

ΕΚΘΕΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ (Συνέχεια αποσπασμάτων)

Ελένη Γάκη¹, Δημήτρης Παπαμιχαήλ², Γίασμη Σαραφίδου¹,
Τάκης Παναγιώτοπουλος², Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου¹

¹. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

². Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού

Πίνακας 4: Συσχέτιση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τον 1^ο συμπληρωμένο μήνα, του μητρικού θηλασμού τον 3^ο και τον 6^ο συμπληρωμένο μήνα για το δείγμα 1 (6 μηνών) με επιλεγμένους παράγοντες

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός στον 1 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 3 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 6 ^ο συμπληρωμένο μήνα		
	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p
Ηλικία μητέρας									
≤ 19 ετών	0/8	0		1/9	11,1 (2,0-43,5)		0/9	0	
20-24 ετών	8/43	18,6 (9,7-32,6)	0,1463	17/43	39,5 (26,4-54,4)	0,1483	14/43	32,6 (20,5-47,5)	0,3245
25-29 ετών	28/159	17,6 (12,5-24,3)		58/163	35,6 (28,6-43,2)		34/163	20,9 (15,3-27,7)	
30-34 ετών	48/224	21,4 (16,6-27,3)		90/226	39,8 (33,7-46,3)		47/226	20,8 (16,0-26,6)	
35-39 ετών	32/117	27,4 (20,1-36,1)		57/119	47,9 (39,1-56,8)		28/119	23,5 (16,8-31,9)	
≥40ετών	2/22	9,1 (2,5-27,8)		7/22	31,8 (16,4-52,7)		5/22	22,7 (10,1-43,4)	
Χώρα καταγωγής μητέρας									
Ελλάδα	102/495	20,6 (17,3-24,4)	0,7006	186/501	37,1 (33,0-41,4)	0,0005	96/501	19,2 (16,0-22,8)	<0,0001
Αλβανία	7/42	16,7 (8,3-30,6)		29/43	67,4 (52,5-79,5)		22/43	51,2 (36,8-65,4)	
Άλλη	9/37	24,3 (13,4-40,1)		15/39	38,5 (24,9-54,1)		10/39	25,6 (14,6-41,1)	
Γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας									
Αττική	62/246	25,2 (20,2-31,0)	0,3402	101/248	40,7 (34,8-46,9)	0,5987	54/248	21,8 (17,1-27,3)	0,5015
Στερεά Ελλάδα/Εύβοια	4/20	20 (8,1-41,6)		9/22	40,9 (23,3-61,3)		8/22	36,4 (19,7-57,0)	
Πελοπόννησος	11/41	26,8 (15,7-41,9)		19/42	45,2 (31,2-60,1)		10/42	23,8 (13,5-38,5)	
Ιόνια Νησιά	0/0	-		0/0	-		0/0	-	
Ήπειρος	1/10	10,0 (1,8-40,4)		3/10	30,0 (10,8-60,3)		2/10	20,0 (5,7-51,0)	
Θεσσαλία	5/28	17,9 (7,9-35,6)		8/28	28,6 (15,3-47,1)		5/28	17,9 (7,9-35,6)	
Μακεδονία	24/139	17,3 (11,9-24,4)		52/141	36,9 (29,4-45,1)		25/141	17,7 (12,3-24,9)	
Θράκη	3/24	12,5 (4,3-31,0)		8/25	32,0 (17,2-51,6)		5/25	20,0 (8,9-39,1)	
Αιγαίο	5/24	14,7 (6,4-30,1)		19/36	52,8 (37,0-68,0)		12/36	33,3 (20,2-49,7)	
Κρήτη	4/33	12,1 (4,8-27,3)		12/34	35,3 (21,5-52,1)		8/34	23,5 (12,4-40,0)	
Εκπαίδευση μητέρας									
καθόλου σχολείο	0/4	0	0,0239	0/5	0	0,0109	0/5	0	0,1080
μερικές τάξεις δημοτικού	0/0	-		0/0	-		0/0	-	
απόφοιτος δημοτικού	5/29	17,2 (7,6-34,5)		10/30	33,3 (19,2-51,2)		6/30	20,0 (9,5-37,3)	
απόφ/τος γ' τάξης γυμνασίου	5/45	11,1 (4,8-23,5)		19/47	40,4 (27,6-54,7)		13/47	27,7 (16,9-41,8)	
απόφοιτος λυκείου	51/287	17,8 (13,8-22,6)		105/290	36,2 (30,9-41,9)		54/290	18,6 (14,6-23,5)	
απόφοιτος ΤΕΙ	11/54	20,4 (11,8-32,9)		17/55	30,9 (20,3-44,0)		10/55	18,2 (10,2-30,3)	
απόφοιτος ΑΕΙ	46/155	29,7 (23-37,3)		79/156	50,6 (42,9-58,4)		45/156	28,8 (22,3-36,4)	

“ 3.5 Αίτια διακοπής του θηλασμού και αίτια μη επιλογής του θηλασμού

Οι μισές γυναίκες του δείγματός μας, που σταμάτησαν να θηλάζουν, πρόβαλλαν σα βασικό λόγο διακοπής το «ανεπαρκές γάλα», ενώ μία στις οκτώ ανέφεραν σα βασικό λόγο την επιστροφή στην εργασία. Ακολουθούν σε συχνότητα τα προβλήματα με το στήθος, κούραση/άγχος/κατάθλιψη ή πολλές υποχρεώσεις στο σπίτι/άλλα παιδιά, ανησυχία για την ποσότητα γάλακτος που λαμβάνει το βρέφος, ανεπαρκής πρόσληψη βάρους του βρέφους, αρρώστια της μητέρας, λήψη φαρμάκων από τη μητέρα και αρρώστια του μωρού [Πίνακας Π30].

