



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ

“ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ”

Υπεύθυνος Καθηγητής:

ΒΟΥΖΑΣ ΦΩΤΗΣ

της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας:

ΒΟΖΙΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑΣ

του Ριχάρδου

ΑΜ1440

Φεβρουάριος

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2016

Αφιέρωση

Αφιερώνω την παρούσα εργασία στους επαγγελματίες που προσπαθούν με επιμονή, ζήλο και γνώση, να πετύχουν ό,τι πιο ποιοτικό στο πεδίο της εργασίας τους. Επίσης αφιερώνω στην μνήμη του πατέρα μου τον οποίο έχασα πρόσφατα κατά την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου.

«Επειδή κάθε βρέφος που γεννιέται μέσα σε ένα Φιλικό προς αυτό μαιευτήριο είναι ξεχωριστό, ανεξάρτητα από το πώς θα τραφεί, επειδή κάθε μητέρα και βρέφος μέσα σε ένα Φιλικό μαιευτήριο οφείλουν να έχουν την καλύτερη και πιο ποιοτική παροχή φροντίδας, ανεξάρτητα από την μέθοδο διατροφής του παιδιού, επειδή κάθε μητέρα και βρέφος είναι ξεχωριστοί, δικαιούνται να έχουν την καλύτερη πληροφόρηση και φροντίδα βάση αποδείξεων. Οι αποδείξεις δείχνουν ότι ο Θηλασμός είναι η κανονική και βέλτιστη διατροφή για το βρέφος. Τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία θα πρέπει να βοηθούν την μητέρα να αποκτήσει την γνώση τις δεξιότητες και την αυτοπεποίθηση για να πετύχουν το φυσιολογικό» (Baby Friendly USA Inc babyfriendlyusa.org Baby Friendly Facts, 2012).

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Βούζα για την υποστήριξη του και την καθοδήγηση του στην ολοκλήρωση της εργασίας μου. Την ακαδημαϊκή κοινότητα του Πανεπιστημίου κυρίως τους καθηγητές του προγράμματος που προσπάθησαν άοκνα να ενθαρρύνουν την συμμετοχή μας και την προσπάθεια μας και τα κατάφεραν άριστα.

Επίσης ευχαριστώ την οικογένεια μου τον σύζυγό μου και ιδιαίτερα τα παιδιά μου Έλενα και Ριχάρδο για την στήριξη τους και την συμπαράσταση τους στις δύσκολες μέρες που πέρασαν.

Ευχαριστώ την Διοίκηση και την Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου όπου εργάζομαι για την ευκαιρία που μου δώσανε να βαδίσω στα μονοπάτια της εκπαίδευσης και την αναγνώρισή που μου παρέχουν. Ευχαριστίες απευθύνω και στην προϊσταμένη μου Τσουκαλά Φωτεινή για την εμπιστοσύνη και την καθοδήγησή της.

Ευχαριστώ θερμά και όλους όσους υποστήριξαν με την συμμετοχή τους την έρευνα και την ολοκλήρωση της εργασίας και κυρίως τους συμμετέχοντες καθότι χωρίς την δική τους κατάθεση, ειλικρίνεια και ανταπόκριση δεν θα προχωρούσε η διαδικασία .

Ευχαριστώ επίσης και τους οργανισμούς υγείας που επιλέχθηκαν στην παρούσα μελέτη για την άδεια και την συγκατάθεσή τους.

Περίληψη

Το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο επηρεάζει (Merten, 2005) τις πρακτικές των υπηρεσιών υγείας και αυξάνει την έναρξη την διάρκεια και τον αποκλειστικό θηλασμό. Σαφείς ορισμοί και κανόνες που υπαγορεύονται από την διαδικασία, επιτρέπουν την παρακολούθηση των δεικτών του θηλασμού και των πρακτικών. Παγκόσμια ερευνητικά δεδομένα επισημαίνουν την σημαντικότητα της συμβολής των επαγγελματιών υγείας και των πρακτικών που ακολουθούν καθημερινά, ειδικά των μαιών, των μαιευτήρων και των παιδιάτρων στην φροντίδα και στην στήριξη της σχέσης μητέρας-βρέφους (DiGirolamo et al., 2008). Στην Ελλάδα σήμερα μόνο δύο Νοσοκομεία και πρόσφατα μια ιδιωτική Μαιευτική κλινική έχουν αναγνωριστεί ως Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία στην Αθήνα.

Αντικείμενο της εργασίας είναι η διερεύνηση των στάσεων, των απόψεων και των αντιλήψεων σε σχέση με την Πρωτοβουλία της εφαρμογής του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου, συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών που φαίνεται να επηρεάζουν την απόφαση της μητέρας για θηλασμό και αυτοί είναι παιδίατρος, μαιευτήρας, μαιά.

Μέθοδος: Πρόκειται για ποιοτική μελέτη μεταξύ μαιευτικών μονάδων του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα με την χρήση συνεντεύξεων σε ομάδες εστίασης για διερεύνηση των απόψεων από 16 επαγγελματίες σε δύο διαφορετικά επίπεδα εργασίας ,ιατρικό μαιευτικό. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 2 δημόσια Γενικά Νοσοκομεία με Μαιευτικές Μονάδες και 2 ιδιωτικά Μαιευτήρια της πόλης της Θεσσαλονίκης από τα οποία κανένα επίσημα αναγνωρισμένο ως Φιλικό προς τα Βρέφη και ίσως τα δύο δημόσια και ένα ιδιωτικό να εργάζονται προς αυτή την κατεύθυνση της αναγνώρισης την περίοδο της έρευνας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας αναγνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που επιλέχθηκαν από τα συγκεκριμένα μη πιστοποιημένα Φιλικά προς τα Βρέφη νοσοκομεία, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα ήταν όλοι αρκετά ενημερωμένοι για τον τίτλο και τα χαρακτηριστικά του Φιλικού Νοσοκομείου χωρίς όμως να έχουν σαφή γνώση των πρακτικών διαδικασιών που επιτάσσει η εναρμόνιση με την Παγκόσμια Πρωτοβουλία. Η στάση τους απέναντι στην εφαρμογή υπήρξε απόλυτα θετική από όλες τις επαγγελματικές ομάδες, τονίζοντας τα οφέλη του ίδιου του οργανισμού ,του προσωπικού και της κοινωνίας ευρύτερα μέσα από την προώθηση και προαγωγή του μητρικού θηλασμού που είναι παγκοσμίως μια αδιαμφισβήτητη αξία. Ακολουθούνται κάποια βήματα και έχουν χαραχθεί βασικές γραμμές προς την κατεύθυνση των

αλλαγών και υιοθετούνται βέλτιστες πρακτικές για τον θηλασμό κυρίως χάριν τις ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης των μαιών, χωρίς όμως σαφή πλαίσιο και στρατηγική. Υπάρχει γραπτή πολιτική θηλασμού σε μια μερίδα εργαζομένων η οποία διαδίδεται στο προσωπικό και στις μητέρες και οι υπόλοιποι βρίσκονται σε στάδιο προετοιμασίας αυτής. Οι δυσκολίες που αναφέρονται εστιάζονται τόσο στην εφαρμογή των σχετικών βημάτων που επιτάσσει η διαδικασία της πιστοποίησης όσο και στην έλλειψη επάρκειας υποδομών και πόρων κυρίως στον δημόσιο τομέα, ενημέρωσης, επιμόρφωσης του προσωπικού των μητέρων και του οικογενειακού της περιβάλλοντος. Η εμπλοκή της κοινότητας, η ολοκληρωτική δέσμευση των Διοικήσεων και του προσωπικού, η αλλαγή νοοτροπίας μέσα από καμπάνιες και ενημέρωση καθώς και η συμμόρφωση του προσωπικού με διεθνή στάνταρ θα φέρει το αποτέλεσμα της αλλαγής που αξιολογείται θετικά από όλους.

Συμπεράσματα: Η δέσμευση από την ανώτερη διοίκηση, η υποστήριξη, η ειδική χρηματοδότηση, η ανάπτυξη και διάδοση συγκεκριμένης πολιτικής θηλασμού, η ενσωμάτωση και επιμόρφωση και η συνεργασία των διαφόρων ειδικοτήτων του προσωπικού, η χρήση πρωτοκόλλων που συμμορφώνονται με τα Παγκόσμια δεδομένα είναι κάποιες από τις αποφάσεις που απαιτείται να παρθούν, αξιολογούν οι επαγγελματίες υγείας της συγκεκριμένης μελέτης προς την κατεύθυνση των αλλαγών. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι μητέρες χρειάζονται πολλαπλές λειτουργίες εκπαίδευσης για να κατανοήσουν το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο, και επειδή ένα μαιευτήριο είναι ο πρώτος σταθμός μιας μητέρας που γεννάει το παιδί της οφείλουν όλα τα μαιευτήρια να είναι πιστοποιημένα ως Φιλικά και να εποπτεύουν τις πρακτικές τους. Τα ευρήματα αυτής της έρευνας σε καμιά περίπτωση δεν μπορούν να γενικεύσουν τα αποτελέσματα και λόγω του μικρού δείγματος αλλά και λόγω της πρώιμης ακόμη κατάστασης για την χώρα μας της συγκεκριμένης Πρωτοβουλίας. Η έλλειψη παρόμοιας μελέτης από την χώρα μας για να διασταυρώσουμε τα αποτελέσματά μας επιτάσσει στο μέλλον να γίνει μια διεξοδικότερη έρευνα για την διερεύνηση του θέματος.

Λέξεις Κλειδιά: Θηλασμός, Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο, Πιστοποίηση

WHO, UNICEF

Abstract

The Baby-Friendly Hospital practices affect (Merten, 2005) health services and increases the inception, duration and exclusive breastfeeding. Clear definitions and rules laid down by the process allow the monitoring of the indicators and breastfeeding practices. Global research findings point to the importance of the contribution of health professionals, and practices of every day, especially of midwives, obstetricians and pediatricians in care and support of the mother-infant relationship (DiGirolamo et al, 2008). In Greece today only two hospitals and recently a private obstetric clinic are recognized as Baby-friendly hospitals in Athens.

Object of the study is to investigate the attitudes, opinions and perceptions in relation to the Initiative of the implementation of Baby-friendly Hospital, a particular group of professionals seem to affect the mother's decision to breastfeed and these are pediatrician, obstetrician, midwife.

Methods: This qualitative study between maternity units of public and private sector through the use of interviews, in focus groups to explore the views of 16 professionals in two different levels of work, medical, obstetrical. The survey was conducted in two public general hospitals with Obstetric Units and 2 private Maternity in Thessaloniki city from which none officially recognized as Baby-friendly and perhaps the two public and one private were working towards recognition at the particular period of the research.

Results: The findings recognize that health professionals that were selected from these non-certified Baby-Friendly Hospitals, of public and private sector were all but quite aware of the title and the characteristics of the Friendly Hospital without clear knowledge of practical procedures prescribed alignment with the Global Initiative. The attitude towards implementation has been quite positive from all professional groups, underlying the benefits of the organization itself, employees and society in general through the promotion of breastfeeding that is clearly an undeniable worldwide value. Some steps have been carved and main lines in the direction of change have been adopted as best practices for breastfeeding, mainly thanks for awareness of midwifery, but without a clear framework and strategy. There is a written breastfeeding policy to a portion of employees disseminated to staff and mothers and the rest are in a stage of preparation. Difficulties reported focus both on the implementation of the steps required by the certification process and the lack of infrastructure capacity and resources mainly

in the public sector, information, training of staff of mothers and family ambient. The involvement of the community, the total commitment of management and staff as well as the changing attitudes through campaigns and awareness and compliance staff with international standards will bring the result of change as evaluated positively by all.

Conclusions: The commitment from senior management, support, dedicated funding, develop a specific breastfeeding policy, integration and training, and cooperation between the various disciplines of staff, use of protocols that comply with Global data are some of the decisions need to be taken, as healthcare professionals of this study evaluate in the direction of change. Both health professionals and mothers need multiple training modes to understand the Baby-friendly Hospital, and because birth is the first stop of a mother who gives delivery to her child, all maternity hospitals must be certified as Friendly and supervise practices. The findings of this research in any case can not generalize the results due to the small sample size, but also because of the early situation of the Initiative for our country. The lack of a similar study from our country to cross check our results is required in the future to make a thorough research to investigate these matters.

Keywords: Breastfeeding, Baby Friendly Hospital, Accreditation, WHO, UNICEF

Συντομογραφίες

<u>ΠΟΥ</u>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<u>Μ.Θ</u>	Μητρικός Θηλασμός
<u>ΥΜΓ</u>	Υποκατάστατα Μητρικού Γάλακτος
<u>ΠΦΒΝ</u>	Πρωτοβουλία Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο
<u>ΔΟΕ.</u>	Διεθνής Οργανισμός Εργασίας
<u>Ι.Υ.Π</u>	Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού
<u>ΟΟΣΑ</u>	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
<u>ΕΛΣΤΑΤ</u>	Ελληνική Στατιστική Αρχή
<u>ΠΦΥ</u>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<u>ΥΥΚΑ</u>	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
<u>ΕΣΥ</u>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<u>BFHI</u>	Baby Friendly Hospital Initiative
<u>UNICEF</u>	United Nations Children's Fund
<u>IBFAN</u>	International Baby Food Action Network
<u>CDC</u>	Centers for Disease Control and Prevention
<u>NICHD</u>	National Institute of child Health and Human Development
Η Διακήρυξη Innocenti εγκρίθηκε από την τεσσαρακοστή Πέμπτη(45 ^η) Παγκόσμια Συνέλευση υγείας τον Μάιο 1992 στην απόφασή της WHA	

Περιεχόμενα

Αφιέρωση.....	ii
Ευχαριστίες	iii
Περίληψη	iv
Abstract	vi
Συντομογραφίες.....	viii
Εισαγωγή.....	1
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	3
1.1 Η αξία του Μητρικού Θηλασμού	3
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα θηλασμού στην Ελλάδα	5
1.3 Πρακτικές φροντίδας μητρότητας	6
1.4 Σχέδιο Δράσης για την Προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του ΜΘ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	11
2.1Τι είναι το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο	11
2.1.1 Τα Δέκα Βήματα (WHO.1998)	12
2.1.2 Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Θηλασμού (WHO GENEVA 1981)	12
2.2 Γιατί πρέπει ένα νοσοκομείο να συμμετέχει στην Πρωτοβουλία Φιλικό προς τα Βρέφη;13	
2.3 Πώς υποστηρίζεται ένα Μαιευτήριο- Εργαλεία BFH.....	15
(WHO 1991).....	15
2.4 Ο δρόμος προς την Πιστοποίηση.....	16
2.4.1 Βήματα	17
2.5 Τί δείχνουν οι έρευνες στην Ελλάδα για τον θηλασμό και την εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας.....	18
2.5.1 Ιστορικά.....	18
2.6 Η σχέση των επαγγελματιών υγείας και του θηλασμού στο εξωτερικό	20
2.7 Ελληνικές μαιευτικές πρακτικές και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	24
3.1 Η περίπτωση της Ελλάδας σχετικά με τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία	24
3.1.1 Γεννήσεις στην Ελλάδα σήμερα.....	24
3.1.2 Νομοσχέδιο	25
3.2 Πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο στην Ελλάδα	26
3.2.1.Το Υγειονομικό προσωπικό στην Ελλάδα.....	26
3.2.2 Η πρωτοβάθμια Υγεία (ΠΦΥ)	27

3.2.3 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	28
3.2.4 Ποσοστά Καισαρικών Τομών	28
3.3 Πιθανά Εμπόδια στην εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου	29
3.4 Ανασκόπηση διεθνών ερευνών σχετικά με τα εμπόδια θηλασμού.	30
3.4.1 Είδος τοκετού	30
3.4.2 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	32
3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τον Μ.Θ-Ελληνική ανασκόπηση	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	34
4.1 Στάσεις των επαγγελματιών υγείας για το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο	34
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ	38
III. Μεθοδολογία Έρευνας.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	38
5.1 Εισαγωγή.....	38
5.2 Ανάλυση των ειδών της έρευνας.	38
Ποιοτική έρευνα.....	38
Ποσοτική έρευνα.....	39
5.3 Δομικά στοιχεία της ποιοτικής έρευνας.	40
5.4 Το είδος έρευνας που επιλέχθηκε	41
5.5 Σκοπός της έρευνας	41
5.6 Επιλογή δείγματος-Δειγματοληψία	41
5.7 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου.....	47
5.8 Ερευνητικά ερωτήματα.....	47
5.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	48
5.10 Συνεντεύξεις.....	48
5.11 Περιορισμοί της έρευνας	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	50
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	50
Εισαγωγή.....	50
6.1 Ανάλυση του ερωτηματολογίου	50
6.2 Αποτελέσματα-Ανάλυση Περιεχομένου των ερωτήσεων	51
6.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	61
6.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	68
6.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	xii
IV. Παράρτημα	xxi

Εισαγωγή

Ο μητρικός θηλασμός και οι πρακτικές του εδώ και πολλά χρόνια προκρίνονται για την σημαντικότητα τους σε σχέση με την βελτίωση της υγείας και της διατροφής των παιδιών από τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας και τη Unicef.

Η προσπάθεια της αναβίωσης των ξεχασμένων πρακτικών ,όπου είναι σε ύφεση αποτελούν προτεραιότητα. Οι προσπάθειες για την προώθηση του θηλασμού και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που θα μπορούσαν να τον αποθαρρύνουν, αποτελούν μέρος των συνολικών προγραμμάτων διατροφής και υγείας των μητέρων και των παιδιών που έχουν εκπονήσει και οι δύο οργανώσεις.(WHO GENEVA1981) Ποικίλοι παράγοντες επηρεάζουν το αν μια μητέρα θα θηλάσει καθώς και την διάρκεια του θηλασμού. Η ύφεση του θηλασμού σε πολλά μέρη του κόσμου σχετίζεται με κοινωνικό-πολιτιστικούς και άλλους παράγοντες συμπεριλαμβανομένης και της προώθησης των τυποποιημένων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σύμφωνα με την Εικοστή Έβδομη Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία το 1974.

Η Πρωτοβουλία Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο καθιερώνεται σαν πολιτική το 1991 από την Unicef για την προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού από όλες τις μαιευτικές μονάδες (WHO, UNICEF, 2009).

«Ο ακρογωνιαίος λίθος του Baby Friendly Hospital είναι η εφαρμογή των «Δέκα βημάτων για Επιτυχή Θηλασμό» και η τήρηση των άρθρων του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» (www.ibfan.gr).

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο κυρίως μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος της εργασίας αποτελείται από έξι κεφάλαια. Το *πρώτο κεφάλαιο* αναφέρεται γενικά στην αξία του θηλασμού, στις πρακτικές φροντίδας της μητρότητας και στους παράγοντες σύμφωνα με έρευνες που επηρεάζουν την συχνότητα του θηλασμού. Το *δεύτερο κεφάλαιο* δίνει τον ορισμό του Φιλικού προς τα Βρέφη νοσοκομείου, τα Δέκα Βήματα που είναι ο θεμέλιος λίθος του μητρικού θηλασμού και τα οποία συνοψίζουν τις πρακτικές για την υποστήριξή του. Το *τρίτο κεφάλαιο* εξετάζει την περίπτωση της Ελλάδας σχετικά με τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και τους παράγοντες που συμβάλουν προς αυτή την κατεύθυνση σε εθνικό επίπεδο..Στο *τέταρτο κεφάλαιο* επιχειρείται μέσα από την βιβλιογραφία να αποτυπωθεί η στάση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο. Το δεύτερο μέρος της εργασίας αφορά το ερευνητικό πλάνο. Συγκεκριμένα στα κεφάλαια του ερευνητικού μέρους παρουσιάζονται η μεθοδολογία

έρευνας ,ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας, ο τρόπος και στη συνέχεια τα αποτελέσματα από την ανάλυση των ερωτηματολογίων και της ποιοτικής έρευνας, η συζήτηση των αποτελεσμάτων και συσχετίσεων ,τα συμπεράσματα και οι προτάσεις μας.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η αξία του Μητρικού Θηλασμού

Η διατροφή κατά τη βρεφική ηλικία είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη στις μετέπειτα ηλικίες και για το λόγο αυτόν η σωστή διατροφή έχει αποτελέσει κατά το παρελθόν, και συνεχίζει να αποτελεί ακόμη και σήμερα, αντικείμενο ανάπτυξης συνεχών δράσεων πολλών διεθνών οργανισμών. Το μητρικό γάλα, ως φυσιολογικός τρόπος διατροφής του βρέφους, προσφέρει την πλέον ιδανική τροφή για αυτά, καθώς περιέχει στη σωστή αναλογία ενέργεια, πρωτεΐνες, βιταμίνες, ορμόνες, αντισώματα και άλλα πολύτιμα διατροφικά στοιχεία. Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί και πλέον έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι τα οφέλη του μητρικού γάλακτος στη σωματική ανάπτυξη του βρέφους είναι αδιαμφισβήτητα και πολλαπλά.(Nanni-Zacher,D.1994).

Οφέλη στην ψυχική υγεία. Τα τελευταία χρόνια μετά από πολύχρονες έρευνες, (Χαραμή et al., 2015) έχουν αρχίσει να αποδεικνύονται και τα οφέλη του στην ψυχική υγεία του βρέφους, όπως η ενίσχυση του δεσμού μητέρας-βρέφους, η ανάπτυξη της συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της και η δημιουργία ισχυρών δεσμών ανάμεσα στη μητέρα, το παιδί και την οικογένεια. Επί πλέον, ο μητρικός θηλασμός προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια στο παιδί, δημιουργεί περισσότερο ασφαλή και ανεξάρτητα παιδιά, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην ενίσχυση της γνωστικής και της ψυχοσυναισθηματικής τους ανάπτυξης. (Lowe, 2011). Μέσα από όλα τα παραπάνω ενισχύεται πλέον η πεποίθηση ότι το μητρικό γάλα είναι μοναδικό, προσφέρει τον πλέον ιδανικό τρόπο διατροφής των βρεφών και συμβάλλει αποτελεσματικά στη δημιουργία υγιών, σωματικά αλλά και ψυχικά, παιδιών και ενηλίκων (Rochelle, 2009). Η Παγκόσμια Στρατηγική για την Παιδική και τη Βρεφική Διατροφή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και της UNICEF συνιστά την αποκλειστική διατροφή των βρεφών με μητρικό γάλα κατά τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους. Στη συνέχεια, προτείνει τη διατροφή τους επίσης με μητρικό γάλα και κατάλληλη συμπληρωματική διατροφή, μέχρι να φθάσουν στην ηλικία των 2 ετών ή και περισσότερο. Σήμερα, η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει το ζωτικής σημασίας ρόλο του μητρικού θηλασμού για την επιβίωση των βρεφών και την ανάπτυξη εκατομμυρίων παιδιών που γεννώνται κάθε χρόνο σε όλον τον κόσμο. Ο μητρικός θηλασμός διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας (WHO, 2000). *Οφέλη για την υγεία.* Είναι σημαντικός για την προστασία

κατά των μολυσματικών ασθενειών, παρέχει τις βασικές θρεπτικές ουσίες κατά τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής του παιδιού και βοηθά στην πρόληψη του νανισμού, ενός είδους χρόνιου υποσιτισμού που έχει προσβάλει 165 εκατομμύρια παιδιά σε όλον τον κόσμο. Ο μητρικός θηλασμός μειώνει επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι η παχυσαρκία (WHO, 2014.) Επί πλέον, οι μελέτες έχουν δείξει ότι ο μητρικός θηλασμός ενισχύει τη γνωστική ανάπτυξη, βοηθώντας έτσι τα παιδιά να μαθαίνουν καλύτερα και να εξελίσσονται σε παραγωγικούς ενήλικες. Το νεογνό προσλαμβάνει το πρωτόγαλα ως πρώτη τροφή, που είναι πλούσιο σε ενεργά ανοσολογικά κύτταρα, αντισώματα, προστατευτικές πρωτεΐνες και βιταμίνη Α, η οποία βοηθά στην προστασία των οφθαλμών και περιορίζει τις οφθαλμολογικές λοιμώξεις, αλλά περιέχει και ουσίες που προκαλούν συσπάσεις στα έντερα του βρέφους και τα βοηθούν έτσι να ενεργοποιηθούν και να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, αποτρέποντας αλλεργιογόνους και λοιπούς μικροοργανισμούς να διαπεράσουν τον οργανισμό του βρέφους (www.diatrofikoiodigoi.gr). *Ορμόνες μητρικού γάλακτος.* Ο θηλασμός στηρίζει πάρα πολύ την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του νεογέννητου καθώς η έκκριση των ορμονών συμβάλλει σ' αυτό (Χαραμή et al., 2015). Η δράση της μελατονίνης, μια ορμόνη που εκκρίνεται από την υπόφυση επιδρά στη ρύθμιση του ύπνου. Τα επίπεδα της μελατονίνης στο μητρικό γάλα αυξάνονται σημαντικά κατά τις βραδινές και τις νυκτερινές ώρες, με εμφανές αποτέλεσμα την ηρεμία του βρέφους μέσα από το θηλασμό. Οι ενδορφίνες είναι ορμόνες που επίσης παράγονται στον εγκέφαλο της μητέρας. Μέσα από το μητρικό γάλα φθάνουν στο βρέφος ασκώντας αναλγητική και κατασταλτική δράση. Συγκεκριμένα νουκλεοτίδια που αυξάνονται στο μητρικό γάλα κατά τις νυκτερινές ώρες ασκούν υπνωτική δράση (Χαραμή et al., 2015). Το μητρικό γάλα περιέχει σιαλικό οξύ, το οποίο επιταχύνει την ανάπτυξη του εγκεφάλου και αυξάνει το δείκτη νοημοσύνης του παιδιού. Επίσης, περιέχει πολλή λακτόζη, η οποία είναι το απαραίτητο καύσιμο για τον εγκέφαλο των βρεφών, αλλά και τεράστια ποσά ωφέλιμων λιπαρών και χοληστερίνης που προάγουν την ανάπτυξη (Χαραμή et al., 2015). *Οφέλη για την μητέρα.* Τα οφέλη του θηλασμού για την μητέρα είναι επίσης πολλά ανάμεσα σε αυτά αναφέρονται μικρότερες πιθανότητες να νοσήσει από καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών, απώλεια βάρους, προφύλαξη από οστεοπόρωση. (Lowe, 2011). *Οφέλη για την κοινωνία.* Τα οφέλη για την κοινωνία επίσης πολλά το μητρικό γάλα είναι φθηνό, οικολογικό, γρήγορος τρόπος σίτισης γιατί δεν χρειάζεται παρασκευή (Παπαβέντσης, 2011). Ο θηλασμός είναι το κλειδί και ένας δείκτης μέτρησης της δημόσιας υγείας παράλληλα με αυτόν του εμβολιασμού και άλλων πρωτοβουλιών που προστατεύουν και προάγουν την υγεία ενός τόσο ευάλωτου πληθυσμού όπως αυτό των παιδιών (Fairbank et al., 2001). *Οικονομικά*

οφέλη. Επιπρόσθετα με τα οφέλη της υγείας του θηλασμού για την μητέρα και το παιδί προστίθενται και τα οικονομικά οφέλη προς την οικογένεια τους εργοδότες τις ασφαλιστικές και το έθνος ολόκληρο. Σε μια μελέτη που διεξήχθη πριν από μια δεκαετία, (Lowe, 2011) εκτιμάται ότι οι οικογένειες που ακολούθησαν τη βέλτιστη πρακτική του θηλασμού θα μπορούσαν να σώσουν περισσότερα από \$ 1,200- \$ 1,500 σε δαπάνες για τα παρασκευάσματα για βρέφη κατά το πρώτο έτος ζωής τους. Επιπλέον καλύτερη υγεία του βρέφους σημαίνει λιγότερες αξιώσεις για την ασφάλιση υγείας, λιγότερο χρόνο από τον εργαζόμενο για την ανατροφή των άρρωστων παιδιών και υψηλότερη παραγωγικότητα, οι οποίες αφορούν τους εργοδότες (Lowe, 2011). Σε μελέτη του πανεπιστημίου John Hopkins Νοσηλευτικής της Βαλτιμόρης (Linda et al., 2002) αναφέρονται τα οικονομικά οφέλη για την κοινωνία και την ίδια την οικογένεια από την εφαρμογή ενός προγράμματος υποστήριξης του θηλασμού στην κοινότητα. Φαίνεται λοιπόν από την εν λόγω μελέτη ότι μητέρες που υποστηρίχθηκαν συστηματικά με τον θηλασμό στην κοινότητα με την εφαρμογή των επισκέψεων στο σπίτι, θήλασαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και αναφέρθηκαν λιγότερες επισκέψεις των βρεφών σε ιατρούς. Παρόλο που φαινομενικά το κόστος για κάποιες παρόμοιες υπηρεσίες υγείας, μοιάζει να αυξάνεται με τις κατ' οίκον επισκέψεις στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με εκείνη που δέχτηκε συνηθισμένη φροντίδα, τόσο τα άμεσα όσο και τα έμμεσα κόστη εμφανίζουν σημαντικές διαφορές υπέρ της συγκεκριμένης ομάδας στην εν λόγω μελέτη για γυναίκες με χαμηλό με χαμηλό εισόδημα. Αναντίρρητα λοιπόν ο θηλασμός αποτελεί την ιδανική τροφή για το βρέφος. Σχεδόν όλες οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν αρκεί να τις προσφερθεί η απαραίτητη συμβουλευτική, υποστήριξη και πρακτική βοήθεια (Abass.D2015 en.beststart.org).

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα θηλασμού στην Ελλάδα

Παράγοντες που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την συχνότητα και την διάρκεια του θηλασμού σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού το 2009 (Γάκη et al., 2009) εκτός από κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή του δείγματος, αναφέρονται και έχουν συσχετιστεί στην διεθνή βιβλιογραφία με το θηλασμό, το κάπνισμα της μητέρας η εφαρμογή ή όχι της πολιτικής της άμεσης τοποθέτησης του μωρού στο στήθος, η συνδιαμονή μητέρας-βρέφους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο, η προώθηση του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας από τα νοσοκομεία. Η πρόταση του Π.Ο.Υ είναι να παρακολουθούνται οι βασικοί δείκτες θηλασμού σε κάθε χώρα και κάθε μαιευτήριο οι οποίοι θα εξάγουν αποτελέσματα σχετικά με τον αποκλειστικό θηλασμό, τον σχεδόν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ,και

την συμπληρωματική διατροφή με μητρικό γάλα. Προσδιοριστικοί παράγοντες για την Ελλάδα που βρέθηκαν από την ίδια έρευνα (Γάκη et al., 2009) να επηρεάζουν την διάρκεια και την συχνότητα του θηλασμού με σημαντική θετική ή αρνητική συσχέτιση ήταν η ηλικία της μητέρας, το γεωγραφικό διαμέρισμα που διέμεναν, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η εργασία της μητέρας, το κάπνισμα, η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, η προωρότητα. Οι πρακτικές του Μαιευτηρίου που σχετίζονται με τον θηλασμό φάνηκε να έχουν θετική συσχέτιση σε γυναίκες που τοποθετήθηκε το μωρό στο στήθος την πρώτη ώρα μετά την γέννηση. Το είδος του τοκετού κατέδειξε ότι σχετιζόταν με την συχνότητα του θηλασμού. Οι γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά είχαν 1,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά τον πρώτο μήνα και να συνεχίσουν να θηλάζουν τον τρίτο (Γάκη et al., 2009). Τα αίτια διακοπής του θηλασμού σύμφωνα πάντα με την ίδια έρευνα, ποικίλλουν με τα βασικότερα από αυτά να αφορούν το ανεπαρκές γάλα, την επιστροφή στην εργασία. Ακολουθούν σε συχνότητα προβλήματα που σχετίζονται με το στήθος, η κούραση το άγχος η κατάθλιψη, η ανεπαρκής πρόσληψη βάρους του μωρού η λήψη φαρμάκων από την πλευρά της μητέρας και η αρρώστια του μωρού. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει έρευνα του εξωτερικού (Ruowei et al., 2008) με μία από τις τρεις κυριότερες αιτίες διακοπής να αναφέρεται η ανεπάρκεια γάλακτος από την μητέρα κυρίως Ισπανικής καταγωγής και χαμηλών εισοδημάτων. Περίπου μια στις δέκα γυναίκες στην Ελλάδα δεν θήλασαν καθόλου. Βασικοί λόγοι όπως προαναφέραμε μεταξύ άλλων ήταν και η πολύδυμη κύηση, η νοσηλεία του νεογνού σε μονάδα εντατικής νοσηλείας, προσωπικοί λόγοι, κάπνισμα, προβλήματα με το στήθος (Γάκη et al., 2009).

