έλεγχος .....	50
5.4. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης .....	50-51

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα-Δείγμα Μαιών

6.1. Περιγραφή δείγματος.....	52
6.2. Εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας.....	52-62
6.3. Εφαρμογή των Δέκα Βημάτων.....	63-73

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Αποτελέσματα-Δείγμα Μητέρων

7.1. Περιγραφή δείγματος.....	74-75
7.2. Η εμπειρία των μητέρων, όσον αφορά την ενημέρωσή τους και τα δώρα που τους προσέφεραν, κατά την περίοδο της κύησης.....	75-78
7.3. Η εμπειρία των μητέρων, όσον αφορά την ενημέρωσή τους και τα δώρα που τους προσέφεραν, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο.....	78-91

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Συζήτηση-Συμπεράσματα.....

92-97

Βιβλιογραφία.....	98-111
<u>Παράρτημα Α:</u> Βιοχημική σύνθεση Μητρικού Γάλακτος.....	112-114
<u>Παράρτημα Β.</u> Ερωτηματολόγιο Μαιών.....	115-120
<u>Παράρτημα Γ.</u> Ερωτηματολόγιο Μητέρων .....	121-127

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 1.</b> Επισκέψεις αντιπροσώπων σε επαγγελματίες υγείας, εγκύους και λεχωίδες.....	σ.53
<b>Πίνακας 2.</b> Προσέγγιση των μαιών από αντιπρόσωπο εταιρείας βρεφικού γάλακτος.....	σ.54
<b>Πίνακας 3.</b> Προσφορά δώρων σε επαγγελματίες υγείας από εκπροσώπους εταιρειών τεχνητού γάλακτος.....	σ.56
<b>Πίνακας 4.</b> Προσφορά δώρων σε λεχωίδες από εκπροσώπους εταιρειών τεχνητού γάλακτος .....	σ.57
<b>Πίνακας 5.</b> Προμήθεια δωρεάν τεχνητού γάλακτος σε νοσοκομεία-μαιευτήρια από εκπροσώπους εταιρειών τεχνητού γάλακτος .....	σ.59
<b>Πίνακας 6.</b> Συχνότητα διανομής διαφημιστικών φυλλαδίων σε επαγγελματίες υγείας και εγκύους-λεχωίδες.....	σ.60
<b>Πίνακας 7.</b> Συχνότητα διανομής δωρεάν δειγμάτων τεχνητού γάλακτος σε εγκύους και λεχωίδες.....	σ.62
<b>Πίνακας 8.</b> Στοιχεία σχετικά με την διατροφή του νεογνού τις πρώτες ώρες της ζωής του (σύμφωνα με τις μαιές).....	σ.64
<b>Πίνακας 9.</b> Οι συνηθισμένες πρακτικές που ακολουθούνται στα νοσοκομεία-μαιευτήρια.....	σ.66
<b>Πίνακας 10.</b> Ύπαρξη πρωτοκόλλων για επιτυχή μητρικό θηλασμό στα νοσοκομεία-μαιευτήρια.....	σ.67
<b>Πίνακας 11.</b> Εκπαίδευση των λεχωίδων στον μητρικό θηλασμό, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο.....	σ.69
<b>Πίνακας 12.</b> Εκπαίδευση των μαιών σε ζητήματα μητρικού θηλασμού.....	σ.70
<b>Πίνακας 13.</b> Ύπαρξη ομάδων υποστήριξης θηλασμού μετά την έξοδο από το νοσοκομείο-μαιευτήριο.....	σ.72
<b>Πίνακας 14.</b> Διατροφή νεογνού-βρέφους.....	σ.75
<b>Πίνακας 15.</b> Ενημέρωση της μητέρας για τον θηλασμό την περίοδο της κύησης.....	σ.76
<b>Πίνακας 16.</b> Τα δώρα που τους προσέφεραν κατά την κύηση.....	σ.78

<b>Πίνακας 17.</b> Ενημέρωση της μητέρας για τον θηλασμό κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο-μαιευτήριο.....	σ.80
<b>Πίνακας 18.</b> Τα δώρα που τους προσέφεραν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο.....	σ.82
<b>Πίνακας 19.</b> Τα δώρα που τους προσέφεραν μετά την επιστροφή τους στο σπίτι.....	σ.83
<b>Πίνακας 20.</b> Εφαρμογή του rooming in .....	σ.84
<b>Πίνακας 21.</b> Στοιχεία σχετικά με την διατροφή του νεογνού τις πρώτες ώρες της ζωής του (σύμφωνα με τις μητέρες).....	σ.85
<b>Πίνακας 22.</b> Ύπαρξη πρωτοκόλλου για επιτυχή μητρικό θηλασμό.....	σ.86
<b>Πίνακας 23.</b> Η εκπαίδευση της μητέρας στον θηλασμό, κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο-μαιευτήριο.....	σ.87
<b>Πίνακας 24.</b> Η στάση των επαγγελματιών υγείας για τον θηλασμό, κατά την παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο-μαιευτήριο.....	σ.88
<b>Πίνακας 25.</b> Πρακτικές που ακολουθήθηκαν στα νοσοκομεία-μαιευτήρια που γέννησαν οι μητέρες.....	σ.90
<b>Πίνακας 26.</b> Πόσες γνωρίζουν την απαγόρευση της διαφήμισης του τεχνητού γάλακτος.....	σ.91

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή

Από την εμφάνιση του ανθρώπου πάνω στη γη, η αποκλειστική τροφή του νεογέννητου και του βρέφους ήταν το μητρικό γάλα. Ο μητρικός θηλασμός είναι η ολοκλήρωση του κύκλου της αναπαραγωγής, δηλαδή της βιολογικής ‘μοίρας’ της γυναίκας, που την φέρνει κοντά στο θαύμα της δημιουργίας.

Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει καθοριστικά στην καλή υγεία των νεογνών και των γυναικών, με άμεσες, μακροχρόνιες θετικές συνέπειες στη δημόσια υγεία, όπως αυτή συνδέεται με τη σωματική υγεία ανηλίκων και ενηλίκων ατόμων (Howie et al 1990:11-16, Howie 2002:141-147, Dermer 1998:427-433, Abbett et al 2004, Marshall 1997). Επιπλέον όμως της σωματικής υγείας, ο ιδιαίτερος δεσμός που αναπτύσσεται μεταξύ βρέφους και θηλάζουσας μητέρας αποδεικνύεται ότι συμβάλλει θετικά και σε θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας βρεφών και μητέρων (Dykes 1997:334-349). Από την οπτική γωνία λοιπόν της προάσπισης της δημόσιας υγείας, ενδιαφέρον αποκτά η μελέτη εκείνων των συνθηκών (κοινωνικών, πολιτικών, πρακτικών) που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό και έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν και να προωθήσουν τη δημόσια υγεία μέσα από την ατομική σωματική και ψυχική υγεία.

Πέρα και πάνω όμως από τα όποια θετικά αποτελέσματα έχει ο μητρικός θηλασμός στην ατομική υγεία βρεφών και μητέρων και τελικά στη δημόσια υγεία, η πρακτική του μητρικού θηλασμού απαιτεί από τις θηλάζουσες μητέρες ιδιαίτερη ‘επένδυση’ σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Η πραγματική ή προσλαμβανόμενη, τουλάχιστον, διατροφική εξάρτηση του βρέφους από το σώμα και την ψυχική διαθεσιμότητα της μητέρας, εγείρει σημαντικά βιοηθικά ζητήματα. Μεταξύ αυτών των ζητημάτων σημαντική θέση κατέχει το ζήτημα του τρόπου με τον οποίο η γυναίκα φτάνει στην απόφαση να επιλέξει ως τρόπο διατροφής του νεογνού ή βρέφους το θηλασμό. Από αυτή την οπτική γωνία, αποτελεί ζήτημα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, ο βαθμός και η έκταση αυτονομίας ως προς τη λήψη της απόφασης, έτσι όπως αυτή συνδέεται με την ενημέρωση της γυναίκας, αλλά και τις πρακτικές που αναφέρονται στο μητρικό θηλασμό και σχετίζονται με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τις πολιτειακές και νοσοκομειακές πρακτικές αλλά και τα οικονομικά ή άλλα συμφέροντα.

Σχετικές έρευνες (Kong et al 2004:369-379, DiGirolamo et al 2003:94-100, Lindenberg et al 1990:179, Simard et al 2005:327-37, Heck et al 2006:51-9, Taveras et al 2003:108-115), έχουν δείξει ότι το νομοθετικό πλαίσιο, οι πρακτικές των νοσοκομείων, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, οι πρακτικές των εταιρειών παραγωγής και διάθεσης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος καθώς και κοινωνικοοικονομικές παράμετροι όπως, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική τάξη, η εργασία κ.α, βρίσκονται σε συνάφεια ή σχετίζονται αιτιακά με την απόφαση των γυναικών για την επιλογή του τρόπου διατροφής των νεογνών και βρεφών. Αν και σε διεθνές επίπεδο ο αριθμός των σχετικών ερευνών είναι μεγάλος και αυξανόμενος (Forste et al 2001:291-6, Mitra et al 2004:65-70, Ryan et al 2002:1103-9, Lee et al 2005:253-61, Celi et al 2005:255-60, Humphreys et al 1998:169-74, Ward et al 2004:197-9, Chatman et al 2004:265-71), η σχετική έρευνα στην Ελλάδα είναι μάλλον περιορισμένη. Κατά συνέπεια, η μελέτη ζητημάτων που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό σε βιοηθικό και κοινωνικό επίπεδο είναι επιτακτική.

Προσεγγίζοντας το μητρικό θηλασμό στη βιοηθική του διάσταση, ζητήματα που αναφέρονται στη δημόσια υγεία καθώς και στην ελευθερία επιλογής του ατόμου, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Από την μια πλευρά λοιπόν, προσεγγίζοντας το μητρικό θηλασμό ως ζήτημα δημόσιας υγείας ενδιαφέρον αποκτά η μελέτη θεμάτων που άπτονται των πολιτειακών, επαγγελματικών, νοσοκομειακών και άλλων πρακτικών. Σε αυτό το πλαίσιο σημαντική είναι η μελέτη θεσμικών παραμέτρων όπως για παράδειγμα, του αντίστοιχου νομοθετικού ή εργασιακού πλαισίου και του τρόπου με τον οποίο αυτό μπορεί να προωθήσει ή να περιορίσει τις αποφάσεις των γυναικών. Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος επίσης, είναι τα θέματα που άπτονται οικονομικών και άλλων συμφερόντων, όπως αυτά συνδέονται με την παραγωγή, εμπορία και διακίνηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Δηλαδή, συνδέονται με τα οικονομικά συμφέροντα εταιρειών, ομάδων και ατόμων που επενδύουν οικονομικά και αναμένουν τα αντίστοιχα οφέλη από την προώθηση προϊόντων, που μπορούν να θεωρηθούν 'ανταγωνιστικά' της βρεφικής διατροφής με το μητρικό γάλα. Από την άλλη πλευρά, προσεγγίζοντας το μητρικό θηλασμό ως ζήτημα ελευθερίας επιλογής της γυναίκας, σημαντική είναι η μελέτη θεμάτων που άπτονται της ενημέρωσης των γυναικών, ως προς τα πλεονεκτήματα ή δυσκολίες όπως επίσης και στην κατάλληλη προετοιμασία και 'εκπαίδευσή' τους.

Καθώς ο μητρικός θηλασμός από τη μια σχετίζεται με ζητήματα δημόσιας υγείας και από την άλλη με ζητήματα ελεύθερης επιλογής και αυτόνομης απόφασης

και με δεδομένο ότι, η σχετική έρευνα είναι εξαιρετικά περιορισμένη στην Ελλάδα, ένα σημαντικό βιοηθικό ερώτημα είναι ο βαθμός και η έκταση στην οποία το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο (νομοθεσία, πρακτικές κέντρων παροχής υγείας, εκπαίδευση και πρακτικές επαγγελματιών υγείας, πρακτικές εταιρειών εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος κ.α.) σχετίζεται, επηρεάζει και επιτρέπει στις γυναίκες ελεύθερα και ενημερωμένα να αποφασίζουν για τον τρόπο διατροφής των νεογνών και βρεφών τους.

Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας θα εξεταστούν στην κοινωνική και ηθική τους διάσταση τα παρακάτω:

1. το ισχύον στην Ελλάδα σχετικό νομοθετικό και ευρύτερο θεσμικό πλαίσιο,
2. οι πρακτικές των ελληνικών νοσοκομείων και των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη διατροφή νεογνών και βρεφών και
3. οι συνιστώσες της απόφασης των γυναικών να θηλάσουν ή όχι το νεογνό ή το βρέφος τους.

Ειδικότερα, στην παρούσα έρευνα:

1. Θα καταγραφεί:
  - I. η ισχύουσα Ελληνική νομοθεσία σε σχέση με ζητήματα που αφορούν την διαφήμιση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.
  - II. Οι πολιτειακές πρακτικές αναφορικά με την υποστήριξη και προώθηση του μητρικού θηλασμού.
2. Θα ερευνηθεί ο βαθμός και η έκταση στην οποία εφαρμόζεται η Διακήρυξη Innocenti όπως αυτή αφορά:
  - I. τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και
  - II. τα Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό, ως ενδεικνυόμενες και απαραίτητες πρωτοβουλίες για την ενίσχυση, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.
3. Θα αναλυθούν:
  - I. Η αξιολόγηση των σχετικών νοσοκομειακών πρακτικών από επαγγελματίες της υγείας (συγκεκριμένα μαιές) με βάση τη Διακήρυξη Innocenti.
  - II. Η προσωπική συμβολή των μαιών στην προώθηση, υποστήριξη και ενίσχυση του μητρικού θηλασμού.

4. Θα αξιολογηθεί ο τρόπος με τον οποίο το παραπάνω θεσμικό πλαίσιο και οι πρακτικές, σχετίζονται με την επιλογή των γυναικών, ως προς τον τρόπο διατροφής των νεογνών και βρεφών τους.

Μεθοδολογικά, η παρούσα έρευνα στηρίζεται στην ποσοτική ανάλυση δεδομένων που συλλέχθηκαν στη βάση ερωτηματολογίων αποτελούμενων κυρίως από ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο διαφορετικά δείγματα. Το ένα δείγμα αποτελείται από Ελληνίδες μαίες που εργάζονται σε μαιευτικές κλινικές (δημόσιες και ιδιωτικές) της χώρας μας. Το δεύτερο δείγμα περιλαμβάνει μητέρες που γέννησαν προσφάτως και ως εκ τούτου θεωρήθηκαν ότι έχουν πρόσφατες μνήμες ως προς τις συνισταμένες που καθόρισαν την επιλογή του τρόπου διατροφής των νεογνών/βρεφών τους.

Τα δύο δείγματα επιλέχθηκαν λόγω του ότι, από την μια πλευρά, οι μαίες αποτελούν επαγγελματίες υγείας υπεύθυνες για την παροχή φροντίδας στην γυναίκα, κατά το διάστημα της κύησης, του τοκετού και της λοχείας. Από την άλλη κρίθηκε απαραίτητη η έρευνα σε δείγμα μητέρων καθώς η απόφαση για τον τρόπο διατροφής του νεογνού/βρέφους, αν και δεν εξαρτάται απαραίτητα αποκλειστικά από τις ίδιες, έχει συγκεκριμένα και άμεσα αποτελέσματα στις ίδιες ιδιαίτερα στην περίπτωση που επιλέγουν το μητρικό θηλασμό.

Με την εξέταση του ισχύοντος, με τις επισημάνσεις για το απόν ή ελλιπές σχετικό θεσμικό πλαίσιο που σχετίζεται με πολιτειακές πρακτικές αναφορικά με το μητρικό θηλασμό, τις πρακτικές των κέντρων παροχής υπηρεσιών υγείας σε έγκυες και λεχωίδες γυναίκες, τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και των συνισταμένων που σχετίζονται με τη στάση των γυναικών, καθίσταται δυνατό να αναδειχθούν και να ερμηνευτούν, έστω και σε πρώτο στάδιο, σημαντικά ζητήματα που αφορούν το μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μητρικός Θηλασμός: Ζητήματα ατομικής και δημόσιας υγείας**

Οι στόχοι της δημόσιας υγείας για την κατάλληλη διατροφή του παιδιού, είναι η φυσιολογική ανάπτυξη και θρέψη, η αποφυγή επιπλοκών που σχετίζονται με την διατροφή καθώς επίσης και η πρόληψη των νοσημάτων φθοράς. Μεταξύ των ζητημάτων ιδιαίτερου ενδιαφέροντος δημόσιας υγείας συγκαταλέγεται η διατροφή των νεογνών και βρεφών, καθώς πολλές από τις αιτίες παιδικής θνησιμότητας οφείλονται σε πρακτικές διατροφής. Σύμφωνα με την Unicef, κάθε χρόνο πεθαίνουν πάνω από 10.000.000 παιδιά από αιτίες που μπορούν να προληφθούν, όπως η διάρροια, η πνευμονία, η ιλαρά και η ελονοσία. Μερικές από αυτές τις αιτίες παιδικής θνησιμότητας, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, σχετίζονται με τη διατροφή νεογνών και βρεφών και ειδικότερα με ζητήματα ποιότητας νερού, αποστείρωσης αντικειμένων κ.α.

Όστοςο αν κάθε βρέφος τρεφόταν αποκλειστικά με μητρικό θηλασμό, από την γέννηση του και μέχρι τους 6 πρώτους μήνες της ζωής του, υπολογίζεται πως 3.500 παιδικές ζωές θα μπορούσαν να σωθούν κάθε ημέρα (Lawrence 1997). Σύμφωνα με τις καλύτερες εκτιμήσεις, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός μπορεί να προλάβει τουλάχιστον 1.300.000 θανάτους παιδιών, κυρίως, λόγω της βιοχημικής σύστασης του μητρικού γάλακτος (βλ. Παράρτημα Α), ενώ η μεικτή διατροφή, δηλαδή μητρικός θηλασμός και τεχνητή διατροφή, ακόμη 587.000. Με άλλα λόγια, αυτές και μόνον οι βελτιώσεις στην διατροφή –μητρικός θηλασμός και μεικτή διατροφή- και παιδική φροντίδα κατά την διατροφή, σε συνδυασμό, μπορούν να σώσουν περισσότερες από 5.000 ζωές κάθε ημέρα (Δελτίο Τύπου Unicef 2005). Έσφαλμένες πρακτικές ως προς τη βρεφική διατροφή, όμως, συμβάλλουν επιπλέον σε υποσιτισμό κατά την παιδική ηλικία. Ο υποσιτισμός κατά την παιδική ηλικία ευθύνεται για τους μισούς από τους υπόλοιπους θανάτους παιδιών κάθε χρόνο (Δελτίο Τύπου Unicef 2005).

Αντίθετα, ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στην καλή ανάπτυξη του νεογνού-βρέφους, δίνοντας του την δυνατότητα να προστατευθεί από τις επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος (Lawrence 1997, American Academy of Pediatrics 1978:591-601) και μειώνει μελλοντικούς κινδύνους υγείας και ζωής που σχετίζονται με πρακτικές διατροφής. Σύμφωνα με την εκτελεστική διευθύντρια της Unicef Κάρολ

Μπέλαμι το 16% των νεογνικών θανάτων θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί, εάν όλα τα νεογνά θήλαζαν από την 1<sup>η</sup> ημέρα της γέννησής τους και το 22% αυτών, εάν ο θηλασμός ξεκινούσε μέσα στην 1<sup>η</sup> ώρα μετά την γέννηση (Edmond et al 2000:380-6). Γι' αυτήν, ο μητρικός θηλασμός, είναι '...το κλειδί για την καλή υγεία και την ανάπτυξη για εκατομμύρια παιδιά.' (Δελτίο Τύπου Unicef2004). Εκτός όμως από τα πλεονεκτήματα υγείας που απορρέουν από το μητρικό θηλασμό και αφορούν τα νεογνά και βρέφη, σημαντικά είναι τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και για τις γυναίκες καθώς αυτού του είδους η πρακτική διατροφής, δημιουργεί και μια προστατευτική ασπίδα για την υγεία της μητέρας. Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικότερα τα σχετικά οφέλη.

## **2.1. Ζητήματα υγείας ατόμων**

### **2.1.α. Μητρικός θηλασμός και υγεία του νεογνού-βρέφους**

Τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία νεογνών και βρεφών που προκύπτουν από το μητρικό θηλασμό είναι σαφώς τεκμηριωμένα στη διεθνή βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τα σχετικά ερευνητικά ευρήματα, ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη ανάπτυξη των πρόωρων νεογνών. Το μητρικό γάλα παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα για τη διατροφή των πρόωρων νεογνών με χαμηλό ή πολύ χαμηλό βάρος γέννησης, εξαιτίας της σύνθεσης των αμινοξέων των πρωτεϊνών, της ανυπολόγιστης αξίας του μη πρωτεϊνικού κλάσματος, της υπεροχής των στοιχειωδών λιπαρών οξέων (λινολεϊκού και λινολενικού), της ευπεπτότητας των πρωτεϊνών και των λιπιδίων, της ύπαρξης ενζύμων, ανοσοσφαιρινών και αντιμικροβιακών παραγόντων (Scariati et al 1997:99, Dewey et al 1995:696-702, Morley et al 1997:123-134).

Ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στην προστασία του γαστρεντερικού και αναπνευστικού συστήματος του νεογνού από τις λοιμώξεις (Howie et al 1990:11-16). Από τη μια μεριά το μητρικό γάλα προστατεύει από τις λοιμώξεις εξαιτίας των πολλών αντισωμάτων που περιέχει (Downham et al 1976:274-6, Frank et al 1982:239-45, Howie et al 2002:141-147). Τα συγκεκριμένα αντισώματα προσφέρουν στο νεογνό ανοσία για ορισμένους τύπους μικροβίων, όπως το κολοβακτηρίδιο, το δονάκιο της χολέρας και τη συγκέλα. Ακόμη, στο μητρικό γάλα έχουν ανιχνευθεί

ειδικά αντισώματα, όπως της πολιομυελίτιδας, του αιμόφιλου και ιού της ινφλουέντζας, του τετάνου, του στρεπτόκοκκου, του πνευμονιόκοκκου και της σαλμονέλας. Από την άλλη μεριά, το όξινο pH του εντέρου των θηλαζόντων, δεν ευνοεί την ανάπτυξη παθολογικής χλωρίδας. Αντίθετα τα νεογνά που σιτίζονται με τεχνητό γάλα παθαίνουν συχνότερα λοιμώξεις του γαστρεντερικού συστήματος, έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διάρροιας και ειδικά, όταν αυτή οφείλεται σε λοίμωξη από *Escherichia Colli*, ενώ έχουν 17 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης βρογχίτιδας. Το μητρικό γάλα μειώνει τον κίνδυνο νεογνικών θανάτων και του αιφνιδίου θανάτου (Gordon et al 1999:175), συμβάλλει, στην ηρεμία του νεογνού, εξαιτίας της προλακτίνης, η οποία προκαλεί συναισθήματα ηρεμίας και χαλάρωσης, ενώ ταυτόχρονα σχετίζεται θετικά με τη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του νεογνού-βρέφους (Scariati et al 1997:99, Dewey et al 1995:696-702, Morley et al 1997:123-134), εξαιτίας της ιδανικής σύνθεσης των συστατικών του. Το μητρικό γάλα, δηλαδή, εμφανίζει ιδανική περιεκτικότητα και αναλογίες υδατανθράκων, λιπών, πρωτεϊνών, ιχνοστοιχείων και βιταμινών.

Σημαντική είναι επίσης η συμβολή του μητρικού γάλακτος στην προστασία του νεογνού από αλλεργίες (Burr et al 1989:125-132, Oddy et al 1999:815-819) και αλλεργικές εκδηλώσεις. Για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι σε παιδιά με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, η εκδήλωση αλλεργικών αντιδράσεων στο γάλα (π.χ. ατοπικού εκζέματος και αλλεργικής κολίτιδας) μπορεί να μειωθεί ή να καθυστερήσει για 2-4 έτη, με την αποκλειστική χορήγηση μητρικού γάλακτος ενώ παιδιά με κληρονομική επιβάρυνση, τα οποία θήλασαν, παρουσίασαν άσθμα και τροφικές αλλεργίες σε μικρότερο βαθμό από ότι παιδιά που σιτίζονταν με τεχνητό γάλα.

Έρευνες για τη σχέση βρεφικής διατροφής και παχυσαρκίας (Kramer 1981:883) έδειξαν ότι τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητό γάλα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα σε σύγκριση με τα βρέφη που θηλάζουν. Ένα από τα αίτια της παχυσαρκίας στα βρέφη, είναι το θέμα του ρυθμιστικού μηχανισμού της όρεξης και του κορεσμού. Ο μηχανισμός αυτός φαίνεται να λειτουργεί καλύτερα στα θηλάζοντα βρέφη, με συνέπεια την αποφυγή της παχυσαρκίας. Και αυτό, εξαιτίας της διαφορετικής σύστασης του γάλακτος στο κάθε στήθος κατά την διάρκεια του θηλασμού. Τέτοιες διαφορές πυκνότητας και γεύσεως δεν υπάρχουν, φυσικά, στο τεχνητό γάλα, με συνέπεια να μειονεκτεί ο μηχανισμός ορέξεως και κορεσμού κατά την τεχνητή διατροφή.

Το μητρικό γάλα αποτελεί την καταλληλότερη τροφή για πολλές ασθένειες της νεογνικής, βρεφική και παιδικής ηλικίας (Feaschem et al 1984:271), όπως για το σύνδρομο δυσαπορρόφησης, την δυσανεξία στο γάλα της αγελάδας, την επίμονη διάρροια, την ελκώδη κολίτιδα, την νεκρωτική εντεροκολίτιδα, τις χειρουργικές επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος, την σηψαιμία, την ανεπάρκεια της IgA ανοσοσφαιρίνης και την μεταμόσχευση του μυελού των οστών όπως και στην προφύλαξη από τις ουρολοιμώξεις και την υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα (Saarinen 1982:567). Το μητρικό γάλα συμβάλλει επίσης στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης λεμφώματος στην παιδική ηλικία (Davis 1998:29-33), την προστασία από τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη (Mayers et al 1988:1625-32) και την πρόληψη μελλοντικού κινδύνου στεφανιαίας νόσου.

Σημαντική είναι επιπλέον η συμβολή του μητρικού θηλασμού στην ομαλή ανάπτυξη του γναθοπροσωπικού συστήματος του βρέφους. Κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους, υπάρχει επιτακτική ανάγκη άσκησης του γναθοπροσωπικού συστήματος του η οποία επιτυγχάνεται με την συντονισμένη εκτέλεση μιας ρυθμικής αλληλουχίας κινήσεων των γνάθων και των άλλων ανατομικών στοιχείων του στόματος και πραγματοποιείται με την απομύζηση, την υποτυπώδη μάσηση, την προώθηση του γάλακτος προς τον οισοφάγο και την κατάποση. Η ρυθμική αυτή αλληλουχία συντονισμένων κινήσεων, προσφέρεται στο βρέφος, κατά ιδανικό τρόπο, μέσω του μητρικού θηλασμού. Αυτού του είδους η άσκηση του γναθοπροσωπικού συστήματος του βρέφους είναι ιδιαίτερης σημασίας για παιδιά με σχιστίες, τα οποία όταν θηλάζουν εμφανίζουν βελτίωση του λόγου. Τέλος, έρευνες έχουν βρει συσχέτιση μεταξύ θηλασμού και αύξησης του δείκτη νοημοσύνης (Reynolds 2001:159-171).

### **2.1.β. Μητρικός θηλασμός και υγεία της γυναίκας**

Επιπλέον όμως των πλεονεκτημάτων υγείας για τα νεογνά και βρέφη σημαντικά είναι και τα πλεονεκτήματα υγείας για τις θηλάζουσες μητέρες (Dermer 1998:427-433). Ο μητρικός θηλασμός βοηθά στην αποτελεσματικότερη σύσπαση της μήτρας (Abbett et al 2004), με αποτέλεσμα τη θεαματική ελάττωση της πιθανότητας αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο, αφού η αιμορραγία είναι η 3<sup>η</sup> αιτία μητρικής θνησιμότητας στον αναπτυγμένο κόσμο και η 1<sup>η</sup>

στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ παράλληλα αποφεύγεται η συμφορητική διόγκωση του μαστού τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό (Abbett et al 2004).

Η συνέχιση του θηλασμού βοηθά, σε περίπτωση μολυσματικής μαστίτιδας (Abbett et al 2004), στην αποφυγή της δημιουργίας αποστήματος, που είναι πιθανότερο να συμβεί σε απότομη διακοπή του θηλασμού και στην γρηγορότερη παλινδρόμηση της μήτρας κατά την λοχεία. Ταυτόχρονα, προάγεται η ψυχική υγεία της μητέρας κατά την περίοδο της λοχείας και αναπτύσσεται καλύτερη συναισθηματική σχέση ανάμεσα στην μητέρα και το νεογνό-βρέφος. Όπως έχει παρατηρηθεί το ποσοστό εγκατάλειψης των νεογνών από τις μητέρες τους, έχει μειωθεί στις περιπτώσεις που οι γυναίκες θήλασαν τα παιδιά τους και ήρθαν νωρίς σε επαφή μαζί τους (Marshall 1997).

Οι μητέρες με ιστορικό διαβήτη της κύησης, που θηλάζουν, έχουν χαμηλότερα επίπεδα σακχάρου στο αίμα τους, σε σχέση με εκείνες που δεν θηλάζουν (Kjos et al 1993:451). Επίσης οι γυναίκες με διαβήτη τύπου I πριν από την κύηση χρειάζονται λιγότερη ινσουλίνη όταν θηλάζουν, λόγω των ελαττωμένων επιπέδων σακχάρου. Για τις γυναίκες που βρίσκονται ήδη σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη στο μέλλον, η ιδανική απώλεια βάρους από τον θηλασμό, συνεπάγεται ελαττωμένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη αργότερα στη ζωή τους. Ο θηλασμός μπορεί να ελαττώσει την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη (Taylor et al 2005:320-6). Τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στις θηλάζουσες, μπορεί να έχουν προστατευτικό ρόλο στο μεταβολισμό της γλυκόζης και στον μετέπειτα κίνδυνο για διαβήτη (Taylor et al 2005:320-6).

Οι μητέρες που θηλάζουν χάνουν ευκολότερα το βάρος που κέρδισαν στην κύηση. Έχει επιβεβαιωθεί ότι η γρήγορη απώλεια βάρους (Rea 2004:142-6) κατά τον θηλασμό γίνεται λόγω της ελάττωσης του λίπους (Kramer et al 1993:429). Αντίθετα οι μητέρες που δεν θηλάζουν χάνουν λιγότερο βάρος και δεν διατηρούν την απώλεια του βάρους, σε σύγκριση με αυτές που θηλάζουν (Brewer et al 1989:259).

Ο θηλασμός βοηθά επίσης στην ελάττωση του μεγέθους ινομυωμάτων των οποίων οι διαστάσεις πιθανώς αυξήθηκαν κατά την κύηση. Λόγω του ότι αναστέλλεται η οιστρογονική διέγερση πιθανών εστιών ενδομητρίωσης, η συχνότητα της ενδομητρίωσης είναι μικρότερη στις γυναίκες που αναφέρουν παρατεταμένες περιόδους θηλασμού. Παράλληλα, παρέχεται προστασία στην μητέρα από τον καρκίνο του μαστού (Department of Health.1994, Turck 2005:145-165), μειώνεται η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών (Department

of Health 1994) και παρέχεται προστασία από την εμφάνιση της οστεοπόρωσης (Marshall 1997, Department of Health 1998).

## **2.2. Ζητήματα δημόσιας υγείας**

### **2.2.α. Μητρικός θηλασμός και δημόσια υγεία**

Πέρα των πλεονεκτημάτων που προκύπτουν για τα νεογνά, τα βρέφη και τις μητέρες τους σε ατομικό επίπεδο, ο μητρικός θηλασμός συνεπάγεται σημαντικά οφέλη σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, η πρακτική του θηλασμού εξοικονομεί πολύτιμες διαθέσιμες πηγές, όπως το καθαρό πόσιμο νερό και τις καύσιμες ύλες γεγονός ιδιαίτερης σημασίας κυρίως για τις χώρες του λεγόμενου Τρίτου Κόσμου (Radford 1995, Frank et al 1993:33-37). Για να παρασκευασθεί το τεχνητό γάλα με το οποίο θα τραφεί το βρέφος απαιτούνται 3 lit νερό κάθε ημέρα. Αν το νερό βράζει σε φωτιά που τροφοδοτείται από ξύλα, έχει υπολογιστεί ότι, απαιτούνται 73 κιλά ξύλα κάθε χρόνο, γεγονός με ιδιαίτερα σημαντικές συνέπειες κυρίως για τον τρίτο κόσμο, όπου η πρόσβαση τόσο σε πόσιμο νερό όσο και σε καύσιμες ύλες είναι δύσκολη και αμφίβολη. Επιπλέον, καθώς το μητρικό γάλα δεν χρειάζεται συσκευασία, δεν χρειάζεται να ταξιδέψει με διάφορα μέσα για να φθάσει στον καταναλωτή, δεν προσθέτει ούτε στη δημιουργία και την εναπόθεση αποβλήτων, ούτε στη μόλυνση του αέρα, του νερού και του εδάφους ενώ εξοικονομούνται οι πόροι που διαφορετικά θα διατίθονταν για την παραγωγή του τεχνητού γάλακτος.

Ο μητρικός θηλασμός μειώνει τη νοσηρότητα, και κατά συνέπεια εξοικονομεί οικονομικούς και άλλους πόρους για φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη (Ball et al 2001:253-262) με σημαντικά θετικά οφέλη για τη δημόσια υγεία. Υπολογίζεται για παράδειγμα, ότι τα έξοδα νοσηλείας παιδιών κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής τους, για τα παιδιά που θηλάζουν είναι σαφώς μειωμένα, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα έξοδα νοσηλείας παιδιών που τρέφονται αποκλειστικά με ξένο γάλα.

Στην Αγγλία για παράδειγμα, το Υπουργείο Υγείας εκτίμησε ότι μόνο από τα έξοδα νοσηλείας βρεφών με γαστρεντερίτιδα θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν 35 εκατομμύρια λίρες ετησίως αν θηλάζαν όλα τα νεογνά-βρέφη (Δελτίο Τύπου Unicef

2000). Αντίστοιχα, το νοσοκομείο Jose Fabella των Φιλιππίνων (Department of Health 1995) εξοικονόμησε περισσότερα από 100.000 δολάρια –δηλαδή το 8% του ετήσιου προϋπολογισμού του- προωθώντας και εφαρμόζοντας αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (Δελτίο Τύπου Unicef 2000). Στη Βραζιλία, στο νοσοκομείο Acari, εκτιμούν ότι πάνω από 20.000 δολάρια εξοικονομήθηκαν σε λιγότερο από δύο χρόνια ακολουθώντας την ίδια τακτική (Δελτίο Τύπου Unicef 2000). Τέλος, στην Ολλανδία, σχετική έρευνα του Πανεπιστημίου του Άμστερνταμ, απέδειξε ότι αύξηση του ποσοστού θηλασμού κατά 5% είναι δυνατόν να αποδώσει οικονομικά οφέλη ύψους 850.000 δολαρίων ετησίως (Δελτίο Τύπου Unicef 2000).

Με βάση τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι ο μητρικός θηλασμός συνεπάγεται όχι μόνο θετικά οφέλη για τη σωματική και την ψυχική υγεία νεογνών, βρεφών και μητέρων και αργότερα ενηλίκων ατόμων, αλλά συμβάλλει περαιτέρω στην εξασφάλιση, την εξοικονόμηση και την καλύτερη κατανομή πόρων δημόσιας υγείας. Έτσι λοιπόν, συνεπικουρούμενη από πλήθος μελετών που δείχνουν σε ποιο βαθμό και έκταση, η πρακτική του μητρικού θηλασμού αποτελεί ζήτημα δημόσιας υγείας, εφόσον επηρεάζει την υγεία μεγάλης ομάδας ατόμων (νεογνών, βρεφών, παιδιών, γυναικών), η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας συνιστά ως ενδεδειγμένο τρόπο βρεφικής διατροφής τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τουλάχιστον για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής (Kramer 2001). Παρόμοιες συστάσεις κάνει και η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, που προτείνει τη συνέχιση του θηλασμού έως τον 1<sup>ο</sup> χρόνο ζωής (American Academy of Pediatrics. 1997:1035-1039). Σχετικός είναι ο στόχος που θέτει το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ. Στο πλαίσιο ενός προγράμματος που ονομάζεται *Υγιή άτομα 2010*, το παραπάνω Υπουργείο συνιστά τους παρακάτω εθνικούς στόχους: μέχρι το 2010 το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν αποκλειστικά να φτάσει το 75%, το ποσοστό των μητέρων που συνεχίζουν να θηλάζουν έως τους 5-6 μήνες να γίνει 50%, ενώ το 25% των γυναικών να συνεχίσουν να θηλάζουν μέχρι τον 1<sup>ο</sup> χρόνο ζωής (US Department of Health and Human Services 1997).

## 2.2.β. Περιγραφή της πρακτικής του μητρικού θηλασμού—διεθνή στοιχεία

Παρά το γεγονός ότι, όπως αποδεικνύεται από πλήθος ερευνών, το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για τα νεογνά-βρέφη, ενώ ταυτόχρονα συνεπάγεται σημαντικά οφέλη δημόσιας υγείας, διεθνώς, μόνο το 39% των βρεφών τρέφεται με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους (Δελτίο Τύπου Unicef 2006). Παράλληλα, υπολογίζεται ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες 63% των βρεφών κάτω των 6 μηνών δεν θήλασε σε ικανοποιητικό βαθμό (US Department of Health and Human Services 2000). Ωστόσο, σε κάποιες Ασιατικές χώρες, όπως η Ταϊλάνδη, τα ποσοστά θηλασμού αυξήθηκαν από 90% κατά το 1987 σε 99% κατά το 1993 (World Health Organization Global Data Bank on Breastfeeding 1996), ενώ αυξητική τάση εμφανίζουν τα ποσοστά μητρικού θηλασμού σε κράτη, όπως το Ουσμπεκιστάν (Fleischer et al 2003:10-37).

Ειδικότερα για τις ανεπτυγμένες χώρες, υπολογίζεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, για παράδειγμα, κατά τα έτη 1991-1994 το ποσοστό των γυναικών που θήλαζε τις πρώτες 7 ημέρες μετά τον τοκετό ανέρχονταν σε 47% ενώ μόνο το 10% συνέχιζαν να θηλάζουν μέχρι τους 6 μήνες (Li et al 2002:1107-1110). Το 1998 υπολογίζεται ότι ποσοστό 64% των γυναικών ξεκινούσαν το θηλασμό κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, ποσοστό 29% συνέχιζε το θηλασμό μέχρι τους 6 μήνες και μόνο 16% συνέχιζε το θηλασμό μέχρι τον 1<sup>ο</sup> χρόνο ζωής του βρέφους (US Department of Health and Human Services 2000). Ωστόσο εθνική μελέτη που αφορά τα ποσοστά θηλασμού στις ΗΠΑ και δημοσιεύτηκε το 2001, υπολόγισε ότι το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού μέχρι 6 μήνες μετά τον τοκετό ήταν μόνο 7,9% (Li et al 2003:1198-1201). Αντίστοιχη μελέτη που έγινε στον Καναδά το 1998 έδειξε ότι το ποσοστό έναρξης θηλασμού ήταν 72% (Dubois et al 2003:300-5), ενώ στην Αυστραλία, αν και το 80% των γυναικών ξεκινούν να θηλάζουν αμέσως μετά τον τοκετό, μόνο οι μισές συνεχίζουν μέχρι το 6<sup>ο</sup> μήνα (Australian Bureau of Statistics 2003).

Στον Ευρωπαϊκό χώρο, τα πρωτεία στο μητρικό θηλασμό μέχρι τον 1<sup>ο</sup> χρόνο της ζωής του βρέφους –και μάλιστα σε παγκόσμιο επίπεδο- κατέχουν οι Σκανδιναβικές χώρες, με ποσοστά θηλασμού που αγγίζουν το 99% (IDACE 1995, Endressen et al 1995:719-24, Michaelsen et al 1994:565-71). Σε αντίστοιχη μελέτη υπολογίστηκε ότι κατά το 2003 η μέση διάρκεια θηλασμού στην Ελβετία ήταν 31 εβδομάδες (Merten et al 2005:702-708), το ποσοστό έναρξης θηλασμού στην Ιταλία

υπολογίζεται στο 85% ενώ 45% των μητέρων συνεχίζουν να θηλάζουν και κατά τον 6<sup>ο</sup> μήνα (Cattaneo et al 2004:39-46). Στα χαμηλότερα επίπεδα των ευρωπαϊκών χωρών βρίσκονται τα ποσοστά και η διάρκεια θηλασμού στο Ηνωμένο Βασίλειο (72%) (Griffiths et al 2005:1378-1386).

Στον ελλαδικό χώρο λείπουν επίσημα εθνικά στατιστικά στοιχεία και εμπειριστατωμένες μελέτες που να αναφέρονται στα ποσοστά έναρξης και διάρκειας του μητρικού θηλασμού. Επιπλέον, ευρήματα εμπειρικών ερευνών διαφοροποιούνται ως προς το ποσοστό έναρξης θηλασμού το οποίο εκτιμάται σε μια έρευνα ως 85,5% (Antonίου et al 2005:37-40) και στην άλλη ως 96,1% (Pechlivani et al 2005:928-34). Σύμφωνα με τις συγκεκριμένες μελέτες, η εξέλιξη του θηλασμού διαφέρει από αυτήν που αρχικά σκόπευαν να ακολουθήσουν οι μητέρες. Έτσι, παρόλο ότι 23,2% των γυναικών υποστηρίζουν ότι προτίθενται να θηλάσουν για διάστημα 4-6 μηνών και 23,1% για διάστημα 12-24 μηνών, στην πλειοψηφία τους (58,5%) θηλάζουν από 5 ημέρες έως 4 μήνες ενώ μόνο το 7,3% συνεχίζει το θηλασμό και πέραν του έτους (Δάγλα 2004:282-291).