Περίπου μία στις δέκα γυναίκες στην Ελλάδα δεν θήλασαν καθόλου. Βασικοί λόγοι που αναφέρθηκαν από τις μητέρες για την απόφαση αυτή ήταν: η προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού, προσωπικοί λόγοι, η νοσηλεία του νεογνού σε μονάδα εντατικής θεραπείας, η λήψη φαρμάκων από τη μητέρα, οι εισέχουσες θηλές, η πολύδυμη κύηση, το κάπνισμα, αρρώστια της μητέρας ή κούραση/άγχος/κατάθλιψη μετά τον τοκετό [Πίνακας Π31].

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη για το μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα ήταν η πρώτη με σκοπό να αποτυπωθεί σε εθνικό επίπεδο η συχνότητα του θηλασμού με στοιχεία που προέρχονται από αντιπροσωπευτικό δείγμα βρεφών που είχαν συμπληρώσει τους 6 και τους 12 μήνες.

Η έρευνα διεξήχθη με τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε μητέρες που ανήκαν σε δύο δείγματα, χωρισμένα βάσει της ηλικίας του βρέφους κατά την ημερομηνία της συνέντευξης. Τα βρέφη του δείγματος 1 είχαν συμπληρώσει τους 6 μήνες κατά την ημερομηνία της συνέντευξης και του δείγματος 2 τους 12 μήνες. Το επιλεγέν δείγμα προήλθε από τους καταλόγους του νεογνικού screening, που διενεργεί το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και το οποίο αφορά όλες σχεδόν τις γεννήσεις της χώρας, συνεπώς προσεγγίζει μεγάλο βαθμό αντιπροσωπευτικότητα. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ενότητες που αφορούσαν στη διατροφή του βρέφους μέχρι την ημέρα της συνέντευξης, βασικά δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία της μητέρας/οικογένειας, στοιχεία για την υγεία του βρέφους και της μητέρας και στοιχεία που αφορούσαν στις συνθήκες περί τον τοκετό και κατά την παραμονή στο νοσοκομείο/μαιευτήριο.

Η πλειοψηφία των γυναικών που ρωτήθηκαν (89%) δήλωσε ότι είχε αποφασίσει να θηλάσει το μωρό πριν αυτό γεννηθεί και περίπου το ίδιο ποσοστό γυναικών (88%) ξεκίνησε να θηλάζει. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας συνέχισαν να θηλάζουν 83% των γυναικών, στο τέλος του 1^{ου} μήνα 60%, στο τέλος του 3^{ου} μήνα 39% και στο τέλος του 6^{ου} μήνα 22%. Όσο για τον θηλασμό μετά τους 6 μήνες, μόνο 9% διατήρησαν το θηλασμό σε συμπληρωμένους 9 μήνες και 6% σε συμπληρωμένους 12 μήνες. Φάνηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης μας ότι το επίπεδο του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα είναι χαμηλό. Την πρώτη ημέρα ζωής θήλασαν αποκλειστικά 41% των γυναικών, στο τέλος του πρώτου μήνα θήλαζε μόλις το 21%, στο τέλος του 3^{ου} μήνα 11% και τον 6^ο μήνα το ποσοστό αυτό σχεδόν μηδενίστηκε (0,8%).

Αξίζει να σημειωθεί η συχνότητα με την οποία εμφανίστηκαν κάποιες πρακτικές στα νοσοκομεία/μαιευτήρια του δείγματός μας. Η πρακτική της συνδιαμονής μητέρας νεογνού εφαρμόστηκε σε λιγότερα από τα μισά (49%) νοσοκομεία/μαιευτήρια, ενώ μόνο σε μία στις τέσσερις μητέρες (27%) έφεραν το μωρό μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό για να το θηλάσει. Επίσης αρκετές γυναίκες (35%) δήλωσαν ότι φεύγοντας από το μαιευτήριο τους δόθηκε δωρεάν δείγμα τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος. Σχεδόν διπλάσιος αριθμός γυναικών (65%) έλαβε κατά την έξοδό του από το μαιευτήριο γραπτή συνταγή ή σημείωμα

για κάποιο τροποποιημένο γάλα αγελάδος. Οι πρακτικές αυτές της προώθησης του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος και η απουσία της συνδιαμονής και του θηλασμού την πρώτη ώρα σε μεγάλο ποσοστό των μαιευτηρίων απέχουν από τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και έρχονται σε πλήρη αντίθεση με το χαρακτηρισμό των νοσοκομείων ως φιλικά για τα βρέφη. ”

“ ”

“ Στο δείγμα μας θήλαζαν αποκλειστικά στους 6 μήνες μόνο το 0,8% των βρεφών. Ακόμα και ο θηλασμός γενικά, που μπορεί να είναι μερικός και να αποτελεί μικρό μέρος του γάλακτος που λαμβάνει το βρέφος, ήταν μόλις 22% στους 6 μήνες και 6% στους 12 μήνες. Οι αριθμοί αυτοί πολύ απέχουν από τους επιθυμητούς στόχους, όπως π.χ. αυτοί έχουν εκφραστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που συνιστά αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους 6 μήνες ζωής ή από το προγραμματικό σχέδιο Healthy People 2010 του U.S. Department of Health and Human Services, κατά το οποίο οι στόχοι είναι: θηλασμός τις πρώτες ημέρες ζωής στο 75%, στους 6 μήνες 50% και στους 12 μήνες 25% [29].

