ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΕΣ ΕΩΣ 5 ΗΜΕΡΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΟΥΡΙΛΑ ΔΗΜΗΤΡΑ (ΜΑΙΑ)

ΑΜ: 6064201115

ΣΠΑΡΤΗ 2014

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΕΣ ΕΩΣ 5 ΗΜΕΡΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ»

ΣΟΥΡΙΛΑ ΔΗΜΗΤΡΑ

Μαία ΤΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπον Μέλος ΔΕΠ: Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Πρεζεράκος Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Φεβρουάριος 2014

Copyright © ΣΟΥΡΙΛΑ ΔΗΜΗΤΡΑ 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

Υπογραφή

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τη Μεταπτυχιακή Διπλωματική μου εργασία, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με βοήθησαν για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Σοφία Ζυγά, για την πολύτιμη βοήθειά της, τη συμπαράστασή της και την καθοδήγησή της κατά το σχεδιασμό, τη διεξαγωγή και τη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Επίσης, εκφράζω τις ευχαριστίες μου για τη συμβουλευτική τους συνδρομή, τον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Πρεζεράκο Παναγιώτη και την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Μαρία Τσιρώνη, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής.

Θερμά ευχαριστώ την οικογένειά μου που με στηρίζει σε όλες τις προσπάθειές μου. Ιδιαίτερα στο σύζυγό μου Στέλιο που έδειξε υπομονή, κατανόηση και συμπαράσταση όλο αυτό το διάστημα αλλά και στη νεογέννητη κόρη μου Ζωή που της στέρησα πολύτιμες στιγμές μητρικής στοργής και αγάπης.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο μητρικός θηλασμός είναι η μέριμνα της φύσης για την επιβίωση του νεογέννητου. Μεγάλος αριθμός μελετών, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, αποδεικνύουν τα οφέλη του μητρικού γάλακτος και του θηλασμού στο παιδί, στη μητέρα, στην οικογένεια ακόμα και στην κοινωνία. Ο μητρικός θηλασμός πρέπει να αρχίζει αμέσως μετά το τοκετό, μόλις το επιτρέψει η κατάσταση της μητέρας και του βρέφους, κατά προτίμηση μέσα σε λίγες ώρες.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού σε λεχωίδες έως 5 ημερών στο Γ.Ν. Μεσσηνίας.

Μεθοδολογία: Ως περίπτωση μελέτης επιλέχτηκε το Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, όπου, μέσα από αντιπροσωπευτικό τυχαίο δείγμα 130 λεχωίδων γυναικών, εκτιμήθηκε η συχνότητα του μητρικού θηλασμού κατά τη διάρκεια των πρώτων πέντε ημερών. Προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη, διενεργήθηκε αρχικά μία περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση. Για τη συλλογή των δομένων πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα, μέσω ερωτηματολογίων 43 ερωτήσεων. Το δείγμα αποτέλεσαν (130) λεχωίδες γυναίκες (5 ημερών), που είχαν γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική τομή στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας κατά το χρονικό διάστημα από 5/6/2013 έως 6/10/2013 (N=130). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM – SPSS Statistics v.21.0, έκδοση για Windows και χρησιμοποιήθηκε η εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας x^2 – test. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο ($p<0.05$).

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τις απαντήσεις του συνόλου του δείγματος προέκυψε, ότι η πλειοψηφία των λεχωίδων γυναικών με ποσοστό 91,5% έβαλε το μωρό στο μαστό να θηλάσει αμέσως μετά τον τοκετό. Επίσης, ποσοστό 94,6% απάντησε πως για το θηλασμό του μωρού είχε αποφασίσει πριν καν αυτό γεννηθεί και τέλος ποσοστό 21,5% του συνόλου του δείγματος που δεν κατάφερε να θηλάσει απάντησε, ότι θα μπορούσε να είχε έναν επιτυχή θηλασμό, αν υπήρχε εκ των προτέρων ενημέρωση και παρακίνηση από τους αρμόδιους φορείς του νοσοκομείου. Όλα τα παραπάνω σχετίζονται με τα προβλήματα υγείας ή τις δυσκολίες θηλασμού της μητέρας, το κάπνισμα, την οικονομική κρίση, το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα, την οικογενειακή κατάσταση και τη χώρα καταγωγής.

Συμπεράσματα: Με βάση την υπάρχουσα κατάσταση και με δεδομένη τη σημασία του μητρικού θηλασμού ως αγαθού δημόσιας υγείας η καταγραφή των συχνοτήτων και των παραγόντων που επηρεάζουν την έναρξή του αποτελούν ένα αναπόσπαστο μέρος της εφαρμογής ενός πετυχημένου σχεδίου δράσης που θα μπορούσε να βοηθήσει στην προαγωγή του.

Λέξεις Κλειδιά

Μητρικός θηλασμός, λεχωίδες γυναίκες (πέντε ημερών), νεογέννητα, Γ.Ν. Μεσσηνίας, φυσικός τρόπος διατροφής, προσδιοριστικοί παράγοντες.

Abstract

Introduction: Breastfeeding is nature's plan that can ensure the survival for the newborn. Several studies have demonstrated the benefits of breast milk and breastfeeding for the child, the mother, the family and even for the society. Breastfeeding should begin immediately after birth, preferably within a few hours, as long as the mother's and infant's health permits.

Purpose: To study the frequency and the determinants of breastfeeding on postpartum women to five days in Messenia's General Hospital.

Material and Method: The General Hospital of Messenia was chosen to be the case of the study. The frequency of breastfeeding during the first five days was estimated through a representative random sample of 130 women who have recently given birth. The design was exploratory, descriptive. As to complete this study a descriptive literature research has been made. Furthermore, a primary research conducted in order to gather information for the research part of this project. The sample were women who had given vaginal birth or birth by caesarean section up to (5 days) before at Messinia's General Hospital during the period of June 5th 2013 to September 6th 2013 (N = 130). Statistical analysis of data was performed in the IBM – SPSS Statistics v.21.0 version for Windows package. The application of statistical test x^2 – test was used, too. Statistical significance level was set to 5% (p = 0.05) in all the analyses.

Results: The statistical analysis shows that the majority of postpartum women with frequency 91.5% of the entire sample put the baby to breast to breastfeed immediately after birth. Also, the vast majority of the sample (94.6%) answered that they had decided about breastfeeding before the baby was born and part of the sample (21.5%) who didn't breastfeed believed that if they had been more informed and encouraged by the competent bodies about breastfeeding could somehow face the problems and would eventually manage to breastfeed. All of the above are related to age, health problems, smoking, occupation, educational level, marital status and country of origin.

Conclusion: Based on the current facts and the importance of breastfeeding as a public health good, the recording of the frequency and the factors affecting this process's inception are an integral part of a successful action plan that could help its promotion.

Keywords

Breastfeeding, postpartum (five days) women, newborns, G.H. Messenia, healthy diet, determinants.

Συντομογραφίες

Συντομογραφία	Επεξήγηση
A.H.R.Q.	Agency for Healthcare Research and Quality
A.I.D.S.	Acquired Immune Deficiency Syndrome
B.F.H.I.	Baby Friendly Hospital Initiative
F.A.O.	Food and Agriculture Organization
I.B.F.A.N.	International Baby Food Action Network
I.B.L.C.E.	International Board of Lactation Consultant Examiners
I.B.M.	International Business Machines
I.L.C.A.	International Lactation Consultants' Association
I.L.O.	International Labour Organization
L.L.L.I.	La Leche League International
S.P.S.S.	Statistical Package for the Social Sciences
U.N.I.C.E.F.	United Nations International Children's Emergency Fund
W.A.B.A.	World Alliance for Breastfeeding Action
W.H.O.	World Health Organization
Α.Α.Π.	Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής
Ε.Γ.Α.Β.	Επεξεργασμένο Γάλα Αγελάδας για Βρέφη
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Κ.Ν.Σ.	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
Μ.Θ.	Μητρικός Θηλασμός
Ο.Η.Ε.	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Π.Γ.Ν.	Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες ..... *i*

Περίληψη ..... *ii*

Λέξεις Κλειδιά ..... *iii*

Abstract ..... *iv*

Keywords ..... *v*

Συντομογραφίες ..... *vi*

Πίνακας περιεχομένων ..... *vii*

Λίστα Πινάκων ..... *x*

Εισαγωγή *1*

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ *5*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ *5*

Γενικά *5*

1.1 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ *5*

1.1.1 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας *5*

1.1.2 Ανασκόπηση της προαγωγής του μητρικού θηλασμού *8*

1.1.3 Διακήρυξη 2012 "Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Μητρικού Θηλασμού" *12*

1.2 ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ *16*

1.2.1 Ο ρόλος του Μητρικού Θηλασμού *16*

1.2.2 Τα οφέλη του Μητρικού Θηλασμού *18*

1.2.2.1 Οικονομικά Οφέλη *20*

1.2.2.2 Θηλασμός και εργασία *21*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ – ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΓΑΛΑ *23*

Γενικά *23*

2.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΥΟΔΩΣΗΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ *23*

2.1.1 Προετοιμασία μαστού για το θηλασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. *23*

2.1.2 Συχνότητα θηλασμού των Πρώτων Ημερών *24*

2.1.3 Στάσεις θηλασμού και η σημασία τους *26*

2.1.4 Αντενδείξεις Μητρικού Θηλασμού 28

2.1.4.1 Συχνότερα προβλήματα μητρικού θηλασμού 29

Ραγάδες 29

2. 2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ 35

2.2.1 Μητρικός Θηλασμός και ανθρώπινο γάλα 35

2.2.2. Είδη ανθρώπινου γάλακτος 36

2.2.2.1 Σύσταση Μητρικού Γάλακτος Νερό 37

2.2.3 Υπεροχή Ανθρώπινου Γάλακτος 43

2.2.3.1 Διαφορές Ανθρώπινου και Αγελαδινού Γάλακτος 44

2.2.4 Αμυντικοί παράγοντες στο μητρικό γάλα 44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{0}: ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ 46

Γενικά 46

3.1 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 46

3.1.1 Δράσεις υποστήριξης του Μητρικού Θηλασμού 46

3.1.2 Πολιτικές και πρακτικές προσεγγίσεις Μητρικού Θηλασμού 53

3.2 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ 57

3.2.1 Πιστοποιημένα φιλικά προς τα βρέφη ιδρύματα 57

3.2.1.1 Τι ισχύει στο εξωτερικό για τα φιλικά στα βρέφη νοσοκομεία 61

3.2.1.2 Τι ισχύει στην Ελλάδα για τα φιλικά στα βρέφη νοσοκομεία 62

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 63

4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ 63

4.1.1 Σκοπός μελέτης 63

4.1.2 Περιγραφή μελέτης 63

4.1.4 Στατιστική ανάλυση 64

4.1.5 Στοιχεία δεοντολογίας 65

4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 65

4.2.1 Περιγραφική ανάλυση στοιχείων έρευνας 65

4.2.1.1 Ανάλυση και σχολιασμός δημογραφικών 66

4.2.1.2 Ανάλυση και σχολιασμός ερωτήσεων όσον αφορά τους παράγοντες σχετικά με το μητρικό θηλασμό από τη πλευρά της μητέρας 76

4.2.1.3 Ανάλυση και σχολιασμός ερωτήσεων όσον αφορά τους παράγοντες σχετικά με το μητρικό θηλασμό από τη πλευρά του νοσοκομείου..... 81

4.2.2 Συνδυαστική Ανάλυση 84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο 95

Συζήτηση – Συμπεράσματα 95

Προτάσεις..... 103

Περιορισμοί Έρευνας 104

Βιβλιογραφία 105

Ξενόγλωσση 105

Ελληνική 110

Μεταφράσεις 110

Πηγές – Links 111

Παράρτημα Ι 113

Ερωτηματολόγιο – Απόφαση Δ.Σ. Γ.Ν. Μεσσηνίας – Έγκριση Χρήσης Ερωτηματολογίου..... 113

Παράρτημα ΙΙ 128

Διαγράμματα Περιγραφικών 128

Παράγοντες μητρικού θηλασμού από την πλευρά της μητέρας 136

Παράγοντες μητρικού θηλασμού από την πλευρά του νοσοκομείου 147

Συσχετίσεις ηλικιακής ομάδας γυναικών του δείγματος με παράγοντες που επηρεάζουν την στάση τους ως προς τον μητρικό θηλασμό..... 152

Συσχετίσεις Προβλημάτων υγείας κατά την έναρξη του Μ.Θ.-Κάπνισμα μητέρας-Επίπεδο μόρφωσης μητέρας-Επίπεδο μόρφωσης πατέρα-Οικογενειακή κατάσταση-Χώρα καταγωγής, με παράγοντες που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη στάση τους ως προς το Μ.Θ. 154

Λίστα Πινάκων

Πίνακας	Ονοματολογία Πινάκων	Σελίδα
Πίνακας 5.1	Κατανομή ερωτηθέντων γυναικών ανά ηλικιακή ομάδα	77
Πίνακας 5.2	Κατανομή με βάση το πρόβλημα υγείας των ερωτηθέντων γυναικών	78
Πίνακας 5.3	Κατανομή καπνίσματος γυναικών του δείγματος	79
Πίνακας 5.4	Κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	79
Πίνακας 5.5	Άλλος καπνιστής στο σπίτι	80
Πίνακας 5.6	Εργασία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	80
Πίνακας 5.6α	Αν ναι σε ποιο μήνα σταματήσατε να εργάζεστε;	81
Πίνακας 5.6β	Αν ναι πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας ή έχετε μειωμένο ωράριο;	81
Πίνακας 5.7	Άδεια μετά το τοκετό	82
Πίνακας 5.8	Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας	82
Πίνακας 5.9	Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα	83
Πίνακας 5.10	Οικογενειακή κατάσταση	84
Πίνακας 5.11	Οικογενειακή κατάσταση	85
Πίνακας 5.12	Κοινωνική ασφάλεια	85
Πίνακας 5.13	Οικογενειακό εισόδημα	86
Πίνακας 5.14	Παράγοντες μητρικού θηλασμού από τη πλευρά της μητέρας	88
Πίνακας 5.15	Παράγοντες μητρικού θηλασμού από τη πλευρά του νοσοκομείου	93
Πίνακας 5.16	Συσχετίσεις: Ηλικιακής ομάδας γυναικών του δείγματος με παράγοντες που επηρεάζουν την στάση τους ως προς τον μητρικό θηλασμό	97
Πίνακας 5.17	Συσχετίσεις: Προβλημάτων υγείας κατά την έναρξη του Μ.Θ. – Κάπνισμα μητέρας – Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας – Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα – Οικογενειακή κατάσταση – Χώρα καταγωγής γυναικών του δείγματος, με παράγοντες που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη στάση τους ως προς το Μ.Θ.	101

Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται οι βασικότερες έννοιες που σχετίζονται με το θέμα της εν λόγω μεταπτυχιακής εργασίας. Ο σκοπός της ανάλυσης αυτής είναι η βέλτιστη κατανόηση του θέματος καθ' όλη την πορεία της ανάπτυξής του και της έρευνας που πρόκειται να ακολουθήσει.

Μεγάλος αριθμός μελετών, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, αποδεικνύουν τα οφέλη του μητρικού γάλακτος και του θηλασμού στο παιδί, στη μητέρα, στην οικογένεια ακόμα και στην κοινωνία. Τα πλεονεκτήματα αυτά είναι διατροφικά, ανοσολογικά, αναπτυξιακά, ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά και περιβαλλοντικά (Κατταβένου Σ., 2005).

Η απόφαση των μητέρων να θηλάσουν το βρέφος τους εξαρτάται από διάφορους ψυχοκοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, η εθνικότητα, η εργασιακή κατάσταση και η ψυχική υγεία της μητέρας φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο για το αν εκείνη θα θηλάσει ή όχι το βρέφος της και πόσο χρονικό διάστημα θα ακολουθήσει την πρακτική του θηλασμού. Οι αξίες, σχετικά με το θηλασμό, ποικίλλουν ανάλογα με το οικονομικό και το πολιτιστικό επίπεδο του γενικού πληθυσμού (Αθανασοπούλου Μ., κ.α., 2013).

Ο μητρικός θηλασμός εξακολουθεί να παρουσιάζει πρακτικά και ψυχολογικά πλεονεκτήματα τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν η μητέρα θα επιλέξει τον τρόπο διατροφής του βρέφους. Το ανθρώπινο γάλα είναι το πιο κατάλληλο από όλα τα άλλα για το βρέφος, γιατί είναι το μοναδικό που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του (Behrman R.E., et. al., 2000).

Οι φυσικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή εμπειρία ενός μητρικού θηλασμού περιλαμβάνουν την καλή κατάσταση της υγείας, την σωστή ισορροπία μεταξύ ανάπαυσης και εργασίας, την εξάλειψη του άγχους, την έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία κάθε συνυπάρχουσας νόσου και την επαρκή διατροφή. Οι περισσότερες γυναίκες είναι σωματικά ικανές για να θηλάσουν, με την προϋπόθεση να ενθαρρυνθούν επαρκώς και να προστατευτούν από αποθαρρυντικές εμπειρίες και σχόλια κατά το διάστημα που εδραιώνεται η έκκριση του γάλακτος (Behrman R.E., et. al., 2000).

Έρευνες δείχνουν ότι το παιδικό ανοσοποιητικό σύστημα δεν ωριμάζει πλήρως μέχρι τα 6 έτη. Η παροχή μητρικού γάλακτος μέχρι την ηλικία των 2 ετών έχει βρεθεί να συνεισφέρει καθοριστικά στην ωρίμανση του. Το μητρικό γάλα έχει ένα θαυμαστό τρόπο να εξατομικεύεται κάθε φορά σε κάθε παιδί και να αλλάζει, ανάλογα με την περίσταση, πάντα προς το μέγιστο δυνατό όφελος για την υγεία του.

Το μητρικό γάλα δεν πρέπει να προβάλλεται απλά ως φαγητό. Δεν είναι μόνο τροφή, στην πραγματικότητα ο θηλασμός είναι κάτι πολύ ευρύτερο από απλό φαγητό, από πρωτεΐνες και θερμίδες. Είναι συναισθηματική ασφάλεια, είναι ώθηση για ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού, είναι προστασία σωματική και ψυχική της μητέρας, είναι ισχυρός δεσμός μητέρας - παιδιού. Στην ίδια λογική δεν είναι το μητρικό γάλα που είναι σημαντικό, αλλά ο μητρικός θηλασμός συνολικότερα.

Επικεντρώνουμε την προσοχή μας στην σύνθεση του μητρικού γάλακτος, αποπροσωποποιώντας την μητέρα που το παρέχει στο παιδί της. Το ίδιο σημαντικό με τα αντισώματα στο μητρικό γάλα είναι και το χάδι της μητέρας την ώρα του θηλασμού, το χαμόγελο του βρέφους, η αυτοπεποίθηση που εισπράττει η μητέρα στον γονεϊκό της ρόλο, η ανταπόκριση στις ανάγκες του βρέφους.

Αντίθετα το επεξεργασμένο γάλα αγελάδας για βρέφη παραμένει ίδιο για κάθε παιδί, για κάθε μέρα σε διάστημα έξι ή δώδεκα μηνών. Το ξένο γάλα αποτελεί μονότονο fast-food, σε σύγκριση με την αξεπέραστη ποικιλία του μητρικού. Συγκεκριμένα, το μητρικό γάλα είναι εντελώς διαφορετικό σε σύσταση και ιδιότητες. Οι εταιρίες γαλάτων αντιμετωπίζουν κάθε βρέφος που γεννιέται στην χώρα ως δυνητικό πελάτη. Το πρόβλημα είναι ότι εδώ και πολλά χρόνια, στην προσπάθειά τους να επεκτείνουν το πελατολόγιό τους έχουν συνεργό και αρωγό το σύστημα υγείας, τους ιατρούς, τις μαίες και τις νοσοκόμες, που συνέβαλαν συνειδητά ή λόγω ανεπαρκούς εκπαίδευσης στην αποδόμηση του μητρικού θηλασμού και στην εγκατάσταση της τεχνητής διατροφής για τα βρέφη ως φυσιολογικού στην κουλτούρα μας.

Εν κατακλείδι, η αξία του μητρικού γάλακτος ξεπερνά ανυπολόγιστα την αξία του καλύτερου τροποποιημένου γάλακτος και παρόλα αυτά στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς, η συχνότητα έναρξης και η διάρκεια του μητρικού θηλασμού δεν είναι αυτή που επιβάλλεται. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και η UNICEF έχουν αναλάβει το έργο της προστασίας, προαγωγής και υποστήριξης του μητρικού

θηλασμού, για να μην απειλείται η υγεία των νεογνών στις αναπτυσσόμενες αλλά και στις ανεπτυγμένες χώρες (ΕΛΕΥΘΩ, 2007).

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού σε λεχωίδες έως 5 ημερών στο Γ.Ν. Μεσσηνίας.

Στόχος της είναι να αναδείξει το γεγονός ότι ο μητρικός θηλασμός είναι ο πλέον φυσικός τρόπος διατροφής των νεογνών έως πέντε ημερών, αλλά και γενικότερα, με πολλαπλά οφέλη για το νεογνό, για τη μητέρα, αλλά και για τους δύο αντίστοιχα. Ως μελέτη περίπτωσης επιλέχτηκε το Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας όπου μέσα από αντιπροσωπευτικό τυχαίο δείγμα λεχωίδων γυναικών θα γίνει εκτίμηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού κατά τη διάρκεια των πρώτων πέντε ημερών, καθώς επίσης και των προσδιοριστικών παραγόντων που δυνητικά θα μπορούσε να προωθήσει το νοσοκομείο, αλλά και παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την έναρξη του θηλασμού από τη πλευρά της μητέρας.

Με δεδομένο ότι η συνεχής ενημέρωση για την απόκτηση γνώσεων σχετικά με την ωφελιμότητα του μητρικού θηλασμού αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αύξησης της συχνότητας και της διατήρησης του, η διερεύνηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού προάγει την έρευνα σχετικά με την παρότρυνση όλο και περισσοτέρων μητέρων ώστε να θηλάσουν το μωρό τους και επιπλέον γίνεται κατανοητό ότι το υγιές νεογνό δεν χρειάζεται τίποτα άλλο εκτός από υγιές γάλα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυξάνεται ο αριθμός των μελετών που εισηγούνται ότι τα βρέφη που θήλασαν οκτώ μήνες έχουν μεγαλύτερο δείκτη νοημοσύνης κατά τέσσερις βαθμούς από τα μη θηλάζοντα και κατά έξι βαθμούς υπερείχαν στην ανάπτυξη του λόγου (Χρυσανθόπουλος Χ., 2012).

Το **πρώτο κεφάλαιο** επικεντρώνεται σε άλλες παρόμοιες έρευνες, που επίσης είχαν σκοπό και στόχο να διερευνήσουν την απόφαση κάθε λεχωίδας γυναίκας, εάν τελικά θα ξεκινήσει να θηλάζει το παιδί της κατά τις πέντε πρώτες μέρες μετά τον τοκετό ή τη διάρκεια που θα το κάνει, αλλά και αν είναι αποτέλεσμα μιας προσωπικής ελεύθερης επιλογής της. Επίσης, επισημαίνεται η αποδεδειγμένη αναγκαιότητα του θηλασμού γενικότερα στη δημόσια υγεία και το αίτημα για ελεύθερη επιλογή των γυναικών.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** περιγράφεται η τεχνική που πρέπει να ακολουθείται για έναν επιτυχή θηλασμό καθώς και λόγοι αντένδειξης αυτού. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στην υπεροχή του ανθρώπινου γάλακτος σε σχέση με το αγελαδινό αλλά και τα υποκατάστατα μητρικού γάλατος που κυκλοφορούν στην αγορά.

Ο σκοπός του **τρίτου κεφαλαίου** είναι να υποδείξει τις υποστηρικτικές δομές του μητρικού θηλασμού, να αναδείξει την σπουδαιότητά του μέσα στα πλαίσια δράσεων και πρακτικών από κυβερνητικούς και μη οργανισμούς, που ακολουθούνται στο εξωτερικό αλλά υιοθετούνται πλέον και στη χώρα μας.

Στο **τέταρτο κεφάλαιο** γίνεται η στατιστική ανάλυση, η παρουσίαση και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων της έρευνας, έτσι όπως αυτά διαμορφώθηκαν από τις απαντήσεις των 130 ερωτηθέντων γυναικών που γέννησαν στο Γ.Ν. Μεσσηνίας. Επίσης, περιλαμβάνονται πίνακες ορισμένων βασικών στοιχείων των αποτελεσμάτων.

Τέλος, στο **πέμπτο κεφάλαιο** παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που απορρέουν από την προαναφερθείσα πρωτογενή έρευνα, οι τυχόν δυσκολίες αλλά και οι περιορισμοί που προέκυψαν κατά την εκπόνησή της.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Γενικά

Ο μητρικός θηλασμός είναι μέρος των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη διατροφή και την υγεία. Ο θηλασμός προστατεύει το δικαίωμα κάθε γυναίκας τόσο στη σωματική υγεία όσο και στην ψυχική και συναισθηματική υγεία.

Από διεξοδικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με επιδημιολογικές μεθόδους και σύγχρονες εργαστηριακές τεχνικές αποδείχθηκαν ένα πλήθος πλεονεκτημάτων του θηλασμού για το παιδί, τη μητέρα, την οικογένεια και την κοινωνία, όπως και η σημασία του μητρικού γάλακτος για τη διατροφή του βρέφους. Αυτά τα πλεονεκτήματα αφορούν την υγεία, τη διατροφή, την ανάπτυξη, τα ανοσολογικά και ψυχολογικά οφέλη, την κοινωνία, την οικονομία ακόμα και το ίδιο το περιβάλλον. Τα τεκμήρια αυτών των ερευνών, που έγιναν κυρίως τις τελευταίες δύο δεκαετίες, προκάλεσαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και τα τελευταία χρόνια αρχίζουν να γνωστοποιούνται.