### **2.2.γ. Έναρξη και διατήρηση του μητρικού θηλασμού—συνισταμένες**

Η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού αν και μπορεί να θεωρηθεί ότι τελικά αποτελεί ατομική επιλογή της γυναίκας, ωστόσο φαίνεται μέσα από σχετικές μελέτες ότι συνδέεται και εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Με βάση σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η απόφαση των γυναικών να θηλάσουν επηρεάζεται από συγκεκριμένους κοινωνικοοικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, πολιτειακές και κοινωνικές πρακτικές, πρακτικές δημόσιας υγείας ειδικότερα, αλλά και οικονομικές και εμπορικές συνισταμένες, όπως η δράση και οι ενέργειες εταιρειών παραγωγής και εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Κυρίαρχο ωστόσο ρόλο στην απόφαση των γυναικών να θηλάσουν φαίνεται να διατηρούν οι επαγγελματίες υγείας και οι σχετικές νοσοκομειακές πρακτικές (Kong et al 2004:369-379).

Αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται αμεσότερα με τις γυναίκες φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο στην απόφασή τους να θηλάσουν παίζουν παράγοντες όπως: επίπεδο σπουδών, ηλικία, θρήσκευμα, εθνικότητα, εργασία, ψυχική υγεία (Heck et al 2006:51-9, Taveras et al 2003:108-115, Forste et al 2001:291-6, Mitra et

al 2004:65-70, Ryan et al 2002:1103-9, Lee et al 2005:253-61, Celi et al 2005:255-60, Humphreys et al 1998:169-74, Ward et al 2004:197-9, Chatman et al 2004:265-71) Ειδικότερα το επίπεδο εκπαίδευσης (Clements et al 1997:51-56), η πλήρης απασχόληση της γυναίκας πριν την κύηση (Griffiths et al 2005:1378-1386), η ηλικία της (Nolan et al 1995:309-312, Lande et al 2003:152-161), η εθνικότητα της (Li et al 2003:1198-1201, Ryan et al 1997:99) (οι αλλοδαπές θηλάζουν περισσότερο) (Celi et al 2005:255-60), η ενημέρωση των γυναικών για τον θηλασμό πριν την κύηση (Agora et al 2000:67), η υποστήριξη από την οικογένεια (Riva et al 1999:411-15), η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού (Kronborg et al 2004:210-6), η αυτοπεποίθηση (Griffiths et al 2005:1378-1386) που νιώθει η γυναίκα και ο γάμος (Hirschman et al 1981:39-54) αποτελούν παράγοντες που επιδρούν θετικά στην απόφαση της γυναίκας να θηλάσει.

Αντιθέτως οι παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στην πορεία του θηλασμού, είναι η επιστροφή της μητέρας στην εργασία (Wright et al 1988:496-503, Gabriel et al 1986:501-509, Lindberg 1997:197-202, Vogel et al 1999:1320-1326, Visness et al 1997:945-950, Piper et al 1996:7-12), προβλήματα υγείας των νεογνών, το είδος του τοκετού και συγκεκριμένα η καισαρική τομή (Da Vanzo et al 1990:223-232, Samuels et al 1985:504-510), συμπτώματα μητρικής κατάθλιψης (Taveras et al 2003:108-115) και συνήθειες όπως το κάπνισμα (Clements et al 1997:51-56, Nolan et al 1995:309-312, Lande et al 2003:152-161, Horta et al 1997:128-133).

Σε ένα ευρύτερο επίπεδο, η προαγωγή του μητρικού θηλασμού σχετίζεται με παράγοντες όπως, η σχετική νομοθεσία ειδικότερα όσον αφορά άδειες λοχείας, τοκετού και μητρότητας, το υπάρχον σύστημα υγείας, κοινωνικές πρακτικές ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης ως προς τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, καθώς επίσης και πρακτικές παραγωγής, εμπορίας, διάθεσης και διαφήμισης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Εκτός όμως από την ύπαρξη ή την ανυπαρξία ρυθμίσεων και την εφαρμογή σχετικών πρακτικών συχνές είναι οι παραβιάσεις τόσο της σχετικής νομοθεσίας όσο και των μέτρων προαγωγής και προώπισης του μητρικού θηλασμού (Kent 2006:1-8, Biddulph 1983:9-12, Restrepo 1981:30-4, James et al 2005:810-8, Tietze et al 1998:154-8).

Ανεξάρτητα από την πολιτειακή και κοινωνική ευθύνη για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των γυναικών να θηλάσουν σχετίζονται με νοσοκομειακές πρακτικές ευρύτερα και τη στάση των επαγγελματιών υγείας ειδικότερα.

Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι οι αποφάσεις των γυναικών για τον θηλασμό επηρεάζονται από τις μαίες, τους γυναικολόγους και τους παιδίατρος (Swanson et al 2005:272-82). Κατά την καθημερινή κλινική πρακτική, μεγάλο μέρος της ευθύνης για την πληροφόρηση των γυναικών έχουν όσοι επαγγελματίες υγείας σχετίζονται με την περιγεννητική περίοδο, όπως η μαία, ο παιδίατρος και ο γυναικολόγος. Όπως προκύπτει από διεθνείς μελέτες (Dykes 1997:334-349, Spatz 2004:385-96, Shepherd et al 2000:651-60, Spear 2006:106-13), οι γυναίκες που εκπαιδεύονται σε ζητήματα θηλασμού τείνουν να θηλάζουν αποκλειστικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα (Gau 2004:425-35). Αντίθετα, όταν δεν παρέχεται σωστή προετοιμασία, φροντίδα και ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας στις μητέρες, τα ποσοστά του θηλασμού είναι εμφανώς μειωμένα. Επιπλέον, όταν το προσωπικό του νοσοκομείου δεν ενισχύει ενεργά το μητρικό θηλασμό, οι γυναίκες τείνουν να επηρεάζονται αρνητικά και μάλλον σταματούν να θηλάζουν ήδη από τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Di Girolamo et al 2003:94-100). Ιδιαίτερα ευάλωτες εμφανίζονται εκείνες οι γυναίκες που σκόπευαν εξ αρχής να θηλάσουν για μικρό χρονικό διάστημα.

Σημαντικός παράγοντας καθορισμού της στάσης των επαγγελματιών υγείας έναντι του θηλασμού και κατά έμμεση συνέπεια της στάσης των γυναικών, είναι η σχετική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που βρίσκονται λόγω ειδικότητας και θέσης πιο κοντά στις έγκυες, τις λεχωίδες, τα νεογνά και τα βρέφη. Ερευνητικά έχει καταγραφεί ότι η κατάλληλη εκπαίδευση τους σε θέματα θηλασμού συμβάλλει, όχι μόνο στην υιοθέτηση θετικής στάσης απέναντι στο θηλασμό, αλλά παράλληλα στην αύξηση της αυτοπεποίθησής τους ως προς την αντιμετώπιση δυσκολιών και προβλημάτων που είναι πιθανόν να παρουσιαστούν (Ingram 2006:1-9, Owoaje et al 2002:137-40). Ωστόσο, πολλά προγράμματα σπουδών για τους επαγγελματίες υγείας, πριν και κατά την διάρκεια της υπηρεσίας τους, σε γενικές γραμμές, χαρακτηρίζονται ως ανεπαρκή για την εκπαίδευση στον μητρικό θηλασμό, ενώ πολλές φορές δεν υπάρχει σύστημα αξιολόγησης των τοπικών σεμιναρίων (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004). Καταδεικνύεται λοιπόν η ανάγκη για την επαρκή και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Αν και τις τελευταίες δεκαετίες, οι γνώσεις και η πρακτική κατανόησης του θηλασμού έχουν αυξηθεί, η εφαρμογή αυτών των γνώσεων στην πράξη βρίσκει συχνά τροχοπέδη τις αναχρονιστικές τακτικές πολλών μαιευτηρίων ή μαιευτικών κλινικών. Εάν λάβουμε υπ' όψιν ότι οι καθοριστικοί παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη και την διάρκεια του θηλασμού είναι η εφαρμογή του rooming-in

(Lindenberg et al 1990:179, Daglas et al 2005:189-192, Butler et al 2004:908) (δηλαδή, το νεογνό να βρίσκεται δίπλα στην μητέρα του όλο το 24ωρο) και ο χρόνος έναρξης του θηλασμού (Lu et al 2001:290-5, Bernard-Bonnin et al 1989:64, Simard et al 2005:327-37) (όσο γρηγορότερα τόσο καλύτερα), γίνεται κατανοητό πόσο καθοριστικό ρόλο παίζουν οι πρακτικές των νοσοκομείων.

Στην χώρα μας (Daglas et al 2005:189-192), οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται θετικά με την διάρκεια του θηλασμού, είναι η εφαρμογή του rooming-in, ο χρόνος έναρξης του θηλασμού, ο φυσιολογικός και ευχάριστος τοκετός, ο χρόνος απόφασης για τον θηλασμό, το μορφωτικό επίπεδο της γυναίκας, η μη απασχόληση της και το βάρος γέννησης του νεογνού (νεογνά > 3000g). Τα στοιχεία που φαίνεται να μην συνδέονται με την διάρκεια του θηλασμού, είναι ο αριθμός των μελών της μητρικής οικογένειας, ο θηλασμός ή όχι της ίδιας της μητέρας ως βρέφος, στοιχεία της προσωπικότητας της και η γνώμη της για την προσφορά του μητρικού γάλακτος. Όπως προκύπτει, το κάπνισμα συνδέεται αρνητικά με την διάρκεια του θηλασμού. Ενώ, η εφαρμογή του rooming-in, ο τύπος του τοκετού και η πηγή της ενημέρωσης αποτελούν στοιχεία που επηρεάζουν πιο ισχυρά τον αποκλειστικό θηλασμό σε σχέση με τις κοινωνικό-δημογραφικές παραμέτρους (Pechlivani et al 2005:928-34).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μητρικός Θηλασμός ως ελεύθερη και αυτόνομη επιλογή**

### **3.1. Μητρικός Θηλασμός: θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στη διατροφή και την υγεία**

Η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού ανήκει στον τομέα της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Το 1989 στη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών στη συνεδρία για τα Δικαιώματα του παιδιού, τα μέλη κράτη ανέλαβαν την υποχρέωση να δημιουργήσουν συνθήκες κατάλληλες, ώστε όλα τα μέλη της κοινωνίας και ιδιαίτερα οι γονείς να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται στον μητρικό θηλασμό, για την εξασφάλιση της υγείας των παιδιών. Η Διακήρυξη για τα Δικαιώματα του παιδιού (Convention on the Rights of the Child, CRC) (United Nations General Assembly 1989), που υιοθετήθηκε εκείνη την χρονιά και επικυρώθηκε μέχρι σήμερα από όλες τις χώρες, εκτός από των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και την Σομαλία, διακηρύσσει στο άρθρο 24, ότι: *Τα Κράτη-Μέλη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας... τα Κράτη-Μέλη θα επιδιώξουν την πλήρη εφαρμογή αυτού του δικαιώματος και συγκεκριμένα θα λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα...Να διασφαλίζουν ότι όλα τα μέλη της κοινωνίας και ιδιαίτερα οι γονείς και τα παιδιά ενημερώνονται, έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση και υποστηρίζονται για την παροχή και χρήση βασικής γνώσης για την παιδική διατροφή και υγεία, τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, την υγιεινή και τη διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος και την πρόληψη των ατυχημάτων* (Δελτίο Τύπου Unicef 2005). Η χώρα μας έχει επικυρώσει την συγκεκριμένη σύμβαση μαζί με πάνω από 191 χώρες σε όλο τον κόσμο, αναγνωρίζοντας ρητά την ανάγκη για εκπαίδευση και υποστήριξη στον μητρικό θηλασμό των μητέρων και των παιδιών τους.

Επίσης, σύμφωνα με το κεντρικό μήνυμα της παγκόσμιας εβδομάδας μητρικού θηλασμού κατά το έτος 2000 (Δελτίο Τύπου Unicef 2000), ο θηλασμός αποτελεί σημαντικό δικαίωμα της γυναίκας και του παιδιού, που προασπίζει την υγεία τους. Η Παγκόσμια Συμμαχία για την δράση υπέρ του θηλασμού (World Alliance for Breastfeeding Action.- W.A.B.A.), η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

(World Health Organization.-W.H.O.) και η Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund), θεωρούν τον θηλασμό δικαίωμα, γιατί:

- οι γυναίκες και τα παιδιά είναι υποκείμενα δικαιωμάτων και όχι αντικείμενα ελεημοσύνης.
- Ο θηλασμός αποτελεί μέρος των θεμελιωδών δικαιωμάτων στην διατροφή και στην υγεία.
- Το μητρικό γάλα είναι η καλύτερη τροφή για τα νεογνά-βρέφη. Είναι συνέχεια της διατροφής και προστασίας που λάμβανε το έμβρυο, μέσω του ομφαλίου λώρου. Παρέχει θρεπτικά ισορροπημένη διατροφή και έχει την ίδια δράση με τον εμβολιασμό, μειώνοντας τις πιθανότητες προσβολής από ορισμένες ασθένειες.
- Η πράξη του θηλασμού είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο της σωστής νεογνικής-βρεφικής φροντίδας, συμβάλλοντας στην υγιή ανάπτυξη του παιδιού, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.
- Ο θηλασμός προστατεύει το δικαίωμα της κάθε γυναίκας στην υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο του στήθους, των ωοθηκών, την αναιμία και την οστεοπόρωση (American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding 1997:1035-1039).

Οι συγκεκριμένες παγκόσμιες οργανώσεις, χαρακτηρίζουν το θηλασμό ως αναφαίρετο δικαίωμα των γυναικών και των παιδιών. Κατά συνέπεια, για τους παραπάνω διεθνείς οργανισμούς:

- κάθε γυναίκα που επιθυμεί να θηλάσει δεν πρέπει να παρεμποδίζεται από κανέναν.
- οι γυναίκες έχουν δικαίωμα σε σωστή προγεννητική φροντίδα και σε φιλικές, προς αυτές και τα βρέφη, υγειονομικές εγκαταστάσεις.
- οι γυναίκες που θηλάζουν δεν πρέπει να γίνονται αντικείμενο διάκρισης.
- οι γυναίκες θα πρέπει να απαιτούν επαρκή πληροφόρηση και υποστήριξη, για να είναι ικανές να θηλάσουν.
- όλα τα κράτη και οι κοινωνικές δομές, έχουν καθήκον να εξασφαλίσουν, ότι δεν υπάρχουν εμπόδια για τις γυναίκες που επιθυμούν να θηλάσουν.

- οι γυναίκες πρέπει να απαιτούν να μην υποβάλλονται σε ανάρμοστη πίεση από παραγωγούς υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, μέσω της διαφήμισης ή άλλης μορφής προώθησης (American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding 1997:1035-1039).

### **3.2. Μητρικός θηλασμός: αυτονομία και ελεύθερη επιλογή**

Παρ' όλες όμως τις διεθνείς διακηρύξεις (UNICEF/WHO 1990, United Nations General Assembly 1989), προτροπές και πρωτοβουλίες (WHO/UNICEF 1989) για την προαγωγή του θηλασμού σήμερα, είναι ξεκάθαρο ότι οι δείκτες που παρουσιάζουν την κατάσταση που επικρατεί, υστερούν σε σχέση με τις επιστημονικές συστάσεις (American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding 1997:1035-1039), ενώ τα ποσοστά των γυναικών που ξεκινούν να θηλάζουν ή που συνεχίζουν μέχρι τους πρώτους 6-12 μήνες, απέχουν αρκετά από τις συστάσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Κάτι παρόμοιο ισχύει και για την χώρα μας, αφού το 58,5% των μητέρων θηλάζουν από 5 ημέρες έως 4 μήνες (Antoniou et al 2005:37-40). Μήπως λοιπόν, η ύπαρξη συγκεκριμένου περιβάλλοντος 'κατευθύνει' κάποιες φορές τις επιλογές των γυναικών; Κάτω από ποιες συνθήκες αυτές καλούνται να αποφασίσουν;

Χαρακτηριστικό είναι το ακόλουθο απόσπασμα από την 'Διακήρυξη Innocenti', για το τι θα πρέπει να συμβαίνει σε κάθε χώρα: 'Απαιτείται σε πολλές χώρες να ενισχυθεί η 'κουλτούρα θηλασμού' και να υπερασπισθεί με σθένος από την εισβολή της 'κουλτούρας του μπουκαλιού... Προϋποθέτει την απομάκρυνση εξαναγκασμών και επιδράσεων που αναστατώνουν συχνά με δυσδιάκριτο και έμμεσο τρόπο τις αντιλήψεις για την συμπεριφορά ως προς τον μητρικό θηλασμό. Απαιτείται ευαισθησία και συνεχής επαγρύπνηση και μια πλατιά στρατηγική πληροφόρησης που θα περιλαμβάνει όλα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και θα απευθύνεται σε όλα τα εμπόδια για τον μητρικό θηλασμό από το σύστημα υγείας, το χώρο εργασίας και την κοινότητα. Οι αρχές πρέπει να παρακινηθούν να ενσωματώσουν την πολιτική προώθησης του μητρικού θηλασμού στη γενική τους πολιτική υγείας και ανάπτυξης ... Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν, ώστε να είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν οι πολιτικές υπέρ του μητρικού θηλασμού.'(Δελτίο Τύπου Unicef 2004).

Η απόφαση λοιπόν κάθε γυναίκας για το εάν θα ξεκινήσει να θηλάσει το παιδί της αλλά και για το διάστημα που θα το κάνει, θα πρέπει να είναι το αποτέλεσμα της προσωπικής της ελεύθερης επιλογής. Κάθε γυναίκα σαν αυτόνομο άτομο που είναι, έχει την δυνατότητα της ελεύθερης απόφασης. Σύμφωνα με τον Mill ‘...απαιτείται ελευθερία ως προς τις ατομικές προτιμήσεις και επιδιώξεις μας, να διαμορφώνουμε τον τρόπο ζωής μας έτσι όπως ταιριάζει στο χαρακτήρα μας, να ενεργούμε όπως μας αρέσει, υφιστάμενοι τις συνέπειες, που ενδέχεται να προκύψουν, χωρίς προσκόμματα από τους συνανθρώπους μας, εφ’ όσον αυτό που κάνουμε δεν τους βλάπτει, ακόμα και αν αυτοί θεωρούν τη συμπεριφορά μας ανόητη, διεστραμμένη ή λαθεμένη.’ (Mill 1983:36). Σε μια ελεύθερη κοινωνία κατά τον Mill, όλες οι μορφές ελευθερίας που υπάρχουν στο χώρο της ανθρώπινης ελευθερίας, είναι σεβαστές. Ο χώρος αυτός ‘Περιλαμβάνει, πρώτον, τον εσωτερικό κόσμο της συνείδησής, απαιτώντας ελευθερία συνείδησης με την ευρύτερη έννοια του όρου, ελευθερία σκέψης και αισθήματος, απόλυτη ελευθερία γνώμης και άποψης για όλα τα θέματα: πρακτικά ή θεωρητικά, επιστημονικά, ηθικά ή θεολογικά.’ (Rawls 2001:253). Για οτιδήποτε αφορά τις προσωπικές υποθέσεις κάθε ανθρώπου, κυρίαρχο ρόλο παίζει το δικαίωμά του να εκδηλώνει αυθόρμητα την ατομικότητά του (Mill 1983:132). Τελικός κριτής του ανθρώπου για τις κινήσεις που αφορούν καθαρά τον ίδιο, είναι ο ίδιος του ο εαυτός (Mill 1983:343).

Οι ελεύθεροι θεσμοί παρέχουν την δυνατότητα στους ανθρώπους να λαμβάνουν έλλογες αποφάσεις και στην συνέχεια να μπορούν να τεκμηριώσουν την επιλογή τους. Αυτή η μοναδική ικανότητα έγκειται στο ότι, οι ελεύθεροι θεσμοί βοηθούν τους ανθρώπους να ξεδιαλύνουν τι είναι ορθό ή λάθος γι’ αυτούς. ‘Οι άνθρωποι δεν έχουν άλλο τρόπο να μαθαίνουν τι μπορούν να κάνουν και τι απ’ όλα αυτά είναι περισσότερο αποδοτικό.’ (J.Rawls 2001:254). Ο Rawls σημειώνει πως η καταστολή της ελευθερίας υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, φαίνεται να είναι πάντα παράλογη. Η ελευθερία εκλαμβάνεται όχι μόνο ως ορμή που διαφοροποιεί τον άνθρωπο από τα άλλα όντα, αλλά και ως ουσιώδης προϋπόθεση για να ανακαλύψει ο καθένας τι είναι ορθό γι’ αυτόν (Mill 1983:106). ‘Οι άνθρωποι δεν θα μπορέσουν να πραγματοποιήσουν και να βιώσουν τις πολύτιμες δραστηριότητες για τις οποίες είναι ικανοί, αν δεν διαθέτουν εντατικά καλλιεργημένες ικανότητες και ζωογονημένες φύσεις.’ (Rawls 2001:253). Ενώ σύμφωνα με τον Κάντ ‘...οφείλουμε να προϋποθέτουμε την ελευθερία, εάν θελήσουμε να νοήσουμε τον εαυτό μας ως έλλογο ον που έχει συνείδηση της αιτιότητας του σχετικά με τις πράξεις του, δηλαδή έχει

προικιστεί με θέληση. Έτσι βρίσκουμε ότι για τον ίδιο λόγο πρέπει να αναγνωρίσουμε αυτή την ιδιότητα σε κάθε ον προικισμένο με λογική και θέληση: την ιδιότητα να αυτοκαθορίζεται στις πράξεις του με την ιδέα ότι είναι ελεύθερο.’ (Kant 1984:109).

Ο Mill ως υπέρμαχος της ανάγκης για ελεύθερη επιλογή και έκφραση υποστηρίζει, ότι: ‘Η μόνη ελευθερία που είναι άξια του ονόματός της, είναι η ελευθερία που επιδιώκουμε το όφελός μας με το δικό μας τρόπο, αρκεί να μην προσπαθούμε να βλάψουμε τους άλλους ή να τους εμποδίσουμε να επιτύχουν το ίδιο πράγμα. Κάθε άνθρωπος είναι αυτός ο ίδιος ο καλύτερος προστάτης της σωματικής, διανοητικής ή πνευματικής υγείας του. Οι άνθρωποι ωφελούνται περισσότερο, όταν επιτρέπουν στους συνανθρώπους τους να ζούν καλύτερα, παρά όταν αναγκάζουν κάθε άνθρωπο να ζει όπως νομίζουν καλύτερα οι υπόλοιποι.’ (Mill 1983:38).

Η σημαντικότητα της ελεύθερης έκφρασης και σκέψης, συνίσταται στο ότι, ‘Η ανθρώπινη φύση δεν είναι μηχανή, για να κατασκευάζεται σύμφωνα με ένα πρότυπο και να εκτελεί την εργασία που ορίζεται στις προδιαγραφές της, αλλά δένδρο που πρέπει να μεγαλώνει και να αναπτύσσεται προς όλες τις κατευθύνσεις.’ (Mill 1983:106) Κάθε γυναίκα λοιπόν, ως αυτόνομο άτομο, έχει δικαίωμα να αποφασίσει εάν και για πόσο χρονικό διάστημα πρόκειται να θηλάσει το παιδί της. Η ποικιλία των δρόμων που μπορεί να ακολουθήσει, ώστε να εκφραστεί όσο το δυνατόν καλύτερα, είναι απαραίτητο συστατικό της ελευθερίας, σύμφωνα με τον Mill. Η αξία της ποικιλίας και της ατομικότητας συνίσταται στο ότι μπορεί να κάνει εφικτή την καλύτερη δυνατή ζωή για τον καθένα, σε όλες της τις εκφάνσεις. ‘Χωρίς την ατομικότητα δεν υπάρχει ζωή που συνδέεται με τις ανώτερες ηδονές.’ (Crisp 1997:199).

Σύμφωνα με τον Κάντ, θετικά αυτονομία σημαίνει την ικανότητα αυτοκαθορισμού της δράσης του προσώπου βάσει των ορθών λόγων προς το πράττειν, δηλαδή βάσει έλλογων σταθμίσεων (και όχι βάσει τυχαίων επιθυμιών ή άκριτων παρορμήσεων). Εφ’ όσον λοιπόν οι άνθρωποι είναι αυτό-καθοριζόμενοι, ο ορθότερος τρόπος αντιμετώπισής τους είναι ο σεβασμός της ελευθερίας και των επιθυμιών τους. Πολλές φορές, όμως, οι κοινωνικές ή άλλου είδους πιέσεις λειτουργούν σαν τροχοπέδη που περιορίζει το άτομο και δεν το αφήνει να διαλέξει το δρόμο που θα του επιτρέψει να οδηγηθεί στην πλήρη αυτοβελτίωση. Η ύπαρξη της ελευθερίας έκφρασης της σκέψης θεωρείται αναγκαία σε αυτήν την περίπτωση, ‘Επειδή είναι περισσότερο άνθρωπος όταν επιλέγει και όχι όταν τον επιλέγουν παρά

την θέληση του. Επειδή είναι ο αναβάτης και όχι το άλογο. Επειδή επιδιώκει σκοπούς και όχι απλώς μέσα-σκοπούς που ο καθένας επιδιώκει με τον δικό του ιδιαίτερο τρόπο. Όσο πιο πολλοί και διαφορετικοί είναι αυτοί οι τρόποι, τόσο πλουσιότεροι γίνεται η ανθρώπινη ζωή.’ (Berlin 2001:340).

Παράλληλα, αναγκαία θεωρείται η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών που να ενθαρρύνουν τα άτομα να αναπτύξουν και να εκδηλώσουν τις προτιμήσεις, τις επιθυμίες και γενικότερα την διαφορετικότητά τους, αφού αρκετές φορές οι αποφάσεις των ατόμων είναι το αποτέλεσμα άμεσων ή έμμεσων εξαναγκασμών. Γι’ αυτό και ο Mill υποστηρίζει ότι είναι αναγκαία η επιβολή κανόνων συμπεριφοράς σε μια κοινωνία. Δηλαδή, ‘...χρειάζεται και η προστασία από την τυραννία της κυρίαρχης γνώμης και του δημόσιου αισθήματος, από την τάση της κοινωνίας να επιβάλει ως κανόνες συμπεριφοράς (με άλλα μέσα, πέρα από τις νομικές ποινές) τις δικές της ιδέες και συνήθειες σε όλους εκείνους που διαφωνούν μ’ αυτές. Να περιορίσει την ανάπτυξη και, αν είναι δυνατόν, να αποτρέψει τη διαμόρφωση οποιασδήποτε ατομικότητας δεν εναρμονίζεται με τις δικές της συνήθειες και να αναγκάσει όλους τους χαρακτήρες να διαμορφωθούν σύμφωνα με τα δικά της πρότυπα.’ (Mill 1983:24-25).

Στο πέρασμα των χρόνων, η αποδεδειγμένη αναγκαιότητα του θηλασμού στην διατροφή του νεογνού-βρέφους, αλλά και γενικότερα στην δημόσια υγεία και το αίτημα για ελεύθερη και ενήμερη επιλογή του, εκφράστηκε και συνεχίζει να εκφράζεται έντονα από όσους ενδιαφέρονται και σχετίζονται με την φροντίδα του παιδιού και της μητέρας. Οι παγκόσμιες οργανώσεις λαμβάνοντας υπόψη τους θεσμικούς και άλλους παράγοντες που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα ή επηρεάζουν τις αποφάσεις των γυναικών, προτείνουν σειρά μέτρων και προτάσεων που συμβάλλουν στην εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών και ευνοούν την δημιουργία αυτόνομων και ενήμερων αποφάσεων από την πλευρά των γυναικών. Έτσι, διεθνείς συμβάσεις κατοχυρώνουν την παραπάνω αναγκαιότητα (World Health Organization 2003) και υπογραμμίζουν τη βασική ανάγκη της σωστής διατροφής, ενώ διασαφηνίζουν την υποχρέωση της πολιτείας να ενημερώνει με τον έγκυρο τρόπο, όλες τις κοινωνικές ομάδες, για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και να εξασφαλίζει στις μητέρες κατάλληλη περίθαλψη, πριν και μετά τον θηλασμό (World Health Organization 2003). Ενώ, εκπρόσωποι χωρών αναλαμβάνουν την δέσμευση να προασπίζουν τα δικαιώματα των παιδιών, στην επιβίωση και τη σωστή τους ανάπτυξη, και να υπογραμμίζουν το θεμελιώδες δικαίωμα των παιδιών για ασφαλή σίτιση. Αυτού του

είδους οι προσπάθειες που αναπτύχθηκαν και αναπτύσσονται σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, θα παρουσιαστούν στο επόμενο κεφάλαιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Μητρικός Θηλασμός - Θεσμικό Πλαίσιο

Η φυσική επαφή που δημιουργείται ανάμεσα στην μητέρα και το νεογνό και οι αντανακλαστικές κινήσεις που κάνει το τελευταίο όταν τοποθετηθεί στο γυναικείο μαστό, αποτελούν την φυσική διαδικασία του μητρικού θηλασμού. Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τη συνέχεια στη διαδικασία της θρέψης που λάμβανε το έμβρυο μέσω του ομφαλίου λώρου. Η φύση προετοιμάζει ιδανικά κάθε νεογέννητο για την παραπάνω διαδικασία. Η επαφή με το δέρμα της μητέρας, η ακοή, η όραση και η όσφρηση καθοδηγούν κάθε νεογέννητο προκειμένου να ξεκινήσει αυτή την διαδικασία. Παρ' όλο όμως που ο θηλασμός αποτελεί ένα φυσικό και βιολογικό χαρακτηριστικό, συχνά παρατηρούνται τέτοιες δυσκολίες κατά την έναρξη και την συνέχιση του, που οδηγούν σε μια τεχνητή διατροφή.

Το αποτέλεσμα αυτό συμβαίνει κυρίως, λόγω του ότι μια τέτοια φυσική διαδικασία δεν καθορίζεται μόνο από βιολογικούς παράγοντες, αλλά στηρίζεται και στις συνθήκες, τα πρότυπα και τις συμπεριφορές που κυριαρχούν σε κάθε κοινωνία (de Almeida et al 2004, Almeida et al 1998). Παραδείγματα όπως η έλλειψη υποστήριξης και ενθάρρυνσης από πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως είναι η μητέρα, η γιαγιά, η αδελφή, κ.α. (Orlandi 1985), ο ρόλος της γυναίκας μέσα στην κοινωνία και η θέση της στον εργασιακό χώρο και στην οικογένεια, καθώς και τα πρότυπα που αφορούν τόσο το γυναικείο σώμα, όσο και την ανθρώπινη αναπαραγωγή (Badinter 1985), αποτελούν κάποιες από τις κοινωνικό-πολιτιστικές αλλαγές στις οποίες στηρίχθηκαν οι γαλακτοβιομηχανίες κατά καιρούς (Almeida 1999), προκειμένου να προβάλλουν την ανάγκη για τεχνητή διατροφή. Η υποτιθέμενη όμως αυτή ανάγκη υπονομεύει την μητρότητα και γενικότερα τον ρόλο της γυναίκας στην ανάπτυξη του παιδιού της, αφού δημιουργεί συνθήκες αμφιβολίας στη μητέρα, για την ικανότητα που της παρέχει η φύση να θρέψει το παιδί της.

Έτσι, από το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα και τις αρχές του 20<sup>ου</sup>, παρατηρήθηκε μεγάλη ανάπτυξη στην βιομηχανία παραγωγής υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Η εισαγωγή της τεχνητής διατροφής μεσουρανούσε, ενώ είχε ξεκινήσει η παρακμή του μητρικού θηλασμού, που οδήγησε σε αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία των νεογέννητων. Οι συγκεκριμένες επιπτώσεις οδήγησαν με την σειρά τους σε μια έκρηξη γνώσεων και επιστημονικών μελετών και ερευνών, που αφορούσαν τα

πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος (Howie et al 1990:11-16, Burr et al 1989:125-132, Oddy et al 1999:815-819, Davis 1998:29-33, Mayers et al 1988:1625-32, Downham et al 1976:274-6, Frank et al 1982:239-45). Παράλληλα με τις ανακαλύψεις της επιστημονικής κοινότητας, ξεκίνησε να αναπτύσσεται ένα διεθνές κλίμα υποστήριξης και προώθησης του μητρικού θηλασμού, μέσω των οργανώσεων που σχετίζονται με το παιδί και την γυναίκα, που συνεχίζεται ακόμη μέχρι τις μέρες μας.

#### **4.1. Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος**

Υπό το πρίσμα του προβληματισμού για τις πρακτικές εμπορίας και διαφήμισης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και των συνεπειών τους στην πρακτική του μητρικού θηλασμού, η ΠΟΥ και η Unicef, το 1981 προχώρησαν στη θέσπιση του Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού γάλακτος (World Health Assembly 1981) (The International Code of Marketing Breastmilk Substitutes). Άμεσος στόχος του κώδικα είναι ο περιορισμός και η ρύθμιση της ανεξέλεγκτης διαφήμισης των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, των μπιμπερό και των πιπίλων. Παράλληλα, ο Κώδικας αποσκοπεί (World Health Assembly Article 1 1981), στην προστασία και προαγωγή του θηλασμού και στην εξασφάλιση της ορθής χρήσης των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, όταν αυτά θεωρούνται απαραίτητα, υπό τον όρο, της επαρκούς πληροφόρησης και της ελεγχόμενης διακίνησης και διαφήμισης. μέσω της σωστής και κατάλληλης διαφήμισης και διακίνησης τους. Ο κώδικας δεν επιδιώκει την διακοπή της προαγωγής της τεχνητής διατροφής, αλλά προστατεύει το δικαίωμα της κάθε γυναίκας να διαλέξει τον τρόπο που θα σιτίσει το παιδί της (Kent 2004). Σκοπός του Κώδικα (World Health Assembly Article 2,3 1981) είναι να ρυθμίσει τη διαδικασία της διαφήμισης και όχι να απαγορεύσει την πώληση των προϊόντων. Ο συγκεκριμένος Κώδικας προτείνεται από τους διεθνείς οργανισμούς ως το ελάχιστο μέτρο, που θα πρέπει να υιοθετείται από τις εθνικές νομοθεσίες στο πλαίσιο της υποστήριξης του δικαιώματος των μητέρων και των παιδιών στον θηλασμό.

Ο Κώδικας είναι ένας κατάλογος από κανόνες διαφήμισης που έχουν σχεδιαστεί για να προστατεύσουν τα βρέφη (αυτά που θηλάζουν και αυτά που τρέφονται τεχνητά), τους γονείς ή οποιονδήποτε φροντίζει ένα βρέφος και το υγειονομικό προσωπικό. Ρυθμίζει την προώθηση στην αγορά όλων των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος (όχι μόνο του βρεφικού) και των σκευών της βρεφικής διατροφής. Αυτά περιλαμβάνουν, κάθε προϊόν που διατίθεται στην αγορά για τη βρεφική διατροφή του 1<sup>ου</sup> χρόνου ζωής και αναπληρώνει το μητρικό γάλα, αλλά και κάθε είδος μπουκαλιού, πιπίλας ή θηλής.

Ο Κώδικας σχεδιάστηκε για να ισχύει διεθνώς και απευθύνεται σε εταιρείες και κυβερνήσεις. Αποτελεί τη βάση αναφοράς, ώστε κάθε κυβέρνηση να έχει τη δυνατότητα να τον ενισχύσει και να τον κάνει πιο αποτελεσματικό, ενώ μπορεί να εφαρμοστεί μέσω των κυβερνητικών ρυθμίσεων ή της νομοθεσίας. Διαφορετικά αποτελεί μόνο σύσταση για την οποιαδήποτε κυβέρνηση και όχι δέσμευση.

Σύμφωνα με τα άρθρα του συγκεκριμένου Κώδικα:

1. *Απαγορεύεται η διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σε νοσοκομειακούς ή άλλους χώρους υγείας και στο κοινό* (World Health Assembly Article 6 1981). Η λογική αυτού του άρθρου σχετίζεται με πραγματικότητες που αναφέρονται στη διαφήμιση και τα αποτελέσματά της. Η διαφήμιση ενός προϊόντος είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε, να μεταφέρει ένα μήνυμα, με το οποίο θα πείσει τον καταναλωτή να το αγοράσει. Δεν αποτελεί αντικειμενικό τρόπο προβολής πληροφοριών για το προϊόν. Επιπλέον οι διαφημίσεις δεν αναφέρουν όλη την αλήθεια και συνήθως μεταφέρουν μόνο τα μηνύματα που επιθυμεί ο κατασκευαστής του προϊόντος. Αν τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος διαφημίζονται στα μαιευτήρια, υποθάλπονται τα μηνύματα του μαιευτηρίου για την προαγωγή της υγείας και έτσι υποδηλώνεται ότι το σύστημα υγείας επιδοκιμάζει το προϊόν. Παράλληλα, η διαφήμιση ξένου γάλακτος υπονομεύει την αυτοπεποίθηση της μητέρας στο δικό της γάλα και αντιπροτείνει το τεχνητό σαν αποδεκτό και βολικό υποκατάστατο.
2. *Απαγορεύεται η διανομή δωρεάν δειγμάτων στις μητέρες και στις έγκυες που να περιέχουν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος* (World Health Assembly Article 5 1981). Η διανομή δειγμάτων είναι ένας από τους αποτελεσματικότερους τρόπους προαγωγής ενός προϊόντος. Η διανομή δωρεάν δειγμάτων

υποκατάστατων μητρικού γάλακτος είναι πολύ πιθανό να υπονομεύσει το θηλασμό, ίσως περισσότερο και από τη διαφήμιση.

3. *Απαγορεύεται η δωρεάν ή με μειωμένη τιμή προμήθεια βρεφικού γάλακτος σε νοσοκομεία και μαιευτήρια* (World Health Assembly Article 6,7 1981). Οι περισσότερες μητέρες που κάνουν συμπληρωματική διατροφή στο νεογνό τους και επομένως δίνουν κάποιες ποσότητες τεχνητού γάλακτος, θα συνεχίσουν να χρησιμοποιούν την συγκεκριμένη εταιρεία γάλακτος που χρησιμοποίησαν και κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο που γέννησαν. Οι εταιρείες επομένως, συναγωνίζονται για να προμηθεύσουν με το δικό τους τεχνητό γάλα τα νοσοκομεία και σε μερικές χώρες προμηθεύουν το γάλα είτε εντελώς δωρεάν, είτε με πολύ μεγάλη έκπτωση (σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιώντας το νοσοκομείο γι' αυτό το προνόμιο). Σε κάποιες περιπτώσεις επιπλέον, προσφέρουν χρηματικό αντάλλαγμα στο νοσοκομείο για κάθε νεογνό που τρέφεται αποκλειστικά με το δικό τους τεχνητό γάλα.
4. *Απαγορεύεται η επαφή των μητέρων με τους αντιπροσώπους των εταιριών βρεφικού γάλακτος* (World Health Assembly Article 5 1981). Οι αντιπροσωπείες των εταιριών χρηματοδοτούνται για να προωθούν τα προϊόντα της γαλακτοβιομηχανίας που εκπροσωπούν. Πολλές φορές προσφέροντας εκπαιδευτικές υπηρεσίες ή συμβουλές στις μητέρες, που πολύ πιθανόν να μην είναι αμερόληπτες.
5. *Τα πληροφοριακά φυλλάδια που απευθύνονται σε μητέρες πρέπει να υπόκεινται σε περιορισμούς* (World Health Assembly Article 4 1981). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο άρθρο, όταν επιτρέπεται στις εταιρείες να παρέχουν πληροφοριακά φυλλάδια στις μητέρες, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούν αυτήν την ευκαιρία για να προωθούν τα προϊόντα τους. Έτσι, θα πρέπει να αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και η ανωτερότητα του μητρικού γάλακτος, όπως και οι αρνητικές επιπτώσεις που δημιουργούνται στον θηλασμό με την εισαγωγή χορήγησης συμπληρώματος. Οι πληροφορίες για το πως παρασκευάζεται το τεχνητό γάλα, θα πρέπει να περιέχονται στα φυλλάδια, μόνο αν κρίνεται απαραίτητο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα φυλλάδια θα πρέπει να αναφέρουν πληροφορίες για το συνολικό κόστος από την χρήση του προϊόντος και τα ενδεχόμενα προβλήματα υγείας από άσκοπη ή λανθασμένη χρήση του.

6. *Δεν πρέπει οι γαλακτοβιομηχανίες να προσφέρουν δώρα στους επαγγελματίες υγείας* (World Health Assembly Article 6 1981). Τα δώρα αποσκοπούν στο να δημιουργήσουν ένα κλίμα καλής θελήσεως μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των αντιπροσώπων των εταιριών, αλλά στην ουσία είναι μέσο για την προώθηση των προϊόντων τους. Μερικά από τα δώρα των εταιριών είναι αντικείμενα χρήσιμα για τους επαγγελματίες υγείας και μερικές φορές οι τελευταίοι βασίζονται στις εταιρείες για την προμήθεια τους. Όταν οι μητέρες βλέπουν τους επαγγελματίες υγείας να χρησιμοποιούν τέτοια δώρα, όπως π.χ. ένα στυλό, συνταγολόγια κ.α., που φέρουν το όνομα και τα χαρακτηριστικά της εταιρείας, τότε η συγκεκριμένη εταιρεία έχει χρησιμοποιήσει πολύ σωστά τους εργαζομένους της, για να προωθήσει τα προϊόντα της.
7. *Απαγορεύεται η διανομή δωρεάν δειγμάτων βρεφικού γάλακτος στους επαγγελματίες υγείας* (World Health Assembly Article 6 1981). Επειδή είναι πολύ πιθανόν αυτά τα δείγματα να καταλήξουν στις μητέρες, δωρεάν δείγματα πρέπει να δίνονται μόνο για αποκλειστικά επαγγελματική εκτίμηση ή ερευνητικούς σκοπούς μέσα στο νοσοκομείο. Θα πρέπει πάντοτε να συνοδεύονται από τις σχετικές οδηγίες, περιλαμβανομένου του ερευνητικού πρωτοκόλλου ή της αναφοράς των ευρημάτων της έρευνας. Σύμφωνα με το ψήφισμά της Π.ΟΥ. το 1986, οι μικρές ποσότητες υποκατάστατων μητρικού γάλακτος που χρειάζεται να υπάρχουν στα νοσοκομεία για την μειοψηφία των νεογνών, θα πρέπει να εφευρίσκονται μέσω πιο φυσιολογικών διαδικασιών και όχι μέσω της δωρεάς που γίνεται από τις διάφορες γαλακτοβιομηχανίες (World Health Assembly Article 6 1981).
8. *Τα ενημερωτικά φυλλάδια που απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να περιορίζονται σε επιστημονικές και συγκεκριμένες πληροφορίες* (World Health Assembly Article 4 1981). Οι διαφημιστές είναι επαγγελματίες που εγγυώνται ότι, τα διαφημιστικά τους μηνύματα είναι πολύ εκλεπτυσμένα και αποτελεσματικά, αφού απευθύνονται σε επαγγελματίες στο χώρο της υγείας. Δυστυχώς, πολλοί από τους επαγγελματίες υγείας συχνά βασίζονται στις πληροφορίες που τους παρέχουν οι εταιρείες. Αν πρόκειται όμως να δοθούν ισορροπημένες και ακριβείς συμβουλές στις μητέρες από τους επαγγελματίες υγείας, οι τελευταίοι είναι απαραίτητο να λαμβάνουν ολοκληρωμένη πληροφόρηση, η οποία να είναι αξιόπιστη και απαλλαγμένη από διάφορα διαφημιστικά μηνύματα.