1.3 Πρακτικές φροντίδας μητρότητας

Πρακτικές φροντίδας μητρότητας που σχετίζονται με τον θηλασμό, λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια της διαμονής στο νοσοκομείο, κατά την προγεννητική περίοδο, κατά την διάρκεια του τοκετού και μετά τον τοκετό. Κάποιες πρακτικές φροντίδας μητρότητας είναι η ανάπτυξη γραπτής πολιτικής θηλασμού, εκπαίδευση όλου του προσωπικού, ενθάρρυνση της πρώιμης έναρξης του θηλασμού, αποτροπή της χρήσης συμπληρωμάτων και πιπίλων και υποστήριξη της μητέρας μετά το εξιτήριο (WHO, 1998).

Άλλες πρακτικές, διαφέρουν ως προς τη επιρροή τους στο θηλασμό, όπως για παράδειγμα τα φάρμακα κατά την διάρκεια του τοκετού, καθώς και η καισαρική τομή

φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά (Mossialos, 2005). Ωστόσο η συνεχιζόμενη υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού και η επαφή του βρέφους δέρμα με δέρμα με την μητέρα μετά τον τοκετό επηρεάζουν θετικά την πορεία του θηλασμού (DiGirolamo et al, 2008). Η εμπειρία της φροντίδας στην μητρότητα ασκεί μοναδική επιρροή τόσο στην έναρξη του θηλασμού όσο και αργότερα στη συμπεριφορά σίτισης του βρέφους. Σύμφωνα με εθνική μελέτη στις ΗΠΑ (CDC,2011) σχεδόν όλα τα βρέφη που γεννιούνται σε νοσοκομεία και η διαμονή τους προβλέπεται σύντομη, εισπράττουν πρακτικές οι οποίες κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου αφήνουν «σημάδια». Αντίστοιχα, η παραμονή στο νοσοκομείο είναι γνωστό ότι είναι μια κρίσιμη περίοδος για τον καθορισμό του θηλασμού. Πολλές από τις εμπειρίες των μητέρων και των νεογνών μέσα στο νοσοκομείο καθώς και οι πρακτικές επηρεάζουν την εδραίωση του θηλασμού. Σε πολλές περιπτώσεις βέβαια οι εμπειρίες αυτές αντικατοπτρίζουν καθημερινές πρακτικές ρουτίνες των νοσοκομείων και οι μητέρες σπάνια ζητούν φροντίδα διαφορετική από αυτή που προσφέρεται από τους επαγγελματίες. Προγεννητικά μαθήματα θηλασμού μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση της μητέρας ή ακόμη και να θεωρηθεί ο θηλασμός και ως επιλογή σίτισης (www.health.ny.gov). Φαρμακευτικές ουσίες που δίνονται κατά την διάρκεια του τοκετού ή διαδικασίες είναι ικανές παράμετροι για να επηρεάσουν την συμπεριφορά του βρέφους κατά την γέννηση η οποία θα έχει αντίκτυπο στην αποτελεσματική απομύζηση του μαστού. Νεογνά που τοποθετούνται αμέσως στο στήθος συνεχίζουν να θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από εκείνα που καθυστερήθηκε η επαφή τους (Riordan et al, 2000). Η συνδιαμονή (rooming-in) της μητέρας με το νεογέννητο είναι μια πρακτική πολύ σημαντική γιατί της επιτρέπει να έχει περισσότερες ευκαιρίες για να πειραματιστεί με τον θηλασμό (WHO 1998). Οι αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της μητρικής φροντίδας υπέρ του θηλασμού έρχονται από μια έρευνα *Cochrane review* (Fairbank et al., 2001) όπου βρέθηκε ότι θεσμικές αλλαγές στις πρακτικές της μαιευτικής φροντίδας ,αυξάνουν αποτελεσματικά την διάρκεια και την έναρξη του θηλασμού. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να είναι μέρος μιας συνολικότερης δέσμης αλλαγών, όπως αυτά που εφαρμόζονται στην επιδίωξη της πιστοποίησης ως Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο, ή να αποτελούν μεμονωμένες παρεμβάσεις όπως για παράδειγμα η αύξηση του rooming-in ή η διακοπή μη αποτελεσματικών πρακτικών.

1.4 Σχέδιο Δράσης για την Προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του ΜΘ.

Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην βελτίωση της υγείας των παιδιών, των οικογενειών του κοινωνικού συνόλου, του περιβάλλοντος και του υγειονομικού συστήματος (NICHD, 2013). Πρωτοβουλίες προώθησης του θηλασμού σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο αλλά και σε διεθνές επίπεδο υπάρχουν πολλές. Παρόλα αυτά οι πιθανότητες να έχουν επιθυμητά και μόνιμα αποτελέσματα θα ήταν μεγαλύτερες αν βασιζόταν σε ένα σχέδιο δράσης με οργανωμένες δραστηριότητες που αποδεδειγμένα θα είχαν οφέλη (Cattaneo et al., 2004). Το Σχέδιο Δράσης (Cattaneo et al., 2004) που γράφτηκε, υιοθετήθηκε και πραγματοποιήθηκε από συμμετέχοντες στο πρόγραμμα αποτελεί ένα «δείγμα» που παρουσιάζει τις δραστηριότητες εκείνες που θα έπρεπε να περιέχει και να εφαρμόζονται από ένα τοπικό ή εθνικό σχέδιο δράσης για την προαγωγή προάσπιση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Δεν συστήνει βέβαια συγκεκριμένες στρατηγικές που θα ισχύουν για όλη την Ευρώπη. Η πολυπλοκότητα και η διαφορετικότητα των οικονομικών, πολιτικών συνθηκών της κάθε χώρας, προϋποθέτει την προσαρμογή και εφαρμογή των στρατηγικών και των δράσεων του Σχεδίου λαμβάνοντας πάντα υπόψη τόσο σε εθνικό όσο και τοπικό επίπεδο, δομές αποθέματα, ανθρώπινο δυναμικό, οικονομικά αποθέματα. Το Σχέδιο Δράσης σχεδιάστηκε από ειδικούς στον μητρικό Θηλασμό καθώς και από ομάδες υποστηρικτικές και μητέρες, που αντιπροσωπεύουν όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Απευθύνεται σε όσους σχεδιάζουν την πολιτική της δημόσιας υγείας και σε όσους εργάζονται σε κυβερνητικούς οργανισμούς που σχετίζονται με θέματα υγείας των γυναικών και των παιδιών. Η ευαισθητοποίηση όλων των ατόμων του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα, των μη κυβερνητικών οργανισμών, των επιστημονικών συλλόγων, των Διευθύνσεων των σχολείων και πολλών άλλων αποτελεί άμεση προτεραιότητα. Σκοπός του σχεδίου είναι η βελτίωση και η αύξηση των ποσοστών του θηλασμού μέσα από οργανωμένες και συνδυασμένες παρεμβάσεις. Για να υλοποιηθεί όλο αυτό βασική προϋπόθεση είναι να εξετασθούν και να αναθεωρηθούν οι οικονομικοί προϋπολογισμοί, οι ανθρώπινες και διοικητικές πηγές και υποδομές. Όλο αυτό απαιτεί ξεκάθαρες πολιτικές, ισχυρή διοίκηση και επαρκή χρηματοδότηση Υποστηρίζεται βέβαια και μέσα από επαρκή σχεδιασμό για την πληροφόρηση την επιμόρφωση, την επικοινωνία, καθώς και την εκπαίδευση πριν και κατά την διάρκεια άσκησης της εργασίας των λειτουργών υγείας. Σημαντικό βήμα πάντα σε ένα σχεδιασμό αποτελεί βεβαίως η καταγραφή και η αξιολόγηση των πρακτικών. Οι 29 χώρες που πήραν μέρος σε αυτό το πρόγραμμα παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία σε σχέση με τα

συμπεράσματα. Στοιχεία για τον μητρικό θηλασμό συγκεντρώνουν οι περισσότερες χώρες πότε όμως αναξιόπιστα και πότε ανακριβή, και τούτο γιατί δεν υπάρχει ένα κοινό σύστημα συλλογής και παρακολούθησης. Διαφαίνεται ωστόσο μέσα από την καταγραφή ότι τα ποσοστά και οι πρακτικές του μητρικού θηλασμού δεν ανταποκρίνονται στις συστάσεις της WHO και της UNICEF. Μόνο 18 από τις Ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα είχαν εθνικά ή και τοπικά προγράμματα ενώ εκτός από πέντε, τα προγράμματα αυτά δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις για την καλύτερη πρακτική στον θηλασμό έτσι όπως περιγράφεται από την Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού παιδιού (WHO & UNICEF, 2003). Πολλές από τις χώρες δεν έχουν πετύχει ακόμη τους στόχους από την *Διακήρυξη του Innocenti* (WHO & UNICEF, 1990) που ορίζουν τέσσερις στόχους : α) καθιέρωση Εθνικού Συντονιστή και Εθνικής Επιτροπής για τον Μητρικό θηλασμό β) Εφαρμογή και των Δέκα Βημάτων σε όλα τα Μαιευτήρια γ) Εφαρμογή του Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων δ) ενεργοποίηση νομοθεσίας για την προστασία της μητρότητας. Μερικές χώρες φαίνεται ότι έχουν προοδεύσει περισσότερο από άλλες και έχουν Εθνικό Συντονιστή και Εθνική Επιτροπή Μητρικού θηλασμού αλλά συχνά χωρίς επαρκή οικονομικά μέσα και άλλα εφόδια για να πετύχουν απαραίτητες αλλαγές που αφορούν τις παραπάνω πτυχές. Φαίνεται ότι υπάρχει μια γενικότερη έλλειψη δέσμευσης κονδυλίων για την προώθηση και προστασία του θηλασμού. Η Πρωτοβουλία Φιλικό για τα Βρέφη Νοσοκομείο σε κάποιες χώρες εφαρμόζεται επιτυχώς ενώ σε κάποιες όπως και στην χώρα μας, από λίγα έως κανένα μαιευτήρια δεν έχουν συγκεντρώσει ακόμη τα απαιτούμενα κριτήρια για την διάκρισή τους σε Φιλικό για το Βρέφος. Τα προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών κατά την διάρκεια των σπουδών και της εργασίας τους χαρακτηρίζονται ανεπαρκή. Οι νομοθεσίες που ρυθμίζουν την διαφήμιση και την προβολή των Υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού υπολείπονται από τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων του Μητρικού Θηλασμού. Η νομοθεσία για την προστασία της μητρότητας σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό επιδέχεται βελτιώσεις και παρεμβάσεις σύμφωνα με τα απαιτούμενα που συστήνει ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας (ΔΟΕ), (Cattaneo et al. 2004).

Το Σχέδιο Δράσης περιλαμβάνει έξι κεφάλαια τα οποία και παρατίθενται μερικώς για να βοηθήσουν τον αναγνώστη να κατανοήσει τις κατηγορίες των προτεραιοτήτων που προτείνουν οι ειδικοί που εμπνεύστηκαν το Σχέδιο Δράσης. Κεφάλαιο 1: Πολιτική και σχεδιασμός. Η Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του βρέφους και του μικρού

παιδιού (WHO& UNICEF, 2003) θα πρέπει να υποστηρίζεται από την εθνική πολιτική και συγκεκριμένα, η πολιτική υγείας θα πρέπει να ενσωματώσει στα προγράμματα της, συνολικές δράσεις για τον μητρικό θηλασμό. Ειδικά για υποβαθμισμένες ομάδες και παιδιά που βιώνουν αντίξοες συνθήκες ζωής. Αλυσίδα στην πολιτική θα πρέπει να αποτελούν και οι επιστημονικοί σύλλογοι, συντονιστές και επιτροπές που θα απαρτίζονται από άτομα με απαραίτητα προσόντα. Η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού βεβαίως δεν θα πρέπει να λείπει από τον σχεδιασμό και την υποστήριξη.

Κεφάλαιο 2. Πληροφόρηση, επιμόρφωση, επικοινωνία. Σε χώρες όπου η τεχνητή διατροφή του βρέφους θεωρείται φυσιολογική, η επαρκής πληροφόρηση, επιμόρφωση και επικοινωνία είναι καθοριστική για την επιστροφή του παραδοσιακού μητρικού θηλασμού. Η σωστή ενημέρωση των γονέων για την διατροφή του παιδιού, για την ποιότητα της συμπληρωματικής διατροφής θα πρέπει να αποτελεί βήμα των εκπαιδευμένων επαγγελματιών έτσι ώστε οι γονείς να αποφασίσουν σωστά. Οι ειδικές ανάγκες των γυναικών θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται. Η διανομή προϊόντων διαφήμισης από τους παρασκευαστές θα πρέπει να αποτρέπεται σύμφωνα με τον Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων του Μητρικού Γάλακτος.

Κεφάλαιο 3. Εκπαίδευση. Η δια βίου εκπαίδευση πρέπει να αφορά όλους τους επαγγελματίες υγείας και λειτουργούς που επανδρώνουν μαιευτήρια, παιδιατρικές υπηρεσίες και έρχονται σε επαφή με τις μητέρες και τα βρέφη, καθώς και η συμμετοχή τους σε σεμινάρια υψηλού επιπέδου για την γαλουχία και τον θηλασμό θα είναι προτεραιότητα του συστήματος. Τα προγράμματα σπουδών θα πρέπει να αναθεωρηθούν ή να δημιουργηθούν όπου δεν υπάρχουν. *Κεφάλαιο 4. Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη.* Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων του Μητρικού Θηλασμού αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την προστασία και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και δεν θα πρέπει να παραβιάζεται. Η νομοθεσία θα πρέπει να διασφαλίζει το δικαίωμα όλων των εργαζομένων γυναικών να θηλάζουν αποκλειστικά τα βρέφη τους για έξι μήνες και να τους δίνει την δυνατότητα να συνεχίζουν μετά. Η εφαρμογή των εθνικών πολιτικών συστάσεων σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης και η καθιέρωση του μητρικού θηλασμού ως μόνη φυσιολογική διατροφή αποτελεί προστασία του μητρικού θηλασμού. *Κεφάλαιο 5. Σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης.* Η σωστή και με μέθοδο ακριβής καταγραφή αξιολόγηση και παρακολούθηση των δεικτών που αποτυπώνουν στοιχεία για τον θηλασμό όπως διάρκεια, αποκλειστικότητα, θα πρέπει να αξιολογούνται από εθνικούς φορείς. Επίσης η καταγραφή των δραστηριοτήτων των υγειονομικών φορέων που

αφορούν την επιμόρφωση την εκπαίδευση την πληροφόρηση είναι βήματα που δεν πρέπει να λείπουν από το σχέδιο δράσης. *Κεφάλαιο 6. Έρευνα* Η έρευνα θα βοηθήσει για να βρεθεί η επίδραση της διαφήμισης όπως την καθορίζει ο Κώδικας, η ολοκλήρωση της νομοθεσίας για την προστασία της μητρότητας, οι μέθοδοι πληροφόρησης και επικοινωνίας και σε ένα μεγάλο ποσοστό θα βοηθήσει στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και στην σχέση οφέλους-κόστους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Τι είναι το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο

Η Πρωτοβουλία Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (BABY Friendly Hospital Initiative (BFHI) που ξεκίνησε από την UNICEF και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), (WHO, UNICEF, 2009). Έχει δύο στόχους: α) *Να ενθαρρύνει και να βοηθήσει τα νοσηλευτικά ιδρύματα, να πραγματοποιήσουν αλλαγές πρακτικής και τελικά να εφαρμόσουν τα Δέκα Βήματα για επιτυχή θηλασμό, όπως έχουν δημοσιευτεί από την WHO/UNICEF.* β) *Να τερματίσει την πρακτική της δωρεάν διανομής και διάθεσης σε χαμηλές τιμές των Υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.*

Ιστορική αναδρομή

Η αφετηρία για την Πρωτοβουλία ήταν μια συνάντηση από WHO/UNICEF που έγινε το 1979 στην οποία διαπιστώθηκε ραγδαία μείωση των ποσοστών του αποκλειστικού Μητρικού θηλασμού (Greer, 2001). Το 1981 συντάσσεται από τον ΠΟΥ ο Κώδικας Υποκατάστατων Εμπορίας Μητρικού Γάλακτος που αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον χαρακτηρισμό ενός Νοσοκομείου ως ΦΒΝ (WHO, GENEVA 1981). Το 1989 δημοσιεύονται τα Δέκα Βήματα από του ίδιους οργανισμούς για την Προαγωγή του μητρικού θηλασμού (WHO, 1998). Το 1990 η Διακήρυξη *Innocenti* (WHO, & UNICEF, 1990) θέτει ως στόχο την προαγωγή του θεσμού Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία σε όσο το δυνατόν περισσότερα κράτη και το 1991 ξεκινά η Πρωτοβουλία με θέσπιση συγκεκριμένης διαδικασίας με την οποία τα νοσοκομεία πιστοποιούνται ως Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (WHO 1991). Σήμερα πάνω από 20.000 μαιευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες για το βρέφος και το παιδί σε 156 χώρες έχουν χαρακτηριστεί ως Φιλικά για τα Βρέφη Νοσοκομεία (WHO & UNICEF, 2009).

2.1.1 Τα Δέκα Βήματα (WHO.1998)

Ο πυρήνας του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου επικεντρώνεται στα Δέκα Βήματα, που αναπτύχθηκαν από την UNICEF και τον WHO. Σύμφωνα με τους οργανισμούς αυτούς κάθε μαιευτική μονάδα που προάγει υπηρεσίες για την μητέρα και τα βρέφη θα πρέπει να: **1)** Διαθέτει γραπτή πολιτική μητρικού θηλασμού και αυτή να επικοινωνείται διαρκώς σε όλο το προσωπικό επαγγελματιών υγείας **2)** Εκπαιδεύεται όλο το προσωπικό επαγγελματιών υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για να φέρουν εις πέρας αυτήν την πολιτική **3)** Ενημερώνονται όλες οι έγκυες γυναίκες σχετικά με το οφέλη και την πρακτική του μητρικού θηλασμού **4)** Βοηθούν τις μητέρες να ξεκινούν τον μητρικό θηλασμό μέσα στην πρώτη ώρα από την γέννηση. **5)** Δείχνει στις μητέρες πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρούν την γαλουχία ακόμα και στην περίπτωση που αποχωρίζονται από το βρέφος τους **6)** Απαγορεύεται να δίνεται στα νεογνίδια βρέφη άλλη τροφή ή υγρό από το μητρικό γάλα, εκτός εάν υπάρχει ιατρική ένδειξη **7)** Εφαρμόζεται συν-διαμονή (να επιτρέπεται η μητέρα και το βρέφος να παραμένουν μαζί 24 ώρες την ημέρα **8)** Ενθαρρύνει τον μητρικό θηλασμό κατά απαίτηση του βρέφους **9)** Απαγορεύεται να δίνονται τεχνητές θηλές, πιπίλες ή μπιμπερό σε θηλάζοντα βρέφη **10)** Ενεργοποιείται η εγκαθίδρυση ομάδων υποστήριξης μητρικού θηλασμού και να παραπέμπονται οι μητέρες σε αυτές κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (WHO, 1998).

2.1.2 Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Θηλασμού (WHO GENEVA 1981)

Ο Διεθνής Κώδικας υιοθετήθηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 1981 ως βασικό εργαλείο για την προστασία και προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Ως υποκατάστατο μητρικού γάλακτος (ΥΜΓ) ορίζεται από τον Κώδικα. *«Κάθε τροφή που πωλείται ή παρουσιάζεται ως μερική ή πλήρης αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος, είτε είναι κατάλληλη γι' αυτό τον σκοπό, είτε όχι»*. Ο Κώδικας έχει σκοπό και επιχειρεί με τους παρακάτω κανόνες να:

Προστατεύσει το βρέφος από την καταχρηστική και ακατάλληλη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Να προστατεύσει την μητέρα από την λήψη λανθασμένης απόφασης σχετικά με την διατροφή του βρέφους της. Να προστατεύσει τους επιστήμονες υγείας από την εφαρμογή επικίνδυνων κλινικών πρακτικών. Να προστατεύσει την πολιτεία από επιζήμιες κλινικές πρακτικές, οφειλόμενες σε μεγάλο βαθμό στην πολιτική των εταιρειών. Ο Κώδικας απευθύνεται και θα πρέπει να

εφαρμοσθεί από όλους τους εμπλεκόμενους στην Παραγωγή, Διανομή, Υπόδειξη, Διάθεση.

Για τα προϊόντα υποκατάστατα ο Κώδικας ορίζει τα εξής: *Απαγορεύεται η διαφήμιση τους, ο δωρεάν δειγματισμός τους, η δωρεάν ή με χαμηλή τιμή τροφοδοσία τους. Απαγορεύεται η δωρεάν ή επιχορηγούμενη παροχή ποσοτήτων υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος σε οποιοδήποτε πεδίο του συστήματος υγείας. Απαγορεύεται η προώθηση προϊόντων μέσα ή μέσω υγειονομικών υπηρεσιών, η απευθείας επαφή του προσωπικού προώθησης των προϊόντων με τις μητέρες. Οι ετικέτες θα πρέπει να είναι γραμμένες στην κατάλληλη γλώσσα χωρίς εικόνες και λέξεις που το εξιδανικεύουν. Τα προϊόντα θα πρέπει να είναι άριστης ποιότητας και να λαμβάνονται υπ' όψη οι κλιματικές και αποθηκευτικές συνθήκες στη χώρα όπου προορίζονται να χρησιμοποιηθούν. Απαγορεύονται τα δώρα ή τα προσωπικά δείγματα σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας ή στις οικογένειές τους. Μόνο επιστημονική και τεκμηριωμένη πληροφόρηση πρέπει να δίδεται στους εργαζόμενους υγείας. Οι κυβερνήσεις οφείλουν να διασφαλίσουν ότι παρέχεται αντικειμενική και συνεπής πληροφόρηση σε θέματα βρεφικής διατροφής και να εξασφαλίσουν την εφαρμογή και παρακολούθηση του Κώδικα. Οι κυβερνήσεις πρέπει να εξασφαλίσουν ότι η οικονομική ενίσχυση και άλλα κίνητρα για τους ειδικούς που ασχολούνται με την υγεία των βρεφών και των νηπίων δεν δημιουργούν σύγκρουση συμφερόντων. Κάθε πληροφορία σχετική με την τεχνητή βρεφική διατροφή πρέπει να εξηγεί με σαφήνεια τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, να προειδοποιεί για τις επιβαρύνσεις και τους κινδύνους που σχετίζονται με την τεχνητή διατροφή» (WHO, 1981).*

2.2 Γιατί πρέπει ένα νοσοκομείο να συμμετέχει στην Πρωτοβουλία Φιλικό προς τα Βρέφη;

Υπάρχουν συντριπτικά στοιχεία που αποδεικνύουν την θετική επιρροή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου για τις μητέρες τα βρέφη και τα ίδια τα νοσοκομεία. (WHO, 1991). Νοσοκομεία τα οποία έχουν εφαρμόσει τα Δέκα Βήματα ή έστω κάποια από αυτά, επιδεικνύουν δραματική αύξηση στα ποσοστά έναρξης μητρικού θηλασμού, αποκλειστικού θηλασμού και διάρκειας. Στην Αγγλία η Πρωτοβουλία ξεκίνησε για να εξασφαλιστεί ένα υψηλό επίπεδο φροντίδας για εγκύους θηλάζουσες μητέρες και μωρά, στα νοσοκομεία και για ρυθμίσεις της υγείας στην κοινότητα. Η Πρωτοβουλία Φιλική προς τα βρέφη πιστοποιεί εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που υιοθετούν διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα βέλτιστης πρακτικής για τον θηλασμό (UNICEF

UK,1995). Κατά τη διάρκεια κάθε σταδίου της διαπίστευσης, η πρωτοβουλία παρέχει υποστήριξη στις εγκαταστάσεις που εφαρμόζουν τα πρότυπα σχετικά με τις πολιτικές και τις διαδικασίες, την εκπαίδευση του προσωπικού, τον αποτελεσματικότερο έλεγχο, την εκπαίδευση των εγκύων γυναικών και των μητέρων, καθώς και άλλους συναφείς τομείς (UNICEF UK, 1995). Κάποιοι από τους λόγους που αναφέρονται σε χώρες του εξωτερικού, σχετικά με τα οφέλη από τον χαρακτηρισμό των νοσοκομείων ως Φιλικά, είναι μεταξύ άλλων η ανύψωση της φήμης του οργανισμού με τη λήψη ενός παγκοσμίως αναγνωρισμένου κύρους βραβείου, η βελτίωση του περιβάλλοντος των αρμοδιοτήτων μεταξύ του προσωπικού και η ενίσχυση της ηγεσίας και των ομαδικών δεξιοτήτων μεταξύ των υπαλλήλων. Ακόμη ως όφελος λογίζεται η τεκμηριωμένη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, η βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, η βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για τις μητέρες και τα μωρά (Baby Friendly USA, 2012). Σε Ιατρικό Κέντρο της Βοστώνης τα ποσοστά μητρικού θηλασμού αυξήθηκαν από 58% σε 87% στην διάρκεια της εφαρμογής του Φιλικού προς τα βρέφη νοσοκομείου το 1999 (www.cityofchicago.org 2012). Αποτελεί επιπλέον όφελος η συμμετοχή στην Πρωτοβουλία, για την βελτίωση των δεικτών υγείας και την έναρξη του θηλασμού, την διάρκεια και την αποκλειστικότητα, γιατί έτσι τα νοσοκομεία έχουν την ευκαιρία να βελτιώσουν προγράμματα ποιότητας, κόστους, δημοσίων σχέσεων και κύρους. Για παράδειγμα, αυξημένα ποσοστά θηλασμού, φαίνεται να σχετίζονται με μια ποικιλία από διάφορα είδη κόστους όπως αυτό της μείωσης των επιπλοκών μετά τον τοκετό και των παιδιατρικών επανεισαγωγών (www.cityofchicago.org 2012). Ακόμη προβάλλοντας αυτό το βέλτιστο επίπεδο φροντίδας της δυάδας μητέρας βρέφους, επιτρέπει στα νοσοκομεία να βγαίνουν στην αγορά ως ηγέτες στις μαιευτικές υπηρεσίες. Συναντούν και ικανοποιούν τις ανάγκες των πελατών τους εφαρμόζοντας αποδεδειγμένα αποτελεσματικές πρακτικές για την υποστήριξη του θηλασμού και επηρεάζουν γιατί όχι τις επιλογές των πελατών προς τα νοσοκομεία. Σε μια δυναμική πορεία γύρω από το χτίσιμο των Φιλικών για τα Βρέφη Νοσοκομείων, οι «πελάτες» ασθενείς, μπορεί να είναι πιο προσεκτικοί στο μέλλον, επιλέγοντας νοσοκομεία που είναι υποστηρικτικά στις ανάγκες των οικογενειών τους (www.healthyplaceschicago.org). Υπάρχουν μελέτες του εξωτερικού που αποδεικνύουν περίτρανα την θετική συσχέτιση του θηλασμού και τις πρακτικές του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου. Έρευνα και συγκεκριμένα από την Ταιβάν (Chien et al., 2007) εξετάζει την θετική σχέση των μητέρων που βίωσαν πρακτικές φροντίδας Νοσοκομείων Φιλικών προς τα Βρέφη με την διάρκεια του θηλασμού. Η εφαρμογή στο σύνολο ή μερικώς των Δέκα Βημάτων από τις μαιευτικές μονάδες σχετίζεται με τα

επίπεδα θηλασμού (αποκλειστικός ,μη αποκλειστικός καθόλου). Υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αναγνωρισμένα και μη αναγνωρισμένα νοσοκομεία που ακολουθούσαν τα Δέκα Βήματα. Ακόμη και σε αναγνωρισμένα νοσοκομεία η εφαρμογή μερικών μόνο από τα Δέκα Βήματα αναγνωρίστηκε ως πρακτική που έδειξε χαμηλά επίπεδα θηλασμού. Αυτό πρακτικά σημαίνει καταλήγει η έρευνα ότι ακόμη και αναγνωρισμένα νοσοκομεία πρέπει να εργάζονται σκληρά για την εφαρμογή και των Δέκα Βημάτων, καθώς κάθε ένα από αυτά μπορεί να επηρεάσει την μητέρα στο να πετύχει με τον θηλασμό. Η συγκεκριμένη έρευνα (Chien et al., 2007) βέβαια αποτυπώνει τις εμπειρίες των μητέρων σχετικά με τις πρακτικές των νοσοκομείων που είναι η μια όψη του θέματος, δεν εξετάζει τις πολιτικές των νοσοκομείων, ή το επίπεδο συμμόρφωσης του προσωπικού στη εφαρμογή των πρακτικών. Ωστόσο υποστηρίζεται ότι οι εμπειρίες των μητέρων που είναι αποδέκτες όλων αυτών των πρακτικών αποτελεί σημαντικό βήμα στην αναγνώριση της εικόνας ,η οποία είναι διαφορετική από αυτή των επαγγελματιών υγείας. Μέσα από ευρήματα άλλων ερευνών παρατηρήθηκε αύξηση στα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού όπου εφαρμόζονται τα Δέκα Βήματα και αύξηση του θηλασμού κατά το εξιτήριο όπου οι επαγγελματίες υγείας ήταν εκπαιδευμένοι σωστά. Η έλλειψη γραπτής πολιτικής και η διάδοση αυτής στο προσωπικό θα εξάλειφε πολλά προβλήματα εφαρμογής των υπολοίπων βημάτων (Lillehoj & Dobson, 2012).

2.3 Πώς υποστηρίζεται ένα Μαιευτήριο- Εργαλεία BFH

(WHO 1991)

Για να βοηθήσει στην υλοποίηση της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο η ΠΟΥ ανέπτυξε διάφορα εργαλεία, που βοηθούν και υποστηρίζουν τους οργανισμούς, *όπως ένα σεμινάριο εκπαίδευσης για το προσωπικό του μαιευτηρίου, ένα εργαλείο αυτο-αξιολόγησης και ένα εργαλείο εξωτερικής αξιολόγησης (who)*. Πρόσθετα εργαλεία αναπτύχθηκαν αργότερα, όπως τα εργαλεία παρακολούθησης και επανααξιολόγησης. Η πρωτοβουλία έχει μετρήσιμη και αποδεδειγμένη επιρροή, αυξάνοντας την πιθανότητα τα μωρά να θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους έξι μήνες (WHO, UNICEF, 2009).

2.3.1 Εργαλεία και υλικό για την πιστοποίηση

Κεφάλαιο 1^ο: Υπόβαθρο και εφαρμογή. Εδώ παρέχονται οδηγίες για τις αναθεωρημένες πρακτικές και τις πιθανότητες διεύρυνσής τους σε επίπεδο χώρας, νοσηλευτικού ιδρύματος και κοινότητας. Αναγνωρίζεται ότι η πρωτοβουλία έχει διευρυνθεί και

πρέπει να ενσωματωθεί μέχρι κάποιο βαθμό στην καθημερινή πρακτική, προκειμένου να είναι βιώσιμη και περιλαμβάνει: 1) Εφαρμογή σε επίπεδο χώρας. 2) Εφαρμογή σε επίπεδο νοσοκομείου. 3) Τα παγκόσμια κριτήρια για το Φιλικό προς το Βρέφος Νοσοκομείο. 4) Την εναρμόνιση με τον Κώδικα Εμπορίας των Υποκατάστατων του Μητρικού Γάλακτος. 6) Πιθανότητες διεύρυνσης και ολοκλήρωσης του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου. 7) Πηγές, βιβλιογραφικές αναφορές και διαδικτυακοί τόποι.