1.1 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

1.1.1 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Η διατροφή κατά τη βρεφική ηλικία είναι σημαντική για τη ανάπτυξη στις μετέπειτα ηλικίες. Για το λόγο αυτό η σωστή διατροφή αποτελεί αντικείμενο συνεχούς δράσης διεθνών οργανισμών και πολυάριθμων άλλων κυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει το μητρικό γάλα ως την ιδανική τροφή, με μεγάλη βιολογική αξία, το οποίο παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά για μια υγιή ανάπτυξη. Το μητρικό γάλα προστατεύει το βρέφος από μολύνσεις και ιογενείς λοιμώξεις, είναι αποστειρωμένο, στη σωστή θερμοκρασία,

και παρέχει εξοικονόμηση χρόνου παρασκευής και οικονομικών εξόδων για τους γονείς (WHO, 2011).

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να συμβάλει στην προστασία του γαστρεντερικού και αναπνευστικού συστήματος του νεογνού από λοιμώξεις, εξαιτίας των πολλών αντισωμάτων που περιέχει (Howie P.W., 2002, WHO, 2011, Molbak K., 1994). Σε μια προοπτική μελέτη 1.677 νεογνών που είχαν γεννηθεί στο Μπαγκλαντές, οι ερευνητές (Arifeen S., et.al., 2001) επιβεβαίωσαν την σημαντικότητα του μητρικού θηλασμού σχετικά με την επιβίωση των νεογνών από θανάτους προκαλούμενους από διάρροια και οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις.

Οι ερευνητές (Edmond K.M., 2006) υποστηρίζουν ότι το 16% των θανάτων σε νεογνά θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί αν όλα τα νεογνά είχαν θηλάσει από την πρώτη μέρα γέννησής τους και το 22%, αν ο θηλασμός ξεκινούσε την πρώτη ώρα μετά την γέννησή τους. Οι παραπάνω έρευνες αφορούσαν αναπτυσσόμενες χώρες, όμως οι (Kramer M.S., Kakuna R., 2001) υποστηρίζουν ότι το ίδιο ισχύει και στις ανεπτυγμένες χώρες.

Με τον μητρικό θηλασμό τροποποιείται η εντερική μικροχλωρίδα και με αυτό τον τρόπο προωθείται η ανοσολογική ανάπτυξη του βρέφους. Έχει βρεθεί ότι στα βρέφη που έχουν θηλάσει υπάρχουν λιγότερες αποικίες E. coli, C. difficile και λακτοβακκίλων συγκριτικά με βρέφη που έχουν τραφεί αποκλειστικά με κάποια φόρμουλα γάλακτος (Penders J., et.al., 2006).

Σημαντική μοιάζει επίσης η συμβολή του στην προστασία του νεογνού από αλλεργίες και αλλεργικές εκδηλώσεις (Oddy W.H., et.al., 2011). Το μητρικό γάλα φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων παθήσεων στην παιδική ηλικία και θεωρείται ότι έχει μακροπρόθεσμα πλεονεκτήματα αναφορικά με την καρδιοαγγειακή υγεία του ατόμου (WHO, 2007).

Αντικείμενο μετά-ανάλυσης αποτέλεσαν προοπτικές μελέτες που έγιναν σε αναπτυγμένες χώρες από το 1966 έως το 2000 για την επίδραση του μητρικού θηλασμού στην ανάπτυξη άσθματος. Μόνο 12 μελέτες συμπεριλήφθησαν στην μετά-ανάλυση, από τις οποίες ο συνολικός αριθμός παιδιών ήταν μεγαλύτερος από 8.000 και είχαν μέσο όρο παρακολούθησης τα 4 έτη. Η στατιστική ανάλυση

έδειξε ότι ο αποκλειστικός θηλασμός για τουλάχιστον 3 μήνες προστατεύει από την ανάπτυξη άσθματος στην παιδική ηλικία (Gdalevich M., et.al., 2001).

Σε μελέτη των (Chiu W.C., et.al., 2011) σε 14.621 βρέφη στην Ταϊβάν εξετάστηκε η σχέση που έχει η διάρκεια του μητρικού θηλασμού με την ανάπτυξη των παιδιών. Η συγκεκριμένη έρευνα αφορούσε βρέφη ηλικίας 0 έως 18 μηνών. Βρέθηκε, ότι τα βρέφη που είχαν θηλάσει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών, είχαν μικρότερο κίνδυνο όσον αφορά τη καθυστέρηση της ανάπτυξής τους σε σχέση με βρέφη που δεν θήλασαν.

Κατέληξαν ακόμη στο συμπέρασμα ότι η διάρκεια του μητρικού θηλασμού έχει θετική συσχέτιση με την νευροανάπτυξη των παιδιών (Chiu W.C., et.al., 2011).

Οι ερευνητές (Fergusson D.M.,et.al., 1999) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά που είχαν θηλάσει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, φαίνεται να έχουν ισχυρότερες οικογενειακές σχέσεις, σε σχέση με τα παιδιά που είχαν θηλάσει μικρό χρονικό διάστημα ή δεν είχαν θηλάσει καθόλου. Επίσης, αναφέρουν ότι με τον θηλασμό, διαμέσου της οπτικής και δερματικής επαφής, αναπτύσσεται ένα συναισθηματικό δέσιμο ανάμεσα στη μάνα και το παιδί, γεγονός τεράστιας σημασίας, μιας και η συναισθηματική ανάπτυξη και ψυχική υγεία του ατόμου φαίνεται να εξαρτάται από το δέσιμο αυτό.

Οι ερευνητές (Oddy W.H., et.al., 2011) υποστηρίζουν ότι ο θηλασμός του βρέφους για 6 και παραπάνω μήνες σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία του ως παιδί, καθώς και με την ψυχική υγεία στην ενήλικη του ζωή.

Σε μελέτη των ερευνητών (Richards M., et.al., 2001) διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού με εκπαιδευτικά επιτεύγματα στην ενήλικη ζωή.

Σημαντικά φαίνεται να είναι και τα πλεονεκτήματα που αφορούν την υγεία μιας μητέρας που θηλάζει κατά το (Labbok M.H.,2001). Επίσης, με τον αποκλειστικό θηλασμό η επαναφορά της γονιμότητας της μητέρας φαίνεται να καθυστερεί γεγονός επιθυμητό για τις περισσότερες μητέρες (WHO, 1999, Kennedy K.I.,et.al., 1996).

Ακόμη η πρακτική του θηλασμού, ειδικότερα όταν διαρκεί αρκετό χρονικό διάστημα, φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού στις

γυναίκες, όπως χαρακτηριστικά καταλήγουν ερευνητές οι οποίοι συγκέντρωσαν και αξιολόγησαν δεδομένα από 47 επιδημιολογικές μελέτες, 30 χωρών (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002).

Συμφώνα με την UNICEF, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) και την μη κυβερνητική οργάνωση WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) κάθε χρόνο εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν από αιτίες που μπορεί να προληφθούν όπως η διάρροια, η πνευμονία, η ιλαρά και η ελονοσία. Μερικές από αυτές τις αιτίες παιδικής θνησιμότητας σχετίζονται με την διατροφή και ειδικότερα με ζητήματα ποιότητας νερού. Αν κάθε βρέφος τρεφόταν αποκλειστικά με μητρικό θηλασμό πολλοί θάνατοι παιδιών θα είχαν αποφευχθεί.

Τα χαμηλά ποσοστά και η πρόωρη διακοπή του μητρικού θηλασμού έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία και την κοινωνική ευημερία των μητέρων και των παιδιών τους. Οι αρνητικές αυτές επιπτώσεις επεκτείνονται σε όλη την κοινωνία και το περιβάλλον, οδηγούν σε υπερβολικά έξοδα στον τομέα της πρόληψης στη δημόσια υγεία και σε αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία (Leon-Cava, 2002, Breastfeeding and the Use of Human, 2005).

1.1.2 Ανασκόπηση της προαγωγής του μητρικού θηλασμού

Μέσα στα όρια της ιατρικής σύνεσης, επαγγελματίες υγείας, προετοιμάζονται για επαρκή πληροφόρηση και υποστήριξη της απόφασης της μητέρας να θηλάσει. Το ενδιαφέρον της διεθνούς κοινότητας για το Μητρικό Θηλασμό, γίνεται όλο και πιο μεγάλο. Κυβερνήσεις, οργανισμοί, σύνδεσμοι γυναικών, κοινότητες συμβάλλουν στην προσπάθεια προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού.

Το 1981 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τη UNICEF θεσπίστηκε ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, με στόχο τον περιορισμό της ανεξέλεγκτης διαφήμισής του.

Το1979 – 1981 η καμπάνια της Α΄ Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής του πανεπιστημίου Αθηνών ήταν σημαντικό έναυσμα.

Από το 1985 στο Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», ο Μητρικός Θηλασμός είναι παράδοση. Η Μονάδα εκτός των άλλων δραστηριοτήτων της με ειδικά

προγράμματα εκπαιδεύει ειδικευόμενους παιδίατρους, φοιτητές Μαιευτικών και Νοσηλευτικών Σχολών καθώς και μέλλοντες και νέους γονείς.

Το 1988 από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας υιοθετήθηκε και εναρμονίστηκε ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Το 1989 στην Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών στη συνεδρία για τα Δικαιώματα του Παιδιού τα μέλη κράτη ανέλαβαν την υποχρέωση να δημιουργήσουν συνθήκες κατάλληλες, ώστε όλα τα μέλη της οι γονείς να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται για τον Μητρικό Θηλασμό, για την εξασφάλιση της Υγείας των Παιδιών.

Το 1989, επίσης, προτάθηκαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τη UNICEF τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό» που θα πρέπει να εφαρμόζονται στα Μαιευτήρια.

Το 1990 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, τη UNICEF και άλλους Διεθνείς Οργανισμούς που ασχολούνται με την Υγεία και Διατροφή του παιδιού, ανακοινώθηκε η Διακήρυξη Innocenti σύμφωνα με την οποία: α) Όλες οι κυβερνήσεις μέχρι το 1995 θα πρέπει να ορίσουν Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού. β) Να εφαρμόζονται σε όλα τα Μαιευτήρια τα «Δέκα Βήματα για Επιτυχή Θηλασμό» γ) Να θεσπιστεί ευεργετική νομοθεσία για τις μητέρες που θηλάζουν και να δημιουργηθούν συνθήκες, ώστε η νομοθεσία να εφαρμόζεται.

Το 1992: α) Ανακοινώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τη UNICEF η πρωτοβουλία για το Φιλικό προς το Βρέφος Νοσοκομείο, Baby Friendly Hospital Initiative. 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 ξεπερνά τις 15.000. Στη Σουηδία όλα τα Νοσοκομεία είναι Baby Friendly. Η γειτονική μας Τουρκία έχει πάνω από 70. β) Καθιερώθηκε η Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 1–7 Νοεμβρίου από την W.A.B.A. (World Alliance for Breastfeeding Action). Οι οδηγίες αναφέρουν ότι θα πρέπει να παρέχουν σε όλες τις γυναίκες τη δυνατότητα να θηλάσουν αποκλειστικά τουλάχιστον τέσσερις μήνες. Προγράμματα θα πρέπει να βοηθούν τον παραγωγικό και αναπαραγωγικό ρόλο των γυναικών με ιδιαίτερη προσοχή στην

παροχή ίσης και υψηλού επιπέδου φροντίδας Υγείας για όλα τα παιδιά και γυναίκες και στην μείωση της μητρικής και παιδικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. γ) Στο Διεθνές Συνέδριο Διατροφής αυτοί, που υπέγραψαν την Παγκόσμια Διακήρυξη Διατροφής το Δεκέμβριο του 1992 προτείνουν στο άρθρο 19, μέσα σε αυτή τη δεκαετία να ελαττωθούν ουσιαστικά τα κοινωνικά ή όποια άλλα εμπόδια για τον Μητρικό Θηλασμό.

Το 1993 ανακοινώθηκε από την WABA και υποστηρίχτηκε από τον ΠΟΥ και τη UNICEF η πρωτοβουλία Friendly Work Initiative, που έχει στόχο να δίδεται η δυνατότητα στην μητέρα να θηλάζει κατά την διάρκεια της εργασίας στον εργασιακό χώρο.

Το 1994 στο Κάιρο στο Διεθνές Συνέδριο των Ηνωμένων Εθνών για το Πληθυσμό και την Ανάπτυξη προτάθηκε να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα, ώστε να δίδεται η ικανότητα στις γυναίκες να συνδυάζουν την εγκυμοσύνη, το θηλασμό, την φροντίδα των παιδιών και την εργασία. Επίσης, οι Κυβερνήσεις να προάγουν αρμονικές συνθήκες ανάμεσα στην εργασία και στις γονικές υπευθυνότητες και να δημιουργήσουν ευκολίες για τον μητρικό θηλασμό.

Το 1995 στο 4^{ο} Παγκόσμιο Συνέδριο Γυναικών Beijing China sep 95, οργανωμένο από τα Ηνωμένα Έθνη, που πρέπει να υπολογιστεί σαν μέρος της δαπάνης για την Υγεία του Έθνους, αναγνωρίστηκε η συμβολή των γυναίκας στην οικονομία σε Οικογενειακό, Εθνικό και Παγκόσμιο Κοινωνικό Επίπεδο. Το 1996 στο παγκόσμιο Forum που οργανώθηκε από τη WABA στην Ταϊλάνδη, «Υγεία και Δικαιώματα των Παιδιών: Πράξη για τον 21^{ο} αιώνα», τονίστηκε ότι ο Μητρικός Θηλασμός αποτελεί την τέλεια και ασφαλή διατροφή των παιδιών. Είναι αναντίρρητη η συμβολή του στην υγεία και οικονομία, είναι αστείρευτος οικολογικός και οικονομικός παράγοντας, είναι η Δύναμη της Γυναίκας που την εδραιώνει σαν σημαντικό παράγοντα στην Υγεία και Οικονομία του Κόσμου.

Το 1996 καθιερώθηκε και εναρμονίστηκε με τις συνθήκες της χώρας μας ο εορτασμός της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού από 1 έως 7 Νοεμβρίου κάθε χρόνο για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο των υπευθύνων για την προαγωγή του όσο και της κοινωνίας.

Το 1997 καθιερώθηκαν σεμινάρια 40 ωρών για το μητρικό θηλασμό, 2 φορές το χρόνο για παιδίατρους και μαίες που υπηρετούν σε δημόσια ιδρύματα για να γίνουν πυρήνες εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας τους.

Επίσης, καθιερώθηκε ετήσια ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό, με Διεθνή Συμμετοχή για όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Το 1998 με την ερώτηση βουλευτή στη Βουλή ρωτήθηκαν τα μέλη της για τη δυνατότητα ευαισθητοποίησης της κοινωνίας ακόμη και από την παιδική ηλικία με ενημέρωση στη στοιχειώδη εκπαίδευση και στη συνέχεια στην μέση, ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση, όπως και με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για το σύνολο της κοινωνίας. Ακόμη, ρωτήθηκαν για την δυνατότητα θέσπισης ειδικής νομοθεσίας για την εργαζόμενη μητέρα που θηλάζει και έθεσαν ως σημαντικό να λαμβάνονται όλο και πιο πολλά νομοθετικά έργα για την προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού.

Οι πρωτοβουλίες της δημόσιας υγείας για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού θα πρέπει να βασίζονται στην Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού που υιοθετήθηκε από όλα τα μέλη-κράτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στην 55η Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας τον Μάιο του 2002 (WHO, 2003).

Η Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού έχει οικοδομηθεί πάνω στις αρχές του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων του Μητρικού Γάλακτος (World Health Assembly, 1981) και στις επόμενες σχετικές αποφάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Υγείας, της Διακήρυξης του Innocenti για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού (WHO/Innocenti Declaration, 1990) και της Παγκόσμιας Διακήρυξης του FAO/WHO για το Σχέδιο Δράσης για την Διατροφή (FAO,1992). Ο μητρικός θηλασμός μπορεί και πρέπει να προστατεύεται.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2010) προτείνει τους παρακάτω ορισμούς για τον μητρικό θηλασμό:

Αποκλειστικός θηλασμός (Exclusive Breastfeeding): το βρέφος σιτίζεται μόνο με μητρικό γάλα από τη μητέρα του, ή άλλη τροφό, ή μητρικό γάλα το οποίο συγκεντρώθηκε με έκθλιψη. Δεν παίρνει άλλα υγρά ή στερεά, με εξαίρεση σταγόνες ή σιρόπια που περιέχουν βιταμίνες, μέταλλα ή φαρμακευτικές ουσίες.

Κυρίως μητρικός θηλασμός (Predominant Breastfeeding): η κύρια τροφή για το βρέφος είναι το μητρικό γάλα, αλλά παίρνει νερό και άλλα υγρά βασισμένα στο νερό, ηλεκτρολυτικά διαλύματα, βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα με μορφή σταγόνων ή σιροπιών και παραδοσιακά υγρά (σε περιορισμένες ποσότητες).

Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, με την εξαίρεση των φρουτοχυμών και του ζαχαρόνερου, δεν επιτρέπεται η χορήγηση άλλου υγρού που προέρχεται από κάποιο τρόφιμο.

Συμπληρωματική διατροφή (Complimentary Breastfeeding): το βρέφος σιτίζεται με μητρικό γάλα και στερεές ή ημι-στερεές τροφές. Υπάρχει τέλος ο ορισμός της τεχνητής διατροφής όπου το βρέφος δεν λαμβάνει καθόλου μητρικό γάλα.

Γενικότερα ο εικοστός αιώνας ήταν μοναδικός υπό την έννοια ότι, για πρώτη φορά στην ιστορία, έγινε πραγματικότητα η αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος ως πηγή διατροφής των βρεφών. Ήταν, επίσης, μοναδικός εξαιτίας του ότι, οι μητέρες που εμφάνιζαν τις περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν να θηλάζουν τα παιδιά τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ήταν αυτές με υψηλότερο μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

1.1.3 Διακήρυξη 2012 "Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Μητρικού Θηλασμού"

Το Δεκέμβριο του 2012, 770 ειδικοί από 82 χώρες του κόσμου συγκεντρώθηκαν στο Νέο Δελχί της Ινδίας στην Πρώτη Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για τον Μητρικό Θηλασμό.

Η συνδιάσκεψη συνδιοργανώθηκε από την Παγκόσμια Συμμαχία Δράσης για τον Μητρικό Θηλασμό (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA), το Διεθνές Δίκτυο Δράσης για την Βρεφική Διατροφή (International Baby Food Action Network), τον Διεθνή Σύνδεσμο Πιστοποιημένων Συμβούλων Γαλουχίας (International Lactation Consultants' Association, ILCA), τον Διεθνή Σύνδεσμο Θηλασμού La Leche League International, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις Save the Children και UK AID, τον Διεθνή Οργανισμό Εργασίας (International Labour Organization, ILO), την UNICEF και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, με την υποστήριξη της κυβέρνησης της Ινδίας, της Σουηδίας και της Νορβηγίας.

Ως αποτέλεσμα των συζητήσεων της τριήμερης συνδιάσκεψης προέκυψε η Διακήρυξη και Κάλεσμα Δράσης «Τα βρέφη χρειάζονται μητρικό γάλα, όχι υποκατάστατο». Το κείμενο της διακήρυξης έχει ως εξής:

- Περίπου 7 εκατομμύρια παιδιά κάτω των πέντε ετών πεθαίνουν κάθε χρόνο στον κόσμο κυρίως σε φτωχές χώρες, και κατά κύριο λόγο από αίτια που θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Από αυτά, τα δύο τρίτα πεθαίνουν πριν φτάσουν στα πρώτα τους γενέθλια, τα περισσότερα από πνευμονία, διάρροια και λοιμώξεις νεογέννητων. Το ένα τρίτο όλων των θανάτων κάτω των 5 ετών έχουν ως αιτία την κακή θρέψη.

- Ο μητρικός θηλασμός συνιστά επιτακτική ανάγκη δημόσιας υγείας. Δεν υπάρχει τροφή πιο θρεπτική, που να παράγεται τοπικά, που να είναι οικονομική και διατηρήσιμη όσο το μητρικό γάλα. Η τεχνητή διατροφή των βρεφών αυξάνει τον κίνδυνο όχι μόνο για παιδικές λοιμώξεις, αλλά επίσης και για χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι καρκίνοι, τα οποία λαμβάνουν επιδημικές διαστάσεις. Ωστόσο, δύο στα τρία βρέφη – ή 92 εκατομμύρια βρέφη από 136 – τρέφονται είτε αποκλειστικά είτε μερικώς με τεχνητό γάλα.

- Το ξεκίνημα του μητρικού θηλασμού μέσα στην πρώτη ώρα από την γέννηση μπορεί να μειώσει την νεογνική θνησιμότητα κατά 20%, αλλά σκανδαλωδώς, περισσότερα από τα μισά νεογέννητα στον κόσμο δεν θηλάζουν μέσα στην πρώτη ώρα από την γέννησή τους.

- Σε παγκόσμια κλίμακα λιγότερα από το 40% των βρεφών κάτω των έξι μηνών θηλάζουν αποκλειστικά. Τα βρέφη έχουν ανάγκη από συνεχιζόμενο μητρικό θηλασμό παράλληλα με επαρκείς ποσότητες συμπληρωματικών τροφών μετά τους πρώτους έξι μήνες και συνεχιζόμενο θηλασμό για τουλάχιστον 2 χρόνια ή περισσότερο. Παρόλα αυτά, μόλις μια μειοψηφία παιδιών συνεχίζουν να θηλάζουν μέχρι να γίνουν δύο ετών.

- Ο μητρικός θηλασμός έχει απέραντα οφέλη για την υγεία της μητέρας, και συνιστά έναν σημαντικό παράγοντα για έλεγχο των γεννήσεων για εκατομμύρια μητέρες που δεν έχουν πρόσβαση σε μοντέρνες μορφές αντισύλληψης.

Τα ποσοστά μητρικού θηλασμού και σωστής διατροφής βρεφών και μικρών παιδιών είναι χαμηλά, γιατί:

- Οι γυναίκες έχουν έλλειψη από υποστήριξη στο θηλασμό και στην κατάλληλη συμπληρωματική διατροφή.
- Υπάρχει άγνοια και έλλειψη συνειδητοποίησης για τη σημασία του θηλασμού και των σωστών πρακτικών στη βρεφική διατροφή.
- Οι βιομηχανίες παραγωγής βρεφικών τροφών και προϊόντων συνεχίζουν να παραπλανούν τους γονείς και να προωθούν τα προϊόντα τους επιθετικά.
- Ο εμπορικός, κερδοσκοπικός τομέας και οι οργανισμοί που τον εκπροσωπούν επηρεάζουν ανάρμοστα τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, τις πολιτικές και τα σχετικά προγράμματα.
- Διατηρούνται μεγάλα χάσματα στην εθνική πολιτική και τα σχετικά προγράμματα, όπως έχει καταγραφεί στην πρωτοβουλία για τις Παγκόσμιες Τάσεις Μητρικού Θηλασμού (World Breastfeeding Trends Initiative) και αλλού.
- Τα έτοιμα προς χρήση και τα επεξεργασμένα τρόφιμα προωθούνται για να αντικαθιστούν κατάλληλες οικογενειακές τροφές μετά τους έξι μήνες της ζωής.

Κατά τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, η παγκόσμια κοινότητα έχει αποτύχει στο να επιτύχει τις δεσμεύσεις της για βελτίωση της υγείας των παιδιών. Η Διακήρυξη Alma Ata για Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000 δεν ήρθε εις πέρας. Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, που επικυρώθηκε από όλες τις χώρες του κόσμου εκτός από δύο, δεν έχει ακόμα εκπληρωθεί. Επομένως, οι στόχοι της επόμενης Χιλιετίας (Millennium Development Goals) για να μειωθεί η παγκόσμια φτώχεια, η θνησιμότητα των μητέρων και των παιδιών σημαντικά μέχρι το έτος 2015 πρόκειται και αυτοί να μην εκπληρωθούν.

Ομόφωνα έγινε αποδεκτό ότι:

Αναγνωρίζουμε ότι η προστασία, η προώθηση και η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και των σωστών πρακτικών διατροφής των βρεφών και μικρών παιδιών συνιστά ένα ζήτημα ανθρώπινων δικαιωμάτων και θα πρέπει να

περιληφθεί σε δημόσιες πολιτικές και προγράμματα ως μια αναγκαία κατάσταση που απαιτεί πόρους.

Καλούμε όλους όσους σχετίζονται με το ζήτημα να λάβουν τις ακόλουθες δράσεις:

- Να υιοθετήσουν μια προσέγγιση βασισμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα στο ζήτημα της προστασίας, προώθησης και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και της διατροφής βρεφών και μικρών παιδιών σε διεθνές, εθνικό, υπο-εθνικό και κοινοτικό επίπεδο.

- Να εγκαθιδρύσουν μηχανισμούς για να αποφεύγονται και να αντιμετωπίζονται οι συγκρούσεις συμφερόντων στις λήψεις αποφάσεων σχετικά με την υγεία, την διατροφή και στην εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων.