Στην Αγγλία, σύμφωνα με το Infant Feeding Survey 2005 [20], η έναρξη του θηλασμού ήταν 78%, στις 6 εβδομάδες συνέχιζαν να θηλάζουν 48% των γυναικών και στους 6 μήνες το 25%. Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός βρέθηκε σε παρόμοια επίπεδα με αυτά που προέκυψαν από τη δική μας μελέτη για την Ελλάδα. Συγκεκριμένα, θήλασαν αποκλειστικά 45% των γυναικών στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, 21% την 6^η εβδομάδα και λιγότερο από 1% τον 6^ο μήνα. Για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, σύμφωνα με την 2004 National Immunization Survey του CDC (Centers for Disease Control and Prevention)[30], ξεκίνησαν να θηλάζουν 70% των μητέρων, συνέχισαν τον 6^ο μήνα 36% και τον 12^ο μήνα 18%. Όσο για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, θήλασαν αποκλειστικά 38% των γυναικών στους 3 μήνες και 14% στους 6 μήνες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η έναρξη του θηλασμού στην Ελλάδα βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, αφού 88% των γυναικών ξεκίνησαν να θηλάζουν. Το ποσοστό αυτό πιθανότατα αντανάκλα την ιδιαίτερα αυξημένη πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν. Η κατακόρυφη πτώση του υψηλού ποσοστού των γυναικών που αποπειρώνται έστω να θηλάσουν στο 37% των γυναικών που θηλάζουν αποκλειστικά στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, δείχνει πως ίσως σημαντικά γεγονότα που καθορίζουν τη συνέχιση του θηλασμού λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο. Τούτο μπορεί να αποδίδεται είτε στη μειωμένη υποστήριξη των νέων μητέρων στην έναρξη και εγκατάσταση/εδραίωση του θηλασμού, είτε στην παρέμβαση στις επιλογές σίτισης του νεογνού (σίτιση με χαμομήλι ή σακχαρόνερο και προώθηση του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος). Χαρακτηριστικό είναι, ότι από τις γυναίκες που ρωτήθηκαν αν βοηθήθηκαν από το προσωπικό του νοσοκομείου για τα προβλήματα που αντιμετώπισαν με το θηλασμό, περίπου μία στις τρεις απάντησε αρνητικά. Ο θηλασμός την πρώτη ώρα και ο φυσιολογικός τοκετός φάνηκαν ότι ευοδώνουν το θηλασμό. Επίσης, τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και της διάρκειας του θηλασμού ήταν ελαφρώς βελτιωμένα όταν το νεογνό βρισκόταν συνεχώς στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα και όταν απουσίαζε η προώθηση του ξένου γάλακτος από τα νοσοκομεία. Παρόλο που οι ενδονοσοκομειακοί αυτοί παράγοντες επηρεάζουν σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό τον μητρικό θηλασμό, εντούτοις αξιολογούνται ως θετικά βήματα προς την ολοκληρωμένη ενίσχυσή του.

Σημαντικό εύρημα ήταν το γεγονός ότι μία στις τρεις γυναίκες έλαβε δωρεάν δείγμα γάλακτος πριν εξέλθει από το νοσοκομείο. Η πρακτική αυτή αποτυπώνει τη διεύθυνση των εταιρειών που εμπορεύονται τα τροποποιημένα γάλατα αγελάδος στο χώρο των νοσοκομείων/μαιευτηρίων.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση της έναρξης και της διάρκειας του μητρικού θηλασμού ανάλογα με το είδος του τοκετού, δηλαδή αν έγινε φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή και ειδικότερα αν στην καισαρική τομή χρησιμοποιήθηκε γενική ή περιοχική αναισθησία [31,32]. Το εύρημα αυτό έχει αποδοθεί στην καθυστερημένη επαφή του μωρού με τη μητέρα όταν γίνεται καισαρική καθώς και στα χαμηλότερα επίπεδα προλακτίνης της μητέρας, στο μετεγχειρητικό πόνο, κ.α. Στην Ελλάδα το ποσοστό των καισαρικών τομών που διενεργούνται είναι υψηλό. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το ποσοστό των καισαρικών σε δύο μεγάλα δημόσια νοσοκομεία ήταν 41,6% (52,5% για τις Ελληνίδες και 26% για τις αλλοδαπές), ενώ σε ένα μεγάλο ιδιωτικό μαιευτήριο το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν 53% (65,2% για τις γυναίκες με ιδιωτική ασφάλεια και 23,9% χωρίς ιδιωτική ασφάλεια)[33]. Η καισαρική τομή δείχθηκε στο δείγμα μας ότι σχετίζεται αρνητικά με το θηλασμό. Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με τον ιδιαίτερα αυξημένο αριθμό (περίπου 1 στους 2 τοκετούς) καισαρικών τομών που διενεργούνται στη χώρα μας, τοποθετεί τις μισές περίπου γυναίκες που γεννούν στην Ελλάδα σε μειονεκτικότερη θέση σε σχέση με το στόχο επίτευξης του θηλασμού.