Κεφάλαιο 2^ο: Ενίσχυση και υποστήριξη της πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία. Σεμινάριο για αυτούς που λαμβάνουν τις αποφάσεις, προσαρμογή του σεμιναρίου της ΠΟΥ με τίτλο: « Προαγωγή του θηλασμού στα νοσηλευτικά ιδρύματα, ένα μικρό σεμινάριο για τους διευθυντές και όσους ορίζουν την πολιτική» Χρησιμοποιείται από αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις (διευθυντές, αρμόδιους διοικητές) αλλά και εκείνους που ορίζουν τις πολιτικές του νοσοκομείου σχετικά με την Πρωτοβουλία και τη θετική επίδραση που μπορεί να έχει η εφαρμογή της . Έχουν συμπεριληφθεί δύο εναλλακτικά σχέδια συνεδριών και υλικό για μέρη όπου παρουσιάζεται υψηλή επίπτωση του ιού HIV.

Κεφάλαιο 3^ο: Προαγωγή και υποστήριξη του θηλασμού σε ένα Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο. Ένα σεμινάριο 20 ωρών για το μαιευτικό προσωπικό, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα ιδρύματα, για να ενισχύσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του προσωπικού σχετικά με την σωστή εφαρμογή των 10 Βημάτων για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό.

Κεφάλαιο 4^ο: Αυτοαξιολόγηση και παρακολούθηση του νοσοκομείου. Στο κεφάλαιο αυτό δίνονται εργαλεία-κριτήρια, ικανά να βοηθήσουν τους διοικητές και το προσωπικό να εξακριβώσουν αρχικά αν τα ιδρύματά τους είναι έτοιμα να κάνουν αίτηση για εξωτερική αξιολόγηση και, εφόσον αυτά χαρακτηριστούν ως Φιλικά για τα Βρέφη, να παρακολουθήσουν στη συνέχεια αν συνεχίζεται η συμμόρφωσή τους, σύμφωνα με τα προτεινόμενα 10 Βήματα.

Κεφάλαιο 5^ο: Εξωτερική αξιολόγηση και επανααξιολόγηση, που δίνει οδηγίες και εργαλεία σε εξωτερικούς εκτιμητές, για να διαπιστώσουν αρχικά αν το νοσοκομείο εκπληρώνει τα παγκόσμια κριτήρια και, επομένως, συμφωνεί απόλυτα με τα 10 Βήματα και ακολούθως να βεβαιώσουν σε τακτά διαστήματα αν συνεχίζει να πληροί τα απαιτούμενα πρότυπα.

2.4 Ο δρόμος προς την Πιστοποίηση

Η πιστοποίηση ενός νοσοκομείου στηρίζεται σε κάποια κριτήρια που βασίζονται σε συγκεκριμένους κανόνες και διαδικασίες και αφορούν τόσο την εφαρμογή της τήρησης των Δέκα Βημάτων όσο και την αποφυγή παραβίασης του Κώδικα Υποκατάστατων. Υπεύθυνος για την τήρηση αυτής της διαδικασίας στην Ελλάδα είναι το Ινστιτούτο

Υγείας του Παιδιού το οποίο μέσα από το πρόγραμμα <Αλκυόνη> προτυποποιεί και εφαρμόζει την διαδικασία αξιολόγησης ενώ την πιστοποίηση κάνει η Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού η οποία και την προωθεί στο Υπουργείο Υγείας και στην UNICEF (Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού). (alkyoni.thilasmos@ich.gr)

2.4.1 Βήματα

Τα νοσοκομεία που ενδιαφέρονται για την πιστοποίηση γνωστοποιούν την πρόθεση τους στην «Αλκυόνη» -Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και στην συνέχεια τους δίδεται καθοδήγηση ως προς τις διαδικασίες. Ακολουθεί η συμπλήρωση του «Ερωτηματολογίου Αυτοαξιολόγησης» ενός «εργαλείου» όπως αναφέρθηκε που ο ίδιος ο οργανισμός χρησιμοποιεί για να αξιολογήσει πρακτικές, διαδικασίες και βήματα φιλικά προς την υποστήριξη και προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Με το εργαλείο αυτό το νοσοκομείο οδηγείται στη συλλογή δεδομένων της σίτισης νεογνών της εκπαίδευσης του προσωπικού αλλά και οδηγίες για την σύνθεση γραπτής πολιτικής και ξεκινά την διαδικασία αλλαγής πρακτικών που συνιστά η Πρωτοβουλία. Ανάλογα με το ερωτηματολόγιο και τα υποστηρικτικά έγγραφα που θα προσκομίσει το νοσοκομείο κατατάσσεται σε ένα από τα στάδια (1.2.3) που περιγράφονται ως ενδιάμεσα στάδια ετοιμότητας για πιστοποίηση. Αν διαπιστωθεί ότι τηρούνται τα Δέκα Βήματα η Αλκυόνη θα έρθει σε επαφή με το νοσοκομείο έτσι ώστε να προγραμματιστεί η εξωτερική αξιολόγηση η οποία γίνεται από εξωτερικούς αξιολογητές με συγκεκριμένη εκπαίδευση. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει α) *Συνεντεύξεις με μέλη του κλινικού και μη κλινικού προσωπικού του νοσοκομείου.* β) *Επιτόπια παρατήρηση της εφαρμογής των Δέκα Βημάτων σε χώρους του νοσοκομείου.* γ) *Αξιολόγηση της τήρησης του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.* Μετά τη πιστοποίηση υπογράφεται ένα συμφωνητικό αποδοχής της πιστοποίησης Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο (ΦΒΝ) με το οποίο δεσμεύεται να τηρεί τα Δέκα Βήματα και τον Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Σε ετήσια βάση αποστέλλεται απολογιστικό έγγραφο στην Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού. Η διάρκεια της πιστοποίησης είναι τριετής (alkyoni.thilasmos@ich.gr).

2.5 Τί δείχνουν οι έρευνες στην Ελλάδα για τον θηλασμό και την εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας.

2.5.1 Ιστορικά

Έχουν σημειωθεί δραματικές αλλαγές στη διατροφή των βρεφών την περίοδο του 20ού αιώνα όπου συνέβησαν μεγάλες κοινωνικές και τεχνολογικές αλλαγές. Σχεδόν παγκόσμια στο γύρισμα του αιώνα ο θηλασμός μειώθηκε μέχρι τα μέσα του αιώνα, όπου μετά ξεκίνησε να γίνεται κανόνας. Μέχρι πρόσφατα τα οφέλη της υγείας του θηλασμού δεν τονιζόταν και τα συνθετικά σκευάσματα ήταν περισσότερο δημοφιλή. Οι επαγγελματίες υγείας ενεπλάκησαν στην προαγωγή του θηλασμού ως επιστροφή στις παραδοσιακές αξίες και στον φυσικό τρόπο διατροφής (Greer, 2001). Μελέτες που βασίστηκαν κυρίως σε πρωτογενές υλικό από την ιατρική και λαογραφική βιβλιογραφία του πρώτου μισού του 20ού αιώνα από την Ελλάδα (Πεχλιβάνη, 2008) αποκαλύπτουν ότι κατά την περίοδο 1920–1950 ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός σταδιακά άρχισε να φθίνει ως πρακτική, ενώ τυποποιημένα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος βρίσκονται διαθέσιμα παντού. Το Υπουργείο Υγιεινής προέβη σε πρωτοβουλίες ενημέρωσης των γυναικών σε θέματα βρεφικής διατροφής, λόγω των ανησυχητικών ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας από το 1920. Σταδιακά, οι οδηγίες προς τις θηλάζουσες μητέρες γίνονται ολοένα και πιο αυστηρές, συστήνοντας πρακτικές όπως, τακτικό ωράριο γευμάτων, απαγόρευση νυκτερινού γεύματος, ζύγισμα του βρέφους πριν και μετά από το θηλασμό και αποθηλασμό κατά τον 9^ο μήνα. Οι μητέρες ενθαρρύνονταν επίσης να εμπλουτίζουν τη δίαιτα του βρέφους τους με συμπληρωματικά τρόφιμα, ήδη από το 2^ο μήνα. Οι Ελληνίδες σταδιακά υιοθέτησαν τη χρήση των εναλλακτικών μορφών σίτισης, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στη μετάβαση από τον αποκλειστικό θηλασμό προς τη μεικτή διατροφή. Οι εργαζόμενες μητέρες, ειδικότερα, υποχρεώθηκαν να εγκαταλείψουν τον αποκλειστικό θηλασμό και λόγω της έλλειψης ενός νομοθετικού πλαισίου που θα τον επέτρεπε.

Οι επαγγελματίες υγείας «ιατρικοποίησαν» έτσι σταδιακά με την σειρά τους τη διατροφή των βρεφών και το θηλασμό ειδικότερα, και προώθησαν την εφαρμογή αυστηρών κανόνων στη σίτιση των βρεφών.

Την περίοδο του μεσοπολέμου οι επαγγελματίες υγείας προκειμένου να προστατεύσουν την υγεία των βρεφών κινητοποιήθηκαν και οι ειδικοί επισήμαναν τη σημασία της βελτίωσης της διατροφής των λαϊκών στρωμάτων. Η βρεφική θνησιμότητα, παρά το γεγονός ότι σημείωνε σταδιακή μείωση, παρέμενε ανησυχητικά υψηλή. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο Α΄ Πανελλήνιο Συνέδριο Προστασίας Μητρότητας και

Παιδικών Ηλικιών το 1930, τα ποσοστά θνησιμότητας κατά το πρώτο έτος ζωής ανέρχονταν σε «16,6%, 14,6%, 13,2% και 11,6% το 1924, 1927, 1928 και 1929, αντίστοιχα». Τη δεκαετία του 1930 η βρεφική θνησιμότητα παρέμεινε σε διψήφιους αριθμούς «11,2% και 11,3% το 1934 και 1935, αντίστοιχα ο Δοντάς (1937). θεωρεί ότι τα κύρια αίτια της υψηλής βρεφικής θνησιμότητας στη χώρα ήταν «η ανθυγιεινή τροφή και το κακώς διδόμενο γάλα» και έκανε έκκληση να διατεθούν περισσότερα χρήματα για την καλύτερη θρέψη του λαού. Οι αντίστοιχες τιμές θνησιμότητας που αναφέρονταν για άλλα ευρωπαϊκά κράτη κυμαίνονταν μεταξύ «5% και 9%». Οι επιστήμονες της εποχής στη χώρα μας αποδίδουν τη βρεφική θνησιμότητα κυρίως στη μεγάλη επίπτωση της διάρροιας και της εντερίτιδας, επισημαίνουν ωστόσο ότι στους αγροτικούς πληθυσμούς ήταν χαμηλότερη σε σχέση με εκείνη των αστικών, γεγονός που αποδίδουν στη μεγαλύτερη εφαρμογή του μητρικού θηλασμού (Δοντάς, 1937). Την περίοδο αυτή, η ελληνική πολιτεία ρυθμίζει νομοθετικά το θέμα .Ιδιαίτερα σημαντικός ήταν ο νόμος περί Οργάνωσης Εθνικού Παιδοκομικού Ινστιτούτου, της 20ής Νοεμβρίου 1926, όπου αναφέρεται: «εργοστάσια οιαδήποτε ανά την χώραν απασχολούντα επαρκή αριθμόν θηλαζουσών μητέρων, οφείλουν χάριν τούτων και εφ' όσον καθίσταται δυνατόν, να ιδρύσουν επί τόπου μικρούς βρεφικούς σταθμούς »Επίσης, ο νόμος 4061, που αφορούσε στην πρόσληψη τροφού, ανέφερε: «ουδεμία γυνή δύναται να εξασκήσει το επάγγελμα της τροφού μακράν του τέκνου αυτής εάν δεν έχει πιστοποιητικόν της αστυνομικής αρχής, δι' ου να βεβαιούται ότι το υπ' αυτής γαλουχηθέν και ζών τέκνον της συνεπλήρωσε την ηλικίαν των τριών τουλάχιστον μηνών ή ότι το γεννηθέν απεβίωσε εκ φυσικού θανάτου». Οι νόμοι αυτοί όμως δεν βοήθησαν, επειδή ο πρώτος δεν εφαρμόστηκε καθόλου και ο δεύτερος παραβιαζόταν από τα ίδια τα μαιευτήρια. (Βέρας, 1931).

Το Υπουργείο Υγιεινής εκπόνησε το 1930 ένα εγκόλπιο με τίτλο «Μητέρες πώς πρέπει να τρέφετε τα παιδιά σας ως που να γίνουν δύο χρονών»

Η πολιτεία και μέρος του ιατρικού κόσμου της εποχής πρέσβευε ότι κατά το πρώτο εξάμηνο η αποκλειστική διατροφή του βρέφους με μητρικό γάλα είναι επιβεβλημένη Το γάλα σε μορφή σκόνης στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις γραπτές μαρτυρίες, ανάγεται στο 1923 και αντιμετωπίστηκε ως νέο προϊόν με πολλή δυσπιστία, αλλά σταδιακά αρκετοί γιατροί άρχισαν να το δοκιμάζουν και «λίγα χρόνια πριν από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο όλοι οι παιδίατροι το προτιμούσαν έναντι του φρέσκου ζωικού γάλακτος» (Βέρας, 1946).

Ο επιστημονικός σύλλογος των μαιών επισήμανε την ανάγκη της εκπαίδευσης των μητέρων σε θέματα διατροφής των παιδιών για τον περιορισμό της βρεφικής θνησιμότητας στη χώρα και κάλεσε την πολιτεία να ιδρύσει Σχολές Μητέρων ή αν αυτό

δεν ήταν δυνατόν, να περιληφθούν τα θέματα μητρότητας στη διδακτέα ύλη του γυμνασίου (Πεχλιβάνη, 2008).

Σημαντικές αλλαγές σε σχέση με τις πρακτικές σίτισης των βρεφών στην Ελλάδα, όπως η χρήση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος διαπιστώνονται στο πρώτο μισό του 20ού αιώνα. Η χρήση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος καθώς και η εύκολη πρόσβαση αυτών από τις μητέρες διευκολύνθηκε, από κοινωνικές αλλαγές όπως η εσωτερική μετανάστευση, μαζί με την υποδοχή των προσφύγων της Μικρασιατικής καταστροφής η οποία αύξησε τον πληθυσμό των αστικών κέντρων της χώρας, καθώς και η συμβολή της εργασίας των γυναικών τα οποία συνέβαλαν σημαντικά στην υιοθέτηση διαφορετικών προτύπων και στην μείωση του θηλασμού που μέχρι τότε αντιμετωπιζόταν ως παραδοσιακή αξία με βιολογική και πολιτισμική λειτουργία ύψιστης σημασίας. Οι περίπλοκες συστάσεις των ελλήνων επαγγελματιών υγείας που υιοθετήθηκαν από τους «δυτικούς» συναδέλφους τους, όπως τακτικό ωράριο γευμάτων, απαγόρευση νυκτερινού γεύματος και ζύγισμα του βρέφους πριν και μετά από το θηλασμό συνέβαλαν με την σειρά τους ώστε ο μητρικός θηλασμός από μια απλή και φυσική διαδικασία να μετατραπεί σε πολύπλοκη και να αυξηθεί με την σειρά της η συμπληρωματική διατροφή. Συμπερασματικά, ο πολιτισμός του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού πέρασε κρίση, με αποτέλεσμα την σταδιακή υποβάθμισή του (Πεχλιβάνη, 2008).

2.6 Η σχέση των επαγγελματιών υγείας και του θηλασμού στο εξωτερικό

Αντίστοιχες αναφορές από έρευνες του εξωτερικού όπως της Linda Bryder αναπληρώτριας καθηγήτριας του Ιστορικού Πανεπιστημίου του Auckland Νέας Ζηλανδίας σχετικά με το θηλασμό και τους επαγγελματίες υγείας, στην Βρετανία στην Νέα Ζηλανδία και στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1900 έως το 1970 γίνεται μια ιστορική αναδρομή στην ιατροποίηση, στην βιομηχανοποίηση και στην επιρροή Δυτικών κυρίως συμπεριφορών σε θέματα που αφορούν την διαχείριση του τοκετού και τον θηλασμό. Υπάρχουν αρκετές εξηγήσεις τόσο από κοινωνιολόγους, ψυχολόγους όσο και από άλλους ειδικούς για τις αλλαγές στη συμπεριφορά και στη στάση των γυναικών απέναντι στο θηλασμό μεταπολεμικά. Ωστόσο η υπεροχή του μητρικού γάλακτος δεν αμφισβητήθηκε ποτέ ακόμη και από τις ίδιες τις εταιρείες υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος και μέσα από την διαφήμιση (Bryder, 2012). Η μελέτη καταλήγει ότι υπήρχαν πάντα διαφορετικές στάσεις απέναντι στο θηλασμό από τους επαγγελματίες υγείας στις υπό μελέτη χώρες που προαναφέρθηκαν και αυτό είχε

αντανάκλαση στα ποσοστά θηλασμού με το πέρασμα των χρόνων. Ένα διαφορετικό στοιχείο που μελετά η έρευνα είναι η επίδραση των διαφόρων επαγγελματιών στις γυναίκες σε σχέση με τον θηλασμό.

Για παράδειγμα στην Αμερική, οι γιατροί κέρδιζαν περισσότερο την εμπιστοσύνη των γυναικών, στην Νέα Ζηλανδία προ Δευτέρου Παγκοσμίου πολέμου οι νοσοκόμες είχαν περισσότερη επιρροή στο θέμα του θηλασμού. Πριν τον 2^ο Παγκόσμιο οι υπηρεσίες Μητρότητας στην Βρετανία και οι νοσοκόμες στην Νέα Ζηλανδία ελάμβαναν και δημοσίευαν γράμματα γυναικών που βοηθήθηκαν στον θηλασμό από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Συμπερασματικά φαίνεται λοιπόν ότι η ενίσχυση του θηλασμού από ομάδες επαγγελματιών ή η ανεπαρκής υποστήριξη αυτού, έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία ή όχι του θηλασμού (Bryder, 2012). Σε άλλη έρευνα του εξωτερικού (2007) από την νοσηλεύτρια Noel-Weiss J) με θέμα ιατρικοποίηση της μητρότητας που μελετά πως οι επαγγελματίες ενεπλάκησαν με το πέρασμα των χρόνων στον τοκετό και στην διατροφή του βρέφους, φαίνεται επίσης ξεκάθαρα πως με την εξέλιξη της ιστορίας της ιατρικής, των νοσοκομείων, της εκπαίδευσης, των κοινωνικών αλλαγών και δομών υπήρξαν ταυτόχρονα αλλαγές στους ρόλους των επαγγελματιών υγείας καθώς και των στάσεων των γυναικών απέναντι στο θηλασμό (Noel-Weiss, 2007). Από την άλλη η αύξηση της γνώσης των επαγγελματιών υγείας γύρω από τα πλεονεκτήματα του θηλασμού συμβάλει στην επιρροή των διατροφικών πρακτικών των βρεφών σύμφωνα με μελέτη του εξωτερικού (Schanler R et al 1999). Αν και πληροφορίες όπως η σύσταση του μητρικού γάλακτος ήταν διαδεδομένες, λίγοι παιδίατροι υποστήριζαν τον αποκλειστικό θηλασμό. Η έρευνα αναφέρει ότι η γνώση των παιδιάτρων γύρω από το θέμα είναι ελλιπής από την ιατρική εκπαίδευση ότι έχουν σημαντικά ελλείμματα γνώσεων σχετικά με την κλινική διαχείριση και ότι βασίζονται πάνω στην προσωπική εμπειρία σχετικά με την διαχείριση του θηλασμού. (Schanler et al, 1999). Επιπρόσθετα ένα 65% των παιδιάτρων που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα συνιστούσαν αποκλειστικό θηλασμό στον πρώτο μήνα μετά την γέννηση και το 37% για τον πρώτο χρόνο. Συμφωνούσαν ή είχαν ουδέτερη άποψη για το ζήτημα του θηλασμού ή της τεχνητής διατροφής θεωρώντας το, ίδιο και εξίσου αποδεκτό. Οι λόγοι που δεν συνιστούσαν αποκλειστικό θηλασμό ήταν ιατρικοί με γνωστές θεραπείες που δεν αποκλείανε τον θηλασμό. Η πλειοψηφία των παιδιάτρων 72% ήταν άσχετοι με το περιεχόμενο της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο (Schanler et al, 1999).

2.7 Ελληνικές μαιευτικές πρακτικές και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού

Παρότι το 1995 το Υπουργείο Υγείας έστειλε εγκύκλιο (Υ3γ/3618/9.10.1995) επιστολή που αφορούσε την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων προς όλα τα Νοσοκομεία με μαιευτικά τμήματα σήμερα μόνο λίγα από αυτά εφαρμόζουν και τα Δέκα Βήματα και επιπλέον υπάρχουν λίγα δεδομένα που αφορούν τις πρακτικές θηλασμού. Σχετικά λοιπόν με τις πρακτικές που ακολουθούνται στην χώρα μας έχουμε να αναρωτηθούμε, *κάτω από ποιες συνθήκες οι ελληνίδες μητέρες καλούνται να αποφασίσουν αν και κατά πόσο θα θηλάσουν ή όχι. Σε ποιο βαθμό οι πρακτικές αυτές ενθαρρύνουν και υποστηρίζουν τις μητέρες στην απόφασή της να θηλάσει; Σε ποιο βαθμό υπερασπίζονται το δικαίωμα της μητέρας στην σωστή ενημέρωση και την εκπαίδευση.* Σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα από τα Ελληνικά Μαιευτήρια (Daglas et al., 2009) για την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων και πως αυτή υποστηρίζει την απόφαση της ελληνίδας μητέρας να θηλάσει, έχει βρεθεί ότι ελάχιστα μαιευτήρια εφαρμόζουν και τα Δέκα Βήματα. (Daglas et al., 2009). Τα ακριβή αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν πρακτικές όχι και τόσο «φιλικές» όπως απομάκρυνση του βρέφους μετά τον τοκετό, και επιστροφή στην μητέρα μετά από έξι ώρες για θηλασμό. Η συνδιαμονή (rooming-in) του βρέφους με την μητέρα εφαρμοζόταν σε περίπου 15,3% των μαιευτηρίων ενώ το αντίστοιχο ποσοστό, μητέρων που γέννησαν σε ιδιωτικά μαιευτήρια ήταν μόλις 1,1%. Η πλειοψηφία των μητέρων δεν γνώριζε αν είχε δοθεί ξένο γάλα στο μωρό σαν πρώτο γεύμα. Η καθυστερημένη έναρξη του θηλασμού σαν πρακτική στα μαιευτήρια φαίνεται επίσης και από άλλες έρευνες όπου το ποσοστό ποικίλλει από 8.5% έως 3%. (Daglas et al., 2009). Αν και οι οδηγίες του WHO για τα Δέκα Βήματα συνιστούν απεριόριστο θηλασμό, σχεδόν οι μισές από τις μητέρες ανέφεραν ότι σύμφωνα με οδηγίες των επαγγελματιών του μαιευτηρίου ακολουθούσαν πρόγραμμα θηλασμού σύμφωνα με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα. Στα δημόσια νοσοκομεία οι μητέρες ήταν καλύτερα ενημερωμένες από αυτές των ιδιωτικών σε σχέση με τον απεριόριστο θηλασμό. Όπως προκύπτει και από άλλες έρευνες σχετικές με την εκπαίδευση του προσωπικού (Baby Friendly USA, 2010) πρέπει τουλάχιστον να πληρούνται κάποια κριτήρια τα οποία θα είναι βασικά για τις δεξιότητες και τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, μια σχετική εξειδίκευση και πρακτικές που να βασίζονται σε ενδείξεις τα οποία φαίνεται να λείπουν από τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας. Κατά την διαμονή τους στο νοσοκομείο υψηλό ποσοστό μητέρων (68.3%) ανέφερε ότι δινότανε στο νεογνό ξένο γάλα σε κάθε γεύμα αν και παρόμοιο ποσοστό (63.6%) υποψιαζότανε ότι το προσωπικό

του μαιευτηρίου έδινε ξένο γάλα στο νεογνό χωρίς την συγκατάθεσή τους και παρά τη απόφασή τους να θηλάσουν ,πρακτικές συχνές για τα ιδιωτικά κυρίως μαιευτήρια. ($p < 0.001$ και $p < 0.0005$, αντίστοιχα). Παρόλο που ο ελεύθερος και αποκλειστικός θηλασμός κατά την διάρκεια της διαμονής στο μαιευτήριο αποτελεί σημαντική πρόγνωση σε σχέση με την διάρκεια θηλασμού, φαίνεται ότι για την Ελλάδα αυτό δεν αποτελεί θεώρηση. Ποσοστό 89% των νεογέννητων λαμβάνουν ξένο γάλα μία ή και δύο φορές τις πρώτες ημέρες ζωής τους, ενώ μόνο το 19.1% θηλάζουν αποκλειστικά. Φαίνεται από την ίδια πάντα έρευνα (Daglas et al., 2009) ότι στα δημόσια μαιευτήρια οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ πιο υποστηρικτικοί στην καθημερινή τους πρακτική με τον θηλασμό απ' ότι στα ιδιωτικά, όπου αναφέρεται από μητέρες η υποστήριξη της μεικτής διατροφής έναντι του θηλασμού από τους επαγγελματίες υγείας. ($p < 0.05$). Σχετικά με τις οδηγίες για τον θηλασμό από τους επαγγελματίες αναφέρουν οι μητέρες ότι ήταν ξεκάθαρες, ένα ποσοστό 29% αναφέρουν ότι δόθηκαν κάτω από αντίξοες συνθήκες βιαστικά και με έλλειψη σχεδιασμού. Ποσοστό 37.9% αναφέρουν ελλιπή εκπαίδευση γύρω από τον θηλασμό. Σύμφωνα με έρευνα 34% των ελληνίδων μητέρων έχουν ενημέρωση από τον γιατρό τους (Theofillogianakou et al., 2006). Αν και η Ελλάδα έχει κυρώσει τη συμφωνία για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Convention on the Rights of the Child, 1989) έχει αναγνωρίσει την ανάγκη για ενημέρωση και υποστήριξη των μητέρων σε θέματα υγείας και διατροφής, και έχει επίσης υιοθετήσει τα «Δέκα Βήματα» της «Διακήρυξης Innocenti», η παρούσα μελέτη έδειξε ότι κανένα από τα συνιστώμενα από τους παγκόσμιους οργανισμούς «Δέκα Βήματα» εφαρμόστηκε πλήρως. Φάνηκε επίσης ότι πρακτικές θηλασμού στα Ελληνικά μαιευτήρια δεν δημιουργούν κατάλληλο και φιλικό περιβάλλον υποστήριξης για την μητέρα και τις αποφάσεις που καλείται να επιλέξει για την οικογένειά της. (Daglas et al., 2009). Σε έρευνα σχετική με τον θηλασμό (Αντωνίου et al., 2006) από 15 νοσοκομεία της χώρας δημόσια και ιδιωτικά φάνηκε να υποστηρίζεται μαζί με άλλους παράγοντες ότι η διαφήμιση του ξένου γάλακτος, η έλλειψη προσωπικού δυσκόλευαν την εφαρμογή των βημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Η περίπτωση της Ελλάδας σχετικά με τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία

Αν και ο μητρικός θηλασμός είναι απαραίτητος για την υγεία των βρεφών και των μητέρων τους, στη χώρα μας υπάρχουν μόνο δύο νοσοκομεία και πρόσφατα ένα ιδιωτικό μαιευτήριο της Αθήνας τα οποία είναι το «Αττικόν» το «Έλενα» και το ιδιωτικό μαιευτήριο «Μητέρα». Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με τους αριθμούς από την διπλανή μας χώρα την Τουρκία να δείχνουν ότι σε σύνολο 816 νοσοκομείων που διαθέτουν μαιευτήρια και σε σύνολο γεννήσεων 806,000(2002) 62 διοικητικές επαρχίες διαθέτουν Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία. Ο ετήσιος αριθμός γεννήσεων για αυτά τα νοσοκομεία είναι 452,000. Αυτό σημαίνει ότι το 56% των γεννήσεων ετησίως λαμβάνει χώρα σε Φιλικά Νοσοκομεία (IBFAN Turkey, 2012).

3.1.1 Γεννήσεις στην Ελλάδα σήμερα

Σύμφωνα με τα εθνικά στατιστικά δεδομένα της χώρας μας (ΕΛΣΤΑΤ) οι γεννήσεις στην Ελλάδα, κατά το 2014, ανήλθαν σε 92.148 (47.383 αγόρια και 44.765 κορίτσια), παρουσιάζοντας μείωση κατά 2,1 % σε σχέση με το 2013, που είχαν ανέλθει σε 94.134 (48.430 αγόρια και 45.704 κορίτσια). Στις γεννήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται οι γεννήσεις νεκρών βρεφών, οι οποίες κατά το 2014 ανήλθαν σε 353, μειωμένες κατά 6,1 % σε σχέση με το 2013 που είχαν ανέλθει σε 376. Σχετικά με την υπηκοότητα της μητέρας, το 2014 καταγράφηκαν 79.975 γεννήσεις από Ελληνίδες (ποσοστό 86,8%) και 12.173 από αλλοδαπές (ποσοστό 13,2%). Τα αντίστοιχα στοιχεία για το 2013 ήταν 80.940 (ποσοστό 86,0%) από Ελληνίδες μητέρες και 13.194 (ποσοστό 14,0%) από αλλοδαπές. Η μέση ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση, το 2014, ήταν 31,0 έτη, σημειώνοντας αύξηση σε σχέση με το 2013, που η αντίστοιχη μέση ηλικία ήταν 30,9 έτη. Οι γεννήσεις εκτός γάμου το 2014 σε απόλυτους αριθμούς, παρουσίασαν αύξηση 13,1% σε σχέση με το 2013 και ανήλθαν σε 7.165 (ποσοστό 7,8% επί του συνόλου των γεννήσεων) από 6.337 (ποσοστό 6,7% επί του συνόλου των γεννήσεων) που ήταν το 2013.

3.1.2 Νομοσχέδιο

Το 2013 το Υπουργείο Υγείας αναγνωρίζοντας τον Μητρικό Θηλασμό ως αναπόσπαστο μέρος της όλης διαδικασίας της αναπαραγωγή, αναγνωρισμένος παγκόσμια ως βασικό δικαίωμα του παιδιού για την θεμελίωση της φυσικής ψυχικής και κοινωνικής του ανάπτυξης, προέβη με την υπ' αριθμόν ΔΥ 157387/2.6.2005 υπουργική απόφαση σε μια σειρά ενεργειών με σκοπό την προστασία και την προώθηση το μητρικού θηλασμού. Συγκεκριμένα συγκροτήθηκε η Εθνική Επιτροπή Μητρικού θηλασμού η οποία με την σειρά της πραγματοποίησε τις παρακάτω δράσεις. *Επιδημιολογική μελέτη για τον Μ.Θ* από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. *Μετάφραση και επιμέλεια του Διεθνή Κώδικα Υποκατάστατων Μ.Θ. Ορισμός υπευθύνου Μ.Θ στα Μαιευτήρια* και στις κλινικές. *Διενέργεια ημερίδας για τον Μ.Θ* για τους υπευθύνους τον Μάιο 2008 στην Αθήνα. *Έκδοση εγκυκλίου κάθε χρόνο* με το μήνυμα της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μ.Θ και διοργάνωση σεμιναρίων δύο φορές τον χρόνο στο ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ.