- Να υποστηρίξουν όλες τις γυναίκες με ένα εκτεταμένο σύστημα προστασίας της μητρότητας στην εργασία, συμπεριλαμβανόμενου και του ανεπίσημου τομέα εργασίας, με κατάλληλες οικονομικές παροχές.

- Να διασφαλίσουν κατάλληλη και επαρκή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας και των σχετικών επαγγελματιών στην κοινότητα τόσο σε επίπεδο προπτυχιακό όσο και μετά το πτυχίο, μέσα στην εργασία και σε όλους τους εργασιακούς τομείς, ώστε να αντισταθμιστεί η ευρέως διαδεδομένη άγνοια για το ζήτημα.

- Να εγκαταστήσουν καθαρές πηγές χρηματοδότησης για τον μητρικό θηλασμό και την διατροφή βρεφών και μικρών παιδιών σε πολιτικές και προγραμματικές παρεμβάσεις ώστε να διασφαλιστούν επαρκείς πόροι σε οικονομικό και σε ανθρώπινο δυναμικό που θα ενισχύσουν τις επιθυμητές πρακτικές.

- Να επενδύσουν στην Πρωτοβουλία για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία συμπεριλαμβανόμενων πρακτικών φιλικών προς τις μητέρες και σύνδεσης με πρωτοβουλίες για Φιλικές προς τα Βρέφη υπηρεσίες στην κοινότητα, και με ιδιαίτερη προσοχή στα βρέφη χαμηλού βάρους γέννησης.

- Να δημοσιεύσουν ευρέως τους πολλαπλούς κινδύνους από την τεχνητή διατροφή των βρεφών, την χρήση μπιμπερό και πιπίλων όπως και από την πρώιμη

εισαγωγή στερεών τροφών μέσα από όλων των ειδών καμπάνιας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

- Να διασφαλίσουν για όλες τις μητέρες και τα βρέφη ακριβή πληροφόρηση και συμβουλευτική πάνω στον θηλασμό και την διατροφή βρεφών και μικρών παιδιών. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να ενισχυθεί η κοινωνία με επαγγελματίες με δεξιότητες μέσα στις υπηρεσίες υγείας και στην κοινότητα ώστε να είναι διαθέσιμοι σε κάθε ανάγκη.

- Να επιτηρούν και να παρακολουθούν την Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή Βρεφών και Μικρών Παιδιών (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding) σε κάθε χώρα χρησιμοποιώντας την πρωτοβουλία για τις Παγκόσμιες Τάσεις Μητρικού Θηλασμού και να συνηγορούν για να γεφυρώνονται τα χάσματα.

- Να προστατεύσουν τον μητρικό θηλασμό από τον εμπορικό τομέα, εφαρμόζοντας αυστηρά τον Διεθνή Κώδικα Προώθησης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και τις συνακόλουθες Αποφάσεις της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας και να απαγορεύσουν κάθε μορφής προώθηση εμπορικών τροφών για παιδιά έως δύο ετών ή παραπάνω.

- Να προωθήσουν την χρήση οικονομικών και ποικίλων, τοπικά παραγόμενων τροφών για την έγκαιρη και κατάλληλη συμπληρωματική διατροφή μετά τους έξι μήνες της ζωής, παράλληλα με τον συνεχιζόμενο μητρικό θηλασμό.

Να ενισχύσουν και να υποστηρίξουν την έρευνα σχετικά με τον μητρικό θηλασμό με δημόσια χρηματοδότηση.

1.2 ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

1.2.1 Ο ρόλος του Μητρικού Θηλασμού

Ο θηλασμός παίζει τουλάχιστον έξι σημαντικούς ρόλους:

Το ρόλο της άμυνας: Θωρακίζει το βρέφος με αντισώματα, κύτταρα, αντιφλεγμονώδεις παράγοντες, ένζυμα όπως η λυσοζύμη καθ' όλη τη διάρκεια της γαλουχίας και όχι μόνο κατά τους πρώτους μήνες της. Το ρόλο της προαγωγής της ανάπτυξης του παιδιού: Το γάλα της μητέρας είναι εμπλουτισμένο με αυξητικούς παράγοντες και ορμόνες που συμπληρώνουν με φυσιολογικό

τρόπο τα ανώριμα συστήματα του βρέφους και τα ωθούν σε μια ταχύτερη και πληρέστερη ανάπτυξη. Το μωρό που θηλάζει ωριμάζει σε όλους τους τομείς με τρόπο εντυπωσιακό, σε σύγκριση με εκείνο που πίνει επεξεργασμένο γάλα αγελάδας για βρέφη. Πουθενά δε φαίνεται η διαφορά πιο έντονα από τη νοητική ανάπτυξη όπου, ήδη από την ηλικία των 6 μηνών, τα βρέφη που σιτίζονται με μπουκάλι έχουν πιθανότητα για χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης κατά μέσο όρο πέντε μονάδες (Παπαβέντση Σ., 2011).

Το ρόλο της συναισθηματικής κάλυψης: Η πράξη του θηλασμού έχει ίση σημασία με το μητρικό γάλα αυτό καθ' εαυτό. Η φύση προέβλεψε το ανθρώπινο μικρό να παρηγορείται στο μαστό της μάνας του όταν χτυπήσει, όταν φοβηθεί, όταν αρρωστήσει ή νοσηλευτεί. Μητέρα και βρέφος συνθέτουν μια δυάδα δεμένη, αρμονική, σε συνδιαλλαγή και συνεχή αλληλεπίδραση. Το πιπίλισμα στο μαστό, ο μη θρεπτικός θηλασμός, έχει μεγάλη σημασία και δεν είναι κάτι αχρείαστο. Καλύπτει τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού κάθε στιγμή, προσφέρει ασφάλεια και δίνει το καλύτερο στοματικό ερέθισμα κατά την περίοδο της έντονης ενασχόλησης του βρέφους με το στόμα του (Παπαβέντση Σ., 2011).

Αντίθετα, αχρείαστη και επιβλαβής για την υγεία είναι η τεχνητή συνήθεια της πιπίλας με την οποία οι γονείς στον δυτικό κόσμο προσπαθούν να υποκαταστήσουν μια από τις πιο φυσιολογικές λειτουργίες του μητρικού θηλασμού. Καμία πιπίλα δεν θα προσφέρει ποτέ τη μητρότητα και την αγάπη της θηλής της μητέρας (Παπαβέντση Σ., 2011).

Το ρόλο του παιχνιδιού: Το μωρό παίζει με χαρά στο στήθος της μητέρας του. Πρόκειται για παιχνίδι πολύ καλύτερο και ωφελιμότερο από το πιο ακριβό παιχνίδι της αγοράς. Έχετε παρατηρήσει ένα νήπιο που θηλάζει τη μητέρα του; Παίρνει τη θηλή στο στόμα τραγουδώντας ταυτόχρονα. Τη χαϊδεύει με το χεράκι του απαλά. Κοιτάζει τη μαμά ρίχνοντας της ένα χαμόγελο. Ξαναρχίζει το πιπίλισμα. Αλλάζει στάση στριφογυρίζοντας. Ένα ατέλειωτο παιχνίδι πάνω στο μαστό με συνεχή αλληλεπίδραση, βαθιά συναισθηματική κάλυψη, επικοινωνία και κατάλληλα ερεθίσματα. Η καλύτερη παιδική χαρά για το παιδί, έτσι που μαθαίνει να ελέγχει το σώμα του σε ικανοποιητικό βαθμό (Παπαβέντση Σ., 2011).

Το ρόλο της ενυδάτωσης: Το μητρικό γάλα είναι το νερό για το βρέφος, κυρίως για τους πρώτους έξι μήνες, αλλά και αργότερα. Περιέχει 90% νερό,

επαρκεί πλήρως για την ενυδάτωση του μωρού, ακόμα και σε συνθήκες καύσωνα (Παπαβέντση Σ., 2011).

Το ρόλο της θρέψης: Προσφέρει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία για τους πρώτους έξι μήνες. Παίζει σημαντικό ρόλο στη θρέψη του παιδιού κι έπειτα, όταν καλύπτει το 30-40% των θερμιδικών αναγκών του μωρού έως 1 έτους, το 20 – 30% των θερμιδικών αναγκών του νηπίου 1 – 2 ετών. Αποτελεί φαγητό ανώτερης ποιότητας από οποιοδήποτε επεξεργασμένο γάλα αγελάδας για βρέφη (ΕΓΑΒ) ή φρέσκο αγελαδινό γάλα, γιατί όλα τα συστατικά του είναι εύπεπτα, χρήσιμα και σε ισορροπία μεταξύ τους, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει με τα ΕΓΑΒ (Παπαβέντση Σ., 2011).

1.2.2 Τα οφέλη του Μητρικού Θηλασμού

Τα βρέφη που θηλάζουν εμφανίζουν μειωμένο κίνδυνο για:

- Λοιμώξεις του αυτιού (μέσες ωτίτιδες)
- Λοιμώξεις του αναπνευστικού
- Λοιμώξεις του ουροποιητικού
- Λοιμώξεις του γαστρεντερικού
- Μηνιγγίτιδα Νόσο του Crohn & Νεκρωτική εντεροκολίτιδα
- Άσθμα
- Ατοπική δερματίτιδα
- Παχυσαρκία
- Διαβήτη Τύπου Ι & Διαβήτη Τύπου ΙΙ
- Σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου
- Παιδικό καρκίνο (λευχαιμία & λέμφωμα)

Επίσης διαπιστώθηκε, ότι τα θηλάζοντα βρέφη έχουν καλύτερη ψυχοκινητική ανάπτυξη και υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης.

Οι μητέρες που θηλάζουν τα βρέφη τους εμφανίζουν μειωμένο κίνδυνο για:

- Αιμορραγία μετά τον τοκετό
- Επιλόχειο κατάθλιψη

- Καρκίνο του μαστού, των ωοθηκών & του ενδομητρίου
- Οστεοπόρωση & κατάγματα του ισχίου μετά την εμμηνόπαυση
- Ρευματοειδή αρθρίτιδα
- Καρδιαγγειακές νόσους

Στις μητέρες που θηλάζουν παρατηρείται:

- Προστασία των αποθεμάτων σιδήρου μέσω της απουσίας της έμμηνου ρήσης
- Αναστολή της αναπαραγωγικής διαδικασίας για το πρώτο χρονικό διάστημα (6 μήνες)
- Γρήγορη επαναφορά της μήτρας στην προ εγκυμοσύνης κατάσταση
- Γρήγορη επαναφορά του σωματικού βάρους στα προ εγκυμοσύνης επίπεδα

Πλέον διαπιστώθηκε, ότι ο επιτυχημένος αποκλειστικός θηλασμός αυξάνει την αυτοπεποίθηση της μητέρας, μειώνει το άγχος και ενδυναμώνει τον ψυχικό δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος.

Το όφελος για την οικογένεια έγκειται στο ότι δεν υπάρχει ανάγκη αγοράς επεξεργασμένου γάλακτος και των εξαρτημάτων για την προετοιμασία του, αλλά και στην μειωμένη νοσηρότητα του βρέφους και της μητέρας με συνέπεια να μειώνονται τα έξοδα της.

Το σύστημα υγείας εξοικονομεί (και ταυτόχρονα απελευθερώνει) σημαντικό ποσοστό πόρων (ανθρώπινων και μη) χάριν την μειωμένης νοσηρότητας που εμφανίζουν τα βρέφη και οι μητέρες που θηλάζουν. Άρα συνεπάγεται:

- Μειωμένες επισκέψεις στον ιατρό
- Μειωμένες συνταγογραφήσεις φαρμάκων
- Μειωμένες επισκέψεις στο νοσοκομείο
- Μειωμένη νοσηλεία & μειωμένη ανάγκη χειρουργείων

Όφελος οικογένειας για υπηρεσίες υγείας.

Το όφελος της πολιτείας έγκειται στο ότι η μειωμένη νοσηρότητα βρεφών και μητέρων συνεπάγεται μείωση απουσιών των εργαζομένων μητέρων λόγω ασθένειας από την εργασία τους, συμβάλλοντας στην αύξηση της παραγωγικότητας και του οικονομικού οφέλους ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών.

Το μητρικό γάλα είναι η πλέον οικολογική τροφή. Παράγεται και διατίθεται χωρίς την παραμικρή κατανάλωση ενεργειακών πόρων. Ο θηλασμός είναι φιλικός προς το περιβάλλον, καθώς περιορίζονται τα πλαστικά και άλλα απορρίμματα που παράγονται από τη χρήση των κουτιών και των μπουκαλιών του επεξεργασμένου γάλακτος.

Τα παραπάνω αναφερθέντα οφέλη αυτά αφορούν τόσο στην ατομική υγεία παιδιών και των μητέρων τους, όσο και ευρύτερα στη δημόσια υγεία. Με βάση σχετικές μελέτες, φαίνεται ότι η απόφαση των γυναικών να θηλάσουν συνδέεται και εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Για παράδειγμα, συγκεκριμένα οι κοινωνικό – οικονομικοί και πολιτιστικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο, όπως είναι το επίπεδο σπουδών, η ηλικία, το θρήσκευμα, η εθνικότητα, η εργασία της μητέρας, η ψυχική της υγεία κ.ά. (Heck K.E., et.al., 2006., Forste R., et.al., 2001).

1.2.2.1 Οικονομικά Οφέλη

Τα πλεονεκτήματα του θηλασμού ξεπερνούν τα όρια της οικογένειας. Ο θηλασμός είναι η πιο οικολογική μορφή ταΐσματος. Μειώνει την μόλυνση του αέρα, του νερού και του εδάφους από την παραγωγή και τις συσκευασίες του τυποποιημένου γάλακτος. Δεν καταναλώνει πηγές ενέργειας, όπως η προετοιμασία του ξένου γάλακτος και η αποστείρωση του μπιμπερό. Όταν οι περισσότερες μητέρες θηλάζουν, η οικονομία της χώρας εξοικονομεί τεράστια ποσά που διαφορετικά θα ξοδεύονταν για την εισαγωγή πρώτων υλών και έτοιμων προϊόντων τυποποιημένου γάλακτος.

Μια λεπτομερής παιδιατρική ανάλυση κόστους βασισμένη στην αναφορά AHRQ συμπέρανε ότι, εάν το 90% των μητέρων στις ΗΠΑ συμμορφώνονταν με τη σύσταση να θηλάσουν αποκλειστικά για 6 μήνες, τότε θα υπήρχε οικονομικό όφελος 13 δισεκατομμυρίων δολαρίων τον χρόνο (24). Τα οικονομικά οφέλη δεν περιλαμβάνουν όσα σχετίζονται με την μείωση στις ώρες απουσίας από την

εργασία των γονιών ή με τους θανάτους ενηλίκων από ασθένειες που ξεκινούν στην παιδική ηλικία, όπως το άσθμα, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ή οι καταστάσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Στρατηγικές που αυξάνουν τον αριθμό μητέρων που θηλάζουν αποκλειστικά για περίπου 6 μήνες θα είχαν μεγάλο οικονομικό όφελος σε εθνικό επίπεδο.

Εκτίμηση του κόστους ανά μητέρα και παιδί:

- Αριθμός γευμάτων ανά 24ωρο.
- Αριθμός γευμάτων ανά συσκευασία.
- Ημέρες κάλυψης ανά συσκευασία.
- Αριθμός συσκευασιών ανά μήνα, για 6 μήνες, για ένα χρόνο.
- Ένα μωρό από την γέννηση του χρειάζεται περίπου 6-8 γεύματα την ημέρα.
- Κάθε γεύμα αντιστοιχεί σε 3-4 μεζούρες σκόνη γάλακτος.
- Μια συσκευασία τυποποιημένου γάλακτος 400 γραμμαρίων διαρκεί 3 ημέρες και το κόστος αναλογεί από 12 έως 15 ευρώ.
- Μια συσκευασία μπορεί να διαθέσει για 3 ημέρες, 18-24 γεύματα.
- Για ένα μήνα χρειάζονται 10 συσκευασίες
- Για ένα εξάμηνο χρειάζονται 60 συσκευασίες
- Για ένα χρόνο καταναλώνονται 120 συσκευασίες.

Άρα το κόστος μιας μητέρας είναι:

- Για ένα μήνα 120-150 ευρώ
- Για έξι μήνες 720-900 ευρώ
- Για ένα χρόνο 1440-1800 ευρώ.

1.2.2.2 Θηλασμός και εργασία

Ένας χώρος εργασίας φιλικός προς τη μητέρα και προς το βρέφος παρέχει οφέλη στους εργοδότες, συμπεριλαμβανομένων μειώσεων στο κόστος ιατρικής ασφάλισης, λιγότερων απουσιών των εργαζομένων από την δουλειά, μείωσης των

επαναπροσλήψεων εργαζομένων, και αυξημένου ηθικού των εργαζομένων και παραγωγικότητάς τους.

Η επιστροφή επένδυσης έχει υπολογιστεί ότι είναι ως εξής: για κάθε 1 δολάριο που επενδύεται για να δημιουργηθεί και να υποστηριχθεί ένα πρόγραμμα υποστήριξης γαλουχίας για τις εργαζόμενες (που μπορεί να περιλαμβάνει έναν ορισμένο χώρο άντλησης που διασφαλίζει απομόνωση, διαθεσιμότητα ψυγείου και χώρου για πλύσιμο της μητέρας και για καθαριότητα χεριών και κατάλληλα διαλείμματα για την μητέρα) υπάρχει επιστροφή 2 με 3 δολαρίων.

Το Γραφείο Υγείας Μητέρας και Παιδιού του Υπουργείου Υγείας των ΗΠΑ, με υποστήριξη από το Γραφείο για την Υγεία της Μητέρας, έχει δημιουργήσει ένα πρόγραμμα, «Μητρικός θηλασμός στους χώρους εργασίας», το οποίο παρέχει λεπτομέρειες για τα οικονομικά οφέλη για τους εργοδότες και βοηθητικά εργαλεία για την δημιουργία τέτοιων προγραμμάτων.

Ο Νόμος για την Προστασία των Ασθενών και για Οικονομικά Προσβάσιμη Φροντίδα που ψηφίστηκε από το Κογκρέσο των ΗΠΑ τον Μάρτιο του 2010 υποχρεώνει τους εργοδότες να παρέχουν «λογικό χρόνο για διαλείμματα» για τις θηλάζουσες μητέρες και απομονωμένες περιοχές – όχι τουαλέτες – για να αντλούν μητρικό γάλα κατά την διάρκεια του ωραρίου εργασίας τους.

Η εγκαθίδρυση αυτών των πρωτοβουλιών ως στάνταρ εργασιακού περιβάλλοντος θα υποστηρίξει τις μητέρες στον στόχο τους να παρέχουν μόνο μητρικό γάλα στα βρέφη τους πέραν της άμεσης περιόδου μετά την γέννηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ – ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΓΑΛΑ

Γενικά

Κάθε γυναίκα μπορεί να παράγει γάλα. Μόλις το νεογνό αρχίζει να θηλάζει, οι κινήσεις απομύζησης που κάνει στέλνουν στον εγκέφαλο της μητέρας το μήνυμα να εκκρίνει γαλακτογόνες ορμόνες, που φτάνουν σε όλο το σώμα της, χαλαρώνοντας την. Στο μαστό δρουν στο αδενικό τμήμα, το οποίο αρχίζει να φιλτράρει το αίμα που βρίσκεται και από αυτό να παράγει γάλα. Δημιουργείται, έτσι, το αντανακλαστικό έκκρισης γάλακτος.

Ο μαστός δεν περιέχει και δεν αποθηκεύει γάλα, παρασκευάζει γάλα την ώρα που το νεογνό /βρέφος /νήπιο θηλάζει. Το ανθρώπινο γάλα είναι το ιδανικό για κάθε νεογνό /βρέφος και γι’ αυτό είναι σημαντική η εκπαίδευση στη σωστή τεχνική του μητρικού θηλασμού (Χρυσανθόπουλος Χ., 2012).

2.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΥΟΔΩΣΗΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

2.1.1 Προετοιμασία μαστού για το θηλασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ο μαστός αλλάζει και προετοιμάζεται από μόνος του για το θηλασμό. Σε αντίθεση με τις απόψεις που επικρατούσαν παλαιότερα, μια ιδιαίτερη προετοιμασία του μαστού και των θηλών δεν είναι αναγκαία. Πολύ περισσότερο βοηθά η απλή παρατήρηση των αλλαγών του μαστού στην εγκυμοσύνη. Μια καλή σχέση με το σώμα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για την γυναίκα, τόσο για την προετοιμασία για το θηλασμό, όσο και για τον τοκετό.

Το καλοκαίρι, η έκθεση του μαστού στον ήλιο, πάντα με μέτρο, είναι μια καλή προετοιμασία των θηλών για το θηλασμό. Το δέρμα στην περιοχή των θηλών είναι ευαίσθητο και διατηρείται στιλπνό μέσω της λιπαρής ουσίας που εκκρίνεται από τα φυμάτια του Montgomery. Η χρήση σαπουνιού ή οινοπνεύματος (και σε αρώματα) στην περιοχή των θηλών, δεν συστήνεται γιατί ξηραίνει το δέρμα και το κάνει ευαίσθητο σε ερεθισμούς. Σε πολλά βιβλία συστήνεται, ιδίως τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης, η χρήση σταγόνων

γάλατος κάνοντας έκθλιψη της θηλής. Κάτι τέτοιο όχι μόνο είναι επώδυνο αλλά και επικίνδυνο, γιατί μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του μαστού.

Ακόμα, το μασάζ των θηλών μπορεί να προκαλέσει πρόωρες συσπάσεις της μήτρας και δε συστήνεται, ειδικά σε περίπτωση προδιάθεσης για πρόωρο τοκετό.

2.1.2 Συχνότητα θηλασμού των Πρώτων Ημερών

Για το θηλασμό σημαντική είναι η αναγνώριση των πρώτων σημάτων του μωρού ότι πεινάει. Πριν ακόμα να κλάψει, το μωρό εκδηλώνει την πείνα του με άλλους τρόπους. Αρχίζει να κάνει θηλαστικές κινήσεις, πιπιλάει τα δάχτυλά του, γλείφει τα χείλη του, κουνάει το κεφάλι του δεξιά αριστερά «ψάχνοντας», ζαρώνει το μέτωπο και είναι γενικά ανήσυχο. Όταν κανείς παραβλέψει αυτά τα σημάδια για αρκετή ώρα, τότε αρχίζει το μωρό να κλαίει και φυσικά όσο πιο ανήσυχο είναι, τόσο δυσκολότερο είναι να δεχτεί τον μαστό.

Τα προηγούμενα χρόνια υπήρχαν πολλές διαφορετικές απόψεις, σχετικά με το πόση ώρα θα πρέπει να θηλάζει ένα μωρό, μετά από πόση ώρα πρέπει να αλλάζει κανείς το μαστό και πόσο συχνά θα πρέπει να θηλάζει κανείς. Η επικρατούσα άποψη την προηγούμενη δεκαετία, που δυστυχώς διαδίδεται ακόμα και σήμερα, εν μέρει, από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ήταν ότι το παιδί «επιτρέπεται» να θηλάζει κάθε τέσσερις ώρες και μόνο για συγκεκριμένο χρόνο στην κάθε πλευρά.

Τις πρώτες ημέρες για πέντε λεπτά και μετά μέχρι δέκα έως δεκαπέντε λεπτά στον κάθε μαστό . Αυτό, γιατί παλιότερα πιστεύονταν ότι, όταν το παιδί θηλάζει για περισσότερη ώρα στο μαστό, υπάρχει κίνδυνος ραγάδων των θηλών της μητέρας.

Η παραπάνω μέθοδος οδήγησε πολλές μητέρες στην απελπισία και στον απογαλακτισμό. Πάρα πολλές μητέρες αναγκάστηκαν να διακόψουν το θηλασμό, γιατί δεν είχαν αρκετό γάλα, ενώ το πρόβλημα των ραγάδων των θηλών δε μειώθηκε από αυτή την πρακτική. Επίσης, υπήρχε η αντίληψη ότι το μωρό πρέπει από την αρχή να συνηθίσει να είναι ξύπνιο και να πίνει σε συγκεκριμένες ώρες και να αποκτήσει σταθερό «πρόγραμμα» για να μην «κακομαθαίνει». Ένα μωρό χρειάζεται πολύ χρόνο μέχρι να αρχίσει να αντιλαμβάνεται τη διαφορά της ημέρας από τη νύχτα και να ζει με το δικό μας ρυθμό. Όταν οι ανάγκες του για τροφή και σωματική επαφή δεν καλύπτονται, γιατί δεν έχει έρθει η «κατάλληλη»

ώρα, το μωρό αγχώνεται. Αρνητικά συναισθήματα αυτού του είδους επηρεάζουν την ψυχική του ανάπτυξη.

Σήμερα έχει πλέον, μετά από πολυάριθμες επιστημονικές έρευνες, αποδειχθεί ότι όσο πιο συχνά θηλάζει κανείς τόσο πιο πολύ γάλα παράγεται από το μαστό.

Όταν κανείς σεβαστεί τους ρυθμούς του παιδιού και θηλάζει κάθε φορά που το παιδί δείχνει σημάδια πείνας, τότε το στήθος παράγει αρκετή ποσότητα γάλακτος, για να καλύψει τις ανάγκες του. Αυτό μπορεί να απαιτεί από την μητέρα στην αρχή, μέχρι να παραχθεί το κανονικό γάλα, να θηλάζει αρκετά συχνά, η ανταμοιβή έρχεται όμως με το κανονικό γάλα, όταν το μωρό είναι ικανοποιημένο και κοιμάται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι προηγουμένως. Το πρόβλημα των πληγών των θηλών δεν προκαλείται όταν το παιδί θηλάζει συχνά τον μαστό, αλλά όταν το παιδί θηλάζει με λάθος τρόπο τον μαστό.