9. *Απαγορεύονται οι φωτογραφίες μωρών πάνω στις ετικέτες και τα διαφημιστικά των εταιρειών ξένου γάλακτος (World Health Assembly Article 9 1981).* Οι πληροφορίες που υπάρχουν πάνω στις ετικέτες πρέπει να είναι σαφής, και στην κατάλληλη γλώσσα, ώστε να μπορούν να αναγνωσθούν από αυτόν που χρησιμοποιεί το προϊόν. Επίσης, σε κάθε τέτοιο προϊόν χρειάζεται να υπάρχει μια σημαντική ανακοίνωση που να δηλώνει την υπεροχή του μητρικού θηλασμού, την δήλωση ότι το συγκεκριμένο προϊόν πρέπει να χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες των ειδικών, ενώ θα πρέπει να υπάρχουν οδηγίες για την σωστή προετοιμασία του προϊόντος. Οι φωτογραφίες ευτυχισμένων, χαμογελαστών και υγιών βρεφών πάνω στις συσκευασίες τεχνητών γαλάτων, έχουν σκοπό τη σύνδεση του συγκεκριμένου προϊόντος με την ευεξία των βρεφών. Οι μητέρες ενθαρρύνονται να πιστέψουν, ότι και τα δικά τους παιδιά θα γίνουν εξίσου υγιή, αν χρησιμοποιήσουν το προϊόν. Άλλες εικόνες στις ετικέτες χρησιμοποιούνται πολύ συχνά για να παρουσιάσουν το προϊόν ως ιδεώδες.
10. Οι κυβερνήσεις και οι μη κυβερνητικοί οργανισμοί θα πρέπει να παρακολουθούν και να αναφέρουν στην Π.ΟΥ. τον βαθμό στον οποίο υιοθετείται ο συγκεκριμένος Κώδικας από τα κράτη καθώς και τις παραβιάσεις από τις εθνικές νομοθεσίες και κανονισμούς (World Health Assembly Article 11 1981).

Μετά τη θέσπιση του συγκεκριμένου Κώδικα και κάθε δύο χρόνια, η Π.ΟΥ. προσπαθεί να ελέγξει τις αλλαγές που συμβαίνουν στην αγορά των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και να διευκρινίσει και να ενισχύσει τον Κώδικα μέσω συγκεκριμένων ψηφισμάτων. Με αυτό τον τρόπο προσπαθεί να καλύψει τα κενά που υπάρχουν ή που δημιουργήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, έτσι ώστε, ο Κώδικας να συμπορεύεται με τις αλλαγές που συμβαίνουν και να εξακολουθεί να πετυχαίνει τον στόχο του.

Για την ευκολότερη και αρτιότερη παρακολούθηση της εφαρμογής του Κώδικα ιδρύθηκε το Διεθνές Κέντρο Τεκμηρίωσης του Κώδικα (International Code Documentation Center) ([www.ibfan.org](http://www.ibfan.org)). Πολλές χώρες όπως το Ισραήλ, η Νορβηγία και η Ισπανία έχουν απαγορεύσει την δωρεά υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στα νοσοκομεία (Implementation of The Code 1997). Σήμερα μετά από 25 χρόνια από την δημιουργία του συγκεκριμένου Κώδικα, μόνο 32 χώρες έχουν θεσπίσει νομοθετικά μέτρα, τα οποία περιλαμβάνουν όλες ή τις περισσότερες σχεδόν από τις διατάξεις του

Κώδικα και τα μεταγενέστερα σχετικά ψηφίσματα. Ακόμη, 44 χώρες διαθέτουν νομοθεσία, που ελέγχει μερικώς τη διαφήμιση και την προώθηση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των οποίων η νομοθεσία δεν είναι αρκετά αυστηρή. Τέλος 18 χώρες έχουν διατάξεις που περιλαμβάνουν όλες σχεδόν τις διατάξεις του Κώδικα, αλλά δεν διαθέτουν ισχυρούς μηχανισμούς για την αυστηρή εφαρμογή τους (Δελτίο Τύπου Unicef 2006)

## **4.2. Τα 'Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό'**

Το 1989 προτάθηκαν από τη Π.Ο.Υ. και την Unicef, τα 'Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό' που θα πρέπει να εφαρμόζονται σε όλα τα μαιευτήρια (WHO/UNICEF 1989). Οι συγκεκριμένες οδηγίες αναφέρουν τα παρακάτω:

- 1. Να υπάρχει γραπτή πολιτική σε κάθε νοσοκομείο που να αφορά τον μητρικό θηλασμό και αυτή η πολιτική να ακολουθείται απ' όλους τους φορείς του νοσοκομείου που ασχολούνται με την φροντίδα του νεογέννητου.*
- 2. Οι φορείς να εκπαιδεύονται, ώστε να γίνουν ικανοί να εφαρμόσουν αυτήν την πολιτική.*
- 3. Να ενημερώνονται όλες οι μητέρες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.*
- 4. Ο θηλασμός να ξεκινά το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό, με την βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού.*
- 5. Οι μητέρες να εκπαιδεύονται στην τέχνη του θηλασμού. Σε περίπτωση πρόωρου τοκετού και αναγκαστικού αποχωρισμού από το παιδί τους, οι μητέρες να εκπαιδεύονται στην διατήρηση της γαλουχίας.*
- 6. Στο νεογέννητο να δίνεται μόνο μητρικό γάλα, ούτε υγρά, ούτε συμπλήρωμα τεχνητού γάλακτος, εκτός εάν, υπάρχει ειδικό ιατρικός λόγος.*
- 7. Να εφαρμόζεται το σύστημα 'rooming in', που σημαίνει το νεογέννητο να είναι δίπλα στη μητέρα του 24 ώρες το 24ωρο.*
- 8. Ο θηλασμός να είναι ελεύθερος και απεριόριστος.*
- 9. Να μην δίνονται πιπίλες στα παιδιά που θηλάζουν.*

10. Να ιδρυθούν ομάδες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και μετά την έξοδο του νεογέννητου από το μαιευτήριο, στις οποίες να συμμετέχουν και μητέρες.

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την εφαρμογή των ‘Δέκα βημάτων’ θα πρέπει να ενημερώνονται για ζητήματα όπως:

- Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.
- Τους κινδύνους από την διατροφή με το τεχνητό γάλα.
- Τους μηχανισμούς παραγωγής και έκθλιψης γάλακτος.
- Πως να βοηθήσουν τις μητέρες κατά την έναρξη του θηλασμού.
- Πως να αξιολογήσουν την πορεία του θηλασμού.
- Πως να επιλύσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.
- Για τις πολιτικές και πρακτικές που κυριαρχούν στα νοσοκομεία.

Από την άλλη πλευρά η προγεννητική εκπαίδευση των γυναικών πρέπει να περιλαμβάνει:

- Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού.
- Την σημασία της εφαρμογής του rooming in.
- Την σημασία της γρήγορης έναρξης του θηλασμού.
- Την σημασία του ελεύθερου θηλασμού.
- Πώς να εξασφαλίσουν σωστή γαλουχία.
- Ζητήματα σχετικά με τις θέσεις του θηλασμού.
- Την σημασία του αποκλειστικού θηλασμού.
- Τους κινδύνους από την διατροφή με τεχνητό γάλα.

Αντίθετα, η προγεννητική εκπαίδευση δεν πρέπει να περιλαμβάνει την εκπαίδευση στην προετοιμασία του τεχνητού γάλακτος.

### **4.3. Η ‘Διακήρυξη Innocenti’**

Το 1990 από την Π.Ο.Υ, την Unicef και άλλους διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με την Υγεία και τη Διατροφή του παιδιού, ανακοινώθηκε η ‘Διακήρυξη Innocenti’(UNICEF/WHO 1990), σύμφωνα με την οποία:

1. Όλες οι κυβερνήσεις μέχρι το 1995 θα πρέπει να ορίσουν έναν Εθνικό Συντονιστή σε θέματα θηλασμού και να συσταθεί σε κάθε χώρα μια Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού.
2. Θα πρέπει να εξασφαλίσουν ότι, όλα τα μαιευτήρια κάθε κράτους θα εφαρμόζουν τα 'Δέκα Βήματα για επιτυχή θηλασμό'.
3. Θα πρέπει να εφαρμόσουν το 'Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος' και τις μετέπειτα αποφάσεις των συνελεύσεων για την παγκόσμια υγεία.
4. Θα πρέπει να θεσπιστεί ευεργετική νομοθεσία σε κάθε χώρα για τις μητέρες που θηλάζουν και να δημιουργηθούν τέτοιες συνθήκες, ώστε η νομοθεσία να εφαρμόζεται.

Το 1992 ανακοινώθηκε από την Π.Ο.Υ και την Unicef η πρωτοβουλία για το 'Φιλικό για το βρέφος νοσοκομείο'-'Baby Friendly Hospital Initiative' (WHO/UNICEF 1989). Ο ακρογωνιαίος λίθος του είναι η εφαρμογή των 'Δέκα Βημάτων' και η τήρηση των άρθρων του Διεθνούς Κώδικα. Από το 1992 που ξεκίνησε η πρωτοβουλία 'Νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη' και μέχρι το 2005, περισσότερα από 15000 νοσοκομεία σε 132 χώρες του βιομηχανικού και αναπτυσσόμενου κόσμου, έχουν χαρακτηριστεί ως τέτοια (Δελτίο Τύπου Unicef 2005).

Επίσης την ίδια περίοδο καθιερώθηκε από την W.A.B.A (World Alliance for Breastfeeding Action) , η Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού να γιορτάζεται από 1-7 Αυγούστου. Σύμφωνα με το κεντρικό θέμα της εβδομάδας του 2000, ο θηλασμός αποτελεί δικαίωμα της κάθε γυναίκας (Δελτίο Τύπου Unicef 2000). Οι στόχοι εκείνης της εβδομάδας ήταν:

1. Να ενημερωθεί ο κόσμος για το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι ένα δικαίωμα, τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί της.
2. Να πληροφορηθεί το κοινό σχετικά με τους επίσημους και νόμιμους μηχανισμούς που υπάρχουν ή θα έπρεπε να υπάρχουν, για την προώθηση του θηλασμού, τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο.
3. Να προκαλέσει αλλαγή συμπεριφοράς στην κοινή γνώμη, ώστε αυτό το δικαίωμα να γίνεται σεβαστό, να προστατεύεται, να διευκολύνεται και να τηρείται στο σπίτι, την κοινότητα, αλλά και σε εθνικό επίπεδο σε κάθε χώρα.

Το 2004 με σύνθημα ‘Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός –Ο χρυσός κανόνας- Ασφαλής, Υγιής, Εφαρμόσιμος’, η Παγκόσμια Εβδομάδα σκόπευε να βοηθήσει τον καθένα να καταλάβει τον αποκλειστικό θηλασμό, να πιστέψει στα πλεονεκτήματά του και να βρεί τρόπους να υποστηρίξει και να ενθαρρύνει τις μητέρες να θηλάσουν αποκλειστικά (Δελτίο Τύπου Unicef 2004). Το 2006 η Παγκόσμια Εβδομάδα γιόρταζε τα 25 χρόνια προστασίας του μητρικού θηλασμού, μέσα από τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Σύμφωνα με την υπεύθυνη της Unicef για την διατροφή, Felicite Tchbindat, ‘Έφτασε η ώρα για τους ηγέτες και την κοινωνία να προστατεύσουν τις μητέρες και τα παιδιά στην Αφρική και στην πραγματικότητα σε όλο τον κόσμο, από τα διαφημιστικά προγράμματα των πολυεθνικών επιχειρήσεων. Η εφαρμογή του Κώδικα είναι ένας ευγενής στόχος για ένα καλύτερο μέλλον’(Δελτίο Τύπου Unicef 2006).

Η Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού, που υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη-μέλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στην 55<sup>η</sup> Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας (World Health Organization 2003), τον Μάιο του 2002, εδραιώνει πρωτοβουλίες της δημόσιας υγείας για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του θηλασμού. Η συγκεκριμένη στρατηγική έχει βασιστεί στις αρχές του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος (World Health Assembly 1981) και στις επόμενες σχετικές αποφάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Υγείας, στην ‘Διακήρυξη Innocenti’ (Unicef/W.H.O. 1990) και στην Πρωτοβουλία του ‘Φιλικού για το βρέφος Νοσοκομείου’ (WHO/UNICEF 1989) της Π.Ο.Υ και της Unicef. Είναι επίσης σύμφωνη με την Παγκόσμια Διακήρυξη της Π.Ο.Υ για το Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή (FAO/WHO 1992). Η Παγκόσμια Στρατηγική δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις ειδικές ανάγκες των παιδιών που βιώνουν αντίξοες συνθήκες ζωής και περιλαμβάνει πολιτικές για την έγκαιρα χορηγούμενη και ποιοτικά κατάλληλη συμπληρωματική τροφή. Ο μητρικός θηλασμός προβάλλεται ως προτεραιότητα στο πρώτο Σχέδιο Δράσης για τα τρόφιμα και τη διατροφική πολιτική του Ευρωπαϊκού Γραφείου της Π.Ο.Υ για τα έτη 2000-2005 (WHO/EURO 2001).

Η σημασία της προστασίας, προαγωγής και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού έχει υπογραμμιστεί σε σημαντικά έγγραφα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το πρόγραμμα EURODIET έχει τονίσει ιδιαίτερα, την ανάγκη επανεξέτασης των δραστηριοτήτων που υπάρχουν και τη δημιουργία και εφαρμογή ενός σχεδίου δράσης για τον θηλασμό με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Nutrition and diet for

health lifestyles in Europe 2001:265-73). Ακολουθώντας το EURODIET, η γνωστή σε όλους ‘Γαλλική πρωτοβουλία’ για την διατροφή, τόνισε την αναγκαιότητα να προαχθεί ο μητρικός θηλασμός και να υπάρξει σύστημα παρακολούθησής του (Societe Francaise de Sante Publique 2000). Το Δεκέμβριο του 2000 η ‘Γαλλική πρωτοβουλία’ οδήγησε στην απόφαση του συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη διατροφή και την υγεία, στην οποία ο μητρικός θηλασμός αναγνωρίζεται ως προτεραιότητα (EU Council 2000).

#### **4.4. Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο**

Στην χώρα μας η διαμόρφωση κλίματος επιστροφής στον μητρικό θηλασμό ξεκινάει κυρίως την περίοδο 1979-1981 με την καμπάνια της Ά Πανεπιστημιακής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Από το 1947 λειτουργεί στο Μαιευτήριο ‘Έλενα Βενιζέλου’ Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος, ενώ το 1985 δημιουργήθηκε Ειδική Μονάδα Φυσιολογικών Νεογέννητων-Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού-Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος (Σημειώσεις Σεμιναρίου 2000). Το 1983 από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας υιοθετήθηκε ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος (Εγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας 20/7/1993), ενώ το 1993 εναρμονίστηκε η ελληνική νομοθεσία προς την αντίστοιχη κοινοτική (Ευρωπαϊκή Οδηγία ΟΔ/91/321), σχετικά με τα παρασκευάσματα για βρέφη και τα παρασκευάσματα δεύτερης βρεφικής ηλικίας (European Commission 1991).

##### **4.4.α. Εναρμόνιση Ελληνικής Νομοθεσίας στην Ευρωπαϊκή Οδηγία του 1991**

Σύμφωνα λοιπόν με την υπ’ αριθμό Υ3Δ 1510 υπουργική απόφαση:

Α) όσον αφορά την διαφήμιση των τεχνητών γαλάτων:

1. Η διαφήμιση των παρασκευασμάτων για βρέφη πραγματοποιείται μόνο μέσω εκδόσεων που ειδικεύονται στην φροντίδα των βρεφών και σε επιστημονικές εκδόσεις. Εφ’ όσον κριθεί αναγκαίο, είναι δυνατόν μετά από γνώμη του ΕΟΦ (Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκων), να

περιορισθεί περισσότερο ή να απαγορευθεί η διαφήμισή τους. Οι πληροφορίες που περιέχονται στις διαφημίσεις δεν πρέπει να υπονοούν ή να δημιουργούν την πεποίθηση ότι, η χορήγηση τροφής με θήλαστρο (μπιμπερό) δίνει ανάλογα ή καλύτερα αποτελέσματα από τον μητρικό θηλασμό.

2. Η διαφήμιση των σημείων πώλησης, η προσφορά δειγμάτων ή οποιοδήποτε άλλο μέσο προώθησης των πωλήσεων παρασκευασμάτων για βρέφη στον καταναλωτή σε επίπεδο λιανικής πώλησης, όπως οι ειδικές επιδείξεις, τα κουπόνια εκπτώσεων, τα δώρα, οι ειδικές πωλήσεις, οι πωλήσεις κάτω του κόστους και οι πωλήσεις που συνεπάγονται την υποχρεωτική αγορά άλλων εμπορευμάτων, δεν επιτρέπονται.
3. Οι παρασκευαστές και διανομείς παρασκευασμάτων για βρέφη δεν πρέπει να προσφέρουν στο ευρύ κοινό ή στις εγκύους, στις μητέρες ή στα μέλη των οικογενειών τους δωρεάν ή σε χαμηλή τιμή προϊόντα, δείγματα ή άλλα διαφημιστικά δώρα, άμεσα ή έμμεσα μέσω του Συστήματος Υγείας, ή των εργαζομένων σ' αυτό (Υπουργική Απόφαση Υ3Δ 1510/ Άρθρο 6).

Β) Όσον αφορά την πληροφόρηση για τα τεχνητά γάλατα και την επιμόρφωση του κοινού:

ο ΕΟΦ είναι υπεύθυνος για τον σχεδιασμό, τη μορφή και τη διάδοση της πληροφόρησης, τις διατάξεις που τη διέπουν και τον έλεγχό της. Ο ΕΟΦ ελέγχει το πληροφοριακό και το επιμορφωτικό υλικό, γραπτό ή οπτικό-ακουστικό που έχει σχέση με τη διατροφή των βρεφών και στόχο να φθάσει στις κυοφορούσες και τις μητέρες των βρεφών και των νηπίων, ώστε να περιλαμβάνουν σαφείς πληροφορίες για όλα τα παρακάτω στοιχεία:

1. Τα πλεονεκτήματα και την υπεροχή του μητρικού θηλασμού.
2. Το μητρικό θηλασμό, την προετοιμασία για τον θηλασμό και τη διατήρηση του θηλασμού.
3. Τις ενδεχόμενες αρνητικές επιπτώσεις που παρουσιάζονται στον μητρικό θηλασμό από την εφαρμογή μερικής διατροφής με θήλαστρο (μπιμπερό).
4. Τη δυσκολία επαναφοράς του μητρικού θηλασμού όταν έχει διακοπεί.

5. Την ενδεχόμενη χρήση των παρασκευασμάτων για βρέφη, εφ' όσον χρειάζεται, όταν πρόκειται για βιομηχανοποιημένα ή παρασκευασμένα στο σπίτι προϊόντα.

Το συγκεκριμένο υλικό πρέπει να μη χρησιμοποιεί οποιαδήποτε εικόνα, η οποία θα εξιδανικεύει τη χρήση των παρασκευασμάτων για βρέφη. Επίσης ο ΕΟΦ παίρνει τα απαραίτητα μέτρα ώστε, παρασκευάσματα για βρέφη που προσφέρονται ή πωλούνται σε μειωμένες τιμές προς Ινστιτούτα ή Οργανισμούς, είτε να χρησιμοποιηθούν στα εν λόγω Ινστιτούτα ή πρόκειται να διατεθούν εκτός αυτών, να χρησιμοποιούνται ή να διατίθενται μόνο για βρέφη τα οποία πρέπει να τραφούν με παρασκευάσματα για βρέφη και μόνο για όσο χρονικό διάστημα τα βρέφη αυτά χρειάζονται αυτή την διατροφή (Υπουργική Απόφαση Υ3Δ 1510/ Άρθρο 7).

Παράλληλα, η επισήμανση των παρασκευασμάτων για βρέφη πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχει τις αναγκαίες πληροφορίες για μια σωστή χρήση των προϊόντων και να μην αποθαρρύνει τον θηλασμό. Η χρήση των όρων 'εξανθρωποποιημένο' (Humanized) και 'εξομοιωμένο με το μητρικό' (Maternalized) απαγορεύονται. Επίσης η επισήμανση των παρασκευασμάτων για βρέφη περιλαμβάνει επιπλέον τη λέξη 'προσοχή' που ακολουθείται από τις ενδείξεις: σχετικά με την ανωτερότητα του Μητρικού Θηλασμού και τη σύσταση για τη χρησιμοποίηση του προϊόντος μόνο, εφ' όσον ληφθεί η γνώμη εξειδικευμένων ατόμων στον τομέα ιατρικής διατροφής ή φαρμακευτικής ή άλλων ειδικών υπευθύνων για τη φροντίδα μητέρων και παιδιών.

Η παραπάνω Υπουργική Απόφαση περιλαμβάνει κάποια από τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, όπως το ζήτημα της διαφήμισης του ξένου γάλακτος, της δωρεάς ή της διανομής δειγμάτων ή δώρων σε εγκύους ή μητέρες καθώς και κάποιες προϋποθέσεις που πρέπει να ισχύουν κατά την ενημέρωση του κοινού. Το ζήτημα που τίθεται είναι, κατά πόσο ισχύουν οι παραπάνω αποφάσεις στην καθημερινή πρακτική και εάν παρακολουθούνται ή εάν επιβάλλονται κυρώσεις στους παραβάτες .

Σύμφωνα με την Unicef (Δελτίο Τύπου Unicef 2006) η χώρα μας (όπως και οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες) ανήκει στις 44 χώρες παγκοσμίως, που η νομοθεσία της ελέγχει, μερικώς, τη διαφήμιση και την προώθηση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, αφού η συγκεκριμένη νομοθεσία δεν κρίνεται, ως αρκετά αυστηρή. Δεν καλύπτει, δηλαδή, όλα ακριβώς τα άρθρα και τις συστάσεις του Διεθνούς Κώδικα, ενώ η παρακολούθησή της ισχύς της στην καθημερινή

πρακτική, χαρακτηρίζεται ως ανεπαρκής. Συγκεκριμένα η Ευρωπαϊκή οδηγία και κατά συνέπεια, η συγκεκριμένη υπουργική απόφαση, επιτρέπει κάποιους τύπους διαφήμισης του τεχνητού γάλακτος, οι οποίοι απαγορεύονται από τον Διεθνή Κώδικα, όπως αυτούς σε ειδικά επιστημονικά περιοδικά που ασχολούνται με την φροντίδα των βρεφών. Επίσης επιτρέπει την δωρεά ή την πώληση σε χαμηλή τιμή προϊόντων για την σίτιση νεογνών με τεχνητό γάλα (Cattaneo et al 2004:39-46).

#### **4.4.β. Ελληνική Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού**

Το 1993 συστάθηκε για πρώτη φορά η Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού (Εγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας 20/7/1993) , στην χώρα μας, ενώ το 2005 υπήρξε υπουργική απόφαση για την συγκρότηση Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού (Υπουργική Απόφαση, αρ.πρ: ΔΥ1δ/οικ.57387/2-06-2005). Η συγκεκριμένη επιτροπή με σημερινό πρόεδρο τον Καθηγητή Παιδιατρικής Γ. Χρούσο, προκειμένου να συμβάλλει στην προώθηση και προστασία του μητρικού θηλασμού στην χώρα μας, μετά από ευρείες και διεξοδικές συζητήσεις έθεσε, ως άμεσες προτεραιότητες τις παρακάτω δράσεις:

1. Την εφαρμογή και με νομοθετική στήριξη, του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Σύμφωνα με την επιτροπή ο εν λόγω Κώδικας παρ' ότι έχει υιοθετηθεί από το ελληνικό κράτος καταστρατηγείται συστηματικά.
2. Μέχρι το τέλος του 2007, όλα τα νοσοκομεία της χώρας να αποκτήσουν τις προϋποθέσεις, προκειμένου να λάβουν τα χαρακτηρισμό 'Φιλικά για το βρέφος νοσοκομεία' (Baby Friendly Hospitals) από την Π.Ο.Υ.
3. Να γίνει υποχρεωτική η εκπαίδευση μαιευτήρων, παιδιάτρων, μαιών και όσων άλλων ασχολούνται με τα βρέφη στον μητρικό θηλασμό.
4. Να γίνει σε πανελλήνιο επίπεδο η καταγραφή των ποσοστών μητρικού θηλασμού, ώστε οι στόχοι της εκστρατείας για την προώθηση του μητρικού θηλασμού να τεθούν σε σωστή βάση (Πρακτικά 6<sup>ης</sup> Συνεδρίασης 18/10/2006).

#### 4.4.γ. Λοιπό Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο

Το 1995 το Υπουργείο Υγείας έστειλε σε όλους τους αρμόδιους φορείς την υπ' αριθμό οδηγία Υ3γ/36189/9-10-95, η οποία τονίζει ότι, η συνταγογράφηση τεχνητού γάλακτος πρέπει να συνοδεύεται από ιατρική γνωμάτευση που να εξηγεί τους λόγους για τους οποίους το νεογνό-βρέφος δεν μπορεί να θηλάσει αποκλειστικά. Την ίδια χρονιά, σύμφωνα με την εγκύκλιο που στάλθηκε σε όλα τα μαιευτήρια και νοσοκομεία που έχουν μαιευτικά και νεογνολογικά τμήματα (Εγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας 9/10/1995), θα έπρεπε να εφαρμόζονται, σύμφωνα με την 'Διακήρυξη Innocenti' (UNICEF/WHO 1990), τα 'Δέκα Βήματα για επιτυχή θηλασμό' (WHO/UNICEF 1989), που θεσπίστηκαν από την Π.Ο.Υ και τη Unicef. Παρόλα αυτά, αυτή την στιγμή, 12 χρόνια μετά την αποστολή της σχετικής εγκυκλίου, κανένα νοσοκομείο-μαιευτήριο της χώρας μας, δεν χαρακτηρίζεται ως 'Φιλικό προς τα βρέφη' (Cattaneo et al 2004:39-46). Παρόμοια είναι η κατάσταση σε Ευρωπαϊκές χώρες όπως, η Γαλλία και η Ιρλανδία στις οποίες είναι ελάχιστα τα ποσοστά γεννήσεων σε 'Φιλικά νοσοκομεία.' Αντίθετη είναι η κατάσταση σε χώρες όπως η Σουηδία για παράδειγμα όπου όλα τα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται 'Φιλικά προς τα βρέφη' αλλά και η Σλοβενία όπου 85% των γεννήσεων συμβαίνουν σε τέτοιου είδους νοσοκομεία (Cattaneo et al 2004:39-46).

Το 1996 καθιερώθηκε και εναρμονίστηκε προς τις συνθήκες της χώρας μας (Εγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας 28/8/1996), ο ετήσιος εορτασμός της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού (1-7 Νοεμβρίου) με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση, τόσο των υπευθύνων για την προαγωγή του, όσο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Οι γενικότεροι στόχοι της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού, είναι:

1. Η αναγνώριση των κινδύνων που εγκυμονεί, αλλά και των ευκαιριών που παρέχει η παγκοσμιοποίηση για τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού.
2. Η εκμετάλλευση των δυνατοτήτων που προσφέρει η παγκόσμια επικοινωνία για την εκπαίδευση των ατόμων, όσον αφορά τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και τα μειονεκτήματα της τεχνητής διατροφής.
3. Η προαγωγή και η ανάληψη δράσεων στα πλαίσια της Παγκόσμιας Στρατηγικής για τη διατροφή του νεογνού και του νηπίου.

4. Η αποτροπή της αποδυνάμωσης του Διεθνούς Κώδικα για το Marketing των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος και των σχετικών αποφάσεων της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας που ακολούθησαν.
5. Η δράση για τη δημιουργία συμμαχιών με άλλα πολιτικά και κοινωνικά κινήματα που αγωνίζονται για παγκόσμια δικαιοσύνη, ειρήνη και υγεία για όλους.
6. Η σφαιρική αντίληψη των πραγμάτων και η τοπική δράση όλων των παραγόντων της οργανωμένης κοινωνίας για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού (Υπ. Αριθμ. Εγγ. Υ1/Γ.Π/1-10-2006).

Ένα χρόνο μετά, δηλαδή το 1997, καθιερώθηκαν σεμινάρια 40 ωρών για τον θηλασμό (Εγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας 8/9/1997), δυο φορές τον χρόνο για παιδίατρους και μαίες που υπηρετούν σε δημόσια ιδρύματα, προκειμένου να γίνουν πυρήνες εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας τους. Παράλληλα το 2004 δημιουργήθηκε ο μη κερδοσκοπικός σύλλογος ‘Οι φίλοι του μητρικού θηλασμού’, από επαγγελματίες υγείας που βοηθούν στην υποστήριξη του θηλασμού στην χώρα μας. Σκοπός του συλλόγου είναι η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, συνεδριών και κοινωνικών εκδηλώσεων, που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας, ώστε να γίνουν φορείς της προαγωγής του θηλασμού, όσο και στο κοινό για την δημιουργία μιας κοινωνίας φιλικής προς τον θηλασμό.

Σύμφωνα με τα πρακτικά της 3<sup>ης</sup> Συνεδρίασης της Εθνικής Επιτροπής (Πρακτικά 3<sup>ης</sup> Συνεδρίασης 22/3/2006), θα πρέπει εντός τριμήνου, όλα τα τμήματα κρατικών και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων που νοσηλεύουν νεογνά και βρέφη, να καταθέσουν γραπτώς την πολιτική που εφαρμόζουν σε θέματα θηλασμού στις διοικήσεις τους. Επίσης, σε αυτό το διάστημα, θα πρέπει να έχει ορισθεί από τη διοίκηση του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος ένα άτομο –μαία ή παιδίατρος- το οποίο θα αποτελεί πρόσωπο αναφοράς για ζητήματα σχετικά με τον θηλασμό (Υπ. Αριθμ. Εγγ. Υ1β/οικ.46827/18-4-2006). Παρ’ όλα αυτά, μέχρι σήμερα κανένα νοσοκομείο δεν έχει απαντήσει για την πολιτική που ακολουθεί σε ζητήματα θηλασμού.

#### 4.4.δ. Η κατάσταση στην Ελλάδα σήμερα

Παρ' όλη την ευαισθητοποίηση, την πρόθεση και τις συστάσεις της Παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας για το ζήτημα της προώθησης και προαγωγής του μητρικού θηλασμού, η πραγματικότητα και ιδιαίτερα η ελληνική, διαφέρει καθώς καθημερινά παρατηρούμε ότι δεν τηρούνται τα μέτρα που έχουν προταθεί, ενώ η νομοθεσία παραβιάζεται (επίσημα ή ανεπίσημα).

Αν και η χώρα μας επικύρωσε το 1992 την 'Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού' της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών, αναγνωρίζοντας με αυτόν τον τρόπο την ανάγκη για ενημέρωση και υποστήριξη των μητέρων και των παιδιών σε θέματα διατροφής και υγείας, ενώ παράλληλα έχει υιοθετήσει την 'Διακήρυξη Innocenti', στην ελληνική καθημερινή πρακτική επιτρέπει την καταπάτηση της αυτονομίας των μητέρων, κυρίως, λόγω του ότι επιτρέπει ως έναν βαθμό την παραβίαση του Διεθνούς Κώδικα Εμπορία Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι που χρησιμοποιούν οι γαλακτοβιομηχανίες (στην χώρα μας αλλά και γενικότερα) προκειμένου να προωθήσουν τα προϊόντα τους, είναι:

1. Να χαρίζουν αφίσες και ημερολόγια (με την ονομασία της συγκεκριμένης εταιρείας) στα μαιευτήρια.
2. Να μοιράζουν χρήσιμα δώρα στους επαγγελματίες υγείας.
3. Να διαφημίζονται σε περιοδικά που απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας.
4. Να καλύπτουν τα οικονομικά έξοδα συνεδρίων, ημερίδων και σεμιναρίων.
5. Να παρέχουν ενημερωτικά φυλλάδια με οδηγίες στις μητέρες και τους επαγγελματίες υγείας.
6. Να διαφημίζουν τα προϊόντα τους σε εγκύους και μητέρες.

Σύμφωνα με την W.A.B.A.( Δελτίο Τύπου W.A.B.A 2006) υπάρχουν 101 τρόποι με τους οποίους οι εταιρείες προσπαθούν να πείσουν τις μητέρες να χρησιμοποιήσουν τα προϊόντα τους, για την διατροφή των παιδιών τους. Συνήθως, το έντυπο διαφημιστικό υλικό τους και οι ιστοσελίδες του διαδικτύου των εταιρειών, συγκαλύπτουν την προαγωγή των προϊόντων τους, παρουσιάζοντας την, ως πληροφόρηση για την παιδική διατροφή. Οι εταιρείες δίνουν μεγάλες ποσότητες έντυπου προπαγανδιστικού υλικού, που περιέχει παραπλανητικές πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συχνά το δίνουν στις μητέρες. Ενώ, η συνέχιση της τεχνητής διατροφής διαφημίζεται ως απαραίτητη για την υγεία των παιδιών,

πείθοντας τις μητέρες να σταματήσουν γρήγορα τον θηλασμό (Δελτίο Τύπου W.A.B.A 1-7/11/2006). Οι εταιρείες ξοδεύουν εκατομμύρια δολάρια για να προάγουν τα προϊόντα τους. Η διαφήμιση των προϊόντων όμως ανταγωνίζεται ευθέως τον θηλασμό, αφού υπονομεύει την εμπιστοσύνη της γυναίκας στην ανωτερότητα του μητρικού γάλακτος και της ικανότητάς της να θηλάσει.

Παράλληλα, η εθνική μας νομοθεσία που ρυθμίζει τη διαφήμιση και προβολή των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, υπολείπεται του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, ενώ δεν κρίνεται ως αυστηρή (Δελτίο Τύπου Unicef 2006). Και αυτό γιατί δεν καλύπτει όλα τα άρθρα του, μετά την εφαρμογή της Οδηγίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 1991 (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004). Ακόμη, οι επαγγελματίες υγείας και το ευρύ κοινό δεν έχουν ενημερωθεί, όπως θα έπρεπε για τις ρυθμίσεις που περιέχονται στον Κώδικα, ενώ παράλληλα δεν υπάρχει σύστημα καταγραφής της συμμόρφωσης με τις ρυθμίσεις του Κώδικα (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004). Καθημερινά λοιπόν, στα ελληνικά μαιευτήρια, καταστρατηγείται ο Διεθνής Κώδικας, μέσω της διαφήμισης των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος μέσα στα μαιευτήρια, ενώ συχνά συγκεκριμένες εταιρείες υποστηρίζουν οικονομικά συγκεκριμένα νοσοκομεία, κυρίως ιδιωτικά.

Στην χώρα μας κανένα νοσοκομείο δεν θεωρείται 'Φιλικό για τα βρέφη' και αυτό γιατί δεν πληρεί τις προϋποθέσεις που χαρακτηρίζουν τα 'Baby-Friendly Hospitals' διεθνώς (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004), όπως αυτές έχουν τεθεί από την WHO και την Unicef. Αν και τις τελευταίες δεκαετίες, οι γνώσεις και η πρακτική κατανόησης του θηλασμού έχουν αυξηθεί, η εφαρμογή αυτών των γνώσεων στην πράξη, βρίσκει συχνά τροχοπέδη, τις αναχρονιστικές τακτικές πολλών μαιευτηρίων ή μαιευτικών κλινικών. Δυστυχώς, αρκετά μαιευτήρια είναι εξαρτώμενα από διάφορες γαλακτοβιομηχανίες, για την παροχή δωρεάν ή χαμηλού κόστους γάλακτος, ενώ σε πολλές αίθουσες αναμονής προβάλλονται διαφημιστικά μηνύματα που πλήττουν τον θηλασμό (Πρακτικά 3<sup>ης</sup> Συνεδρίασης 22/3/2006). Συνηθισμένο φαινόμενο επίσης, ιδιαίτερα στα ιδιωτικά μαιευτήρια, αποτελεί η χορήγηση τεχνητού γάλακτος στο νεογνό, χωρίς να έχουν ενημερωθεί οι γονείς του, και χωρίς ιατρική εντολή, ο αποχωρισμός μητέρας-νεογνού μετά τον τοκετό, πριν προλάβει το νεογνό να θηλάσει και ενώ η σίτισή του γίνεται με τεχνητό γάλα, ή άλλα υγρά. Εάν λάβουμε υπ' όψιν ότι, όπως και στην διεθνή κοινότητα έτσι και στην χώρα μας, κάποιοι από τους καθοριστικούς παράγοντες που σχετίζονται με

την έναρξη και την διάρκεια του θηλασμού, είναι η εφαρμογή του rooming-in (Lindenberg et al 1990:179, Daglas et al 2005:189-192, Butler et al 2004:908) και ο χρόνος έναρξης του θηλασμού (Lu et al 2001:290-5, Bernard-Bonnin et al 1989:64, Pechlivani et al 2005:928-34, Simard et al 2005:327-37), (όσο γρηγορότερα τόσο καλύτερα), γίνεται κατανοητό πόσο καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των μητέρων παίζουν οι συγκεκριμένες πρακτικές των ελληνικών νοσοκομείων-μαιευτηρίων.

Όσον αφορά την εθνική μας νομοθεσία για την προστασία της μητρότητας σε σχέση με τον θηλασμό, κατά το άρθρο 2 του νόμου 1302/1982, η εργαζόμενη δικαιούται άδεια μητρότητας 12 εβδομάδων, 6 πριν από τον τοκετό και 6 μετά. Η εθνική γενική συλλογική σύμβαση εργασίας του 1989, αύξησε την άδεια σε 15 εβδομάδες (52 ημέρες προ του τοκετού και 53 μετά) και αυτή του 1993 της πρόσθεσε ακόμη μια εβδομάδα. Επίσης, η μητέρα που εργάζεται στον δημόσιο τομέα δικαιούται 2 ώρες απαλλαγή από το ωράριο εργασίας της μέχρι το παιδί της να γίνει 2 ετών και μια ώρα μέχρι την συμπλήρωση των 4 ετών, εκτός εάν επιθυμεί 9 μήνες συνολικής απουσίας από την εργασίας της. Ενώ η λεχώίδα στον ιδιωτικό τομέα για τις ανάγκες του θηλασμού έχει δικαίωμα αποχώρησης ή βραδείας προσέλευσης κατά μια ώρα (Καρακατσάνη 1995). Όπως προκύπτει λοιπόν, νομοθετικά ευνοείται περισσότερο η εργαζόμενη μητέρα στον δημόσιο παρά στον ιδιωτικό τομέα, ενώ δεν παρουσιάζεται πουθενά το ζήτημα των διαλειμμάτων των μητέρων για να θηλάσουν, κατά την διάρκεια της καθημερινής τους εργασίας, ένα από τα ελάχιστα απαιτούμενα που συστήνει ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας στο 183<sup>ο</sup> Συνέδριό του (International Labour Organization 2000).

Τα προγράμματα σπουδών για τους επαγγελματίες υγείας πριν και κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους, είναι ανεπαρκή για την εκπαίδευση στον θηλασμό (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004). Η ανάγκη για εκπαίδευση παρουσιάζεται και μέσα από τις προτεραιότητες που θέτει η Εθνική Επιτροπή Θηλασμού της χώρας μας. Η απόφαση για πραγματοποίηση παρόμοιων σεμιναρίων στην Βόρεια Ελλάδα, όπως αυτού που διοργανώνεται στο Γ.Ν. Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου' και η πρόταση για υποχρεωτική εκπαίδευση σε θέματα θηλασμού των μαιών, παιδιατρών, μαιευτήρων-γυναικολόγων και παιδιατρικών νοσηλευτριών, εντός της προσεχούς πενταετίας, δηλώνει το μέγεθος της ανάγκης για συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο συγκεκριμένο ζήτημα (Πρακτικά 2<sup>ης</sup> Συνεδρίασης Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού 18/1/2006). Παράλληλα τέτοια σεμινάρια θα πρέπει να αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους και το περιεχόμενό τους να

αναθεωρείται ή ανανεώνεται, όποτε κρίνεται απαραίτητο. Δυστυχώς όμως, σύστημα αξιολόγησης των τοπικών σεμιναρίων δεν υπάρχει στην χώρα μας (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004), όπως επίσης, δεν υπάρχουν σύμβουλοι μητρικού θηλασμού με πιστοποιητικό από Διεθνή Επιτροπή (International Board Certified Lactation Consultants, IBCLC), ενώ σε αρκετές χώρες έχουν αυξηθεί, γεγονός που πιθανόν δείχνει αυξημένη ευαισθητοποίηση για τις γνώσεις και την εμπειρία τους (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004).

Παράλληλα στην χώρα μας δεν δραστηριοποιούνται ειδικοί σύμβουλοι θηλασμού (EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2003) που να δουλεύουν εθελοντικά ή να αμοιβονται και να εργάζονται υπό τη διεύθυνση των ιατρικών αρχών ή υπηρεσιών που οργανώνουν ένα υποστηρικτικό συμβουλευτικό πρόγραμμα. Εθελοντικές ομάδες υποστήριξης ίσως να υπάρχουν, αλλά συνήθως καλύπτουν ελάχιστες ανάγκες, δεν παρουσιάζουν αυξημένο βαθμό συντονισμού και η σχέση τους με το σύστημα υγείας δεν είναι συχνά αναπτυγμένη για την εφαρμογή αποτελεσματικής αλληλοκάλυψης και συντονισμού με τις αρμόδιες υπάρχουσες κυβερνητικές υπηρεσίες.