Συνήθως περιγράφονται ως θετικοί προγνωστικοί παράγοντες για τη διάρκεια του θηλασμού, το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, η έγγαμη κατάσταση, το υψηλό οικογενειακό οικονομικό επίπεδο, η μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας, ενώ γνωστός αρνητικός παράγοντας είναι το κάπνισμα της μητέρας. Μη σταθερές συσχετίσεις έχουν βρεθεί με τη χρήση της πιπίλας, το βάρος γέννησης και την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού [34-38].

Από τα αποτελέσματά μας φάνηκε ότι στην Ελλάδα τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού αλλά και της διάρκειας του θηλασμού συνδέονται θετικά με την εκπαίδευση της μητέρας, το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, την πρόθεση θηλασμού, την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, τον θηλασμό μέσα στην πρώτη ώρα από τη γέννηση, το φυσιολογικό τοκετό (σε αντίθεση με την καισαρική τομή) και με τη μη χρήση πιπίλας, ενώ καταλυτικός αρνητικός παράγοντας ήταν το κάπνισμα της μητέρας.

Το επίπεδο της εκπαίδευσης της μητέρας έχει συσχετιστεί θετικά με το μητρικό θηλασμό στις περισσότερες μελέτες και βρέθηκε παρόμοια συσχέτιση στο δείγμα αυτής της μελέτης. Η αυξημένη εκπαίδευση της μητέρας πιθανώς αντανακλά καλύτερη γνώση των ωφελημάτων του μητρικού θηλασμού για το βρέφος, αλλά πιθανότατα συνδέεται και με καλύτερο οικονομικό επίπεδο. Το γεγονός ότι και η εκπαίδευση του πατέρα συμβάλλει στη συνέχιση του μητρικού θηλασμού έχει περιγραφεί και σε μελέτη στη Βραζιλία [39] και θεωρείται πιθανό ότι οι πατέρες με καλύτερη εκπαίδευση είναι πιο ενημερωμένοι για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Η εκπαίδευση του πατέρα δεν έχει μελετηθεί το ίδιο εκτενώς όσο αυτή της μητέρας στο κατά πόσο επηρεάζει την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Σκόπιμο ίσως θα ήταν να διερευνηθεί αν το αυξημένο αυτό επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα αντανακλά αυξημένο οικονομικό επίπεδο ή αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας ή σημαίνει περισσότερη υποστήριξη στις θηλάζουσες μητέρες.

Η ηλικία της μητέρας εμφανίστηκε ως μη αποφασιστικός παράγοντας του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα. Στο δείγμα μας παρατηρήθηκε μεγάλη αντιπροσώπευση (περίπου τα δύο τρίτα των γυναικών) της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών και 20-23% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 35-39. Τα ποσοστά του θηλασμού ήταν αυξημένα στις μητέρες 35-39 ετών, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Στο δείγμα μας ο αριθμός των εφήβων και των πολύ νέων μητέρων κάτω των 20 ετών ήταν ιδιαίτερα μικρός και είναι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα που παρατηρούνται ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά θηλασμού σε άλλες χώρες, όπως η Αγγλία. Αντιθέτως, στην Ιαπωνία βρέθηκε ότι ηλικία της μητέρας μεγαλύτερη από 30 συνδέεται αρνητικά με τον αποκλειστικό θηλασμό στους 6 μήνες [40].

Όσον αφορά στο ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, η συσχέτιση με το θηλασμό παρουσίασε κάποιες ιδιαιτερότητες. Η μέση κατηγορία εισοδήματος ήταν τα 12000-23999

ευρώ. Για την επόμενη κατηγορία των 24000-35999 ευρώ δεν υπήρξαν ουσιαστικές διαφορές στα ποσοστά θηλασμού. Μόνο για την κατηγορία των 36000-47999 ευρώ, δηλαδή για ιδιαίτερα υψηλό ετήσιο εισόδημα, αύξαναν τόσο ο αποκλειστικός θηλασμός τον 1^ο μήνα όσο και ο θηλασμός τον 3^ο και 6^ο μήνα. Επιπλέον στην κατηγορία με ετήσιο εισόδημα κάτω από 12000 ευρώ σημειώθηκε σε σχέση με τη μέση κατηγορία αυξημένος θηλασμός τον 3^ο και 6^ο μήνα. Η συσχέτιση αυτή με το χαμηλό εισόδημα δεν είναι παράδοξη και μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Ο θηλασμός ενδέχεται να αποτελεί την οικονομικότερη λύση διατροφής για φτωχές οικογένειες. Επίσης, οι Αλβανίδες που όπως αναφέρθηκε παραπάνω θηλάζουν περισσότερο, ίσως αντιπροσωπεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό στην κατηγορία του χαμηλού εισοδήματος.