Όταν από την πρώτη ημέρα ο θηλασμός γίνεται ανάλογα με τις ανάγκες του μωρού, η εγκατάσταση της κανονικής γαλουχίας είναι ομαλή και λιγότερο επώδυνη από ότι όταν θηλάζετε κάθε τέσσερις ώρες. Η ροή του γάλατος αυξάνεται σταδιακά, το γάλα έρχεται νωρίτερα και αυτό είναι πολύ φυσικότερο και πολύ πιο ευχάριστο από το να βρεθεί η μητέρα, ξαφνικά μέσα σε λίγες ώρες, με ένα «πετρωμένο» μαστό.

Όταν το μωρό είναι ικανοποιημένο και έχει χορτάσει, συνήθως αποκοιμιέται και αφήνει το μαστό από μόνο του. Επειδή το γάλα, μετά από 15 έως 20 λεπτά θηλασμού στην ίδια πλευρά, γίνεται παχύτερο και πλουσιότερο σε λίπος, άρα και πιο χορταστικό, είναι σημαντικό να μην αλλάζετε το μαστό πολύ γρήγορα. Όταν το μωρό αφήσει το μαστό, μπορεί η μητέρα να το βάλει να ρευτεί, κρατώντας το σε όρθια θέση και χτυπώντας το απαλά στην πλάτη. Εάν δείχνει ακόμα ότι πεινάει, ας δοκιμάσει να το θηλάσει από την άλλη πλευρά. Τις πρώτες ημέρες με το πρωτόγαλα, μπορεί το μωρό να χρειάζεται και τους δύο μαστούς για να χορτάσει. Όταν αυξηθεί η ποσότητα του γάλατος, συνήθως αρκεί ο ένας μαστός.

2.1.3 Στάσεις θηλασμού και η σημασία τους

Οι στάσεις του θηλασμού είναι πολύ σημαντικές γιατί, όταν γίνονται σωστά, ειδικά κατά τις πρώτες μέρες και εβδομάδες της ζωής του βρέφους διασφαλίζουν την επιτυχία του.

Εκτός από την «κλασική» στάση θηλασμού, υπάρχουν άλλες δύο βασικές στάσεις που κάθε γυναίκα που θηλάζει θα έπρεπε να γνωρίζει: Η «πλευρική» και ο θηλασμός όταν η μητέρα είναι ξαπλωμένη στο κρεβάτι με το μωρό της.

• Η «πλευρική» στάση θηλασμού.

Η στάση αυτή έχει πολλά πλεονεκτήματα, ιδιαίτερα στην αρχή και για μωρά που είναι πολύ ζωηρά. Επίσης, είναι πολύ καλή στάση για να ερεθίσει το μαστό να παράγει περισσότερο γάλα. Αυτό συμβαίνει, γιατί η περιοχή που αποσυμφορείτε καλύτερα κατά αυτή τη στάση, είναι η πλάγια πλευρά του μαστού προς τη μασχάλη, η οποία περιλαμβάνει ένα πολύ μεγάλο μέρος του αδένα του μαστού.

Για τον θηλασμό σε αυτή τη στάση χρειάζεται ένα αναπαυτικό κάθισμα και ένα τουλάχιστον μαξιλάρι.

Κάτω από το αριστερό χέρι η μητέρα βάζει ένα μαξιλάρι ώστε να στηρίζεται καλά και να μην χρειάζεται να σηκώνει το σωματάκι του μωρού. Πιάνει με το αριστερό της χέρι τη βάση από το κεφαλάκι του μωρού, ώστε να το στηρίζει καλά, ανάμεσα στο δείκτη και τον αντίχειρα, χωρίς να το κρατάει πολύ σφιχτά. Ο δείκτης θα πρέπει να δείχνει προς το αριστερό αυτί του μωρού. Τα υπόλοιπα δάχτυλα του αριστερού χεριού στηρίζουν απαλά την πλάτη του μωρού. Προσέχει τα δάχτυλά της να μην αγγίζουν τα μάγουλα ή το λαιμό του μωρού.

Φροντίζει τώρα το σώμα του μωρού να στηρίζεται πάνω στον πήχη του αριστερού της χεριού και τα ποδαράκια του μωρού να δείχνουν προς τα πίσω. Το φέρνει κοντά στην αριστερή της πλευρά έτσι ώστε το σωματάκι του να έχει στενή επαφή με το σώμα της. Με το δεξί χέρι πιάνει το μαστό της, (λαβή περίπου πέντε εκατοστά πίσω από τη θηλή, με το χέρι σα μισοφέγγαρο). Ακουμπάει τη θηλή απαλά στα χείλη ή στα μάγουλα του μωρού και περιμένει μέχρι να ανοίξει καλά το στόμα του. Μετά το σπρώχνει απαλά προς το μαστό, ώστε να εισέλθει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος της θηλαίας άλου στο στόμα του.

• Θηλασμός όταν η μητέρα είναι ξαπλωμένη στο πλάι.

Αυτή η στάση θηλασμού είναι πολύ χρήσιμη τη νύχτα οπότε δε χρειάζεται η μητέρα να σηκωθεί για να θηλάσει, ενώ στην περίπτωση που το μωρό κοιμάται κοντά της, μπορεί να αποκοιμηθεί αμέσως μετά τον θηλασμό. Παρακάτω περιγράφεται ο θηλασμός στον αριστερό μαστό.

Η μητέρα ξαπλώνει αναπαυτικά στην αριστερή πλευρά, με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι. Το μωρό είναι και αυτό ξαπλωμένο στο πλάι αντικριστά με εκείνη, σε στενή επαφή με το σώμα της, έτσι ώστε η κοιλίτσα του να αγγίζει τον θώρακά της.

Το μωρό μπορεί να το στηρίξει, για να παραμείνει ξαπλωμένο στο πλάι, με ένα μαξιλαράκι στην πλάτη ή με μια πετσέτα ρολό και την οποία θα σπρώξει ανάμεσα στην πλάτη του μωρού της και το κρεβάτι. Με το δεξί της χέρι κρατάει το μαστό και ερεθίζει απαλά τα χείλη και τα μάγουλα του μωρού. Όταν εκείνο ανοίξει καλά το στόμα του, το σπρώχνει απαλά με το αριστερό της χέρι, προς το μαστό.

Η περιοχή του μαστού που αποσυμφορείτε καλύτερα κατά το θηλασμό, είναι αυτή πού αντιστοιχεί στο πηγούνι του μωρού. Αυτό γιατί σε αυτή την περιοχή η γλώσσα του μωρού, με τις κυματοειδείς κινήσεις της, αποσυμφορεί καλύτερα τους γαλακτοφόρους πόρους. Κάθε γαλακτοφόρος πόρος είναι υπεύθυνος για τη μεταφορά του γάλακτος από μια συγκεκριμένη περιοχή του αδένα του μαστού. Όταν λοιπόν κανείς θηλάζει μόνο σε μια στάση, αποσυμφορούντε πάντα καλύτερα οι ίδιοι γαλακτοφόροι πόροι και κατά συνέπεια η ίδια περιοχή του αδένα του μαστού.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, η περιοχή αυτή να δέχεται περισσότερα ερεθίσματα για να παράγει περισσότερο γάλα από ότι οι υπόλοιπες, και ο αδένας του μαστού να μη λειτουργεί ομοιόμορφα. Έτσι, η συχνή εναλλαγή των διαφόρων στάσεων θηλασμού είναι ένα επιπλέον μέτρο για την αύξηση της παραγωγής γάλακτος από το μαστό.

Εάν μια μητέρα έχει ευαίσθητες ή και πληγωμένες θηλές, η εναλλαγή των διαφορετικών στάσεων θηλασμού, μπορεί να έχει πολύ ανακουφιστικά αποτελέσματα, γιατί η θηλή δεν επιβαρύνεται μόνο στα ίδια σημεία αλλά ομοιόμορφα γύρω - γύρω.

Στην περίπτωση που παράγεται πολύ γάλα, θα πρέπει να εναλλάσσονται συχνά οι στάσεις θηλασμού για να αποσυμφορείτε ομοιόμορφα ο μαστός.

2.1.4 Αντενδείξεις Μητρικού Θηλασμού

Είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις όπου η υγεία της μητέρας ή του βρέφους καθιστούν προβληματικό το μητρικό θηλασμό ή επιβάλουν την παροδική ή ακόμη και μόνιμη διακοπή του.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου δεν συνίσταται ο θηλασμός ή δεν είναι δυνατός:

- Εάν η μητέρα έχει υποστεί εκτεταμένη εγχείρηση μείωσης των μαστών κατά την οποία αφαιρέθηκε η θηλαία άλως ή εάν η κυκλοφορία στους μαστούς είναι ελαττωματική ή εάν το δίκτυο των αγωγών μέσα στο μαστό έχει αλλοιωθεί από την χειρουργική επέμβαση, ίσως δεν είναι ικανή να θηλάσει επιτυχώς.

- Εάν η μητέρα πάσχει από μολυσματικές ασθένειες όπως ηπατίτιδα, φυματίωση που δεν έχει θεραπευτεί, έλκος, έρπητα στη θηλαία άλω ή λοίμωξη HIV, παθήσεις νεφρών, ο θηλασμός αντενδείκνυται.

- Εάν η μητέρα λαμβάνει σημαντικές ποσότητες ορισμένων φαρμάκων (για παράδειγμα φάρμακα χημειοθεραπείας) ή κάνει χρήση κοκαΐνης, δεν πρέπει να θηλάζει. Οποιαδήποτε όμως και αν είναι η οδός χορήγησης, τα φάρμακα περνούν στη κυκλοφορία του αίματος και τελικά στο μητρικό γάλα, σε ποσότητα που εξαρτάται από το μοριακό βάρος του φαρμάκου, την ικανότητα σύνδεσης με πρωτεΐνες, το Ph του γάλατος, τη λιποδιαλυτότητά του, κ.ά.

- Εάν το νεογνό έχει γαλακτοζαιμία, μια κατάσταση όπου το μωρό είναι ανίκανο να μεταβολίσει τη ζάχαρη του γάλακτος, είναι αναγκαίο ένα εναλλακτικό πρόγραμμα ταΐσματος.

- Εάν πρόωρα και λιποβαρή για τη διάρκεια της κύησης νεογνά έχουν συχνά ανωριμότητα του αντανακλαστικού του θηλασμού και δεν μπορούν να θηλάσουν.

- Εάν νεογνά με βαριές κακώσεις ή συγγενείς ανωμαλίες του ΚΝΣ ενδέχεται να μην μπορούν να θηλάσουν λόγω βλάβης των οδών του αντανακλαστικού του θηλασμού.

- Εάν η μητέρα αισθάνεται άβολα, δυσάρεστα ή είναι προβληματισμένη με το θηλασμό ή εάν έχει αποχωρισθεί το νεογνό της για μέρες ή και εβδομάδες, δεν πρέπει να την κάνουμε να αισθανθεί ότι έχει αποτύχει σαν μητέρα.

- Το κάπνισμα, επίσης, αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια του θηλασμού γιατί η νικοτίνη απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα. Η συγκέντρωσή της στο γάλα είναι μεγαλύτερη από εκείνη του ορού της μητέρας, γιατί στο γάλα βρίσκεται σε όξινη μορφή, ενώ στο αίμα με τη μορφή βάσης. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της νικοτίνης στο γάλα των καπνιστριών είναι 95sec. Το συνολικό ποσό της νικοτίνης και των μεταβολιτών της, που προσλαμβάνει το βρέφος με το θηλασμό, εξαρτάται από συνολικό αριθμό τσιγάρων που καπνίζει η μητέρα καθημερινά και από το τελευταίο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ του τελευταίου τσιγάρου και του θηλασμού.

- Η κατάχρηση οινοπνεύματος αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια του θηλασμού και σχετίζεται με καθυστέρηση της αύξησης καθώς και της κινητικής λειτουργίας κατά το πρώτο έτος της ζωής του βρέφους.

Οι περιπτώσεις που αναφέρθηκαν καθιστούν προβληματικό ή αδύνατο το μητρικό θηλασμό δεν αποτελούν όμως γενικότερη αντένδειξη για τη διατροφή του βρέφους με μητρικό γάλα, το οποίο μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να απομυζάτε με θήλαστρο και να χορηγείται στο βρέφος με ειδική θηλή ή ρινογαστρικό καθετήρα (Ματσανιώτης Ν., Καρπάθιος Θ., Νικολαΐδου-Καρπαθίου Π., 2010).

2.1.4.1 Συχνότερα προβλήματα μητρικού θηλασμού

Ραγάδες

Ένα από τα συχνότερα προβλήματα πού παρουσιάζονται κατά το θηλασμό είναι αυτό των ραγάδων των θηλών. Με τον όρο ραγάδες περιγράφονται οι πληγές πού είναι δυνατόν να προκληθούν στις θηλές, κυρίως όταν το μωρό δεν λαμβάνει σωστά το μαστό. Τέτοιου είδους πληγές είναι συνήθως πολύ επώδυνες και κάνουν το θηλασμό δυσάρεστη υπόθεση.

Το πρόβλημα των ραγάδων των θηλών εμφανίζεται κυρίως τις πρώτες εβδομάδες. Γενικά το να είναι οι θηλές ευαίσθητες τον πρώτο καιρό είναι φυσιολογικό. Όταν όμως ο θηλασμός είναι επώδυνος και πριν ακόμα

εμφανιστούν πληγές στις θηλές πρέπει η μητέρα να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό, μαία ή σύμβουλο θηλασμού, για να διαπιστώσει εάν το παιδί θηλάζει σωστά. Το μωρό πρέπει να έχει στο στόμα του όχι μόνο τη θηλή, αλλά και ένα μεγάλο μέρος της θηλαίας άλου.

Εκτός από τα λάθη στην τοποθέτηση του μωρού στο μαστό, υπάρχουν και άλλοι λόγοι εμφάνισης πληγών των θηλών:

- Λανθασμένη απομάκρυνση του μωρού από το μαστό κατά το τέλος του θηλασμού.
- Επίπεδες ή εισέχουσες θηλές.
- Λανθασμένη τεχνική άντλησης του γάλακτος.
- Χρήση θηλής από σιλικόνη.
- Υγρασία στην περιοχή των θηλών, όταν η ενδυμασία της μητέρας δεν επιτρέπει στο στήθος να αερίζεται καλά.
- Σπάνια, από αλλεργίες της μητέρας ή από κάποιες δερματικές παθήσεις στην περιοχή του μαστού.
- Όταν ο υμένας που ενώνει τη γλώσσα του μωρού με τη βάση του στόματος, είναι πολύ κοντός και δεν επιτρέπει στη γλώσσα να κινηθεί αρκετά προς τα εμπρός και προς τα πάνω.

Επίπεδες Θηλές

Το σχήμα του μαστού και των θηλών είναι διαφορετικό από γυναίκα σε γυναίκα και αυτό είναι φυσιολογικό. Εκτός από ακραίες περιπτώσεις, κάθε γυναίκα μπορεί να θηλάσει το παιδί της, ανεξάρτητα από το μέγεθος του μαστού ή το σχήμα των θηλών της.

Επίπεδες θηλές είναι οι θηλές που σε κατάσταση ηρεμίας είναι επίπεδες, όταν όμως δεχθούν κάποιο ερέθισμα, όπως για παράδειγμα, χαμηλή θερμοκρασία ή πίεση στην περιοχή της θηλαίας άλου, προβάλουν προς τα έξω. Πολλές φορές αρκεί για μια μητέρα με επίπεδες θηλές, πριν το θηλασμό μια ελαφριά τριβή για να τις βοηθήσει να προβούν προς τα έξω.

Σαν εισέχουσες θηλές ορίζονται οι θηλές εκείνες, που σε κατάσταση ηρεμίας μπορεί να είναι στραμμένες προς τα έξω, όταν όμως ασκηθεί κάποιο

ερέθισμα στο μαστό, στρέφονται προς τα μέσα. Αυτό συμβαίνει για παράδειγμα, όταν με δύο δάχτυλα πιεστούν στην περιοχή της θηλαίας άλου, εκεί που βρίσκονται οι λήκυθοι των γαλακτοφόρων πόρων.

Οι θηλές, όπως και οι μαστοί, αλλάζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έτσι, ακόμα και πριν την εγκυμοσύνη μπορεί να υπάρχουν επίπεδες ή εισέχουσες θηλές.

Στο τέλος της εγκυμοσύνης μπορεί όλα να έχουν αλλάξει.

Λίγο γάλα

Πολύ συχνά ακούει κανείς από μητέρες, ότι αναγκάστηκαν να διακόψουν το θηλασμό γιατί δεν είχαν αρκετό γάλα για το μωρό τους. Είναι όμως γεγονός ότι, εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις, όλες οι γυναίκες είναι σε θέση να παράγουν αρκετό γάλα για να θρέψουν το παιδί τους.

Πολλές φορές, όταν το μωρό είναι πολύ ανήσυχο ή θέλει πολύ συχνά να θηλάζει, νομίζει κανείς ότι δεν λαμβάνει αρκετό γάλα. Ακόμα, όταν ο μαστός δεν είναι πια τόσο διογκωμένος όπως τις πρώτες ημέρες, αισθάνονται πολλές μητέρες ανασφαλείς και νομίζουν ότι το γάλα λιγόστεψε.

Όλα τα παραπάνω δεν αποτελούν ενδείξεις ότι ο μαστός δεν παράγει γάλα ή ότι δεν παράγει ικανή ποσότητα για να θρέψει το παιδί.

Ένα παιδί μπορεί να είναι ανήσυχο και για άλλους λόγους εκτός από την πείνα. Ειδικά τις νυχτερινές ώρες, πολλά παιδιά επεξεργάζονται τις εμπειρίες όλης της ημέρας και είναι ανήσυχα. Οι πολύ συχνοί νυχτερινοί θηλασμοί είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις, ένα γεγονός φυσιολογικό. Κατά αυτόν τον τρόπο, εξασφαλίζει το μωρό σταθερή ποσότητα γάλακτος για την επόμενη ημέρα.

Σε γενικές γραμμές ισχύει:

Ένα υγιές μωρό στις πρώτες τέσσερις εβδομάδες πρέπει να αυξάνει το βάρος του κατά 115 ως 220 γραμμάρια ανά εβδομάδα. Στη δεύτερη εβδομάδα το μωρό φτάνει ξανά στο βάρος γέννησης. Από τον τέταρτο ως τον έκτο μήνα, παίρνει 85 ως 140 γραμμάρια την εβδομάδα και κατά το δεύτερο εξάμηνο από 45 έως 85 γραμμάρια την εβδομάδα. Κατά τον πέμπτο με έκτο μήνα έχει διπλασιάσει το βάρος γέννησης. Η αύξηση του βάρους πρέπει να υπολογίζεται από το

κατώτερο βάρος που είχε το παιδί μετά τον τοκετό και όχι από το βάρος γέννησης.

Για παράδειγμα, όταν ένα μωρό έχει βάρος γέννησης 3.440mgr, κατώτερο βάρος την τρίτη ημέρα 3.220mgr. και μετά από τρεις εβδομάδες ζυγίζει 3.740mgr, αναπτύσσεται κανονικά γιατί μέσα σε τρεις εβδομάδες έχει πάρει 520mgr, δηλαδή περίπου 173mgr την εβδομάδα.

Πολλές μητέρες συμβουλεύονται τον παιδίατρο για να δώσουν συμπλήρωμα στο παιδί τους, γιατί το γάλα τους δεν είναι αρκετό. Είναι πολύ σημαντικό σε μια τέτοια περίπτωση, να γίνει μια συζήτηση με το γιατρό για το πώς έφτασε σε αυτό το συμπέρασμα.

Πολλοί ιατροί λανθασμένα, συγκρίνουν την ανάπτυξη των παιδιών που θηλάζονται, με αυτήν παιδιών που τρέφονται με ξένο γάλα. Αυτό γίνεται με τη χρήση καμπύλων που προέρχονται από στατιστικές.

Οι καμπύλες των παιδιών που θηλάζονται, είναι διαφορετικές από αυτές εκείνων που δεν θηλάζονται. Τον πρώτο καιρό τα παιδιά που θηλάζονται, παίρνουν γρηγορότερα βάρος. Μετά μειώνεται ο ρυθμός αύξησης του βάρους τους, αυτό όμως είναι φυσιολογικό.

Συμπλήρωμα

Σε γενικές γραμμές, το μωρό δε χρειάζεται τίποτα εκτός από το μητρικό γάλα και σχεδόν όλες οι μητέρες έχουν από τη φύση τη δυνατότητα να θρέψουν με το γάλα τους εξ' ολοκλήρου το μωρό τους χωρίς να χρειάζεται να δώσουν κάποιο συμπλήρωμα.

Κατά τις πρώτες ημέρες είναι εντελώς φυσιολογικό και αναπότρεπτο, το μωρό να έχει απώλεια βάρους. Απώλεια βάρους μέχρι 7% του βάρους γέννησης, είναι απόλυτα φυσιολογική και σε μια τέτοια περίπτωση δεν απαιτείται κάποιο συμπλήρωμα. Κάθε μητέρα είναι από την αρχή εφοδιασμένη με το πρωτόγαλα και αυτό είναι αρκετό για να καλύψει τις ανάγκες του μωρού κατά τις πρώτες ημέρες. Μπορεί η ποσότητα να είναι ακόμα μικρή, το πρωτόγαλα είναι όμως πλούσιο σε ενέργεια και προετοιμάζει το πεπτικό σύστημα του μωρού να δεχθεί μεγαλύτερες ποσότητες γάλακτος. Παράλληλα, όσο πιο συχνά θηλάζει η μητέρα, τόσο πιο πολύ γάλα παράγεται στο μαστό.

Πολλές μητέρες συχνά αναρωτιούνται εάν το παιδί τους λαμβάνει αρκετό γάλα στο μαστό και πώς μπορούν οι ίδιες να το διαπιστώσουν χωρίς να χρησιμοποιούν συχνά τη ζυγαριά.

Κατά τις πρώτες ημέρες τα παρακάτω σημάδια θα βοηθήσουν να διαπιστωθεί εάν το μωρό λαμβάνει αρκετό γάλα:

- Απώλεια βάρους μικρότερη από 7% του βάρους γεννήσεως.
- Μετά το τρίτο εικοσιτετράωρο, το μωρό δε χάνει πια βάρος.
- Μετά το τέταρτο ή πέμπτο εικοσιτετράωρο, το μωρό αρχίζει να παίρνει βάρος.
- Μετά από δεκατέσσερις περίπου ημέρες το μωρό έχει φτάσει το βάρος γέννησης.
- Το μωρό έχει τρεις φορές την ημέρα κένωση.
- Το μηκώνιο, οι πρώτες μαύρες κενώσεις του μωρού, αντικαθίσταται σταδιακά, το αργότερο από την τέταρτη ημέρα, από πρασινοκίτρινες υδαρές κενώσεις, που είναι χαρακτηριστικές για το μητρικό γάλα.
- Μετά την τέταρτη μέρα το μωρό έχει τουλάχιστον έξι υγρές πάνες το εικοσιτετράωρο.

Εάν υπάρχουν τα παραπάνω σημάδια, τότε το μωρό λαμβάνει αρκετό γάλα στο μαστό και δε χρειάζεται κάποιο συμπλήρωμα.

Εάν όχι, το σημαντικότερο είναι να βρεθεί η αιτία και αν το γάλα δεν είναι αρκετό, να ληφθούν γρήγορα μέτρα για την αύξησή του.

Το καλύτερο συμπλήρωμα είναι φυσικά το μητρικό γάλα, που μπορεί, στα ενδιάμεσα των θηλασμών, να το βγάλει η μητέρα με το θήλαστρο.

Έτσι αυξάνεται και η παραγωγή του γάλακτος από το μαστό. Εάν αυτό δεν είναι δυνατόν, τότε είναι σημαντικό να επιλέξει η μητέρα το σωστό τύπο γάλακτος, ανάλογα με την ηλικία του μωρού.

Για τους πρώτους έξι μήνες συστήνονται γάλατα τύπου Pre. Το πρόθεμα Pre στην ονομασία του γάλακτος, υποδηλώνει ότι το γάλα είναι ειδικά προσαρμοσμένο για το ανώριμο ακόμα πεπτικό σύστημα του μωρού και αρκετά εύπεπτο. Γάλατα του τύπου 1, μπορεί να γράφουν μεν στη συσκευασία τους ότι είναι κατάλληλα για σίτιση από την πρώτη ημέρα της ζωής του μωρού, έχουν όμως άλλη σύνθεση και γι’ αυτό είναι πιο δύσπεπτα από τα γάλατα του τύπου

Pre. Εάν στην οικογένεια υπάρχουν κάποιες αλλεργίες, είναι καλό να δοθεί γάλα Pre-HA στο μωρό, δηλαδή γάλα Pre ειδικά κατασκευασμένο για την πρόληψη αλλεργιών.