Με βάση την παραπάνω υπάρχουσα κατάσταση και με δεδομένη τη σημασία του μητρικού θηλασμού, ως αγαθού της δημόσιας υγείας και της ελεύθερης επιλογής κάθε γυναίκας, εύλογα δημιουργούνται ερωτήματα, όπως, κατά πόσο οι σημερινές Ελληνίδες αποφασίζουν ελεύθερα και αυτόνομα, όσον αφορά το ζήτημα του μητρικού θηλασμού. Μήπως κυριαρχούν συγκεκριμένες συνθήκες που επηρεάζουν, κατευθύνουν και τελικά καθορίζουν τις αποφάσεις των γυναικών για την έναρξη και την συνέχιση του θηλασμού; Σε τι βαθμό και με ποιόν τρόπο όμως, αυτές οι συνθήκες απομακρύνουν ή στερούν από την κάθε Ελληνίδα μητέρα μια ελεύθερη επιλογή, ως προς τον τρόπο διατροφής του παιδιού της; Τελικά εξασφαλίζονται οι απαραίτητες προϋποθέσεις για τις Ελληνίδες, προκειμένου αυτές ελεύθερα και συνειδητά να αποφασίζουν για το είδος της διατροφής του νεογνού/βρέφους τους;

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Μεθοδολογία

Η προαγωγή, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού αποτελεί δημόσια προτεραιότητα για την ανθρώπινη υγεία. Γι' αυτό και συχνά τίθεται το ερώτημα, εάν οι στόχοι και οι συστάσεις που έχουν προταθεί από τα διεθνή προγράμματα πολιτικής της υγείας και τους επιστημονικούς συλλόγους, έχουν επιτευχθεί, και σε ποιο βαθμό στη χώρα μας. Και αυτό γιατί, παρ' όλη την ευαισθητοποίηση της παγκόσμιας κοινότητας στο ζήτημα του μητρικού θηλασμού, συχνά, η ελληνική καθημερινή πρακτική διαφέρει. Τα βιοηθικά ερωτήματα που κυριαρχούν είναι τα εξής:

1<sup>ο</sup>. Η απόφαση των Ελληνίδων, όσον αφορά την έναρξη και το διάστημα του θηλασμού, είναι αποτέλεσμα της ελεύθερης επιλογής τους;

2<sup>ο</sup>. Ποιες καθημερινές συνθήκες τις απομακρύνουν από τον μητρικό θηλασμό ή τις στερούν μια ελεύθερη επιλογή;

### 5.1. Σκοπός

Η παρούσα εργασία στοχεύει να αποτυπώσουν το βαθμό στον οποίο έχουν υιοθετηθεί, από την ελληνική πραγματικότητα, τα δυο σημαντικότερα σημεία της Διακήρυξης Innocenti, δηλαδή:

1<sup>ο</sup>. Η εφαρμογή των κυριότερων αρχών και σκοπών των άρθρων του 'Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος' και

2<sup>ο</sup>. Η εφαρμογή των 'Δέκα Βημάτων για επιτυχή θηλασμό'.

Προκειμένου να προσεγγιστούν ζητήματα που σχετίζονται με την ελευθερία των γυναικών να αποφασίσουν για το αν θα θηλάσουν ή όχι, ή καλύτερα προκειμένου να διαπιστωθεί αν και πόσο υπάρχουν εκείνες οι συνθήκες που πιθανώς περιορίζουν την ελευθερία των γυναικών να αποφασίζουν έτσι όπως αυτή περιγράφεται στα διεθνή κείμενα θα ερευνηθούν ειδικότερα:

1. η διαφήμιση και προώθηση υποκαταστάτων μητρικού γάλακτος
2. οι νοσοκομειακές πρακτικές (υποστηρικτικές ή αποτρεπτικές) για το μητρικό θηλασμό στη χώρα μας.

## **5.2. Δείγμα**

Προκειμένου να προσεγγιστούν ζητήματα που αναφέρονται στην προώθηση και διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος αλλά και οι νοσοκομειακές πρακτικές θεωρήθηκε σκόπιμο η μελέτη να απευθύνεται τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στις ίδιες τις μητέρες. Έτσι, η μελέτη έγινε σε δύο δείγματα, ένα δείγμα μαιών και ένα δείγμα μητέρων. Παρακάτω θα παρουσιαστούν ο τρόπος δειγματοληψίας, το σχετικό εργαλείο, ζητήματα δεοντολογίας και η μέθοδος στατιστικής ανάλυσης όπως αφορά το κάθε δείγμα χωριστά.

### **5.2.α. Μαιές**

#### **5.2.α1. Επιλογή δείγματος**

Η μαία αντιπροσωπεύει την επαγγελματία υγείας που είναι υπεύθυνη για την παροχή φροντίδας στην γυναίκα, κατά το διάστημα της κύησης, του τοκετού και της λοχείας. Ειδικότερα η μαία:

1. Συνεργάζεται με κάθε γυναίκα, υποστηρίζοντας το δικαίωμα της να συμμετέχει ενεργά σε αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα της.
2. Υποστηρίζει και σέβεται το δικαίωμα κάθε γυναίκας στην ενημέρωση.
3. Ανταποκρίνεται στις ψυχολογικές, σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες της.
4. Συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας, σε περιπτώσεις που η φροντίδα της γυναίκας είναι πέρα από τη δικαιοδοσία και τις αρμοδιότητές της.

Κατά συνέπεια ευθύνεται:

1. για την υποστήριξη του θηλασμού κατά την διάρκεια της κύησης,
2. για την παροχή βοήθειας και καθοδήγησης κατά την εγκατάσταση του θηλασμού μετά την γέννηση και
3. για τη διατήρηση του θηλασμού κατά την λοχεία (Προεδρικό διάταγμα 351/14-6/1989).

Παράλληλα, κάθε μαιία γνωρίζει και βιώνει στην καθημερινή πρακτική, τις συνθήκες που σχετίζονται με την προώθηση, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

Ο συγκεκριμένος πληθυσμός μελέτης απαρτίζεται από Ελληνίδες μαιίες, που εργάζονται σε μαιευτήρια ή μαιευτικές κλινικές νοσοκομείων της χώρας μας. Για την επιλογή του δείγματος της μελέτης δεν κατέστη δυνατό να εφαρμοστεί η μέθοδος της απλής τυχαίας δειγματοληψίας όπως θα ήταν το ιδανικό αναφορικά με το βαθμό αντιπροσωπευτικότητάς του (Κυριαζή 2002:110). Παρόλα αυτά ο τρόπος επιλογής του δείγματος και το τελικό δείγμα προσεγγίζει τα αποτελέσματα απλής τυχαίας δειγματοληψίας εξασφαλίζοντας κάποιο βαθμό αντιπροσωπευτικότητας.

Για την επιλογή του δείγματος προσεγγίσαμε Ελληνίδες μαιίες κατά την διάρκεια του 10<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών-Μαιευτών, που διοργανώθηκε από τον Επιστημονικό Σύλλογο Μαιών-Μαιευτών Πάτρας. Το συγκεκριμένο συνέδριο διεξήχθη από 23 έως 26 Νοεμβρίου 2006, στο Συνεδριακό Κέντρο Α.ΤΕΙ Πατρών με κεντρικό θέμα: 'Η εξέλιξη της μαιευτικής επιστήμης- Μαιία-Μαιευτής σήμερα'.

Κατά τη διάρκεια των εργασιών του συνεδρίου ζητήσαμε από 310 Ελληνίδες μαιίες που παρακολούθησαν το συνέδριο και εργάζονται μέχρι και σήμερα σε μαιευτικές κλινικές ή μαιευτήρια της χώρας μας, να καταγράψουν απαντώντας σε συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου, τα βιώματα και την καθημερινή εμπειρία τους σχετικά με την εφαρμογή των 'Δέκα Βημάτων για επιτυχή θηλασμό', καθώς και την εφαρμογή των άρθρων του 'Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος'. Από τις 310 μαιίες που προσεγγίσαμε και ενημερώσαμε για τους σκοπούς της έρευνας, δέχθηκαν, τελικά, να συμμετέχουν 193 μαιίες. Αυτές οι μαιίες εργάζονται σε 42 διαφορετικές μαιευτικές κλινικές (δημόσιες και ιδιωτικές) της χώρας μας. Από τις 42 κλινικές, οι 7 ανήκουν σε μαιευτήρια-νοσοκομεία του νομού Αττικής και οι υπόλοιπες 35 σε επαρχιακά νοσοκομεία από ολόκληρη την χώρα.

### **5.2.a2. Ερωτηματολόγιο**

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Β) με ερωτήσεις κλειστού τύπου που κλήθηκαν να συμπληρώσουν οι μαιίες) αποτελούνταν από :

1<sup>ov</sup>. Μια περιγραφική επιστολή, η οποία ανέφερε: το αντικείμενο της έρευνας, τη σημασία που έχει η συμμετοχή των μαιών για τη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας,

το απόρρητο των απαντήσεων τους, καθώς επίσης την ιδιότητα των υπεύθυνων προσώπων και το υπεύθυνο ίδρυμα.

2<sup>ο</sup>. Από το βασικό ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε:

1<sup>η</sup> ενότητα: ερωτήσεις κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτώμενων, όπως τόπος εργασίας, προϋπηρεσία και ηλικία.

2<sup>η</sup> ενότητα: 19 κλειστές ερωτήσεις σχετικές με την εφαρμογή των σημαντικότερων άρθρων του Διεθνούς Κώδικα στα νοσοκομεία όπου εργάζονται.

3<sup>η</sup> ενότητα: 18 κλειστές ερωτήσεις σχετικές με τις νοσοκομειακές πρακτικές, αναφορικά με τα 'Δέκα Βήματα'.

### **5.2.α3. Δεοντολογικά ζητήματα**

Σε πρώτη φάση, όλες οι μαίες που συμμετείχαν στην έρευνα, ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και για τα υπεύθυνα πρόσωπα. Στην συνέχεια ενημερώθηκαν (και μέσω της εισαγωγικής επιστολής) για την τήρηση των αρχών της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

## **5.2.β Μητέρες**

### **5.2.β1. Επιλογή δείγματος**

Καθώς το ζήτημα του μητρικού θηλασμού που μελετάμε σχετίζεται άμεσα με τις αποφάσεις της κάθε μητέρας όπως αυτές σχετίζονται με τις εμπειρίες της, κρίθηκε τελείως απαραίτητο να γίνει ανάλυση αυτών των εμπειριών.

Το σχετικό δείγμα απαρτίζεται από μητέρες, που γέννησαν προσφάτως, και από τις οποίες ζητήθηκε να περιγράψουν τις εμπειρίες και τις αποφάσεις τους για τη διατροφή του μικρότερου σε ηλικία παιδιού τους. Σε αυτήν την περίπτωση, η επιλογή του πληθυσμού μελέτης έγινε με την μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας.

Επισκεφθήκαμε 13 παιδικούς σταθμούς (7 δημοτικούς και 6 ιδιωτικούς), που βρίσκονται σε τρία διαφορετικά προάστια του νομού Αττικής και ενημερώσαμε τους υπεύθυνους για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας. Μετά την

ενημέρωση αυτή, 7 παιδικοί σταθμοί (5 δημοτικοί και 2 ιδιωτικοί) δέχθηκαν να συνεργασθούν μαζί μας.

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε στη συνέχεια ήταν η εξής: κάθε μητέρα που παραλάμβανε το παιδί της από τον σταθμό, ενημερωνόταν από τον αντίστοιχο διευθυντή για την συγκεκριμένη έρευνα, και στην συνέχεια παραλάμβανε από αυτόν ένα ερωτηματολόγιο, προκειμένου να το συμπληρώσει. Όποια μητέρα δεχόταν να πάρει μέρος, θα έπρεπε να επιστρέψει το ερωτηματολόγιο στον διευθυντή του σταθμού, ο οποίος θα μας το παρέδιδε. Κάθε μητέρα είχε στην διάθεση της μια εβδομάδα προκειμένου να επιστρέψει το ερωτηματολόγιο.

Η παραπάνω διαδικασία ξεκίνησε στις 27 Νοεμβρίου 2006 και τελείωσε στις 15 Ιανουαρίου 2007. Οι 7 παιδικοί σταθμοί που δέχθηκαν να συνεργασθούν μαζί μας, φιλοξενούσαν εκείνο το διάστημα, 325 παιδιά ηλικίας από 6 μηνών έως 6 ετών. Διανεμήθηκαν από τους διευθυντές των σταθμών συνολικά, 305 ερωτηματολόγια, αφού κάποια παιδιά (20 περιπτώσεις) το διάστημα που γινόταν η μελέτη, δεν επισκέπτονταν τον σταθμό, για διάφορους λόγους, π.χ. λόγω ασθενείας. Από τα 305 ερωτηματολόγια που δόθηκαν στις μητέρες, τελικά, επιστράφηκαν τα 140.

### **5.2.β2. Ερωτηματολόγιο**

Το ερωτηματολόγιο που καλούνταν να συμπληρώσουν οι μητέρες (Παράρτημα Γ), αποτελούνταν και αυτό από:

1<sup>ο</sup>. Μια περιγραφική επιστολή, η οποία ανέφερε: το αντικείμενο της έρευνας, την σημαντικότητα της συμβολής κάθε μητέρας μέσω της εμπειρίας της, το απόρρητο των απαντήσεων τους, την ανωνυμία των προσώπων που θα έπαιρναν μέρος, και τα στοιχεία των προσώπων που διεξάγουν την έρευνα.

2<sup>ο</sup>. Από το βασικό ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε:

1<sup>η</sup> ενότητα: ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων.

2<sup>η</sup> ενότητα: 14 ερωτήσεις (3 ανοιχτού τύπου, 9 κλειστού τύπου και 2 ερωτήσεις μεικτές), που αναφερόταν στο διάστημα της κύησης, του τοκετού και της λοχείας του μικρότερου σε ηλικία παιδιού τους.

3<sup>η</sup> ενότητα: 5 ερωτήσεις κλειστού τύπου, σχετικές για την εμπειρία των μητέρων, από το διάστημα της κύησης του μικρότερου παιδιού τους.

4<sup>η</sup> ενότητα: 28 κλειστές ερωτήσεις, σχετικές με την εμπειρία των μητέρων κατά το διάστημα της παραμονής τους, στο νοσοκομείο που γέννησαν το μικρότερο παιδί τους.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και στις δυο ερευνητικές υποθέσεις (μαίες-μητέρες), ήταν δυο διαφορετικά ερωτηματολόγια, που δημιουργήθηκαν για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

Κατά την δημιουργία των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων, έγινε προσπάθεια ώστε:

1<sup>ο</sup>. Οι ερωτήσεις να μην προϋποθέτουν γνώσεις, που πιθανόν να μην έχει η ερωτώμενη.

2<sup>ο</sup>. Κάθε ερώτηση να είναι λιτή και όσο το δυνατόν πιο σύντομη.

3<sup>ο</sup>. Οι ερωτήσεις να έχουν μια λογική αλληλουχία.

4<sup>ο</sup>. Η διατύπωση των ερωτήσεων να μην προτρέπει την ερωτώμενη προς μια συγκεκριμένη απάντηση.

5<sup>ο</sup>. Κάθε ερώτηση να είναι μονοδιάστατη, δηλαδή, να μην αναφέρεται σε περισσότερα του ενός θέματα ή να επιδέχεται πολλαπλές απαντήσεις.

6<sup>ο</sup>. Να υπάρχουν εισαγωγικές παρατηρήσεις, που να διευκολύνουν κάθε ερωτώμενη, στη μετάβαση από ενότητα σε ενότητα.

### **5.2.β3. Δεοντολογικά ζητήματα**

Σε πρώτη φάση ενημερώθηκαν όλοι οι διευθυντές των παιδικών σταθμών για τον τρόπο διεξαγωγής της συγκεκριμένης μελέτης, ενώ διευκρινίσθηκε ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία τόσο των παιδικών σταθμών, όσο και των μητέρων που θα πάρουν μέρος. Αφού λοιπόν, πάρθηκε από κάθε σταθμό, η έγκριση για την διανομή του ερωτηματολογίου, ενημερώθηκε κάθε μητέρα για τους στόχους, την μεθοδολογία της εργασίας και για την τήρηση της ανωνυμίας των απαντήσεων, τόσο από τους διευθυντές, όσο και από την εισαγωγική επιστολή που υπήρχε σε κάθε ερωτηματολόγιο. Δεν ζητήθηκε, από τους διευθυντές των παιδικών σταθμών, κανένα άλλο στοιχείο που να αφορούσε τις μητέρες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, εκτός από την ενημέρωση των μητέρων και την διανομή των ερωτηματολογίων.

### 5.3. Πιλοτικός έλεγχος

Πριν διανεμηθούν τα τελικά ερωτηματολόγια στις μαίες και τις μητέρες, διανεμήθηκαν πιλοτικά σε δύο ομάδες (10 μαίες και 10 μητέρες) που παρουσίαζαν παρόμοια χαρακτηριστικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που επρόκειτο να περιληφθούν στα τελικά δείγματα. Σκοπός του πιλοτικού ελέγχου ήταν να εξακριβωθούν:

- 1°. Η σαφήνεια και το κατανοητό των ερωτήσεων
- 2°. Η επάρκεια των εναλλακτικών απαντήσεων σε όλες τις κλειστές ερωτήσεις.
- 3°. Πιθανά προβλήματα ροής σχετιζόμενα με την έκταση του ερωτηματολογίου και του απαιτούμενου χρόνου συμπλήρωσης.
- 4°. Η ανάγκη αλλαγών, προσθηκών και διευκρινίσεων.

Σε γενικές γραμμές, δεν δημιουργήθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα ή ερωτήσεις κατά την συμπλήρωσή τους, ενώ χαρακτηρίστηκαν από τις ερωτώμενες, ως ευκολονόητα ερωτηματολόγια.

### 5.4. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων και των δυο ερωτηματολογίων, έγινε με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS 13.00 (Statistical Package for Social Sciences).

Ακολουθήθηκε η διαδικασία  $\chi^2$  ως τέστ ανεξαρτησίας, εφαρμόζοντας τις παρακάτω παραδοχές:

1. ύπαρξη τυχαίου δείγματος
2. ανεξαρτησία παρατηρήσεων: κάθε παρατήρηση προέρχεται από διαφορετικό υποκείμενο.
3. ονομαστικά δεδομένα
4. μέγεθος δείγματος μεταξύ  $n=15$  και  $n=250$
5. Το πολύ το 29% των κελιών του πίνακα συνάφειας έχουν αναμενόμενη συχνότητα κάτω από 5.

Το ζητούμενο στην εφαρμογή του ελέγχου ανεξαρτησίας  $\chi^2$  είναι να διαπιστωθεί, αν δυο τυχαίες μεταβλητές είναι ή όχι στατιστικά ανεξάρτητες. Η εφαρμογή του ελέγχου ανεξαρτησίας  $\chi^2$  παίρνει την μορφή πινάκων διπλής ή

πολλαπλής εισόδου (Δαφέρμος 2005:309). Η κατασκευή τέτοιων πινάκων επιτρέπει τον έλεγχο της ύπαρξης συνάφειας μεταξύ μεταβλητών. Με άλλα λόγια με τους πίνακες συνάφειας μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα, ως προς το αν οι μεταβλητές σχετίζονται (εμφανίζουν συνάφεια) ή είναι ανεξάρτητες (δεν εμφανίζουν συνάφεια).

Ακολουθήθηκε το στατιστικό κριτήριο T-Test για δυο ανεξάρτητα δείγματα, εφαρμόζοντας τις παραδοχές:

- 1°. Τα δεδομένα να είναι τύπου αριθμητικά ή αναλογικά.
- 2°. Το δείγμα να είναι τυχαία επιλεγμένο από τον πληθυσμό ενδιαφέροντος.
- 3°. Τα δείγματα να προέρχονται από κανονικά κατανεμημένο πληθυσμό.

Λόγω του ότι το δείγμα μας αποτελείται κυρίως από ονομαστικές μεταβλητές και παράλληλα δεν είναι πολύ μεγάλο, δεν ισχύει το Κ.Ο.Θ (Κεντρικό Οριακό Θεώρημα), οπότε προτιμήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι, όπως:

1. Το μη παραμετρικό κριτήριο των Mann-Witney (αντίστοιχο του T-Test για ανεξάρτητα δείγματα), το οποίο ελέγχει διαφορές ανάμεσα σε δυο ανεξάρτητα δείγματα και

2. Το μη παραμετρικό κριτήριο των Kruskal-Wallis. Αυτό το κριτήριο θα μπορούσε να ονομάζεται και μη παραμετρική ανάλυση διασποράς με ένα παράγοντα, διότι στο πλαίσιο του αναζητάμε τα ίδια πράγματα που αναζητάμε στην one way ANOVA (διαφορές ανάμεσα σε περισσότερους από δυο μέσους), χωρίς ωστόσο να ικανοποιούνται οι γνωστές παραδοχές της one way ANOVA.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αποτελέσματα-Δείγμα Μαιών**

### **6.1. Περιγραφή δείγματος**

Το δείγμα των μαιών της συγκεκριμένης έρευνας αποτελείται από 193 Ελληνίδες μαιές. Όπως προκύπτει από την ανάλυση των δεδομένων, με βάση τις απαντήσεις της 1<sup>ης</sup> ενότητας, οι μαιές αυτές εργάζονται σε 42 διαφορετικές μαιευτικές κλινικές δημόσιων (75,4%) και ιδιωτικών (24,6%) νοσοκομείων, του νομού Αττικής (21,5%) και της επαρχίας (78,5%). Από αυτές το 77,2% εργαζόταν σε τμήμα λεχωίδων, ήταν ηλικίας κυρίως 30-40 ετών (36,8%) και 41-50 ετών (34,1%), με προϋπηρεσία 11-20 χρόνια (38,7%).

### **6.2. Εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας**

Η 2<sup>η</sup> ενότητα ερωτήσεων αφορούσε την εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Με βάση τα δεδομένα και για το σύνολο του δείγματος φαίνεται ότι στην πλειοψηφία τους (54,7%) οι μαιές έχουν δει αντιπροσώπους εταιρειών εμπορίας υποκατάστατων γάλακτος να επισκέπτονται επαγγελματίες υγείας μερικές φορές (32,1%) ή συχνά (22,6%) (Πίνακας 1), ενώ τα ευρήματα δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Αντίθετα, διαφοροποιούνται μεταξύ νοσοκομείων της Αττικής και της επαρχίας, καθώς οι μαιές που εργάζονται σε νοσοκομεία της επαρχίας δηλώνουν ότι βλέπουν τέτοιους αντιπροσώπους πιο συχνά από ότι οι μαιές που εργάζονται σε νοσοκομεία της Αττικής (12,8% και 0%% αντίστοιχα, Asymp. Sig. 0,009<0,05) (Πίνακας 1).

Από την άλλη πλευρά οι μαιές του δείγματος, στην πλειοψηφία τους (86,8%) δεν έχουν δει αντιπροσώπους εταιρειών γάλακτος να προσεγγίζουν εγκύους (Πίνακας 1). Παρομοίως το 79,8% των μαιών αναφέρει ότι δεν έχει δει ποτέ αντιπροσώπους να προσεγγίζουν λεχωίδες (Πίνακας 1). Τα ευρήματα διαφοροποιούνται μόνο αναφορικά με την προσέγγιση λεχωίδων μεταξύ νοσοκομείων της Αττικής και της επαρχίας. Στα επαρχιακά νοσοκομεία οι λεχωίδες φαίνεται ότι προσεγγίζονται συχνότερα από ότι στα νοσοκομεία της Αττικής (Asymp. Sig. 0,023<0,05).

**Πίνακας 1. Επισκέψεις αντιπροσώπων σε επαγγελματίες υγείας, εγκύους και λεχώιδες**

Βλέπετε αντιπροσώπους εταιρειών που εμπορεύονται τεχνητό βρεφικού γάλα να επισκέπτονται επαγγελματίες υγείας;						
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Σύνολο Asymp. Sig.
<u>Δημόσιο</u>	18,2%	15,4%	32,9%	23,8%	9,8%	0,512>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	21,3%	19,1%	29,8%	19,1%	10,6%	
<u>Αττική</u>	31,7%	14,6%	34,1%	19,5%	0%	0,009<0,05
<u>Επαργία</u>	15,4%	16,8%	31,5%	23,5%	12,8%	
<u>Συνολικά</u>	19%	16,3%	32,1%	22,6%	10%	
Έχετε δει αντιπροσώπους εταιρειών τεχνητό βρεφικού γάλακτος, να προσεγγίζουν <u>εγκύους</u> που επισκέπτονται το νοσοκομείο σας;						
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Σύνολο Asymp. Sig.
<u>Δημόσιο</u>	86,7%	9,1%	2,1%	0,7%	1,4%	0,886>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	87,2%	10,6%	2,1%	0%	0%	
<u>Αττική</u>	90,2%	7,3%	2,4%	0%	0%	0,459>0,05
<u>Επαργία</u>	85,9%	10,1%	2%	1%	1%	
<u>Συνολικά</u>	86,8%	9,5%	2,1%	0,5%	1,1%	
Έχετε δει αντιπροσώπους εταιρειών τεχνητό βρεφικού γάλακτος να προσεγγίζουν τις <u>λεχώνες</u> , όσο αυτές βρίσκονται στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό;						
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Σύνολο Asymp. Sig.
<u>Δημόσιο</u>	78,2%	12,7%	4,9%	2,8%	1,4%	0,337>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	84,4%	8,7%	4,3%	0%	2,2%	
<u>Αττικής</u>	92,5%	5%	5%	0%	0%	0,023<0,05
<u>Επαργίας</u>	76,4%	13,5%	5,4%	3%	2%	
<u>Συνολικά</u>	79,8%	11,7%	4,8%	2,1%	1,6%	

Αναφορικά με τη δική τους εμπειρία, το 46,6% των μαιών απάντησε ότι δεν έχει προσεγγισθεί από κάποιον αντιπρόσωπο, ενώ το 39,2% έχει προσεγγισθεί, σε συχνότητα από σπάνια έως και μερικές φορές (Πίνακας 2) Παρατηρείται διαφορά στην παραπάνω συχνότητα, σε επίπεδο μαιών επαρχιακών-αστικών νοσοκομείων (Asymp. Sig. 0,001<0,05), δηλαδή οι μαιές της επαρχίας δηλώνουν ότι προσεγγίζονται συχνότερα από τις μαιές της Αττικής. Διαφορά στην συχνότητα δεν υπάρχει, σε επίπεδο μαιών δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Asymp. Sig. 0,366>0,05), σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Mann-Whitney Test) (Πίνακας 2). Στατιστικά δεν υπάρχει διαφορά (Kruskal-Wallis Test) ως προς την συχνότητα, σε σχέση με την προϋπηρεσία των μαιών (Asymp. Sig. 0,274>0,05).

Από τις μαιές που έχουν προσεγγισθεί, το 41,7% δήλωσε ότι τους έχει προσφερθεί κάποιο δώρο, ενώ το 53% δήλωσε ότι δεν τους προσφέρθηκε κάποιο δώρο. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά (Pearson Chi-Square) μεταξύ μαιών επαρχιακών-αστικών νοσοκομείων (Pvalue= 1,107, Sig. 0,426>0,05) και μαιών δημόσιων-ιδιωτικών νοσοκομείων (Pvalue= 3,655, Sig. 0,161>0,05) (Πίνακας 2).

## Πίνακας 2. Προσέγγιση των μαιών από αντιπρόσωπο εταιρείας βρεφικού γάλακτος

Σας έχει προσεγγίσει κάποιος αντιπρόσωπος εταιρείας τεχνητού βρεφικού γάλακτος, θέλοντας να διαφημίσει την του;						
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Σύνολο Asymp. Sig.
<u>Δημόσιο</u>	45,3%	18,2%	21,9%	8%	6,6%	0,366>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	51,3%	23,1%	12,8%	7,7%	5,1%	
<u>Αττική</u>	70,3%	16,2%	8,1%	2,7%	2,7%	<b>0,001&lt;0,05</b>
<u>Επαρχία</u>	40,3%	20,1%	23%	9,4%	7,2%	
<u>Συνολικά</u>	46,6%	19,3%	19,9%	8%	6,3%	
Εάν σας έχει προσεγγίσει κάποιος, προσπάθησε να σας προσφέρει κάποιο δώρο;						
	Όχι	Ναι	Δεν απάντησαν	P value		
<u>Δημόσιο</u>	50%	45,6%	4,4%	Pvalue= 3,655 Sig. 0,161>0,05		
<u>Ιδιωτικό</u>	60%	28%	12%			
<u>Αττική</u>	46,7%	53,3%	0%	Pvalue= 1,107 Sig. 0,426>0,05		
<u>Επαρχίας</u>	53%	40%	7%			
<u>Συνολικά</u>	53%	41,7%	5,3%			

Από την άλλη μεριά η πλειοψηφία των μαιών (54,6%) αναφέρει ότι γνωρίζει πως προσφέρονται δώρα σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ δημόσιων-ιδιωτικών νοσοκομείων ( $Pvalue=4,229$ ,  $Sig. 0,238>0,05$ ) ούτε μεταξύ νοσοκομείων Αττικής-επαρχίας ( $Pvalue=1,356$ ,  $Sig. 0,716>0,05$ ) (Πίνακας 3).

Όσον αφορά το είδος των δώρων που προσφέρονται σε επαγγελματίες υγείας, σύμφωνα με το 61,5% του δείγματος αυτά είναι δείγματα τεχνητού γάλακτος ενώ, σύμφωνα με το 39,4% είναι κουτιά με τεχνητό γάλα. Ποσοστό 30,8% των μαιών αναφέρει ότι, τα σχετικά δώρα είναι ταξίδια (Πίνακας 3).

Από τις μαιές που υποστηρίζουν ότι προσφέρονται δώρα στους επαγγελματίες υγείας, το 63,4% αναφέρει ότι αυτό συμβαίνει από μερικές φορές έως και πολύ συχνά (Πίνακας 3). Αν και δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) ως προς την συχνότητα σε επίπεδο μαιών Αττικής-επαρχίας ( $Pvalue=7,297$ ,  $Sig. 0,121>0,05$ ), υπάρχει διαφορά σε επίπεδο μαιών δημοσίων-ιδιωτικών νοσοκομείων ( $Pvalue=17,407$ ,  $Sig. 0,002<0,05$ ) (Πίνακας 3). Οι μαιές των ιδιωτικών αναφέρουν ότι η προσφορά δώρων συμβαίνει σπάνια (35,5%) ή ότι δεν γνωρίζουν πόσο συχνά συμβαίνει (29%). Οι μαιές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία υποστηρίζουν ότι η προσφορά δώρων συμβαίνει μερικές φορές (33,3%) και συχνά (29,8%). Αξίζει όμως να αναφέρουμε ότι τα ιδιωτικά μαιευτήρια, συνήθως κάνουν συμβάσεις με μια συγκεκριμένη εταιρεία, γι' αυτό και οι επισκέψεις από αντιπροσώπους άλλων εταιρειών δεν συνηθίζονται.

### Πίνακας 3. Προσφορά δώρων από εκπροσώπους εταιρειών τεχνητού γάλακτος σε επαγγελματίες υγείας

Στο πλαίσιο της διαφήμισης του τεχνητού γάλακτος, οι εκπρόσωποι των εταιρειών προσφέρουν διάφορα δώρα στους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου σας;							
	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Δεν απάντησαν	P value		
<u>Δημόσιο</u>	52,3%	6,2%	39,2%	2,3%	Pvalue= 4,229 Sig. 0,238>0,05		
<u>Ιδιωτικό</u>	61,4%	2,3%	29,5%	6,8%			
<u>Αττική</u>	52,5%	2,5%	42,5%	2,5%	Pvalue= 1,356 Sig. 0,716>0,05		
<u>Επαρχία</u>	55,2%	6%	35,1%	3,7%			
<u>Συνολικά</u>	54,6%	5,2%	36,8%	3,4%			
<b>Συνήθως τι είδους δώρα είναι αυτά;</b>							
	Δείγματα τεχνητού γάλακτος	Κουτιά με τεχνητό γάλα	Παιδικές κρέμες	Χρήματα	Ημερολόγια	Ταξίδια	Κάτι άλλο
<b>Ναι</b>	61,5%	39,4%	34,6%	8,7%	42,3%	30,8%	10,6%
<b>Όχι</b>	38,5%	60,6%	65,4%	91,3%	57,7%	69,2%	89,4%
<b>Συνήθως, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;</b>							
	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Δεν γνωρίζω πόσο συχνά	P value	
<u>Δημόσιο</u>	10,7%	33,3%	29,8%	10,7%	15,5%	Pvalue=17,407 Sig. <b>0,002&lt;0,05</b>	
<u>Ιδιωτικό</u>	35,5%	12,9%	9,7%	12,9%	29%		
<u>Αττική</u>	28,6%	9,5%	28,6%	4,8%	28,6%	Pvalue= 7,297 Sig. 0,121>0,05	
<u>Επαρχία</u>	14,9%	31,9%	23,4%	12,8%	17%		
<u>Συνολικά</u>	17,4%	27,8%	24,3%	11,3%	19%		

Σε αντίθεση με ότι συμβαίνει με τους επαγγελματίες υγείας, οι μαίες αναφέρουν είτε ότι δεν προσφέρονται δώρα στις λεχωίδες από αντιπροσώπους εταιρειών (35%) είτε ότι δεν γνωρίζουν αν προσφέρονται τέτοια δώρα (35%). Ωστόσο, σε ποσοστό 27,6% οι μαίες αναφέρουν ότι προσφέρονται δώρα στις λεχωίδες (Πίνακας 4). Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση ότι τα σχετικά ευρήματα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο μεταξύ νοσοκομείων Αττικής-επαρχίας (Pvalue= 8,704, Sig. 0,034<0,05), όσο και μεταξύ νοσοκομείων δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Pvalue= 14,339, Sig. 0,002<0,05). Οι μαίες που εργάζονται σε νοσοκομεία της Αττικής (31,6%) καθώς και εκείνες που εργάζονται σε νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα (41,3%), αναφέρουν συχνότερα από τις μαίες που εργάζονται σε

νοσοκομεία της επαρχίας (26,4%) και νοσοκομεία του δημοσίου τομέα (22,2%) ότι προσφέρονται δώρα στις λεχωίδες (Πίνακας 4).

Τα δώρα που προσφέρονται στις λεχωίδες φαίνεται να είναι δείγματα τεχνητού γάλακτος και κουτιά με τεχνητό γάλα (71,4% και 24,5% αντίστοιχα). Το 56% των μαιών του συμμετείχαν στην έρευνα αναφέρει ότι η προσφορά δώρων στις λεχωίδες συμβαίνει σε συχνότητα από μερικές φορές έως και πολύ συχνά (Πίνακας 4).

#### Πίνακας 4. Προσφορά δώρων σε λεχωίδες από εκπροσώπους εταιρειών τεχνητού γάλακτος

Στο πλαίσιο της διαφήμισης του τεχνητού γάλακτος, οι εκπρόσωποι των εταιρειών προσφέρουν διάφορα δώρα στις λεχώνες που γεννούν στο νοσοκομείο;						
	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Δεν απάντησαν	P value	
<u>Δημόσιο</u>	22,2%	41,9%	35%	0,9%	Pvalue= 14,339 Sig. <b>0,002&lt;0,05</b>	
<u>Ιδιωτικό</u>	41,3%	17,4%	34,8%	6,5%		
<u>Αττική</u>	31,6%	15,8%	50%	2,6%	Pvalue= 8,704 Sig. <b>0,034&lt;0,05</b>	
<u>Επαρχία</u>	26,4%	40,8%	30,4%	2,4%		
<u>Συνολικά</u>	27,6%	35%	35%	2,5%		
Συνήθως τι είδους δώρα είναι αυτά;						
	Δείγματα τεχνητού γάλακτος	Κουτιά με τεχνητό γάλα	Παιδικές κρέμες	Ημερολόγια	Κάτι άλλο	
Ναι	71,4%	24,5%	26,5%	4,1%	12,2%	
Όχι	28,6%	75,5%	73,5%	95,9%	87,8%	
Συνήθως, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;						
	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Δεν γνωρίζω πόσο συχνά	P value
<u>Δημόσιο</u>	33,3%	28,9%	28,9%	4,4%	4,4%	Pvalue= 9,168 Sig. 0,057>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	42,9%	14,3%	9,5%	14,3%	14,3%	
<u>Αττική</u>	36,4%	27,3%	18,2%	9,1%	9,1%	Pvalue= 0,210 Sig. 0,995>0,05
<u>Επαρχίας</u>	36,4%	23,6%	23,6%	7,3%	7,3%	
<u>Συνολικά</u>	36,4%	24,2%	22,7%	7,6%	7,6%	

Η πλειοψηφία των μαιών (43,1%) αναφέρει ότι το νοσοκομείο τους προμηθεύεται είτε δωρεάν τεχνητό γάλα είτε σε μειωμένη τιμή από εταιρείες, ενώ μόνο το 15,5% υποστηρίζει ότι δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε επίπεδο δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Pvalue=5,338, Sig. 0,254>0,05). Διαφορά παρατηρείται μεταξύ νοσοκομείων Αττικής και επαρχίας. Έτσι, 51,3% των μαιών της Αττικής αναφέρουν ότι δεν γνωρίζουν αν το νοσοκομείο τους προμηθεύεται δωρεάν τεχνητό γάλα ή γάλα σε μειωμένη τιμή. Το αντίστοιχο ποσοστό για την επαρχία είναι 31,9%. Επιπλέον, το 45,2% των μαιών που εργάζονται σε νοσοκομεία της επαρχίας, υποστηρίζουν πως γνωρίζουν ότι το νοσοκομείο τους προμηθεύεται τεχνητό γάλα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Το αντίστοιχο ποσοστό των μαιών της Αττικής που είναι ενήμερο για τέτοιες προμήθειες, είναι 35,9%.

Από τις μαιές που υποστηρίζουν ότι το νοσοκομείο τους προμηθεύεται είτε δωρεάν τεχνητό γάλα είτε σε μειωμένη τιμή από κάποια εταιρεία, το 66,4% αναφέρει ότι αυτό συμβαίνει σε συχνότητα από μερικές φορές έως και πολύ συχνά. Στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) δεν παρατηρείται μεταξύ των νοσοκομείων της Αττικής και της επαρχίας (Pvalue= 5,232 Sig. 0,264>0,05). Ενώ, οριακές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ νοσοκομείων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Pvalue= 9,455 Sig. 0,051>0,05) (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5. Προμήθεια δωρεάν τεχνητού γάλακτος σε νοσοκομεία-μαιευτήρια από εκπροσώπους εταιρειών τεχνητού γάλακτος**

Οι εκπρόσωποι των εταιρειών τεχνητού γάλακτος προμηθεύουν το νοσοκομείο-μαιευτήριο σας με δωρεάν τεχνητό γάλα ή σε μειωμένη τιμή;						
	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Δεν απάντησαν	P value	
<u>Δημόσιο</u>	42,3%	16,2%	38,5%	3%	Pvalue= 5,338 Sig. 0,254>0,05	
<u>Ιδιωτικό</u>	45,5%	13,6%	29,5%	11,4%		
<u>Αττική</u>	35,9%	2,6%	51,3%	10,3%	Pvalue= 11,753 Sig. <b>0,019&lt;0,05</b>	
<u>Επαρχίας</u>	45,2%	19,3%	31,9%	3,7%		
<u>Συνολικά</u>	43,1%	15,5%	36,2%	5,1%		
Πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;						
	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Δεν γνωρίζω πόσο συχνά	P value
<u>Δημόσιο</u>	9,9%	9,9%	39,5%	22,2%	18,5%	Pvalue= 9,455 Sig. 0,051>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	20,7%	3,4%	13,8%	34,5%	27,6%	
<u>Αττική</u>	21,1%	0%	31,6%	15,8%	31,6%	Pvalue= 5,232 Sig. 0,264>0,05
<u>Επαρχία</u>	11%	9,9%	33%	27,5%	18,7%	
<u>Συνολικά</u>	12,7%	8,2%	32,7%	25,5%	20,9%	

Αν και το 35,1% των μαιών αναφέρει ότι δεν διανέμονται ποτέ διαφημιστικά φυλλάδια σε επαγγελματίες υγείας, το 31,4% υποστηρίζει ότι διανέμεται τέτοιο υλικό σε συχνότητα από συχνά έως και πολύ συχνά. Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Mann-Whitney Test), δεν παρατηρείται διαφορά ως προς την συχνότητα ούτε μεταξύ μαιών Αττικής-επαρχίας (Asymp. Sig. 0,496>0,05), ούτε μεταξύ μαιών δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Asymp. Sig. 0,591>0,05) (Πίνακας 6). Στατιστικά δεν υπάρχει διαφορά (Kruskal-Wallis Test) ως προς την παραπάνω συχνότητα, σε σχέση με την προϋπηρεσία των μαιών (Asymp. Sig. 0,842>0,05).

Η πλειοψηφία των μαιών (55%) αναφέρει ότι δεν διανέμονται ποτέ διαφημιστικά φυλλάδια σε έγκυες και λεχωίδες. Στατιστικά (Mann-Whitney Test) σημαντικές διαφορές δεν παρατηρούνται μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων (Asymp. Sig. 0,095>0,05). Διαφοροποίηση ωστόσο παρατηρείται μεταξύ νοσοκομείων Αττικής και επαρχίας (Asymp. Sig. 0,0005<0,05). Έτσι, οι μαιές της Αττικής συχνότερα από τις μαιές της επαρχίας (47,5% και 17,9% αντίστοιχα) αναφέρουν ότι δεν γνωρίζουν αν διανέμονται διαφημιστικά φυλλάδια σε εγκύους και

λεχωίδες. Από την άλλη μεριά, οι μαίες της επαρχίας συχνότερα από τις μαίες της Αττικής (62,1% και 30% αντίστοιχα) δηλώνουν ότι δεν διανέμονται ποτέ διαφημιστικά φυλλάδια σε εγκύους και λεχωίδες.