Βασικός στόχος του έργου της επιτροπής αποτελεί η ανάπτυξη Νοσοκομείων Φιλικά προς τα Βρέφη (ΦΒΝ). Από το Υπουργείο προωθείται νομοθετική ρύθμιση για την αναγνώριση των Φιλικών στα Βρέφη Νοσοκομείων. Παράλληλα το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού υλοποιεί μέσω ΕΣΠΑ την οριζόντια πράξη «ΑΛΚΥΟΝΗ» εθνική πρωτοβουλία προαγωγής του Μ.Θ η οποία μέσα από δράσεις εντός και εκτός μαιευτηρίων προωθεί και προάγει τον Μ.Θ. Η «ΑΛΚΥΟΝΗ» είναι το Εθνικό Πρόγραμμα Προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού. Ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2013 και υλοποιείται από τη Διεύθυνση Κοινωνικής & Αναπτυξιακής Παιδιατρικής του Ινστιτούτου Υγείας Παιδιού. Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Υπουργείο Υγείας στο πλαίσιο του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013». Η «ΑΛΚΥΟΝΗ» έρχεται να ανταποκριθεί στην ανάγκη για προαγωγή του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας. Η ανάγκη αποτυπώθηκε μέσα από την «Εθνική μελέτη καταγραφής των ποσοστών και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού» (Γάκη et al., 2009) που κατέδειξε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Έτσι παρά το γεγονός του υψηλού ποσοστού πρόθεσης για θηλασμό τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση, που φτάνει στο 89%, τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού πέφτουν στο 21% τον πρώτο μήνα, 11% τον τρίτο και 9 % τον 6^ο μήνα. Υπενθυμίζεται ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά ότι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τους πρώτους 6 μήνες ζωής είναι η ιδανική διατροφή για τα βρέφη (WHO INT). Κλειδί για ένα

επιτυχές πρόγραμμα προαγωγής του μητρικού θηλασμού είναι η *αλλαγή στάσης όλης της Ελληνικής κοινωνίας απέναντι στο μητρικό θηλασμό (I.Y.P.)* Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από δράσεις που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού, στην υποστήριξη των θηλαζουσών και την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα ως συντονιστικός φορέας της πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» επιδιώκει την ενημέρωση των υγειονομικών μονάδων και την κινητοποίησή τους ώστε ο θεσμός αυτός να επεκταθεί σε όσο το δυνατό περισσότερες υγειονομικές μονάδες και στην κοινότητα (ΥΥΚΑ «Αλκυόνη», 2011).

3.2 Πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο στην Ελλάδα

3.2.1. Το Υγειονομικό προσωπικό στην Ελλάδα

Αν ξεκινήσουμε να χαρτογραφούμε τον υγειονομικό χάρτη στην Ελλάδα σήμερα θα κατανοήσουμε ίσως πολλά από αυτά που συμβαίνουν στις υγειονομικές υπηρεσίες απόρροια της τρέχουσας πολιτικής και οικονομικής κατάστασης. Ο υγειονομικός τομέας απορροφώντας το 2009 το 9,7% του δημόσιου ΑΕΠ δαπάνη εκ της οποίας το 62% καλυπτόταν από δημόσιους πόρους, αποτέλεσε επίκεντρο δράσεων εξορθολογισμού και αναδιάρθρωσης. Ο υγειονομικός τομέας είναι τόσο εντάσεως εργασίας όσο και εξάρτησης εργασίας και κατ'επέκταση η ποσότητα και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή στελέχωση των δομών υγείας και από την εκπαίδευση και τις ικανότητες του προσωπικού (Σκρουμπέλος et al., 2012). Σκοπός ενός σωστού σχεδιασμού ανθρωπίνου δυναμικού στην υγεία αποτελεί η *«επίτευξη και διατήρηση του κατάλληλου αριθμού επαγγελματιών υγείας με τις κατάλληλες ικανότητες στο σωστό μέρος και στη σωστή στιγμή»*. Το τετράπτυχο αυτό αποτέλεσε το περιβάλλον στο οποίο κινείτο η πολιτική του ανθρωπίνου δυναμικού την δεκαετία του 1960.

Τις επόμενες δεκαετίες έρχεται να προστεθεί στην παραπάνω λίστα ως απαραίτητη προϋπόθεση για το εν ενεργεία προσωπικό *«να διαθέτει σωστή συμπεριφορά, και τα κατάλληλα κίνητρα να δεσμεύει μια ορθολογική ποσότητα πόρων και να ασχολείται με το σωστό αντικείμενο βάσει αναγκών και ειδίκευσης»* (Σκρουμπέλος et al., 2012). Μια από τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι η συντριπτική υπεροχή των ιατρών σε σχέση με το νοσηλευτικό όπως προκύπτει από την δημογραφική τους

εξέλιξη, με συνέπεια το νοσηλευτικό να υπολείπεται πολύ κατά των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων στις επιμέρους συγκρίσεις. Ο αριθμός των ιατρών βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων εμφανίζεται ως ο υψηλότερος μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2009 αγγίζοντας τους 5,56 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος στις υπόλοιπες χώρες μέλη του οργανισμού για το ίδιο έτος είναι 3,16/1000 κατοίκους. Αντίστοιχα για το νοσηλευτικό προσωπικό κατέχουμε την προτελευταία θέση με αναλογία 3,4 νοσηλευτές/1000 κατοίκους, την ίδια στιγμή που οι άλλες χώρες δίνουν αναλογία 8,7/1000 κατοίκους για το έτος 2009. Αντίστοιχα ο δείκτης νοσηλευτών ανά κλίνη παίρνει τιμή 0,67 νοσηλευτές/ κλίνη την ίδια στιγμή που στις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ είναι 2,03 νοσηλευτές/κλίνη (ΟΟΣΑ, 2010). Τα στοιχεία αυτά αποτελούν ένα πολύ μικρό παράδειγμα για την κατάσταση στην χώρα μας σε σχέση πάντα με το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας.

3.2.2 Η πρωτοβάθμια Υγεία (ΠΦΥ)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από διάφορες περιφερειακές υπηρεσίες όπως Κέντρα υγείας, πολυιατρεία και απαρτίζεται από 3500 γιατρούς 2000 νοσηλευτές και 3000 λοιπό προσωπικό (2003). Ο σκοπός της είναι η πρόληψη η προαγωγή και η υποστήριξη καθώς και η εξάλειψη ανισοτήτων στην πρόσβαση των ανθρώπων για υπηρεσίες υγείας. Σε ότι αφορά τον ιδιωτικό τομέα λειτουργούν περίπου 20.000 ιδιωτικά ιατρεία (Marketos, 1981). Υπάρχει μια μεγάλη ετερογένεια με την Ευρώπη όπου εκεί εμφανίζεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού παίζοντας το ρόλο του «τροχονόμου» και μέσα σε αυτό το πλαίσιο παίζουν ρόλο επίσης οι μαίες οι νοσηλευτές οι φαρμακοποιοί και οι φυσιοθεραπευτές με περίθαλψη υποστήριξη και αποκατάσταση.

Η μεταρρύθμιση στον τομέα της Πρωτοβάθμιας φροντίδας εικάζεται ότι θα φέρει βελτίωση αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ισότητας. Θα συνεισφέρει στην βελτίωση της διαχείρισης των ασθενών (patient management) της διαχείρισης των νοσημάτων (disease management) και να συνδράμει στην υποκατάσταση υπηρεσιών δαπανηρής τεχνολογικής νοσοκομειακής περίθαλψης με ήπια και κατάλληλη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO 2008). Όσον αφορά την ανάπτυξη του Μ.Θ στις νέες μητέρες, η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας έχει την αρμοδιότητα οργάνωσης σχεδίασης και υλοποίησης προγραμμάτων σε μονάδες και υπηρεσίες της ΠΦΥ στο πλαίσιο είτε ανεξάρτητων προγραμμάτων του Υπουργείου είτε σε

συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ και άλλους φορείς (WHO 2008). Η πρακτικές αυτές δυστυχώς στην Ελλάδα είναι ελάχιστες και αν υλοποιούνται είναι χωρίς σχέδιο και πρόγραμμα κυρίως από «φιλότιμες» πρωτοβουλίες ιδιωτικών φορέων και επαγγελματιών.

3.2.3 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση των εισαγωγών κατά 24% στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως (ΥΥΚΑ 2011). Παρατηρείται επίσης, μείωση από 18% έως 25% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Κυριόπουλος, 2012). *Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμα μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας .Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματα τους θα ενταθούν (WHO, 2009 GENEVA).*

3.2.4 Ποσοστά Καισαρικών Τομών

Έρευνα στην Ελλάδα (Mossialos et al., 2005) σε τρία δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και ένα ιδιωτικό καταδεικνύουν προφανώς την πρωτιά της χώρας. Στα δημόσια το ποσοστό των καισαρικών τομών ανέρχεται για τις ελληνίδες σε 41,6% και 26% για τις αλλοδαπές. Στο μεταξύ στα ιδιωτικά μαιευτήρια το ποσοστό είναι 53% (62%για γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση και 23.9% για γυναίκες με ιδιωτική πληρωμή). Εξετάστηκαν δημογραφικές μεταβλητές αλλά και μεταβλητές που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη. Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές καθώς και μεταβλητές σχετικές με τις υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο νοσοκομείο όπως για παράδειγμα ημέρες και ώρες τοκετών, αφήνουν να φανεί η στοχευόμενη πολλές φορές παρέμβαση στο είδος του τοκετού. Τα αποτελέσματα της έρευνας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι ιατροί παρακινούνται από οικονομικούς και λόγους ευκολίας στην απόφασή τους για διενέργεια καισαρικής τομής. Η πρόσφατη εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών Γυναικολογίας στην Ελλάδα συζητείται, μαζί με τις επιπτώσεις της στις αποφάσεις των

γιατρών για την εκτέλεση Κ.Τ (Mossialos et al. 2005). Όσον αφορά τα ποσοστά γεννήσεων που απορροφά ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας σύμφωνα με διαδικτυακή έρευνα στην Ελλάδα International Baby Food Action Network ποσοστό γύρω στο 53%-63% συμβαίνουν στα ιδιωτικά μαιευτήρια της χώρας ,μελέτη που έλαβε χώρα το έτος 2011, αφήνοντας το υπόλοιπο ποσοστό για τον δημόσιο φορέα ,ο οποίος φαίνεται τις περισσότερες φορές ότι δεν δύναται να ανταποκριθεί στην ζήτηση καθότι λειτουργεί με το καθεστώς των εφημεριών σαν τριτοβάθμιος φορέας, και ως γνωστόν δεν μπορεί να υπάρξει προγραμματισμός σε έναν τοκετό. Επίσης ο όγκος των περιστατικών για την συγκεκριμένη περίοδο εφημερίας να είναι υπεράριθμος των υποδομών και των δυνατοτήτων του με αποτέλεσμα την πλημμυρή, βιαστική και «προγραμματισμένη» καμιά φορά φροντίδα (www.ibfan.gr2011).

3.3 Πιθανά Εμπόδια στην εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου

Αν και ο θηλασμός αποτελεί την ιδανική και βέλτιστη διατροφή του βρέφους για τους πρώτους μήνες της ζωής του πολλές έρευνες δείχνουν ότι η πρακτικές του θηλασμού ταλανίζονται για πολλούς λόγους (CDC2011). Η Unicef το 1991 προώθησε την Πρωτοβουλία Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία απαιτώντας για την αναγνώριση τους την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων (WHO1998). Ωστόσο αν και ξεκάθαρα τα Δέκα Βήματα η εφαρμογή της Πρωτοβουλίας πρέπει να μορφοποιηθεί και να εξατομικευθεί σε τοπικό επίπεδο για να πετύχει τα καλύτερα αποτελέσματα..Πολλοί κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στο αν οι μητέρες επιλέγουν τον θηλασμό για τα βρέφη τους (Beronic, 2003; Divakar et al, 2012). Εξετάζοντας πιθανά εμπόδια και δυσκολίες στην προώθηση και προαγωγή του θηλασμού τόσο από την διεθνή κοινότητα όσο και από τον ελλαδικό χώρο θα γίνει μια προσπάθεια να απαντηθεί ένα ερώτημα (ποια τα πιθανά εμπόδια για τον θηλασμό) που δεν αποτελεί βέβαια το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης αλλά ίσως έχει αξία για μια μελλοντική έρευνα στην χώρα μας καθότι και η Πρωτοβουλία στηρίζεται στην εξάλειψη παραγόντων που εμποδίζουν τον θηλασμό και στην ορθότερη εφαρμογή των πρακτικών που τον προάγουν.

3.4 Ανασκόπηση διεθνών ερευνών σχετικά με τα εμπόδια θηλασμού.

3.4.1 Είδος τοκετού

Σύμφωνα με μελέτες και βιβλιογραφικές αναφορές από τη διεθνή κοινότητα ένα από τα πιθανά εμπόδια που φαίνεται να απασχολούν τόσο την έναρξη όσο και την διάρκεια του θηλασμού είναι το είδος του τοκετού. Έτσι σε μια συστηματική μελέτη του 2012 και μετα-ανάλυση δεδομένων από πολλές χώρες το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Κλινικής Διατροφής (AJCN) έκανε μια προσπάθεια να καθορίσει *αν η_εκλεκτική ή έκτακτη Καισαρική τομή* σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό. Τα ευρήματα της έρευνας (Prior et al., 2012) από 53 μελέτες (554,568 θέματα 33 χώρες) 25 συγγραφείς με επιπλέον δεδομένα και 48 μελέτες (553,306 θέματα 31 χώρες) περιλαμβάνονται στις μετα-αναλύσεις. Τα ποσοστά του θηλασμού φάνηκαν χαμηλότερα (έναρξη, διάρκεια μετά το εξιτήριο) στους τοκετούς που διενεργήθηκαν με καισαρική τομή συγκριτικά με τον φυσιολογικό τοκετό.

Υπήρχε μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην εκλεκτική καισαρική τομή και στην έγκαιρη έναρξη του θηλασμού. Αν η έναρξη είχε επιτευχθεί δεν υπήρχε επίδραση στον αριθμό των μητέρων που θήλαζαν για διάστημα έξι μηνών και στο είδος του τοκετού που είχαν. Εξηγήσεις συγκριτικά με την επείγουσα καισαρική τομή την εκλεκτική καισαρική και τον φυσιολογικό τοκετό και όλα αυτά σε σχέση με τον θηλασμό δίνονται από την μελέτη και αφορούν επιστημονικές αναλύσεις πάνω στην αλληλεπίδραση διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στην μητέρα και στο νεογνό όπως μεταβολικών, ενδοκρινολογικών, μέγεθος απόκρισης των ορμονών όπως για παράδειγμα της οξυτοκίνης της προλακτίνης και άλλα. Βέβαια μέσα από την μελέτη εγείρεται το ερώτημα στους ερευνητές αν η αυξημένη υποστήριξη του θηλασμού στην κατηγορία αυτών των ομάδων θα μπορούσε να αυξήσει τα αποτελέσματα και τα ποσοστά του θηλασμού. Επειδή στην εν λόγω μελέτη δεν συμπεριλήφθηκαν «αποκλειστικά» νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη τα οποία θα απαντούσαν ενδεχομένως στο παραπάνω ερώτημα κατά πόσο η αυξημένη υποστήριξη θα ενίσχυε τον θηλασμό, χρειάζεται να διενεργηθούν προγραμματισμένες μελέτες παρέμβασης (Prior et al., 2012). Σε παρόμοια έρευνα του 2008 στο Πουέρτο Ρίκο με θέμα: η καισαρική τομή σαν εμπόδιο στην έναρξη του θηλασμού (Perez-Rios et al., 2008) βρέθηκε σύμφωνα με τα ποσοστά της έρευνας ότι το 35,3% γέννησαν με Κ.Τ, ποσοστό που δεν συμβαδίζει με τις *συστάσεις της ΠΟΥ* ($\leq 12\%$) το 64,7% με Φ.Τ. Έναρξη θηλασμού είχε το 64,7% και το 35,3% δεν είχε, το 11%. των γυναικών προτίμησαν την Κ.Τ και το 89% όχι. Σε

ποσοστό 10,3% των γυναικών δεν εξηγήθηκε ο λόγος της Κ.Τ. Στο 69,4% δόθηκε στα βρέφη ξένο γάλα χωρίς την άδεια της μητέρας εξαιρούνται οι κατηγορίες των γυναικών με ιατρικό λόγο(υπέρταση καρδιαγγειακό, διαβήτη). Ποσοστά έναρξης θηλασμού και είδους τοκετού που μετρήθηκαν στην έρευνα δείχνουν, ποσοστό 66,4% με Φ.Τ και 61,5% με Κ.Τ. Η διαφορά καταδεικνύει την ανάγκη δημιουργίας εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών στρατηγικών σε γυναίκες που γεννούν με Κ.Τ ιδιαίτερα σε μια χώρα όπως το Πουέρτο Ρίκο όπου τα ποσοστά των Κ.Τ φαίνεται να είναι ανοδικά (Perez-Rios et al., 2008). Στην εν λόγω μελέτη ανασκοπήθηκαν και άλλες έρευνες που δείχνουν ότι η Κ.Τ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την έναρξη του θηλασμού όπως αυτή της Perez- Escamilla για το Μεξικό με ποσοστό 36% γυναικών που δεν θήλασαν (Perez- Escamilla et al. 1996). Ο Dewey στις ΗΠΑ και ο Theofilogiannakou στην Ελλάδα παρατήρησαν παρόμοια αποτελέσματα (Dewey, 2003; Theofilogiannakou, 2006). Άλλοι παράγοντες που φάνηκαν στην ίδια έρευνα Prior et al. 2012) να επηρεάζουν τον δείκτη θηλασμού ήταν η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας. Η εκπαίδευση της μητέρας, η υποστήριξη και η επιμονή από το προσωπικό. Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει η έρευνα είναι ότι στο υπάρχον δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας, χωρίς καθόλου Νοσοκομεία Φιλικά για τα Βρέφη, πρέπει να υποστηριχθούν προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης για να αυξηθούν τα ποσοστά θηλασμού καθώς και να μειωθούν τα ποσοστά των Κ.Τ σύμφωνα με τον Διεθνή Στόχο Healthy People 2010-2020. Σε μια άλλη μελέτη του εξωτερικού (Mosalli et al., 2012), με διαφορετική κουλτούρα, συγκεκριμένα στην Σαουδική Αραβία εξετάσθηκαν παράγοντες που εμποδίζουν τις μητέρες να θηλάσουν σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και πριν από την εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη Μέση Ανατολή το 2003 τα ποσοστά του θηλασμού ανέρχονταν από 40-90% μέχρι που άρχισε η πτωτική πορεία και η τάση του μερικού θηλασμού και της συμπλήρωσης με ξένο γάλα.

Η συγκεκριμένη τάση που υποστηρίζει μικτά σχήματα διατροφής επηρεάζεται από το είδος του τοκετού, του ελεύθερα διαθέσιμου υποκατάστατου, την επαγγελματική κατάσταση, την χρήση αντισυλληπτικών, και την έγκαιρη έναρξη του θηλασμού. Ωστόσο είναι ακόμη ελάχιστα τα νοσοκομεία που εφαρμόζουν έστω και λίγα από τα Δέκα Βήματα. Τα ευρήματα της έρευνας από τις απαντήσεις των μητέρων κατηγοριοποιήθηκαν και αποδόθηκαν άλλοτε σε ένα εμπόδιο και άλλοτε σε περισσότερα του ενός. Μεταξύ αυτών η ευκολία στο τάισμα με ξένο γάλα μετά τον τοκετό για να αναρρώσει η μητέρα (να ξεκουραστεί) η έλλειψη γνώσης για τον

θηλασμό, η μη επαρκής ποσότητα γάλακτος, η «καλύτερη» σύσταση του υποκατάστατου είναι μερικές από αυτές. Παράμετροι όπως ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα, έπαιξαν ρόλο στην αναφορά πέραν του ενός εμποδίου (multiple barriers), (Mosalli et al., 2012).

3.4.2 Ψυχολογικοί παράγοντες

Μια άλλη ξένη μελέτη (Kronborg & Vaeth, 2004) ερευνά την επιρροή των ψυχολογικών παραμέτρων στην διάρκεια του θηλασμού. Σύμφωνα με την εν λόγω μελέτη εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων, χρησιμοποιήθηκαν χαρακτηριστικά γύρω από την εγκυμοσύνη και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά προστέθηκαν στην έρευνα, όπως επίσης και εργαλεία μέτρησης ψυχολογικών παραμέτρων τα οποία και έδειξαν ότι αποτελούν και παράγοντες κινδύνου όσον αφορά την επιρροή της μητέρας και την διάρκεια του θηλασμού. Για παράδειγμα η πρόθεση, η εμπειρία, η αυτοεκτίμηση, οι πόροι ή γνώση των πρωτοτόκων και των δευτερότοκων γύρω από τον θηλασμό, είναι για όλους τους επαγγελματίες, παράγοντες που πρέπει να αναγνωρίζουν ως προγνωστικούς δείκτες για κίνδυνο πρόωρης παύσης θηλασμού και έτσι να εντατικοποιήσουν την υποστήριξή τους (Kronborg & Vaeth, 2004). Παρόμοιες έρευνες του εξωτερικού στις ΗΠΑ (Lowe, 2011) καταδεικνύουν παράγοντες που εμποδίζουν τον θηλασμό, όπως έλλειψη γνώσης από την πλευρά των μητέρων, κοινωνικές «νόρμες», ελλιπής υποστήριξη από την οικογένεια και την κοινότητα, αμηχανία σε περίπτωση έκθεσης θηλασμού σε δημόσιο χώρο, προβλήματα με το θηλασμό και το στήθος, απασχόληση και φροντίδα των παιδιών, και παράγοντες που αφορούν τις ίδιες τις υπηρεσίες υγείας όπως για παράδειγμα ανεπαρκείς υποδομές των νοσοκομείων, ανεπάρκεια γνώσης του προσωπικού και λάθος πρακτικές φροντίδας.

3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τον Μ.Θ-Ελληνική ανασκόπηση

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Ελλάδα (Tavoulari et al., 2015) σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη του θηλασμού στην χώρα μας βρέθηκε σε ποσοστό 71% ελληνίδων μητέρων και 29% αλλοδαπών με μέση ηλικία 32 ετών να θηλάζει αποκλειστικά 44,4%. να δίνει ξένο γάλα 7,9% και 47,7% μεικτή διατροφή. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι ο αποκλειστικός θηλασμός ήταν επιλογή που σχετιζόταν αντιστρόφως ανάλογα με το δείκτη βάρους σώματος από την αρχή της εγκυμοσύνης, με το αίσθημα εμπιστοσύνης στο διάστημα αυτό, την καισαρική τομή ως είδος τοκετού. Παράγοντες που σχετίζονται θετικά με την γαλουχία και τον

αποκλειστικό θηλασμό είναι η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού , η ενημέρωση γύρω από τον θηλασμό, η συνδιαμονή μητέρας –βρέφους (rooming-in).

Οι αλλοδαπές μητέρες ήταν θετικά προσκείμενες στην έναρξη του θηλασμού, ενώ η ηλικία της μητέρας, η εκπαίδευση και το εισόδημα, όπως και το κάπνισμα δεν βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την έναρξη του θηλασμού (Tavoulari et al. 2015). Τα κυριότερα προβλήματα που εντοπίστηκαν για την χώρα μας σαν παράγοντες για χαμηλά ποσοστά θηλασμού ήταν, το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών ειδικά σε ιδιωτικές κλινικές, η μη εφαρμογή των Δέκα Βημάτων από τα μαιευτήρια, και η συστηματική παραβίαση του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος σύμφωνα με διαδικτυακή έρευνα την περίοδο 1/03/11-31/03/11. Ανταποκρίθηκαν 2290 ερωτώμενοι για παιδιά που γεννήθηκαν στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2011 (IBFAN, 2011). Σε άλλη ερευνητική εργασία που έλαβε χώρα στην Ελλάδα (Αντωνίου et al., 2006) και αντικατοπτρίζει την γνώμη των μαιών για την προαγωγή του Μ.Θ υποστηρίζεται από την πλειοψηφία των μαιών 73,6% ότι η ανεπαρκής ενημέρωση των λεχωίδων γύρω από τον θηλασμό λόγω έλλειψης παρακολούθησης κατά την κύηση από ειδικό μαιευτήρα/μαία (21%) αλλά και από αδιαφορία (18,5%) καθιστούν την υποστήριξη δύσκολη, όπως και η ανεπαρκής ενημέρωση των λεχωίδων στα μαιευτήρια από τις μαιές άποψη που υποστηρίχθηκε από μαιές με προϋπηρεσία 20-30 έτη. Οι μαιές με μικρότερη προϋπηρεσία το απέδωσαν στην έλλειψη προσωπικού (19,4%). Πιο κατάλληλη περίοδος για την ενημέρωση θεωρήθηκε σε ποσοστό (40,3%) των μαιών, η κύηση, ενώ η εφηβεία και η ενηλικίωση θεωρήθηκαν κατάλληλες περίοδοι για ενημέρωση από τις μαιές που είχαν προϋπηρεσία 20-30 έτη. Όσον αφορά τους παρόχους της ενημέρωσης κατάλληλοι θεωρήθηκαν σε ποσοστό (28,4%) οι μαιές, οι μαιευτήρες σε ποσοστό 20,4% και οι παιδίατροι σε ποσοστό (18,1%).

Οι λόγοι δυσκολίας που συναντούν οι μαιές στην προαγωγή και υποστήριξη των λεχωίδων γύρω από τον θηλασμό είναι η εύκολη κόπωση της μητέρας, (10,3%) το κάπνισμα,(9,9%) η ελλιπής ενημέρωση (9,7%) η αδιαφορία (8,5%) και ο φόβος ότι δεν έχουν αρκετό γάλα (8,4%), (Αντωνίου et al., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Στάσεις των επαγγελματιών υγείας για το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο

Μέσα από την διεθνή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας διακρίνεται η σημασία του μητρικού θηλασμού και η θετική στάση των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή των πρακτικών που προβλέπει και προωθεί το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο (Caldeira & Gonçalves, 2007). Συγκεκριμένα έρευνα στην Αυστραλία (Walsh et al. 2011) δείχνει στα αποτελέσματά της ότι η κατανόηση του προσωπικού και οι προσωπικές απόψεις τους συχνά είναι αντικρουόμενες με τους σκοπούς της εφαρμογής του Φιλικού για τα Βρέφη Νοσοκομείου. Αντιληπτές δυσκολίες περιελάμβαναν την ίδια την διαδικασία της διαπίστευσης, την δυναμική του νοσοκομείου, την εφαρμογή των Δέκα Βημάτων, και επιπροσθέτως την κουλτούρα διατροφής με μπιμπερό, καθώς και την απασχόληση της μητέρας που φαίνεται να έχει επίδραση επάνω στον θηλασμό. Επιπρόσθετα αυτή η μελέτη ενισχύει προηγούμενες έρευνες και σχόλια πάνω στις διαδικασίες εφαρμογής του Φιλικού για τα Βρέφη Νοσοκομείου από επαγγελματίες υγείας. Τα ευρήματα τους δείχνουν ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την διαδικασία. Νέα ευρήματα που σχετίζονται με την διαδικασία της εφαρμογής και της αναγνώρισης δείχνουν, πρώτα την ολοκληρωτική δέσμευση και διαχείριση της Διοίκησης προς την διαπίστευση, δεύτερον την ανάπτυξη και την επικοινωνία της πολιτικής του θηλασμού, και τρίτον την εμπλοκή της κοινότητας και του κοινωνικού συνόλου όσον αφορά την διάδοση και προώθηση του θηλασμού. Οι ομάδες εστίασης πίστευαν πως τα ποσοστά θηλασμού στα νοσοκομεία τους ήταν εξαιρετικά ,αλλά υπήρχε δραματική μείωση των ποσοστών μετά το εξιτήριο Αναγνωρίζουν την σημασία της κυβερνητικής συμβολής στην προαγωγή και υποστήριξη του θηλασμού για τουλάχιστον έξι μήνες (Walsh et al., 2011). Σε άλλη έρευνα του εξωτερικού (Schmied et al., 2011) αναφέρεται ότι παρά την ισχυρή υποστήριξη των αρχών για αυτή την στρατηγική, υπάρχει διαφορετική ερμηνεία από τους επαγγελματίες υγείας και απαιτείται επιπλέον εκπαίδευση και ακρίβεια πληροφοριών. Οι τρέχουσες διαδικασίες πρέπει να διαδοθούν και η εφαρμογή του Φιλικού για τα βρέφη νοσοκομείο να αναθεωρηθεί. Στα ίδια αποτελέσματα φτάνει και έρευνα από την Νότια Αφρική (Daniels & Jackson, 2011) σχετικά με τις στάσεις και τις πρακτικές των νοσηλευτών σχετικά με την πολιτική της ΠΦΒΝ και των «Δέκα

Βημάτων» όπου διαφαίνεται η ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού η οποία δεν συμβαδίζει με την πρακτική και επισημαίνει την αναγκαιότητα της συνεχούς ανανέωσης των γνώσεων και των πρακτικών.

Τα ευρήματα δείχνουν αντίφαση ανάμεσα στην ευρεία φιλοσοφική στάση και στην προσέγγιση της βέλτιστης πρακτικής για την συγκεκριμένη στρατηγική. Η τάση του προσωπικού να εστιάσει καθολικά στα Δέκα είναι μία από τις εργασίες που πρέπει να επιτευχθούν. Τα αποτελέσματα της μελέτης συγκεκριμένα κατέληξαν στην ανάλυση των δεδομένων χωρίζοντας σε τρεις θεματικές ενότητες τις απαντήσεις των ερωτώμενων: Πίστη και αφοσίωση ,ερμηνεία του ΦΒΝ, και «αναρρίχηση σε βουνό,» ερμηνεύοντας έτσι τις δυσκολίες και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν (Schmied et al., 2011). Σε άλλη έρευνα επίσης του εξωτερικού συγκεκριμένα στην Αυστρία (Wieczorek et al., 2015) οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι είναι ποικίλα τα κίνητρα για να επιλέξει ένα νοσοκομείο την αναγνώριση ΦΒΝ ανάμεσα σε αυτά, ως εργαλείο μάρκετινγκ, ως ανάπτυξη των υπάρχουσών υπηρεσιών, ως συνεργασία ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες εργαζομένων. Σε κάθε νοσοκομείο η ομαδική εργασία και συνεργασία των ειδικών προς την «ατζέντα» των αλλαγών έφερε στην επιφάνεια παράγοντες δυσκολίας. Η ερμηνεία των δυσκολιών και των ευκολιών διέφερε σημαντικά ανάμεσα στις ομάδες των εργαζομένων.

Μερικά από τα εμπόδια για την υποστήριξη των πρακτικών που αναφέρθηκαν στην εν λόγω μελέτη (Wieczorek et al., 2015) ήταν η έλλειψη χρόνου, και ανθρωπίνων πόρων, τα παλιά πρότυπα, οι προσωπικές εμπειρίες, εντάσεις μεταξύ φροντίδας μητέρων και βρεφών , ιατρική αντίσταση ή διαφορετική εμπλοκή στην εφαρμογή των Βημάτων, δι-επαγγελματική έλλειψη συνοχής στην αλυσίδα φροντίδας, η γλώσσα και η επικοινωνία με τις μητέρες κυρίως τις αλλοδαπές ,οι προσδοκίες των μητέρων και των συνοδών τους και πάλι ανάλογα με την κουλτούρα τους (Wieczorek et al., 2015). Διευκόλυνση στην εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου σύμφωνα πάντα με την ίδια έρευνα, αποτελούν η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού, η «*επιβίβαση του προσωπικού επί του σκάφους*» δηλαδή η εμπλοκή και η αποδοχή των πρακτικών, που πάντα σύμφωνα με τους ερωτώμενους στην ίδια έρευνα απαιτούσε πολύ χρόνο, προσπάθεια και καμιά φορά αρκετή πειθώ από τα στελέχη (Wieczorek et al., 2015). Σε έρευνα του εξωτερικού (Nickel et al., 2013) σχετικά με την θεωρία των οργανισμών για την εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου αναφέρονται μεταξύ άλλων ως στοιχεία της έρευνας, η συλλογική αποτελεσματικότητα και η συλλογική

δέσμευση, βάσεις πάνω στις οποίες χτίζουν άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία και η εμπειρία του προσωπικού, οι αντιλήψεις για την υποστήριξη των μητέρων, η ίδια η κουλτούρα των μητέρων και η εξάρτηση από συμβούλους θηλασμού.