Πολύ Γάλα

Σε γενικές γραμμές, όταν κανείς θηλάζει ανάλογα με τις ανάγκες του μωρού, η παραγωγή του γάλακτος προσαρμόζεται σε αυτές. Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις όπου η μητέρα παράγει πολύ περισσότερο γάλα από αυτό που χρειάζεται ή το γάλα ρέει τόσο γρήγορα, που το παιδί δεν προλαβαίνει να καταπιεί. Και στις δύο περιπτώσεις, συνήθως συμβαίνουν και τα δύο ταυτόχρονα, το μωρό είναι νευρικό και μπορεί να κλαίει κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Πολλές φορές, σταματάει απότομα και αφήνει το μαστό, ή τεντώνεται προς τα πίσω. Συχνά, όταν το μωρό αφήνει το μαστό, το γάλα «πετάγεται» στην κυριολεξία. Για τη μητέρα είναι συνήθως δυσάρεστο να αισθάνεται διαρκώς συμφορισμένο το μαστό, ή το γάλα να ρέει ασταμάτητα και μετά το θηλασμό. Πολλά παιδιά των οποίων οι μητέρες έχουν πολύ γάλα παίρνουν πολύ γρήγορα βάρος και αναπτύσσονται καλά. Είναι όμως και το αντίθετο δυνατόν, δηλαδή να μην τα καταφέρνουν να θηλάζουν επαρκώς και να μην παίρνουν βάρος.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, δημιουργείται από τις αντιδράσεις του παιδιού, η εντύπωση ότι ίσως η μητέρα να μην παράγει αρκετό γάλα

«Πέτρωμα Μαστού»

Κόμποι, σκληρύνσεις του μαστού κατά τη γαλουχία. Όταν ένας γαλακτοφόρος πόρος του αδένα του μαστού δε λειτουργεί σωστά, ο λοβός του οποίου παροχετεύει το γάλα, δεν αποσυμφορείτε. Έτσι, παρόλο που ο υπόλοιπος μαστός είναι μαλακός σε μια συγκεκριμένη θέση είναι σκληρός σαν κόμπος, ευαίσθητος και κόκκινος. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί όταν τα ρούχα ή ο στηθόδεσμος πιέζουν σε μια θέση το μαστό και «αποφράσσουν» κάποιο γαλακτοφόρο πόρο, όταν η μητέρα κρατά πολύ σφιχτά το μαστό σε ένα σημείο κατά το θηλασμό, όταν έχει προηγηθεί κάποια εγχείρηση στην περιοχή και υπάρχει κάποια ουλή, ενώ ορισμένες γυναίκες έχουν, από την κατασκευή του μαστού, την τάση να τους συμβαίνει κάτι τέτοιο συχνότερα.

Στην περίπτωση της μαστίτιδας, μικρόβια μολύνουν κάποιο λοβό του αδένα του μαστού. Η εικόνα της μαστίτιδας είναι χαρακτηριστική. Το σημείο του

μαστού που έχει μολυνθεί είναι κόκκινο, ζεστό και σκληρό όπως όταν κάποιος γαλακτοφόρος πόρος έχει φράξει, στα συμπτώματα όμως προστίθεται και υψηλός πυρετός, πόνοι στις αρθρώσεις και αίσθημα κόπωσης και κατάπτωσης. Τα μέτρα αντιμετώπισης είναι τα ίδια όπως στην προηγούμενη περίπτωση (κόμποι και σκληρύνσεις του μαστού στη γαλουχία), μόνο που πριν το θηλασμό δεν πρέπει να ζεσταίνεται το μαστό πάνω από πέντε λεπτά, για να μην προκληθεί εξάπλωση της μόλυνσης. Εάν τα συμπτώματα και κυρίως ο πυρετός, κρατάνε πάνω από μια ημέρα, η μητέρα πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια του ιατρού της. Εκείνος θα της χορηγήσει κάποιο αντιβιοτικό, που θα πρέπει όμως να είναι συμβατό με το θηλασμό.

Η μαστίτιδα δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση λόγο απογαλακτισμού. Προσοχή, γιατί ακόμα και σήμερα και παρά τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν γίνει σε αυτό τον τομέα, υπάρχουν ακόμα ιατροί που συστήνουν την διακοπή του θηλασμού.

2. 2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

2.2.1 Μητρικός Θηλασμός και ανθρώπινο γάλα

Ο μητρικός θηλασμός και το ανθρώπινο γάλα αποτελούν τα φυσιολογικά στάνταρ στην βρεφική σίτιση και διατροφή. Με δεδομένα τα διαπιστωμένα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα ιατρικά και νευρο-αναπτυξιακά πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, η βρεφική διατροφή θα πρέπει να θεωρείται ζήτημα δημόσιας υγείας και όχι μόνο επιλογή τρόπου ζωής.

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής επαναβεβαιώνει την σύστασή της για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό διάρκειας περίπου 6 μηνών, ακολουθούμενο από συνεχιζόμενο μητρικό θηλασμό ενόσω εισάγονται συμπληρωματικές τροφές, με συνέχιση του μητρικού θηλασμού για ένα χρόνο ή περισσότερο όπως είναι αμοιβαία επιθυμητό από μητέρα και παιδί. Ιατρικές αντενδείξεις στον μητρικό θηλασμό υπάρχουν σπάνια. Η σωματική ανάπτυξη των βρεφών πρέπει να παρακολουθείται με τα πρότυπα καμπυλών ανάπτυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).

Περιλαμβάνονται οι Εθνικές στρατηγικές που υποστηρίζονται από το Κάλεσμα για Δράση του Γενικού Αρχίατρου των ΗΠΑ, από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και από την Εθνική Επιτροπή, ώστε να εγκαθιδρύσουν πρακτικές μητρικού θηλασμού στα νοσοκομεία και τις κοινότητες των ΗΠΑ. Οι παιδίατροι παίζουν έναν κρίσιμο ρόλο στα ιατρεία τους και στις κοινότητές τους ως υποστηρικτές και πρεσβευτές του μητρικού θηλασμού, επομένως πρέπει να κατέχουν επαρκή γνώση σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία από τον μη θηλασμό, με τα οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού για την κοινωνία, και με τις τεχνικές για αντιμετώπιση και υποστήριξη της δυάδας μητρικού θηλασμού.

Πρόσφατα δημοσιευμένες έρευνες και συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις έχουν ενισχύσει το συμπέρασμα ότι ο μητρικός θηλασμός και το ανθρώπινο γάλα συνιστούν το φυσιολογικό στάνταρ αναφοράς για την βρεφική σίτιση και διατροφή.

Η ΑΑΠ (Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής) επαναβεβαιώνει την σύστασή της για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό των βρεφών για περίπου 6 μήνες, ακολουθούμενο από συνεχιζόμενο μητρικό θηλασμό ενόσω εισάγονται συμπληρωματικές τροφές, με συνέχιση του μητρικού θηλασμού για 1 χρόνο ή περισσότερο όπως είναι αμοιβαία επιθυμητό από μητέρα και παιδί.

2.2.2. Είδη ανθρώπινου γάλακτος

Το μητρικό γάλα καλείται να καλύψει όλες τις θρεπτικές ανάγκες του βρέφους από τη στιγμή της γέννησης του μέχρι και τον 6ο μήνα που εισάγονται οι στερεές τροφές στη διατροφή του. Η σύσταση του αλλάζει σταδιακά έτσι ώστε να προσαρμόζεται στις ανάγκες του παιδιού και να εξασφαλίσει την υγεία και την σωστή ανάπτυξη του. Για τους ίδιους λόγους, η σύσταση του γάλακτος διαφέρει από μητέρα σε μητέρα όπως επίσης διαπιστώνεται διαφορά στη σύσταση του γάλακτος των μητέρων που γεννούν πρόωρα από το γάλα των μητέρων που γεννούν τελειόμηνα νεογνά.

Το πρόωρο γάλα ιδιαίτερα τις πρώτες 3-4 μέρες παρουσιάζει υψηλότερη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες 20%, Na, Cl, λίπος και IgA ανοσοσφαιρίνη ενώ τα επίπεδα λακτόζης διαπιστώνονται χαμηλότερα. Η περιεκτικότητα του σε Ca, Mg, P, Cu, Fe, Zn βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με το γάλα για τα τελειόμηνα

νεογνά. Άλλη διαφορά διαπιστώνεται στο ρυθμό αλλαγής της σύνθεσης των συστατικών όπου το πρόωρο γάλα εμφανίζει αλλαγή στη σύνθεση μέσα σε 3-5 εβδομάδες σε αντίθεση με το γάλα για τα τελειόμηνα που αλλάζει σε διάστημα 3-5 ημερών τη σύνθεση του.

Τα είδη μητρικού γάλακτος είναι τα παρακάτω:

- Πύαρ: Το πρώτο γάλα του βρέφους αμέσως μετά τον τοκετό είναι το πύαρ. Είναι παχύρρευστο με λευκοκίτρινο χρώμα λόγω της υψηλής περιεκτικότητας του σε καροτενοειδή και συγκεκριμένα σε β-καροτίνη και εκκρίνεται για 4-7 μέρες από τη στιγμή του τοκετού. Στις 3 πρώτες μέρες η ποσότητα του πύατος αυξάνεται πολύ γρήγορα, δηλαδή από 7-122,5 ml/24ωρο την πρώτη μέρα, σε 98-775 ml/24ωρο την τρίτη μέρα. Το πύαρ είναι ιδιαίτερα πλούσιο σε πρωτεΐνες και ανοσοσφαιρίνες κυρίως σε εκκριτική IgA.

- Επίσης, σε υψηλά επίπεδα βρίσκονται οι λιποδιαλυτές βιταμίνες, το Cl, Na, K, τα άλατα και ιχνοστοιχεία ενώ σε χαμηλά επίπεδα το λίπος και η λακτόζη. Η ενεργειακή του πυκνότητα είναι 55-58 kcal/dl. Το πύαρ είναι ιδιαίτερα θρεπτικό για το βρέφος και καλύπτει όλες τις ανάγκες του, προστατεύει από μικρόβια και ιούς, ευνοεί την ανάπτυξη και την εγκατάσταση ευεργετικής εντερικής χλωρίδας και βοηθά στην αποβολή μηκωνίου.

- Μεταβατικό: Το γάλα που παράγεται τη δεύτερη και τρίτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, ονομάζεται μεταβατικό. Διαφέρει σε σύσταση από το πύαρ, δηλαδή η περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και ανοσοσφαιρίνες ελαττώνεται και αυξάνεται η περιεκτικότητα της λακτόζης, του λίπους και των υδατοδιαλυτών βιταμινών. Κατά συνέπεια, αυξάνεται και η απόδοση ενέργειας (Behrman et. al, 2000).

- Ώριμο γάλα: Από την 21η μέρα και μετά παράγεται το ονομαζόμενο ώριμο γάλα το οποίο παρουσιάζει επιβραδυνόμενη αλλαγή στη σύνθεση του και ολοκληρώνεται πλήρως μέχρι τον πρώτο μήνα.

2.2.2.1 Σύσταση Μητρικού Γάλακτος Νερό

Το μεγαλύτερο μέρος του μητρικού γάλακτος αποτελείται από νερό, γι' αυτό ακόμα και στις πιο ζεστές μέρες δεν υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης για το μωρό, εφόσον η μητέρα λαμβάνει αρκετά υγρά.

Έτσι ακόμα και το καλοκαίρι το γάλα αρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του μωρού και δεν χρειάζονται συμπληρώματα όπως το τσάι ή το νερό. Τα κυριότερα συστατικά του γάλακτος είναι όπως και στη διατροφή των ενηλίκων, οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες και τα λίπη.

Πρωτεΐνες

Το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες, η σχέση και η σύσταση των οποίων, είναι ιδανική για το ανώριμο ακόμα πεπτικό σύστημα του μωρού. Οι πρωτεΐνες του μητρικού γάλακτος απορροφώνται εξ ολοκλήρου από το έντερο του μωρού, ενώ αυτές του ξένου όχι.

Ένα μεγάλο μέρος τους αποβάλλεται άπεπτο με τα κόπρανα. Δεν είναι τυχαίο ότι τα μωρά που τρέφονται αποκλειστικά με μητρικό γάλα, έχουν μαλακές, σχεδόν υδαρείς κενώσεις, ενώ αυτά που τρέφονται με ξένο γάλα, έχουν σφικτά κόπρανα και υποφέρουν πιο συχνά από κωλικούς.

Τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα τα μωρά που θηλάζουν να χρειάζονται μικρότερες ποσότητες γάλακτος για να πάρουν βάρος απ’ ότι αυτά που δεν θηλάζουν, μιας και δεν μπορούν ν’ απορροφήσουν στο μέγιστο τις πρωτεΐνες και τα άλλα συστατικά του.

Μέσω της ειδικής σύνθεσης των πρωτεϊνών του μητρικού γάλακτος, οι νεφροί και το ήπαρ του μωρού δεν επιβαρύνονται στην λειτουργία τους.

Το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε νουκλεοτίδια, τα οποία έχουν ανακαλυφθεί σχετικά πρόσφατα. Τα νουκλεοτίδια ενισχύουν το αμυντικό σύστημα του μωρού και παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξή του και κυρίως στην ανάπτυξη του εντέρου.

Τα νουκλεοτίδια είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τα μωρά που έχουν γεννηθεί πρόωρα. Στις πρωτεΐνες του γάλακτος ανήκουν και όλα τα αντισώματα που περνούν από τη μητέρα στο μωρό και το προστατεύουν από μολύνσεις.

Ένα ακόμα πολύ σημαντικό είδος πρωτεϊνών είναι τα ένζυμα, τα οποία παίζουν βασικό ρόλο σε πολλές αντιδράσεις κατά την πέψη του γάλακτος, έτσι ώστε τα συστατικά του να μπορούν ν’ αξιοποιηθούν στο έπακρο.

Τα αντισώματα και τα ένζυμα είναι ουσίες πολύπλοκες που δεν μπορούν να κατασκευαστούν από την βιομηχανία, είναι αναντικατάστατες.

Υδατάνθρακες

Το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε λακτόζη, που είναι μετά το λίπος, η κυριότερη πηγή ενέργειας για το μωρό.

Σε αντίθεση, το γάλα της αγελάδας είναι φτωχό σε λακτόζη, σε σχέση με το ανθρώπινο, κάτι που διορθώνεται από την βιομηχανία με την προσθήκη ζάχαρης. Ακόμα, το μητρικό γάλα περιέχει το ένζυμο λακτάση, που βοηθά στη διάσπαση της λακτόζης στο έντερο του μωρού και κάνει το μητρικό γάλα ακόμα πιο εύπεπτο.

Το μητρικό γάλα περιέχει όμως και ένα άλλο είδος υδατανθράκων, τον παράγοντα Bifidus. Αυτοί οι υδατάνθρακες, ευνοούν την ανάπτυξη των γαλακτοβακίλων στο έντερο του μωρού. Οι γαλακτοβάκιλοι είναι ένα είδος «καλών» βακτηριδίων, που προστατεύουν το έντερο από την ανάπτυξη άλλων βλαβερών βακτηριδίων, που προκαλούν κωλικούς και γαστρεντερίτιδες. Αυτό γίνεται με την δημιουργία ενός όξινου περιβάλλοντος, που είναι εχθρικό για την ανάπτυξη των βλαβερών μικροβίων. Τα μωρά που δεν θηλάζουν έχουν αλκαλικό ή ουδέτερο περιβάλλον στο έντερό τους που, με την πρώτη ευκαιρία, ευνοεί την ανάπτυξη των βλαβερών μικροβίων.

Λίπη

Αποτελούν την κυριότερη πηγή ενέργειας για το μωρό και κατέχουν ουσιαστικό ρόλο στην απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών, στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και στην καλή λειτουργία της όρασης. Τα λίπη του μητρικού γάλακτος είναι μακρά πολυακόρεστα λίπη, έχουν δηλαδή, τέτοια σύνθεση που τα κάνει πιο εύπεπτα από αυτά του αγελαδινού γάλακτος. Το ένζυμο λιπάση βοήθα στην διάσπασή τους και δεν περιέχεται στο τροποποιημένο γάλα αγελάδας. Εκτός από αυτό, τα μακρά πολυακόρεστα λίπη παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος που σε αυτή την περίοδο μεγαλώνουν με ραγδαίους ρυθμούς και χρειάζονται πολύ ενέργεια.

Έτσι ο θηλασμός όπως αποδεικνύεται από πολλές έρευνες, έχει μακροχρόνια επίδραση στη δυνατότητα μάθησης και στην ευφυΐα του παιδιού. Το ποσοστό των λιπών στο μητρικό γάλα διαφέρει, όχι μόνο από μητέρα σε μητέρα, αλλά ακόμα και στην ίδια γυναίκα, είναι διαφορετικό από ώρα σε ώρα.

Για παράδειγμα, κατά τις πρωινές ώρες, το μητρικό γάλα είναι πλουσιότερο σε λίπος, από ότι κατά τις βραδινές. Επίσης, στην αρχή του θηλασμού, το γάλα είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες και περιέχει λιγότερο λίπος, ενώ προς το τέλος του γεύματος είναι πολύ πλούσιο σε λίπος.

Εκτός από τα παραπάνω, το μητρικό γάλα περιέχει βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία, αλλά και ζωντανά κύτταρα. Μια σταγόνα γάλακτος περιέχει 4000 ζωντανά κύτταρα με διαφορετικές λειτουργίες, όπως η καταστροφή βακτηριδίων και η μεταφορά σημαντικών, για την άμυνα του οργανισμού, αντισωμάτων. Ακόμη περιέχει πολλές ορμόνες όπως οι προστανγλανδίνες που επιδρούν καταλυτικά στην πέψη.

Μέταλλα και ιχνοστοιχεία

Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος υπολείπεται εκείνης του αγελαδινού σε νάτριο, κάλιο, χλώριο, ασβέστιο, μαγνήσιο, και ακόμη περισσότερο φώσφορο. Η περιεκτικότητα και των δύο γαλάτων σε σίδηρο, ψευδάργυρο και χαλκό είναι περίπου η ίδια. Η χαμηλή περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε ιχνοστοιχεία είναι ευεργετική για το βρέφος που θηλάζει, γιατί επιβαρύνονται λιγότερο οι ανώριμοι νεφροί του. Η χαμηλή περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε ασβέστιο (34mg/dl) αντιρροπείται από την υψηλή βιοδιαθεσιμότητά του (Ν. Ματσανιώτης, Θ. Καρπάθιος, Π. Νικολαίδου-Καρπαθίου, 2010).

Βιταμίνες

Ένας καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τη συγκέντρωση των βιταμινών στο μητρικό γάλα είναι η συγκέντρωση των βιταμινών όπως και η διάρκεια επάρκειας /ανεπάρκειας τους στη μητέρα. Γενικά, όταν η μητέρα λαμβάνει χαμηλές ποσότητες κάποιας βιταμίνης για μεγάλο χρονικό διάστημα, τα επίπεδα αυτής στο γάλα είναι επίσης χαμηλά.

Όσο οι ημερήσιες προσλήψεις της βιταμίνης από τη μητέρα αυξάνουν, τα επίπεδα στο γάλα ανεβαίνουν όμως ορισμένες βιταμίνες κάποια στιγμή φθάνουν σε ένα όριο στασιμότητας και δεν ανταποκρίνονται περαιτέρω στα συμπληρώματα μέσω της δίαιτας ή σε φαρμακευτικά συμπληρώματα. Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες ανταποκρίνονται καλύτερα στα συμπληρώματα βιταμινών της μητέρας απ’ ότι οι λιποδιαλυτές, όμως υπάρχουν κάποιες

εξαιρέσεις.

- Λιποδιαλυτές βιταμίνες
  - Βιταμίνη Α: Η βιταμίνη Α στο μητρικό γάλα παρουσιάζεται κυρίως σε μορφή εστέρων ρετινόλης (96%). Η συγκέντρωση της βιταμίνης Α στο γάλα μειώνεται κατά τη διάρκεια της γαλακτοφορίας περίπου από 2000 σε 600μg/lt. Η συγκέντρωση καροτένιου, πρόδρομος της βιταμίνης Α, μπορεί να κυμαίνεται από 0 μέχρι 320μg/lt. Από διάφορες δημοσιεύσεις είναι γνωστό ότι η συγκέντρωση της βιταμίνης Α στο γάλα επηρεάζεται από τις προσλήψεις της βιταμίνης αυτής από τη μητέρα, αλλά ακόμα είναι αμφίβολο αν η βιταμίνη Α ανταποκρίνεται σε συμπληρώματα.
  - Βιταμίνη D: Το μητρικό γάλα υπό φυσιολογικές συνθήκες περιέχει 0,5-1,5μg/lt (20-60 I.U.) βιταμίνης D. Μελέτες δείχνουν πως η συγκέντρωση της στο γάλα εξαρτάται από τις καθημερινές προσλήψεις της μητέρας.
  - Βιταμίνη Κ: Η συγκέντρωση της βιταμίνης Κ στο ώριμο μητρικό γάλα είναι 2μg/lt, ενώ στο πύαρ είναι διπλάσια. Τα συμπληρώματα βιταμίνης Κ σε γυναίκα που παρουσιάζει έλλειψη, μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα της στο γάλα. Όμως, τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό η ποσότητα της στο γάλα δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του παιδιού. Βιταμίνη Ε: Περίπου το 83% του συνόλου της βιταμίνης Ε στο μητρικό γάλα είναι σε μορφή α-τοκοφερόλης.
  - Επίσης, στο γάλα βρίσκονται μικρές ποσότητες β-, γ-, δ-τοκοφερολών. Η συγκέντρωση των τοκοφερολών στο πύαρ είναι υψηλή(8mg/lt) και σταδιακά μειώνεται και σταθεροποιείται σε 2-3mg/lt στο ώριμο γάλα.
- Υδατοδιαλυτές βιταμίνες
  - Βιταμίνη C: Τα επίπεδα βιταμίνης C στο μητρικό γάλα φθάνουν μέχρι 50-60mg/lt αν η ημερήσια πρόσληψη της μητέρας σ’ αυτή είναι ίση ή υπερβαίνει τα 100 mg (RDA).
  - Θειαμίνη: Η συγκέντρωση της θειαμίνης στο μητρικό γάλα

ποικίλλει μεταξύ των γυναικών και κατά τη διάρκεια της γαλακτοφορίας. Στο πύαρ η ποσότητα της είναι περιορισμένη (10μg/lt) και όσο περνούν οι μέρες αυξάνει 7 με 10 φορές της αρχικής ποσότητας.

- Ριβοφλαβίνη: Η συγκέντρωση της ριβοφλαβίνης στο πύαρ είναι υψηλή και μειώνεται σταδιακά στο ώριμο γάλα. Το γάλα γυναικών που τρέφονται καλά, συγκεντρώνει περίπου 350μg/lt ριβοφλαβίνης. Χαμηλές συγκεντρώσεις της βιταμίνης αυτής στο γάλα αυξάνουν με συμπληρώματα.

- Νιασίνη: Η συγκέντρωση της νιασίνης στο πύαρ είναι περίπου 0,75mg/lt και φθάνει μέχρι 1mg/lt στο ώριμο γάλα και εφ' όσον η μητέρα τρέφεται καλά μπορεί η ποσότητα στο γάλα να είναι έως και 6 mg/lt.

- Βιταμίνη Β6: Τις πρώτες μέρες η ποσότητα βιταμίνης Β6 είναι περιορισμένη και μετέπειτα αυξάνεται σε ποσότητα που κυμαίνεται μεταξύ 50 με 250 μg/lt. Η συγκέντρωσή της στο γάλα σχετίζεται άμεσα με τις ημερήσιες προσλήψεις βιταμίνης Β6 της μητέρας. Βέβαια, υπάρχουν μελέτες που σχετίζουν τη μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών με πολύ χαμηλή συγκέντρωση βιταμίνης Β6 στο μητρικό γάλα (Roepke and Kirksey,1979). Η κατανάλωση συμπληρωμάτων μπορεί να αυξήσει τη συγκέντρωση της βιταμίνης στο γάλα.

- Φολικό οξύ: Τα επίπεδα φολικού οξέος στο μητρικό γάλα κατά τη διάρκεια της γαλακτοφορίας ανεβαίνουν, ανεξάρτητα από τα επίπεδα της βιταμίνης αυτής στη μητέρα. Αυτό συμβαίνει γιατί το φολικό οξύ έχει το προνόμιο να διασπάται στο μαστό και να εκκρίνεται στο γάλα καθώς η μητέρα παρουσιάζει ανεπάρκεια της βιταμίνης αυτής. Επομένως, το φολικό οξύ εμπεριέχεται στο γάλα σε βάρος της συγκέντρωσης αυτού στη μητέρα.

- Βιταμίνη Β12: Η συγκέντρωση της βιταμίνης Β12 στο ώριμο μητρικό γάλα κυμαίνεται μεταξύ 0,3-3,2μg/lt χωρίς να επηρεάζεται από τις καθημερινές προσλήψεις της βιταμίνης από τη μητέρα. Επίσης, η

βιταμίνη Β12 δεν ανταποκρίνεται στη λήψη συμπληρωμάτων.

- Βιοτίνη: Η συγκέντρωση της βιοτίνης στο μητρικό γάλα, η οποία εξαρτάται από τη συγκέντρωση βιοτίνης στο πλάσμα της θηλάζουσας, ποικίλλει. Κατά την εξέλιξη της γαλακτοφορίας, τα επίπεδα της βιοτίνης ανεβαίνουν και κυμαίνονται μεταξύ 13-485μg/lt όταν η μητέρα λαμβάνει 3mg βιοτίνης /ημέρα με τη δίαιτα της.

- Παντοθενικό οξύ: Το παντοθενικό οξύ εμπεριέχεται στο μητρικό γάλα περίπου σε ποσότητα 2,6μg/lt και εμφανίζει θεαματική συσχέτιση με τις καθημερινές προσλήψεις παντοθενικού οξέος από τη θηλάζουσα (Hamosh M, Dewey KG, Garza C, et al, 1991).