### Πίνακας 6. Συχνότητα διανομής διαφημιστικών φυλλαδίων σε επαγγελματίες υγείας και εγκύους-λεχωίδες

Κατά τη γνώμη σας, πόσο συχνά διανέμονται διαφημιστικά φυλλάδια τεχνητού βρεφικού γάλακτος, από τους αντιπροσώπους των εταιρειών τεχνητού βρεφικού γάλακτος σε επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου που εργάζεσθε;						
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά	Δεν το γνωρίζω	Σύνολο Asymp. Sig.
<u>Δημόσιο</u>	34,8%	11,6%	18,8%	11,6%	23,2%	0,591>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	36,2%	12,8%	21,3%	12,8%	17%	
<u>Αττική</u>	31,7%	12,2%	17,1%	14,6%	24,4%	0,496>0,05
<u>Επαρχία</u>	36,1%	11,8%	20,1%	11,1%	20,8%	
<u>Συνολικά</u>	35,1%	11,9%	19,5%	11,9%	21,6%	
Πόσο συχνά γνωρίζετε να διανέμονται διαφημιστικά φυλλάδια τεχνητού βρεφικού γάλακτος, από τους αντιπροσώπους των εταιρειών τεχνητού βρεφικού γάλακτος σε εγκύους-λεχώνες, μέσα στον χώρο του νοσοκομείου που εργάζεσθε;						
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά	Δεν το γνωρίζω	Σύνολο Asymp. Sig.
<u>Δημόσιο</u>	58,6%	9%	7,5%	3%	21,8%	0,095>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	44,7%	12,8%	6,4%	4,3%	31,9%	
<u>Αττική</u>	30%	0%	0%	7,5%	47,5%	<b>0,0005&lt;0,05</b>
<u>Επαρχία</u>	62,1%	9,3%	9,3%	2,1%	17,9%	
<u>Συνολικά</u>	55%	7,2%	7,2%	3,3%	24,4%	

Αν και οι περισσότερες μαίες (56,1%) υποστηρίζουν ότι δεν βλέπουν ποτέ να διανέμονται δωρεάν δείγματα τεχνητού γάλακτος σε εγκύους-λεχωίδες, το 33,9% αυτών αναφέρουν ότι αυτό συμβαίνει σε συχνότητα από μερικές φορές έως και πολύ συχνά. Στατιστικά (Mann-Whitney Test) δεν παρατηρείται διαφορά στην συχνότητα, σε επίπεδο μαιών Αττικής-επαρχίας (Asymp. Sig. 0,320>0,05). Διαφορά ωστόσο υπάρχει μεταξύ μαιών δημοσίου-ιδιωτικού (Asymp. Sig. 0,002<0,05). Οι μαίες των

ιδιωτικών νοσοκομείων (23,9%) σε μεγαλύτερη συχνότητα από τις μαίες των δημοσίων νοσοκομείων (6%), υποστηρίζουν ότι η διανομή διαφημιστικών φυλλαδίων συμβαίνει πολύ συχνά. Στατιστικά δεν υπάρχει διαφορά (Kruskal-Wallis Test) ως προς την παραπάνω συχνότητα σε σχέση με την προϋπηρεσία των μαιών (Asymp. Sig. 0,104>0,05) (Πίνακας 7).

Αν και το 39,1% των μαιών αναφέρει ότι ποτέ δεν δίνονται δωρεάν τέτοια δείγματα σε λεχωίδες, παρόμοιο ποσοστό 40,1% γνωρίζει να δίνονται τέτοια δείγματα σε συχνότητα από μερικές φορές έως και πολύ συχνά. Στατιστικά (Mann-Whitney Test) δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές στην συχνότητα που δίνονται τα δείγματα, σε επίπεδο Αττικής-επαρχίας (Asymp. Sig. 0,272>0,05) και δημόσιων-ιδιωτικών νοσοκομείων (Asymp. Sig. 0,171>0,05). Στατιστικά δεν υπάρχει διαφορά (Kruskal-Wallis Test) ως προς την παραπάνω συχνότητα, σε σχέση με την προϋπηρεσία των μαιών (Asymp. Sig. 0,509>0,05) (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7. Συχνότητα διανομής δωρεάν δειγμάτων τεχνητού γάλακτος σε εγκύους και λεχώιδες**

Πόσο συχνά βλέπετε να δίνονται σε <u>εγκύους</u> , δωρεάν δείγματα τεχνητού γάλακτος, από επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου σας;							
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά		Σύνολο Asymp. Sig.
<u>Δημόσιο</u>	60,4%	11,9%	11,2%	10,4%	6%		<b>0,002&lt;0,05</b>
<u>Ιδιωτικό</u>	43,5%	4,3%	6,5%	21,7%	23,9%		
<u>Αττική</u>	50%	7,9%	15,8%	10,5%	15,8%		0,320>0,05
<u>Επαρχία</u>	57,7%	10,6%	8,5%	14,1%	9,2%		
<u>Συνολικά</u>	56,1%	10%	10%	13,3%	10,6%		
Πόσο συχνά βλέπετε να δίνονται σε <u>λεχώνες</u> , δωρεάν δείγματα τεχνητού γάλακτος, από επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου σας;							
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Δεν απάντησαν	Σύνολο Asymp. Sig.
<u>Δημόσιο</u>	42,1%	9,8%	10,5%	14,3%	12%	11,3%	0,171>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	30,4%	4,3%	4,3%	19,6%	26,1%	15,2%	
<u>Αττική</u>	7,9%	39,5%	7,9%	7,9%	13,2%	23,7%	0,272>0,05
<u>Επαρχία</u>	13,5%	39%	8,5%	9,2%	16,3%	13,5%	
<u>Συνολικά</u>	39,1%	8,4%	8,9%	15,6%	12,3%	12,3%	

Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας απαγορεύει τη χρήση φωτογραφιών μωρών σε διαφημιστικά ή σε ετικέτες προϊόντων εταιρειών τεχνητού γάλακτος. Στο σχετικό έλεγχο αυτής της πρακτικής στο δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας το 56% του συνόλου των μαιών υποστηρίζει ότι έχει δει φωτογραφίες μωρών σε διαφημιστικά ή σε ετικέτες προϊόντων εταιρειών τεχνητού γάλακτος, ενώ ποσοστό 26,9% του συνόλου των μαιών έχει δει φωτογραφίες μωρών σε ετικέτες προϊόντων τέτοιων εταιρειών.

### 6.3. Εφαρμογή των Δέκα Βημάτων

Στην ερώτηση που ελέγχει την εφαρμογή της οδηγίας των Δέκα Βημάτων, αναφορικά με το χρόνο στον οποίο το νεογέννητο πηγαίνει στην μητέρα του μετά τον τοκετό, η πλειοψηφία των μαιών (56,9%) αναφέρει ότι αυτό γίνεται από 1 έως 6 ώρες μετά τον τοκετό. Μόνο το 28,2% υποστηρίζει ότι το νεογέννητο δεν απομακρύνεται καθόλου από την μητέρα του. Οι μαιές των νοσοκομείων της επαρχίας συχνότερα από τις μαιές των νοσοκομείων της Αττικής (32,9% και 10,3% αντίστοιχα), αναφέρουν ότι τα νεογέννητα δεν απομακρύνονται από την μητέρα τους (Pvalue= 26,565 Sig. 0,0005<0,05). Επίσης, οι μαιές της επαρχίας (45,7%) συχνότερα από τις μαιές της Αττικής (28,2%), αναφέρουν ότι τα νεογνά θηλάζουν μέσα στις πρώτες 2 ώρες μετά τον τοκετό (Pvalue= 26,565 Sig. 0,0005<0,05) (Πίνακας 8). Ακόμα, συχνότερα οι μαιές των δημοσίων (31%), από ότι οι μαιές των ιδιωτικών (19,6%) αναφέρουν ότι δεν απομακρύνονται τα νεογνά από την μητέρα τους. Επίσης, οι μαιές των δημοσίων (45,8%) πιο συχνά από αυτές των ιδιωτικών (30,5%), αναφέρουν ότι τα νεογνά θηλάζουν μέσα στις πρώτες 2 ώρες μετά τον τοκετό (Pvalue= 14,993 Sig. 0,0005<0,05) (Πίνακας 8).

Μόνο το 38,9% των μαιών αναφέρει ότι ο θηλασμός των νεογνών ξεκινάει στο πρώτο μισάωρο ή στην πρώτη ώρα. Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρείται (Pvalue= 4,426 Sig. 0,219>0,05) μεταξύ νοσοκομείων Αττικής και επαρχίας. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται ωστόσο μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων (Pvalue= 14,181 Sig. 0,003<0,05). Οι μαιές των ιδιωτικών (32,6%) αναφέρουν συχνότερα από τις μαιές των δημοσίων (19,4%) ότι τα νεογνά θηλάζουν μέσα στις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό και αναφέρουν λιγότερο συχνά σε σχέση με αυτές των δημοσίων νοσοκομείων (28,3% και 41,7% αντίστοιχα) ότι τα νεογνά θηλάζουν μέσα στις πρώτες 6 ώρες (Πίνακας 8).

Αναφορικά με το είδος του πρώτου γεύματος του νεογνού, με βάση τα δεδομένα, αυτό φαίνεται να αποτελείται από: χαμομήλι (28,7%), μητρικό γάλα (25%), τεχνητό γάλα (22,3%) και ζαχαρόνερο (20,7%). Στατιστικά σημαντικές διαφορές δεν παρατηρούνται μεταξύ νοσοκομείων Αττικής και επαρχίας (Pvalue= 7,715 Sig. 0,103>0,05), όσο και δημοσίων-ιδιωτικών νοσοκομείων (Pvalue= 5,400 Sig. 0,249>0,05) (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8. Στοιχεία σχετικά με την διατροφή του νεογνού τις πρώτες ώρες της ζωής του (σύμφωνα με τις μαιές)**

<b>Σε πόση ώρα μετά τον τοκετό, συνήθως, πηγαίνετε το φυσιολογικό νεογέννητο κοντά στην μητέρα του;</b>						
	Σε 1/2 ώρα	Σε 1-2 ώρες	Σε 3-6 ώρες	Την επόμενη ημέρα	Δεν απομακρύνθηκε	P value
<u>Δημόσιο</u>	10,6%	35,2%	21,1%	2,1%	31%	Pvalue= 14,993 Sig. <b>0,0005&lt;0,05</b>
<u>Ιδιωτικό</u>	10,9%	19,6%	39,1%	10,9%	19,6%	
<u>Αττική</u>	5,1%	23,1%	56,4%	5,1%	10,3%	Pvalue= 26,565 Sig. <b>0,0005&lt;0,05</b>
<u>Επαρχία</u>	12,1%	33,6%	17,4%	4%	32,9%	
<u>Συνολικά</u>	10,6%	31,4%	25,5%	4,3%	28,2%	
<b>Σε πόση ώρα μετά τον τοκετό, συνήθως, το φυσιολογικό νεογνό ξεκινά τον θηλασμό;</b>						
	Στο πρώτο μισάωρο	Στην πρώτη ώρα	Στις πρώτες 6 ώρες	Στις πρώτες 24 ώρες		P value
<u>Δημόσιο</u>	13,7%	25,2%	41,7%	19,4%		Pvalue= 14,181 Sig. <b>0,003&lt;0,05</b>
<u>Ιδιωτικό</u>	30,4%	8,7%	28,3%	32,6%		
<u>Αττική</u>	20,5%	10,3%	48,7%	20,5%		Pvalue= 4,426 Sig. 0,219>0,05
<u>Επαρχία</u>	17,1%	24%	35,6%	23,3%		
<u>Συνολικά</u>	17,8%	21,1%	38,4%	22,7%		
<b>Το πρώτο γεύμα του νεογνού είναι:</b>						
	Ζαχαρόνερο	Χαμομήλι	Μητρικό γάλα	Τεχνητό γάλα	Κάποιο άλλο υγρό	P value
<u>Δημόσιο</u>	18,3%	28,9%	27,5%	21,1%	4,2%	Pvalue= 5,400 Sig. 0,249>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	28,3%	28,3%	35,9%	26,1%	0%	
<u>Αττική</u>	20,5%	15,4%	22,1%	20,8%	4%	Pvalue= 7,715 Sig. 0,103>0,05
<u>Επαρχία</u>	20,8%	32,2%	22,1%	20,8%	4%	
<u>Συνολικά</u>	20,7%	28,7%	25%	22,3%	3,2%	

Σύμφωνα με τα Δέκα Βήματα ο θηλασμός θα πρέπει να είναι ελεύθερος και απεριοριστος και το τεχνητό γάλα θα πρέπει να δίνεται στα νεογνά μόνο με εντολή γιατρού. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη μελέτη και όσον αφορά το δείγμα των μαιών προκύπτει ότι η συνηθέστερη πρακτική είναι να δίνεται τεχνητό γάλα, όποτε το ζητήσει η μητέρα (34,2%). Ακολουθεί η πρακτική να δίνεται τεχνητό γάλα σε κάθε γεύμα (27,7%). Μόνο το 20,7% των μαιών αναφέρει ότι δεν δίνεται καθόλου τεχνητό

γάλα, ενώ μόνο το 17,4% των μαιών δηλώνει ότι δίνεται τεχνητό γάλα μόνο με εντολή γιατρού.

Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται μεταξύ δημοσίων-ιδιωτικών νοσοκομείων και νοσοκομείων επαρχίας-Αττικής. Έτσι, στα δημόσια νοσοκομεία τείνουν σπανιότερα από ότι στα ιδιωτικά (22,3% και 15,6%) να δίνουν τεχνητό γάλα και παράλληλα στα δημόσια νοσοκομεία τείνουν συχνότερα από ότι στα ιδιωτικά (21,6% και 4,4%) να παρέχουν τεχνητό γάλα μόνο με εντολή γιατρού. Επίσης, τα νοσοκομεία της επαρχίας συχνότερα από τα νοσοκομεία της Αττικής ακολουθούν την πρακτική να μην δίνουν τεχνητό γάλα (24,8% και 5,1% αντίστοιχα) και αντίστροφα στα νοσοκομεία της Αττικής συχνότερα από τα νοσοκομεία της επαρχίας, χορηγείται τεχνητό γάλα μόνο με εντολή γιατρού (28,2% και 14,5% αντίστοιχα). (Πίνακας 9).

Μόνο το 40,9% των μαιών αναφέρουν ότι ακολουθούν την πολιτική της Π.Ο.Υ., όταν ενημερώνουν μια μητέρα για την συχνότητα και την διάρκεια του θηλασμού, ενώ το 22% πορεύεται σύμφωνα με την εμπειρία και την εκπαίδευσή του. Στατιστικά σημαντικές διαφορές δεν παρατηρούνται μεταξύ των μαιών δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων (Pvalue= 1,778 Sig. 0,620>0,05) και των νοσοκομείων της Αττικής και της επαρχίας (Pvalue= 4,477 Sig. 0,214>0,05) (Πίνακας 9). Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά ανάμεσα στις μαιές με μεγαλύτερη (>10 έτη) και μικρότερη προϋπηρεσία (<10 έτη) (Pvalue= 2,114 Sig. 0,549>0,05).

Από το σύνολο των μαιών το 68,3% αναφέρει ότι εφαρμόζεται το rooming in. Περισσότερο το ανέφεραν ότι ισχύει, οι μαιές των δημοσίων νοσοκομείων (80,7%) σε σχέση με αυτές των ιδιωτικών (30,4%) (Pvalue= 44,231 Sig. 0,0005<0,05) και των νοσοκομείων της επαρχίας (74,8%) σε σχέση με αυτές της Αττικής (43,6%) (Pvalue= 20,593 Sig. 0,0005<0,05) (Πίνακας 9).

Το 69,6% των μαιών αναφέρει ότι δεν υπάρχει απαγόρευση για τις πιπίλες σε θηλάζοντα νεογνά στο νοσοκομείο τους και μόνο το 19% των μαιών αναφέρει ότι αυτές απαγορεύονται. Στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) (αν και οριακά) δεν παρατηρείται σε επίπεδο δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Pvalue= 5,812 Sig. 0,055>0,05). Περισσότερο οι μαιές των νοσοκομείων της Αττικής (35%) σε σχέση με αυτές της επαρχίας (14,6%), αναφέρουν ότι υπάρχει απαγόρευση για τις πιπίλες (Pvalue= 12,096 Sig. 0,002<0,05) (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9. Οι συνηθισμένες πρακτικές που ακολουθούνται στα νοσοκομεία-μαιευτήρια**

<b>Ποια είναι η συνηθής πρακτική που ακολουθείται στο νοσοκομείο σας, όσον αφορά τις μητέρες που θηλάζουν;</b>					
	<b>Δεν δίνεται τεχνητό γάλα</b>	<b>Δίνεται μόνο με εντολή γιατρού</b>	<b>Δίνεται όποτε το ζητήσει η μητέρα</b>	<b>Δίνεται σε κάθε γεύμα</b>	<b>P value</b>
<b>Δημόσιο</b>	22,3%	21,6%	35,3%	20,9%	Pvalue= 16,294 Sig. <b>0,001&lt;0,05</b>
<b>Ιδιωτικό</b>	15,6%	4,4%	31,1%	48,9%	
<b>Αττική</b>	5,1%	28,2%	38,5%	28,2%	Pvalue= 9,365 Sig. <b>0,025&lt;0,05</b>
<b>Επαργία</b>	24,8%	14,5%	33,1%	27,6%	
<b>Συνολικά</b>	20,7%	17,4%	34,2%	27,7%	
<b>Όταν ενημερώνετε μια μητέρα για την συχνότητα και την διάρκεια του θηλασμού, συνήθως:</b>					
	<b>Ακολουθείτε κοινή πολιτική</b>	<b>Ακολουθείτε ανάλογα εμπειρία/εκπαίδευση</b>	<b>Ακολουθείτε συμβουλές γιατρών</b>	<b>Ακολουθείτε πολιτική της Π.Ο.Υ</b>	<b>P value</b>
<b>Δημόσιο</b>	33,1%	21,8%	4,9%	40,1%	Pvalue= 1,778 Sig. 0,620>0,05
<b>Ιδιωτικό</b>	25%	22,7%	9,1%	43,2%	
<b>Αττική</b>	20,5%	17,9%	7,7%	53,8%	Pvalue= 4,477 Sig. 0,214>0,05
<b>Επαργίας</b>	34%	23,1%	5,4%	37,4%	
<b>Συνολικά</b>	31,2%	22%	5,9%	40,9%	
<b>Το φυσιολογικό νεογνίττο βρίσκεται 24 ώρες δίπλα στην μητέρα του.</b>					
	<b>Όχι</b>	<b>Ναι</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>P value</b>	
<b>Δημόσιο</b>	13,6%	80,7%	5,7%	Pvalue= 44,231 Sig. <b>0,0005&lt;0,05</b>	
<b>Ιδιωτικό</b>	50%	30,4%	19,5%		
<b>Αττική</b>	46,2%	43,6%	0%	Pvalue= 20,593 Sig. <b>0,0005&lt;0,05</b>	
<b>Επαργία</b>	16,3%	74,8%	8,9%		
<b>Συνολικά</b>	22,6%	68,3%	9,2%		
<b>Επιτρέπεται από το νοσοκομείο σας, ως πρακτική, να δίνονται πιπίλες στα νεογνά που θηλάζουν;</b>					
	<b>Δεν έχει απαγόρευση για τις πιπίλες</b>	<b>Απαγορεύει τις πιπίλες</b>	<b>Δεν γνωρίζω</b>	<b>P value</b>	
<b>Δημόσιο</b>	69,8%	21,6%	8,6%	Pvalue= 5,812 Sig. 0,055>0,05	
<b>Ιδιωτικό</b>	68,9%	11,1%	20%		
<b>Αττική</b>	47,5%	35%	17,5%	Pvalue= 12,096 Sig. <b>0,002&lt;0,05</b>	
<b>Επαργία</b>	75,7%	14,6%	9,7%		
<b>Συνολικά</b>	69,6%	19%	11,4%		

Το 63,2% των μαιών αναφέρουν ότι δεν έχουν δει κάποιο πρωτόκολλο θηλασμού στο νοσοκομείο τους. Στατιστική διαφορά δεν παρατηρείται σε επίπεδο

μαιών Αττικής-επαρχίας (Pvalue= 3,347 Sig. 0,341>0,05). Ωστόσο, μαίες που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να αναφέρουν την ανυπαρξία τέτοιων πρωτοκόλλων συχνότερα (85%) από τις μαίες των δημοσίων νοσοκομείων (56,1%). (Pvalue= 11,047 Sig. 0,011<0,05) (Πίνακας 10).

Από τις μαίες που γνωρίζουν για την ύπαρξη ενός τέτοιου πρωτοκόλλου στο νοσοκομείο τους, το 69% υποστηρίζει ότι αυτό ακολουθείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν το νεογνό. Στατιστική διαφορά δεν παρατηρείται σε επίπεδο μαιών δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Pvalue= 3,469 Sig. 0,325>0,05). Περισσότερο οι μαίες της επαρχίας (76,9%) σε σχέση με αυτές της Αττικής (42,1%), αναφέρουν ότι αυτό ακολουθείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας (Pvalue= 14,057 Sig. 0,003<0,05) (Πίνακας 10).

#### **Πίνακας 10. Ύπαρξη πρωτοκόλλων για επιτυχή μητρικό θηλασμό στα νοσοκομεία-μαιευτήρια**

<b>Έχετε δει κάποιο γραπτό πρωτόκολλο στο νοσοκομείο σας, που να αναφέρεται στα βήματα του θηλασμού που πρέπει να ακολουθούν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το νεογνό;</b>					
	<b>Δεν έχω δει</b>	<b>Έχω δει</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>P value</b>	
<b>Δημόσιο</b>	56,1%	39%	4,9%	Pvalue= 11,047 Sig. <b>0,011&lt;0,05</b>	
<b>Ιδιωτικό</b>	85%	12,5%	2,5%		
<b>Αττική</b>	58,3%	42%	0%	Pvalue= 3,347 Sig. 0,341>0,05	
<b>Επαρχία</b>	64,6%	29,9%	5,5%		
<b>Συνολικά</b>	63,2%	32,5%	4,3%		
<b>Αυτό ακολουθείται από τους επαγγελματίες υγείας, που φροντίζουν το νεογνό;</b>					
	<b>Ναι ακολουθείται από όλους</b>	<b>Όχι δεν ακολουθείται</b>	<b>Ακολουθείται από κάποιους</b>	<b>Δεν γνωρίζω</b>	<b>P value</b>
<b>Δημόσιο</b>	71%	4,3%	14,5%	10,1%	Pvalue= 3,469 Sig. 0,325>0,05
<b>Ιδιωτικό</b>	60%	13,3%	6,7%	20%	
<b>Αττική</b>	42,1%	10,5%	36,8%	10,5%	Pvalue= 14,057 Sig. <b>0,003&lt;0,05</b>
<b>Επαρχία</b>	76,9%	4,6%	6,2%	12,3%	
<b>Συνολικά</b>	69%	6%	13,1%	11,9%	

Το 70,4% των μαιών πιστεύει ότι οι λεχωίδες εκπαιδεύονται στον θηλασμό. Στατιστική διαφορά δεν παρατηρείται σε επίπεδο μαιών Αττικής-επαρχίας (Pvalue=

6,853 Sig. 0,144>0,05). Οι μαίες των ιδιωτικών μαιευτηρίων (31%) σε σχέση με αυτές των δημοσίων (10,9%), πιστεύουν περισσότερο ότι δεν εκπαιδεύονται οι λεχωίδες στον θηλασμό (Pvalue= 11,994 Sig. 0,017<0,05) (Πίνακας 11).

Όπως προκύπτει από την στατιστική ανάλυση μαίες με μακρύτερη προϋπηρεσία τείνουν συχνότερα (93,3%) από τις μαίες με λιγότερη προϋπηρεσία (<10 χρόνια) (72,9%) να θεωρούν ότι οι λεχωίδες εκπαιδεύονται στο θηλασμό (Pvalue= 10,991 Sig. 0,001<0,05).

Από όσες μαίες πιστεύουν ότι οι λεχωίδες εκπαιδεύονται στον θηλασμό, το 30,9% πιστεύει ότι εκπαιδεύονται από ελάχιστα έως λιγοστά, το 23,5% μέτρια και το 45,7% από πολύ καλά έως άριστα. Στατιστική διαφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των λεχωίδων, δεν φαίνεται να υπάρχει τόσο σε επίπεδο Αττικής-επαρχίας (Asymp. Sig. 0,220>0,05) όσο και δημόσιων-ιδιωτικών νοσοκομείων (Asymp. Sig. 0,582>0,05) (Πίνακας 11).

Αναφορικά με τα πεδία ενημέρωσης των εγκύων/λεχωίδων παρατηρούμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό μαιών (42,5%), ενημερώνει για την προετοιμασία γεύματος με τεχνητό γάλα, ένα πεδίο που δεν θα έπρεπε να περιέχεται στα πεδία ενημέρωσης των εγκύων/λεχωίδων, σύμφωνα με την Π.Ο.Υ (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11. Εκπαίδευση των λεχωίδων στον μητρικό θηλασμό, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο**

<b>Κατά την γνώμη σας, οι λεχόνες εκπαιδεύονται στην τέχνη του μητρικού θηλασμού, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο σας;</b>						
	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>	<b>P value</b>		
<b>Δημόσιο</b>	74,5%	10,9%	14,5%	Pvalue= 11,994 Sig. <b>0,017&lt;0,05</b>		
<b>Ιδιωτικό</b>	57,1%	31%	11,9%			
<b>Αττική</b>	72,2%	25%	16,8%	Pvalue= 6,853 Sig. 0,144>0,05		
<b>Επαρχία</b>	69,9%	13,3%	16,8%			
<b>Συνολικά</b>	70,4%	15,6%	13,9%			
<b>Πώς θα χαρακτηρίζατε την συγκεκριμένη εκπαίδευση;</b>						
	<b>Ελάχιστη</b>	<b>Λιγοστή</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ καλή</b>	<b>Άριστη</b>	<b>Asymp. Sig</b>
<b>Δημόσιο</b>	18,6%	11,9%	22,9%	41,5%	5,1%	0,582>0,05
<b>Ιδιωτικό</b>	29%	3,2%	25,8%	35,5%	6,5%	
<b>Αττική</b>	13,8%	3,4%	31%	44,8%	6,9%	0,220>0,05
<b>Επαρχία</b>	22,5%	11,7%	21,7%	39,2%	5%	
<b>Συνολικά</b>	20,8%	10,1%	23,5%	40,3%	5,4%	
<b>Η ενημέρωση που παρέχετε στις εγκύους/λεχωίδες για τον μητρικό θηλασμό, ποιο από τα παρακάτω πεδία περιλαμβάνει;</b>						
	<b>Οφέλη θηλασμού</b>	<b>Σημαντικότητα γρήγορης έναρξης</b>	<b>Σημαντικότητα rooming in</b>	<b>Σημαντικότητα ελεύθερου/απεριόριστου θηλασμού</b>	<b>Εξασφάλιση γαλακτοφορίας/γαλουχίας</b>	
<b>Ναι</b>	89,8%	70,1%	61%	66,3%	51,9%	
<b>Όχι</b>	10,2%	29,9%	39%	33,7%	48,1%	
	<b>Θέσεις μητέρας-νεογνού</b>	<b>Σημασία αποκλειστικού θηλασμού</b>	<b>Κίνδυνοι από την χρήση τεχνητού γάλακτος</b>	<b>Εκπαίδευση μητέρας σε απομάκρυνση νεογνού</b>	<b>Εκπαίδευση για προετοιμασία γεύματος με τεχνητό γάλα</b>	
<b>Ναι</b>	65,2%	59,9%	48,7%	55,1%	42,5%	
<b>Όχι</b>	34,8%	40,1%	51,3%	44,9%	57,5%	

Οι περισσότερες μαιές (76,3%) φαίνεται να γνωρίζουν την πολιτική των Δέκα Βημάτων. Στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) δεν παρατηρείται σε επίπεδο μαιών Αττικής-επαρχίας (Pvalue= 0,951 Sig. 0,622>0,05) και ιδιωτικών-δημόσιων νοσοκομείων (Pvalue= 1,088 Sig. 0,580>0,05) (Πίνακας 12). Επίσης, δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) ανάμεσα στις μαιές με μεγαλύτερη (>10 έτη) και μικρότερη προϋπηρεσία (<10 έτη) (Pvalue= 0,013 Sig. 0,911>0,05).

Όπως αναφέρουν οι μαιές, τα πεδία στα οποία είναι περισσότερο εκπαιδευμένες είναι αυτά που σχετίζονται με, τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, τα μειονεκτήματα του τεχνητού γάλακτος και στο πώς να βοηθήσουν μια μητέρα κατά την έναρξη και συνέχιση του θηλασμού (Πίνακας 12).

## Πίνακας12. Εκπαίδευση των μαιών σε ζητήματα μητρικού θηλασμού

Γνωρίζετε τι περιλαμβάνει η πολιτική των Δέκα Βημάτων για το ζήτημα του θηλασμού;							
	Ναι το γνωρίζω	Όχι δεν το γνωρίζω	Δεν απάντησαν	P value			
<u>Δημόσιο</u>	74,8%	23,7%	1,5%	Pvalue= 1,088 Sig. 0,580>0,05			
<u>Ιδιωτικό</u>	81%	19%	0%				
<u>Αττική</u>	81,1%	18,9%	0%	Pvalue= 0,951 Sig. 0,622>0,05			
<u>Επαρχία</u>	75%	23,6%	1,4%				
<u>Συνολικά</u>	76,3%	22,6%	1,1%				
Γενικότερα, σε ποιό/ά από τα παρακάτω πεδία για το θέμα του θηλασμού, έχετε εκπαιδευτεί;							
	Πλεονεκτήματα θηλασμού	Μειονεκτήματα τεχνητού γάλακτος	Μηχανισμοί παραγωγής γάλακτος	Βοήθεια κατά την έναρξη και συνέχιση θηλασμού	Αξιολόγηση θηλασμού	Αντιμετώπιση δυσκολιών και προβλημάτων	Πολιτικές και πρακτικές νοσοκομείων
<b>Ναι</b>	88%	68,3%	55,7%	74,9%	46,4%	56,8%	33,3%
<b>Όχι</b>	12%	31,7%	44,3%	25,1%	53,6%	43,2%	66,7%

Μόνο το 16% των μαιών αναφέρει την ύπαρξη ομάδων υποστήριξης μητέρων σε ζητήματα θηλασμού. Οι μαίες της Αττικής (27,8%) σε σχέση με αυτές της επαρχίας (12,5%) υποστηρίζουν περισσότερο ότι, υπάρχουν στην πόλη τους τέτοιες ομάδες (Pvalue= 7,960 Sig. 0,019<0,05). Στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε επίπεδο μαιών δημοσίων-ιδιωτικών νοσοκομείων δεν υπάρχει (Pvalue= 2,617 Sig. 0,270>0,05) (Πίνακας 13). Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square), ανάμεσα στις μαίες με μεγαλύτερη (>10 έτη) και μικρότερη προϋπηρεσία (<10 έτη) (Pvalue= 2,495 Sig. 0,287>0,05).

Από τις μαίες που αναφέρουν ότι υπάρχουν τέτοιες ομάδες στην πόλη τους, το 62,5% αυτών βρίσκεται σε επαφή με αυτές τις ομάδες. Στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) δεν παρατηρείται, σε επίπεδο μαιών δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Pvalue= 0,533 Sig. 0,465>0,05) και νοσοκομείων Αττικής-επαρχίας (Pvalue= 1,143 Sig. 0,285>0,05) (Πίνακας 13).

Από τις μαίες που αναφέρουν ότι υπάρχουν ομάδες υποστήριξης στην πόλη τους, το 49% φέρνει σε επαφή όλες τις μητέρες μαζί τους, ενώ το 38,8% των μαιών δεν δημιουργεί τέτοια επαφή. Στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) δεν παρατηρείται, σε επίπεδο μαιών δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Pvalue= 0,731 Sig. 0,694>0,05) και μαιών Αττικής-επαρχίας (Pvalue= 0,860 Sig. 0,651>0,05) (Πίνακας 13).

**Πίνακας 13. Ύπαρξη ομάδων υποστήριξης θηλασμού μετά την έξοδο από το νοσοκομείο-μαιευτήριο**

Στην πόλη που εργάζεσθε, υπάρχουν ομάδες υποστήριξης θηλασμού που να βοηθούν μια μητέρα, μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο;				
	Όχι	Ναι	Δεν γνωρίζω εάν υπάρχουν	P value
<u>Δημόσιο</u>	58,3%	15,8%	25,8%	Pvalue= 2,617 Sig. 00,270>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	44,4%	16,7%	38,9%	
<u>Αττική</u>	36,1%	27,8%	36,1%	Pvalue= 7,960 Sig. <b>0,019&lt;0,05</b>
<u>Επαρχίας</u>	60,8%	12,5%	26,7%	
<u>Συνολικά</u>	55,1%	16%	28,8%	
Βρίσκεστε σε επαφή με αυτές τις ομάδες;				
	Όχι	Ναι		P value
<u>Δημόσιο</u>	33,3%	66,7%		Pvalue= 0,533 Sig. 0,465>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	50%	50%		
<u>Αττική</u>	50%	50%		Pvalue= 1,143 Sig. 0,285>0,05
<u>Επαρχία</u>	28,6%	71,4%		
<u>Συνολικά</u>	37,5%	62,5%		
Φέρνετε σε επαφή τις μητέρες που επιθυμούν να θηλάσουν με αυτές τις ομάδες;				
	Όχι	Ναι	Μόνο αν το ζητήσουν οι μητέρες	P value
<u>Δημόσιο</u>	40%	45,7%	14,3%	Pvalue= 0,731 Sig. 0,694>0,05
<u>Ιδιωτικό</u>	35,7%	57,1%	7,1%	
<u>Αττική</u>	28,6%	57,1%	14,3%	Pvalue= 0,860 Sig. 0,651>0,05
<u>Επαρχία</u>	42,9%	45,7%	11,4%	
<u>Συνολικά</u>	38,8%	49%	12,2%	

Σύμφωνα με το 57,8% των μαιών η υποστήριξη που παρέχεται από το σύστημα υγείας της χώρας μας σε μια θηλάζουσα μητέρα, θεωρείται ελλιπής. Επαρκή την θεωρεί μόνο το 3% των μαιών. Στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) δεν παρατηρείται, σε επίπεδο μαιών δημοσίου-ιδιωτικού τομέα (Pvalue= 1,692 Sig. 0,429>0,05) και Αττικής-επαρχίας (Pvalue= 1,355 Sig. 0,508>0,05). Επίσης, δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) ανάμεσα στις μαιές με μεγαλύτερη (>10 έτη) και μικρότερη προϋπηρεσία (<10 έτη) (Pvalue= 2,163 Sig. 0,339>0,05).

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από το δείγμα των μαιών, αναφορικά με την εφαρμογή των άρθρων του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και των Δέκα Βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό, φαίνεται ότι: οι αντιπρόσωποι εταιρειών τεχνητών γαλάτων τείνουν να απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας μάλλον, παρά σε εγκύους και λεχωίδες, προκειμένου να διαφημίσουν και να προάγουν τα προϊόντα τους, παρέχοντας τους, όχι μόνο δωρεάν δείγματα αλλά και προσωπικά δώρα. Παράλληλα, φαίνεται ότι συγκεκριμένες πρακτικές αν και σαφώς απαγορεύονται από το Διεθνή Κώδικα εφαρμόζονται από εταιρείες. Για παράδειγμα, υπάρχουν φωτογραφίες μωρών σε ετικέτες και διαφημιστικά τεχνητού γάλακτος. Αρκετά νοσοκομεία κυρίως αυτά του ιδιωτικού τομέα και της Αττικής, φαίνεται ότι παρεκκλίνουν από τις οδηγίες των Δέκα Βημάτων για επιτυχή θηλασμό και πρακτικές όπως το rooming in και πρακτικές που αφορούν την εκπαίδευση των μητέρων, δεν ισχύουν με τον τρόπο και στην έκταση, που θα εξασφάλιζαν ικανοποιητική υποστήριξη σε μια θηλάζουσα μητέρα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Αποτελέσματα Δείγμα-Μητέρων

### 7.1. Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα των μητέρων της μελέτης μας περιλαμβάνει 140 μητέρες που στην πλειοψηφία τους (75,6%) γέννησαν κατά τα τελευταία 3-5 χρόνια. Από τις μητέρες αυτές ζητήσαμε να θυμηθούν την εμπειρία τους από το θηλασμό του μικρότερου σε ηλικία παιδιού τους. Από το σύνολο των μητέρων που μελετήσαμε, 85% είναι ελληνικής εθνικότητας, 47,7% έχει αποφοιτήσει από κάποιο ανώτερο ή ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα, ενώ οι περισσότερες μητέρες (39%) βρίσκονταν στην ηλικία των 31-35 ετών την περίοδο που γέννησαν το συγκεκριμένο παιδί. Ποσοστό 81,8% των μητέρων εργαζόταν κατά την κύηση, στην πλειοψηφία τους στον ιδιωτικό τομέα (64,9%), μέχρι τον 7<sup>ο</sup> με 9<sup>ο</sup> μήνα κύησης (83,1%) και διέκοψαν την εργασία τους με άδεια τοκετού (72,8%). Οι περισσότερες (37,4%) έπρεπε να επιστρέψουν σε 3 με 4 μήνες στην εργασία τους και αρκετές (26,8%) μετά τις 40 ημέρες. Το συγκεκριμένο παιδί τους ήταν κατά σειρά το δεύτερο (52,2%), η πλειοψηφία των παιδιών γεννήθηκε την περίοδο 2002-2004 (75,6%), με φυσιολογικό τοκετό (51,4%), δεν ήταν πρόωρα (85,6%), δεν χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε Μονάδα Νοσηλείας Νεογνών (86,1%) και γεννήθηκαν σε ιδιωτικό νοσοκομείο-μαιευτήριο (79%).

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας ποσοστό 89,8% των νεογνών θήλασε (το 45,3% αποκλειστικά και το 44,5% με μεικτή διατροφή), ενώ 10,2% αυτών σιτίστηκε με τεχνητό γάλα. Το 71,5% των μητέρων αναφέρει ότι θήλασε (αποκλειστικά ή μεικτά) για διάστημα λιγότερο από 6 μήνες. Μόνο το 29,5% συνέχισε και μετά τον 6 μήνα. Ένα σημαντικό ποσοστό 16,7% σταμάτησε πριν το τέλος του 1<sup>ου</sup> μήνα και οι περισσότερες (19,1%) σταμάτησαν τον 2<sup>ο</sup> με 3<sup>ο</sup> μήνα. (Πίνακας 14).

## Πίνακας 14 . Διατροφή νεογνού-βρέφους

Ποιο τρόπο διατροφής ακολουθήσατε για το συγκεκριμένο παιδί σας κατά τη βρεφική του ηλικία;											
Αποκλειστικός θηλασμός			Μεικτή διατροφή				Τεχνητό γάλα				
45,3%			44,5%				10,2%				
Διάστημα θηλασμού (αποκλειστικού και μεικτής διατροφής).											
< 1 μήνα	1 έως 2	2 έως 3	3 έως 4	4 έως 5	5 έως 6	6 έως 7	7 έως 8	8 έως 9	9 έως 10	10 έως 12	>12
16,7%	5,6%	19,1%	10,3%	8,7%	11,1%	11,1%	6,3%	0,8%	3,2%	1,6%	6,5%

### 7.2. Η εμπειρία των μητέρων, όσον αφορά την ενημέρωσή τους και τα δώρα που τους προσέφεραν, κατά την περίοδο της κύησης

Αν και το 42,5% των μητέρων αναφέρει ότι ήταν πολύ ενημερωμένο την περίοδο της κύησης, όσον αφορά τον θηλασμό, παρόμοιο ποσοστό 39,5% αναφέρει ότι η ενημέρωση του ήταν από μέτρια έως μηδενική. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά, ως προς την ενημέρωση των εγκύων, σε σχέση με το νοσοκομείο στο οποίο γέννησαν (Asymp. Sig. 0,728>0,05) και σε σχέση (Pearson Chi-Square) με το επίπεδο σπουδών τους (Pv=2,516, Sig.0,284>0,05) (Πίνακας 15).

Οι μισές μητέρες ενημερώθηκαν για τον θηλασμό κατά την κύηση από τα περιοδικά και τα βιβλία (54,3%), ενώ αρκετές ενημερώθηκαν από κάποια μαία (30,4%). Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Pearson Chi-Square) δεν παρατηρείται διαφορά ως προς τις παραπάνω πηγές ενημέρωσης, σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν οι μητέρες (Πίνακας 15).

Οι μητέρες ενημερώθηκαν κατά την κύηση, κυρίως, για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού (84,8%), για την σημαντικότητα του αποκλειστικού θηλασμού (57,2%), για την σημαντικότητα της γρήγορης έναρξης του θηλασμού (45,7%), τις θέσεις του θηλασμού (39,1%) και για την σημαντικότητα του ελεύθερου θηλασμού (30,4%). Ένα ποσοστό 10,1% ενημερώθηκε και για την προετοιμασία του γεύματος με τεχνητό γάλα, κάτι που δεν προτείνεται από την Π.Ο.Υ. (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15. Ενημέρωση της μητέρας για τον θηλασμό την περίοδο της κύησης**

Πόσο ενημερωμένη νομίζετε ότι ήσασταν την περίοδο της συγκεκριμένης εγκυμοσύνης, όσον αφορά τον θηλασμό;									
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Άριστα	Συνολικά	<i>Σε σχέση με το αν γέννησαν σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο:</i>			
2,2%	11,2%	26,1%	42,5%	17,9%	100%	Asymp. Sig. 0,728>0,05			
Ποια ήταν η κύρια πηγή ενημέρωσής σας (ποιος σας παρείχε τις περισσότερες και περισσότερο ικανοποιητικές για σας πληροφορίες), σχετικά με τον θηλασμό κατά την περίοδο της συγκεκριμένης εγκυμοσύνης;									
	Οικογενειακό περιβάλλον	Φίλικό περιβάλλον	Παιδίατρος	Μαιευτήρας-γυναικολόγος	Μαία	Τηλεόραση	Περιοδικά βιβλία	Internet	Συνδυασμός όλων
Ναι	21,7%	13%	19,6%	24,6%	30,4%	10,1%	54,3%	3,6%	8,7%
Όχι	77,5%	87%	80,4%	75,4%	69,6%	89,9%	45,7%	96,4%	91,3%
ιδιωτικό	Pv=5,008, Sig.0,082 >0,05	Pv=1,290, Sig.0,256 >0,05	Pv=0,059, Sig.0,808 >0,05	Pv=0,008, Sig.0,931 >0,05	Pv=0,224, Sig0,636 >0,05	Pv=0,461, Sig.0,497 >0,05	Pv=3,675, Sig.0,055 >0,05	Pv=2,020, Sig.0,155 >0,05	Pv=1,324, Sig.0,250 >0,05
Η ενημέρωσή σας για θέματα θηλασμού, την περίοδο της εγκυμοσύνης, ποιά από τα παρακάτω θέματα αφορούσε;									
	Πλεονεκτήματα θηλασμού	Κίνδυνοι από τεχνητό γάλα	Μηχανισμοί παραγωγής γάλακτος	Έναρξη και συνέχιση θηλασμού	Σωστή συνέχιση θηλασμού				
ΝΑΙ	84,8%	13%	6,5%	26,1%	15,2%				
ΟΧΙ	15,2%	87%	93,5%	73,9%	84,8%				
	Δυσκολίες θηλασμού	Πολιτικές/πρακτικές νοσοκομείων	Σημαντικότητα του rooming in	Σημαντικότητα γρήγορης έναρξης θηλασμού	Σημαντικότητα ελεύθερου θηλασμού				
ΝΑΙ	26,1%	5,1%	22,5%	45,7%	30,4%				
ΟΧΙ	73,9%	94,9%	77,5%	54,3%	69,6%				
	Θέσεις θηλασμού	Σημαντικότητα αποκλειστικού θηλασμού	Προετοιμασία γεύματος με τεχνητό γάλα	Τίποτα από τα παραπάνω					
ΝΑΙ	39,1%	57,2%	10,1%	0,7%					
ΟΧΙ	60,9%	42,8%	89,9%	99,3%					

Όπως αναφέρουν οι μητέρες κατά την περίοδο της κύησης, τους προσέφεραν δείγματα τεχνητού γάλατος (20,1%), διαφημιστικά φυλλάδια (14,2%), μπιμπερό (13,4%), θηλές ή πιπίλες (11,9%) και κουτιά με τεχνητό γάλα (9%). Όπως προκύπτει από την στατιστική ανάλυση περισσότερο οι μητέρες που γέννησαν σε ιδιωτικά νοσοκομεία σε σχέση με αυτές που γέννησαν σε δημόσια δέχθηκαν δώρα που σχετίζονται με τον θηλασμό και απαγορεύονται από το Διεθνή Κώδικα ( $P=4,466$ ,  $Sig.0,035<0,05$ ) (Πίνακας 16). Επίσης, μελετώντας στατιστικά το σύνολο των δώρων που προσφέρθηκαν, παρατηρούμε ότι και πάλι στα ιδιωτικά νοσοκομεία σε σχέση με τα δημόσια, δόθηκαν περισσότερα δώρα στις εγκύους ( $Sig. 0,019<0,05$ ).