Ως παράγοντες σχετικοί με την δέσμευση αναφέρθηκαν οι βάρδιες του προσωπικού (νυχτερινή, πρωινή) η υποστήριξη από την ηγεσία, οι «πρωταθλητές» της αλλαγής δηλαδή προσωπικό το οποίο με πάθος εργάζεται πάνω στις διαδικασίες, όπως επίσης και η αποδοχή από τις μητέρες της *υποστήριξης* γύρω από τον θηλασμό, παράγοντες που φαινόταν να αυξάνουν την δέσμευση του προσωπικού για την εφαρμογή των βημάτων. Ως παράγοντες σχετικοί με την αποτελεσματικότητα αναφέρθηκαν ο αριθμός του προσωπικού το οποίο είναι επιφορτισμένο τις περισσότερες φορές με *περισσότερα καθήκοντα* από αυτό της υποστήριξης του θηλασμού και άρα υπάρχει έλλειψη χρόνου, η εκπαίδευση του προσωπικού και οι επισκέπτες, συνοδοί των μητέρων ,οι οποίοι τις περισσότερες φορές λειτουργούν ανασταλτικά με τον θηλασμό (Nickel et al. 2015). Στην ίδια μελέτη, άλλες έρευνες φαίνεται να επιβεβαιώνουν πως παράγοντες όπως περιορισμένο ανθρώπινο δυναμικό, η κουλτούρα της μητέρας σχετικά με τον θηλασμό, η διοικητική υποστήριξη και η εκπαίδευση συμβάλλουν στην επιτυχή εφαρμογή της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείου (Nickel et al., 2015).

4.2 Διαχείριση αλλαγών

Εμπειροί μελετητές της διαχείρισης των αλλαγών δίνουν έμφαση στην σημαντικότητα της ετοιμότητας του οργανισμού για την θέσπιση αλλαγής και συνιστούν στρατηγικές για την δημιουργία της .Οι αλλαγές μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο εμφανής σε επίπεδο ατομικό ομαδικό, μονάδας, τμήματος, κλινικής ,ή οργανισμού. Υποστηρίζεται ότι για να επιτευχθούν αλλαγές μέσα σε έναν οργανισμό απαιτείται συνέργεια παραγόντων (Weiner, 2009). Στον τομέα της υγείας ειδικά προϋποθέτει συλλογική αλλαγή συμπεριφοράς, με τη μορφή των συστημάτων ανασχεδιασμού που είναι πολλαπλές, όπως ταυτόχρονες αλλαγές προσωπικού, ροής εργασιών, ανακοίνωση της λήψης των αποφάσεων, και σύστημα ανταμοιβών. Η εφαρμογή της πρακτικής των αλλαγών μέσα σε έναν οργανισμό είναι μια σύνθετη διαδικασία και προϋποθέτει συλλογικές ενέργειες από πολλούς ταυτόχρονα ανθρώπους ο καθένας από τους οποίους συμβάλλει σε κάτι στην προσπάθεια της εφαρμογής. Η εφαρμογή των αλλαγών μεταφράζεται σαν *κάποιο ομαδικό άθλημα* ,όπου τα προβλήματα εμφανίζονται όταν κάποιοι αισθάνονται αφοσιωμένοι σε αυτό που κάνουν και κάποιοι όχι. Οι Herscovitch

και Meyer (2002) παρατηρούν ότι τα μέλη ενός οργανισμού μπορούν να αφοσιωθούν στην εφαρμογή των αλλαγών είτε επειδή το θέλουν είτε επειδή πρέπει ,χωρίς άλλη επιλογή, είτε επειδή αναγκάζονται να το κάνουν (Herscovitch & Meyer, 2002). Η αφοσίωση που στηρίζεται στο «θέλω» λειτουργεί σαν κίνητρο με καλύτερα αποτελέσματα. Οι αλλαγές λοιπόν μέσα σε έναν οργανισμό και ειδικά στα Νοσοκομεία είναι μια σύνθετη διαδικασία που εξαρτάται από πολλούς ίσως παράγοντες με κυριότερο τον ανθρώπινο. Από την ιεραρχία μέχρι την βάση της πυραμίδας πρέπει να υπάρχει επικοινωνία υποστήριξη, δέσμευση, κίνητρα, αφοσίωση αξίες ,οι οποίες θα «κοινωνούνται» σε τακτική βάση ανάμεσα στο προσωπικό.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

III. Μεθοδολογία Έρευνας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Εισαγωγή

Έρευνα είναι η «αναζήτηση απαντήσεων σε ερωτήματα μέσω της εφαρμογής μιας συστηματικής διαδικασίας» (Selltiz et al, 1976). Στόχος της επιστημονικής έρευνας είναι η παραγωγή νέας γνώσης και η εξέταση της ήδη υπάρχουσας με κριτική σκοπιά ώστε να προστεθούν νέα στοιχεία σε αυτή και να προωθηθεί σε νεότερη βάση.

Τα δυο βασικότερα είδη έρευνας είναι η ποιοτική και η ποσοτική έρευνα. Η ποιοτική έρευνα είναι μία συστηματική σειρά ενεργειών εξέτασης και εξαγωγής συμπερασμάτων που βασίζεται σε μεθόδους οι οποίες εξετάζουν ένα κοινωνικά και ατομικά ζητήματα. Η ποσοτική έρευνα έχει ως βάση την ποσοτικά δεδομένα με βάση συγκεκριμένο πληθυσμό με τη χρήση δομημένων ερευνητικών εργαλείων. Μέσω των ποσοτικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν επιχειρείται γενίκευση των συμπεριφορών συγκεκριμένου δείγματος στον στατιστικό πληθυσμό (Creswell, 2003).

5.2 Ανάλυση των ειδών της έρευνας.

Ποιοτική έρευνα

Στην ποιοτική έρευνα, η βασική επιδίωξη του ερευνητή είναι να μελετήσει και να εξερευνήσει τις βαθύτερες υποκειμενικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις και τις προσωπικές εμπειρίες συγκεκριμένων προσώπων, σε σχέση με ένα φαινόμενο ώστε να δημιουργηθεί μία επεξεργασμένη γνώση μέσα από μία ολιστική ερμηνεία. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του είδους είναι ότι μπορεί να ερμηνεύσει και να εξηγήσει τους λόγους και τις αιτίες ενός φαινομένου, να αποκαλύψει τις σχέσεις και τις συσχετίσεις ανάμεσα σε κοινωνικά υποκείμενα και ομάδες, να απαντήσει σε ερωτήματα «πώς» και «γιατί», έχοντας ως στόχο την ανάλυση, την περιγραφή, την ερμηνεία και την κατανόηση (Ιωσηφίδης, 2001).

Τα είδη της ποιοτικής έρευνας είναι η συμμετοχική παρατήρηση, η διοργάνωση ομάδων εστίασης, η προσωπική συνέντευξη, η ανάλυση μελέτης περίπτωσης, η ανάλυση περιεχομένου, λόγου και αρχειακού υλικού (Ιωσηφίδης & Σπυριδάκης, 2006). Το ποιοτικό υλικό που συγκεντρώνεται από τον ερευνητή έχει μια δομημένη μορφή που συγκροτείται από λεκτικές περιγραφές ή μη λεκτικές απεικονίσεις. Οι πρώτες περιλαμβάνουν κυρίως τις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις και τις αφηγηματικές περιγραφές, ενώ οι δεύτερες έχουν να κάνουν με το βιντεογραφικό υλικό, την καταγραφή εικόνων και τις συμβολικές απεικονίσεις (Lewis, 2003). Βάση της θεωρίας, τα σημαντικότερα ρεύματα σκέψης που συναντώνται στην ποιοτική μέθοδο είναι η φαινομενολογία (phenomenology) και η φιλοσοφική ερμηνευτική (hermeneutics). Η φαινομενολογία στοχεύει στην μελέτη των φαινομένων, δηλαδή των τρόπων που τα πράγματα εμφανίζονται στην εμπειρία μας ή στην συνείδηση μας. Η ερμηνευτική προσέγγιση, ορίζεται από τη μελέτη της αναπαράστασης του νοήματος, δηλαδή τα άτομα είναι ταυτόχρονα φορείς και δέκτες μιας συνεχούς σημασιολογικής ανάλυσης, και η προοπτική «σκηνοθετεί» την εκάστοτε κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα υποκείμενα των αλληλοδράσεων (Τάτσης, 1997).

Ποσοτική έρευνα

Στην ποσοτική έρευνα ο ερευνητής, επιδιώκει τη συλλογή αντικειμενικών και γενικών δεδομένων για ένα φαινόμενο, τα οποία έπειτα θα μετατρέψει σε στατιστικά στοιχεία, ώστε να προβεί σε συγκρίσεις μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών και να παράσχει αντικειμενικές επεξηγήσεις για τα αίτια ή τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, που θα αποτελούν μια αντικειμενική και γενική θεωρία για το φαινόμενο της έρευνας. (Sarantakos, 1998). Οι παραδοχές μιας ποσοτικής έρευνας επιβάλουν να υπάρχει μια αντικειμενική πραγματικότητα, να βασίζεται η έρευνα σε παραγωγικούς συλλογισμούς, να διατυπώσει ερευνητικές υποθέσεις, να δώσει εξηγήσεις και τέλος σκοπεύει στον έλεγχο των θεωριών με εμπειρικά δεδομένα (Bryman, 2004).

ΚΛΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ
- Φαινομενολογική - Επαγωγική - Ολιστική - Υποκειμενική - Διαδικαστική - Σχετική αδυναμία ελέγχου - Στόχευση στην κατανόηση - Ερμηνευτική - Εξηγητική	- Θετικιστική - Υποθετικό - παραγωγική - Μερική - Αντικειμενική - Στοχεύει σε μετρήσιμα αποτελέσματα - Στοχεύει στον έλεγχο των μεταβλητών - Επιβεβαιωτική

5.3 Δομικά στοιχεία της ποιοτικής έρευνας.

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας θεωρήθηκε ότι η πιο κατάλληλη προσέγγιση για τη συλλογή στοιχείων θα ήταν μέσω ημιδομημένης συνέντευξης. Οι ερωτήσεις που αποτελούσαν το κυρίως μέρος του ερευνητικού εργαλείου, ήταν απλές με στόχο οι πληροφορίες να συλλεχθούν γρήγορα και εύκολα (Helgeson, & Gottlieb, 2000).

Η συνέντευξη, θεωρείται το καταλληλότερο μέσο για την συλλογή πληροφοριών και στοιχείων στην περίπτωση της ποιοτικής έρευνας (Javeau, 1996). Για τις ανάγκες της συνέντευξης δημιουργείται ανοικτού τύπου ερωτηματολόγιο, που δίνει τη δυνατότητα ελευθέρων απαντήσεων από τους ερωτηθέντες εντός συγκεκριμένου πλαισίου. Ο συμμετέχων καλείται να εκθέσει την άποψή του σε συνεχή λόγο. Αντιθέτως, στις ερωτήσεις κλειστού τύπου η απάντηση δίνεται εκ των προτέρων και ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει με ένα ναι ή όχι, συμφωνώ ή διαφωνώ, ή να επιλέξει μέσα από μία σειρά απαντήσεων με ένα (X) ή με (✓) (Παρασκευόπουλος, 1993). Ένα ερωτηματολόγιο υψηλής ποιοτικής στάθμης οφείλει να είναι (Javeau, 1996):

1) Στηριγμένο απόλυτα στις επιδιώξεις της έρευνας και τέλεια ευθυγραμμισμένο με τους ειδικούς σκοπούς της έρευνας. 2) Σύντομο και απλό, ώστε να μην κουράζει τον συμμετέχοντα στην έρευνα. 3) Οι ερωτήσεις δεν πρέπει να φέρνουν σε δύσκολη θέση τον συμμετέχοντα. 4) Οι ερωτήσεις δεν πρέπει να κάνουν νύξη για συγκριμένη και

επιθυμητή απάντηση. 5) Η γλώσσα, η γραμματική και η σύνταξη των ερωτήσεων πρέπει να ανταποκρίνονται στο μορφωτικό επίπεδο του συμμετέχοντα.

5.4 Το είδος έρευνας που επιλέχθηκε

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης εργασίας πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα, στην οποία ενσωματώθηκαν σε κάποια σημεία, ποσοτικά στοιχεία. Η ποιοτική έρευνα διεξήχθη με τη χρήση των ερωτηματολογίου καθώς, ο σκοπός της έρευνας ήταν να αποκαλυφθούν γενικευμένες και αντικειμενικές αλήθειες. Χρησιμοποιήθηκαν κατά περίπτωση ποσοτικά στοιχεία στα σημεία στην καταγραφή των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η μέθοδος της συνέντευξης και άρα η ποιοτική έρευνα προτιμήθηκε, εξαιτίας της φύσης του ερευνητικού πεδίου το οποίο δεν είναι προσφιλές σε όλο όλες τις εργασιακές ομάδες του χώρου της μελέτης. Άλλος σημαντικός παράγοντας για την επιλογή της ποιοτικής έρευνας είναι η έννοια της μελέτης περίπτωσης συγκεκριμένου χώρου.

5.5 Σκοπός της έρευνας

Η έρευνα αποσκοπεί στο να διασταυρώσει τις απόψεις, και την προτεραιότητα των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εφαρμογή και την τήρηση των πρακτικών που προβλέπει η διαδικασία πιστοποίησης (Δέκα Βήματα) του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου. Η έρευνα διεξήχθη σε δύο δημόσια μαιευτήρια (Γ.Ν Παπαγεωργίου και Γ.Ν Ιπποκράτειο) και σε δύο ιδιωτικά μαιευτήρια (Διαβαλκανικό, Γένεσις). Απώτερος στόχος είναι να συμβάλλει η έρευνα αυτή στην κατανόηση και βελτίωση των διαδικασιών μέσα από τις στάσεις και τις αντιλήψεις του προσωπικού στην εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου.

5.6 Επιλογή δείγματος-Δειγματοληψία

Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης προέρχεται από την πόλη της Θεσσαλονίκης και αντιπροσωπεύει δύο μεγάλα δημόσια και δύο μεγάλα ιδιωτικά Μαιευτήρια. Αποτελείται από 16 άτομα τα οποία εργάζονται σε 4 νοσοκομεία (2 δημόσια και 2 ιδιωτικά) της Θεσσαλονίκης και συγκεκριμένα στα Ιπποκράτειο, Παπαγεωργείου, Διαβαλκανικό και Γένεσις. Από κάθε νοσοκομείο επιλέχθηκε να ερωτηθούν 4 άτομα. Στην έρευνα συμμετείχαν 9 γυναίκες και 7 άνδρες μέσης ηλικίας 46,4 ετών με μέσο χρόνο προϋπηρεσίας στο χώρο της υγείας 16,8 ετών. Το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι επιπέδου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι 8 εργάζονται με σύμβαση ιδιωτικού ενώ οι υπόλοιποι 8 με σύμβαση δημοσίου δικαίου. Οι 11 ερωτηθέντες είναι

μαίες/μαιευτήρες ενώ οι 5 παιδίατροι/νεογνολόγοι. Τέλος, όσον αφορά την *επιμόρφωση* των ερωτηθέντων οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχουν παρακολουθήσει κατά περίπτωση σεμινάρια που αφορούν το θέμα του θηλασμού, ψυχοπροφύλαξης, νοσηλείας νεογνών και άλλου είδους σεμινάρια. Το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό και αποτελείται από επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τις μητέρες και τα νεογνά και φαίνεται και σύμφωνα με διεθνής μελέτες να ασκούν επιρροή στις αποφάσεις της μητέρας για τον θηλασμό. Η επιλογή των επαγγελματιών έγινε τυχαία και μόνο σαν κριτήριο επιλογής ετέθη για τις Μαίες η προϋπηρεσία τουλάχιστον πέντε ετών και το τμήμα εργασίας, το οποίο για λόγους άμεσης και καθημερινής ενασχόλησης με την δυάδα μητέρα-βρέφος θεωρήθηκε ότι θα πρέπει να είναι η Μαιευτική κλινική και το τμήμα Νεογνών. Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό το δείγμα αποτελείται από έναν ειδικό Μαιευτήρα και έναν Νεογνολόγο των παραπάνω κλινικών. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατόπιν προσωπικών συνεντεύξεων με ηχογράφηση και κατόπιν έγγραφης συγκατάθεσης, στο χώρο εργασίας των ερωτώμενων. Οι ηχογραφήσεις απομαγνητοφωνήθηκαν και επεξεργάστηκαν κατά λέξη από κάθε συμμετέχοντα και στη συνέχεια έγινε ανάλυση περιεχομένου. Ο σκοπός της έρευνας καθώς και το ερωτηματολόγιο γνωστοποιήθηκε στις αντίστοιχες διευθύνσεις και ελήφθη η έγκριση αυτών. Επίσης κατετέθη έγγραφη αίτηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο στα αντίστοιχα Μαιευτήρια για άσκηση κάθε νόμιμου δικαιώματος από την αιτούσα. Στους πίνακες που ακολουθούν δίδονται τα χαρακτηριστικά των ερωτώμενων από κάθε φορέα.

Πίνακες: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων ανά οργανισμό

Πίνακας 1 . Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων της κλινικής Γένεσις

Ιδιότητα	Μαία Π/Δ	Μαία/κλινικ	Μαιευτήρας	Παιδίατρος
Φύλο	θήλυ	θήλυ	θήλυ	άρρεν
Ηλικία	31	45	35	46
Οικογενειακή κατάσταση	Εγγαμη/2 τέκνα	Εγγαμη/2τεκ	άγαμος	Εγγαμος/2τ εκνα
Έτη εργασίας	8	24	3	10
Θέση εργασίας	Μαία π/δ	Μαία κλινικής/Υπδ/θύ νουσα	Ιατρός Ελεύθερος επαγγελματίας	Ιατρός ΜΕΝΝ/ΦΝ
Είδος απασχόλησης	Ι.Δ	Ι.Δ	Ι.Δ	Ι.Δ
Επιμόρφωση	Σεμινάρια	Προετοιμασία εγκύων ιδιωτικά κ σεμινάρια	Σεμινάρια/ειδικότητα Επιμόρφωση από μαίες	Σεμινάρια

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων της κλινικής Διαβαλκανικό

Ιδιότητα	Μαία Π/Δ	Μαία/κλινικ	Μαιευτήρας	Παιδίατρος
Φύλο	θήλυ	θήλυ	άρρεν	θήλυ
Ηλικία	52	50	50	38
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη/2	Έγγαμη/2	Εγγαμος/2	Έγγαμος/1
Έτη εργασίας	20	22	15	3
Θέση εργασίας	Μαία	Μαία	Ιατρός ελεύθερος επαγγελματίας	ΜΕΝΝ/Π/Δ
Είδος απασχόλησης	Ι,Δ	Ι.Δ	Ι.Δ	Ι.Δ
Επιμόρφωση	Σεμινάρια	Σεμινάρια	Ιδιωτική επιμόρφωση	Σεμινάρια προσπάθεια για IBLCC

Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων του νοσοκομείου Παπαγεωργίου

Ιδιότητα	Μαία Π/Δ	Μαία/κλιν	Μαιευτήρας	Παιδίατρος
Φύλο	Θήλυ	Θήλυ	άρρεν	Άρρεν
Ηλικία	44	37	45	50
Οικογενειακή κατάσταση	Εγγαμος/2	Εγγαμος/2	Εγγαμος/3	Έγγαμος/2
Έτη εργασίας	19	12	20	13
Θέση εργασίας	Μαία	Μαία	Πανεπιστημιακός Ιατρός	Ιατρός Επιμ.Α ΜΕΝΝ
Είδος απασχόλησης	Ι.Δ	Ι.Δ	Λέκτορας ΑΠΘ	Μόνιμος
Επιμόρφωση	Σεμινάρια	Σεμινάρια	Ιδιωτική επιμόρφωση	Διατριβή Μεταπτυχιακό

Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων του νοσοκομείου Ιπποκράτειο

Ιδιότητα	Μαία Π/Δ	Μαία/κλιν	Μαιευτήρας	Παιδίατρος
Φύλο	Θήλυ	θήλυ	άρρεν	θήλυ
Ηλικία	52	50	58	58
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	έγγαμος	Έγγαμος/4	Έγγαμος/2
Έτη εργασίας	19	27	25-28	32
Θέση εργασίας	Μαία	Μαία	Ιατρός ΕΣΥ	Διευθύντρια ΜΕΝΝ
Είδος απασχόλησης	Δ.Δ	Δ.Δ	Δ.Δ	Δ.Δ
Επιμόρφωση	Σεμινάρια	Ουδεμία	Ουδεμία	Σεμινάρια/Συνέδρια

Πίνακας 1. Το προφίλ των οργανισμών που επιλέχθηκαν

<i>Οργανισμός</i>	<i>Γ.Ν Ιπποκράτειο</i>	<i>Γ.Ν Παπαγεωργίου</i>	<i>Μαιευτική Γυναικολογική κλινική Γένεσις</i>	<i>Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο</i>
Φορέας	Δημόσιο	Νομικό πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου	Ιδιωτικό	Ιδιωτικό
Έκταση	άγνωστο	75.000τ.μ/150στρ	18.000τ.μ/36στρ	50.000 τ.μ
Συν.Δύναμη (κλίνες)	976 κλίνες συν	750 κλίνες συν	116 κλίνες συν	383 κλίνες συν
Συν.ετησίως τοκετοί	1065+1300 τοκετοί(Β+Γ) κλινική	1300 τοκετοί 5 αίθουσες τοκετών	3.500 τοκετοί 12 αίθουσες τοκετών	1.500 τοκετοί 7 αίθουσες τοκετών
Μαιευτικές κλίνες	60 κλίνες(Β,Γ)	40κλίνες Μ+Γ	116κλίνες	40 κλίνες μαιευτ.
Προσωπικό	34 Μαίες συν.	22 Μαίες	200 Μαίες/71 κλινική	20 Μαίες
	7 Μαιευτήρες 5 Παιδίατροι	12 Μαιευτήρες, ΔΕΠ 7 Παιδίατροι	250 Μαιευτήρες. 9 Παιδίατροι	20 Μαιευτήρες 7 Παιδίατροι

1. Γ.Ν Παπαγεωργίου Το Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης και λειτουργεί από το 1999 με κλινικές Ιδιωτικού Δικαίου και Ε.Σ.Υ. Είναι πλήρως ενταγμένο στο Ε.Σ.Υ., εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, εφημερεύει στα πλαίσια του προγράμματος εφημεριών του συγκροτήματος Θεσσαλονίκης. Η εγκατάσταση Πανεπιστημιακών Κλινικών ήρθε το έτος 2004..Το σύνολο των κλινών του Νοσοκομείου ανέρχεται σε 800, εκ των οποίων οι 759 είναι ανεπτυγμένες. Το 2014 διενεργήθηκαν στο Νοσοκομείο 18.554 χειρουργικές επεμβάσεις, νοσηλεύθηκαν 71.282 εσωτερικοί ασθενείς, ενώ επισκέφθηκαν τα ΤΕΙ & ΤΕΠ του Νοσοκομείου 305.572 εξωτερικοί ασθενείς. Οι εργαζόμενοι ανέρχονται σε 1700 άτομα περίπου. Λειτουργούν κλινικές και τμήματα που καλύπτουν όλο το φάσμα της Τριτοβάθμιας Νοσοκομειακής περίθαλψης και επιπλέον επιτελεί σημαντικό εκπαιδευτικό έργο παρέχοντας ειδικευση, συνεχή

εκπαίδευση, έρευνα και επιμόρφωση ιατρών και νοσηλευτών και εκπονώντας ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Στο Νοσοκομείο εγκαταστάθηκε από το 2004 η Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική με δυναμικότητα 40 κλινών Αίθουσα τοκετών, 4 Χειρουργικές αίθουσες θάλαμο φυσιολογικών νεογνών. Μαιευτικό προσωπικό κλινικής (22) Ιατρικό προσωπικό(12)κλινικής. Παιδιάτροι ΜΕΝΝ(7)

2. Γ.Ν Ιπποκράτειο Το νοσοκομείο είναι ενταγμένο στο ΕΣΥ και παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Το Νοσοκομείο προήλθε από την συγχώνευση των πρώην νοσοκομείων “Αγία Σοφία” και “ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ”, είναι το μεγαλύτερο νοσοκομείο της χώρας μας και των Βαλκανίων και έχει 900 οργανικά κρεβάτια και 976 ανεπτυγμένα κρεβάτια. Στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο έχει διασυνδεθεί το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης Λειτουργούν 33 κλινικές και τμήματα, 55 εργαστήρια και 186 εξωτερικά ιατρεία και υπάγονται σε αυτό τα Κέντρα Υγείας Θέρμης και Ζαγκλιβερίου. Λειτουργούν δύο Πανεπιστημιακές Μαιευτικές-Γυναικολογικές κλινικές η Β+Γ αναλαμβάνοντας εναλλάξ εφημερίες. Η δυναμικότητα των κλινών για τις δυο κλινικές είναι (60). Το Μαιευτικό προσωπικό κλινικών(34)Ιατρικό προσωπικό (7) μαιευτήρες και Παιδιάτροι ΜΕΝΝ (5)

3. Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Το Διαβαλκανικό είναι ένα Ιατρικό κέντρο με υπηρεσίες υγείας ευρέως φάσματος. Διαθέτει 383 νοσηλευτικές κλίνες 23 υπερσύγχρονες χειρουργικές αίθουσες και 7 αίθουσες τοκετών. Ως ιδιωτική κλινική εφημερεύει 24 ώρες για 365 ημέρες. Συνεργάζεται με ιατρούς πολλών ειδικοτήτων και διαθέτει υπερσύγχρονες μονάδες νοσηλείας. Διενεργούνται 1500 τοκετοί ετησίως.

4. Γένεσις Η κλινική Γένεσις είναι η πρώτη μικτή ιδιωτική μαιευτική –γυναικολογική κλινική και διαθέτει 116 κλίνες γενικής και ειδικής νοσηλείας .Αποτελεί συνεργασία του ομίλου Υγείας Euromedica και μιας ομάδας γυναικολόγων γιατρών της πόλης. Περιλαμβάνει 12 μονόκλινες αίθουσες τοκετών, εκ των οποίων μια αίθουσα για τοκετό στο νερό με τον σχετικό εξοπλισμό, καθώς και μια αίθουσα ειδικών τοκετών, με διαμόρφωση χειρουργείου. Απασχολεί περίπου 200 μαίες από αυτές 71 βρίσκονται στην κλινική και διενεργούνται περίπου 3500 τοκετοί ετησίως αφού συνεργάζονται 250-300 γιατροί μαιευτήρες, ελεύθεροι επαγγελματίες.

5.7 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε έτσι ώστε αυτό να συμβάλει εν μέρει στην κατανόηση και βελτίωση των διαδικασιών μέσα από στάσεις και αντιλήψεις του προσωπικού στην εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου. Η πηγή του ερωτηματολογίου προέρχεται από το εξωτερικό και έγινε μετάφραση αυτού. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτέλεσε εργαλείο σε μελέτη που αφορούσε τις αντιλήψεις του προσωπικού και τις εμπειρίες από την εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών στην Αυστραλία. Η συγκεκριμένη μελέτη έγινε το 2011 και δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Journal of Obstetric and Gynecologic and Neonatal Nursing-2011* (Taylor et al. 2011). Οι ερωτήσεις ήταν όλες ανοικτού τύπου και ο ερευνητής με ελεύθερη συνέντευξη πάνω σε δεκατέσσερις ερωτήσεις προσπάθησε να ανακαλύψει σε σχέση με το θέμα, τι σκέφτεται ο ερωτώμενος και στη συνέχεια να συγκρίνει και να ομαδοποιήσει τις απόψεις τους. Για λόγους αποτελεσμαμάτων της μελέτης το ερωτηματολόγιο περιείχε στην πρώτη ενότητα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων που αποτελούν και τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η δεύτερη ενότητα περιέχει τα χαρακτηριστικά του Μαιευτηρίου τα οποία παρουσιάζουν ενδιαφέρον σε σχέση με την σύμβαση εργασίας των εργαζομένων το μέγεθος του Μαιευτηρίου σε κλίνες, τοκετούς και ανθρώπινο δυναμικό στα τμήματα εργασίας που εξετάζονται. Η Τρίτη ενότητα περιέχει το σύνολο των ερωτήσεων σύντομες, συγκεντρωμένες σε ενότητες με τις γενικές ερωτήσεις να προηγούνται των ειδικών ώστε να μην εκτροχιάζουν τον ερωτώμενο. Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε (πιλοτική εφαρμογή) σε 2 επαγγελματίες για να ελεγχθεί η σαφήνεια του η αλληλουχία των ερωτήσεων, ο βαθμός κατανόησης του καθώς και άλλα χαρακτηριστικά που πιθανώς να χρειαζόταν τροποποίηση. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε επίσης και ένα σύντομο εισαγωγικό σημείωμα, το οποίο εξηγούσε τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας.

5.8 Ερευνητικά ερωτήματα

Για να καταλήξουμε σε μια βαθύτερη κατανόηση των αντιλήψεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας, ως προς τη διαδικασία αλλά και τη σημασία της πιστοποίησης των νοσοκομείων ως Φιλικά προς τα Βρέφη, η έρευνα αυτή θα επιχειρήσει να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

-Ποιός ο βαθμός ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας για την «Πρωτοβουλία Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο» και ποιος ο βαθμός προσαρμογής των νοσοκομείων σε αυτή;

-Ποιά η χρησιμότητα της προσαρμογής των νοσοκομείων σε διαδικασίες τήρησης πρακτικών Φιλικών προς τα Βρέφη;

-Ποιά τα οφέλη για τα νοσοκομεία, τις μητέρες και τα νεογνά από την προσαρμογή των νοσοκομείων σε διαδικασίες τήρησης πρακτικών Φιλικών προς τα Βρέφη;

-Ποιά ή ποιές οι κυριότερες δυσκολίες που προκύπτουν στη διαδικασία της προσαρμογής των νοσοκομείων σε διαδικασίες τήρησης πρακτικών Φιλικών προς τα Βρέφη;

5.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η ανάλυση δεδομένων έγινε με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου (content analysis). Η ανάλυση περιεχομένου είναι μέθοδος ανάλυσης λόγου που ενδείκνυται για την έρευνα και ανάλυση της κοινωνικής επικοινωνίας και των προεκτάσεων και συνεπειών της. Εκτυλίσσεται σε πέντε στάδια: *στο πρώτο στάδιο* αποσαφηνίζεται το ερευνητικό αντικείμενο με την συλλογή και ταξινόμηση των καταγραφών. *Το δεύτερο στάδιο* αφορά τον ακριβή καθορισμό των πηγών, ενώ *στο τρίτο* επισημαίνεται το τμήμα ή μονάδα ενδιαφέροντος προς ανάλυση. *Στο τέταρτο στάδιο* συστηματοποιούνται οι εννοιολογικές κατηγορίες των δεδομένων και *στο πέμπτο στάδιο* ο ερευνητής κωδικοποιεί το υλικό, που προέκυψε από το προηγούμενο στάδιο, σε αναλυτικές κατηγορίες συναφείς με τα ερωτήματά του (Παπαγεωργίου, 1998).

5.10 Συνεντεύξεις

Οι ατομικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε προσωπικές συναντήσεις με τους εκπαιδευόμενους στον χώρο εργασίας τους από τον μήνα Νοέμβριο έως τον Δεκέμβριο. Η μέση διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν περίπου 20 λεπτά. Οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν με την ίδια σειρά για όλους και σε ορισμένες περιπτώσεις προέκυψε η ανάγκη παρενθετικών διευκρινήσεων για την καλύτερη κατανόηση των ερωτήσεων. Όσο αφορά την αποδοχή που έχει η έρευνα από τους ερωτώμενους, αυτή κρίνεται άκρως ικανοποιητική, καθώς το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που προσεγγίστηκε, τη δέχτηκε με προθυμία, απαντώντας στο ερευνητικό εργαλείο με αίσθημα ευθύνης.