2.2.3 Υπεροχή Ανθρώπινου Γάλακτος

Το μητρικό γάλα αποτελεί τη φυσική διατροφή για τα υγιή βρέφη τους πρώτους μήνες της ζωής τους. Είναι άμεσα διαθέσιμο στην κατάλληλη θερμοκρασία και δεν απαιτεί χρόνο για να ετοιμαστεί. Το γάλα αυτό είναι φρέσκο και ελεύθερο παθογόνων μικροοργανισμών, γεγονός που περιορίζει τις πιθανότητες γαστρεντερικών διαταραχών. Η αλλεργία και η δυσανεξία στο γάλα της αγελάδας δημιουργούν σημαντικές διαταραχές και δυσχέρειες στη διατροφή που δεν συναντώνται στο μητρικό θηλασμό. Το μητρικό γάλα περιέχει βακτηριακά και ιογενή αντισώματα.

Συγκεκριμένα:

- Χωνεύεται πιο εύκολα από άλλες ξένες ουσίες που περιέχονται στο τυποποιημένο γάλα.

- Δεν προκαλεί αλλεργίες όπως οι πρωτεΐνες του αγελαδινού γάλακτος τεχνητή διατροφή).

- Σχηματίζει μικρότερη κρούστα στο στομάχι του μωρού και είναι πιο εύπεπτη από την πρωτεΐνη του αγελαδινού γάλακτος.

- Περιέχει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος του μωρού.

- Περιέχει αντισώματα που προστατεύουν το παιδί από τις λοιμώξεις και υπάρχουν σε μεγάλη αναλογία στο πύαρ δηλαδή το πρωτόγαλα και είναι πολύ σημαντικό για τις πρώτες μέρες της ζωής του.

- Πίνεται άβραστο και έτσι δεν καταστρέφεται καμία από τις βιταμίνες, που περιέχει, ενώ θερμαίνοντας το γάλα της αγελάδας καταστρέφεται ένα μέρος από αυτές (Behrman R.E., et. al., 2000).

2.2.3.1 Διαφορές Ανθρώπινου και Αγελαδινού Γάλακτος

Τα γάλατα του εμπορίου είναι τροποποιημένα παράγωγα του αγελαδινού γάλακτος και τα επίπεδά τους σε πρωτεΐνη και τέφρα έχουν μειωθεί στο επίπεδο του μητρικού γάλακτος, έτσι ώστε να μειώνεται η ωσμωτικότητα και το φορτίο απέκκρισης από τους νεφρούς.

Συγκεκριμένα:

- Το αγελαδινό γάλα έχει διπλάσια αναλογία σε λεύκωμα, είναι δύσπεπτο και παχυντικό.

- Το λεύκωμα στο αγελαδινό γάλα είναι μικρότερης βιολογικής αξίας, ενώ το λεύκωμα στο μητρικό γάλα περιέχει το αμινοξυταυρίνη που συμβάλει στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς.

- Στο μητρικό γάλα η πέψη του λίπους διευκολύνεται και αρχίζει νωρίτερα με την βοήθεια της λιπάσης που περιέχει.

- Στο αγελαδινό γάλα περιέχεται μισή αναλογία υδατανθράκων σε σχέση με το μητρικό.

- Στο αγελαδινό γάλα περιλαμβάνονται τριπλάσιες ποσότητες αλάτων (Behrman R.E., et. al., 2000).

2.2.4 Αμυντικοί παράγοντες στο μητρικό γάλα

Στο μητρικό γάλα υπάρχουν πολλοί παράγοντες που προφυλάσσουν το παιδί από βακτηριακές μολύνσεις, ιογενείς, λοιμώξεις από πρωτόζωα, αλλεργίες και ειδικές ασθένειες και έχουν σαφή διαφοροποίηση μεταξύ παιδιών που θηλάζουν και παιδιών τεχνητής διατροφής. Αυτοί οι παράγοντες έχουν κάποια γενικά χαρακτηριστικά που είναι τα εξής:

- Οι παράγοντες είναι βιοχημικά ετερογενείς
- Οι περισσότεροι από αυτούς παράγονται κατά τη γαλουχία
- Οι αμυντικοί παράγοντες αντιστέκονται στα πεπτικά ένζυμα και συνεπώς προσαρμόζονται εύκολα και σταθεροποιούνται σε εχθρικό περιβάλλον στο γαστρεντερικό σύστημα
- Εξοντώνουν ορισμένα παθογόνα βακτήρια βοηθώντας ο ένας τον άλλο με επιτυχία
- Οι ανοσολογικοί παράγοντες λειτουργούν χωρίς φλεγμονώδεις μηχανισμούς
- Οι παράγοντες είναι συνηθισμένοι σε βλεννώδεις περιοχές και φαίνεται να προστατεύουν αρχικά το πεπτικό και το αναπνευστικό σύστημα του παιδιού
- Η έκκριση αρκετών από τους διαλυτούς αμυντικούς παράγοντες στο μαστό είναι αντιστρόφως ανάλογη με τη ικανότητα παραγωγής τους στις βλεννώδεις περιοχές του παιδιού-αποδέκτη (Hamosh M.,1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Γενικά

Από το 1991 ξεκίνησε η πρωτοβουλία Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη και από τότε, περισσότερα από 15.000 νοσοκομεία σε 132 χώρες του κόσμου έχουν χαρακτηρισθεί ως τέτοια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει ως στόχο την επίτευξη υψηλού επιπέδου υιοθέτησης του μητρικού θηλασμού και έχει επεξεργαστεί κατευθυντήριες οδηγίες παρεμβάσεων για την προαγωγή του. Στα πλαίσια αυτά σε συνεργασία με τη UNICEF δημιουργήθηκαν δέκα κριτήρια για να θεωρηθεί ένα νοσοκομείο φιλικό για το βρέφος.

Μια σημαντική διάκριση με καθυστέρηση ετών, έρχεται και στην Ελλάδα με Απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από σχετική γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού, βάσει εξωτερικής αξιολόγησης, κατά την οποία κρίθηκε ότι τα νοσοκομεία Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ» και Π.Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» πληρούν τα κριτήρια, ώστε να χαρακτηρισθούν «ΦΙΛΙΚΑ ΓΙΑ ΤΑ ΒΡΕΦΗ» νοσοκομεία.

3.1 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1.1 Δράσεις υποστήριξης του Μητρικού Θηλασμού

Η UNICEF θέλοντας να αναδείξει την σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού υποστηρίζει πως αν κάθε βρέφος θήλαζε αποκλειστικά από τη γέννησή του και μέχρι τους έξι πρώτους μήνες της ζωής του, 3.500 παιδικές ζωές θα μπορούσαν να σώζονται καθημερινά. Επίσης, πραγματοποιεί συνεχείς εκστρατείες κατά των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και υπέρ του θηλασμού. Στα πλαίσια αυτά συντονίζει τις εξής δράσεις:

- Πρωτοβουλία για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία

Το 1991, η UNICEF σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οργάνωσε την Πρωτοβουλία για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (Baby Friendly Hospital Initiative). Ο απώτερος στόχος της πρωτοβουλίας είναι να προσφέρει σε κάθε γυναίκα τη δυνατότητα να πάρει σωστές, τεκμηριωμένες, βασισμένες σε κριτήρια υγείας, αποφάσεις σχετικά με τη διατροφή του βρέφους της και εφόσον επιλέξει το μητρικό θηλασμό, να την υποστηρίξει στον αποκλειστικό θηλασμό του παιδιού της για 6 μήνες και στη συνέχιση του θηλασμού, με ταυτόχρονη εισαγωγή στερεών τροφών, μέχρι το δεύτερο έτος της ζωής και μετέπειτα για όσο χρονικό διάστημα επιθυμούν μητέρα και παιδί.

Για να πιστοποιηθεί ένα νοσοκομείο ως φιλικό ως προς τα βρέφη θα πρέπει να πραγματοποιήσει δέκα «βήματα» - δηλαδή να τηρήσει δέκα κανόνες ορθής πρακτικής.

1. Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το μητρικό θηλασμό και κοινοποίησή της τακτικά σε όλο το προσωπικό υγείας.

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

3. Ενημέρωση όλων των εγκύων (προφορικά και γραπτά) για τα οφέλη και τους τρόπους διαχείρισης του θηλασμού.

4. Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό το πρώτο ημίωρο μετά τη γέννηση.

5. Επίδειξη στις μητέρες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρήσουν τη γαλουχία ακόμη κι όταν πρέπει να αποχωρισθούν τα νεογέννητά τους.

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

7. Εφαρμογή της πρακτικής “rooming in”, δηλαδή να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα μαζί με το νεογνό της 24 ώρες την ημέρα.

8. Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το βρέφος το αποζητάει.

9. Όχι τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα βρέφη που θηλάζουν.

10. Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού στις οποίες θα παραπέμπονται οι μητέρες κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο ή την κλινική.

Από το 1991, περισσότερα από 15.000 νοσοκομεία σε 132 χώρες έχουν εφαρμόσει τα δέκα βήματα για το θηλασμό και έχουν χαρακτηρισθεί Φιλικά προς τα Βρέφη. Στην χώρα μας μόλις δύο νοσοκομεία έχουν μπορέσει να πιστοποιηθούν έως σήμερα.

- Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού

Η Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού ξεκίνησε όταν το 1990, στη Συνάντηση Κορυφής για τα Παιδιά, οι εκπρόσωποι όλων των κρατών του κόσμου δεσμεύτηκαν να δραστηριοποιηθούν ενάντια στην τάση να αποφεύγεται ο μητρικός θηλασμός και να υποκαθίσταται από το επεξεργασμένο γάλα για βρέφη του εμπορίου. Το 1992 η διεθνής κοινότητα καθιέρωσε τον εορτασμό της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού μέσα στον Αύγουστο ενώ στην Ελλάδα γιορτάζεται κάθε χρόνο 1 με 7 Νοεμβρίου από το 1996.

Η Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, προωθείται σε παγκόσμιο επίπεδο από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), την Παγκόσμια Συμμαχία για την Προώθηση του Μητρικού Θηλασμού (WABA) και τη UNICEF και είναι μια ευκαιρία για την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων του μητρικού θηλασμού για την παιδική επιβίωση και ανάπτυξη, αλλά και για την υγεία των μητέρων.

Τέσσερις είναι οι στόχοι που επιδιώκεται να προωθηθούν μέσω της Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού:

1. Ανάδειξη της σημασίας των «Δέκα Βημάτων» για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία προκειμένου να βελτιωθούν τα ποσοστά μητρικού θηλασμού.

2. Ανάληψη δράσης από τα Συστήματα Υγείας, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και τις κοινότητες, προκειμένου ο θηλασμός να αποτελεί εύκολη επιλογή για τις γυναίκες.

3. Ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους της διατροφής με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος και για τα οφέλη του θηλασμού τόσο για το βρέφος όσο και για τη μητέρα.

4. Διευκόλυνση των μητέρων ώστε να έχουν πλήρη υποστήριξη για το θηλασμό στα Συστήματα Υγείας και όχι μόνο.

- IBFAN Ελλάδας

Το Ελληνικό τμήμα του Δικτύου Δράσης για την Βρεφική Διατροφή (IBFAN) υπερασπίζεται το δικαίωμα των βρεφών και των μικρών παιδιών να θηλάζουν, όπως και το δικαίωμα των γονιών να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την βρεφική διατροφή οι οποίες θα είναι σύμφωνες με την επιστημονική γνώση και ανεξάρτητες από κερδοσκοπικούς σκοπούς.

Το IBFAN Ελλάδος υιοθετεί πλήρως τις κάτωθι επτά αρχές του Διεθνούς Δικτύου:

1. Το δικαίωμα των βρεφών στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας.
2. Το δικαίωμα των οικογενειών σε επαρκή τροφή.
3. Το δικαίωμα των γυναικών να θηλάζουν και να κάνουν ενημερωμένες επιλογές που ακολουθούν επιστημονικά κριτήρια σχετικά με τη διατροφή του μωρού τους.
4. Το δικαίωμα των γυναικών για πλήρη υποστήριξη, ώστε να θηλάσουν επιτυχώς και να ακολουθήσουν σωστές πρακτικές στη βρεφική διατροφή.
5. Το ανθρώπινο δικαίωμα για υπηρεσίες υγείας που ανταποκρίνονται στις βασικές τους ανάγκες.
6. Το δικαίωμα των επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών σε συστήματα υγείας που είναι ελεύθερα από εμπορικές πιέσεις.
7. Το δικαίωμα των ανθρώπων να οργανώνονται σε διεθνή σύμπραξη ώστε να διασφαλίζουν αλλαγές που προστατεύουν την υγεία τους.

- LLL Ελλάδας

Ο Διεθνής Σύνδεσμος Θηλασμού (La Leche League International) ιδρύθηκε το 1956 από επτά μητέρες στις ΗΠΑ, και αυτή τη στιγμή είναι η μεγαλύτερη και παλαιότερη οργάνωση θηλασμού στον κόσμο, διαθέτει Ομάδες σε 68 χώρες και συμβουλεύει την UNICEF και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας πάνω σε θέματα θηλασμού.

Ο Σύνδεσμος σε διεθνές επίπεδο πλαισιώνεται από μια Επιστημονική Επιτροπή η οποία αποτελείται από 50 ειδικούς επιστήμονες απ' όλο τον κόσμο (ιατρούς, ψυχολόγους, μαίες, διαιτολόγους κ.ά.) που συμβουλεύουν την οργάνωση σε ιατρικά θέματα και αξιολογούν τις τελευταίες έρευνες και το πληροφοριακό υλικό που διαθέτει.

Ο Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδος εκπροσωπεί στη χώρα μας το Διεθνή Σύνδεσμο Θηλασμού. Είναι μία μη κερδοσκοπική οργάνωση που προσφέρει πληροφορίες, ενθάρρυνση και υποστήριξη στις μητέρες που θέλουν να θηλάσουν τα παιδιά τους.

Ομάδες του Συνδέσμου Θηλασμού Ελλάδος δραστηριοποιούνται σε διάφορες πόλεις ανά την Ελλάδα. Κάθε ομάδα διοργανώνει σε σπίτια μελών του Συνδέσμου επαναλαμβανόμενους κύκλους μηνιαίων συναντήσεων, υπό τη διεύθυνση μιας Συμβούλου Θηλασμού. Σκοπός των συναντήσεων είναι να πληροφορήσουν τις ενδιαφερόμενες γυναίκες σχετικά με τον θηλασμό και να συζητήσουν ερωτήματα και προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι θηλάζουσες μητέρες.

Οι Σύμβουλοι Θηλασμού είναι πρώτα απ' όλα μητέρες με πείρα στο θηλασμό, οι οποίες έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση για να μπορούν να βοηθούν εθελοντικά άλλες μητέρες να μάθουν την τέχνη του θηλασμού.

- Σύλλογος Συμβούλων IBCLC

Οι Πιστοποιημένες /οι Σύμβουλοι Γαλουχίας IBCLC είναι επαγγελματίες υγείας που ειδικεύονται σε προβλήματα της γαλουχίας. Εκπαιδεύονται με συγκεκριμένο τρόπο δίπλα σε θηλάζουσες μητέρες και δίνουν εξετάσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα για να πιστοποιούν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που έχουν αποκτήσει για τον θηλασμό.

Οι Πιστοποιημένες /οι Σύμβουλοι Γαλουχίας IBCLC έχουν τις ειδικές γνώσεις, την άριστη δεξιοτεχνία και ορθή επαγγελματική στάση ώστε να παρέχουν ποιοτική, θεωρητική και πρακτική βοήθεια, συμπαράσταση και υποστήριξη στα βρέφη και στις μητέρες, για να καταφέρουν να θηλάσουν.

Οι Πιστοποιημένες /οι Σύμβουλοι Γαλουχίας IBCLC δουλεύουν για την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων Μητρικού Θηλασμού καθ' όλη τη διάρκεια της γαλουχίας. Ενθαρρύνουν και υποστηρίζουν την πρωτοβουλία των

γονέων και την συμμετοχή τους στις αποφάσεις που αφορούν το παιδί τους πριν και μετά την γέννησή του. Γενικότερα ενθαρρύνουν ένα κοινωνικό περιβάλλον που υποστηρίζει τις θηλάζουσες οικογένειες.

Η εμπειρία απέδειξε ότι οι Πιστοποιημένες /οι Σύμβουλοι Γαλουχίας IBCLC συμβάλλουν στην βελτίωση των πρακτικών του μητρικού θηλασμού και αυξάνουν τα ποσοστά επιτυχίας. Υποστηρίζοντας και προσφέροντας επιμόρφωση στους συναδέλφους τους, το γενικό επίπεδο της φροντίδας αλλάζει και γίνεται πιο ποιοτικό. Οι πιστοποιημένες /οι Σύμβουλοι Γαλουχίας IBCLC λειτουργούν σε διάφορα εργασιακά πλαίσια – νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία – αλλά και αυτόνομα. Όταν πρόκειται για μαίες /μαιευτές, νοσηλεύτριες /νοσηλευτές και ιατρούς που εργάζονται σε νοσοκομεία, πληρούν τις ιδανικές προϋποθέσεις ώστε να βοηθήσουν το νοσοκομείο τους να γίνει φιλικό προς τα βρέφη (Baby Frienly Hospital), σύμφωνα με τις οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωση Υγείας και της UNICEF.

- Τράπεζες Μητρικού Γάλακτος

Οι τράπεζες μητρικού γάλακτος είναι εξειδικευμένα κέντρα, υπεύθυνα για:

- Την προαγωγή και προστασία του μητρικού θηλασμού.
- Την συλλογή μητρικού γάλακτος από θηλάζουσες μητέρες δότριες.
- Την επεξεργασία του δωρηθέντος μητρικού γάλακτος.
- Τον ποιοτικό έλεγχο του δωρηθέντος μητρικού γάλακτος.
- Τη διάθεση του δωρηθέντος μητρικού γάλακτος σε όποιο βρέφος το έχει ανάγκη.

Μητρικό γάλα μπορούν να δωρίσουν όλες οι υγιείς θηλάζουσες μητέρες. Αντενδείξεις αποτελούν:

- Το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών, η συστηματική χρήση φαρμάκων.
- Χρόνιες νόσοι ή λοιμώξεις όπως το AIDS, η ηπατίτιδα κ.α.
- Δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο επιμόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Δέκτες του δωρηθέντος μητρικού γάλακτος μπορούν να είναι:

Όλα τα βρέφη που θα πρέπει να λάβουν μητρικό γάλα αλλά η μητέρα τους δεν μπορεί να τους χορηγήσει το δικό της ή δεν μπορεί να παράγει δικό της.

Προτεραιότητα έχουν νεογνά /βρέφη τα οποία λόγω της κατάστασης τους, επιθυμείτε η ενίσχυση του ανοσοποιητικού τους συστήματος, η προστασία έναντι της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας και των λοιμώξεων, η λήψη θρεπτικών παραγόντων και παραγόντων ανάπτυξης προκειμένου να επιταχυνθεί η ωρίμανση και η ανάπτυξη τους. Πρόκειται για:

- Πρόωρα νεογνά κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο.
- Νεογνά μετά από δύσκολη χειρουργική επέμβαση.
- Νεογνά με συγγενείς καρδιοπάθειες ή ανεπάρκεια στο ανοσοποιητικό σύστημα.
- Νεογνά με οικογενειακό ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας.
- Μια τράπεζα μητρικού γάλακτος λειτουργεί ως εξής:
    - Η υποψήφια δότρια μητρικού γάλακτος δηλώνει την επιθυμία της, υποβάλλεται σε ορολογικές εξετάσεις, απαντά ένα ειδικό ερωτηματολόγιο και υπογράφει έγγραφο με το οποίο συναινεί στη διάθεση του γάλατος της.
    - Η αίτηση της υποψήφιας δότριας εξετάζεται και είτε εγκρίνεται είτε απορρίπτεται.
    - Οι επιλεχθείσες δότριες: Είτε προσέρχονται στη τράπεζα μητρικού γάλακτος και επιτόπου αντλούν το γάλα, είτε αντλούν το γάλα στο σπίτι τους, το φυλάσσουν προσωρινά ακολουθώντας τις οδηγίες της τράπεζας και το στέλνουν εν συνεχεία στην τράπεζα είτε με δικά τους κατάλληλα μέσα είτε μέσω του δικτύου περισυλλογής (σε ορισμένες μόνον χώρες).
    - Το γάλα που έχει συλλεχτεί παστεριώνεται και εν συνεχεία καταψύχετε.

Όταν απαιτηθεί μητρικό γάλα τότε εάν το βρέφος βρίσκεται στην ίδια νοσοκομειακή δομή αποψύχετε και χρησιμοποιείται επί τόπου, εάν όμως όχι τότε αποστέλλετε κατεψυγμένο και αποψύχετε προτού καταναλωθεί από το βρέφος.

Θα πρέπει να τονιστεί πως τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όσο και η UNICEF συνιστούν ως πρώτη επιλογή για τη σίτιση των βρεφών των οποίων οι μητέρες δεν μπορούν να χορηγήσουν ή δεν μπορούν να παράγουν το δικό τους γάλα, τη χορήγηση ανθρώπινου παστεριωμένου γάλακτος από επιλεγμένες μητέρες δότριες.

3.1.2 Πολιτικές και πρακτικές προσεγγίσεις Μητρικού Θηλασμού

Μετά την βιομηχανική επανάσταση με την εισαγωγή της μοντέρνας τεχνολογίας και την αποδοχή του νέου τρόπου ζωής, μειώθηκε σημαντικά η παραδοσιακή πρακτική του μητρικού θηλασμού για δεκαετίες και κατά συνέπεια βρέθηκε σε έξαρση η βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τα τελευταία 20 χρόνια όμως, έχει ξεκινήσει προσπάθεια ενημέρωσης και πληροφόρησης για το θηλασμό και η προάσπιση, η υποστήριξη και η προαγωγή του μητρικού θηλασμού σε υπό ανάπτυξη ή ανεπτυγμένες χώρες, σε μοντέρνες ή παραδοσιακές κοινωνίες.

Το 97% των γυναικών είναι προικισμένες από τη φύση να γαλακτοφορούν με επιτυχία. Το μέγεθος του στήθους δεν επηρεάζει την παραγωγή γάλακτος όπως επίσης, ο ισχυρισμός ότι «δεν θηλάζω γιατί δεν έχω γάλα» δεν ισχύει εφ' όσον η παραγωγή του γάλακτος εξαρτάται από τη συχνότητα και διάρκεια ερεθισμού του μαστού, όπως προαναφέρθηκε. Όσο περισσότερο θηλάζει το νεογέννητο τόσο περισσότερο γάλα παράγεται. Επομένως, αν δεν παράγεται γάλα ο λόγος είναι η κακή πληροφόρηση και υποστήριξη.

Σύμφωνα με τη διακήρυξη Innocenti που πραγματοποιήθηκε στην Φλωρεντία το 1990 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας της UNICEF και άλλους διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία και τη διατροφή του παιδιού, μέχρι το 1995 όλες οι κυβερνήσεις θα πρέπει να αναπτύξουν εθνική πολιτική προαγωγής μητρικού θηλασμού.

Κατά την διακήρυξη Innocenti σε όλα τα μαιευτήρια πρέπει να εφαρμόζονται «τα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό» που προτείνονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας της UNICEF και είναι τα εξής:

- Να υπάρχει γραπτή πολιτική που να ανακοινώνεται σε όλους τους φορείς που ασχολούνται με τη φροντίδα υγείας του παιδιού.

- Οι φορείς να εκπαιδεύονται για να γίνουν ικανοί να εφαρμόσουν την πολιτική.
- Πληροφόρηση όλων των εγκύων γυναικών για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.
- Βοήθεια στις μητέρες για την έναρξη του θηλασμού μέσα στο πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό.
- Εκπαίδευση των μητέρων στην τέχνη του θηλασμού και τη διατήρηση της γαλουχίας σε περίπτωση αποχωρισμού από τα παιδιά τους.
- Χορήγηση στο νεογέννητο μόνο μητρικού γάλακτος και όχι άλλων υγρών ή συμπληρωμάτων ξένου γάλακτος εκτός εάν υπάρχει ειδικός ιατρικός λόγος.
- Εφαρμογή του "rooming in", το νεογέννητο κοντά στη μητέρα του 24 ώρες το 24ωρο.
- Ελεύθερος και απεριόριστος θηλασμός.
- Όχι πιπίλες ή μπιμπερό στα παιδιά που θηλάζουν.
- Ίδρυση ομάδων υποστήριξης μητρικού θηλασμού μετά την έξοδο του παιδιού από το μαιευτήριο στις οποίες να μετέχουν και μητέρες (Ζάχου Θ., 1996)
- Περιγεννητική φροντίδα για τη προαγωγή του μητρικού θηλασμού

Το βρέφος μόλις γεννηθεί, αν αφεθεί στην κοιλιά της μητέρας του, έρπει σταδιακά στο μαστό της και στο τέλος καταφέρνει και πιάνει τη θηλή. Φαίνεται ότι κατευθύνεται από τη μυρωδιά της θηλής διότι σε περίπτωση που πλυθεί ο ένας μαστός, κατευθύνεται στον άλλο. Συγκεκριμένα, αμέσως μετά τον τοκετό όταν αφεθεί στην κοιλιά της μητέρας, στην αρχή για 20 λεπτά ξεκουράζεται και κοιτάζει περιοδικά τη μητέρα του, τα επόμενα 30 – 45 λεπτά αρχίζει να «έρπει» προς τα εμπρός, γυρίζει το κεφάλι δεξιά-αριστερά και τελικά πιάνει τη θηλή του μαστού και θηλάζει.