Από όσες μητέρες αναφέρουν ότι πήραν κάποιο δώρο την περίοδο της κύησης, το 65,4% υποστηρίζει ότι το πρόσωπο που της προσέφερε το δώρο, ήταν κάποιος αντιπρόσωπος εταιρείας παραγωγής τεχνητού γάλακτος, ενώ το 30,8% αναφέρει ότι ήταν κάποιος από το προσωπικό του νοσοκομείου στο οποίο θα γεννούσε. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square), ως προς τα πρόσωπα που προσφέρουν τα δώρα, σε σχέση με το είδος του νοσοκομείου που γέννησαν οι μητέρες (Πίνακας 16).

**Πίνακας 16. Τα δώρα που τους προσέφεραν κατά την κήση**

Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης σας, σας πρόσφερε κάποιος/κάποιο από τα παρακάτω δώρα;								
	Δείγματα τεχνητού γάλακτος	Φυλλάδια τεχνητού γάλατος	Ημερολόγια	Μπιμπερό	Θηλές/Πιπίλες	Κουτιά τεχνητού γάλατος	Κάτι άλλο	Τίποτα από τα παραπάνω
ΝΑΙ	20,1%	14,2%	6,7%	13,4%	11,9%	9%	8,2%	59,7%
ΟΧΙ	79,9%	85,5%	93,3%	86,6%	88,1%	91%	91,8%	40,3%
Δημόσιο/ιδιωτικό	Pv=3,241, Sig.0,072>0,05	Pv=0,026, Sig.0,872>0,05	Pv=0,039, Sig.0,844>0,05	Pv=2,635, Sig.0,105>0,05	Pv=4,466, Sig.0,035<0,05	Pv=3,238, Sig.0,072>0,05	Pv=5,033, Sig.0,025<0,05	Pv=0,080, Sig.0,777>0,05
Ποιος σας τα προσέφερε;								
	Προσωπικός γιατρός	Αντιπρόσωπος κάποιας εταιρείας	Από το προσωπικό του νοσοκομείου	Άλλο πρόσωπο				
ΝΑΙ	7,7%	65,4%	30,8%	17,3%				
ΟΧΙ	92,3%	34,6%	69,2%	82,7%				
Δημόσιο/Ιδιωτικό	Pv=0,788, Sig.0,375>0,05	Pv=0,035, Sig.0,852>0,05	Pv=1,481, Sig.0,224>0,05	Pv=0,391, Sig.0,532>0,05				

### 7.3. Η εμπειρία των μητέρων, όσον αφορά την ενημέρωσή τους και τα δώρα που τους προσέφεραν, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο

Αναφορικά με την ενημέρωσή τους ως προς τον θηλασμό, ποσοστό 52,9% των μητέρων δήλωσαν, ότι ήταν από πολύ έως άριστα ενημερωμένες κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Από την άλλη πλευρά το 34,8% δήλωσε ότι ενημερώθηκε μέτρια και το 3,6% καθόλου. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά ως προς την ενημέρωση των μητέρων σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο (Pv=4,268, Sig.0,118>0,05). Επίσης δεν παρατηρείται διαφορά σε σχέση με το εάν γέννησαν σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο (Pv=0,003, Sig.0,953>0,05) (Πίνακας 17).

Την κύρια πηγή ενημέρωσης των μητέρων κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο αποτέλεσε η μαία (60,8%), ενώ το 30,8% ενημερώθηκε από τον γυναικολόγο και το 21,5% από τα περιοδικά και τα βιβλία. Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Pearson Chi-Square) δεν παρατηρείται διαφορά ως προς τις

παραπάνω πηγές ενημέρωσης, σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν οι μητέρες (Πίνακας 17).

Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι, η ενημέρωσή τους για τον θηλασμό σχετιζόταν με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού (60,3%), την έναρξη και συνέχιση του θηλασμού (54,8%), τις θέσεις του θηλασμού (54%) καθώς και την σημαντικότητα της γρήγορης έναρξης του θηλασμού (38,9%). Ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας έδειξε διαφοροποιήσεις μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Έτσι, στα δημόσια νοσοκομεία δόθηκε μεγαλύτερη έμφαση στους κινδύνους από την χρήση του τεχνητού γάλατος (δημόσια: 11,5% και ιδιωτικά: 2%) ( $P_v=4,790$ ,  $Sig.0,029<0,05$ ) και στην σημαντικότητα της γρήγορης έναρξης του θηλασμού (δημόσια: 61,5% και ιδιωτικά: 31,6%) ( $P_v=7,808$ ,  $Sig.0,005<0,05$ ) (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17. Ενημέρωση της μητέρας για τον θηλασμό κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο-μαιευτήριο**

Πόσο ενημερωμένη νομίζετε ότι ήσασταν την περίοδο που βρισκόταν στο νοσοκομείο, όσον αφορά τον θηλασμό;									
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Άριστα	Συνολικά				
3,6%	8,7%	34,8%	37%	15,9%	100%				
Ποια ήταν η κύρια πηγή ενημέρωσής σας (ποιος σας παρείχε τις περισσότερες και περισσότερο ικανοποιητικές για σας πληροφορίες) σχετικά με τον θηλασμό, όσο βρισκόσασταν στο νοσοκομείο;									
	Οικογενειακό περιβάλλον	Φιλικό περιβάλλον	Παιδίατρος	Μαιευτήρας-γυναικολόγος	Μαία	Τηλεόραση	Περιοδικά, βιβλία	Internet	Συνδυασμός όλων
Ναι	13,1%	6,2%	10%	30,8%	60,8%	3,1%	21,5%	0,8%	5,4%
Όχι	86,9%	93,8%	90%	69,2%	39,2%	96,9%	78,5%	99,2%	94,6%
Ιδιωτικό./Δημόσιο	Pv=0,094, Sig.0,759 >0,05	Pv=0,425, Sig.0,514 >0,05	Pv=2,388, Sig.0,122 >0,05	Pv=1,390, Sig.0,238 >0,05	Pv=0,886, Sig.0,347 >0,05	Pv=1,144, Sig.0,285 >0,05	Pv=0,358, Sig.0,550 >0,05	Pv=0,279, Sig.0,597 >0,05	Pv=2,052, Sig.0,152 >0,05
Όσο ήσασταν στο νοσοκομείο, η ενημέρωσή που σας παρείχαν για θέματα θηλασμού, ποια από τα παρακάτω θέματα αφορούσε;									
	Πλεονεκτήματα θηλασμού	Κίνδυνοι από τεχνητό γάλα	Μηχανισμοί παραγωγής γαλακτός	Έναρξη και συνέχιση θηλασμού	Σωστή συνέχιση θηλασμού				
NAI	60,3%	4%	8,7%	54,8%	31%				
OXI	39,7%	96%	91,3%	45,2%	69%				
Γέννησαν σε δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:	Pv=0,047, Sig.0,828>0,05	Pv=4,790, Sig.0,029<0,05	Pv=1,027, Sig.0,311 >0,05	Pv=0,108, Sig.0,742 >0,05	Pv=0,750, Sig.0,387 >0,05				
	Δυσκολίες θηλασμού	Πολιτικές/πρακτικές νοσοκομείων	Σημαντικότητα του rooming in	Σημαντικότητα γρήγορης έναρξης θηλασμού	Σημαντικότητα ελεύθερου θηλασμού				
NAI	32,5%	1,6%	12,7%	38,9%	19%				
OXI	67,5%	98,4%	87,3%	61,1%	81%				
Γέννησαν σε δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:	Pv=0,579, Sig.0,447>0,05	Pv=1,034, Sig.0,309>0,05	Pv=2,071, Sig.0,150>0,05	Pv=7,808, Sig.0,005<0,05	Pv=1,527, Sig.0,217 >0,05				
	Θέσεις θηλασμού	Σημαντικότητα αποκλειστικού θηλασμού	Προετοιμασία γεύματος με τεχνητό γάλα	Τίποτα από τα παραπάνω					
NAI	54%	32,5%	9,5%	3,2%					
OXI	46%	67,5%	90,5%	96,8%					
Γέννησαν σε δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:	Pv=2,880, Sig.0,090>0,05	Pv=0,750, Sig.0,387>0,05	Pv=0,130, Sig.0,718>0,05	Pv=0,041, Sig.0,840>0,05					

Τα δείγματα τεχνητού γάλακτος (35,8%), τα μπιμπερό (32,8%), οι θηλές/πιπίλες (30,7%), τα φυλλάδια τεχνητού γάλακτος (28,5%) και τα κουτιά τεχνητού γάλακτος (17,5%), είναι τα κυριότερα δώρα που προσφέρθηκαν στις μητέρες, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο (Πίνακας 18). Στην συνέχεια της ανάλυσης για τα προσφερθέντα δώρα στις μητέρες, στο σύνολο του δείγματος δεν παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ νοσοκομείων. Ωστόσο, οι επιμέρους συγκρίσεις έδειξαν ότι, στα ιδιωτικά νοσοκομεία (41,1%) συχνότερα από ότι στα δημόσια (14,3%) προσφέρονται δείγματα τεχνητών γαλάτων. Αντίθετα, στα δημόσια νοσοκομεία προσφέρονται ημερολόγια με την ένδειξη εταιρείας τεχνητού γάλακτος, συχνότερα από ότι στα ιδιωτικά (3,7%). Τέλος, στα δημόσια (35,7%) σαφώς συχνότερα από ότι στα ιδιωτικά (15%) δεν προσφερόταν κανένα από τα παραπάνω δώρα (Πίνακας 18). Από τις μητέρες που υποστηρίζουν ότι πήραν κάποιο δώρο κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, το 69,4% αναφέρει ότι τους τα προσέφερε κάποιος αντιπρόσωπος εταιρείας γάλακτος και το 27,8% ότι τα πήρε από το προσωπικό του νοσοκομείου. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν οι μητέρες (Πίνακας 18).

**Πίνακας 18. Δώρα που προσφέρθηκαν στις μητέρες κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο**

Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο, σας έκανε κάποιος/κάποιοι κάποιο από τα παρακάτω δώρα;								
	Δείγματα τεχνητού γάλακτος	Φυλλάδια τεχνητού γάλακτος	Ημερολόγια που διαφήμιζαν κάποια εταιρεία ξένου γάλακτος	Μπιμπερό	Θηλές/Πιπίλες	Κουτιά τεχνητού γάλακτος	Κάτι άλλο	Τίποτα από τα παραπάνω
ΝΑΙ	35,8%	28,5%	5,8%	32,8%	30,7%	17,5%	27,7%	19,7%
ΟΧΙ	64,2%	71,5%	94,2%	67,2%	69,3%	82,5%	72,3%	80,3%
Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο	Pv=6,975, Sig.0,008 <0,05	Pv=0,957, Sig.0,328 >0,05	Pv=4,429, Sig.0,035 <0,05	Pv=2,253, Sig.0,133 >0,05	Pv=2,896, Sig.0,089 >0,05	Pv=2,733, Sig.0,098 >0,05	Pv=4,238, Sig.0,040 <0,05	Pv=6,151, Sig.0,013 <0,05
Ποιος σας τα προσέφερε;								
	Προσωπικός γιατρός	Αντιπρόσωπος κάποιας εταιρείας	Από το προσωπικό του νοσοκομείου	Άλλο πρόσωπο				
ΝΑΙ	1,9%	69,4%	27,8%	11,1%				
ΟΧΙ	98,1%	30,6%	72,2%	88,9%				
Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:	Pv=0,389, Sig.0,533 >0,05	Pv=0,507, Sig.0,477 >0,05	Pv=1,081, Sig.0,298 >0,05	Pv=0,006, Sig.0,938 >0,05				

Με την επιστροφή τους στο σπίτι οι μητέρες ανέφεραν ότι δέχθηκαν ως δώρα, κυρίως διαφημιστικά φυλλάδια τεχνητού γάλακτος (39,8%) και δείγματα τεχνητού γάλακτος (36,1%). Επίσης, στην πλειοψηφία τους (58,7%) τα δώρα αποστάλησαν στις μητέρες ταχυδρομικώς, ενώ 45,2% των μητέρων δήλωσαν ότι, παρέλαβαν το αντίστοιχο δώρο από αντιπρόσωπο κάποιας εταιρείας. (Πίνακας 19). Στατιστικά σημαντικές διαφορές δεν παρατηρούνται, σχετικά με το είδος του νοσοκομείου στο οποίο γέννησαν οι μητέρες.

**Πίνακας 19. Προσφορά δώρων στη μητέρα, μετά την επιστροφή της στο σπίτι**

Μετά την επιστροφή σας στο σπίτι σας έκανε κάποιος ή κάποιιο κάποιο από τα παρακάτω δώρα;								
	Δείγματα τεχνητού γάλακτος	Φυλλάδια τεχνητού γάλακτος	Ημερολόγια που διαφήμιζαν κάποια εταιρεία ξένου γάλακτος	Μπιμπερό	Θηλές/Πιπίλες	Κουτιά τεχνητού γάλακτος	Κάτι άλλο	Τίποτα από τα παραπάνω
ΝΑΙ	36,1%	39,8%	9,8%	15%	16,5%	11%	27,8%	22,6%
ΟΧΙ	63,9%	60,2%	90,2%	85%	83,5%	89%	72,2%	72,2%
<b>Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:</b>	Pv=1,599, Sig.0,206 >0,05	Pv=0,155, Sig.0,694 >0,05	Pv=1,124, Sig.0,289 >0,05	Pv=1,045, Sig.0,307 >0,05	Pv=0,029, Sig.0,865 >0,05	Pv=0,019, Sig.0,890 >0,05	Pv=2,490, Sig.0,115 >0,05	Pv=0,089 Sig.0,766>0,05
Ποιος σας τα προσέφερε;								
	Προσωπικός γιατρός	Αντιπρόσωπος κάποιας εταιρείας	Από το προσωπικό του νοσοκομείου	Άλλο πρόσωπο	Ταχυδρομικός			
ΝΑΙ	1,9%	45,2%	1%	2,9%	58,7%			
ΟΧΙ	98,1%	54,8%	99%	97,1%	41,3%			
<b>Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:</b>	Pv=1,079, Sig.0,299 >0,05	Pv=0,678, Sig.0,410 >0,05	Pv=3,895, Sig. <b>0,048&lt;0,05</b>	Pv=0,801, Sig.0,371 >0,05	Pv=0,005, Sig.0,942 >0,05			

Μεταξύ των σημαντικών προτάσεων για έναν επιτυχή θηλασμό, είναι η πρακτική του rooming in, κατά την οποία, το νεογνό παραμένει συνεχώς στο δωμάτιο μαζί με την μητέρα του. Με βάση τα ευρήματα στο σύνολο του δείγματος, ποσοστό 84,7% των μητέρων αναφέρει ότι δεν είχαν δίπλα τους το παιδί τους, όσο βρίσκονταν στο νοσοκομείο. Επιπλέον, διαφοροποιείται σημαντικά η πρακτική αυτή μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Έτσι, στα δημόσια νοσοκομεία (68%) εφαρμόζεται περισσότερο το rooming in σε σχέση με τα ιδιωτικά (1,1%) (Pv=68,266, Sig.0,0005<0,05) (Πίνακας 20).

## Πίνακας 20. Εφαρμογή του rooming in

Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, το νεογνό ήταν δίπλα σας όλο το 24ωρο;			
*Εφαρμογή rooming in:	Συνολικό δείγμα	Δημόσιο Νοσοκ.	Ιδιωτικό Νοσοκ.
ΝΑΙ	15,3%	68%	1,1%
ΟΧΙ	84,7%	32%	98,9%
<b>Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:</b>	Pv=68,266, Sig.0,0005<0,05		

\*Αφαιρέθηκε το δείγμα των μητέρων, τα παιδιά των οποίων νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν.Ν.)

Το 46,5% των μητέρων αναφέρει ότι τους πήγαν το νεογνό στο δωμάτιο, στις πρώτες 3 έως 6 ώρες μετά τον τοκετό. Αν και η Π.Ο.Υ υποστηρίζει ότι το νεογνό δεν πρέπει να απομακρύνεται από την μητέρα του, στις περιπτώσεις που μελετάμε όλα τα νεογνά απομακρύνθηκαν. Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Pearson Chi-Square), παρατηρείται διαφορά σε σχέση με το που γέννησαν οι μητέρες (δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο) (Pv=14,876, Sig.0,005<0,05) (Πίνακας 21).

Το 39,6% των μητέρων θήλασαν για πρώτη φορά στις πρώτες 1-6 ώρες, το 25,9% μετά από 6 ώρες και το 25% το δεύτερο 24ωρο. Μόνο το 5,2% αναφέρουν ότι θήλασαν μέσα στην πρώτη ώρα, όπως συστήνει η Π.Ο.Υ. Στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γεννήθηκαν τα νεογνά δεν παρουσιάζεται (Πίνακας 21).

Η πλειοψηφία των μητέρων (40,5%) δηλώνει ότι, δεν γνωρίζει με τι σιτίστηκε το παιδί τους στο πρώτο γεύμα του, οπότε εύκολα συμπεραίνεται, ότι το πρώτο γεύμα δεν ήταν μητρικό γάλα. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό αναφέρει ότι σιτίστηκε με ζαχαρόνερο (21,5%). Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square), σε σχέση με το νοσοκομείο που γεννήθηκε το παιδί (Pv=6,480, Sig.0,166>0,05) (Πίνακας 21).

Αν και η Π.Ο.Υ συνιστά ελεύθερο και απεριόριστο θηλασμό, οι μητέρες του δείγματος μας, σύμφωνα με την ενημέρωση που τους παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας, θα έπρεπε να θηλάζουν με συγκεκριμένο πρόγραμμα (53,4%) και για συγκεκριμένη ώρα (48,9%). Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Pearson Chi-Square), περισσότερο οι επαγγελματίες των δημόσιων νοσοκομείων (42,9%) σε σχέση με αυτούς των ιδιωτικών (23,8%), προτείνουν στις μητέρες το νεογνό να θηλάζει όποτε αυτό θέλει (Pv=3,973, Sig.0,046<0,05) και όσο θέλει (32,1% και 14,9% αντίστοιχα). Από την άλλη πλευρά περισσότερο οι επαγγελματίες των

ιδιωτικών νοσοκομείων (56,4%) σε σχέση με αυτούς των δημοσίων (25%), προτείνουν ο θηλασμός να διαρκεί συγκεκριμένη ώρα (Pv=8,666, Sig.0,003<0,05) (Πίνακας 21).

**Πίνακας 21. Στοιχεία σχετικά με την διατροφή του νεογνού τις πρώτες ώρες της ζωής του (σύμφωνα με τις μητέρες)**

<b>Σε πόση ώρα περίπου μετά τον τοκετό σας έφεραν το νεογνό, για πρώτη φορά, στο δωμάτιο σας;</b> (Αφαιρέθηκε το δείγμα των μητέρων, τα παιδιά των οποίων νοσηλεύτηκαν σε Μ.Ε.Ν.Ν.)							
	Μετά από μισή ώρα	Σε 1-2 ώρες	Σε 3-6 ώρες	Σε 6 με 24 ώρες	Σε 24 με 48 ώρες	Το μωρό δεν απομακρύνθηκε δίπλα από την μητέρα του	
<b>Δημόσιο</b>	4,2%	37,5%	25%	25%	8,3%	0%	
<b>Ιδιωτικό</b>	10,9%	25%	52,2%	11,9%	0%	0%	
<b>Συνολικά</b>	9,5%	27,6%	46,5%	14,7%	1,7%	0%	
<b>Γέννησαν σε δημόσιο/ιδιωτικό:</b> Pv=14,876, Sig.0,005<0,05							
<b>Πότε θηλάσατε για πρώτη φορά μετά τον τοκετό;</b> (Αφαιρέθηκε το δείγμα των μητέρων, τα παιδιά των οποίων νοσηλεύτηκαν σε Μ.Ε.Ν.Ν.)							
	Το πρώτο μισάωρο μετά τον τοκετό	Το δεύτερο μισάωρο >>	Στις πρώτες 1-6 ώρες >>	Πάνω από 6 ώρες >>	Το 2° 24ωρο >>	Το 3° 24ωρο >>	Τις επόμενες μέρες
<b>Δημόσιο</b>	0%	12,6%	33,3%	20,8%	33,3%	0%	0%
<b>Ιδιωτικό</b>	1,1%	2,2%	41,3%	27,2%	22,8%	1,1%	4,3%
<b>Συνολικά</b>	0,9%	4,3%	39,6%	25,9%	25%	0,9%	3,4%
<b>Γέννησαν σε δημόσιο/ιδιωτικό:</b> Pv=7,715, Sig.0,260>0,05							
<b>Ποιό ήταν το πρώτο γεύμα του νεογνού στο νοσοκομείο;</b> (Αφαιρέθηκε το δείγμα των μητέρων, τα παιδιά των οποίων νοσηλεύτηκαν σε Μ.Ε.Ν.Ν.)							
	Ζαχαρόνερο	Ξένο γάλα	Μητρικό γάλα	Μητρικό και ξένο γάλα	Δεν γνωρίζω		
<b>Δημόσιο</b>	20%	16%	28%	12%	24%		
<b>Ιδιωτικό</b>	22%	5,5%	22%	5,5%	45%		
<b>Συνολικά</b>	21,5%	7,8%	23,3%	6,9%	40,5%		
<b>Γέννησαν σε δημόσιο/ιδιωτικό:</b> Pv=6,480, Sig.0,166>0,05							
<b>Σύμφωνα με τις οδηγίες που σας έδιναν οι επαγγελματίες που ασχολούνταν με τον θηλασμό στο νοσοκομείο που γεννήσατε, ποιό από τα παρακάτω έπρεπε να ακολουθήσετε;</b>							
	Θηλασμός με συγκεκριμένο πρόγραμμα	Το νεογνό θήλαζε όποτε ήθελε αυτό	Θηλασμός για συγκεκριμένη ώρα	Το νεογνό θήλαζε όσο ήθελε αυτό			
ΝΑΙ	53,4%	28,2%	48,9%	19,1%			
ΟΧΙ	46,6%	71,8%	51,1%	80,9%			
<b>Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:</b>	Pv=0,262, Sig.0,609>0,05	Pv=3,973, Sig.0,046<0,05	Pv=8,666, Sig.0,003<0,05	Pv=4,328, Sig.0,037<0,05			

Το 69% αναφέρει ότι δεν είδε ποτέ κάποιο πρωτόκολλο θηλασμού στο νοσοκομείο-μαιευτήριο που γέννησε. Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Pearson Chi-Square), περισσότερο οι μητέρες που γέννησαν σε δημόσιο νοσοκομείο (46,4%) σε σχέση με αυτές που γεννήσαν σε ιδιωτικό (26,7%), αναφέρουν ότι έχουν δει κάτι τέτοιο ( $P_v=4,048$ ,  $Sig.0,044<0,05$ ) (Πίνακας 22).

### Πίνακας 22. Ύπαρξη πρωτοκόλλου για επιτυχή μητρικό θηλασμό

Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο, είδατε ποτέ κάποια ανακοίνωση ή αφίσα ή κάποιο παρόμοιο ενημερωτικό σχετικά με τα Δέκα Βήματα για τον επιτυχή θηλασμό;			
	Συνολικό δείγμα	Δημόσιο Νοσοκ.	Ιδιωτικό Νοσοκ.
ΝΑΙ	31%	46,4%	26,7%
ΟΧΙ	69%	53,6%	73,3%
Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο:	$P_v=4,048$ , $Sig.0,044<0,05$		

Όπως παρατηρούμε το 56,1% των μητέρων αναφέρει ότι ένιωθε από ελάχιστα έως καθόλου εκπαιδευμένη όταν ξεκίνησε να θηλάζει. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το που γέννησαν οι μητέρες ( $P_{value}=1,077$ ,  $Sig. 0,898>0,05$ ) (Πίνακας 23).

Οι μητέρες καθοδηγήθηκαν στον πρώτο θηλασμό, κυρίως, από κάποιο εξειδικευμένο άτομο του νοσοκομείου (60,6%). Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν (Πίνακας 23). Στους επόμενους θηλασμούς φαίνεται ότι καθοδηγήθηκαν πάλι από κάποιο εξειδικευμένο άτομο του νοσοκομείου (61,9%). Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν (Πίνακας 23).

**Πίνακας 23. Η εκπαίδευση της μητέρας στον θηλασμό, κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο-μαιευτήριο**

<b>Όταν ξεκινήσατε να θηλάζετε, πόσο καλά εκπαιδευμένη νιώθατε ότι είστε στον θηλασμό;</b>							
	<b>Καθόλου</b>	<b>Ελάχιστα</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>			
<b>Δημόσιο</b>	14,3%	35,7%	35,7%	14,3%			
<b>Ιδιωτικό</b>	19,6%	38,2%	28,4%	13,8%			
<b>Συνολικά</b>	18,2%	37,9%	29,5%	14,4%			
Pvalue=1,077, Sig. 0,898>0,05							
<b>Όταν αποφασίσατε να θηλάσετε, ποιός σας καθοδήγησε και σας εκπαίδευσε κατά τον πρώτο θηλασμό;</b>							
	<b>Μητέρα/πεθερά</b>	<b>Σύζυγος</b>	<b>Άτομο του νοσοκομείου</b>	<b>Προσωπική μαία</b>	<b>Προσωπικός παιδίατρος</b>	<b>Προσωπικός γυναικολόγος</b>	<b>Κάποιος άλλος</b>
Ναι	16,7%	2,3%	60,6%	20,5%	2,3%	10,6%	4,5%
Όχι	83,3%	97,7%	39,4%	79,5%	97,7%	89,4%	95,5%
<b>Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο</b>	Pv=1,656, Sig.0,198 >0,05	Pv=3,701, Sig.0,054 >0,05	Pv=0,614, Sig.0,433 >0,05	Pv=2,193, Sig.0,139 >0,05	Pv=0,843, Sig.0,359 >0,05	Pv=0,000, Sig.0,992 >0,05	Pv=0,088, Sig.0,766 >0,05
<b>Ποιός σας εκπαίδευσε και σας καθοδηγούσε στους επόμενους θηλασμούς, όσο βρισκόσασταν στο νοσοκομείο;</b>							
	<b>Μητέρα/πεθερά</b>	<b>Σύζυγος</b>	<b>Άτομο του νοσοκομείου</b>	<b>Προσωπική μαία</b>	<b>Προσωπικός παιδίατρος</b>	<b>Προσωπικός γυναικολόγος</b>	<b>Κάποιος άλλος</b>
Ναι	15,1%	4,8%	61,9%	18,3%	0,8%	5,6%	10,3%
Όχι	84,9%	95,2%	38,1%	81,7%	99,2%	94,4%	89,7%
<b>Γέννησαν δημόσιο/ιδιωτικό νοσοκομείο</b>	Pv=2,991, Sig.0,084 >0,05	Pv=2,949, Sig.0,086 >0,05	Pv=1,296, Sig.0,255 >0,05	Pv=0,000, Sig.0,996 >0,05	Pv=3,622, Sig.0,057 >0,05	Pv=0,201, Sig.0,654 >0,05	Pv=0,690, Sig.0,406 >0,05

Όπως αναφέρει το 66,9% των μητέρων, οι επαγγελματίες υγείας υποστήριζαν τον θηλασμό. Περισσότερο οι μητέρες που γέννησαν στα δημόσια νοσοκομεία (89,6%) σε σχέση με αυτές που γέννησαν στα ιδιωτικά (60%), αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας υποστήριζαν τον θηλασμό. Όσες γέννησαν στα ιδιωτικά σε σχέση με αυτές των δημοσίων, αναφέρουν περισσότερο ότι οι επαγγελματίες υποστήριζαν την μεικτή διατροφή ή κρατούσαν ουδέτερη στάση στον θηλασμό (Pvalue=9,160, Sig. 0,027<0,05) (Πίνακας 24).

Αν και το 56,5% των μητέρων έβρισκαν τις οδηγίες των γιατρών σαφέστατες, το 29% αυτών τις θεωρούσαν γρήγορες και πρόχειρες. Δεν παρατηρείται στατιστική

διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν οι μητέρες (Pvalue=0,559, Sig.0,906>0,05) (Πίνακας 24).

Αναφορικά με την προσφορά του τεχνητού γάλακτος σε ένα νεογνό που θηλάζει, όπως αναφέρουν οι μητέρες (83,5%), δεν είχαν ενημέρωση ότι απαγορεύεται. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν οι μητέρες (Pvalue=1,716, Sig.0,190>0,05) (Πίνακας 24).

#### **Πίνακας 24. Η στάση των επαγγελματιών υγείας για τον θηλασμό, κατά την παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο-μαιευτήριο**

<b>Όταν βρισκόσασταν στο νοσοκομείο, νιώθατε ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό:</b>				
	<b>Κρατούσε ουδέτερη στάση</b>	<b>Υποστήριζε τον θηλασμό</b>	<b>Υποστήριζε την μεικτή διατροφή</b>	<b>Υποστήριζε το τεχνητό γάλα</b>
<b>Δημόσιο</b>	6,9%	89,6%	3,5%	0%
<b>Ιδιωτικό</b>	18,1%	60%	20,9%	1%
<b>Συνολικά</b>	15,4%	66,9%	16,9%	0,7%
Pvalue=9,160, Sig. <b>0,027&lt;0,05</b>				
<b>Βρίσκατε τις οδηγίες των γιατρών-μαιών για τον θηλασμό:</b>				
	<b>Ασαφείς και όχι πολύ κατανοητές</b>	<b>Σαφέστατες</b>	<b>Γρήγορες και πρόχειρες</b>	<b>Κάθε επαγγελματίας υποστήριζε κάτι διαφορετικό</b>
<b>Δημόσιο</b>	3,6%	60,7%	28,6%	7,1%
<b>Ιδιωτικό</b>	4,9%	54,5%	29,7%	10,90%
<b>Συνολικά</b>	4,6%	56,5%	29%	9,9%
Pvalue=0,559, Sig.0,906>0,05				
<b>Σας ενημέρωσαν ότι απαγορεύεται από το νοσοκομείο, να δώσετε τεχνητό γάλα σαν συμπλήρωμα στο μωρό σας, όσο θηλάζατε, χωρίς την εντολή του γιατρού;</b>				
	<b>Δημόσιο</b>	<b>Ιδιωτικό</b>	<b>Συνολικό δείγμα</b>	
<b>Ναι</b>	25%	14,6%	16,5%	
<b>Όχι</b>	75%	85,4%	83,5%	
Pvalue=1,716, Sig.0,190>0,05				

Αντίθετα, ποσοστό 68,3% των μητέρων αναφέρουν ότι τους έφερναν τεχνητό γάλα σε κάθε γεύμα του νεογνού. Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Pearson Chi-Square) αναφέρουν περισσότερο κάτι τέτοιο, οι μητέρες που γέννησαν στα ιδιωτικά (76,8%) παρά αυτές στα δημόσια (38,5%) (Pvalue=14,805, Sig.0,001<0,05). Επίσης, σύμφωνα με τις μητέρες περισσότερο στα δημόσια (23%) από ότι στα ιδιωτικά

(11,6%), δίνεται τεχνητό γάλα μόνο με εντολή γιατρού (Pvalue=14,805, Sig.0,001<0,05) (Πίνακας 25).

Το 63,6% των μητέρων φοβόταν ότι το προσωπικό έδινε τεχνητό γάλα στο νεογνό χωρίς να το γνωρίζουν, παρ'όλο που οι μητέρες είχαν αποφασίσει να θηλάσουν. Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση (Pearson Chi-Square), περισσότερο φοβόταν για κάτι τέτοιο οι μητέρες που γέννησαν στα ιδιωτικά (77,4%) σε σχέση με αυτές που γέννησαν στα δημόσια (19,3%) (Pvalue=37,976, Sig.0,000<0,05). Μια λογική ανησυχία, αν λάβουμε υπ' όψιν ότι δεν εφαρμόζεται το rooming in στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Πίνακας 25).

Το 82,7% των μητέρων δεν γνώριζε, εάν τους επέτρεπε το νοσοκομείο να δώσουν πιπίλες. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν οι μητέρες (Pvalue=3,269, Sig.0,195>0,05) (Πίνακας 25).

Πάνω από τις μισές μητέρες (54,8%) πήραν συνταγή τεχνητού γάλακτος, κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν οι μητέρες (Pvalue=1,516, Sig.0,218>0,05) (Πίνακας 25).

Η πλειοψηφία των μητέρων (91,2%) αναφέρει ότι, δεν τις ενημέρωσαν για την ύπαρξη ομάδων υποστήριξης θηλασμού μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο-μαιευτήριο που γέννησαν. Δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά (Pearson Chi-Square) σε σχέση με το νοσοκομείο που γέννησαν οι μητέρες (Pvalue=1,532, Sig.0,216>0,05) (Πίνακας 25).

**Πίνακας 25. Πρακτικές που ακολουθήθηκαν στα νοσοκομεία-μαιευτήρια που γέννησαν οι μητέρες**

<b>Ποιά από τις παρακάτω πρακτικές ακολουθούσαν στο νοσοκομείο που γεννήσατε;</b>			
	<b>Έδιναν τεχνητό γάλα όποτε το ζητούσαν</b>	<b>Έφερναν τεχνητό γάλα σε κάθε γεύμα</b>	<b>Το τεχνητό γάλα δινόταν με εντολή γιατρού</b>
<b>Δημόσιο</b>	38,5%	38,5%	23%
<b>Ιδιωτικό</b>	11,6%	76,8%	11,6%
<b>Συνολικά</b>	17,9%	68,3%	13,8%
Pvalue=14,805, Sig.0,001<0,05			
<b>Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο-μαιευτήριο, σας γεννήθηκε ποτέ η υποψία ότι μπορεί το προσωπικό να έδινε τεχνητό γάλα στο μωρό χωρίς να το γνωρίζετε, παρ' όλο ότι είχατε αποφασίσει να θηλάσετε;</b>			
	<b>Δεν πιστεύω να έγινε κάτι τέτοιο</b>	<b>Φοβόμουν ότι γινόταν κάτι τέτοιο</b>	<b>Δεν έδωσα σημασία</b>
<b>Δημόσιο</b>	76,9%	19,3%	3,8%
<b>Ιδιωτικό</b>	15,5%	77,4%	3,8%
<b>Συνολικά</b>	29,1%	63,6%	7,3%
Pvalue=37,976, Sig.0,000<0,05			
<b>Σας επέτρεπαν από το νοσοκομείο που γεννήσατε να δώσετε, εάν θέλατε, πιπίλα στο μωρό σας;</b>			
	<b>Ναι μου επέτρεπαν να δώσω</b>	<b>Απαγορευόταν να δώσω</b>	<b>Δεν γνωρίζω</b>
<b>Δημόσιο</b>	20,7%	6,9%	72,4%
<b>Ιδιωτικό</b>	8,8%	5,9%	85,3%
<b>Συνολικά</b>	11,3%	6%	82,7%
Pvalue=3,269, Sig.0,195>0,05			
<b>Κατά την έξοδό σας από το νοσοκομείο, σας έδωσαν συνταγή τεχνητού γάλακτος;</b>			
	<b>Δημόσιο Νοσοκ.</b>	<b>Ιδιωτικό Νοσοκ.</b>	<b>Συνολικό δείγμα</b>
<b>Ναι</b>	45%	57,7%	54,8%
<b>Όχι</b>	55%	42,3%	45,2%
Pvalue=1,516, Sig.0,218>0,05			
<b>Όταν βγήκατε από το νοσοκομείο, σας είπαν, εάν υπάρχει κάποια ομάδα που να υποστηρίζει τον θηλασμό και η οποία θα μπορούσε να σας βοηθήσει;</b>			
	<b>Δημόσιο Νοσοκ.</b>	<b>Ιδιωτικό Νοσοκ.</b>	<b>Συνολικό δείγμα</b>
<b>Ναι</b>	13,8%	6,7%	8,8%
<b>Όχι</b>	86,2%	93,3%	91,2%
Pvalue=1,532, Sig.0,216>0,05			

Αναφορικά με την απόφαση των μητέρων να θηλάσουν ή όχι, οι περισσότερες (81,4%) ανέφεραν ότι είχαν πάρει τη σχετική απόφαση πριν από την κύηση. Όπως φαίνεται, οι μητέρες έχουν δει φωτογραφίες μωρών σε διαφημιστικά εταιρειών τεχνητού γάλακτος (61%) και σε ετικέτες τέτοιων εταιρειών (48,8%). Μόνο το 26,8% των μητέρων δεν έχει δει καθόλου τέτοιες φωτογραφίες. Επίσης, μόνο το 12,3% των μητέρων γνωρίζουν ότι απαγορεύεται η διαφήμιση μέσα στα νοσοκομεία. Φαίνεται (Pearson Chi-Square) να το γνωρίζουν περισσότερο, οι μητέρες που γέννησαν στα δημόσια (28%) σε σχέση με αυτές των ιδιωτικών νοσοκομείων (8,4%) (Pvalue=7,670, Sig.0,006<0,05) (Πίνακας 26).

**Πίνακας 26. Πόσες γνωρίζουν την απαγόρευση της διαφήμισης του τεχνητού γάλακτος**

Γνωρίζετε ότι απαγορεύεται η διαφήμιση τεχνητού γάλακτος μέσα στο νοσοκομείο;			
	Δημόσιο	Ιδιωτικό	Συνολικό δείγμα
Ναι	28%	8,4%	12,3%
Όχι	72%	91,6%	87,7%
Pvalue=7,670, Sig.0,006<0,05			

Από την συγκεκριμένη ανάλυση τα σημαντικότερα στοιχεία που προκύπτουν είναι η ανεπαρκής ενημέρωση των μητέρων την περίοδο της κύησης και κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο, τα πολλά δώρα (φυλλάδια, δείγματα τεχνητού γάλακτος, μπιμπερό, θηλές και κουτιά με τεχνητό γάλα) που τους προσέφεραν, ιδιαίτερα κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο και την επιστροφή τους στο σπίτι, η επαφή τους με κάποιον αντιπρόσωπο εταιρείας γάλακτος, η μη εφαρμογή του rooming in, οι λαθεμένες πρακτικές διατροφής του νεογνού, τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό και η λιγοστή εκπαίδευσή τους κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο. Όλα τα παραπάνω φανερώνουν μια κατάσταση πολύ διαφορετική, σε σχέση με όσα προτείνουν οι διεθνείς οργανισμοί που ασχολούνται με το ζήτημα του μητρικού θηλασμού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Συζήτηση-Συμπεράσματα

Κυρίαρχο ρόλο σε ζητήματα δημόσιας υγείας διαδραματίζει ο μητρικός θηλασμός σε όλο τον κόσμο. Η βιοχημική σύσταση του μητρικού γάλακτος δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες πρόληψης ή και καταπολέμησης σημαντικών νοσημάτων, μειώνοντας σημαντικά με αυτόν τον τρόπο, τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας των παιδιών και των μητέρων τους. Η προστατευτική ασπίδα του μητρικού θηλασμού στο παιδί και στην μητέρα αποδεικνύεται καθημερινά μέσα από τις διεθνείς μελέτες και όλα τα στοιχεία συνηγορούν στο ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί πανάκεια για σημαντικά ζητήματα που απασχολούν την δημόσια υγεία και σχετίζονται με την παιδική διατροφή και την υγεία των γυναικών.

Λόγω του ότι ο θηλασμός είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο της σωστής νεογνικής-βρεφικής φροντίδας που συμβάλλει στην υγιή ανάπτυξη του παιδιού, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, ενώ προστατεύει παράλληλα και την υγεία κάθε μητέρας, η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του ανήκει στον τομέα της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Σύμφωνα με την Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του παιδιού (United Nations General Assembly 1989), *‘Τα Κράτη-Μέλη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας...’*, ενώ παράλληλα, σύμφωνα με το κεντρικό μήνυμα της Παγκόσμιας Εβδομάδας μητρικού θηλασμού το έτος 2000 (Δελτίο Τύπου Unicef 2000), ο θηλασμός αποτελεί σημαντικό ανθρώπινο δικαίωμα της γυναίκας και του παιδιού, που προασπίζει την υγεία τους. Βέβαια, η απόφαση κάθε γυναίκας για το εάν θα ξεκινήσει να θηλάσει το παιδί της αλλά και για το διάστημα που θα το κάνει, είναι το αποτέλεσμα της προσωπικής της ελεύθερης επιλογής, λόγω της αυτονομίας της και της δυνατότητας που έχει σε μια ελεύθερης απόφασης.