Πρόσφατη ανασκόπηση μελετών για τη συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα [41] έδειξε ότι κατέχουμε από τις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη, με ποσοστά ανδρών καπνιστών σε μεγάλα αστικά κέντρα στο 51% και γυναικών στο 39%. Παραπλήσιο ποσοστό, δηλαδή 31% των γυναικών του δείγματος δήλωσαν ότι κάπνιζαν. Ο αριθμός των καπνιστριών ενδέχεται να υποεκτιμάται, γιατί κάποιες από τις μητέρες είτε δεν ξανάρχισαν ακόμα να καπνίζουν (και ίσως αν υπήρχε επόμενη συνέντευξη θα το είχαν ξαναρχίσει), είτε αισθάνονται άβολα και φοβούνται πως θα κριθούν αν απαντήσουν ότι καπνίζουν. Η επιλογή του καπνίσματος στο δείγμα μας είχε σαν συνέπεια είτε μη έναρξη θηλασμού, είτε πρόωρη διακοπή αυτού. Η ύπαρξη της αρνητικής αυτής συσχέτισης σε συνδυασμό με το μεγάλο ποσοστό των γυναικών που κάπνιζαν καθιστά το κάπνισμα μείζονα καθοριστικό παράγοντα του θηλασμού. Παρόλο που στο δείγμα μας η επίδραση του καπνίσματος ήταν καταφανής στον αποκλειστικό θηλασμό τον 1^ο μήνα (14% των καπνιστριών θηλάζουν, έναντι 24% των μη καπνιστριών), έγινε πιο έντονη στο θηλασμό τον 3^ο και 6^ο μήνα (τον 3^ο μήνα θηλάζουν 20% των καπνιστριών, έναντι 48% των μη καπνιστριών και τον 6^ο μήνα 7% έναντι 29%). Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει τη συμπεριφορά των καπνιστριών μητέρων, από τις οποίες μικρός αριθμός δοκιμάζει να θηλάσει, αλλά σύντομα και σημαντικά νωρίτερα από τις μη καπνίστριες σταματά το θηλασμό. Σε μελέτες έχει δειχθεί ότι η συνήθεια του καπνίσματος σχετίζεται σημαντικά με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (χαμηλό εισόδημα, ανεργία) και αυτοί οι παράγοντες, που βρέθηκαν στη μελέτη μας να σχετίζονται αρνητικά με το θηλασμό, πιθανών εμπεριέχονται μέσα στον παράγοντα κάπνισμα. Θα πρέπει να αναφερθεί όμως ότι η κοινωνικοοικονομική ανισότητα και η διαφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ αυτών που καπνίζουν και αυτών που δεν καπνίζουν είναι έντονες κυρίως στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, ενώ για την Ελλάδα μικρότερες, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες [41, 42]. Εκτός από τους παράγοντες που ίσως υποκρύπτονται στο κάπνισμα, η πρόωρη διακοπή του θηλασμού από τις καπνίζουσες μητέρες ενδέχεται να υπαγορεύεται και από την επιθυμία της μητέρας να ξαναρχίσει να καπνίζει.

Η εργασία της μητέρας και η πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας δε συσχετίστηκε εμφανώς στη μελέτη μας με το μητρικό θηλασμό. Συσχέτιση του θηλασμού γενικά με την εργασία (εργασία/μη εργασία) της μητέρας δεν αναφέρεται συχνά σε άλλες μελέτες, παρά εξετάζεται ειδικότερα το είδος της εργασίας (πλήρης ή μερική απασχόληση, απλή ή σύνθετη σε σχέση με τα προσόντα που απαιτεί), το χρονικό διάστημα που έλαβε η μητέρα άδεια, οι δυνατότητες που παρέχονται από την εργασία για συνέχιση του θηλασμού. Π.χ. στην Αγγλία η πρόωρη επιστροφή στην εργασία έχει συσχετιστεί με μικρότερη διάρκεια θηλασμού [20]. Στο δείγμα μας το ένα τρίτο περίπου των γυναικών δεν εργαζόταν και φάνηκε ότι αυτές οι γυναίκες δεν συμπεριφέρθηκαν διαφορετικά ως προς το θηλασμό. Στην πραγματικότητα οι γυναίκες αυτές μπορεί να αποτελούσαν ένα ιδιαίτερα ετερογενές σύνολο, στο οποίο άλλες ανήκαν σε χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και ήταν άνεργες, άλλες σε ιδιαίτερα υψηλό και πάλι δεν εργάζονταν ή άλλες επέλεξαν συνειδητά να μην εργαστούν για να

μεγαλώσουν τα παιδιά τους. Η ετερογένεια αυτή μπορεί να οδήγησε σε μία συνισταμένη διαφορετικών συμπεριφορών που δεν απείχε από την τάση που επικρατούσε στις εργαζόμενες μητέρες. Όσον αφορά στην πληρωμένη άδεια, βρέθηκε ότι έλαβαν τέτοια μόνο το 56-64% των γυναικών που εργαζόταν. Θα περίμενε κανείς ότι οι γυναίκες αυτές θα θήλαζαν περισσότερο. Ίσως τμήμα των γυναικών που δεν πήραν άδεια αφορούσε γυναίκες που δεν εργάζονταν σταθερά, αλλά περιστασιακά και σταμάτησαν να εργάζονται κάποια στιγμή πριν γεννήσουν, οπότε μετέπεσαν στην κατηγορία της μη εργαζόμενης. Σε μία ελληνική μελέτη [43] βρέθηκε ότι εργαζόμενες μητέρες με μεγάλη άδεια μητρότητας θήλασαν για περισσότερο καιρό σε σχέση με μητέρες που δεν εργάζονταν.