Γενικά, τα άτομα του δείγματος μας δεν αντιμετώπισαν προβλήματα κατανόησης και διαχείρισης του ερωτηματολογίου, γεγονός που καθιστά το σύνολο των απαντήσεων τους ως έγκυρες και αμερόληπτες.

5.11 Περιορισμοί της έρευνας

Περιορισμοί της έρευνας πιθανόν να θεωρούνται ο αριθμός των οργανισμών και η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων, το μικρό δείγμα, *η εμπειρία του ερευνητή σε σχέση με την συνέντευξη*, ο χρόνος της συνέντευξης η οποία γινόταν στο χώρο εργασίας , τα νοσοκομεία που πήραν μέρος στην μελέτη είχαν ήδη εφαρμόσει μέρος των Δέκα Βημάτων σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, το ποσοστό και το είδος των τοκετών, δημογραφικά, εθνικά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των γυναικών που νοσηλεύονται , και το προφίλ των ίδιων των οργανισμών καθώς ο τρόπος λειτουργίας τους ο οποίος διαφέρει σημαντικά και ως προς το είδος των περιστατικών, τον όγκο των ασθενών και πολλές φορές και την ίδια την υποδομή. Η μελέτη δίνει την δυνατότητα συγκρίσεων λόγω διαφορετικών χαρακτηριστικών ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγή

Στον παρόν κεφάλαιο θα γίνει παρουσίαση των αποτελεσμάτων τα δεδομένα τα οποία θα είναι συνάρτηση των υποθετικών ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας εργασίας. Στη συνέχεια ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων και των συσχετίσεων και ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις μας.

6.1 Ανάλυση του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο περιείχε στην πρώτη ενότητα τα χαρακτηριστικά του οργανισμού, οι οποίοι για λόγους ερευνητικούς επιλέχθηκαν δύο από τον δημόσιο φορέα και δύο από τον ιδιωτικό για δυνατότητα σύγκρισης. Ποσοτικά στοιχεία όπως αριθμός τοκετών, κλινών, προσωπικού τόσο ιατρικού όσο και νοσηλευτικού, αλλά και ημέρες νοσηλείας των λεχωίδων θα προσθέσουν ενδεχομένως παρατηρήσεις όσον αφορά τη ενδεχόμενη σχέση ανάμεσα στα υποκείμενα χαρακτηριστικά και στην θεώρηση των επαγγελματιών υγείας. Τα δεδομένα των οργανισμών που επιλέχθηκαν δείχνουν ότι πρόκειται για δυο μεγάλα δημόσια γενικά νοσοκομεία με μαιευτικές κλινικές, και δύο ιδιωτικά κέντρα επίσης μεγάλου μεγέθους τόσο ως προς την έκταση που καταλαμβάνουν αλλά και ως προς τον αριθμό των περιστατικών.

Το Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο το πρώτο από παράδοση μαιευτήριο στην πόλη της Θεσσαλονίκης διαθέτει αυτήν την περίοδο δύο μαιευτικές κλινικές μια Πανεπιστημιακή και μια κλινική του ΕΣΥ. Τυχαία επιλέχθηκε για την έρευνά μας η Πανεπιστημιακή κλινική η οποία διαθέτει (40) κλίνες και έχει ετησίως 1100 τοκετούς. Ο αριθμός του προσωπικού που απασχολείται στην κλινική είναι (20) μαιευτικές (...?) παιδιατρικού και το ιατρικό προσωπικό είναι (7) μαιευτήρες και (...?)...παιδιάτροι.

Τα χαρακτηριστικά του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου είναι ότι πρόκειται για ένα επίσης μεγάλο νοσοκομείο τόσο σε έκταση όσο και σε αριθμό περιστατικών που

φροντίζει. Διαθέτει μια Πανεπιστημιακή μαιευτική κλινική με (40) κλίνες μικτές μαιευτικά & γυναικολογικά, (22) μαίες συνολικά για κλινική και παιδιατρικό τμήμα, (12) μέλη ΔΕΠ μαιευτήρες, και παιδιάτρους (7) που ανήκουν στην Πανεπιστημιακή Εντατική Νεογνών(MENN). Ετήσιος αριθμός τοκετών 1300.

Το Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο είναι ένα κέντρο ευρέως φάσματος και συνεργάζεται όλο το 24ωρο με γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Διαθέτει μαιευτική κλινική με (40) κλίνες, (20) μαίες κλινικής και παιδιατρικού τμήματος, συνεργάζεται με πολλούς μαιευτήρες ελεύθερους επαγγελματίες και υποστηρίζεται από (6) νεογνολόγους. Έχει 1500 τοκετούς τον χρόνο.

Η κλινική Γένεσις είναι η μοναδική στο είδος της αμιγώς μαιευτική-γυναικολογική κλινική, η οποία διαθέτει 116 κλίνες γενικής και ειδικής νοσηλείας. Έχει 3500 τοκετούς ετησίως (.....) μαίες κλινικής (...) παιδιατρικού Συνεργάζεται με γιατρούς μαιευτήρες ελεύθερους επαγγελματίες (.....) Σε όλους τους οργανισμούς οι ημέρες νοσηλείας των γυναικών που γέννησαν ήταν 3-4 ημέρες ανάλογα με το είδος του τοκετού.

6.2 Αποτελέσματα-Ανάλυση Περιεχομένου των ερωτήσεων

Μήπως μπορείτε να μας πείτε τι γνωρίζετε για την Πρωτοβουλία Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο; Περί τίνος πρόκειται; Τι περιλαμβάνει ένα Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο;

Σε γενικό πλαίσιο, οι ερωτηθέντες είναι αρκετά ενημερωμένοι για τα χαρακτηριστικά των Φιλικών προς τα Βρέφη νοσοκομείων. Χαρακτηριστικά μαία που εργάζεται στο Παπαγεωργίου αναφέρει *«είναι μία πρωτοβουλία με επίκεντρο το βρέφος για την υποστήριξη της διατροφής του με το γάλα της μητέρας του από τη στιγμή της γέννησης. Στηρίζεται σε παγκόσμιο πλαίσιο που υποστηρίζει τη στροφή στο μητρικό θηλασμό, την παραμονή νεογνού δίπλα στη μητέρα 24ωρο και περιλαμβάνει 10 βήματα»* ενώ μαία που εργάζεται στο Διαβαλκανικό προτείνει ότι *«είναι το νοσοκομείο το οποίο προάγει το μητρικό θηλασμό από την ώρα γέννησης του νεογνού, ο θηλασμός ξεκινάει από την αίθουσα τοκετών, υπάρχει rooming-in και οι μαίες είναι πρόθυμες να βοηθήσουν ειδικά στην πρωτοτόκο»*. Το σύνολο των ερωτηθέντων που έχουν γνώση επί του ζητήματος αναφέρονται στον άμεσο μητρικό θηλασμό και στην 24ωρη επαφή της μητέρας με το νεογνό. Παρόλα αυτά, γενικά οι ερωτηθέντες δεν έχουν στο σύνολο τους σαφή γνώση των βημάτων που επιτάσσει η διαδικασία εναρμόνισης με τις οδηγίες που προτείνει η

Πρωτοβουλία Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο. Μάλιστα παρατηρείται ανεπάρκεια στην ύπαρξη πρακτικών γνώσεων που σχετίζονται με την εν λόγω πρωτοβουλία.

Υπάρχει οδηγία από την εθνική επιτροπή προς όλα τα μαιευτήρια να προσπαθήσουν να γίνουν Φιλικά προς τα βρέφη. Πιστεύεις ότι είναι καλό και γιατί;

Αναφορικά με την χρησιμότητα της εναρμόνισης των νοσοκομείων με τις διαδικασίες και τα πρωτόκολλα που θα τα χαρακτήριζαν Φιλικά προς τα Βρέφη, αρχικά, οι ερωτηθέντες προβάλλουν την προώθηση του μητρικού θηλασμού, ο οποίος *«ενισχύει το σύνδεσμο μητέρας-μωρού και συμβάλλει στη σωματική και ψυχική υγεία των μωρών»* καθώς αναπτύσσεται δεσμός *«δέρμα με δέρμα»* ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό από την πρώτη στιγμή μετά τον τοκετό. Όσον αφορά τη χρησιμότητα της μετατροπής των μαιευτηρίων σε κλινικές Φιλικές προς τα Βρέφη για την οικονομία, οι ερωτηθέντες εστιάζουν στην μείωση των κονδυλίων των νοσοκομείων και ως εκ τούτου του Υπουργείου Υγείας για γάλα, το οποίο επεκτείνεται και στην εξοικονόμηση πόρων και από τις ίδιες τις οικογένειες. Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι ο μητρικός θηλασμός λειτουργεί προβλεπτικά μακροπρόθεσμα για την αποφυγή λοιμώξεων ενισχύει τα κοινωνικά και οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή διαδικασιών Φιλικών προς τα Βρέφη από τα μαιευτήρια. Ακόμη, η υιοθέτηση των συγκεκριμένων πρακτικών ωφελεί και την οργανωτική λειτουργία των μαιευτηρίων καθώς αυτά θα πρέπει να λειτουργούν μέσα από *«πρότυπα και πλαίσια»* τα οποία αποτελούν *«best practices»* και είναι σαφή και παγκόσμια αποδεκτά. Ακόμη, η οργανωτική λειτουργία των νοσοκομείων ενισχύεται από το γεγονός ότι είναι απαραίτητο από τις μαιέες να μπουν σε διαδικασία επιμόρφωσης στα πλαίσια υλοποίησης της στρατηγικής της μετατροπής των κλινικών σε Φιλικές προς τα Βρέφη.

Σε ποιο στάδιο βρίσκεστε όσον αφορά στο Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο;

Από τις απαντήσεις που παρατέθηκαν προέκυψε ότι έχουν χαραχθεί οι βασικές γραμμές για την υιοθέτηση των στρατηγικών για νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη, όμως υπάρχει ακόμη αρκετή απόσταση να διανυθεί. Υπάρχει κινητικότητα από τις διοικήσεις των νοσοκομείων για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γιατρών και διοικητικών στελεχών για την πραγματοποίηση των συγκεκριμένων αλλαγών και οι μαιέες είναι πολύ δραστήριες για την προώθηση της πολιτικής αυτής. Παρόλα αυτά σε γενικές γραμμές η πολιτική ενημέρωσης ενίσχυσης του θηλασμού που εφαρμόζουν τα νοσοκομεία δεν

είναι σαφώς οργανωμένη και στοχευόμενη. Παρατηρείται ότι στις περιπτώσεις που καταβάλλονται στοχευόμενες προσπάθειες για εφαρμογή των Baby Friendly στρατηγικών μέσα από τη συνεχή προσπάθεια του προσωπικού προκύπτουν εξαιρετικά αποτελέσματα. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να στοχεύσουν στην απόκτηση της αντίστοιχης πιστοποίησης καθώς και στην εκπόνηση γραπτής πολιτικής που ενσωματώνει τα 10 βήματα πιστοποίησης για νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη. Παράλληλα σημαντικές είναι οι κατευθύνσεις και τα εργαλεία που δίνονται από την εθνική επιτροπή θηλασμού που ενισχύουν το rooming-in, όμως δε θα πρέπει να παραβλέπεται ότι οι ακολουθούμενες πρακτικές σε μεγάλο βαθμό λαμβάνουν χώρα σε ένα πλαίσιο συνήθειας, χωρίς όμως να παραγνωρίζεται η αποτελεσματικότητά τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή των διαδικασιών που ορίζονται ως Φιλικές προς τα Βρέφη διαδραματίζει η επάρκεια του προσωπικού αλλά και της υλικοτεχνικής υποδομής, παρόλα αυτά διαφαίνεται ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση στο προσωπικό των νοσοκομείων όσον αφορά την αξία του αποκλειστικού θηλασμού και την εφαρμογή του rooming-in, ενώ η υπάρχουσα γνώση μεταφέρεται σε μεγάλο βαθμό από το νοσηλευτικό προσωπικό προς τις μητέρες.

Έχετε γραπτή πολιτική θηλασμού; Γνωρίζετε από πού προήλθε; Ακολουθείτε η πολιτική αυτή το διάστημα αυτό;

Η γνώση ύπαρξης γραπτής πολιτικής θηλασμού υπάρχει σε ορισμένους από τους ερωτώμενους, ενώ ακολουθούνται και συγκεκριμένα πρωτόκολλα και πολιτικές θηλασμού. Παράλληλα, υπάρχουν γραπτές οδηγίες που δίνονται σε όλες τις μητέρες από την πρώτη μέρα. Η γραπτή πολιτική θηλασμού όπου υπάρχει προωθείται από εσωτερικές διαδικασίες και ακολουθείται, ενώ ενημερώνεται για αυτήν το σύνολο του προσωπικού των νοσοκομείων. Σε κάποιες περιπτώσεις τα νοσοκομεία βρίσκονται σε στάδιο προετοιμασίας γραπτής πολιτικής θηλασμού.

Ποιές πιστεύετε ότι θα είναι οι ευκαιρίες για το νοσοκομείο σας από την εφαρμογή του Φιλικού προς τα βρέφη Νοσοκομείου;

Σε σχέση με τις ευκαιρίες και τα οφέλη που θα προκύψουν για τα νοσοκομεία από την εφαρμογή των Φιλικών προς τα Βρέφη πρακτικών, αρχικά, οι ερωτηθέντες εστιάζουν στην αύξηση των γεννήσεων με τα αντίστοιχα αποτελέσματα. Μαία που εργάζεται στο Ιπποκράτειο αναφέρει «πιστεύω ότι θα αυξηθούν οι γεννήσεις του νοσοκομείου γιατί είναι γνωστό το κέρδος για την υγεία του νεογνού, θα αυξηθούν τα κέρδη του

νοσοκομείου, θα μειωθεί η δαπάνη για τα γάλατα». Παράλληλα, σημαντικές ευκαιρίες θα αναπτυχθούν και σε όρους κύρους, καθιστώντας τα νοσοκομεία σημεία αναφοράς στην κοινωνία αλλά και την ιατρική επιστημονική κοινότητα. Παιδιάτρος που εργάζεται στο Διαβαλκανικό τονίζει πως «θα υπάρχουν τεράστια οφέλη, θα πενταπλασιαστεί η κίνηση, θα μπορούμε να ασχοληθούμε με ημερίδες και να το προωθήσουμε περαιτέρω, θα έχει και οικονομικά οφέλη. Θα είναι τεράστια πρωτιά. Θα πιστοποιηθεί το νοσοκομείο γιατί δεν υπάρχει άλλο στην πόλη, αλλά πρέπει να υποστηριχθούμε από τους φορείς», ενώ νεογνολόγος του Παπαγεωργίου απαντά ότι «θα υπάρχει αποδοχή από τον κόσμο και την επιστημονική κοινότητα, αλλά πρέπει η πολιτική αυτή να περάσει σε άλλο επίπεδο, αυτού του τύπου οι πολιτικές μόνο καλό μπορούν να κάνουν» και μαιευτήρας που εργάζεται στο Γένεσις απαντά «αναγνωρίζεται αυτό από τους ασθενείς, ευρεία αναγνώριση κοινωνικά και στην πόλη, κάθε ασθενής θα έχει άλλη εκτίμηση». Επίσης, οι ερωτηθέντες τονίζουν ιδιαίτερα τα οφέλη που θα προκύψουν για το κοινωνικό σύνολο και για την υγεία των νεογνών, γεγονός που θα έχει άμεσο αντίκτυπο και στα ίδια τα νοσοκομεία, καθώς «όταν μία μητέρα γνωρίζει ότι στο νοσοκομείο που απευθύνεται για να γεννήσει προωθείται ο αποκλειστικός θηλασμός νιώθει ασφάλεια και για τη βοήθεια και για την επίλυση αποριών ώστε να φύγει έτοιμη από την κλινική. Επίσης θα υπάρχουν οικονομικά οφέλη γιατί δεν θα υπάρχουν τα ξένα και υποκατάστατα γάλατα και θα περιοριστούν τα έξοδα» (μαιευτήρας, Γένεσις). Τέλος, παράλληλα με τα οφέλη σε όρους κύρους επισημαίνεται και η αλλαγή που θα υπάρχει και στη νοοτροπία των επαγγελματιών υγείας ώστε να παρέχουν περισσότερο ολοκληρωμένη φροντίδα στις μητέρες και τα νεογνά. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως «θα το χρησιμοποιήσουμε σαν εργαλείο γιατί στον ιδιωτικό τομέα τα οφέλη είναι μεγάλα, το νοσοκομείο θα έχει ευκαιρίες, με έχει εντυπωσιάσει η αυστηρότητα των προϋποθέσεων που θα μας κάνει καλύτερους, ευκαιρία να αλλάξει η νοοτροπία για τους επαγγελματίες» (μαιευτήρας, Διαβαλκανικό).

Είναι δύσκολη η πρακτική των αλλαγών; Γιατί πιστεύετε ότι είναι;

Οι ερωτηθέντες αξιολογούν τις διαδικασίες αλλαγών ως δύσκολες. Βέβαια επισημαίνονται τα ιδιαίτερα δεδομένα που τις χαρακτηρίζουν καθώς αυτές προϋποθέτουν υποδομές, επιμόρφωση και θεωρητική και πρακτική γνώση από μέρους των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, επισημαίνεται η ανάγκη αλλαγής νοοτροπίας από μέρους των επαγγελματιών υγείας αλλά και κουλτούρας από μέρους των νοσοκομείων, καθώς και η διευθέτηση τεχνικών ζητημάτων. Επισημαίνεται ότι οι

αλλαγές για να είναι αποτελεσματικές θα πρέπει να πραγματοποιούνται στα πλαίσια εφαρμογής συνολικών στρατηγικών όπως τονίζει νεογνολόγος που εργάζεται στο Παπαγεωργίου «οτιδήποτε έχει να κάνει με την ποιότητα είναι αποδεκτή ως ιδέα, αλλά πρέπει να περιοριστούν οι προσωπικές πολιτικές και πρακτικές, το μοντέλο πρέπει να είναι νοσοκομειακοκεντρικό και όχι ιατροκεντρικό, να βρίσκεται στο επίκεντρο ο ασθενής, πρέπει να ελέγχονται οι υφιστάμενοι αλλά και αυτοί που προωθούν τις αλλαγές». Επίσης, επισημαίνεται η ανάγκη προσαρμογής των Πανεπιστημιακών και Τεχνολογικών σχολών στην εμφύσηση νοοτροπίας διαχείρισης των αλλαγών στους αυριανούς επαγγελματίες υγείας αλλά και η συνεχής ενημέρωσή τους εντός του νοσοκομείου, ώστε να γίνονται αποδεκτά τα νέα δεδομένα και πρακτικές που πηγάζουν από συγκεκριμένα πρωτόκολλα. Σημαντικός είναι εδώ ο ρόλος της ηγεσίας καθώς και η παροχή κινήτρων, η προώθηση της συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας σε σεμινάρια και η συνεχής συλλογική προσπάθεια, επικοινωνία και συνεργασία του προσωπικού. Η δυσκολία στη διαχείριση των πρακτικών αλλαγών επιτείνεται από την γραφειοκρατία, η οποία σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων και υποδομών δυσχεραίνει τη συγκεκριμένη διαδικασία. Χαρακτηριστικά σημειώνεται πως «είναι δύσκολο γιατί υπάρχει τεράστια γραφειοκρατία και το νοσοκομείο δεν έχει τις κατάλληλες υποδομές και δεν έχει την ανάλογη οικονομική υποστήριξη για δημιουργηθούν οι κατάλληλοι χώροι και να αναπτυχθούν πρωτοβουλίες ενημέρωσης» (μαιευτήρας, Ιπποκράτειο).

Ποιες πτυχές(-Βήματα) του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου πιστεύετε ότι θα είναι εύκολο για το Νοσοκομείο σας να εφαρμόσει;

Σε σχέση με πτυχές(-Βήματα) του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου που είναι εύκολο να εφαρμοσθούν από τις κλινικές παρατηρείται ότι η ενημέρωση είναι η πλέον εύκολα εφαρμόσιμη πτυχή. Παράλληλα, με απλές μεθόδους μπορεί να επιτευχθεί η καλύτερη αποδοτικότητα των εργαζομένων βάσει της εφαρμογής καλών πρακτικών οργανωσιακής λειτουργίας. Επιπλέον πρακτικά ζητήματα, όπως η άμεση επαφή της μητέρας με το νεογνό και η παροχή μητρικού γάλακτος με θηλασμό, είναι επίσης εύκολο να επιτευχθούν.

Ποια βήματα θα είναι δύσκολο να εφαρμοστούν σε αυτό το Νοσοκομείο; Υπάρχουν πράγματα που μοιάζουν πιο εύκολα ή δύσκολα σε σχέση με άλλα νοσοκομεία;

Αναφορικά με τις δυσκολίες που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν τα νοσοκομεία στη προσαρμογή τους ως Φιλικά προς τα Βρέφη, αρχικά, οι ερωτηθέντες εστιάζουν στην έλλειψη πόρων και υποδομών «Το «δέρμα με δέρμα» είναι δύσκολο στις καισαρικές, ενώ επίσης τα πολλά κρεβάτια στα δωμάτια δημιουργούν προβλήματα. Παράλληλα, ο αυξημένος όγκος δουλειάς και η ύπαρξη δύσκολων περιστατικών δεν ευνοούν την προώθηση των σχετικών αλλαγών. Επιπλέον *«το rooming-in είναι δύσκολο γιατί δεν υπάρχουν οι υποδομές»* (μαιευτήρας, Ιπποκράτειο). Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα και στις περιπτώσεις των νοσοκομείων που η υλικοτεχνική υποδομή είναι επαρκής, όπως στο Διαβαλκανικό, οι ερωτηθέντες προβάλλουν την υπεροχή της μονάδας σε αυτό το ζήτημα. Επιπλέον τεχνικά ζητήματα ενδέχεται να αποτελέσουν τροχοπέδη, όπως ο κώδικας υποκατάστατου γάλακτος. Σε άλλες περιπτώσεις όπου οι υποδομές είναι επαρκείς προβάλλεται το θέμα της ενημέρωσης. Χαρακτηριστικά, *μαία που εργάζεται στο Διαβαλκανικό αναφέρει «το θέμα της ενημέρωσης είναι σημαντικό. Θα πρέπει από πριν να είναι ενημερωμένες οι μητέρες από επαγγελματία του χώρου, είμαστε ένα σύγχρονο νοσοκομείο, έχουμε πόρους, η προϊσταμένη έχει φτιάξει ειδικό χώρο θηλασμού για μητέρες που έρχονται για επισκέψεις, η υποδομή και ο εξοπλισμός του νοσοκομείου βοηθάει και καθησυχάζουν τη μητέρα, το προσωπικό είναι πρόθυμο το μόνο που θα πρέπει να βελτιωθεί είναι η ενημέρωση των μητέρων από μέρους του νοσοκομείου»*. Επιπλέον, σημαντικές δυσκολίες παρουσιάζει η εξωτερική υποστήριξη των μητέρων καθώς λείπουν οι ανθρώπινοι πόροι που θα την υλοποιήσουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία παρουσιάζονται λιγότερες δυσκολίες καθώς υπάρχει καλύτερη συνεργασία προσωπικού και διοίκησης γεγονός που αποδίδεται στην οργανωσιακή τους κουλτούρα, η οποία εστιάζει στην εξάλειψη των προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω γραφειοκρατίας *«Εδώ μπορούν να εφαρμοστούν πιο εύκολα γιατί δεν υπάρχει γραφειοκρατία και είναι εύκολη η λήψη αποφάσεων, ενώ αυτό δεν ισχύει σε ένα δημόσιο νοσοκομείο»* (μαιευτήρας, Διαβαλκανικό).

Παρόλα αυτά επισημαίνεται και ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού ως βασικού συστατικού παράγοντα για την εφαρμογή των αντίστοιχων διαδικασιών. *Μαία που εργάζεται στο Γένεσις τονίζει «στον ιδιωτικό τομέα τα πράγματα είναι πιο ελεγχόμενα και είναι πιο εύκολο να επιβληθούν κάποια πράγματα, αλλά δεν είναι θέμα ιδιωτικού ή δημόσιου είναι θέμα ανθρώπων, ο θηλασμός το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό είναι πολύ δύσκολο γιατί πρέπει να εξεταστεί, αυτό το βήμα δεν εφαρμόζεται συχνά λόγω τυπικών διαδικασιών που θα μπορούσαν να παρακαμφθούν, εξαρτάται από τους μαιευτήρες και τις μαίες που πρέπει να είναι συντονισμένοι»*. Τέλος σε μια περίπτωση

προβάλλονται δυσκολίες που έχουν να κάνουν με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των πελατών που δεν ευνοούν την κουλτούρα του θηλασμού.

Μήπως είναι ένα θέμα οι πόροι;

Οι πόροι, ιδιαίτερα στα δημόσια νοσοκομεία, αποτελούν χαρακτηριστικό ζωτικής σημασίας. Σημαντική είναι η έλλειψη χρηματοδότησης που σχετίζεται άμεσα με την επάρκεια του προσωπικού *«βεβαίως και είναι θέμα πόρων, χρειαζόμαστε περισσότερο προσωπικό, τα τελευταία χρόνια έχουμε μείνει το 50% του ιατρικού προσωπικού, έχουν φύγει 7 άτομα, από το 2011 και δεν έχει αντικατασταθεί κανείς»*, σημειώνει νεογνολόγος στο Ιπποκράτειο. Επίσης, μαία που εργάζεται στο Ιπποκράτειο αναφέρει ότι *«χρειάζονται λεφτά και ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και πρωτοβουλίες για να γινόμαστε καλύτεροι συνολικά»*. Στις περιπτώσεις των ιδιωτικών νοσοκομείων όπου οι πόροι δεν αποτελούν πρόβλημα προκύπτουν ζητήματα οργανωσιακής λειτουργίας και επαγγελματικής επάρκειας *«δεν είναι θέμα πόρων, είναι θέμα διάθεσης, ο θηλασμός είναι φθηνός και τα κέρδη πολλαπλά, το βασικό θέμα είναι να περιοριστούν οι προσωπικές απόψεις, ότι κάνουμε να είναι evidence-based και να εφαρμόζονται διεθνείς οδηγίες»* (νεογνολόγος, Παπαγεωργίου). Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προκύπτει ότι οι υπάρχοντες πόροι δεν αποτελούν τροχοπέδη για την εκκίνηση της εφαρμογής των διαδικασιών για πιστοποίηση των νοσοκομείων ως Φιλικά προς τα Βρέφη *«χρειάζονται και άλλοι πόροι όμως για να μπορείς να κινητοποιήσεις το μηχανισμό και με το υπάρχον προσωπικό και όσο προχωράνε τα βήματα και έχεις αποτελέσματα μπορείς να ζητήσεις επιπλέον πόρους, τα υπάρχοντα εργαλεία αρκούν για να ξεκινήσεις»* (μαία, Γένεσις). Επίσης η αύξηση των πόρων λειτουργεί και προς όφελος της εκπαίδευσης και ενημέρωσης του υπάρχοντος προσωπικού παράλληλα με τη βελτίωση των υποδομών, όπως σημειώνει μαιευτήρας που εργάζεται στο Γένεσις ότι *«σίγουρα οι πόροι είναι σημαντικοί, το rooming-in χρειάζεται χώρους, περισσότερο σημαντικό είναι το ανθρώπινο δυναμικό για την υποστήριξη της γυναίκας, χρειάζονται σεμινάρια και χρήματα για να τα διοργανώσουμε»*, ενώ μαιευτήρας που εργάζεται στο Ιπποκράτειο τονίζει ότι *«βεβαίως, χρειάζονται πάνω από όλα οικονομικοί πόροι, χρειάζονται υποδομές και σεμινάρια για να ενημερώνονται οι γιατροί και οι μαίες»*.

Τι γίνεται με την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού έξω στην κοινότητα; Αυτό αποτελεί ένα θέμα;

Η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού έξω από την κοινότητα κατά γενική ομολογία των ερωτηθέντων δεν είναι ικανοποιητική. Συνήθως, η αντίστοιχη υποστήριξη παρέχεται από τους παιδίατρους, ενώ λειτουργούν και φορείς και δομές ενημέρωσης σχετικά με το μητρικό θηλασμό που παρέχουν τηλεφωνική υποστήριξη, ενώ υπάρχουν και κλινικές οι οποίες λειτουργούν ως μονάδες συμβουλευτικής θηλασμού. Παρόλα αυτά είναι απαραίτητες αντίστοιχες βελτιώσεις. Σήμερα οι συνθήκες είναι ευνοϊκές για την ανάπτυξη ανάλογων δράσεων καθώς *«οικονομικοί λόγοι αναγκάζουν τις μητέρες να θηλάζουν, η περιρρέουσα ατμόσφαιρα είναι φιλική προς το θηλασμό και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προωθεί το μητρικό θηλασμό»* (νεογνολόγος, Παπαγεωργίου). Παρόλα αυτά ο αυξημένος φόρτος εργασίας των επαγγελματιών υγείας δεν επιτρέπει την πλήρη εξωτερική υποστήριξη των μητέρων στο θέμα του θηλασμού, η οποία περιορίζεται απλώς σε ορισμένες οδηγίες *«εμείς συνήθως λέμε στη μητέρα να τηλεφωνήσει όποια ώρα θέλει σε εμάς για όποιο πρόβλημα αντιμετωπίζει, να συμβουλευτεί τον παιδίατρο, στην Ελλάδα είμαστε πίσω σε θέματα υποδομών, μόλις αντιμετωπίσουν οι μητέρες μία δυσκολία εύκολα τα παρατάνε χωρίς να ενημερώνεται το νοσοκομείο και ο παιδίατρος»* (μαία, Διαβαλκανικό).

Η έλλειψη υποδομών αλλά και ανθρώπινων πόρων επιτείνει τις υπάρχουσες ανεπάρκειες όπως απαντά μαία που εργάζεται στο Γένεσις *«είναι θέμα υποστήριξης, η γυναίκα πρέπει να ξέρει ότι έχει ένα τηλέφωνο, έναν άνθρωπο που θα τη βοηθήσει, να υπάρχει έγκυρη και συντονισμένη πληροφόρηση από όλους τους φορείς που να λένε τα ίδια πράγματα χωρίς να διχάζουν τη γυναίκα, οι γυναίκες που θέλουν να θηλάσουν με την κατάλληλη υποστήριξη το κάνουν και φτάνουν το στόχο του βμηνου»*. Τα τελευταία χρόνια, η ανάπτυξη των εφαρμογών του διαδικτύου έχει ωφελήσει την ενημέρωση όσον αφορά το μητρικό θηλασμό καθώς λειτουργούν διάφοροι ιστότοποι ανάλογου ενδιαφέροντος όπου οι μητέρες μπορούν να ανταλλάσσουν απόψεις μεταξύ τους αλλά και να επικοινωνούν με σύμβουλους θηλασμού, πράγμα που αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμο σε περιπτώσεις που οι οδηγίες του παιδίατρου δε επαρκούν ή προκαλούν σύγχυση και άγχος, ενώ παράλληλα παρέχεται αξιόλογη ψυχολογική υποστήριξη. Το ζήτημα της εξωτερικής υποστήριξης είναι πολυσύνθετο και *«εξαρτάται από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, την υποστήριξη του συζύγου και της οικογένειας»* (παιδίατρος, Γένεσις). Θα πρέπει να αυξηθούν οι φορείς και να

βελτιωθούν οι ήδη υπάρχουσες δομές, ενώ παράλληλα σημαντική είναι η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και η θέσπιση νομοθεσίας που να ευνοεί το θηλασμό καθώς ιδιαίτερα οι μητέρες που είναι εργαζόμενες στον ιδιωτικό τομέα διακόπτουν σύντομα το θηλασμό λόγω των απαιτητικών ωραρίων εργασίας τους. Συνολικά, απαιτείται μία ολοκληρωμένη προσέγγιση και ουσιαστική αλλαγή της κουλτούρας της κοινωνίας πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο καλύπτεται (-υποστηρίζεται) από όλο το νοσοκομείο;

Η υποστήριξη των διαδικασιών του Φιλικού προς τα Βρέφη νοσοκομείου προκύπτει ότι σχετίζεται με τη βούληση του προσωπικού αλλά και της διοίκησης. Στις περιπτώσεις που υπάρχει ευαισθητοποίηση από μέρους των εργαζομένων που εργάζονται εκτός των μαιευτικών κλινικών παρατηρούνται θετικά αποτελέσματα στην εφαρμογή των διαδικασιών που χαρακτηρίζουν τα Φιλικά προς τα Βρέφη νοσοκομεία. Βέβαια, η επιτυχία προϋποθέτει και την ύπαρξη των ανάλογων γνώσεων από μέρους του υπόλοιπου προσωπικού των νοσοκομείων. Όσον αφορά τα καθήκοντα των διοικήσεων των νοσοκομείων, αυτά εστιάζονται στην υιοθέτηση από το νοσοκομείο κουλτούρας που να υποστηρίζει την εφαρμογή των εν λόγω διαδικασιών χωρίς όμως το υπόλοιπο προσωπικό να επεμβαίνει στα καθήκοντα των μαιών και των νεογνολόγων. Επιπλέον, οι διοικήσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να εστιάζουν στην καταγραφή των υπαρχουσών ανεπαρκειών, ώστε να αναλαμβάνονται οι περαιτέρω βελτιώσεις.