Προκειμένου λοιπόν, η διεθνής επιστημονική κοινότητα να υπερασπισθεί το δικαίωμα των μητέρων και των παιδιών σε μια σωστή διατροφή και κατά συνέπεια το δικαίωμα τους στην υγεία, ανακοινώθηκε η ‘Διακήρυξη Innocenti’, η οποία στηρίζεται στην εφαρμογή του ‘Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος’ και στα ‘Δέκα Βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό’, ως ενδεικνυόμενες και απαραίτητες πρωτοβουλίες για την ενίσχυση, προώθηση και υποστήριξη της ελεύθερης επιλογής των μητέρων στον μητρικό θηλασμό.

Σύμφωνα με την Διακήρυξη Innocenti οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν, εάν βρίσκονται σε ένα κατάλληλο περιβάλλον συνειδητοποιημένο και υποστηρικτικό ως προς τον μητρικό θηλασμό. Αυτό προϋποθέτει την απομάκρυνση εξαναγκασμών και επιδράσεων και την εξάλειψη των εμποδίων, που αναστατώνουν συχνά με δυσδιάκριτο και έμμεσο τρόπο τις αντιλήψεις των μητέρων για τον μητρικό θηλασμό. Εννοούμε δηλαδή, ένα θεσμικό πλαίσιο που επιτρέπει σε κάθε μητέρα την ανάπτυξη της ελεύθερης βούλησης και αυτονομίας. Ένα πλαίσιο που ελέγχει τους παράγοντες που κατευθύνουν τις μητέρες, ενώ παράλληλα σέβεται την απόφαση κάθε γυναίκας, αφού αυτή είναι το αποτέλεσμα μιας ελεύθερης επιλογής.

Αν και η χώρα μας έχει επικυρώσει την Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού, δηλαδή έχει αναγνωρίσει την ανάγκη για ενημέρωση και υποστήριξη των μητέρων σε ζητήματα διατροφής και υγείας και έχει υιοθετήσει την ‘Διακήρυξη Innocenti’ (το 1983 υιοθετήθηκε ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, το 1993 εναρμονίστηκε η ελληνική νομοθεσία προς την αντίστοιχη κοινοτική και το 1995 υιοθετήθηκαν τα ‘Δέκα Βήματα για επιτυχή θηλασμό’) που αναφέρεται στην απομάκρυνση των εξαναγκασμών και των επιδράσεων που επηρεάζουν την συμπεριφορά των μητέρων, στην ελληνική καθημερινή πρακτική συχνά επιτρέπει την καταπάτηση της αυτονομίας των μητέρων, όσον αφορά το ζήτημα του μητρικού θηλασμού.

Γενικότερα, η χώρα μας ανήκει στην ομάδα των χωρών που δεν έχουν αναπτύξει εθνική πολιτική προώθησης του θηλασμού, μέσω εθνικών στρατηγιών και πλάνων, ενώ συγκεντρώνει ελλιπή στοιχεία γι’ αυτό το θέμα. Όσον αφορά την σημαντικότερη ‘Διακήρυξη Innocenti’ και τους στόχους της, που έπρεπε να είχαν επιτευχθεί από το 1995, ενδεικτικά αναφέρουμε ότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχει εθνικός συντονιστής για ζητήματα θηλασμού, κανένα νοσοκομείο-μαιευτήριο δεν έχει συγκεντρώσει τα απαιτούμενα κριτήρια, ώστε να χαρακτηριστεί ως ‘Φιλικό προς τα βρέφη’, ενώ η νομοθεσία για την προστασία της μητρότητας θεωρείται ελλιπή. Επίσης, η εθνική μας νομοθεσία που ρυθμίζει την διαφήμιση και την προβολή των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, υπολείπεται του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Η χώρα μας όπως και οι υπόλοιπες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και οι υπό ένταξη και υποψήφιες χώρες, εφαρμόζουν την Οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 1991 η οποία δεν καλύπτει όλα τα άρθρα του Διεθνούς Κώδικα και δεν έχει αναθεωρηθεί για να συμπεριλάβει τις μεταγενέστερες αποφάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Υγείας. Τέλος, οι

επαγγελματίες υγείας και το κοινό συχνά δεν ενημερώνονται, όπως θα έπρεπε, για τις ρυθμίσεις που περιέχονται στον συγκεκριμένο Κώδικα, ενώ δεν υπάρχει αποτελεσματικό σύστημα καταγραφής της συμμόρφωσης με αυτές, εκτός από αυτό των μη κυβερνητικών οργανισμών, π.χ. όπως της Unicef, που όμως δεν έχουν τη δύναμη να επικρίνουν τις παραβάσεις.

Με βάση την υπάρχουσα κατάσταση και με δεδομένη την σημασία του μητρικού θηλασμού ως αγαθού δημόσιας υγείας και ελεύθερης επιλογής, στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του βαθμού στον οποίον έχουν υιοθετηθεί από την ελληνική πραγματικότητα, τα δυο σημαντικότερα σημεία της Διακήρυξης Innocenti δηλαδή, η εφαρμογή των κυριότερων αρχών και σκοπών των άρθρων του ‘Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος’ και των ‘Δέκα Βημάτων για επιτυχή θηλασμό’. Με άλλα λόγια, σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των συνθηκών κάτω από τις οποίες αποφασίζουν οι μητέρες, όσον αφορά τον μητρικό θηλασμό, όπως αυτές σχετίζονται με την προώθηση και διαφήμιση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και των σχετικών πρακτικών για τις μητέρες και τα νεογνά-βρέφη που ακολουθούνται στα μαιευτήρια-νοσοκομεία της χώρας μας.

Μελετήθηκε λοιπόν ένα δείγμα 193 μαιών που εργάζονταν σε μαιευτικές κλινικές της χώρας μας και ένα δείγμα 140 μητέρων μέσω συγκεκριμένων ερωτηματολογίων. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων και όσον αφορά τα στοιχεία που σχετίζονται με την εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, προκύπτει ότι, πάνω από τις μισές μαιές αναφέρουν ότι βλέπουν αντιπροσώπους εταιρειών τεχνητού γάλακτος να επισκέπτονται επαγγελματίες υγείας, αρκετές αναφέρουν ότι έχουν προσεγγισθεί και οι ίδιες, ενώ περίπου στις μισές έχει προσφερθεί κάποιο δώρο. Περίπου μια στις δυο μαιές αναφέρουν ότι το νοσοκομείο τους προμηθεύεται δωρεάν τεχνητό γάλα ή σε μειωμένη τιμή από εταιρείες και αυτό συμβαίνει έως και πολύ συχνά, ενώ η πλειοψηφία τους αναφέρει ότι προσφέρονται δώρα στους επαγγελματίες υγείας, όπως δείγματα τεχνητού γάλακτος, κουτιά με τεχνητό γάλα και ταξίδια.

Παράλληλα, όπως αναφέρουν οι μητέρες, κατά την περίοδο της κύησης, τους προσέφεραν δείγματα τεχνητού γάλατος, διαφημιστικά φυλλάδια, μπιμπερό, θηλές ή πιπίλες και κουτιά με τεχνητό γάλα. Το πρόσωπο που τους προσέφερε τα παραπάνω δώρα, ήταν κάποιος αντιπρόσωπος εταιρείας παραγωγής τεχνητού γάλακτος, ή κάποιος από το προσωπικό του νοσοκομείου στο οποίο θα γεννούσαν. Τα δείγματα

τεχνητού γάλακτος, τα μιμιπερό, οι θηλές/πιπίλες, τα φυλλάδια τεχνητού γάλακτος και τα κουτιά τεχνητού γάλακτος, είναι τα κυριότερα δώρα που τους έκαναν και κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Και σε αυτήν την περίπτωση τους τα προσέφερε κάποιος αντιπρόσωπος εταιρείας γάλακτος ή κάποιος από το προσωπικό του νοσοκομείου. Ακόμη, πάνω από τις μισές μητέρες πήραν κάποιο δώρο μετά την επιστροφή τους στο σπίτι, το οποίο το παρέλαβαν ταχυδρομικώς ή από κάποιον αντιπρόσωπο εταιρείας.

Όσον αφορά τα στοιχεία που αφορούν την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων για επιτυχή θηλασμό, όπως προέκυψε, πάνω από τις μισές μαίες δεν έχουν δει ποτέ κάποιο γραπτό πρωτόκολλο θηλασμού στο νοσοκομείο τους, όπως μεγάλο ποσοστό μητέρων δεν είδε ποτέ κάποια ανακοίνωση ή αφίσα ή κάποιο παρόμοιο ενημερωτικό σχετικά με τα Δέκα Βήματα για τον επιτυχή θηλασμό, στο νοσοκομείο που γέννησε. Αν και οι περισσότερες μαίες γνωρίζουν τα Δέκα Βήματα, δεν έχουν εκπαιδευτεί σε όλα τα πεδία του θηλασμού που προτείνει η Π.Ο.Υ. Ενώ, ένα σημαντικό ποσοστό μαιών ενημερώνει τις έγκυες/λεχωίδες για την προετοιμασία του γεύματος με τεχνητό γάλα, ένα πεδίο που δεν θα έπρεπε να περιέχεται στα πεδία ενημέρωσης των εγκύων/λεχωίδων, σύμφωνα με την Π.Ο.Υ.

Αν και αρκετές μητέρες αναφέρουν ότι ήταν πολύ ενημερωμένες την περίοδο της κύησης, όσον αφορά τον θηλασμό, παρόμοιο ποσοστό μητέρων αναφέρει ότι η ενημέρωση του ήταν από μέτρια έως μηδενική. Οι μισές μητέρες ενημερώθηκαν για τον θηλασμό κατά την κύηση, από τα περιοδικά και τα βιβλία. Ενώ, αρκετές αναφέρουν ότι, ήταν από καθόλου έως και μέτρια ενημερωμένες για τον θηλασμό, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Αρκετές μαίες πιστεύουν ότι οι λεχωίδες εκπαιδεύονται στον θηλασμό, από ελάχιστα έως λιγιστά και πάνω από τις μισές μητέρες ένιωθαν από ελάχιστα έως καθόλου εκπαιδευμένη, όταν ξεκίνησαν να θηλάζουν.

Λιγότερες από τις μισές μαίες αναφέρουν ότι ο θηλασμός ξεκινάει στο πρώτο μισάωρο και στην πρώτη ώρα. Ενώ, ελάχιστες μητέρες αναφέρουν ότι θήλασαν μέσα στην πρώτη ώρα. Σύμφωνα με τις μαίες το ζαχαρόνερο, το χαμομήλι, το μητρικό γάλα και το τεχνητό γάλα, αποτελούν το πρώτο γεύμα του νεογνού στα νοσοκομεία, ενώ ελάχιστες μαίες αναφέρουν ότι το τεχνητό γάλα δίνεται μόνο με εντολή γιατρού. Πάνω από τις μισές μητέρες φοβόταν ότι το προσωπικό έδινε τεχνητό γάλα στο νεογνό χωρίς να το γνωρίζουν, παρ' όλο ότι είχαν αποφασίσει να θηλάσουν. Ακόμη σχεδόν όλες οι μητέρες αναφέρουν ότι δεν τους είχαν ενημερώσει,

ότι απαγορεύεται από το νοσοκομείο-μαιευτήριο, να δώσουν τεχνητό γάλα σαν συμπλήρωμα στο νεογνό, όσο θηλάζαν, χωρίς την εντολή του γιατρού, ενώ μεγάλο ποσοστό αναφέρει ότι τους έφερναν τεχνητό γάλα σε κάθε γεύμα του νεογνού. Οι μητέρες του δείγματος μας, σύμφωνα με την ενημέρωση που τους παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας, θα έπρεπε να θηλάζουν με συγκεκριμένο πρόγραμμα και για συγκεκριμένη ώρα (σε αντίθεση με τις προτάσεις της Π.Ο.Υ για ελεύθερο και απεριόριστο θηλασμό).

Παράλληλα, μόνο λίγες μαιές υποστηρίζουν ότι το νεογέννητο δεν απομακρύνεται καθόλου από την μητέρα του, ενώ ένα σημαντικότατο ποσοστό μητέρων αναφέρει ότι δεν είχαν δίπλα τους όλο το 24ωρο το παιδί τους, όσο βρίσκονταν στο νοσοκομείο. Η πλειοψηφία των μαιών και των μητέρων αναφέρει ότι δεν υπάρχει απαγόρευση για τις πιπίλες σε θηλάζοντα νεογνά στο νοσοκομείο τους ή ότι δεν γνώριζαν, εάν αυτό επιτρεπόταν από το νοσοκομείο. Τέλος, ελάχιστες μαιές αναφέρουν την ύπαρξη ομάδων υποστήριξης θηλασμού στην πόλη τους, ενώ σχεδόν όλες οι μητέρες δεν γνωρίζουν για την ύπαρξη τέτοιων ομάδων.

Όπως προκύπτει από την παρούσα μελέτη, στην χώρα μας δεν εφαρμόζεται κανένα από τα άρθρα του Διεθνούς Κώδικα αλλά και κανένα από τα σημεία των Δέκα Βημάτων στο βαθμό και την έκταση που προτείνουν οι διεθνείς οργανισμοί που ασχολούνται με το ζήτημα του μητρικού θηλασμού. Έτσι οι συγκεκριμένες πρωτοβουλίες που αποτελούν διεθνώς τους ακρογωνιαίους λίθους για την προστασία της αυτονομίας των μητέρων, όσον αφορά τις αποφάσεις για την διατροφή των παιδιών τους, δεν κατέχουν στην ελληνική πραγματικότητα την ισχυρή θέση που τους αρμόζει, γι' αυτό και δεν δημιουργούν το κατάλληλο περιβάλλον και τις ασφαλέστερες συνθήκες για την σωστή ενημέρωση και υποστήριξη των γονέων. Συνεπώς, μπορεί να υποστηριχθεί ότι με βάση τα παραπάνω δημιουργούνται συνθήκες ανελευθερίας και πολλές φορές μη συνειδητής απόφασης για κάθε μητέρα, η οποία βρίσκεται εκτεθειμένη στις προθέσεις και την προπαγανδιστική διαφήμιση της κάθε γαλακτοβιομηχανίας, ενώ οι λαθεμένες και αναχρονιστικές πρακτικές δεν την ευνοούν στην λήψη αυτόνομων και ελεύθερων προσωπικών αποφάσεων

Εξαιτίας λοιπόν της συγκεκριμένης κατάστασης που επικρατεί στον ελληνικό χώρο, δημιουργούνται σοβαροί ενδοιασμοί για το εάν η χώρα μας έχει ουσιαστικά επικυρώσει την Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού και έχει ουσιαστικά υιοθετήσει στην καθημερινή πρακτική την σημαντικότερη 'Διακήρυξη Innocenti', έτσι ώστε να χαρακτηρίζεται ως μια κοινωνία 'φιλική προς τα βρέφη και τις μητέρες

τους'. Μια κοινωνία δηλαδή, που σέβεται ουσιαστικά το δικαίωμα του παιδιού στην ασφαλέστερη μέθοδο διατροφής και το δικαίωμα κάθε μητέρας στην σωστή ενημέρωση, την υποστήριξη και προφύλαξη από τις εξωτερικές επιδράσεις, που σκόπιμα κατευθύνουν τις επιλογές της. Μια κοινωνία που με τις παραπάνω πρακτικές διασφαλίζει το δικαίωμά των μητέρων και των παιδιών τους στον μητρικό θηλασμό.

Βέβαια, σε περίπτωση που η ελληνική κοινωνία επιθυμεί να ενδυναμώσει το θεσμικό της πλαίσιο ώστε να ενισχύει την ελεύθερη επιλογή κάθε μητέρας για τον μητρικό θηλασμό, θα πρέπει να αναγνωρίσει ουσιαστικά το δικαίωμα των γυναικών και των παιδιών στη διατροφή και την υγεία, να μεριμνά για ικανοποιητική άδεια μητρότητας, για την δημιουργία εύκαμπτου ωραρίου, για παροχή εγκαταστάσεων στο χώρο εργασίας που να επιτρέπουν στις εργαζόμενες μητέρες να διατηρούν την γαλουχία, να παρέχει επαρκή πληροφόρηση στις μητέρες και στους επαγγελματίες υγείας για την προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού, να εξασφαλίζει ότι όλες οι υγειονομικές εγκαταστάσεις που παρέχουν υπηρεσίες μητρότητας ακολουθούν τα 'Δέκα Βήματα', ως μέρος της πρωτοβουλίας για νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη, να εμποδίζει κάθε μορφή προώθησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σε επαγγελματίες υγείας και στο κοινό, να υιοθετεί νομοθετικά μέτρα για την πλήρη εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα και να δεσμεύει τις βιομηχανίες ώστε να ακολουθούν όλες τις πρακτικές εμπορίου που προβλέπονται από τον Κώδικα. Μόνο εάν υλοποιηθούν οι παραπάνω προτάσεις των διεθνών οργανισμών που υποστηρίζουν τα δικαιώματα της μητέρας και του παιδιού, θα αναφερόμαστε σε μια ελληνική κοινωνία, πραγματικά 'φιλική προς τα παιδιά και τις μητέρες'.

## Βιβλιογραφία

- Abbett M, Jackson M, Payne K. Breastfeeding. In: Arulkumara S, Symonds IM, Fowlie A(eds). Oxford handbook of Obstetrics & Gynaecology. Oxford, Oxford University Press 2004
- Almeida JAG. Amamentacao: um hibrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ;1999
- Almeida JAG. Leite fraco: um problema da mama ou da cultura, Mastro-Magazine, 1998;2:2
- American Academy of Pediatrics: Breastfeeding and the use of human milk. Section on Breastfeeding. Pediatrics 2005;115:496-506
- American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 1997;100:1035-1039
- American Academy of Pediatrics, Nutrition Committee of the Canadian Paediatric Society and the Committee on Nutrition of the American Academy of Pediatrics. Breast-feeding. A commentary in celebration of the International Year of the Child, 1979. Pediatrics 1978;62:591-601
- Andrew Radford. Breastmilk: A world resource. Baby Milk Action, Cambridge, 1995
- Antoniou E, Daglas M, Iatrakis G, Kourounis G, Greatsas G. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Greece. Clin Exp Obstet Gynecol. 2005;32(1):37-40
- Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. Pediatrics. 2000;106:67
- Australian Bureau of Statistics. Breastfeeding in Australia. Canberra, Australia: Australian Bureau of Statistics; 2003. Report No: 4810.0.55.001
- Badinter E. Um amor conquistador: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 1985
- Ball T, Bennet D. The economic impact of breastfeeding. Pediatr Clin North Am. 2001;48:253-262

- Bentley ME, Dee DL, Jensen JL. Breastfeeding among low income, African-American women: power, beliefs and decision making. *J Nutr.* 2003 Jan;133(1):305S-309S.
- Bernard-Bonnin AC, Stachtchenko S, Girard G, Rousseau E. Hospital practices and breastfeeding duration: a meta-analysis of controlled trials. *Birth.* 1989;16:64
- Biddulph J. Legislation to protect breastfeeding. *P N G Med J.* 1983 Mar;26(1):9-12
- Breastfeeding. In: Arulkumara S, Symonds IM, Fowlie A(eds). *Oxford handbook of Obstetrics & Gynaecology.* Oxford, Oxford University Press 2004
- Brewer MM, Bates MR, Vannoy LP. Postpartum changes in maternal weight and body fat deposits in lactating vs. nonlactating women. *Am J Clin Nurs* 1989;49:259
- Burr ML, Miskelly FG, Butland BK. Environmental factors and symptoms in infants at high risk of allergy. *J Epidemiol Community Health* 1989;43:125-132
- Butler S, Williams M, Tukuitonga C, Paterson J. Factors associated with not breastfeeding exclusively among mothers of a cohort of Pacific infants in New Zealand. *N Z Med J.* 2004 Jun 4;117(1195):U908
- Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition.* 2004;8(1):39-46
- Celi AC, Rich-Edwards JW, Richardson MK, Kleinman KP, Gillman MW. Immigration, race/ethnicity, and social and economic factors as predictors of breastfeeding initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(3):255-60
- Charpin EM. The state of the Innocenti Declaration targets in Italy. *J Hum Lact.* 2001 Aug;17(3):202-6
- Chatman LM, Salihu HM, Rooffe ME, Wheatle P, Henry D, Jolly PE. Influence of knowledge and attitudes on exclusive breastfeeding practice among rural Jamaican mothers. *Birth.* 2004;31(4):265-71
- Clements MS, Mitchell EA, Wright SP, Esmail A, Jones DR, Ford RPK. Influences on breast-feeding in southeast England. *Acta Paediatr.* 1997;86:51-56

- Da Vanzo J, Starbird E, Leibowitz A. Do women's breastfeeding experiences with their first-borns affect whether they breastfeed their subsequent children? *Soc Biol.* 1990;37:223-232
- Daglas M, Antoniou E, Pitselis G, Iatrakis G, Kourounis G, Creatsas G. Factors influencing the initiation and progress of breastfeeding in Greece. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2005;32(3):189-192
- Davis MK. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int J Cancer Suppl* 1998;11:29-33
- De Almeida JA, Novak FR. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(5 Suppl).119-125
- Department of Health, Nutrition and Bone Health COMA Expert Group. Report on health and social subjects 49. The Stationery Office, London, 1998
- Department of Health. Breastfeeding: good practice guidance to the NHS. HMSO, London 1995
- Department of Health. Weaning and the weaning diet. The Stationery Office, London, 1994
- Dermer A. Breastfeeding and women's health. *J Womens Health.* 1998;7:427-433
- Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr.* 1995;126:696-702
- DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth.* 2003 Jun;30(2):94-100
- Downham MA, Scott R, Sims DG, Webb JK, Gardner PS. Breast-feeding protects against respiratory syncytial virus infections. *Br Med J* 1976 31;2(6030):274-6
- Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Can J Public Health.* 2003;94(4):300-5
- Dykes F. Return to breastfeeding: a global priority. *British Journal of Midwifery,* 1997;5:334-349

- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2000;117(3):380-6
- EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. Luxembourg. 2004
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003
- European Commission. Directive 91/321/EE. EEC, Brussels, 1991
- FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992
- Feaschem RG, Kollinsky MA. Έλεγχος διαρροϊκών νόσων σε παιδιά: Προαγωγή μητρικού θηλασμού. *Bull W.H.O.* 1984;62:271
- Fleischer Michaelsen K, Weaver L, Branca F, Robertson A. Health and nutritional status and feeding practices. In : Fleischer Michaelsen K, Weaver L, Branca F, Robertson A (eds). *Feeding and Nutrition of Infants and Young Children: Guidelines for the WHO European Region, with Emphasis on the former Soviet Countries.* Copenhagen: World Health Organization, 2003:10-37
- Forste R, Weiss J, Lippincott E. The decision to breastfeed in the United States: does race matter? *Pediatrics.* 2001;108(2):291-6
- Frank AL, Taber LH, Glezen WP, Kasel GL, Wells CR, Paredes A. Breast-feeding and respiratory virus infection. *Pediatrics* 1982;70(2):239-45
- Frank J.W, Newman J. Breast-feeding in a polluted world: uncertain risks, clear benefits. *Canadian Medical Association Journal* 1993;149(1):33-37
- Gabriel A, Gabriel KR, Lawrence RA. Cultural values and biomedical knowledge: choices in infant feeding-analysis of a survey. *Soc Sci Med.* 1986;23:501-509
- Gau ML. Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud.* 2004 May;41(4):425-35

- Gaull GE. Taurine in pediatric nutrition. Review and update. *Padiatrics* 1989, 83:433
- Gordon AE, Saadi AT, MacKenzie DA, Molony N, James VS, Weir DM, Busuttill A, Blackwell CC. The protective effect of breastfeeding in relation to sudden infant death syndrome (SIDS): III. Detection of IgA antibodies in human milk that bind to bacterial toxins implicated in SIDS. *FEMS Immunol Med Microbiol* 1999 1;25(1-2):175
- Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C and the Millennium Cohort Study Child Health Group. The contribution of parental and community ethnicity to breastfeeding practices: evidence from the Millennium Cohort Study. *Inter J Epidem* 2005;34:1378-1386
- Grosse VM. *The premature Baby*. J & A Churchill Ltd, 1966, London
- Hanson LA, Winberg J. Breast milk and defence against infection in the newborn. *Arch Dis Childh* 1972 47:845
- Heck KE, Braveman P, Cubbin C, Chavez GF, Kiely JL. Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. *Public Health Rep.* 2006 Jan-Feb;121(1):51-9.
- Heiberg Endressen E, Helsing E. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr.* 1995;84:719-24
- Hirschman C, Butler M. Trends and differential's in breastfeeding: an update. *Demography.* 1981;18:39-54
- Horney A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr.* 1999;88:203-211
- Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol.* 1997;146:128-133
- Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA. Protective effect of breastfeeding against infection. *BMJ* 1990;300:11-16
- Howie PW. Protective effect of breastfeeding against infection in the first and second six months of life. *Adv Exp Med Biol.* 2002;503:141-147
- Humphreys AS, Thompson NJ, Miner KR. Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth.* 1998 Sep;25(3):169-74.

- Hytten FE. Clinical and chemical studies in human lactation Q Variations in major constituents during a feeding. Br Med J 1954, 1:176
- IDACE, Industries des Aliments Dietetique de la Communaute Europeenne. Technical Report # 95/492. Bruxelles: IDACE, 1995
- Immanuel Kant. Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών. Μτφ. Γ. Τζαβάρα, Εκδ. Δωδώνη, Αθήνα-Γιάννενα, 1984
- Implementation of The Code, A Listing of Countries. The Progress of Nations.1997
- Ingram CJ. Multiprofessional training for breastfeeding managment in primary care in the UK. Inter Breast J. 2006:1-9
- Isaiah Berlin, Τέσσερα Δοκίμια περί Ελευθερίας, Μτφ. Γ. Παπαδημητρίου, Εκδ. Scripta, Αθήνα, 2001
- J.Rawls. Η θεωρεία της Δικαιοσύνης. Εκδ. Πόλις, Αθήνα, 2001
- James DC, Dobson B. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Promoting and supporting breastfeeding. J Am Diet Assoc. 2005 May;105(5):810-8
- John Stuart Mill, Περί Ελευθερίας, μετάφραση Ν. Μπαλής, Έκδ. Επίκουρος, Αθήνα, 1983
- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS and the Bellagio Child Survival Group: How many deaths can we prevent this year? Lancet 2003;362:65-71
- Kent G. Response to ‘Breastfeeding and Human Rights’. J Hum Lact 20(2):2004
- Kent G. WIC’s promotion of infant formula in the United States. Inter Breast J. 2006;1:8
- Kjos S, Henry O, Lee R. Effect of lactation on glucose and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes. Obstet Gynecol 1993;82:451
- Kong S.K.F, Lee D.T.F. Factors influencing decision to breastfeed. J Adv Nurs, 2004;46(4):369-379
- Kramer F, Stunkard A, Marshall K. Breastfeeding reduces maternal lower-body fat. J Am Diet Assoc 1993;93:429
- Kramer MS, Kakuma R. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001

- Kramer MS. Προφύλαξη από παχυσαρκία με μητρικό θηλασμό. *J Pediatr* 1981;98:883
- Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health*. 2004;32(3):210-6
- Lakdawala DR, Dickson JA, Swain VAL. Vitamin D in human milk. *Lancet* 1977, 1:167
- Lande B, Andersen L, Baeug A. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Feeding Survey. *Acta Paediatr*. 2003;92:152-161
- Lawrence RA. A Review of the Medical Benefits and Contraindications to Breastfeeding in the United States. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health;1997
- Lee HJ, Rubio MR, Elo IT, McCollum KF, Chung EK, Culhane JF. Factors associated with intention to breastfeed among low-income, inner-city pregnant women. *Matern Child Health J*. 2005;9(3):253-61
- Lee Jong-Wook, Director-General World Health Organization. The International Code of Marketing of breast-milk Substitutes. Frequently Asked Questions, W.H.O., 2006
- Leon-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan America Health Organization, Washington DC, 2002
- Leung TF, Tam WH, Hung EC, Fok TF, Wong GW. Sociodemographic and atopic factors affecting breastfeeding intention in Chinese mothers. *J Paediatr Child Health*. 2003;39(6):460-4
- Li R, Ogden C, Ballew C, Gillespie C, Grummer-Strawn L. Prevalence of exclusive breastfeeding among US infants: the Third National Health and Nutrition Examination Survey (Phase II, 1991-1994). *Am J Public Health*. 2002;92:1107-1110
- Li R, Zhao Z, Mokdad A, Barker L, Grummer-Strawn L. Prevalence of breastfeeding in the United States: the 2001 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2003;111:1198-1201
- Lie RK. Health, human rights and mobilization of resources for health. *BMC Inter Health & Human Rights*. 2004;4:4

- Lindberg LD. Trends in the relationships between breastfeeding and postpartum employment in the United States. *Soc Biol.* 1997;43:197-202
- Lindenberg CS, Artola RC, Jimenez V. The effect of early postpartum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breastfeeding. *Int J Nurs Stud.* 1990;(27):179
- Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a National Survey. *Obstet Gynecol.* 2001;97:290-5
- Macy IG. Human milk studies. VII. Chemical analysis of milk representative of the entire first and last halves of the nursing period. *Am J Dis Child* 1931;42:569
- Marshall K. Early bonding may have long-term effects on mother-child relationships. *The Baby-Friendly Hospital Initiative Newsletter*, 1997
- Mayers EJ, Hamman RF, Gay EC, Lezotte DC, Savitz DA, Klingensmith GJ. Reduced risk of IDDM among breast-fed children. The Colorado IDDM Registry. *Diabetes* 1988;37(12):1625-32
- Mellander O, Valquist B, Mellbin T. Breastfeeding and artificial feeding: a clinical, serological and biochemical study in 402 infants, with a survey of the literature; The Norrbotten study. *Acta Paediatrica* 1959,(48);116:1
- Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:702-708
- Michaelsen KF, Sauer Larsen P, Lykke Thomsen B, Samuelson G. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breastfeeding and influencing factors. *Acta Paediatr.* 1994;83:565-71
- Mitra AK, Khoury AJ, Hinton AW, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Matern Child Health J.* 2004 Jun;8(2):65-70.
- Moreira KF, Nakao AM. [Breastfeeding: instinctive? Natural? The biological paragon X the reproductive rights in debate]. *Rev Bras Enferm.* 2002 Nov-Dec;55(6):685-90
- Morley R, Lucas A. Nutrition and cognitive development (review). *Br Med Bull.* 1997;53:123-134

- Nolan L, Goel V. Sociodemographic factors related to breastfeeding in Ontario: results from the Ontario Health Survey. *Can J Public Health*, 1995;86:309-312
- Nutrition and diet for health lifestyles in Europe: science and policy implications. *Public Health Nutr* 2001;4:265-73
- Oddy WH, Holt PG Sly PD. Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ* 1999;319:815-819
- Oppe TE, Redstone D. Calcium and phosphorus levels in healthy newborn infants given various types of milk. *Lancet* 1968, 1:1045
- Owoaje ET, Oyemade A, Kolude OO. Previous BFHI training and nurses' knowledge, attitudes and practices regarding exclusive breastfeeding. *Afr J Med Med Sci*. 2002 Jun;31(2):137-40
- Parrilla Rodriguez AM, Gorrin Peralta JJ. [Ethical aspects of human lactation and breastfeeding]. *P R Health Sci J*. 2000 Jun;19(2):145-51
- Pechlivani F, Vassilakou T, Sarafidou J, Zachou T, Anastasiou CA, Sidossis LS. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. *Acta Paediatr*. 2005;94(7):928-34
- Piper S, Parks PL. Predicting the duration of lactation: evidence from a national survey. *Birth*. 1996;23:7-12
- Raj VK, Plichta SB. The role of social support in breastfeeding promotion: a literature review. *J Hum Lact*. 1998 May;14(1):41-5
- Rea MF, Toma TS. [Protection of mother's milk and ethics]. *Rev Saude Publica*. 2000 Aug;34(4):388-95
- Rea MF. Benefits of breastfeeding and women's health. *J Pediatr* 2004;80(5 Suppl):S142-6
- Restrepo S. A multi-media strategy for a breastfeeding campaign in Colombia. *Educ Broadcast Int*. 1981 Mar;14(1):30-4
- Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:159-171
- Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr*. 1999;88:411-15
- Roger Crisp. *Mill on Utilitarianism*, Routledge Philosophy Books, 1997, p.199

- Ryan AS, Rush D, Krieger FW, Lewandowski GE. Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. *Pediatrics*. 1991;88:719-727
- Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. *Pediatrics*. 2002 Dec;110(6):1103-9.
- Ryan AS. The resurgence of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*. 1997;99(4)
- Saarinen UM. Παρατεταμένος μητρικός θηλασμός σαν προφύλαξη σε υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα. *Acta Paed Scand* 1982;71:567
- Samuels SE, Margen S, Schoen E. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. *Am J Clin Nutr*. 1985;42:504-510
- Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*. 1997;99(6)
- Schanler RJ. The use of human milk for premature infants. *Pediatr Clin North AM*. 2001;48:207-219
- Shepherd CK, Power KG, Carter H. Examining the correspondence of breastfeeding and bottle-feeding couples' infant feeding attitudes. *J Adv Nurs*. 2000 Mar;31(3):651-60
- Simard I, O' Brien HT, Beaudoin A, Turcotte D, Damant D, Ferland S, Marcotte MJ, Jauvin N, Champoux L. Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of quebec. *J Hum Lact*. 2005 Aug;21(3):327-37
- Simonic C, Ruegg M, Sidiropoulos D. Comparison of the fat content and fat globule size distribution of breast milk from mothers delivering term and preterm. *Am J Clin Nutr* 1984, 40:820-826
- Societe Francaise de Sante Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000
- Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004 Oct-Dec;18(4):385-96
- Spear HJ. Breastfeeding behaviors and experiences of adolescent mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2006 Mar-Apr;31(2):106-13.

- Starbird EH. Comparison of influences on breastfeeding initiation of firstborn children, 1960-69 vs 1970-79. *Soc Sci Med*. 1991;33:627-634
- Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *J Adv Nurs*. 2005 May;50(3):272-82
- Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*. 2003;112(1):108-115
- Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, Miroshnik I, Lieu TA. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*. 2004;113:283-290
- Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, Lawrence RA. A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. *J Am Coll Nutr* 2005;24:320-6
- Tietze KW, Trumann B, Schlaud M, Kleemann WJ, Poets CF. [Acceptance of breast feeding and public discussion—evaluation of health campaigns for breast feeding between 1991 and 1995]. *Gesundheitswesen*. 1998 Mar;60(3):154-8
- Turck D; Comite de nutrition de la Societe francaise de pediatrie. [Breast feeding: health benefits for child and mother.] *Arch Pediatr* 2005;12S3:S145-S165
- UNICEF/WHO. Innocenti Declaration. Florence, 1990
- United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989
- US Department of Health and Human Services. Developing Objectives for Healthy People 2010. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion;1997
- US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, 2<sup>nd</sup> ed. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 2000
- Vaidya K, Sharma A, Dhungel S. Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Med Coll J*. 2005 Dec;7(2):138-40.

- Visness C, Kennedy K. Maternal employment and breastfeeding: findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health*. 1997;87:945-950
- Vogel A, Hutchison B, Mitchell E. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 1999;88:1320-1326
- Wagner CL, Wagner MT, Ebeling M, Chatman KG, Cohen M, Hulsey TC. The role of personality and other factors in a mother's decision to initiate breastfeeding. *J Hum Lact*. 2006;22(1):16-26
- Wall A. What choice in infant feeding methods? *J Fam Health Care*. 2006;16(1):13-5
- Ward M, Sheridan A, Howell F, Hegarty I, O'Farrell A. Infant feeding: factors affecting initiation, exclusivity and duration. *Ir Med J*. 2004;97(7):197-9
- Waterston T, Tumwine J. Monitoring the marketing of infant formula feeds. *British Medical Journal* 2003;326(7381):113-4
- WHO/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001
- WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989
- Williams AF, on behalf of Standing Committee on Nutrition of the British Paediatric Association. Is breastfeeding beneficial in the U.K.? *Arch Dis Childh* 1994, 71:376-380
- Williams AF. Human milk and the preterm baby. *Br Med J* 1993, 306:1628-1629
- World Health Assembly resolution 39.28, 1986
- World Health Assembly. The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes, WHO, Geneva, 1981
- World Health Organization Global Data Bank on Breastfeeding. Breastfeeding: The Best Start. Nutrition Unit, WHO, Geneva, 1996
- World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003
- Wright A, Holberg C, Taussig LM, the Group Health Medical Associates Pediatricians. Infant-feeding practices among middle-class Anglos and Hispanics. *Pediatrics*. 1988;82:496-503

- [www.ibfan.org](http://www.ibfan.org)
- Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. Public Health Nutr. 2001 Apr;4(2B):729-39
- Δαφέρμος Βασίλης. Κοινωνική Στατιστική με το SPSS. Εκδόσεις Ζήτη. Θεσσαλονίκη. 2005
- Δελτίο Τύπου Unicef: 25<sup>η</sup> Επέτειος του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2006
- Δελτίο Τύπου Unicef: Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός, ο Χρυσός Κανόνας-Ασφαλής, Υγιής, Εφαρμόσιμος. Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2004
- Δελτίο Τύπου Unicef: Μητρικός Θηλασμός και Οικογενειακή Διατροφή, με Στοργή και Υγιεινή. Παρέχοντας άλλες τροφές ενώ ο Μητρικός Θηλασμός συνεχίζεται. Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2005
- Δελτίο Τύπου Unicef: Ο θηλασμός είναι δικαίωμά σου! Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2000
- Δελτίο Τύπου W.A.B.A. Babies cannot wait. 2006.  
[www.worldbreastfeedingweek.org](http://www.worldbreastfeedingweek.org)
- Δελτίο Τύπου W.A.B.A. The International Code of Marketing of Breastfeeding Substitutes, 1-7/11/2006
- Έγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Σύσταση Εθνικής Επιτροπής για τον θηλασμό. Α.Π. Υ3γ/οικ/5311, 20/7/1993
- Έγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μητρικός Θηλασμός-αναφαίρετο δικαίωμα κάθε νεογέννητου, Α.Π. Υ3γ/οικ.3618, 9/10/1995
- Έγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Καθιέρωση εορτασμού Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού στην χώρα μας. Α.Π Υ3γ/οικ/3756, 28/8/1996
- Έγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για τον Μητρικό Θηλασμό- 1 έως 7 Νοεμβρίου 1997. Α.Π. Υ3γ/οικ/5019, 8/9/1997.

- Έγγραφο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Υγιεινής, Γραφείο Κοινωνικής Ιατρικής, Εφαρμογή Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, Α.Π. 23630 9/11/1983
- Καρακατσάνη Α., Γαρδίκας Σ. Ατομικό Εργατικό Δίκαιο, Εκδ. Α. Ν. Σακκούλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1995
- Κυριαζή Νότα. Η Κοινωνιολογική Έρευνα: Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και Τεχνικών. 4<sup>η</sup> Έκδοση. Αθήνα, 2002, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 110
- Μ. Δάγλα, Ε. Αντωνίου, Χ. Τζαχρήστα, Π. Λησιμάχου, Γ. Γιαννάκη. Πόσο αποδεκτός είναι ο μητρικός θηλασμός στην χώρα μας; Εφηβ Γυν Αναπ Εμμηνη 2004, 16(4):282-291
- Πρακτικά 2<sup>ης</sup> Συνεδρίασης Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού, 18/1/2006
- Πρακτικά 3<sup>ης</sup> Συνεδρίασης Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού, 22/3/2006
- Πρακτικά 6<sup>ης</sup> Συνεδρίασης Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού, 18/10/2006
- Προεδρικό διάταγμα 351/14-6/1989. Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Μαιευτικής. Άρθρο 2. Ειδικά Καθήκοντα.
- Σημειώσεις Σεμιναρίου 40 ωρών Γ. Ν. Μαιευτηρίου ‘Έλενα Βενιζέλου’, 2000
- Υπ. Αριθμ. Εγγ. Υ1/Γ.Π/1-10-2006
- Υπ. Αριθμ. Εγγ. Υ1β/οικ.46827/18-4-2006, έγγραφο του Υ.Υ.Κ.Α
- Υπουργική Απόφαση, αρ.πρ: ΔΥ1δ/οικ.57387/2-06-2005

## **Παράρτημα Α: Βιοχημική σύνθεση Μητρικού Γάλακτος**

Το ανθρώπινο γάλα είναι βιολογικά πολυσύνθετο (Mellender et al 1959:116). Ουσιαστικά είναι ένας ιστός που αποτελείται από ζωντανά κύτταρα σε μια φόρμουλα, η οποία περιέχει ανοσοποιητικούς παράγοντες (Hanson et al 1972:845) και θρεπτικά στοιχεία (Williams 1994:376-380, Williams 1993:1628-1629). Ο υπολογισμός των θρεπτικών αναγκών του νεογνού, βασίζεται στην σύνθεση του μητρικού γάλακτος, το οποίο περιέχει 87% νερό και 13% στερεά συστατικά. Τα συστατικά του μητρικού γάλακτος μεταβάλλονται κατά τα διάφορα στάδια της γαλουχίας (πύαρ - μεταβατικό-ώριμο), κατά την διάρκεια του 24ώρου, κατά την διάρκεια του θηλασμού και ποικίλουν από μητέρα σε μητέρα (Hyttén 1954:176, Macy 1931:569). Το γάλα των μητέρων που γεννούν πρόωρα έχει διαφορετική σύνθεση από το γάλα των μητέρων που γεννούν τελειόμηνα (Grosse 1966). Η ενεργειακή πυκνότητα του μητρικού γάλακτος είναι 67-70 kcal/dl κατά μέσο όρο.

Αμέσως μετά τον τοκετό αρχίζει η έκκριση του πύατος, το οποίο είναι παχύρευστο με λευκοκίτρινο χρώμα που οφείλεται στην β-καροτίνη, με χαμηλή περιεκτικότητα λίπους και λακτόζης και υψηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών και ανοσοσφαιρινών. Η πυκνότητα των αντισωμάτων στο πύαρ είναι 4 φορές υψηλότερη απ' ό,τι στο ώριμο γάλα της μητέρας. Η σύνθεση του καλύπτει τις ανάγκες του νεογέννητου, παρέχει προστασία έναντι μικροβίων και ιών, εννοεί την αύξηση του γαλακτοβάκιλλου και την εγκατάσταση ευεργετικής εντερικής χλωρίδας.