Έχει βρεθεί ότι τα παιδιά που την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, τοποθετούνται στο μαστό της μητέρας, σε επαφή δέρμα με δέρμα, το λεγόμενο skin to skin contact, αναπτύσσουν ισχυρότερο δεσμό, νιώθουν ασφάλεια και σιγουριά διότι αντιλαμβάνονται ότι βρίσκονται κοντά στη μητέρα ακούγοντας τη

φωνή και τους χτύπους της καρδιάς της και θηλάζουν καλύτερα και περισσότερο διάστημα. Επίσης, έχει βρεθεί ότι σε αυτή τη θέση θερμορρυθμίζουν καλύτερα απ' ότι αν έμπαιναν σε θερμοκοιτίδα.

Για όλους αυτούς τους λόγους θα πρέπει την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, το βρέφος να τοποθετείται γυμνό στο μαστό της μητέρας του, χωρίς προηγουμένως να γίνονται οι χειρισμοί που συνηθίζονται στα μαιευτήρια. Δηλαδή το βρέφος πρέπει να αφήνεται ήσυχο σε επαφή με τη μητέρα του, μέχρι να πιάσει τη θηλή του μαστού και να κάνει τις πρώτες θηλαστικές κινήσεις. Μέχρι τότε το νεογέννητο να μην πλένεται (απλά να το σκουπίζουν με μία πετσέτα μόλις βγει από τη μήτρα), να μην ζυγίζεται, να μην περνάει από εργαστηριακό έλεγχο και να μην του κάνουν βιταμίνη Κ.

Όλα τα παραπάνω πρέπει να αναβάλλονται για αργότερα. Για τα ελληνικά δεδομένα, η συνήθεια να βγάζει η μαία το βρέφος στο διάδρομο για να το δουν οι συγγενείς που περιμένουν, να αναβάλλεται για μία ώρα μετά τον τοκετό.

Το βρέφος πρέπει να παραμείνει στο μαιευτήριο στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα, δηλαδή να απολαμβάνει το λεγόμενο rooming in. Το νεογέννητο χρειάζεται την αγκαλιά της μητέρας, το γάλα από το μαστό της και την ασφάλεια από την παρουσία της στο ίδιο χώρο. Όλα αυτά συμβάλλουν στη φυσιολογική του ανάπτυξη και πολλές έρευνες έδειξαν ότι μετά τον τοκετό, η επαφή και η επικοινωνία του με τη μητέρα έχει σχέση με την όλη εξέλιξη της ζωής του παιδιού και επισημαίνονται οι κίνδυνοι που εγκυμονούν από την απομάκρυνση μητέρας – παιδιού.

Επίσης όταν το νεογέννητο βρίσκεται σε κοινό θάλαμο με άλλα νεογέννητα, υπάρχει κίνδυνος λοιμώξεων, λόγω του συγχρωτισμού του με τα άλλα νεογνά και στην επαφή του με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό τον ισχυρισμό επιβεβαίωσε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το 1989.

Καλύτερα ποσοστά και περισσότερο χρονικό διάστημα θηλασμού επιτυγχάνονται όταν δεν δίνεται νάρκωση στη μητέρα κατά τον τοκετό. Πράγματι έχει βρεθεί ότι η νάρκωση για αναλγησία της μητέρας δρα αρνητικά στο θηλασμό. Για να γίνει η περινεοτομία και η συρραφή της, πρέπει να δίνεται μόνο τοπική αναισθησία και όχι με γενική νάρκωση. Επίσης, η καισαρική τομή πρέπει

να γίνεται με επισκληρίδιο αναισθησία και όχι με γενική νάρκωση (Μαλλιαρού Α., 2002).

Οι φορείς υγείας πρέπει να πληροφορούν και να εκπαιδεύουν τις μέλλουσες και νέες μητέρες για όσα έχουν αναφερθεί. Ατυχώς, λίγοι ειδικοί που ασχολούνται με την περιγεννητική φροντίδα, είναι προετοιμασμένοι και εκπαιδευμένοι να λειτουργήσουν ως ειδικοί για το θηλασμό. Επί δεκαετίες, τόσο στην πανεπιστημιακή όσο και στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση των ιατρών δόθηκε πολύ λίγη σημασία στο θέμα γαλουχία-θηλασμός. Αυτή η ανεπάρκεια είναι ανάγκη να καλυφθεί (Ζάχου Θ.,1996)

▪ Εκπαίδευση στην τέχνη του θηλασμού

Η εκπαίδευση στην τέχνη του θηλασμού προϋποθέτει τη σωστή υγιεινή του μαστού. Μία φορά την ημέρα μπάνιο καθαριότητας με σαπούνι, τις επόμενες φορές μόνο με νερό πριν και μετά το θηλασμό και τα χέρια πρέπει να είναι πάντα καθαρά.

Σωστή θέση του παιδιού στο στήθος της μητέρας, με κατάλληλο κράτημα του μαστού και του βρέφους ώστε να μην θηλάζει τη θηλή αλλά τμήμα της θηλαίας άλου σε ίση απόσταση γύρω από τη βάση της θηλής, ώστε οι γαλακτοφόροι λύκηθοι να μεταφέρονται μέσα στη στοματική κοιλότητα. Με αυτό τον τρόπο το παιδί λαμβάνει μεγαλύτερη ποσότητα γάλατος, αποσυμφορίζει καλά το μαστό και δεν τραυματίζεται η θηλή. Ο τραυματισμός της θηλής είναι αποτέλεσμα της μη σωστής τοποθέτησης του βρέφους στο μαστό και όχι η διάρκεια του γεύματος και έτσι αποφεύγεται ο φαύλος κύκλος που οδηγεί στην αποτυχία του θηλασμού.

▪ Χορήγηση υγρών και ξένου γάλατος

Το μητρικό γάλα περιέχει 90% νερό. Λόγω της χαμηλής περιεκτικότητάς του σε ηλεκτρολύτες, υπάρχει πάντα επαρκής ποσότητα ελεύθερου νερού για να χρησιμοποιηθεί από το παιδί. Ακόμα και σε τροπική ζέστη ή πυρετό το παιδί που θηλάζει σωστά, δεν χρειάζεται επιπλέον υγρά. Η χορήγηση υγρών πολλές φορές δημιουργεί σύγχυση στο παιδί λόγω της χρήσης λαστιχένιας θηλής. Επίσης, με τα επιπλέον υγρά το βρέφος στερείται τα συστατικά του μητρικού γάλακτος και επιπλέον, επειδή η μητέρα δεν ερεθίζεται τόσο συχνά, υποστρέφεται η γαλακτοφορία.

Το συμπλήρωμα γάλακτος είναι περιττό όταν η μητέρα θηλάζει σωστά. Ακόμα και τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό εφόσον γίνεται σωστά ο θηλασμός, το πρώτο γάλα (πύαρ) παράγεται αμέσως. Η χορήγηση ξένου γάλατος, εκτός από το ότι είναι ο κυριότερος παράγοντας υποστροφής της γαλουχίας, αποστερεί από το νεογέννητο τον πιο σημαντικό αμυντικό παράγοντα, τον γαλακτοβάκιλλο, του οποίου η ανάπτυξη εμποδίζεται από τη β-λακτοφερίνη του αγελαδινού γάλατος. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα γεύμα ξένου γάλατος φθάνει να αλλάξει την εντερική χλωρίδα του νεογέννητου.

- Ελεύθερος και απεριόριστος θηλασμός

Παλιότερες εργασίες αναφέρουν ότι η μεταφορά του γάλατος γίνεται στα πρώτα 5 λεπτά του θηλασμού το οποίο δεν ισχύει σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα. Ο χρόνος μεταφοράς του γάλατος διαφέρει για κάθε μητέρα και παιδί, επομένως δεν υπάρχουν μοντέλα θηλασμού στα οποία να βασίζεται μία μητέρα. Το παιδί θηλάζει όποτε θέλει και για όσο θέλει. Όμως, πρέπει να γνωστοποιείται στις μητέρες ότι η συχνότητα και η διάρκεια των γευμάτων μετά από κάποιο διάστημα, περίπου 6 εβδομάδες, ελαττώνονται και το παιδί διαμορφώνει το δικό του πρόγραμμα. Επίσης, το πιο σωστό είναι το παιδί να θηλάζει κάθε φορά από τον ένα μαστό ώστε να μην στερείται το τελευταίο παχύ γάλα, το λεγόμενο hind milk.

- Διάρκεια θηλασμού

Μέχρι τον 6ο μήνα αποκλειστικά το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για το νεογέννητο. Μετά τους 6 μήνες μπαίνουν οι στερεές τροφές στη διατροφή του παιδιού και καλό είναι συνεχιστεί ο θηλασμός, πρωί-βράδυ ή όποτε θέλει η μητέρα και το παιδί. Σύμφωνα με τη διακήρυξη Innocenti, η διατήρηση του θηλασμού μέχρι τα 2 χρόνια θεωρείται ικανοποιητική. Διαιτητικές αντενδείξεις και απαγορεύσεις δεν υπάρχουν (Ζάχου Θ., 1996).

3.2 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ

3.2.1 Πιστοποιημένα φιλικά προς τα βρέφη ιδρύματα

Στα τέλη του 2012 η UNICEF UK, υπεύθυνη της Αρχής Αξιολόγησης Φιλικών προς τα Βρέφη Ιδρυμάτων στη Μεγάλη Βρετανία εξέδωσε νέα

αναθεωρημένα στάνταρ με τα οποία γίνεται η αξιολόγηση και επαναξιολόγηση των μαιευτηρίων, νοσοκομείων, πρωτοβάθμιων δομών υγείας στην κοινότητα, πανεπιστημίων και πόλεων για να αποκτούν ή να διατηρούν την πιστοποίηση ως Φιλικά προς τα Βρέφη και προς τον μητρικό θηλασμό. Θέτουν ως προαπαιτούμενα την προστασία του μητρικού θηλασμού από την ανεξέλεγκτη προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλατος και την συστηματική, τακτική, επαρκή και σύγχρονη εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με την μητέρα και το μικρό παιδί. Οι δύο αυτές προϋποθέσεις τίθενται πριν από οτιδήποτε άλλο, για να μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι υποστηρίζει τον μητρικό θηλασμό.

Η αναθεώρηση αυτή έρχεται σε συμφωνία με την επιταγή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας να προστατεύουμε, να προωθούμε και να υποστηρίζουμε το μητρικό θηλασμό, ακριβώς με αυτήν την σειρά: Δεν μπορεί να υπάρχει υποστήριξη εάν πρώτα δεν υπάρχει προστασία, ή με απλά λόγια, δεν έχει νόημα να δίνουμε σωστές οδηγίες θηλασμού στη μητέρα και παράλληλα να έχουμε στο γραφείο μας διαφημιστικά φυλλάδια εταιριών υποκατάστατων μητρικού γάλατος ή δωρεάν δείγματα γαλάτων.

Υπάρχει πλούτος επιστημονικών αποδείξεων για το ότι η πιστοποίηση του Φιλικού προς τα Βρέφη είναι αποτελεσματική στο να αυξάνει τα ποσοστά μητρικού θηλασμού. Το κόστος της πρωτοβουλίας λαμβάνεται από τα ιδρύματα που ενδιαφέρονται να πιστοποιηθούν ως Φιλικά προς τα Βρέφη. Αυτό γιατί η UNICEF UK δεν λαμβάνει χρήματα από την κυβέρνηση για να προωθήσει την πρωτοβουλία, και επομένως πρέπει να πληρώνεται για τις υπηρεσίες αξιολόγησης που παρέχει.

Το ενδιαφερόμενο ίδρυμα πρέπει στην αρχή να έρθει σε επαφή με την UNICEF UK, ώστε να εκφράσει επίσημα την επιθυμία του να γίνει Φιλικό προς τα Βρέφη.

- Με την εκδήλωση πρόθεσης το ίδρυμα λαμβάνει νέα, έρευνα και οδηγίες για την διαδικασία πιστοποίησης.

- Στο επόμενο στάδιο, το ενδιαφερόμενο ίδρυμα κάνει μια επίσκεψη για να ξεκινήσει η εφαρμογή. Κατά την επίσκεψη αυτή, ένα υψηλά ιστάμενο μέλος

της ομάδας της πρωτοβουλίας για φιλικά προς τα βρέφη θα υποστηρίξει το ίδρυμα να αναπτύξει ένα σοβαρό σχέδιο δράσης.

- Μόλις ολοκληρωθεί το πλάνο και ο Διευθυντής της UNICEF UK επιβεβαιώσει την υποστήριξη στο σχέδιο, απονέμεται στο ίδρυμα ένα πιστοποιητικό αφοσίωσης (Certificate of Commitment). Κατόπιν η υπηρεσία προχωρά στα στάδια της πλήρους πιστοποίησης τα οποία είναι τα εξής:

1ο Στάδιο

- Να υπάρχουν γραπτές πολιτικές και κατευθυντήριες γραμμές που να υποστηρίζουν τα στάνταρ.

- Να σχεδιαστεί ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα ώστε όλο το προσωπικό του ιδρύματος να εφαρμόζει τα στάνταρ ομοιόμορφα, ανάλογα και με το ρόλο του καθενός.

- Να υπάρχουν προβλεπόμενες διαδικασίες για την στοιχειοθέτηση, τον επανέλεγχο και την εκτίμηση εφαρμογής των στάνταρ.

- Να διασφαλιστεί ότι ο μητρικός θηλασμός στο εν λόγω ίδρυμα προστατεύεται, άρα δεν υπάρχει κανενός είδους προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλατος, μπιμπερό ή πιπίλων σε κανένα σημείο της υπηρεσίας ή από κανέναν επαγγελματία υγείας που εργάζεται στο ίδρυμα.

Ο σκοπός του πρώτου σταδίου είναι η υπηρεσία να θέσει σε εφαρμογή τις βάσεις για να επιτύχει τις αλλαγές που απαιτούνται. Οι απαραίτητες βάσεις περιλαμβάνουν πολιτική για την βρεφική διατροφή, πλάνο για την εκπαίδευση του προσωπικού, τήρηση του Διεθνούς Κώδικα με προστασία του μητρικού θηλασμού στην υπηρεσία και πρωτόκολλα και οδηγίες που καθοδηγούν το προσωπικό στο να εφαρμόζει τα στάνταρ.

Όλα τα απαραίτητα έγγραφα υποβάλλονται σε αξιολογητή που έχει αναλάβει το συγκεκριμένο ίδρυμα, ο οποίος ελέγχει με λεπτομέρεια αν καλύπτουν τα απαιτούμενα στάνταρ. Έπειτα στέλνεται στην υπηρεσία αναφορά με την σχετική πρόοδο, και τις απαιτούμενες διορθώσεις και αλλαγές.

2ο Στάδιο

Όλο το προσωπικό του ιδρύματος να είναι εκπαιδευμένο στο να εφαρμόζει τα στάνταρ ανάλογα με τον ρόλο του καθενός και την υπηρεσία που παρέχεται.

Σκοπός του δεύτερου σταδίου είναι να διασφαλιστεί ότι όλο το προσωπικό του ιδρύματος που έρχεται σε επαφή με μητέρες, μωρά και τις οικογένειές τους κατέχει τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για να εφαρμόζει τα στάνταρ, σύμφωνα και με το ρόλο του καθενός. Όταν η διαδικασία εκπαίδευσης του προσωπικού ολοκληρώνεται, και εσωτερική έρευνα στο ίδρυμα δείχνει ότι είναι σημαντικά αποτελεσματική, τότε γίνεται αξιολόγηση από την UNICEF UK για το στάδιο 2 πιστοποίησης.

Επιτροπή αξιολογητών επισκέπτεται την υπηρεσία, συζητά με προσωπικό, μάνατζερ και γονείς ώστε να συλλέξει στοιχεία σχετικά με το πόσο επιτυχημένο ήταν το πρόγραμμα εκπαίδευσης όλου του προσωπικού.

3ο Στάδιο

- Να υποστηρίζονται όλες οι έγκυες γυναίκες στο να αναγνωρίζουν την σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού και των πρώιμων σχέσεων στην μελλοντική υγεία και ευεξία του παιδιού τους.
- Να υποστηρίζονται όλες οι μητέρες και τα μωρά τους να ξεκινούν μια κοντινή επαφή και σχέση θηλασμού αμέσως μετά την γέννηση.
- Να ενθαρρύνονται οι μητέρες στο να κάνουν καλό ξεκίνημα στον θηλασμό.
- Να υποστηρίζονται οι μητέρες να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με την εισαγωγή άλλων υγρών πέραν του μητρικού γάλακτος.
- Να υποστηρίζονται οι γονείς να έχουν μια στενή σχέση αγάπης με το βρέφος τους.
- Να δίνεται στα βρέφη μητρικό γάλα και να ξεκινάει ο μητρικός θηλασμός όπου είναι εφικτό.
- Να εκτιμώνται οι γονείς ως απαραίτητοι ενεργοί συμμέτοχοι στην ιατρική φροντίδα.
- Να ενθαρρύνονται οι μητέρες να συνεχίζουν να θηλάζουν για όσο επιθυμούν αυτές και τα παιδιά τους

- Να ενισχύονται οι μητέρες ώστε να λαμβάνουν επιστημονικά ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με την εισαγωγή άλλων υγρών ή τροφών πέραν του μητρικού γάλακτος.

Ο στόχος αυτού του σταδίου είναι να διασφαλιστεί ότι τα στάνταρ εφαρμόζονται, ωφελώντας τις μητέρες και τα μωρά τους, και επιτυγχάνοντας βελτιωμένα αποτελέσματα. Εσωτερική έρευνα του ιδρύματος πρέπει να καταδείξει ότι τα στάνταρ εφαρμόζονται. Έπειτα, λαμβάνει χώρα η αξιολόγηση του σταδίου 3 από την UNICEF UK. Οι αξιολογητές επισκέπτονται την υπηρεσία και μιλούν με τις μητέρες και τις οικογένειες, μετά από συγκατάθεσή τους, παίρνοντας συνεντεύξεις από γονείς για τις εμπειρίες τους μέσα στην υπηρεσία. Επίσης οι αξιολογητές αναθεωρούν τα αποτελέσματα των εσωτερικών ερευνών, τα δεδομένα ποσοστών θηλασμού του ιδρύματος και άλλα υποστηρικτικά στοιχεία.

Όταν έχουν επιτευχθεί και τα τρία στάδια αξιολόγησης επιτυχώς, δίδεται πλήρης Πιστοποίηση Φιλικού προς τα Βρέφη. Είναι συνήθως σε αυτό το στάδιο που οι υπηρεσίες αρχίζουν να βλέπουν βελτιώσεις στα ποσοστά μητρικού θηλασμού.

3.2.1.1 Τι ισχύει στο εξωτερικό για τα φιλικά στα βρέφη νοσοκομεία

Στην πολιτεία της Καλιφόρνια στις ΗΠΑ ψηφίστηκε τον Φεβρουάριο 2013 νόμος για την δημόσια υγεία και ασφάλεια. Στο νόμο ΣΒ402 προστέθηκε η παράγραφος 123367 η οποία καθορίζει πλέον την λειτουργία των νοσοκομείων που έχουν μαιευτικά τμήματα στην πολιτεία.

Ήδη σε προϋπάρχον νόμο καθορίζεται η άδεια και οι κανόνες λειτουργίας όλων των υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, όπου αναφέρεται ρητά ότι, από την 1η Ιανουαρίου 2014 όλα τα γενικά και ειδικά νοσοκομεία που έχουν μονάδα περιγεννητικής φροντίδας θα πρέπει να έχουν ρητή πολιτική βρεφικής διατροφής.

Ο νέος νόμος απαιτεί όλα τα γενικά και ειδικά νοσοκομεία της πολιτείας, δημόσια και ιδιωτικά, που διαθέτουν μονάδα περιγεννητικής φροντίδας, να υιοθετήσουν πλήρως τα Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF, όπως αναφέρονται στην πρωτοβουλία για Φιλικά προς τα Βρέφη ιδρύματα του Π.Ο.Υ.

Συγκεκριμένα, για την συνέχιση λειτουργίας όλων των μαιευτικών μονάδων της πολιτείας απαιτείται, έως την 1η Ιανουαρίου 2020, να έχουν κάνει τα αναγκαία βήματα ώστε να είναι πλήρως πιστοποιημένα ιδρύματα ως Φιλικά προς τα Βρέφη, παρέχοντας έτσι την καλύτερη δυνατή ποιότητα φροντίδας στην βρεφική διατροφή. Για να συνεχίσουν να λειτουργούν μετά το 2020, θα πρέπει μέχρι τότε να εφαρμόζουν πλήρως τα Δέκα Βήματα, ή να υιοθετήσουν μια αντίστοιχη διαδικασία πιστοποίησης ποιότητας στην προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού που να αναγνωρίζεται επίσημα από το Τμήμα Δημόσιας Υγείας της πολιτείας.

3.2.1.2 Τι ισχύει στην Ελλάδα για τα φιλικά στα βρέφη νοσοκομεία

Στη χώρα μας ακόμα δεν έχουμε ορίσει πρωτοβουλία για φιλικά προς τα βρέφη, με προϋπολογισμό και ανάθεση σε ανθρώπους που δουλεύουν αποκλειστικά για αυτό. Έχουμε μόλις ξεκινήσει να εφαρμόζουμε απλά τα δέκα βήματα της UNICEF σε 2 μόνο πιστοποιημένα ως φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία και συγκεκριμένα στα νοσοκομεία Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ» και Π.Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» τα οποία πληρούν τα κριτήρια, ώστε να χαρακτηρισθούν «ΦΙΛΙΚΑ ΓΙΑ ΤΑ ΒΡΕΦΗ» νοσοκομεία, πλην όμως, εκατοντάδες άλλα δεν έχουν καμία πρόοδο στην εφαρμογή των δέκα βημάτων ή δεν γνωρίζουν ποιος είναι ο δρόμος για να προχωρήσουν.

Τον ίδιο καιρό, η διεθνής κοινότητα συνειδητοποιεί ότι δεν φτάνουν απλώς τα δέκα βήματα, ότι απαιτούνται πρόσθετα των δέκα βημάτων προαπαιτούμενα, όπως η ενημέρωση των εγκύων πριν την γέννηση, η τήρηση του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, η συστηματική πλήρης και τακτική εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας, και η επέκταση των Φιλικών προς τα Βρέφη δομών εκτός των νοσοκομείων, στην κοινότητα, στις επιχειρήσεις, στους παιδικούς σταθμούς, στα φαρμακεία, και στα πανεπιστήμια. Δυστυχώς τέτοια κουβέντα δεν έχει καν ξεκινήσει στην Ελλάδα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

4.1.1 Σκοπός μελέτης

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας ήταν η μελέτη της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού σε λεχωίδες έως 5 ημερών στο Γ.Ν. Μεσσηνίας. Ως περίπτωση μελέτης επιλέχτηκε το Γ. Ν. Μεσσηνίας, όπου μέσα από αντιπροσωπευτικό τυχαίο δείγμα 130 λεχωίδων γυναικών εκτιμήθηκε, η συχνότητα του μητρικού θηλασμού κατά τη διάρκεια των πρώτων πέντε ημερών.

4.1.2 Περιγραφή μελέτης

Στην πορεία έγινε ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν, οι οποίες αναφέρονται και αναλύονται αμέσως παρακάτω. Το δείγμα του ερωτηματολογίου, που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών ώστε να διεξαχθούν συμπεράσματα για την εν λόγω έρευνα, ήταν ανώνυμο και είχε σκοπό να μας πληροφορήσει σχετικά με το γεγονός της συχνότητας του μητρικού θηλασμού κατά τη διάρκεια των πρώτων πέντε ημερών, καθώς επίσης και των προσδιοριστικών παραγόντων που δυνητικά θα μπορούσε να προωθήσει Γ.Ν. Μεσσηνίας. Ως προς το ερευνητικό σκέλος της εργασίας, για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα και το δείγμα αποτέλεσαν λεχωίδες γυναίκες 5 ημερών που είχαν γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική τομή στο χώρο του Γ.Ν. Μεσσηνίας κατά το χρονικό διάστημα από 5/6/2013 έως 6/10/2013 (N=130). Τα ερωτηματολόγια των 43 ερωτήσεων, συμπληρώθηκαν από 130 λεχωίδες που μόλις είχαν γεννήσει.

4.1.3 Σχεδιασμός μελέτης

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και η μελέτη που έλαβε χώρα περιελάμβανε δεδομένα από τις συνεντεύξεις που έγιναν σε δύο δείγματα μητέρων. Το ένα δείγμα περιελάμβανε 586 μητέρες, που γέννησαν σε 40 διαφορετικά μαιευτήρια και οι συνεντεύξεις ελήφθησαν όταν τα μωρά

είχαν συμπληρώσει την ηλικία των 6 μηνών. Ενώ το δεύτερο δείγμα περιελάμβανε 601 μητέρες που γέννησαν σε 39 διαφορετικά μαιευτήρια και τα μωρά είχαν συμπληρώσει την ηλικία των 12 μηνών.

Η αξιοπιστία των μετρήσεων σαφώς επηρεάζει την αξία των ερευνητικών αποτελεσμάτων και γι' αυτό το λόγο το παραπάνω ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας. Έγινε μια πρώτη πιλοτική προσέγγιση στατιστικής ανάλυσης σε 12 μητέρες, ώστε να ελεγχθεί ο βαθμός κατανόησης των ερωτήσεων, η αλληλουχία τους, αλλά και τα χαρακτηριστικά που πιθανώς να χρειάζονταν τροποποίηση. Πλέον έγινε και διαγραφή /τροποποίηση ερωτήσεων που παρουσίαζαν χαμηλό επίπεδο συσχέτισης με τη συνολική βαθμολογία.