Οι Αλβανίδες στο δείγμα της μελέτης φάνηκε ότι θήλασαν περισσότερο τα παιδιά τους. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των Αλβανίδων στο δείγμα μας ήταν μικρός, φάνηκε ότι αναλογικά διπλάσιο ποσοστό Αλβανίδων θήλαζαν τα μωρά τους στους 3 και στους 6 μήνες. Το γεγονός αυτό χρήζει πιθανώς περαιτέρω διερεύνησης, ώστε να φωτιστούν οι διαφορές (κοινωνικοοικονομικές, πεποιθήσεων/νοοτροπίας ή άλλες), που οδήγησαν σε επιτυχημένο θηλασμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Βρήκαμε επίσης ότι προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, μέτρο της οποίας στη μελέτη ήταν ο θηλασμός προηγούμενου βρέφους για τουλάχιστον ένα μήνα, οδήγησε σε αυξημένο θηλασμό για το νέο μωρό. Σε μία μεγάλη μελέτη από την Ολλανδία [44] βρέθηκε παρόμοια συσχέτιση με τη διάρκεια του θηλασμού, παρά το γεγονός ότι άμεσα μετά τη γέννηση τα πρώτα παιδιά ήταν πιθανότερο να θηλάζουν. Με τη γέννηση του νέου παιδιού είναι αρκετά πιθανό να συνεχίζουν να υπάρχουν οι λόγοι που οδήγησαν στο θηλασμό προηγούμενου βρέφους και επιπρόσθετα η μητέρα έχει βιώσει το θηλασμό, έχει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, πρακτική γνώση της διαδικασίας του θηλασμού και ίσως επίγνωση των ωφελημάτων από το θηλασμό.

Έχει δειχθεί [9] ότι η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού είναι χαμηλότερα στα πρόωρα νεογνά σε σχέση με τα τελειόμηνα και αυτό οφείλεται σε πολλές δυσκολίες που έχουν να αντιμετωπίσουν τόσο η μητέρα όσο και το πρόωρο νεογνό. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώθηκαν και στη δική μας μελέτη. Παρόμοια αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε και με τη νοσηλεία σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών.

Η χρήση πιπίλας συνδέθηκε με μειωμένη διάρκεια θηλασμού, γεγονός που έχει περιγραφεί και σε άλλες χώρες [45]. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η χρήση της πιπίλας κυρίως τις πρώτες 4-6 εβδομάδες ζωής, διάστημα κατά το οποίο εδραιώνεται ο θηλασμός, συνδέεται αρνητικά με τη συνέχιση του θηλασμού. Δεν έχει τεκμηριωθεί αν η αρνητική συσχέτιση της πιπίλας με τη διάρκεια του θηλασμού είναι αιτιολογική (σύγχυση της θηλής της πιπίλας με τη θηλή του στήθους) ή η χρήση της υποδηλώνει προβλήματα στην εγκατάστασή του θηλασμού, μειωμένο αριθμό γευμάτων με μητρικό γάλα ή αντιλήψεις της μητέρας σε σχέση με το θηλασμό. ”

“ ”

“ 5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την πρώτη πανελλαδική μελέτη για το μητρικό θηλασμό προβάλλουν επιτακτικά την ανάγκη για υιοθέτηση και εφαρμογή πολιτικών και πρακτικών που θα ενισχύσουν το θηλασμό στη χώρα μας.

Κρίσιμη θεωρούμε πρωτίστως την ταχεία μετεξέλιξη κατά το δυνατό περισσότερων νοσοκομείων/μαιευτηρίων σε φιλικά για τα βρέφη, δηλαδή ιδρύματα που θα ακολουθούν τα 10 βήματα προς τον επιτυχημένο θηλασμό. Αυτό απαιτεί σοβαρές και ριζικές αλλαγές στη λειτουργία των μαιευτηρίων, όπως εκπαίδευση του προσωπικού και ίσως επιπλέον προσωπικό επιφορτισμένο να βοηθά με εξειδικευμένο τρόπο τις θηλάζουσες μητέρες, τήρηση του κώδικα για τη διαχείριση του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος, εφαρμογή της συνδιαμονής μητέρας βρέφους. Κάποια από τα βήματα για την απόκτηση του τίτλου ‘φιλικά για τα βρέφη’ μοιάζουν ασύμβατα με τον υπάρχοντα τρόπο λειτουργίας των μαιευτηρίων. Θα ήταν ίσως περισσότερο ρεαλιστικό εάν η μετάβαση προς την πλήρη απόκτηση του τίτλου γίνει βήμα προς βήμα, με επίσημη πιστοποίηση της σταδιακής συμπλήρωσης των προϋποθέσεων και ανάδειξη της πιστοποίησης αυτής σε πλεονέκτημα για τα νοσοκομεία που τη φέρουν.

Το γεγονός ότι 88% των μητέρων ξεκίνησαν να θηλάζουν, αλλά μόνο 41% θηλάζαν αποκλειστικά, σημαίνει πως ήδη από την αρχή της ζωής του νεογνού και κατά την παραμονή στο μαιευτήριο το νεογνό λαμβάνει τροποποιημένο γάλα αγελάδος ή κάποιο ρόφημα, όπως χαμομήλι ή σακχαρόνερο. Είναι αναγκαίο στα νεογνά να μη δίδονται άλλες υγρές τροφές εκτός αν συντρέχει ιατρικός λόγος ή υπάρχει σαφής επιθυμία της μητέρας να μη θηλάσει. Θα είχε νόημα να δημιουργηθεί κάποιο σύστημα καταγραφής, που θα αφορά το χρονικό διάστημα παραμονής στο μαιευτήριο (ίσως με τη μορφή επέκτασης της κάρτας νεογνικού ελέγχου) και θα συνίσταται σε πληροφορίες για την κατάσταση θηλασμού του νεογνού, δηλαδή αν το μωρό θηλάζει, αν λαμβάνει συμπλήρωμα, το λόγο για τον οποίο λαμβάνει συμπλήρωμα και την βασική αιτία μη θηλασμού ή διακοπής του θηλασμού. Ένα τέτοιο σύστημα καταγραφής μπορεί να αποτελέσει μία μορφή αυτοελέγχου και πηγή σημαντικών πληροφοριών για την κατάσταση και πορεία του θηλασμού. Είναι παράλογο να πρέπει οι μητέρες να δηλώνουν κατηγορηματικά στους επαγγελματίες υγείας ότι θα θηλάσουν το μωρό τους και δεν επιθυμούν να τους δοθεί τροποποιημένο γάλα αγελάδος. Ο αποκλειστικός θηλασμός πρέπει να υιοθετείται ως πρώτη επιλογή σίτισης για το νεογνό και να δίδεται τροποποιημένο γάλα αγελάδος μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο ή η μητέρα δηλώσει την επιθυμία αυτή.