Το γάλα που παράγεται μετά την 1<sup>η</sup> εβδομάδα και μέχρι και την 2<sup>η</sup> μετά τον τοκετό, είναι το μεταβατικό. Η σύνθεση των συστατικών του μεταβάλλεται. Η περιεκτικότητα των πρωτεϊνών και ανοσοσφαιρινών ελαττώνεται και αυξάνεται η περιεκτικότητα του λίπους, της λακτόζης και η όλη θερμιδική του αξία. Το μεταβατικό γάλα καταλήγει στο ώριμο γάλα, του οποίου η σύνθεση ολοκληρώνεται πλήρως μέχρι τον 1<sup>ο</sup> μήνα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συστατικών του ώριμου μητρικού γάλακτος είναι το νερό (87%). Το κλάσμα των λιπιδίων είναι το δεύτερο σε ποσότητα των συστατικών του μητρικού γάλακτος (3,5-4,5 gr/dl) και αποτελεί την κυριότερη πηγή ενέργειας. Το διαφορετικό προφίλ των λιπαρών οξέων που περιέχονται στο μητρικό γάλα, σε σχέση με αυτό του γάλακτος της αγελάδας, αποτελεί σημαντικό στοιχείο. Στο ανθρώπινο γάλα υπερέχουν επίσης τα ακόρεστα λιπαρά οξέα. Η υπεροχή των

ακόρεστων και μάλιστα των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων παίζει σπουδαίο ρόλο στην απορρόφηση του ασβεστίου (Lakdawala et al 1977:167) και του λίπους, που φθάνει το 90%.

Σημαντικότετος παράγοντας για την απορρόφηση του λίπους είναι και η ύπαρξη της λιπάσης του μητρικού γάλακτος, η οποία αρχίζει την πέψη του λίπους στο στομάχι και συνεχίζεται με την επίδραση της παγκρεατικής λιπάσης στο λεπτό έντερο, όπου του λίπος διασπάται σε ελεύθερα λιπαρά οξέα και μονογλυκερίδια, που απορροφούνται πλήρως με την βοήθεια των χολικών αλάτων. Κανένα τεχνητό γάλα δεν προσφέρει παρόμοια συνδυασμένη δράση δύο λιπασών, διότι δεν είναι δυνατή η τεχνική παραγωγή λιπάσης, με τις ιδιότητες της λιπάσης του μητρικού γάλακτος. Επίσης στο μητρικό γάλα υπερέχουν τα στοιχειώδη λιπαρά οξέα, κυρίως το λινολεϊκό και το α-λινολενικό. Η παρουσία τους είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, γενικότερα.

Οι πρωτεΐνες του μητρικού γάλακτος αποτελούν το 0,9% των συστατικών του. Αποτελούνται από δυο κυρίως ομάδες πρωτεϊνών: την ομάδα των πρωτεϊνών της καζεΐνης, που αποτελούν το 40% των ολικών πρωτεϊνών και την ομάδα των πρωτεϊνών του ορού του μητρικού γάλακτος που αποτελούν το 60% των πρωτεϊνών. Η κυριότερη ιδιότητα των πρωτεϊνών της καζεΐνης είναι, ότι σχηματίζουν εύπεπτα πήγματα που περιέχουν ασβέστιο και φώσφορο. Οι πρωτεΐνες της ομάδας του ορού του γάλακτος είναι κυρίως η α-λακταλβουμίνη, η λακτοφερίνη, η λυσοζύμη, και οι ανοσοσφαιρίνες IgA, IgM, IgG, με υπεροχή της IgA.

Ο κύριος υδατάνθρακας του μητρικού γάλακτος είναι η λακτόζη. Είναι δυσακχαρίτης και η περιεκτικότητά του είναι υψηλή (6-8 gr/100ml) και σταθερή. Ακόμη και στις υποσιτισμένες μητέρες η περιεκτικότητά της λακτόζης δεν μεταβάλλεται. Το γεγονός ότι η λακτόζη βρίσκεται μόνο στο γάλα και σε καμιά άλλη ζωτική πηγή, αυξάνει την σπουδαιότητα της υψηλής περιεκτικότητας της στο μητρικό γάλα. Η λακτόζη προσφέρει το 40% της απαιτούμενης ενέργειας στο νεογνό. Αυξάνει την απορρόφηση του ασβεστίου και του μαγνησίου από το έντερο, προάγει την αύξηση του γαλακτοβάκιλλου και βοηθά στην δημιουργία ευεργετικής εντερικής χλωρίδας.

Η ολική περιεκτικότητα των μετάλλων στο γάλα είναι χαρακτηριστική για το κάθε είδος και ανάλογη με τον ρυθμό αύξησης και την κατασκευή του σώματος του νεογνού. Στο γάλα υπάρχει ένας αριθμός μεταλλικών στοιχείων και οργανικών ή ανόργανων οξέων (Oppe et al 1968:1045). Βρίσκονται με την μορφή ιόντων, αλάτων

ή συνδεδεμένα με άλλα συστατικά. Το νάτριο, το κάλιο και το μαγνήσιο είναι τα σημαντικότερα κατιόντα. Ο φώσφορος, το χλώριο είναι τα σημαντικότερα ανιόντα. Η περιεκτικότητα του σιδήρου στο μητρικό γάλα είναι 40 mg/100ml. Είναι μικρότερη από την περιεκτικότητα στο γάλα της αγελάδας. Όμως η απορρόφηση του σιδήρου του μητρικού γάλακτος είναι πολύ μεγαλύτερη και φθάνει το 49% του διαθέσιμου σιδήρου, ενώ στο γάλα της αγελάδας φθάνει το 10% και το 4% στην ενισχυμένη με σίδηρο φόρμουλα. Στην απορρόφηση του σιδήρου συμβάλλουν, η υψηλή περιεκτικότητα της βιταμίνης C και της λακτόζης στο μητρικό γάλα.

Παράλληλα στο μητρικό γάλα υπάρχουν πολλές ορμόνες όπως τα στεροειδή, η θυροξίνη, οι γοναδοτροπίνες, η θυρεοτροπίνη, η επινεφριδιοτρόπος ορμόνη, η προλακτίνη, οι προσταγλανδίνες. Οι τελευταίες φαίνεται ότι συμβάλλουν στην ενεργητική περισταλτικότητα του εντέρου, στην διατήρηση της ακεραιότητας της γαστρικής βλέννης και στην αύξηση της συσσώρευσης των φωσφολιπιδίων στο στομάχι του νεογνού.

Το γάλα που παράγεται από την μητέρα που γέννησε πρόωρα (πριν τις 37εβδομάδες) διαφέρει από το γάλα της μητέρας που γέννησε ένα τελειόμηνο νεογνό (Simonis et al 1984:820-826). Το γάλα αυτό έχει υψηλότερη περιεκτικότητα πρωτεϊνών (20% περισσότερο), νατρίου, χλωρίου, μαγνησίου, σιδήρου, χαλκού, ψευδαργύρου, αυξημένη ποσότητα λίπους και αυξημένη ποσότητα της IgA ανοσοσφαιρίνης. Τα πρόωρα νεογνά ωφελούνται σε μεγάλο βαθμό από το μητρικό γάλα (Simonis et al 1984:820-826), λόγω των παραγόντων που περιέχονται σε αυτό, όπως είναι τα ελεύθερα αμινοξέα (όπως το γλουταμινικό οξύ που αυξάνει την απορρόφηση του ψευδαργύρου), της γλουταμίνης, της ταυρίνης (Gaul 1989:433) (που παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος), της καρνιτίνης (που συμβάλλει στην σύνθεση των λιπιδίων του εγκεφάλου) και της ινσουλίνης. Ακόμη το πρόωρο μητρικό γάλα έχει αυξημένη ενεργειακή πυκνότητα. Για τον παραπάνω λόγο το νωπό πρόωρο γάλα της μητέρας που γέννησε πρόωρα, είναι η καταλληλότερη τροφή για πρόωρα νεογνά χαμηλού και πολύ χαμηλού βάρους γέννησης. Μοναδικό μειονέκτημα αποτελεί η ανεπάρκεια ορισμένων συστατικών για την κανονική ανάπτυξη των προώρων με χαμηλό ή πολύ χαμηλό βάρος γέννησης. Όλοι οι παραπάνω ευεργετικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν, καθιστούν αναμφισβήτητη την υπεροχή του μητρικού γάλακτος για την διατροφή του πρόωρου και τελειόμηνου νεογέννητου.

## **Παράρτημα Β. Ερωτηματολόγιο Μαιών**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Αγαπητή συνάδελφε-μαία,

το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας αποτελεί ένα ερευνητικό εργαλείο, το οποίο δημιουργήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας με τίτλο: 'Μητρικός Θηλασμός: Βιοηθική προσέγγιση' του Μεταπτυχιακού Προγράμματος 'Βιοηθική' του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Σκοπός του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι να καταγραφούν οι απόψεις των μαιών σχετικά με ζητήματα που αφορούν το μητρικό θηλασμό.

Η συμβολή κάθε μαιίας σε αυτήν την προσπάθεια είναι καθοριστική, αφού λόγω της ιδιότητάς της, προσεγγίζει και φροντίζει την έγκυο, λεχωίδα και το νεογέννητο. Για το λόγο αυτό σας παρακαλώ να απαντήσετε στις ερωτήσεις με όση το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια και ειλικρίνεια.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και το περιεχόμενο των απαντήσεων θα τηρεί εμπιστευτικό.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας και τον πολύτιμο χρόνο που θα αφιερώσετε.

Με εκτίμηση

Μαρία Δάγλα  
Μαία, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Π.Μ.Σ. 'Βιοηθική'

Βασιλική Πετούση  
Λέκτορας,  
Τμήμα Κοινωνιολογίας,  
Πανεπιστήμιο Κρήτης,  
Επιβλέπουσα

#### **ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Παρακαλώ να διαβάσετε προσεκτικά την κάθε ερώτηση και να σημειώσετε με X το τετράγωνο που αντιστοιχεί στην απάντησή που επιλέγετε.

- Εργάζεσθε σε:**  Δημόσιο Νοσοκομείο-Μαιευτήριο  
 Ιδιωτικό Μαιευτήριο  
 Επαρχιακό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο  
 Νοσοκομείο-Μαιευτήριο Αττικής  
 σε Τμήμα λεχωϊδών  
 σε Αίθουσα Τοκετών  
 σε Εξωτερικά Ιατρεία  
 σε Τμήμα Προώρων Νεογνών  
 σαν ελεύθερη επαγγελματίας

**Προϋπηρεσία:** .....

**Ηλικία:** .....

**Στο νοσοκομείο-μαιευτήριο που εργάζεσθε:**

- 1) Βλέπετε αντιπροσώπους εταιρειών που εμπορεύονται τεχνητού βρεφικού γάλα να επισκέπτονται επαγγελματίες υγείας;

Ποτέ  Σπάνια  Μερικές φορές  Συχνά  Πολύ συχνά

- 2) Έχετε δει αντιπροσώπους εταιρειών τεχνητού βρεφικού γάλακτος, να προσεγγίζουν εγκύους που επισκέπτονται το νοσοκομείο-μαιευτήριό σας π.χ. για να κάνουν κάποιες εξετάσεις;

Ποτέ  Σπάνια  Μερικές φορές  Συχνά  Πολύ συχνά

- 3) Έχετε δει αντιπροσώπους εταιρειών τεχνητού βρεφικού γάλακτος να προσεγγίζουν τις λεχώνες, όσο αυτές βρίσκονται στο νοσοκομείο-μαιευτήριο μετά τον τοκετό;

Ποτέ  Σπάνια  Μερικές φορές  Συχνά  Πολύ συχνά

- 4) Σας έχει προσεγγίσει κάποιος αντιπρόσωπος εταιρείας τεχνητού βρεφικού γάλακτος, θέλοντας να διαφημίσει την εταιρεία του;

Ποτέ  Σπάνια  Μερικές φορές  Συχνά  Πολύ συχνά

**Εάν σας έχει προσεγγίσει κάποιος, προσπάθησε να σας προσφέρει κάποιο δώρο;**

Όχι  Ναι

- 5) Στο πλαίσιο της διαφήμισης του τεχνητού γάλακτος, οι εκπρόσωποι των εταιρειών προσφέρουν διάφορα δώρα στους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου-μαιευτηρίου σας;

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

**Εάν απαντήσατε ‘Ναι’:**

**A) Συνήθως τι είδους δώρα είναι αυτά;**(μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Δείγματα τεχνητού γάλακτος
- Κουτιά με τεχνητό γάλα
- Παιδικές κρέμες
- Χρήματα
- Ημερολόγια
- Ταξίδια
- Κάτι άλλο
- Δεν γνωρίζω

**B) Συνήθως, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;**

- Σπάνια       Μερικές φορές       Συχνά       Πολύ συχνά
- Δεν γνωρίζω πόσο συχνά συμβαίνει

**6) Στο πλαίσιο της διαφήμισης του τεχνητού γάλακτος, οι εκπρόσωποι των εταιρειών προσφέρουν διάφορα δώρα στις λεχόνες που γεννούν στο νοσοκομείο-μαιευτήριό;**

- Ναι                       Όχι                       Δεν γνωρίζω

**Εάν απαντήσατε ‘Ναι’:**

**A) Συνήθως τι είδους δώρα είναι αυτά;**(μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Δείγματα τεχνητού γάλακτος
- Κουτιά με τεχνητό γάλα
- Παιδικές κρέμες
- Ημερολόγια
- Κάτι άλλο
- Δεν γνωρίζω

**B) Συνήθως, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;**

- Σπάνια       Μερικές φορές       Συχνά       Πολύ συχνά
- Δεν γνωρίζω πόσο συχνά συμβαίνει

**7) Οι εκπρόσωποι των εταιρειών τεχνητού γάλακτος προμηθεύουν το νοσοκομείο-μαιευτήριο σας με δωρεάν ξένο γάλα ή σε μειωμένη τιμή;**

- Ναι                       Όχι                       Δεν το γνωρίζω

**Εάν απαντήσατε ‘Ναι’:**

**Πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;**

- Σπάνια       Μερικές φορές       Συχνά       Πολύ συχνά
- Δεν γνωρίζω πόσο συχνά συμβαίνει

**8) Κατά τη γνώμη σας, πόσο συχνά διανέμονται διαφημιστικά φυλλάδια τεχνητού βρεφικού γάλακτος, από τους αντιπροσώπους των εταιρειών ξένου βρεφικού γάλακτος σε επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου-μαιευτηρίου που εργάζεσθε;**

- Ποτέ                       Σπάνια                       Συχνά                       Πολύ συχνά                       Δεν το γνωρίζω

9) Πόσο συχνά γνωρίζετε να διανέμονται διαφημιστικά φυλλάδια τεχνητού βρεφικού γάλακτος, από τους αντιπροσώπους των εταιρειών ξένου βρεφικού γάλακτος σε εγκύους-λεγώνες, μέσα στον χώρο του νοσοκομείου-μαιευτηρίου που εργάζεσθε;

- Ποτέ       Σπάνια       Συχνά       Πολύ συχνά       Δεν το γνωρίζω

10) Πόσο συχνά βλέπετε να δίνονται σε εγκύους, δωρεάν δείγματα τεχνητού γάλακτος, από επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου σας;

- Ποτέ       Σπάνια       Μερικές φορές       Συχνά       Πολύ συχνά

11) Πόσο συχνά βλέπετε να δίνονται σε λεγώνες, δωρεάν δείγματα τεχνητού γάλακτος, από επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου σας;

- Ποτέ       Σπάνια       Μερικές φορές       Συχνά       Πολύ συχνά

12) Αναφέρετε σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις έχετε δει φωτογραφίες **μωρών**: (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Σε ετικέτες εταιρειών τεχνητού γάλακτος  
 Σε διαφημιστικά εταιρειών τεχνητού γάλακτος  
 Σε καμιά από τις παραπάνω περιπτώσεις

**Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με βάση τη γνώση και την εμπειρία σας, ως προς τις πρακτικές που ισχύουν στο νοσοκομείο/μαιευτήριο που εργάζεσθε:**

13) Το πρώτο γεύμα του νεογνού είναι:

- ζαχαρόνερο       χαμομήλι       μητρικό γάλα       τεχνητό γάλα       κάποιο άλλο υγρό

14) Σε πόση ώρα μετά τον τοκετό, συνήθως, πηγαίνετε το φυσιολογικό νεογνήνητο κοντά στην μητέρα του;

- σε 1/2 ώρα       σε 1-2 ώρες       σε 3-6 ώρες       την επόμενη ημέρα  
 το φυσιολογικό νεογνό δεν απομακρύνεται καθόλου από την μητέρα του μετά τον τοκετό

15) Σε πόση ώρα μετά τον τοκετό, συνήθως, το φυσιολογικό νεογνό ξεκινά τον θηλασμό;

- Στο πρώτο μισάωρο       Στην πρώτη ώρα       Στις πρώτες 6 ώρες  
 Στις πρώτες 24 ώρες

16) Το φυσιολογικό νεογνήνητο βρίσκεται 24 ώρες δίπλα στην μητέρα του;

- Όχι       Ναι

17) Ποια είναι η συνήθης πρακτική που ακολουθείται στο νοσοκομείο-μαιευτήριο σας, όσον αφορά τις μητέρες που θηλάζουν; (επιλέξτε μόνο μια απάντηση)

- Δεν δίνεται καθόλου τεχνητό γάλα σε αυτές τις μητέρες  
 Το συμπλήρωμα με τεχνητό γάλα δίνεται μόνο με εντολή γιατρού  
 Δίνεται τεχνητό γάλα για συμπλήρωμα, όποτε το ζητήσει η μητέρα  
 Σε κάθε γεύμα δίνεται στη μητέρα τεχνητό γάλα, σε περίπτωση που χρειαστεί να το δώσει σαν συμπλήρωμα

**18) Επιτρέπεται από το νοσοκομείο σας, ως πρακτική, να δίνονται πιπίλες στα νεογνά που θηλάζουν;**

- Το νοσοκομείο-μαιευτήριο δεν έχει συγκεκριμένη απαγόρευση για τις πιπίλες, γι' αυτό και οι μητέρες μπορούν να επιλέξουν τι θα κάνουν
- Το νοσοκομείο-μαιευτήριο ως πρακτική απαγορεύει να δίνονται πιπίλες στα νεογνά που θηλάζουν
- Δεν γνωρίζω αν το επιτρέπει ή το απαγορεύει

**19) Έχετε δει κάποιο γραπτό πρωτόκολλο στο νοσοκομείο-μαιευτήριο σας, που να αναφέρεται στα βήματα του θηλασμού που πρέπει να ακολουθούν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το νεογνό;**

- Δεν έχω δει τέτοιο πρωτόκολλο στο νοσοκομείο-μαιευτήριο που εργάζομαι
- Έχω δει τέτοιο πρωτόκολλο στο νοσοκομείο-μαιευτήριο που εργάζομαι

**Εάν έχετε δει τέτοιο πρωτόκολλο στο νοσοκομείο-μαιευτήριό σας:**

**Αυτό ακολουθείται από τους επαγγελματίες υγείας, που φροντίζουν το νεογνό; (επιλέξτε μόνο μία απάντηση)**

- Ναι, ακολουθείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το νεογνό
- Όχι δεν ακολουθείται από τους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν το νεογνό
- Ακολουθείται από κάποιους επαγγελματίες υγείας
- Δεν γνωρίζω, αν το ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν το νεογνό

**20) Κατά την γνώμη σας, οι λεχώνες εκπαιδεύονται στην τέχνη του μητρικού θηλασμού, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο-μαιευτήριό σας;**

- Ναι
- Όχι

**Εάν απαντήσατε 'Ναι':**

**Πώς θα χαρακτηρίζατε την συγκεκριμένη εκπαίδευση;**

- Ελάχιστη
- Λιγιστή
- Μέτρια
- Πολύ καλή
- Άριστη

**21) Γνωρίζετε τι περιλαμβάνει η πολιτική των Δέκα Βημάτων για το ζήτημα του θηλασμού;**

- Ναι το γνωρίζω
- Όχι δεν το γνωρίζω

**22) Γενικότερα, σε ποιό/ά από τα παρακάτω πεδία για το θέμα του θηλασμού, έχετε εκπαιδευτεί; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)**

- Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού
- Μειονεκτήματα του τεχνητού γάλακτος
- Μηχανισμοί παραγωγής και έκθλιψης γάλακτος
- Πώς να βοηθήσετε τις μητέρες κατά την έναρξη και την συνέχιση του θηλασμού
- Πώς να αξιολογήτε έναν θηλασμό
- Πώς να αντιμετωπίσετε τις δυσκολίες και να λύσετε τα προβλήματα που δημιουργούνται
- Πολιτικές και πρακτικές μαιευτηρίων/νοσοκομείων

**23) Η ενημέρωση που παρέχετε στις εγκύους/λεχώνες για τον μητρικό θηλασμό, ποιο από τα παρακάτω πεδία περιλαμβάνει; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)**

- Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού
- Την σημαντικότητα της γρήγορης έναρξης του μητρικού θηλασμού
- Την σημαντικότητα του να βρίσκεται η μητέρα 24 ώρες το 24ωρο δίπλα στο νεογέννητο
- Την σημαντικότητα του ελεύθερου και απεριόριστου θηλασμού
- Πώς να εξασφαλιστεί η γαλακτοφορία/γαλουχία
- Τις θέσεις μητέρας-νεογνού κατά τον μητρικό θηλασμό
- Την σημασία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού
- Τους κινδύνους από την χρήση του τεχνητού γάλακτος, μπουκαλιών και πιπίλων
- Την εκπαίδευση της μητέρας για την διατήρηση της γαλουχίας σε περίπτωση απομάκρυνσης του νεογνού (π.χ. σε περίπτωση προωρότητας)
- Την εκπαίδευση για την προετοιμασία του γεύματος με τεχνητό γάλα

**24) Όταν ενημερώνετε μια μητέρα για την συχνότητα και την διάρκεια του θηλασμού, συνήθως: (επιλέξτε μόνο μια απάντηση)**

- ακολουθείτε μια κοινή πολιτική μαζί με όλους τους επαγγελματίες υγείας του τμήματος που εργάζεσθε
- ακολουθείτε μια πολιτική σύμφωνα με την εμπειρία σας και την εκπαίδευση σας
- ακολουθείτε τις συμβουλές και οδηγίες των ιατρών
- ακολουθείτε την πολιτική για ελεύθερο και απεριόριστο θηλασμό, που συστήνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

**25) Στην πόλη που εργάζεσθε, υπάρχουν ομάδες υποστήριξης θηλασμού που να βοηθούν μια μητέρα, μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο-μαιευτήριο;**

- Όχι                       Ναι                       Δεν γνωρίζω αν υπάρχουν

**Εάν απαντήσατε 'Ναι':**

**A) Βρίσκεστε σε επαφή με αυτές τις ομάδες;**

- Όχι                       Ναι

**B) Φέρνετε σε επαφή τις μητέρες που επιθυμούν να θηλάσουν με αυτές τις ομάδες;**

- Όχι                       Ναι                       Μόνο αν το ζητήσουν οι μητέρες

**26) Πώς κρίνετε την υποστήριξη για το ζήτημα του θηλασμού, που παρέχεται από το σύστημα υγείας της χώρας μας, σε μια μητέρα που θηλάζει;**

- Ελλιπής                       Μέτρια                       Επαρκής

## Παράρτημα Γ. Ερωτηματολόγιο Μητέρων

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητή μητέρα,

το ερωτηματολόγιο που έχεις στα χέρια σου αποτελεί ένα ερευνητικό εργαλείο, το οποίο δημιουργήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας με τίτλο: 'Μητρικός Θηλασμός: Βιοηθική προσέγγιση' του Μεταπτυχιακού Προγράμματος 'Βιοηθική' του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Σκοπός του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι να καταγράψει τις απόψεις των μητέρων, σχετικά με ζητήματα που αφορούν το μητρικό θηλασμό.

Η συμβολή κάθε μητέρας, μέσω της εμπειρίας της, είναι καθοριστική σε αυτήν την προσπάθεια. αφού θα μας προσφέρει πολύ χρήσιμες πληροφορίες για ένα θέμα ιδιαίτερης σημασίας, όπως αυτό της διατροφής του βρέφους και του παιδιού. Για το λόγο αυτό, σε παρακαλώ να απαντήσεις στις ερωτήσεις, με όση το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια και ειλικρίνεια.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και το περιεχόμενο των απαντήσεων θα τηρηθεί εμπιστευτικό.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας και τον πολύτιμο χρόνο που θα αφιερώσεις.

Με εκτίμηση

Μαρία Δάγλα

Μαία, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Π.Μ.Σ. 'Βιοηθική'

Βασιλική Πετούση

Λέκτορας,

Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης,

Επιβλέπουσα

#### **ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Παρακαλώ να διαβάσετε προσεκτικά την κάθε ερώτηση και να σημειώσετε με X το τετράγωνο που αντιστοιχεί στην απάντησή που επιλέγετε.

### Δημογραφικά στοιχεία

Εθνικότητα: .....

Σπουδές:  Δημοτικό  Γυμνάσιο  Λύκειο  Σχολή  ΑΕΙ-ΤΕΙ  
 Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

Τόπος κατοικίας (πόλη): .....Συνοικία-Περιοχή:.....

**Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο διάστημα της εγκυμοσύνης-τοκετού-λογείας του μικρότερου σε ηλικία παιδιού σας.**

1. Όταν γεννήσατε το μικρότερο παιδί σας, ποια ήταν η ηλικία σας;

.....

2. Εργαζόσασταν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Ναι  Όχι

**Εάν απαντήσατε Ναι:**

**Εργαζόσασταν:**

A)  στον Ιδιωτικό τομέα  στον Δημόσιο τομέα  σαν Ελεύθ. Επαγγελματίας

B) Μέχρι ποιόν μήνα της εγκυμοσύνης εργαζόσασταν; .....

Γ) Για ποιο λόγο σταματήσατε την εργασία σας;

- Πήρα άδεια τοκετού
- Σταμάτησα για λόγους υγείας
- Σταμάτησα για προσωπικούς λόγους
- Απολύθηκα από την δουλειά μου
- Σταμάτησα γιατί αποφάσισα να μην εργαστώ μετά την γέννηση του παιδιού μου

3. Μετά τον τοκετό σας, σε πόσο διάστημα έπρεπε να επιστρέψετε στην εργασία σας;

- Μετά τις 40 ημέρες
- Μετά από 3-4 μήνες
- Μετά από 1 χρόνο
- Δεν θα επέστρεφα γιατί θα σταματούσα την εργασία μου
- Δεν εργαζόμουν

4. Ποιό παιδί σας είναι κατά σειρά;  1<sup>ο</sup>  2<sup>ο</sup>  3<sup>ο</sup>  4<sup>ο</sup>  Άλλο (προσδιορίστε ποιο).....

5. Φύλο παιδιού:  Άρρεν  Θήλυ

6. Έτος γέννησης παιδιού: .....

7. Είδος τοκετού:  Φυσιολογικός  Καισαρική Τομή

8. Ήταν πρόωρο (κάτω των 37 εβδομάδων);  Ναι  Όχι

9. Χρειάστηκε να νοσηλευτεί το μωρό σας στην μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών;

Ναι  Όχι

10. Γεννήσατε σε:  Δημόσιο μαιευτήριο  ιδιωτικό μαιευτήριο

11. Ποιο τρόπο διατροφής ακολουθήσατε για το συγκεκριμένο παιδί σας κατά τη βρεφική του ηλικία;

- Αποκλειστικά θηλασμός για περίπου.....(σημειώστε το χρονικό διάστημα κατά το οποίο το μωρό τρεφόταν αποκλειστικά με μητρικό γάλα)
- Θηλασμός και ξένο γάλα , για περίπου.....(σημειώστε το χρονικό διάστημα κατά το οποίο το μωρό τρεφόταν με αυτόν τον τρόπο)
- Αποκλειστικά ξένο γάλα,

**Απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις με βάση την εμπειρία σας από την εγκυμοσύνη του μικρότερου παιδιού σας:**

**12. Πόσο ενημερωμένη νομίζετε ότι ήσασταν την περίοδο της συγκεκριμένης εγκυμοσύνης, όσον αφορά τον θηλασμό;**

- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Μέτρια
- Πολύ
- Άριστα

**13. Ποια ήταν η κύρια πηγή ενημέρωσής σας (ποιος σας παρείχε τις περισσότερες και περισσότερο ικανοποιητικές για σας πληροφορίες) σχετικά με τον θηλασμό κατά την περίοδο της συγκεκριμένης εγκυμοσύνης;**

- Οικογενειακό περιβάλλον
- Φιλικό περιβάλλον
- Παιδίατρος
- Μαιευτήρας-γυναικολόγος
- Μαία
- Τηλεόραση
- Περιοδικά, βιβλία
- Internet
- Συνδυασμός των παραπάνω (παρακαλώ εξηγήστε).....

**14. Η ενημέρωσή σας για θέματα θηλασμού, την περίοδο της εγκυμοσύνης, ποια από τα παρακάτω θέματα αφορούσε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)**

- Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού
- Πιθανοί κίνδυνοι από το ξένο γάλα και την χρήση μπουκαλιών, πιπίλων και θηλών
- Για τους μηχανισμούς παραγωγής γάλακτος
- Πώς να ξεκινήσετε και να συνεχίσετε τον θηλασμό
- Πώς να καταλάβετε ότι συνεχίζετε να θηλάζετε σωστά
- Πώς να αντιμετωπίζετε τις δυσκολίες του θηλασμού
- Για τις πολιτικές και τις πρακτικές που ακολουθούν τα νοσοκομεία γενικότερα
- Για το πόσο σημαντικό είναι να βρίσκεται το μωρό 24 ώρες μαζί με την μητέρα του
- Για το πόσο σημαντικό είναι να ξεκινήσετε να θηλάζετε όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τον τοκετό
- Για το πόσο σημαντικό είναι να θηλάζει το μωρό όσο και όποτε αυτό θέλει
- Για τις σωστές θέσεις του θηλασμού
- Για το πόσο σημαντικός είναι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός
- Για το πώς να προετοιμάζετε το γεύμα του μωρού με ξένο γάλα
- Για κανένα από τα παραπάνω θέματα

**15. Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης σας, σας πρόσφερε κάποιος/κάποιοι κάποιο από τα παρακάτω δώρα;**

- Διαφημιστικά δείγματα ξένου γάλακτος
- Διαφημιστικά φυλλάδια για ξένο γάλα
- Ημερολόγια που διαφήμιζαν κάποια εταιρεία ξένου γάλακτος
- Μπιμπερό
- Θηλές ή πιπίλες
- Κουτιά με ξένο γάλα
- Κάτι άλλο
- Τίποτα από τα παραπάνω

**Εάν ναι, ποιος σας τα προσέφερε;**

- Προσωπικός γιατρός
- Αντιπρόσωπος κάποιας εταιρείας
- Κάποιος από το προσωπικό του νοσοκομείου
- Κάποιο άλλο πρόσωπο

**Απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις με βάση την εμπειρία που είχατε από το νοσοκομείο-μαιευτήριο που γεννήσατε το μικρότερο παιδί σας:**

**16. Πόσο ενημερωμένη νομίζετε ότι ήσασταν την περίοδο που βρισκόσασταν στο νοσοκομείο-μαιευτήριο, όσον αφορά τον θηλασμό;**

- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Μέτρια
- Πολύ
- Άριστα

**17. Ποια ήταν η κύρια πηγή ενημέρωσής σας (ποιος σας παρείχε τις περισσότερες και περισσότερο ικανοποιητικές για σας πληροφορίες) σχετικά με τον θηλασμό, όσο βρισκόσασταν στο νοσοκομείο-μαιευτήριο;**

- Οικογενειακό περιβάλλον
- Φιλικό περιβάλλον
- Παιδίατρος
- Μαιευτήρας-γυναικολόγος
- Μαία
- Τηλεόραση
- Περιοδικά, βιβλία
- Internet
- Συνδυασμός των παραπάνω (παρακαλώ εξηγήστε).....

**18. Όσο ήσασταν στο νοσοκομείο-μαιευτήριο, η ενημέρωσή που σας παρείχαν για θέματα θηλασμού, ποια από τα παρακάτω θέματα αφορούσε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)**

- Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού
- Πιθανοί κίνδυνοι από το ξένο γάλα και την χρήση μπουκαλιών, πιπίλων και θηλών
- Για τους μηχανισμούς παραγωγής γάλακτος
- Πώς να ξεκινήσετε και να συνεχίσετε τον θηλασμό
- Πώς να καταλάβετε ότι συνεχίζετε να θηλάζετε σωστά
- Πώς να αντιμετωπίζετε τις δυσκολίες του θηλασμού
- Για τις πολιτικές και τις πρακτικές που ακολουθούν τα νοσοκομεία γενικότερα
- Για το πόσο σημαντικό είναι να βρίσκεται το μωρό 24 ώρες μαζί με την μητέρα του
- Για το πόσο σημαντικό είναι να ξεκινήσετε να θηλάζετε όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τον τοκετό
- Για το πόσο σημαντικό είναι να θηλάζει το μωρό όσο και όποτε αυτό θέλει
- Για τις σωστές θέσεις του θηλασμού
- Για το πόσο σημαντικός είναι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός
- Για το πώς να προετοιμάζετε το γεύμα του μωρού με ξένο γάλα
- Για κανένα από τα παραπάνω θέματα

**19. Πότε πήρατε την τελική απόφαση να θηλάσετε;**

- Πριν την εγκυμοσύνη
- Στο 1<sup>ο</sup> τρίμηνο της εγκυμοσύνης
- Στο 2<sup>ο</sup> τρίμηνο της εγκυμοσύνης
- Στο 3<sup>ο</sup> τρίμηνο της εγκυμοσύνης
- Μετά τον τοκετό

**20. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, το μωρό ήταν δίπλα σας όλο το 24ωρο;**

- Ναι
- Όχι

**21. Σε πόση ώρα περίπου μετά τον τοκετό σας έφεραν το μωρό, για πρώτη φορά, στο δωμάτιο σας;**

- μετά από μισή ώρα
- σε 1-2 ώρες
- σε 3-6 ώρες
- σε 6 με 24 ώρες
- σε 24 με 48 ώρες
- το μωρό δεν απομακρύνθηκε από δίπλα σας μετά τον τοκετό

**22. Ποιό ήταν το πρώτο γεύμα του μωρού στο νοσοκομείο;**

- Ζαχαρόνερο
- Ξένο γάλα
- Μητρικό γάλα
- Μητρικό και ξένο γάλα
- Δεν γνωρίζω

**23. Πότε θηλάσατε για πρώτη φορά μετά τον τοκετό;**

- Το πρώτο μισάωρο μετά τον τοκετό
- Το δεύτερο μισάωρο >>
- Στις πρώτες 1-6 ώρες >>
- Πάνω από 6 ώρες >>
- Το 2<sup>ο</sup> 24ωρο >>
- Το 3<sup>ο</sup> 24ωρο >>
- Τις επόμενες μέρες

**24. Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο είδατε ποτέ κάποια ανακοίνωση ή αφίσα ή κάποιο παρόμοιο ενημερωτικό σχετικά με τα Δέκα Βήματα για τον επιτυχή θηλασμό;**

- Ναι  Όχι

**25. Σύμφωνα με τις οδηγίες που σας έδιναν οι επαγγελματίες που ασχολούνταν με τον θηλασμό στο νοσοκομείο- μαιευτήριο που γεννήσατε, ποιό από τα παρακάτω έπρεπε να ακολουθήσετε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)**

- Έπρεπε να θηλάζετε το μωρό με συγκεκριμένο πρόγραμμα, π.χ. κάθε 2 ή 3 ή 4 ώρες
- Το μωρό έπρεπε να θηλάζει όποτε ήθελε αυτό
- Έπρεπε το μωρό να μένει στο στήθος σας συγκεκριμένη ώρα, π.χ. 20 ή 30 ή 40 λεπτά κάθε φορά που θηλάζε
- Το μωρό έπρεπε να μένει στο στήθος όσο θέλει αυτό

**26. Όταν ξεκινήσατε να θηλάζετε, πόσο καλά εκπαιδευμένη νιώθατε ότι είστε στον θηλασμό;**

- Καθόλου  Ελάχιστα  Πολύ  Πάρα πολύ

**27. Όταν αποφασίσατε να θηλάσετε, ποιός σας καθοδήγησε και σας εκπαίδευσε κατά τον πρώτο θηλασμό;**

- Η μητέρα/πεθερά σας
- Ο σύζυγός σας
- Κάποιο εξειδικευμένο άτομο από το νοσοκομείο (μαία, παιδίατρος, βρεφοκόμος, νοσηλεύτρια)
- Η προσωπική σας μαία
- Ο προσωπικός σας παιδίατρος
- Ο προσωπικός σας γυναικολόγος
- Κάποιος άλλος (παρακαλώ προσδιορίστε).....

**28. Ποιός σας εκπαίδευε και σας καθοδηγούσε στους επόμενους θηλασμούς, όσο βρισκόσασταν στο νοσοκομείο;**

- Η μητέρα/πεθερά σας
- Ο σύζυγός σας
- Κάποιο εξειδικευμένο άτομο από το νοσοκομείο (μαία, παιδίατρος, βρεφοκόμος, νοσηλεύτρια)
- Η προσωπική σας μαία
- Ο προσωπικός σας παιδίατρος
- Ο προσωπικός σας γυναικολόγος
- Άλλο πρόσωπο (παρακαλώ προσδιορίστε το πρόσωπο).....

**29. Όταν βρισκόσασταν στο νοσοκομείο, νιώθατε ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό:**

- κρατούσε ουδέτερη στάση ως προς τον θηλασμό
- υποστήριζε τον μητρικό θηλασμό
- υποστήριζε την μεικτή διατροφή (θηλασμός και ξένο γάλα)
- υποστήριζε το ξένο γάλα

**30. Βρίσκατε τις οδηγίες των γιατρών-μαιών για τον θηλασμό:**

- ασαφείς και όχι πολύ κατανοητές
- σαφέστατες
- γρήγορες και πρόχειρες
- νιώθατε ότι κάθε επαγγελματία υποστήριζε κάτι διαφορετικό και αυτό σας μπερδευε

**31. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο-μαιευτήριο, σας γεννήθηκε ποτέ η υποψία ότι μπορεί το προσωπικό να έδινε ξένο γάλα στο μωρό χωρίς να το γνωρίζετε, παρ' όλο ότι είχατε αποφασίσει να θηλάσετε;**

- Δεν πιστεύω να έγινε ποτέ κάτι τέτοιο, γιατί το μωρό ήταν συνεχώς μαζί μου
- Φοβόμουν ότι γινόταν κάτι τέτοιο, γιατί όταν μου έφερναν το μωρό για θηλασμό, αυτό πολλές φορές δεν ήθελε να θηλάσει
- Δεν έδωσα σημασία γιατί είχα αποφασίσει να μην θηλάσω

**32. Σας ενημέρωσαν ότι απαγορεύεται από το νοσοκομείο-μαιευτήριο, να δώσετε ξένο γάλα σαν συμπλήρωμα στο μωρό σας, όσο θηλάζατε, χωρίς την εντολή του γιατρού;**

- Ναι με ενημέρωσαν ότι απαγορεύεται
- Όχι δεν με ενημέρωσαν να ισχύει κάτι τέτοιο

**33. Ποιά από τις παρακάτω πρακτικές ακολουθούσαν στο νοσοκομείο-μαιευτήριο που γεννήσατε;**

- Σας έδιναν ξένο γάλα για συμπλήρωμα, όποτε το ζητούσατε
- Σε κάθε γεύμα σας έφερναν ξένο γάλα, σε περίπτωση που χρειαζόταν να το δώσετε σαν συμπλήρωμα
- Το συμπλήρωμα με ξένο γάλα δινόταν μόνο με εντολή γιατρού

**34. Σας επέτρεπαν από το νοσοκομείο-μαιευτήριο που γεννήσατε να δώσετε, εάν θέλατε, πιπίλα στο μωρό σας;**

- Ναι μου επέτρεπαν να δώσω αν θέλω
- Δεν μου επέτρεπαν γιατί απαγορευόταν
- Δεν γνωρίζω αν επιτρεπόταν ή απαγορευόταν από το νοσοκομείο-μαιευτήριο

**35. Κατά την έξοδό σας από το νοσοκομείο, σας έδωσαν συνταγή ξένου γάλακτος;**

- Ναι  Όχι

**36. Όταν βγήκατε από το νοσοκομείο, σας είπαν, εάν υπάρχει κάποια ομάδα που να υποστηρίζει τον θηλασμό και η οποία θα μπορούσε να σας βοηθήσει;**

- Ναι  Όχι

**37. Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο σας έκανε κάποιος/κάποιο κάποιο από τα παρακάτω δώρα;**

- Διαφημιστικά δείγματα ξένου γάλακτος
- Διαφημιστικά φυλλάδια για ξένο γάλα
- Ημερολόγια που διαφήμιζαν κάποια εταιρεία ξένου γάλακτος
- Μπιμπερό
- Θηλές ή πιπίλες
- Κουτιά με ξένο γάλα
- Κάτι άλλο
- Τίποτα από τα παραπάνω

**Εάν ναι, ποιος σας τα προσέφερε;**

- Προσωπικός γιατρός
- Αντιπρόσωπος κάποιας εταιρείας
- Κάποιος από το προσωπικό του νοσοκομείου
- Κάποιο άλλο πρόσωπο

**38. Μετά την επιστροφή σας στο σπίτι σας έκανε κάποιος ή κάποιοι κάποιο από τα παρακάτω δώρα;**

- Διαφημιστικά δείγματα ξένου γάλακτος
- Διαφημιστικά φυλλάδια για ξένο γάλα
- Ημερολόγια που διαφήμιζαν κάποια εταιρεία ξένου γάλακτος
- Μπιμπερό
- Θηλές ή πιπίλες
- Κουτιά με ξένο γάλα
- Κάτι άλλο
- Τίποτα από τα παραπάνω

**Εάν ναι, ποιος σας τα προσέφερε;**

- Προσωπικός γιατρός
- Αντιπρόσωπος κάποιας εταιρείας
- Κάποιος από το προσωπικό του νοσοκομείου
- Κάποιο άλλο πρόσωπο
- Τα έλαβα ταχυδρομικώς

**39. Σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις έχετε δει φωτογραφίες μωρών:**  
(μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Σε ετικέτες εταιρειών ξένου γάλακτος
- Σε διαφημιστικά εταιρειών ξένου γάλακτος
- Πουθενά από τα παραπάνω

**40. Γνωρίζετε ότι απαγορεύεται η διαφήμιση ξένου γάλακτος μέσα στο νοσοκομείο;**

- Ναι
- Όχι