Αν υπήρχε κάτι που θα μπορούσατε να αλλάζατε σε σχέση με την φροντίδα των γυναικών γύρω από το θηλασμό, τι (ποιο) θα ήταν αυτό;

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα αναφορικά με τη φροντίδα των γυναικών γύρω από το θηλασμό, αρχικά, προκύπτει ότι αυτή θα πρέπει να εστιάζει στην ψυχολογική υποστήριξη των μητέρων ιδιαίτερα σε κομβικές στιγμές, όπως είναι τα προβλήματα που προκύπτουν κατά τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό, σε περιπτώσεις καισαρικών αλλά και σε περιπτώσεις πρωτοτοκίας. Η σωστή και πλήρης ενημέρωση είναι εξαιρετικά σημαντική ενώ θα πρέπει αυτή να παρέχεται στο σύνολο των αλληλεπιδρώντων με τη μητέρα. Νεογνολόγος στο Διαβαλκανικό τονίζει ότι «η σωστή και πλήρης ενημέρωση είναι το πιο σημαντικό. Οι μητέρες θα πρέπει να καθησυχάζονται για να μην υπάρχει άγχος και να ξέρεις ότι θα αφήσεις τη μητέρα μετά σε κάποιον που θα την υποστηρίξει». Παράλληλα, μαιευτήρας που εργάζεται στο Ιπποκράτειο τονίζει ότι

«ενημερώνω όχι μόνο τη γυναίκα αλλά και το σύζυγο και όλο το περιβάλλον (γιαγιά, πεθερά), ο βασικός υποστηρικτής είναι ο πατέρας και πρέπει να είναι καλά ενημερωμένος».

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων κρίνεται ότι καθίσταται απαραίτητη μία στοχοποιημένη καμπάνια ενημέρωσης σχετικά με το μητρικό θηλασμό. *«Περισσότερη ενημέρωση και διαφήμιση, να γίνει τάση ο θηλασμός. Υπάρχει μεγάλο κίνημα, με υπερβολές μερικές φορές, που προωθεί την κουλτούρα του θηλασμού και θα πρέπει να ενισχυθεί, αν και οι γυναίκες δυσκολεύονται στην εφαρμογή του θηλασμού θα πρέπει να ενημερωθεί ώστε να καταλάβει τα οφέλη που προκύπτουν για το μωρό»* (μαιευτήρας, Διαβαλκανικό). Επιπλέον, προκύπτει ότι από μέρους των επαγγελματιών υγείας παρατηρείται ορισμένες φορές ενοχοποίηση των μητέρων που σταματούν πρόωρα το θηλασμό και χαμηλή επάρκεια στην ενημέρωσή τους, γεγονός που οφείλεται και στον αυξημένο φόρτο εργασίας τους που δεν επιτρέπει περαιτέρω ενασχόληση. Παράλληλα, θα ωφελούσε εξαιρετικά η προετοιμασία των γυναικών πριν τον τοκετό (προγεννητική ενημέρωση) για τα οφέλη του θηλασμού: *«θα πρέπει οι μητέρες να είναι ενημερωμένες προγεννητικά, να υπάρχει ανθρώπινο δυναμικό που να τις στηρίζει μετά τον τοκετό και να υπάρχει επιμονή και από τους επαγγελματίες υγείας και τις ίδιες τις γυναίκες»* (νεογνολόγος, Διαβαλκανικό), ενώ μαία που εργάζεται στο Γένεσις υπερθεματίζει απαντώντας ότι θα πρέπει να υπάρχει *«συνδυασμός ενημέρωσης πριν το τοκετό, επιμόρφωσης, εμπειρίας του τοκετού, συνθηκών παραμονής στην κλινική και υποστήριξης που θα έχει η γυναίκα μετά»*.

Πώς νομίζετε ότι δουλεύοντας σε αυτό το νοσοκομείο από την στιγμή που θα είναι Φιλικό προς τα Βρέφη, θα είναι διαφορετικό σε σχέση με αυτό που δουλεύετε μέχρι τώρα;

Η αλλαγή των νοσοκομείων ως Φιλικά προς τα Βρέφη είναι εξαιρετικά αποδεκτή από μέρους των ερωτηθέντων. Αρχικά, οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν ότι θα βελτιωνόταν ο τρόπος εργασίας τους *«Θα με ευχαριστούσε, θα ένιωθα ικανοποίηση, η δουλειά θα διέφερε, δεν θα είχα επαφή με γάλατα, φεύγει λίγο δουλειά από πάνω μου αλλά δεν ξέρω τι επίδραση θα είχαν οι συνοδοί, ενδεχομένως η δουλειά μου να γινόταν πιο εύκολη»* *«Θα κάνουμε καλύτερα τη δουλειά μας, θα υπάρχει ικανοποίηση και επιβράβευση από τον κόσμο που έρχεται στο νοσοκομείο»* (μαία, Παπαγεωργίου). Επίσης, μαία που εργάζεται στο Ιπποκράτειο απαντά ότι *«θα μας απάλλασσε από το θέμα της σίτισης, θα εξοικονομούμε εργατοώρες και θα υπάρχει καλύτερη επικοινωνία με*

τη μητέρα». Παράλληλα όμως η μετατροπή των νοσοκομείων σε Φιλικά προς τα Βρέφη θα πρέπει να υποστηριχθεί από τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας σε συνέδρια επιστημονικού ενδιαφέροντος γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα, έρευνα, σύσταση ομάδων εργασίας και διεπιστημονική συνεργασία. Στον αντίποδα, η μετατροπή των νοσοκομείων σε Φιλικά προς τα Βρέφη υποστηρίζεται πως θα αυξήσει τις απαιτήσεις λογοδοσίας και υπευθυνότητας. Το νοσοκομείο θα λειτουργεί με βάση συγκεκριμένα πρωτόκολλα ενώ θα πρέπει οι εργαζόμενοι να επιμορφωθούν για να ανταπεξέλθουν στα νέα δεδομένα. Παρόλα αυτά τα νοσοκομεία θα είναι περισσότερο οργανωμένα λειτουργώντας μεθοδικά βάση γραπτών κατευθυντήριων γραμμών με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Επίσης, προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι θα υπάρχει περισσότερη υπευθυνότητα από μέρους τους αλλά και καλύτερος συντονισμός μεταξύ τους.

Πώς πιστεύετε ότι η εμπειρία της γέννησης ενός μωρού στο νοσοκομείο σας θα είναι διαφορετική από την στιγμή που θα γίνει Φιλικό προς τα Βρέφη;

Εφόσον τα νοσοκομεία θα ακολουθούν διαδικασίες που θα τα καθιστούν Φιλικά προς τα Βρέφη, βάσει των απαντήσεων των ερωτηθέντων θα αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των μητέρων καθώς η δύσκολη εμπειρία του τοκετού θα επιβραβεύεται με τη συνεχή επαφή της μητέρας με το νεογνό, ενισχύοντας το δεσμό της με αυτό γεγονός που αποτελεί πλεονέκτημα και για το ίδιο το νεογνό: *«πιστεύω το κάθε μωρό θα είναι πιο κοντά στη μητέρα του, όπως πρέπει να είναι, θα νιώθει πιο πολύ ασφάλεια γιατί είναι ψυχρό να αποχωρίζεσαι την αγκαλιά της μητέρας στις πρώτες μέρες»* (μαία, Διαβαλκανικό). Επιπλέον, παιδίατρος που εργάζεται στο Διαβαλκανικό εντοπίζει ακόμη περισσότερα οφέλη *«θα ξεκινήσει να έχει αυτό το θαύμα του θηλασμού και της επαφής με τη μητέρα του ανώδυνα, θα έχει λιγότερα προβλήματα με τη δυσανοχή γευμάτων, ασφάλεια, λιγότερο στρες και λιγότερος χρόνος νοσηλείας για τη μητέρα»*.

6.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Έχοντας ολοκληρώσει την ανάλυση των αποτελεσμάτων θα προβούμε στην παρουσίαση των παραμέτρων που θεωρούμε ότι έχουν άμεση σχέση με τον σκοπό της έρευνάς μας.

Η Πρωτοβουλία Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία έχει αναγνωριστεί διεθνώς ως μια αξία για την προαγωγή και υποστήριξη του Μητρικού θηλασμού Η πιστοποίηση ενός μαιευτηρίου ως φιλικό προϋποθέτει την συνεργασία και την ομαδική προσπάθεια του

ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Οι επαγγελματίες υγείας που επιλέχθηκαν για την συγκεκριμένη μελέτη φαίνεται από την διεθνή βιβλιογραφία να φροντίζουν περισσότερο από όλους την δυάδα μητέρα-βρέφος και ως επακόλουθο να επηρεάζουν τις αποφάσεις τους για τον θηλασμό (Di Girolamo et al, 2008).

Γενικά ως προς την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το θέμα της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο οι ερωτηθέντες είναι αρκετά ενημερωμένοι για τα χαρακτηριστικά των Φιλικών προς τα Βρέφη νοσοκομείων. Αναφέρεται ως μια *πρωτοβουλία με επίκεντρο το βρέφος για την υποστήριξη της διατροφής του με το γάλα της μητέρας του από τη στιγμή της γέννησης (WHO)*. Στηρίζεται σε μια παγκόσμια Πρωτοβουλία που προάγει και υποστηρίζει την διατροφή του βρέφους και ακολουθούνται φιλικές πρακτικές και ως προς την μητέρα αλλά και ως προς το βρέφος (WHO, 1991). Οι ερωτηθέντες φαίνεται παρόλα αυτά να μην έχουν σαφή γνώση τόσο πρακτικών διαδικασιών όσο και ολοκληρωμένη γνώση των βημάτων που επιτάσσει η εναρμόνιση με τα την Παγκόσμια στρατηγική. Ως προς την χρησιμότητα και την εναρμόνιση με την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας σαφώς και υπάρχει μια απόλυτα θετική στάση των επαγγελματιών υγείας καθώς όλοι ισχυρίζονται και έχουν αποδεχτεί ότι είναι μια Πρωτοβουλία που θα ενισχύσει τα ποσοστά θηλασμού και θα προάγει ως εκ τούτου την σωματική και ψυχική υγεία του βρέφους και της μητέρας (Nanni-Zacher, 1994; Χαραμή et al., 2015). Η χρησιμότητα της μετατροπής των νοσοκομείων σε φιλικά θα φέρει τόσο οικονομικά οφέλη, όπως υποστηρίζεται και από έρευνες του εξωτερικού (Lowe, 2011; Linda et al. 2002) όσο και κοινωνικά οφέλη καθώς μέσα από τις πρακτικές μητρικής φροντίδας και πρακτικές υποστήριξης του μητρικού θηλασμού θα έχουμε αύξηση του ποσοστού της έναρξης και της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού. (Merten, 2005; Chien et al. 2007) ο οποίος θηλασμός, αποτελεί και δείκτη μέτρησης της δημόσιας υγείας παράλληλα με αυτόν του εμβολιασμού και άλλων πρωτοβουλιών που προστατεύουν και προάγουν την υγεία ενός τόσο ευάλωτου πληθυσμού όπως αυτό των παιδιών (Fairbank et al., 2001). Θα ωφεληθεί επιπλέον τα νοσοκομεία καθώς θα αποτελέσει εργαλείο οργανωτικής λειτουργίας αξιοποιώντας παγκόσμια αποδεκτά πρότυπα και πλαίσια (WHO, 1991) σε μια λογική ενίσχυσης του «best practices» (unicef UK, 1995). Η επιμόρφωση των εργαζομένων θα αποτελέσει επίσης μια πρακτική απαραίτητη για τη υλοποίηση της διαδικασίας καθώς σύμφωνα με έρευνα η αύξηση της γνώσης των επαγγελματιών υγείας γύρω από τα πλεονεκτήματα του θηλασμού συμβάλει στην επιρροή των διατροφικών πρακτικών των βρεφών άρα υπάρχει όφελος και οργανωτικό που

αποδίδεται ως πρακτική ποιότητας (WHO, 1989). Επιπλέον η μετατροπή των νοσοκομείων σε Φιλικά αναφέρεται ότι θα βελτιώσει τον τρόπο λειτουργίας τους μέσα από συγκεκριμένες διαδικασίες, θα εξοικονομήσει πόρους τους οποίους θα αποδώσει σε πρακτικές ποιότητας και θα αυξήσει ενδεχομένως την *αίσθηση υπευθυνότητας και λογοδοσίας των εργαζομένων* μέσα από συμμετοχικές διαδικασίες και διεπιστημονικές συνεργασίες πιστεύουν όλοι σχεδόν οι επαγγελματίες που ερωτήθηκαν. Σε ότι αφορά το στάδιο δραστηριότητας προς αυτή την κατεύθυνση της εφαρμογής του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου έχουν χαραχθεί οι βασικές γραμμές. όμως υπάρχει ακόμη αρκετή απόσταση να διανυθεί. Αναφέρεται αρκετή ευαισθητοποίηση ως προς την ενημέρωση του ιατρικού και λοιπού προσωπικού χωρίς κάποιο ιδιαίτερο πλαίσιο, υπάρχει αρκετή κινητικότητα από την πλευρά των μαιών_προς την κατεύθυνση της ενημέρωσης και της υποστήριξης χωρίς στοχευόμενη και οργανωμένη δράση, η οποία αποδεικνύεται ότι είναι ισχυρή και απαραίτητη πρακτική στην επιτυχία του θηλασμού (Abass, 2015; Bryder 2012; Noel-Weiss, 2007). Η επάρκεια του προσωπικού καθώς και της υλικοτεχνικής υποδομής φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υλοποίηση των διαδικασιών τουλάχιστον για τον δημόσιο τομέα, όπως αποδεικνύει και έρευνα στην Ελλάδα που αναφέρει ότι ο υγειονομικός τομέας είναι τόσο εντάσεως εργασίας όσο και εξάρτησης εργασίας και κατ'επέκταση, η ποσότητα και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή στελέχωση των δομών υγείας και από την εκπαίδευση και τις ικανότητες του προσωπικού (Σκρουμπέλος et al., 2012; Αντωνίου et al., 2006). Γραπτή πολιτική θηλασμού ακολουθεί μερίδα των ερωτώμενων και αυτή όπου υπάρχει «επικοινωνείται» στο σύνολο του προσωπικού όπως επίσης και στο σύνολο των μητέρων. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία που δεν έχουν γραπτή πολιτική θηλασμού βρίσκονται σε στάδιο προετοιμασίας.

Σε σχέση με τις ευκαιρίες που θα δημιουργηθούν για τον ίδιο τον οργανισμό από την εφαρμογή αυτής της αναγνώρισης θεωρείται από μέρους των εργαζομένων ότι θα υπάρξει και οικονομικό όφελος αλλά και αναγνώριση τόσο από την ιατρική κοινότητα ,όσο και από το σύνολο της κοινωνίας γιατί τα νοσοκομεία θα έχουν την ευκαιρία να βελτιώσουν προγράμματα ποιότητας, κόστους, δημοσίων σχέσεων και κύρους (Baby Friendly USA, 2012). Η αναγνώριση θα προσελκύσει μητέρες λόγου του κύρους που θα αποκτήσει το νοσοκομείο όπως εξάλλου υποστηρίζουν και μελέτες του εξωτερικού με διαφορετικές ενδεχομένως οργανωσιακές λειτουργίες για το σύστημα υγείας τους (www.healthyplaceschicago.org). Από κάποιους τονίζεται, ιδιαίτερα το όφελος προς

την κοινωνία εξαιτίας της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας των βρεφών που προάγεται μέσω του θηλασμού (WHO) και της μείωσης των υποκατάστατων η οποία ως πρακτική θα επιφέρει και οικονομικά οφέλη τόσο στον ίδιο τον οργανισμό αλλά και στις οικογένειες. Η αλλαγή της νοοτροπίας των εργαζομένων και των συνηθισμένων πρακτικών καθώς και η ανάγκη επιμόρφωσης τους θα χρησιμοποιηθεί σαν εργαλείο κυρίως για τον ιδιωτικό τομέα προς την κατεύθυνση των αλλαγών και της προσέλκυσης νέων «πελατών» (Wieczorek et al., 2015). Η πρακτική των αλλαγών προς την κατεύθυνση της εφαρμογής του ΦΒΝ θεωρείται δύσκολη τόσο από θέμα πρακτικό που αφορά τις υποδομές, την γραφειοκρατία, όσο και από θέμα ενεργοποίησης των εργαζομένων μέσω της ηγεσίας για αλλαγή κουλτούρας, επιμόρφωσης σε επίπεδο νοσοκομείου και σε επίπεδο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης Πανεπιστημιακής και Τεχνολογικής βαθμίδας, στοιχείο το οποίο τονίζεται σε έρευνα του εξωτερικού. Οι Herscovitch & Meyer (2002) παρατηρούν ότι τα μέλη ενός οργανισμού μπορούν να αφοσιωθούν στην εφαρμογή των αλλαγών είτε επειδή το θέλουν είτε επειδή πρέπει, χωρίς άλλη επιλογή, είτε επειδή αναγκάζονται να το κάνουν. Η αφοσίωση που στηρίζεται στο «θέλω» λειτουργεί σαν κίνητρο με καλύτερα αποτελέσματα. Σε έρευνα βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των παιδιάτρων 72% δεν είχαν γνώση του περιεχομένου της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο (Schanler et al., 1999). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανάγκη επιμόρφωσης για επίτευξη αλλαγών. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η γνώση των παιδιάτρων γύρω από το θέμα είναι ελλιπής από την ιατρική εκπαίδευση, ότι έχουν σημαντικά ελλείμματα γνώσεων σχετικά με την κλινική διαχείριση και ότι βασίζονται πάνω στην προσωπική εμπειρία σχετικά με την διαχείριση του θηλασμού. Η συλλογική δουλειά επιτυγχάνεται μέσα από καλή συνεργασία των εργαζομένων που την υποστηρίζει και η ηγεσία με κίνητρα, επιμόρφωση, έλεγχο (Nickel et al., 2013). Ένα από αυτά είναι η συλλογική αποτελεσματικότητα και η συλλογική δέσμευση καθώς και η αποδυνάμωση του «ιατροκεντρικού» μοντέλου και αντικατάσταση αυτού με το «νοσοκομειακό-κεντρικό» όπου στο επίκεντρο είναι ο ασθενής όπως έχει υιοθετηθεί και από ξένες χώρες (Baby Friendly USA, 2012). Στοιχεία στην χώρα μας αποδεικνύουν ότι οι πρακτικές θηλασμού και φροντίδας της μητέρας στα Ελληνικά μαιευτήρια δεν δημιουργούν κατάλληλο και φιλικό περιβάλλον υποστήριξης για την ίδια και τις αποφάσεις που καλείται να επιλέξει για την οικογένειά της (Daglas et al., 2009).

Πτυχές της εφαρμογής που μπαίνουν εύκολα σε λειτουργία είναι η ενημέρωση των μητέρων για τα οφέλη του θηλασμού που αποδεικνύεται σημαντικός παράγοντας σύμφωνα με έρευνα στην Ελλάδα και σχετίζεται θετικά με την έναρξη και την συνέχιση

του θηλασμού (Tavoulari et al., 2015), πρακτικά ζητήματα που έχουν να κάνουν με διαδικασίες όπως επαφή «δέρμα με δέρμα» και η σίτιση των βρεφών αποκλειστικά, με θηλασμό φαντάζουν και εφαρμόζονται πιο εύκολα από τους επαγγελματίες. Παρόλα αυτά σε έρευνα στην Ελλάδα (Daglas et al., 2009) βρέθηκε ότι τα νεογνά απομακρύνονται από τις μητέρες τους αμέσως μετά τον τοκετό, ενώ σε περίπου μισά από τα περιστατικά, τα νεογνέννητα επιστρέφανε στην μητέρα τους μετά από τρεις έως έξι ώρες παράγοντες καθοριστικοί για την εδραίωση του θηλασμού (Agora, S.,2000). Η συνδιαμονή, (rooming-in) του βρέφους με την μητέρα εφαρμοζόταν σε περίπου 15,3% των μαιευτηρίων ενώ το αντίστοιχο ποσοστό, μητέρων που γέννησαν σε ιδιωτικά μαιευτήρια ήταν μόλις 1,1%στοιχεία που από μόνα τους δεν φαίνεται να σχετίζονται με την διάρκεια του θηλασμού αναφέρουν έρευνες του εξωτερικού (Di Girolamo, 2008). Στα δημόσια νοσοκομεία οι μητέρες ήταν καλύτερα ενημερωμένες από αυτές των ιδιωτικών μαιευτηρίων($p < 0.05$ and $p < 0.005$,αντίστοιχα σχετικά με το θέμα του απεριόριστου θηλασμού. Κατά την διαμονή τους στο νοσοκομείο υψηλό ποσοστό μητέρων (68.3%) ανέφερε ότι δινότανε στο νεογνό ξένο γάλα σε κάθε γεύμα αν και παρόμοιο ποσοστό (63.6%) υποψιαζότανε ότι το προσωπικό του μαιευτηρίου έδινε ξένο γάλα στο νεογνό χωρίς την συγκατάθεσή τους και παρά τη απόφασή τους να θηλάσουν, πρακτικές συχνές για τα ιδιωτικά κυρίως μαιευτήρια. ($p < 0.001$ και $p < 0.0005$,αντίστοιχα) Φαίνεται από την ίδια πάντα έρευνα (Daglas et al., 2009) ότι στα δημόσια μαιευτήρια οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ πιο υποστηρικτικοί στην καθημερινή τους πρακτική με τον θηλασμό απ' ότι στα ιδιωτικά όπου αναφέρεται από μητέρες η υποστήριξη της μεικτής διατροφής έναντι του θηλασμού από τους επαγγελματίες υγείας. ($p < 0.05$). Οι πόροι αλλά και οι υποδομές αναφέρονται ως τροχοπέδη στη υλοποίηση των διαδικασιών. Κάποιες πρακτικές όπως η καισαρική τομή αποτελούν εμπόδιο στην επαφή δέρμα με δέρμα όπως καταδεικνύουν περίτρανα έρευνες από την διεθνή βιβλιογραφία (Riordan et al., 2000; Prior et al. 2012; Perez-Rios et al. 2008; Perez-Escamilla et al., 1996) και δυστυχώς για την Ελλάδα τα ποσοστά είναι υψηλά, αφού έρευνα σε τρία δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και ένα ιδιωτικό καταδεικνύουν προφανώς την πρωτιά της χώρας. Στα δημόσια το ποσοστό των καισαρικών τομών ανέρχεται για τις ελληνίδες σε 41,6% και 26% για τις αλλοδαπές. Στο μεταξύ στα ιδιωτικά μαιευτήρια το ποσοστό είναι 53% (62% για γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση και 23.9% για γυναίκες με ιδιωτική πληρωμή), (Mossialos, 2005). Φαίνεται όμως από άλλη έρευνα το είδος το τοκετού να μην συσχετίζεται άμεσα με την διάρκεια του θηλασμού (Di Girolamo, 2008) Σε ότι αφορά τα ποσοστά γεννήσεων που απορροφά ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας σύμφωνα με διαδικτυακή έρευνα στην

Ελλάδα το 2011 International Baby Food Action Network, ποσοστό γύρω στο 53%-63% συμβαίνουν στα ιδιωτικά μαιευτήρια της χώρας ,αφήνοντας το υπόλοιπο ποσοστό για τον δημόσιο φορέα, ενώ οργανωσιακές λειτουργίες όπως για παράδειγμα οι εφημερίες στα δημόσια νοσοκομεία, ο όγκος των περιστατικών και το είδος αυτών καθώς και τα διαφορετικά κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, δυσχεραίνουν την υλοποίηση των διαδικασιών τουλάχιστον για τον δημόσιο τομέα ο οποίος αναφέρθηκε στην έρευνα μας ότι είναι θέμα η επικοινωνία με τους αλλοδαπούς, και ο συνωστισμός κρεβατιών στην εφημερία. (Berovic, 2003; Divakar et al., 2012; Wieczorek et al., 2015). Η διαφοροποίηση των απόψεων έρχεται από τους επαγγελματίες του ιδιωτικού τομέα όπου οι υλικοτεχνικές υποδομές και η γραφειοκρατία δεν προβάλλονται ως λόγοι δυσκολίας, αντί αυτού έρχεται να προβληθεί ως εμπόδιο στην εφαρμογή της διαδικασίας η μη επαρκής ενημέρωση των μητέρων προγεννητικά η οποία δυσχεραίνει το έργο της υποστήριξης και συσχετίζεται σύμφωνα με την βιβλιογραφία ως παράγοντας που εμποδίζει τον θηλασμό (Lowe, 2011; Αντωνίου et al., 2006). Η υποστήριξη στην κοινότητα αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα για όλους τους επαγγελματίες που ασπάζονται την άποψη της βιβλιογραφίας σχετικά με την υποστήριξη της μητέρας από τον οικογενειακό κύκλο και την κοινότητα και αναγνωρίζεται διεθνώς σαν πρακτική βέλτιστη και σημαντική στην προαγωγή και υποστήριξη του θηλασμού για τουλάχιστον έξι μήνες (Walsh et al., 2011). Τονίζεται ωστόσο και από τους δύο φορείς ότι είναι θέμα θέλησης και σωστού συντονισμού των ανθρώπων για να ξεπεραστούν και να υπερνικηθούν διαδικασίες που δεν ωφελούν. Το ζήτημα των πόρων δεν φαίνεται να αποτελεί βασικό εμπόδιο στην υλοποίηση των διαδικασιών τουλάχιστον για τον ιδιωτικό τομέα όπου τίθεται θέμα «συμμόρφωσης» στις διεθνείς οδηγίες και θέμα επιμόρφωσης του προσωπικού όπως ισχυρίζονται και έρευνες του εξωτερικού οι οποίες αναφέρουν ότι *παρά την ισχυρή υποστήριξη των αρχών για αυτή την στρατηγική, υπάρχει διαφορετική ερμηνεία από τους επαγγελματίες υγείας και απαιτείται επιπλέον εκπαίδευση και ακρίβεια πληροφοριών. Οι τρέχουσες διαδικασίες πρέπει να διαδοθούν και η εφαρμογή του Φιλικού για τα βρέφη νοσοκομείο να αναθεωρηθεί. Η τάση του προσωπικού να εστιάσει καθολικά στα Δέκα Βήματα είναι μία από τις εργασίες που πρέπει να επιτευχθούν* (Schmied et al., 2011). Αντιθέτως για τον δημόσιο τομέα είναι σημαντική η εύρεση πόρων τόσο ανθρωπίνων όσο και υλικοτεχνικών για εγκαταστάσεις και επιμόρφωση του προσωπικού όπως αποδεικνύεται και από έρευνα του εξωτερικού η οποία αναφέρει ότι η αποτελεσματικότητα και η απόδοση είναι ζήτημα επάρκειας του προσωπικού το οποίο είναι επιφορτισμένο τις περισσότερες φορές με *περισσότερα καθήκοντα* από αυτό της

υποστήριξης του θηλασμού και άρα υπάρχει έλλειψη χρόνου, η εκπαίδευση του προσωπικού και οι επισκέπτες, συνοδοί των μητέρων, οι οποίοι τις περισσότερες φορές λειτουργούν ανασταλτικά με τον θηλασμό (Nickel et al., 2015). Η υποστήριξη των μητέρων στην κοινότητα κατά γενική ομολογία δεν είναι ικανοποιητική. Λείπουν δομές και επαρκής θεσμοθέτηση πάνω στο θέμα της υποστήριξης του θηλασμού παρόλο που υπάρχει νομοθεσία για παροχές μητρότητας στην χώρα μας ανανεωμένο από το Δίκτυο Υπηρεσιών Πληροφόρησης και Συμβουλευτικής εργαζομένων από 2012-2015 (INE). Ωστόσο επειδή παρατηρείται τον τελευταίο καιρό μια μεταστροφή στο θέμα του θηλασμού από τις μητέρες έχουν αναπτυχθεί κάποιες δράσεις τόσο από ιδιωτικούς φορείς όσο και από δημόσιους ,που σαφώς χρειάζονται βελτιώσεις και οργάνωση. Η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος της μητέρας υπερθεματίζεται από όλους τους επαγγελματίες υγείας γιατί συμβάλλει καθοριστικά στην απόφαση της μητέρας για την συνέχιση του θηλασμού. Γενικότερα απαιτείται *μια αλλαγή κουλτούρας* από όλη την κοινωνία πάνω στο ζήτημα του θηλασμού όπως υποστηρίζεται και από έρευνα που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού» (Γάκη et al., 2009). Η υποστήριξη από την πλευρά των υπολοίπων του οργανισμού δηλαδή της διοίκησης και λοιπών που συμμετέχουν σε στρατηγικές και αποφάσεις προϋποθέτει δέσμευση, ενημέρωση και καταγραφή δεικτών για βελτίωση σε τυχόν ανεπάρκειες. Ευρήματα από μελέτη του εξωτερικού συσχετίζουν την διαδικασία της εφαρμογής και της αναγνώρισης πρώτα με την ολοκληρωτική δέσμευση και διαχείριση της Διοίκησης προς την διαπίστευση ,δεύτερον την ανάπτυξη και την επικοινωνία της πολιτικής του θηλασμού και τρίτον την εμπλοκή της κοινότητας και του κοινωνικού συνόλου όσον αφορά την διάδοση και προώθηση του θηλασμού (Walsh et al., 2011). Όπως τονίζεται και από την βιβλιογραφία όλοι οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν ότι σε σχέση με την φροντίδα της μητέρας γύρω από τον θηλασμό θα έδιναν περισσότερη έμφαση στη ενημέρωση-επιμόρφωση της μητέρας η οποία σύμφωνα με έρευνα στην Ελλάδα (Daglas et al., 2009) ένα ποσοστό 37.9% αναφέρουν ελλιπή εκπαίδευση γύρω από τον θηλασμό. Σύμφωνα με άλλη έρευνα 34% των ελληνίδων μητέρων έχουν ενημέρωση από τον γιατρό τους (Theofillogianakou et al., 2006). Συμπληρωματικά θα εστίαζαν στην ενημέρωση και του οικογενειακού της περιβάλλοντος, στην ψυχολογική της υποστήριξη τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό και ιδιαίτερα στις ομάδες εκείνες των γυναικών που φαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσαρμογής, στην οργάνωση καμπάνιας ενημέρωσης έτσι ώστε ο θηλασμός να γίνει «μόδα» στην αποφυγή «ενοχικών» συναισθημάτων στην μητέρα που δυσκολεύεται και στο συνδυασμό πιο φιλικών πρακτικών φροντίδας για την δυάδα μητέρα-βρέφος, σε μια συνέργεια λοιπών

παραγόντων και σε μια συλλογική αλλαγή συμπεριφοράς από πολλούς ταυτόχρονα ανθρώπους ο καθένας από τους οποίους συμβάλλει σε κάτι στην προσπάθεια της εφαρμογής (Weiner, 2009). Η εμπειρία της γέννησης ενός βρέφους σε ένα Φιλικό Νοσοκομείο αναγνωρίζεται από όλους τους επαγγελματίες της έρευνας ως βέλτιστη πρακτική, η οποία συμβάλλει αποτελεσματικά στη δημιουργία υγιών, σωματικά αλλά και ψυχικά, παιδιών και ενηλίκων (Rochelle, 2009) άποψη η οποία αδιαμφισβήτητα υποστηρίζεται και από την διεθνή βιβλιογραφία. Εμπειρία η οποία θα αυξήσει το βαθμό ικανοποίησης της μητέρας και κατά συνέπεια θα επενδυθεί στο βρέφος σαν αίσθημα ασφάλειας ,υγείας και πολλαπλών ωφελειών όπως αναγνωρίζεται διεθνώς σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία. (Nanni-Zacher, 1994; Lowe, 2011).