Η ανάγκη εντατικοποίησης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, συγκεκριμένα των μαιών, νοσηλευτριών, γυναικολόγων και παιδιάτρων, σε θέματα όπως τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και η εξειδικευμένη βοήθεια που χρειάζεται η θηλάζουσα μητέρα είναι άμεση. Οι μισές γυναίκες που ρωτήθηκαν δήλωσαν ότι σταμάτησαν να θηλάζουν λόγω ανεπαρκούς γάλακτος. Αυτό καταδεικνύει την απουσία στοιχειώδους πληροφόρησης της μητέρας από τους επαγγελματίες υγείας για τη φυσιολογία της γαλουχίας. Είναι βαθιά ριζωμένη η πεποίθηση ότι ‘το γάλα μου ήταν λίγο’. Στην πραγματικότητα, είτε πρόκειται για τη φυσιολογική σταδιακή αύξηση του γάλακτος τις πρώτες ημέρες του θηλασμού, είτε πρόκειται για μείωση της ποσότητας του γάλακτος, για την οποία υπεύθυνη είναι η μη τοποθέτηση του μωρού στο στήθος για να θηλάσει σε τακτά διαστήματα ή η εισαγωγή συμπληρωματικά στη διατροφή του νεογνού του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος.

Κατά την παραμονή στο μαιευτήριο σκόπιμος θα ήταν ο εντοπισμός από τους

επαγγελματίες υγείας των μητέρων «αυξημένου κινδύνου» για πρόωμη διακοπή του θηλασμού και ενίσχυση της υποστήριξης σε αυτές. «Αυξημένου κινδύνου», σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, ήταν οι γυναίκες χαμηλής εκπαίδευσης, χωρίς προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή, οι καπνίστριες, οι μητέρες πρόωρων ή χαμηλού βάρους νεογνών ή νεογνών που διέμεναν σε μονάδα εντατικής νοσηλείας.

Ο θηλασμός βέβαια δεν διακόπτεται μόνο εντός νοσοκομείου, αλλά πολλές γυναίκες σταμάτησαν να θηλάζουν μετά την έξοδό τους από αυτό. Είναι καίριο να δίδεται στις μητέρες κάποια προοπτική βοήθειας για το επόμενο διάστημα, είτε μέσω επικοινωνίας με ομάδες υποστήριξης του θηλασμού του ίδιου του νοσοκομείου, είτε με άλλους συνδέσμους υποστήριξης του θηλασμού που υπάρχουν στην Ελλάδα.

Δεύτερη αιτία διακοπής του θηλασμού ήταν η επιστροφή στην εργασία, γεγονός που για κάποιες γυναίκες ισοδυναμεί με αδυναμία συνέχισης του θηλασμού. Είναι απαραίτητο κάθε εργαζόμενη θηλάζουσα μητέρα να δικαιούται επαρκή άδεια θηλασμού και όταν επιστρέφει στην εργασία να της δίνεται η δυνατότητα να συνεχίζει να θηλάζει, είτε με την ύπαρξη ευέλικτου ωραρίου, είτε με τη δυνατότητα να εξάγει το γάλα της στον εργασιακό χώρο.

Η ενημέρωση του κοινού για το μητρικό θηλασμό και η ειδική πριν από τον τοκετό εκπαίδευση της μητέρας στο θηλασμό από ομάδες νοσοκομείων/μαιευτηρίων ή άλλους συνδέσμους δεν αξιολογήθηκαν στη μελέτη αυτή, αλλά κρίνονται γενικά ως θετικά βήματα.

Η επίτευξη κάποιων από τις αναφερθείσες προτάσεις ενδέχεται να αυξήσει τα επίπεδα του θηλασμού στην Ελλάδα και θα ήταν χρήσιμο να μετρώνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε ανάλογα να τροποποιούνται οι επόμενοι στόχοι. ”

“

Πίνακας Π17: Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά εφαρμογή της πρακτικής της συνδιαμονής μητέρας νεογνού (rooming in) στο νοσοκομείο/μαιευτήριο

Συνδιαμονή μητέρας νεογνού	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	284	48,5	(44,5-52,6)	241	40,4	(36,5-44,4)
Όχι	265	45,3	(41,3-49,4)	301	50,4	(46,4-54,4)
Δεν αφορά	36	6,2	(4,5-8,4)	55	9,2	(7,1-11,8)
Σύνολο	585	100,0		597	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π18: Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά εφαρμογή της πρακτικής της τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας από τον τοκετό στο νοσοκομείο/μαιευτήριο

Τοποθέτηση νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας από τοκετό	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	157	26,8	(23,4-30,5)	162	27,0	(23,6-30,7)
Όχι	429	73,2	(69,5-76,6)	438	73,0	(69,3-76,4)
Σύνολο	586	100,0		600	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π19: Συσχέτιση της εφαρμογής της πρακτικής της συνδιαμονής μητέρας νεογνού (rooming in) στο νοσοκομείο/μαιευτήριο με το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) στο οποίο γέννησε η μητέρα

Είδος μαιευτηρίου	Συνδιαμονή μητέρας νεογνού					
	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p
Δημόσιο	221/256	(86,3)	<0,001	146/194	(75,3)	<0,001
Ιδιωτικό	63/293	(21,5)		95/348	(27,3)	
Σύνολο	284/549	(51,7)		241/542	(44,5)	

Πίνακας Π20: Συσχέτιση της εφαρμογής της πρακτικής της τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας από τον τοκετό στο νοσοκομείο/μαιευτήριο με το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) στο οποίο γέννησε η μητέρα

Είδος μαιευτηρίου	Τοποθέτηση νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας από τοκετό					
	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p
Δημόσιο	103/270	(38,1)	<0,001	70/220	(31,8)	0,043
Ιδιωτικό	54/316	(17,1)		92/380	(24,2)	
Σύνολο	157/586	(26,8)		162/600	(27,0)	

Πίνακας Π21 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά χορήγηση γραπτής συνταγής ή σημειώματος για τροποποιημένο γάλα αγελάδος στην έξοδο από το νοσοκομείο/μαιευτήριο

Γραπτή συνταγή ή σημείωμα για τροποποιημένο γάλα αγελάδος	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	383	65,4	(61,4-69,1)	402	67,1	(63,3-70,8)
Όχι	194	33,1	(29,4-37,0)	186	31,1	(27,5-34,9)
Άγνωστο	9	1,5	(0,8-2,9)	11	1,8	(1,0-3,3)
Σύνολο	586	100,0		599	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π22 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά χορήγηση δωρεάν δείγμα τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος στην έξοδο από το νοσοκομείο/μαιευτήριο

Δωρεάν δείγμα τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	207	35,3	(31,6-39,3)	214	35,7	(32,0-39,6)
Όχι	369	63,0	(59,0-66,8)	372	62,1	(58,2-65,9)
Άγνωστο	10	1,7	(0,9-3,1)	13	2,2	(1,3-3,7)
Σύνολο	586	100,0		599	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π23: Συσχέτιση της χορήγησης γραπτής συνταγής ή σημειώματος για τροποποιημένο γάλα αγελάδος με το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) στο οποίο γέννησε η μητέρα

Είδος μαιευτηρίου	Γραπτή συνταγή ή σημείωμα για τροποποιημένο γάλα αγελάδος					
	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p
Δημόσιο	154/267	(57,7)	<0,001	140/218	(64,2)	<0,001
Ιδιωτικό	229/310	(73,9)		262/370	(70,8)	
Σύνολο	383/577	(66,4)		402/588	(68,4)	

Πίνακας Π24: Συσχέτιση της χορήγησης δωρεάν δείγματος τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος με το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) στο οποίο γέννησε η μητέρα

	Δωρεάν δείγμα τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος					
	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
Είδος μαιευτηρίου	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p
Δημόσιο	89/267	(33,3)	0,226	61/219	(27,9)	0,001
Ιδιωτικό	118/309	(38,2)		153/367	(41,7)	
Σύνολο	207/576	(35,9)		214/586	(36,5)	

Πίνακας Π25 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά κάπνισμα μητέρας την περίοδο της συνέντευξης

Κάπνισμα μητέρας κατά την ημέρα της συνέντευξης	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	184	31,5	(27,9-35,4)	227	38,1	(34,3-42,1)
Όχι	400	68,5	(64,6-72,1)	369	61,9	(57,9-65,7)
Σύνολο	584	100,0		596	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π26 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά κάπνισμα μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Κάπνισμα μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	75	12,9	(10,4-15,8)	89	14,9	(12,3-18,0)
Όχι	508	87,1	(84,2-89,6)	507	85,1	(82,0-87,7)
Σύνολο	583	100,0		596	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π27 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά ύπαρξη άλλου καπνιστή (εκτός της μητέρας) στο σπίτι

Άλλος καπνιστής στο σπίτι	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	287	49,2	(45,2-53,3)	318	53,4	(49,3-57,3)
Όχι	296	50,8	(46,7-54,8)	278	46,6	(42,7-50,7)
Σύνολο	583	100,0		596	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π28 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά είδος τοκετού

Είδος τοκετού	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Φυσιολογικός τοκετός	296	50,6	(46,6-54,6)	303	50,8	(46,8-54,7)
Καισαρική	289	49,4	(45,4-53,4)	294	49,2	(45,3-53,2)
Σύνολο	585	100,0		597	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π29 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά είδος μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) που γέννησε η μητέρα

Είδος μαιευτηρίου	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Δημόσιο	270	46,1	(42,1-50,1)	221	36,8	(33,0-40,7)
Ιδιωτικό	316	53,9	(49,9-57,9)	380	63,2	(59,3-67,0)
Σύνολο	586	100,0		601	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ήταν αποσπάσματα από την "ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ", που διεξήγαγε πανελλαδικά το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού μετά από πρόταση της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού και τη χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.