6.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πιστοποίηση ενός μαιευτηρίου ως Φιλικό προϋποθέτει την συνεργασία και την ομαδική προσπάθεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού Γεγονός είναι ότι στην Ελλάδα μόλις το 2013 ψηφίστηκε Νομοσχέδιο αναγνωρίζοντας τον Μητρικό Θηλασμό ως αναπόσπαστο μέρος της όλης διαδικασίας της αναπαραγωγής. Προέβη με την υπ' αριθμόν ΔΥ 157387/2.6.2005 υπουργική απόφαση σε μια σειρά ενεργειών με σκοπό την προστασία και την προώθηση το μητρικού θηλασμού. Συγκεκριμένα συγκροτήθηκε η Εθνική Επιτροπή Μητρικού θηλασμού η οποία με την σειρά της πραγματοποίησε μια σειρά δράσεων. Βασικός στόχος του έργου της επιτροπής αποτελεί η ανάπτυξη Νοσοκομείων Φιλικά προς τα Βρέφη (ΦΒΝ). Από το Υπουργείο προωθείται νομοθετική ρύθμιση για την αναγνώριση των Φιλικών στα Βρέφη Νοσοκομείων. Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν περισσότερο από όλους την δυάδα μητέρα-βρέφος και ως επακόλουθο επηρεάζουν τις αποφάσεις τους για τον θηλασμό είναι οι μαίες, οι μαιευτήρες, οι παιδίατροι και άλλοι. Για λόγους καλύτερης γνώσης του θέματος το δείγμα που επιλέχθηκε στην συγκεκριμένη μελέτη ήταν οι τρεις επαγγελματικές ομάδες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι επαγγελματίες φάνηκε να είναι αρκετά ενημερωμένοι για τα χαρακτηριστικά των Φιλικών προς τα Βρέφη νοσοκομείων, ωστόσο όμως διαπιστώθηκε ότι δεν έχουν σαφή γνώση τόσο πρακτικών διαδικασιών όσο και ολοκληρωμένη γνώση των βημάτων που επιτάσσει η εναρμόνιση με την Παγκόσμια στρατηγική. Σε αυτό συντελεί και η έλλειψη γραπτής πολιτικής που υπάρχει στην πλειονότητα των οργανισμών. Ως προς την χρησιμότητα και την εναρμόνιση με την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας σαφώς και υπάρχει μια απόλυτα

θετική στάση των επαγγελματιών υγείας .Η αναγνώριση των νοσοκομείων σε Φιλικά πιστεύεται ότι θα φέρει τόσο οικονομικά οφέλη στους ίδιους τους οργανισμούς όσο κοινωνικά. Θα βοηθήσει τους οργανισμούς να αξιοποιήσουν μέσα από πρότυπα και πλαίσιο τις βέλτιστες πρακτικές προς όφελος τους καθώς θα είναι επιβεβλημένη τόσο η επιμόρφωση του προσωπικού όσο και η διατήρηση πρακτικών. Γίνονται βήματα στα πλαίσια μιας ευρύτερης κινητοποίησης για τον θηλασμό αλλά υπάρχει αρκετή απόσταση ακόμη για να διανυθεί. Οι μαίες φαίνεται να είναι πιο ευαισθητοποιημένες και πιο δραστήριες στο θέμα αυτό Τονίζουν ότι είναι πολύ θετικό βήμα για την κοινωνία γενικότερα η αναγνώριση των νοσοκομείων και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι θα βελτιώσουν δεξιότητες γνώσεις και προσόντα..Οι αλλαγές πρέπει να γίνουν παρότι φαίνεται να υπάρχουν δυσκολίες κυρίως στο δημόσιο τομέα λόγω υποδομών, συνθηκών και έλλειψη πόρων. Τονίστηκε η ανάγκη εισαγωγής στην εκπαίδευση μαθημάτων σχετικών με το θέμα καθώς φάνηκε ότι κυρίως το ιατρικό προσωπικό υπολείπεται σε γνώσεις για τον θηλασμό και για την Πρωτοβουλία σε σχέση με τις μαίες. Βήματα που εφαρμόζονται πιο εύκολα είναι η ενημέρωση των μητέρων, η επαφή δέρμα με δέρμα και το rooming-in. Η διαφορά έρχεται από τον δημόσιο τομέα που επικαλείται προβλήματα υποδομών σε σχέση με το rooming-in και δυσκολίες οι οποίες έρχονται και από τους δυο τομείς σε σχέση με την επαφή την πρώτη ώρα και την επαφή δέρμα με δέρμα λόγω αυξημένων καισαρικών τομών. Άλλη διαφορά στον δημόσιο τομέα είναι τα διαφορετικά κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των μητέρων και η κουλτούρα, τα οποία πολλές φορές αποτελούν εμπόδιο τόσο στην επικοινωνία όσο και στην εφαρμογή πρακτικών. Τονίστηκε από όλους τους οργανισμούς η ανάγκη επιμόρφωσης των γυναικών προγεννητικά η οργάνωση ενημέρωσης και καμπάνιας για τον θηλασμό καθώς και η αναγνώριση εκείνων των μητέρων που χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη χωρίς να επιφορτίζονται με ενοχικά συναισθήματα. Αμφισβητήθηκε το ίδιο κυρίως από τις μαίες η ύπαρξη κατάλληλων δομών υποστήριξης στην κοινότητα και υιοθετήθηκε από όλους η στάση ότι το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Η υλοποίηση των διαδικασιών δεν φαίνεται να είναι θέμα πόρων για τον ιδιωτικό τομέα αλλά κυρίως θέμα συμμόρφωσης με τα διεθνή στάνταρ και θέμα ανθρώπων. Για τον δημόσιο τομέα αντίθετα οι πόροι αποτελούν θέμα καθότι η έλλειψη αυτών δεν φέρνει την ίδια απόδοση και αποτελεσματικότητα στη εφαρμογή των διαδικασιών και στην εποπτεία αυτών .Επίσης είναι ανάγκη ολοκληρωτικής δέσμευσης της Διοίκησης, στρατηγική, αλλαγή νοοτροπίας του προσωπικού και εμπλοκή της κοινότητας προς την κατεύθυνση των

αλλαγών και της εφαρμογής της Πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο αξιολογούν καθολικά όλοι οι επαγγελματίες.

6.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο θηλασμός είναι γνωστό ότι είναι η καλύτερη πηγή διατροφής για βρέφη και η πράξη του θηλασμού παρέχει οφέλη τόσο για το βρέφος όσο και για τη μητέρα. Ο θηλασμός είναι ένα ζήτημα δημόσιας υγείας και η βελτίωση των ποσοστών του θηλασμού είναι μια σημαντική πτυχή της περιγεννητικής φροντίδας και μετά τον τοκετό. Είναι επιτακτική ανάγκη για τα ιδρύματα που παρέχουν υπηρεσίες περιγεννητικής να βελτιώσουν τα ποσοστά θηλασμού τους, προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία του πληθυσμού. Μελέτες έχουν δείξει ότι η εφαρμογή της πρωτοβουλίας Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (ΠΦΒΝ) μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αύξηση των ποσοστών θηλασμού κατά τη διάρκεια της παραμονής της μητέρας στο νοσοκομείο. Πρέπει να δοθεί στις μητέρες και τις οικογένειές τους, η ενημέρωση και η εκπαίδευση για να τους βοηθήσει να πετύχουν. Επιπλέον το προσωπικό να δείξει μια θετική αλλαγή στη συμπεριφορά και στην νοοτροπία, αποτέλεσμα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης η οποία θα παρέχεται τόσο κατά την διάρκεια της εργασίας όσο και με την εισαγωγή κατάλληλης θεματικής ενότητας σε Πανεπιστημιακό επίπεδο αλλά και η ενημέρωση και εκπαίδευση των εφήβων από κατάλληλους επαγγελματίες υγείας θα συνδράμει με την σειρά της στην ενίσχυση της γνώσης και της υιοθέτησης υγιών συμπεριφορών. Η υποστήριξη της κοινότητας και η συμμετοχή των αρμόδιων φορέων στην πρωτοβάθμια υγεία με εξειδικευμένα προγράμματα είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την πρακτική των αλλαγών. Η δημιουργία συνδέσμων ανάμεσα σε μαιευτικές υπηρεσίες και στην κοινότητα για την υποστήριξη του θηλασμού μέσα από κοινωνικά δίκτυα ενδεχομένως να αποτελούσε μια δράση .Η συνεργασία ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα όπως παιδιατρών ,μαιών ,μαιευτήρων με χρήση πληροφοριακού και εκπαιδευτικού υλικού και θέσπιση κατευθυντήριων γραμμών σε δημόσιες και ιδιωτικές μαιευτικές υπηρεσίες που δεν αποθαρρύνουν, την έναρξη του θηλασμού την διάρκεια και την αποκλειστικότητα θα ήταν μια αποτελεσματική στρατηγική.

Η ενεργοποίηση του προσωπικού, η δέσμευση της Διοίκησης, αλλά και η συμμόρφωση του προσωπικού και των οργανισμών γενικότερα θα επηρεάσει τις διαδικασίες. Η αξιολόγηση των πρακτικών που σχετίζονται με την μητέρα όπως το είδος του τοκετού θα πρέπει να επανεκτιμηθεί και να ελεγχθεί καθώς φαίνεται ότι τα υψηλά ποσοστά των καισαρικών τομών στην χώρα μας σε συνδυασμό με όχι και τόσο φιλικές πρακτικές από την πλευρά των επαγγελματιών και επιπλέον των ακατάλληλων υποστηρικτικών υποδομών που αφορούν κυρίως τον δημόσιο τομέα θα πρέπει να αναθεωρηθούν. Επιπλέον η στελέχωση των νοσοκομείων με προσωπικό η εκπαίδευση η διάδοση του θηλασμού η διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας πριν, μετά τον τοκετό και μετά το εξιτήριο, αποτελούν τα βασικότερα εργαλεία για την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας. Η ανάγκη νέων__ερευνών που θα συνδέσουν τον μικρό αριθμό των αναγνωρισμένων νοσοκομείων με τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού και πιθανά εμπόδια καθώς και τη δυνατότητα παρεμβάσεων με βέλτιστες πρακτικές επιβάλλεται. Η ανάπτυξη και εφαρμογή εκστρατείας δημόσιας υγείας για τον θηλασμό μέσω κοινωνικού μάρκετινγκ είναι ένας στόχος που προωθεί την εθελοντική αλλαγή συμπεριφοράς και αποτελεί στόχο προσωπικής βελτίωσης και κοινωνικής ευημερίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής Βιβλιογραφία - References

Abbass-Dick, J., Forsyth, K., Graff, K., Graves, L., Macdonald, S., Moorhead-cassidy, J. Young, L. 2015. Developing and Sustaining Breastfeeding Peer-Support Programs Acknowledgements. www.beststart.org/

Arora, S., Mcjunkin, C., Wehrer, J., & Kuhn, P. (2000). Major Factors Influencing Breastfeeding Rates □ : *Pediatrics*, 106(5).

B. N., & - Berovic, N. (2003). - Impact of sociodemographic features of mothers on breastfeeding in Croatia: questionnaire study.; - Croatian medical journal. - *Croatian Medical Journal*, 44(5), 596–600.

Breastfeeding Coalition of Washington. (2012). Maternity Care Practices Initiative, 1–6. (www.cdc.gov)

Bryder, L. (2012). Breastfeeding and Health Professionals in Britain, New Zealand and the United States, 1900–1970. *Medical History*, 49(02), 179–196.

Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.

Baby Friendly USA. (2010). Step 2 – Staff Training Requirements, 1–6.

Cattaneo, A., (2004). Προστασία , Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη. *EU Project Contract N. SPC 2002359 Μετάφραση Ζάχου Θέμις-Μπενάτου Βίκυ*

Cattaneo Adriano, Roberto Buzzetti, 2001 Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative *BMJ* 2001; 323 (Published 08 December 2001)

Caldeira, A. P., & Gonçalves, E. (2007). Assessment of the impact of implementing the Baby Friendly Hospital Initiative. *Jornal de Pediatria*, 0(0), 127–132.

[Chien LY¹](#), [Tai CJ](#), [Chu KH](#), [Ko YL](#), [Chiu YC](#). (2007). The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 44(7),1138–1146

CDC. Maternity Practices in Infant Nutrition and Care (mPINC) Survey. (2011). *CDC Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity*

CDC. (2011). Breastfeeding Report Card — United States, 2011, (Cdc), 1–4. Retrieved from www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2011BreastfeedingReportCard.pdf

Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Daglas, M., Vassiliki Petoussi, V., Dionisiou G., Athanassakis, I. (2009) Do maternity hospital practices support Greek mothers' decision to breastfeed? *Nursing Philosophy*. *Obst. Gynecol.* 37: 43-48

Daniels, L., & Jackson, D. (2011). Knowledge , attitudes and practices of nursing staff regarding the Baby-Friendly Hospital Initiative in non-accredited obstetric units in Cape Town. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 24(1), 32–38.

Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heining J, Cohen RJ. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*.112:607-619.

DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (2008). Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *Pediatrics*, 122(Supplement),.2008-1315e

Divakar, B., & Srivastava, R. K. (2012). Community Medicine & Health Education Socio-Demographic Features and Breast Feeding Profile of Mothers Attending Teaching Hospital in Gujarat State , India,

Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., & Pitts, N. (2005). Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(2), 107–112.

Fairbank, L., O'Meara, S., Sowden, a J., Renfrew, M. J., & Woolridge, M. M. (2001). Promoting the initiation of breast feeding. *Quality in Health Care* □ : *QHC* 10(2), 123–127

Greer, F. R. (2001). Symposium□ : Accomplishments in Child Nutrition during the 20th Century Feeding the Premature Infant in the 20th Century 1, 426–430.

Herscovitch L, Meyer JP. (2002). Commitment to organizational change: Extension of a three-component model. *Journal of Applied Psychology* .87:474-487

Helgeson, V.S., & Gottlieb, B.H. (2000). Support groups. In S. Cohen, L.G. Underwood, & B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 221–245). New York: Oxford University Press.

IBFAN – International Baby Food Action Network. (2011). Report on the Situation of Infant and Young Child Feeding in **Greece**,1–8.

IBFAN – International Baby Food Action Network THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD Session 60, May-June 2012 Report of the situation of infant and young child feeding in **Turkey**.

Ingram, J., Johnson, D., & Condon, L. (2011). The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. *Primary Health Care Research & Development*, 12(3), 266–275.

Javeau, C. (1996). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο – Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή* (Μτφ.: Κ. Τζαννόνε-Τζώρτζη). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Kronborg, H., Vaeth, M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health*. 32: 210-216

Kumari, R., Rani, B., Rajesh, P., & Kaur, A. (2015). A Descriptive Study to Assess the Knowledge and Attitude Regarding Baby Friendly Hospital Initiative Policy among Staff Nurses in Selected Hospitals at Amritsar, 1(1), 18–27.

Lowe, N. K. (2011). The surgeon general’s call to action to support breastfeeding. *JOG*..www.ncbi.nlm.nih.gov

Lewis, J., Ritchie, J. (2003). *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London : Sage publications.

Lincoln, Y. & Guba, E. (1985), *Naturalistic inquiry*, Beverly Hills, CA: Sage

- Lillehoj, C. J., & Dobson, B. L. (2012). Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative Steps in Iowa Hospitals. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41, 717–727.
- Mosalli, R. Abd El-Azim, A. A. Qutub, M.A. Zagoot, E. Janish, M. Paes, B.A. (2012). Perceived barriers to the implementation of a baby friendly, *Saudi Med J*. 33(8), 895–900.
- Mossialos, E., Allin, S., Karras, K., & Davaki, K. (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *European Journal of Public Health*, 15(3), 288–95
- Merten, S. (2005). Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 116(5), e702–e708. <http://doi.org/10.1542/peds.2005-0537>
- Nanni-Zacher, D. (1994). Benefits of breastfeeding. *Asha*, 36(4), 55.
- Nickel, N. C., Taylor, E. C., Labbok, M. H., Weiner, B. J., & Williamson, N. E. (2013). Applying organisation theory to understand barriers and facilitators to the implementation of baby-friendly: A multisite qualitative study. *Midwifery*, 29(8), 956–964.
- Noel-Weiss, J. (2007). Medicalizing motherhood. *Society*, 43(6), 47–50.
- Pérez-Escamilla R, Maulen-Radovan I, Dewey K. (1996) The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health*.;86:832-836
- Perez-Escamilla, R., Segura-Millan, S., Pollitt, E., & Dewey, K. G. (1992). Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Human Development*, 31(1), 25–40.
- Pérez-Ríos, N., Ramos-Valencia, G., & Ortiz, A. P. (2008). Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *Journal of Human Lactation* : *Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 24(3)
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113–1135

Pugh LC, Milligan RA, Frick KD, Spatz D, Bronner Y. Breastfeeding duration, costs and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth*. 2002 Jun;29(2):95-100.

Riordan J¹, Gross A, Angeron J, Krumwiede B, Melin J. The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. *J Hum Lact*. 2000 Feb;16(1):7-12.

Rochelle, N. (2009). Strong Evidence Base for Benefits of Breastfeeding , According to Academy of Breastfeeding Medicine, (914), 2100–2101.

Ruowei Li, Sara B. Fein, Jian Chen, Laurence M. Grummer-Strawn. Why mothers stop breastfeeding: mother's self reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* October 2008 volume 122

Sarantakos S. (1998). *Social research*. 2nd ed. Basingstoke, Macmillan Press Ltd.

Selltiz C., L. S. Wrightsman, S.W. Cook (1976). *Research Methods in Social Relations* (3^η έκδοση), New York: Holt, Rinehart and Winston.

Schmied, V., Gribble, K., Sheehan, A., Taylor, C., & Dykes, F. C. (2011). Ten steps or climbing a mountain: a study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Services Research*, 11(1), 208.

Schanler, R. J., O'Connor, K. G., & Lawrence, R. a. (1999). Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics*, 103(3),

Tavoulari, E.F. Benetou, V. Vlastarakos, P.V. Andriopoulou, E. Kreatsas, G. Linos, A. (2015) Factors affecting breast-feeding initiation in Greece: What is important?. *Midwifery* . 31(2) , 323 – 331

Taylor, C., Gribble, K., Sheehan, A., Schmied, V., & Dykes, F. (2011). Staff Perceptions and Experiences of Implementing the Baby Friendly Initiative in Neonatal Intensive Care Units in Australia. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(1), 25–34.

Theofilogiannakou M, Skouroliakou M, Gounaris A, Panagiotakos D, Markantonis S. (2006) Breast-feeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*.

Thomson, G., Bilson, A., & Dykes, F. (2012). Implementing the WHO/UNICEF Baby Friendly Initiative in the community: a “hearts and minds” approach. *Midwifery*, 28(2), 258–64.

UNICEF UK. What is the Baby Friendly Initiative? Accessed 4 August 2011.

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67.

Walsh, A. D., Pincombe, J., & Henderson, A. (2011). An examination of maternity staff attitudes towards implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) accreditation in Australia. *Maternal and Child Health Journal*, 15(5), 597–609.

WHO2008 The World Health Report Primary Health Care (Now More Than Ever

WHO, UNICEF. (2009). Baby friendly hospital initiative. Revised Updated and Expanded for Integrated. *World Health Organization*.

WHO (2009) The financial crisis and global health. *World Health Organization*. Geneva.

WHO. (1998). Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding. *Report*, 1–110.

WHO. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *The Lancet*. 2000; 355(9202):451-5.

WHO GENEVA 1981 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes

WHO, & UNICEF. (2003). Global strategy for infant and young child feeding. *Report*, 1–30.

WHO, & UNICEF. (1990). Innocenti Declaration, 2. Retrieved from www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti

WHO 1991 Baby-friendly Hospital Initiative www.who.int/nutrition/topics/bf

WHO 2000 Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis .*Lancet* (British edition) 2000 Vol. 355 No. 9202 pp. 451-455

Wieczorek, C. C., Schmied, H., Dorner, T. E., & Dür, W. (2015). The bumpy road to implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Austria: a qualitative study. *International Breastfeeding Journal*, 10(3), 1–14.

Wynand P.M.M. van de ven (1996). Market oriented health care reforms :trends and options. *Social Science & Medicine*. 43(5), 655–666.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αντωνίου, Ε. Δάγλα, Μ.Ι. Βιβιλάκη, Β.Γ. Τζαχρήστα, Χ. Λυκερίδου, Α. (2006). Διερεύνηση της γνώμης των μαιών για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας. *Hellenic Journal of Nursing*.

Βέρας, Σ. (1931) Η προστασία του βρέφους. *Τυπογραφείο Φυλακής Σχολής Αβέρωφ*, Αθήνα

Βέρας, Σ. (1946) Η πρώτη τροφή του παιδιού. Στο: Το παιδί μας. *Οι φίλοι του βιβλίου*, Αθήνα, 98–120

Γάκη, Ε. Παπαμιχαήλ, Δ. Σαραφίδου, Γ. Παναγιωτόπουλος, Τ. Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι. (2009). Εθνική μελέτη της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού. *Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*. 1–71.

Δοντάς, ΣΑ. (1937) Η διατροφή του πληθυσμού και η θνητότητας εν Ελλάδι. *Πρακτικά της Ακαδημίας Αθηνών*, 12:448–469

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (www.ich.gr/) Αλκυόνη. Εθνική Πρωτοβουλία Προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού. (Διαθέσιμο: alkyoni.thilasmos@ich.gr

ΙΥΠ Νόμος 4316/2014..Άρθρο3 Προαγωγή του Μητρικού θηλασμού.
epilegothilasmo.gr Νόμος 4316

Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ Δίκτυο Υπηρεσιών Πληροφόρησης και Συμβουλευτικής Εργαζομένων 2012-2015 Διαθέσιμο: career-office.uoa.gr/

Ιωσηφίδης Θ. & Σπυριδάκης Μ. (Επιμ.) (2006). *Ποιοτική κοινωνική έρευνα: μεθοδολογικές προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων*. Αθήνα: Κριτική.

Ιωσηφίδης, Θ. (2001). «Η Μέθοδος των Focus Groups στην Κοινωνική Έρευνα: η Περίπτωση του Ερευνητικού Προγράμματος MEDACTION». Εισήγηση στο «Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο: Κοινωνικές Εξελίξεις στην Σύγχρονη Ελλάδα και Ευρώπη», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Σύλλογος Ελλήνων Κοινωνιολόγων (ΣΕΚ). Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο. 24-26 Μαΐου.

Κυριόπουλος, Γ. (2012). Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης. *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*.

Marketos, S., & Merikas, G. (1981). Primary health care in Greece. *World Health Forum*, 2(1), 69–71.

Νιάκας, Δ., (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας, *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*. 5(1), 3–7.

Παπαβέντσης, Σ. (2011). Επιστροφή στο μητρικό θηλασμό. Οδηγός επι βίωσης για γονείς και επαγγελματίες υγείας. 2^η έκδοση. *Εκδόσεις Πατάκη*, Αθήνα.

Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε.Α. (2008). Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις Methodology of qualitative research in social sciences and interviews. *The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology*. 4(1).

Παπαγεωργίου, Γ. (Επιμ.) (1998). *Μέθοδοι στην κοινωνιολογική έρευνα*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας* (τομ. 1 & 2). Αθήνα: Ιδίου.

Πεχλιβάνη, Φ., Ματάλα, Α.Λ., Καραμανές, Ε., (2008)., Πέντε κρίσιμες δεκαετίες για τη βρεφική διατροφή, 1900-1950. Η περίπτωση της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 25(4)520-528

Σκρουμπέλος, Α., Δάγκλας, Α., Σκουτέλης, Δ., Κυριόπουλος, Γ. (2012). Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα □ : Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις.

Τάτσης, Ν.Χ. (1997). *Κοινωνιολογία. Ιστορική Εισαγωγή και Θεωρητικές Θεμελιώσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Υπουργείο Δικαιοσύνης .Γενική Γραμματεία Διαφάνειας Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.
Σχέδιο Δράσης για τα Δικαιώματα του Παιδιού 2015-2020Αθήνα 2014 Προσχέδιο

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης .Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας και
Κοινωνικής Αλληλεγγύης 19/09/2011 Απόφαση: ΘΕΜΑ: Ένταξη της Οριζόντιας
Πράξης "ΑΛΚΥΟΝΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ
ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Χαραμή, Ε., Μαζαράκου, Χ., & Τσορομώκος, Δ. (2015). Επιδράσεις του μητρικού
θηλασμού στην ψυχική υγεία των βρεφών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 32(2):245-249

Υ3γ/3618/9.10.1995 Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας και Πρόνοια

Δικτυακοί τόποι - Links

Ο.Ο.Σ.Α. (www.oecd.org)

www.babyfriendly.usa.org (2011)

[www. babyfriendlyusa.org](http://www.babyfriendlyusa.org) (2012)

[www.oumedicine.com/The Importance of Becoming Baby-Friendly Designated
2012 Baby-Friendly USA,](http://www.oumedicine.com/The%20Importance%20of%20Becoming%20Baby-Friendly%20Designated%202012%20Baby-Friendly%20USA)

www.f-thilasmos.gr

www.health.ny.gov. www.moh.gov.gr

www.cdc.gov.

diavgeia.gov.gr/f/yyka

www.healthyliveschicago.org

www.cityofchicago.org HEALTHY CHICAGO Breastfeeding and the Baby-Friendly
Hospital 2012..

www.ibfan.gr

www.ibfan.org

www.tensteps.org/step-7-successful-breastfeeding

epilegothilasmo.gr

alkyoni.thilasmos@ich.gr & inchildh@otenet.gr

www.who.int

www.bfmed.org

www.nichd.nih.gov/health/topics/breastfeeding

www.unicef.gr (Convention on the Rights of the Child) 1989.

IV. Παράρτημα

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ “ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ” ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αγαπητέ συνάδελφε/φισσα

Το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας και το Μεταπτυχιακό τμήμα MBA στελεχών με εξειδίκευση στον τομέα της Υγείας διεξάγει μια μελέτη για την εκτίμηση των γνώσεων και των στάσεων, αναφορικά με την αξιολόγηση της εφαρμογής της Πρωτοβουλίας του Φιλικού για τα Βρέφη Νοσοκομείου. Η μελέτη αφορά επαγγελματίες υγείας (ιατρικό-μαιευτικό) προσωπικό (maternity staff) που εργάζονται σε μαιευτικές μονάδες τόσο δημοσίων όσο και ιδιωτικών μαιευτηρίων.

Σκοπός της μελέτης είναι η αποτύπωση των απόψεων, των στάσεων καθώς και των γνώσεων που διαθέτει το προσωπικό σχετικά με την εφαρμογή του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείων.

Η αξιοποίηση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί για ηθικό όφελος καθώς ευελπιστεί να αναδείξει τα πιθανά εμπόδια και τις λάθος πρακτικές που δυσχεραίνουν την εφαρμογή του Baby Friendly Hospital.

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Τα στοιχεία που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της ερευνητικής μας εργασίας και είναι αυστηρά εμπιστευτικά. Λαμβάνοντας υπόψη τη συμβολή σας στην επιτυχή

διεκπεραίωση της μελέτης αυτής, αναμένουμε την ειλικρινή απάντησή σας και κατάθεση των εντυπώσεών σας. Εκφράζουμε εκ των προτέρων τις ευχαριστίες μας.

Ονομάζομαι Βοζίκη Ευαγγελία και είμαι υπεύθυνη για τη συνέντευξη και συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν την εν λόγω μελέτη.

Ενότητα Α

Χαρακτηριστικά Φορέα

- Ονομασία Φορέα
- Δημόσιο ☐ Ιδιωτικό ☐
- Αριθμός τοκετών ετησίως
- Αριθμός μαιευτικών κλινών
- Αριθμός μαιευτικού προσωπικού για τα συναφή με την έρευνα τμήματα (Μαιευτική κλινική, Φυσιολογικά νεογνά .Αίθουσα τοκετών)
- Αριθμός ιατρικού προσωπικού για τα συναφή με την έρευνα τμήματα
- Ημέρες Νοσηλείας περιστατικών.

Ενότητα Β

Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ Ηλικία

Βαθμίδα εκπαίδευσης Οικογενειακή κατάσταση

Ιδιότητα Έτη εργασίας

Τμήμα εργασίας Θέση εργασίας

Φορέας εργασίας Είδος απασχόλησης

Επιμόρφωση:

Ενότητα Γ

Στάσεις-Απόψεις.

1. Μήπως μπορείτε να μας πείτε τι γνωρίζετε για την Πρωτοβουλία Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο; Περί τίνος πρόκειται; Τί περιλαμβάνει ένα Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο;
2. Υπάρχει οδηγία από την εθνική επιτροπή προς όλα τα μαιευτήρια να προσπαθήσουν να γίνουν Φιλικά προς τα βρέφη. Πιστεύεις ότι είναι καλό και γιατί;
3. Σε ποιο στάδιο βρίσκεστε όσον αφορά στο Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο;
4. Έχετε γραπτή πολιτική θηλασμού; Γνωρίζετε από πού προήλθε? Ακολουθείτε η πολιτική αυτή το διάστημα αυτό;
5. Ποιες πιστεύετε ότι θα είναι οι ευκαιρίες για το νοσοκομείο σας από την εφαρμογή του Φιλικού προς τα βρέφη Νοσοκομείο;
6. Είναι δύσκολη η πρακτική των αλλαγών; Γιατί πιστεύετε ότι είναι;
7. Ποιες πτυχές(-Βήματα) του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου πιστεύετε ότι θα είναι εύκολο για το Νοσοκομείο σας να εφαρμόσει;
8. Ποια βήματα θα είναι δύσκολο να εφαρμοστούν σε αυτό το Νοσοκομείο; Υπάρχουν πράγματα που μοιάζουν πιο εύκολα ή δύσκολα σε σχέση με άλλα νοσοκομεία;
9. Μήπως είναι ένα θέμα οι πόροι;
10. Τι γίνεται με την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού έξω στην κοινότητα; Αυτό αποτελεί ένα θέμα;
11. Το Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο καλύπτεται-(ή μήπως υποστηρίζεται) από όλο το νοσοκομείο;
12. Αν υπήρχε κάτι που θα μπορούσατε να αλλάζατε σε σχέση με την φροντίδα των γυναικών γύρω από το θηλασμό, τι (ποιο) θα ήταν αυτό;
13. Πώς νομίζετε ότι δουλεύοντας σε αυτό το νοσοκομείο από την στιγμή που θα είναι Φιλικό προς τα Βρέφη, θα διέφερε σε σχέση με αυτό που δουλεύετε μέχρι τώρα;
14. Πώς πιστεύετε ότι η εμπειρία της γέννησης ενός μωρού στο νοσοκομείο σας ,θα είναι διαφορετική από την στιγμή που θα γίνει Φιλικό προς τα Βρέφη;

Ευχαριστώ για τον χρόνο σας