Η γενική εντύπωση από τη συλλογή των ερωτηματολογίων ήταν ότι οι ερωτήσεις ήταν εύκολα κατανοητές, οι μητέρες απαντούσαν γρήγορα και με άνεση και συνολικά το κάθε ερωτηματολόγιο για να απαντηθεί δεν ξεπερνούσε , κατά μέσο όρο, τα 7 λεπτά. Τα ερωτήματα δεν έφερναν τις μητέρες σε δύσκολη θέση ή σε αμηχανία και η πλειοψηφία τους ήταν πρόθυμες να απαντήσουν. Αρκετές ήταν οι φορές που οι γυναίκες εξέφραζαν απορίες και ζητούσαν περισσότερες πληροφορίες κυρίως για την τεχνική του μητρικού θηλασμού, ενώ ένα μεγάλο μέρος των γυναικών δεν γνώριζαν για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία. Γυναίκες αλλοδαπές που δεν γνώριζαν να διαβάσουν ελληνικά, απαντούσαν το ερωτηματολόγιο με τη μορφή συνέντευξης.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η έγγραφη συγκατάθεση από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού για τη χρήση του ερωτηματολογίου με (αρ. πρωτ. 1135/09.5.13), δόθηκε από τη επιστημονική υπεύθυνη κα Ι. Αντωνιάδου- Κουμάτου.

4.1.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM – SPSS Statistics v.21.0, έκδοση για Windows και την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας x^2-test. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5% (p=0,05).

Η ανάλυση της έρευνας, ξεκίνησε ως απλή περιγραφική και στη συνέχεια η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της διενεργήθηκε με την περιγραφή των στατιστικών πινάκων, που δημιουργήθηκαν στα διάφορα βήματα της διαδικασίας.

Συγκεκριμένα εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Έγινε χρήση των βασικών μέτρων θέσης και διασποράς, καθώς και των συχνοτήτων για τη περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων περί των παραγόντων που επηρεάζουν τη συχνότητα του μητρικού θηλασμού. Στη συνέχεια έγιναν οι συσχετίσεις, μεταξύ των διαφόρων ερωτήσεων που αφορούσαν τους παράγοντες που επηρέασαν την συχνότητα του μητρικού θηλασμού και των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικιακή ομάδα των γυναικών, προβλήματα υγείας, εργασιακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών των ιδίων αλλά και των συντρόφων τους, οικογενειακή κατάσταση, εθνικότητα, κλπ), οι οποίες ελέγχθηκαν με τον στατιστικό έλεγχο X^2 Chi-Square Tests. Τέλος, οι ίδιοι στατιστικοί έλεγχοι χρησιμοποιήθηκαν για τη συσχέτιση της γνώσης σχετικά με το κάπνισμα, ως ενός αρνητικού παράγοντα κατά την έναρξη του θηλασμού.

Τα p-values που αναφέρονται βασίζονται σε αμφίπλευρους ελέγχους. Τα p-values με τιμή χαμηλότερη ή ίσο από 0,05 (p-value≤0,05*) θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τιμές πολύ χαμηλότερες του ορίου και ίσες με 0,01 (p-value=0,01**) θεωρήθηκαν ισχυρά στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

4.1.5 Στοιχεία δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μίας έρευνας. Ειδικότερα, τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούσαν τους συμμετέχοντες και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού, κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.2.1 Περιγραφική ανάλυση στοιχείων έρευνας

Με δεδομένο ότι η συνεχής ενημέρωση για την απόκτηση γνώσεων σχετικά με την ωφελιμότητα του μητρικού θηλασμού αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αύξησης της συχνότητας

και της διατήρησης του, η διερεύνηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού προάγει την έρευνα σχετικά με την παρότρυνση όλο και περισσοτέρων μητέρων ώστε να θηλάσουν το μωρό τους και επιπλέον γίνεται κατανοητό ότι το υγιές νεογνό δεν χρειάζεται τίποτα άλλο εκτός από υγιές γάλα.

Στους παρακάτω πίνακες, παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν από τη περιγραφική ανάλυση των δεδομένων του συνόλου του δείγματος.

4.2.1.1 Ανάλυση και σχολιασμός δημογραφικών

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται, μέσα από πίνακες τα στατιστικά για κάθε δημογραφική ερώτηση και αποτυπώνεται το προφίλ των λεχωίδων γυναικών που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 29: «Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;»

Πίνακας 5.1. Κατανομή ερωτηθέντων γυναικών ανά ηλικιακή ομάδα

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
1η ΟΜΑΔΑ	<20	9	6,9
2η ΟΜΑΔΑ	21-25	34	26,2
3η ΟΜΑΔΑ	26-30	32	24,6
4η ΟΜΑΔΑ	31-35	37	28,5
5η ΟΜΑΔΑ	35-40	16	12,3
6η ΟΜΑΔΑ	>40	2	1,5
ΣΥΝΟΛΟ		130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Η ερώτηση 29 αποκαλύπτει την ηλικία των 130 ερωτηθέντων λεχωίδων γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Πιο αναλυτικά, το 28,5% των γυναικών του δείγματος ήταν μεταξύ της ηλικιακής ομάδας των 31-35 ετών, το 26,2% μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 21-25 ετών, το 24,6% μεταξύ της ηλικιακής ομάδας των 26-30 ετών, ποσοστό 12,3% μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 35-40 ετών, ποσοστό 6,9 % < 20 και μόλις 1,5% > των 40 ετών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 30: «Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας»

Πίνακας 5.2 Κατανομή με βάση το πρόβλημα υγείας των ερωτηθέντων γυναικών

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΝΑΙ	4	3,1
ΟΧΙ	125	96,2
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	0,8
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα 4.2, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων λεχωίδων γυναικών, σχετικά με την ερώτηση αν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας κατά τη στιγμή που θα έπρεπε να θηλάσουν, απάντησαν σε ποσοστό 96,2% αρνητικά και μόλις 3,1% απάντησε ότι είχε κάποιο πρόβλημα υγείας, ενώ μία από τις 130 του δείγματος δεν απάντησε. Σχετικά με το πρόβλημα υγείας που παρουσίασαν, η μία από τις τέσσερις καθόρισε το πρόβλημα σε ψωρίαση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 32: «Θα μπορούσατε να μου πείτε αν καπνίζετε;»

Πίνακας 5.3 Κατανομή καπνίσματος γυναικών του δείγματος

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΝΑΙ	30	23,1
ΟΧΙ	99	76,2
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	0,8
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες από το δείγμα των 130 ερωτηθέντων λεχωίδων γυναικών όπως φαίνεται στον πίνακα 5.3, ποσοστό 76,2% γενικότερα δεν κάπνιζε πριν την εγκυμοσύνη και ποσοστό 23,1% απάντησε ότι κάπνιζε.

ΕΡΩΤΗΣΗ 33: «Καπνίζατε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης;»

Πίνακας 5.4 Κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΝΑΙ	18	13,8
ΟΧΙ	111	85,4
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	0,8
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Από το δείγμα των 130 ερωτηθέντων λεχωίδων γυναικών, όπως φαίνεται στον πίνακα 5.4, σε επίπεδο καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το μεγαλύτερο ποσοστό 85,4% απάντησε αρνητικά. Ποσοστό 13,8% απάντησε θετικά και το ύψος της ποσότητας των τσιγάρων που κατανάλωναν ημερησίως ήταν μόλις 2 τσιγάρα. Αν συγκριθεί η συχνότητα του πίνακα 5.3, όσον αφορά τις γυναίκες του δείγματος που κάπνιζαν πριν μείνουν έγκυες και η συχνότητα που κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης του πίνακα 5.4 διαπιστώνεται μείωση κατά 9,3% των καπνιστριών κατά τη διάρκεια της κύησης. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το κάπνισμα έχει συσχετιστεί αρνητικά με το μητρικό θηλασμό σε πολλές μελέτες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 34: «Υπάρχει άλλος καπνιστής στο σπίτι;»

Πίνακας 5.5 Άλλος καπνιστής στο σπίτι

ΑΛΛΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

		(%)
ΝΑΙ	68	52,3
ΟΧΙ	62	47,7
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο πινάκα 5.5, φαίνεται ότι ποσοστό 52,3% του συνόλου του δείγματος παραδέχτηκε ότι υπάρχει και άλλος καπνιστής στο σπίτι, ενώ αντίθετα ποσοστό 47,7% του δείγματος των λεχωίδων δήλωσε, ότι δεν καπνίζει κανείς άλλος. Το παθητικό κάπνισμα έχει αποδειχτεί, ότι αποτελεί αρνητικό παράγοντα κατά τη διαδικασία του μητρικού θηλασμού.

ΕΡΩΤΗΣΗ 35: «Εργαζόσασταν όσο ήσασταν έγκυος;»

Πίνακας 5.6 Εργασία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΝΑΙ	41	31,5
ΟΧΙ	88	67,7
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	0,8
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Πίνακας 5.6α Αν ναι σε ποιο μήνα σταματήσατε να εργάζεστε;

ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟ ΜΗΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΑΤΕ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
9 **ΜΗΝΕΣ**	13	10,0
8 **ΜΗΝΕΣ**	6	4,6
7 **ΜΗΝΕΣ**	4	3,1
6 **ΜΗΝΕΣ**	2	1,5
5 **ΜΗΝΕΣ**	5	3,8
4 **ΜΗΝΕΣ**	2	1,5
3 **ΜΗΝΕΣ**	2	1,5
2 **ΜΗΝΕΣ**	4	3,1
1 **ΜΗΝΕΣ**	4	3,1

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Πίνακας 5.6β Αν ναι πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας ή έχετε μειωμένο ωράριο;

ΑΝ ΝΑΙ ΠΗΡΑΤΕ ΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΔΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ Η ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ Η ΕΧΕΤΕ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΩΡΑΡΙΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΝΑΙ	19	14,6
ΟΧΙ	23	17,7

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο πινάκα 5.6, φαίνεται ότι ποσοστό 31,5% λεχωίδων γυναικών του συνόλου του δείγματος εργαζόταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ σημαντικό ποσοστό 67,7% του συνόλου του δείγματος δεν εργαζόταν. Πρέπει να επισημανθεί, όπως φαίνεται στο πίνακα 5.6.α, ότι όσον αφορά τις 42 γυναίκες από τις 129 του συνόλου του δείγματος που εργάζονταν, ποσοστό 10% σταμάτησε να εργάζεται

τον ένατο μήνα, ποσοστό 4,6% τον όγδοο μήνα, ποσοστό 3,8% τον πέμπτο μήνα, ποσοστό 3,1% τον έβδομο και μικρότερα ποσοστά παρατηρούνται όσον αφορά τη διακοπή της εργασίας στο αρχικό στάδιο εγκυμοσύνης. Επίσης, όπως φαίνεται στο πίνακα 5.6.β, ποσοστό 14,6% γυναικών πήρε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας ή είχε μειωμένο ωράριο και ποσοστό 17,7% δεν πήρε πληρωμένη άδεια ή δεν είχε μειωμένο ωράριο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 36: «Άδεια μετά το τοκετό;»

Πίνακας 5.7 Άδεια μετά τον τοκετό

ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΟΚΕΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΓΟΝΙΚΗ / ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ	4	3,1
ΛΟΧΕΙΑΣ	4	3,1
ΚΥΗΣΗΣ / ΤΟΚΕΤΟΥ	4	3,1
ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ	3	2,3
ΣΥΝΟΛΟ	15	11,5

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Από τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα 5.7 διαπιστώνουμε, ότι από το ποσοστό των 30,8% γυναικών του δείγματος που εργάζονταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ποσοστό 3,1% πήρε άδεια γονική /μητρότητας, 3,1% λοχείας, 3,1% κύησης τοκετού και 2,3% αναρρωτική. Πρέπει να σημειωθεί ότι μόλις 11,5% του ποσοστού 30,8% που εργάζονταν πριν γεννήσουν πήραν άδεια μετά το τοκετό.

ΕΡΩΤΗΣΗ 37: «Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας;»

Πίνακας 5.8 Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟ	2	1,5

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	8	6,2
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	6	4,6
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	14	10,8
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	54	41,5
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	20	15,4
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	20	15,4
ΑΛΛΟ	5	3,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	0,8
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, βλέπουμε ότι ποσοστό 41,5% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτες λυκείου, ενώ το 15,4% έχουν σπουδές αντίστοιχα επιπέδου ΑΕΙ και ΤΕΙ, ποσοστό 10,8% επιπέδου γυμνασίου και ποσοστό 4,6% επιπέδου δημοτικού. Κατά συνέπεια το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων του δείγματος κρίνεται εν μέρει ικανοποιητικό. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει, ότι ο παράγοντας του μορφωτικού επίπεδου της μητέρας, επηρεάζει θετικά την έναρξη του μητρικού θηλασμού (Theofilogiannakou et al, 2006).

ΕΡΩΤΗΣΗ 38: «Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα;»

Πίνακας 5.9 Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	8	6,2
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	11	8,5
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	23	17,7
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	53	40,8

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	14	10,8
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	19	14,6
ΑΛΛΟ	1	0,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	0,8
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα, βλέπουμε ότι ποσοστό 6,2% των ερωτηθέντων γυναικών απάντησε, ότι οι σύντροφοι τους έχουν παρακολουθήσει μερικές τάξεις του δημοτικού, ενώ ποσοστό 8,5% έχει τελειώσει το δημοτικό. Ποσοστό 17,7% είναι απόφοιτοι του γυμνασίου, 40,8% απόφοιτοι λυκείου και σπουδές επιπέδου ΤΕΙ και ΑΕΙ έχουν ολοκληρώσει ποσοστά αντίστοιχα 10,8% και 14,6%. Κατά συνέπεια το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων λεχωίδων του δείγματος, όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των πατέρων, κρίνεται ικανοποιητικό.

Οι άνδρες ζητούν περισσότερο από ποτέ, πληροφόρηση για τη προγεννητική και τη μεταγεννητική περίοδο που θα διανύσει η σύντροφος τους, ενώ η ενεργός συμμετοχή τους στη περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας της συντρόφου έχει ήδη αποδειχτεί ευεργετική, για τη καλή υγεία της μητέρας και νεογνού και για την επιτυχία της έναρξης αλλά και της εδραίωσης του μητρικού θηλασμού (Arora A., et al.,2000).

ΕΡΩΤΗΣΗ 39 : «Οικογενειακή κατάσταση;»

Πίνακας 5.10 Οικογενειακή κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ	110	84,6
ΑΝΥΠΑΝΤΡΗ	18	13,8
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ / ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	1	0,8
ΧΗΡΑ	1	0,8

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Η ερώτηση 39 του ερωτηματολογίου είχε στόχο την μέτρηση της συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης των λεχωίδων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Όσον αφορά τα ποσοστά που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση, 84,6% του δείγματος είναι παντρεμένες, ενώ ποσοστό 13,8% είναι ανύπαντρες. Παρατηρούμε μικρά ποσοστά αντίστοιχα 0,8% χήρες και διαζευγμένες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 40: «Χώρα καταγωγής;»

Πίνακας 5.11 Χώρα καταγωγής

ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΕΛΛΑΔΑ	89	68,5
ΑΛΒΑΝΙΑ	30	23,1
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	4	3,1
ΡΩΣΙΑ	1	0,8
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	1	0,8
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1	0,8
ΑΛΛΟ	4	3,1
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Από το δείγμα των 130 ερωτηθέντων λεχωίδων που γέννησαν στο Γ.Ν. Μεσσηνίας και έλαβαν μέρος στην έρευνα, όπως φαίνεται στον πίνακα 5.11 και όσον αφορά τη χώρα καταγωγής τους, ποσοστό 68,5% είναι Ελληνικής καταγωγής, ποσοστό 23,1% του δείγματος είναι Αλβανικής καταγωγής και μόλις ποσοστό 3,1% κατάγονται από τη Βουλγαρία.

Παρουσιάζονται στο πίνακα μικρότερα ποσοστά και από άλλες χώρες. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η πλειοψηφία του δείγματος κατάγεται από την Ελλάδα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 41: «Έχετε κοινωνική ασφάλεια;»

Πίνακας 5.12 Κοινωνική ασφάλεια

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	105	80,8
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	5	3,8
ΚΑΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	13	10,0
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	7	5,4
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Σχετικά με την ερώτηση για τη κοινωνική ασφάλιση που τους παρέχεται μέσω των ταμείων που μετέχουν οι λεχωίδες του δείγματος, ποσοστό 80,8% απάντησε ότι μετέχει σε δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο, ποσοστό 10% δεν έχει καμιά ασφάλιση και ποσοστό 3,8% κατέχει ιδιωτική ασφάλιση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 42: «Ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα την περσινή χρονιά;»

Πίνακας 5.13 Οικογενειακό εισόδημα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΚΑΤΩ ΑΠΟ 12.000€	65	50,0
12.000 - 23.999€	33	25,4

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
24.000 - 35.999€	15	11,5
36.000 - 47.999€	1	0,8
48.000€ ΚΑΙ ΑΝΩ	1	0,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	15	11,5
ΣΥΝΟΛΟ	130	100,0

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Σχετικά με την ερώτηση όσον αφορά την κατηγορία του οικογενειακού εισοδήματος που ανήκουν οι λεχωίδες του δείγματος, ποσοστό 50% απάντησε ότι έχει ετήσιο εισόδημα κάτω από 12.000€ ενώ ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό 25,4% συγκεντρώνει οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 12.000€ και 23.999€ ετησίως. Επίσης ποσοστό 11,5% συγκεντρώνει οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 24.000€ και 35.999€ και στα ανώτατα επίπεδα εισοδήματος, δηλαδή πάνω από 36.000€ μετέχει ελάχιστη συχνότητα του δείγματος (δύο μόνο οικογένειες). Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετά σημαντικό ποσοστό του δείγματος 11,5% δεν έδωσε καμία απάντηση σχετικά με το οικογενειακό εισόδημα.

4.2.1.2 Ανάλυση και σχολιασμός ερωτήσεων όσον αφορά τους παράγοντες σχετικά με το μητρικό θηλασμό από τη πλευρά της μητέρας

Ακολουθεί, η περιγραφική ανάλυση όσον αφορά τις συχνότητες των απαντήσεων που έδωσαν οι 130 λεχωίδες (πέντε ημερών), στις ερωτήσεις που σχετίζονται με τους παράγοντες του μητρικού θηλασμού από την πλευρά της μητέρας.

Έτσι, από τον Πίνακα 5.14 προέκυψε ότι η πλειοψηφία των γυναικών με ποσοστό 91,5% του συνόλου του δείγματος έβαλε το μωρό στο μαστό να θηλάσει. Συγκεκριμένα, ποσοστό 43,8% από την πρώτη μέρα, ποσοστό 44,6% από τη δεύτερη μέρα και ποσοστό 6,9% από τη τρίτη μέρα μετά το τοκετό. Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, ποσοστό 36,2% αντιμετώπισε προβλήματα και δυσκολίες όταν άρχισε να θηλάζει.Τα βασικότερα προβλήματα που ήταν και ο λόγος για να μη θηλάσουν οι λεχωίδες, εντοπίζονται σε

προβλήματα γενικότερα με το μαστό και ειδικότερα, ποσοστό 10% είχε ανεπαρκές γάλα, ποσοστό 3,1% παρουσίασε σπάργωση στο μαστό, ποσοστό 2,1% είχε εισέχουσες θηλές και ποσοστό 1,5% παρουσίασε τραυματισμό των θηλών. Επίσης προβλήματα μη θηλασμού από τη πλευρά της μητέρας εντοπίζονται σε ποσοστό 3,1%, από κούραση, άγχος, κατάθλιψη, ποσοστό 2,3% από ανησυχία για την ποσότητα που λάμβανε το μωρό και ποσοστό αντίστοιχα 1,5% από φάρμακα, επιστροφή στην εργασία και υποχρεώσεις στο σπίτι.

Στη συνέχεια, η συντριπτική πλειοψηφία των λεχωίδων του δείγματος με ποσοστό 94,6% απάντησε πως είχε αποφασίσει για το θηλασμό πριν γεννηθεί το μωρό. Ποσοστό 62,3% ισχυρίζεται ότι ο λόγος της απόφασης αυτής ήταν η καλύτερη διατροφή για το βρέφος και ποσοστό 4,6% ισχυρίζεται το λόγο του δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους.

Από το σύνολο των λεχωίδων που πήραν μέρος στην έρευνα, ποσοστό 44,6% απαντά ότι η οικονομική κρίση δεν επηρέασε καθόλου την απόφαση τους ώστε να θηλάσουν, ενώ ποσοστό 18,5% απάντησε ελάχιστα, αντίστοιχα ποσοστό 10,6% απάντησε αρκετά, 16,2% πολύ και 6,2% πάρα πολύ. Αναφορικά για τη γνώμη των λεχωίδων σε σχέση με τη σημασία του θηλασμού ποσοστό 71,5% του συνόλου του δείγματος απάντησε ότι ήταν μια ευχάριστη εμπειρία.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι ποσοστό21,5% του συνόλου του δείγματος που δεν κατάφερε να θηλάσει, θεώρησε, ότι αν είχε ενημερωθεί περισσότερο και παρακινηθεί από τους αρμόδιους φορείς για το μητρικό θηλασμό, θα είχε αντιμετωπίσει με κάποιο τρόπο τα προβλήματα που προέκυψαν και εν τέλει είχε κατορθώσει να θηλάσει. Επιπλέον από το σύνολο του δείγματος ποσοστό 69,2% γέννησε με καισαρική τομή και ποσοστό 30,8% με φυσιολογικό τοκετό. Επίσης ποσοστό 93,1% του συνόλου του δείγματος γέννησε τελειόμηνο νεογνό.

Όσον αφορά τη γνώμη των γυναικών για τα νεογνά που τρέφονταν με ξένο γάλα αποτυπώνεται παρακάτω:

Ποσοστό 71,1% του συνόλου δείγματος συμφώνησε ότι τα μωρά που τρέφονταν με ξένο γάλα υπόφεραν συχνά από κωλικούς, επίσης ποσοστό 93,8% συμφώνησε ότι το μητρικό γάλα προστατεύει από μολύνσεις και αλλεργίες. Ποσοστό 78,5% επίσης συμφώνησε σχετικά με τη περίπτωση ότι ο θηλασμός βοηθάει στη σύσπαση της μήτρας αμέσως μετά το τοκετό και τη μείωση της αιμορραγίας. Υψηλή ποσοστό 81,5% του συνόλου του δείγματος διαφωνεί σχετικά με τη άποψη, ότι γυναίκες με μικρό μαστό δεν μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα,

ενώ σχεδόν ισομερίζονται οι απόψεις, σχετικά με τη περίπτωση επίπεδων ή εισεχουσών θηλών για λόγους θηλασμού ή μη θηλασμού. Κατά πλειοψηφία των λεχωίδων με ποσοστό 81,5% συμφώνησαν ότι ο μαστός είναι σε θέση και μπορεί να παράγει τόσο γάλα, όσο χρειάζεται και απαιτεί για να τραφεί το νεογνό και ποσοστό 92,3% θεωρεί ότι ο μητρικός θηλασμός μειώνει το κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στη μητέρα. Τέλος ποσοστό 79,6% είχε την άποψη ότι ο μητρικός θηλασμός βοηθάει τη μητέρα να επανέλθει γρηγορότερα στη πρότερή της κατάσταση.

Τα περιγραφικά στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.14. και απεικονίζονται γραφικά στο παράρτημα 2.

Πίνακας 5.14 Παράγοντες μητρικού θηλασμού από τη πλευρά της μητέρας

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΠΟΤΕ ΘΗΛΑΣΕΙ Η ΤΟ ΕΧΕΤΕ ΒΑΛΕΙ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΓΙΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΙ;		
ΝΑΙ	119	91,5
ΟΧΙ	10	7,7
ΠΟΤΕ ΒΑΛΑΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΙ;		
1η ΜΕΡΑ	57	43,8
2η ΜΕΡΑ	58	44,6
3η ΜΕΡΑ	9	6,9
4η ΜΕΡΑ	-	-
5η ΜΕΡΑ	-	-
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΟΤΑΝ ΑΡΧΙΣΑΤΕ ΝΑ ΘΗΛΑΖΕΤΕ;		
ΝΑΙ	47	36,2
ΟΧΙ	79	60,8
ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΒΑΣΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ ΔΕ ΘΗΛΑΣΕ;		
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΑΣΤΟ		
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΘΗΛΩΝ	2	1,5
ΕΙΣΕΧΟΥΣΕΣ ΘΗΛΕΣ	3	2,3
ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ	1	0,8
ΣΠΑΡΓΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ	4	3,1

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΑΝΕΠΑΡΚΕΣ ΓΑΛΑ	13	10,0
ΛΟΓΟΙ ΜΗΤΕΡΑΣ		
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	1	0,8
ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ	3	2,3
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	2	1,5
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	1	0,8
ΚΟΥΡΑΣΗ, ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	4	3,1
ΦΑΡΜΑΚΑ	2	1,5
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	1	0,8
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	2	1,5
ΠΡΙΝ ΓΕΝΝΗΘΕΙ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ ΕΙΧΑΤΕ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ ΑΝ ΘΑ ΘΗΛΑΣΕΤΕ;		
ΝΑΙ	123	94,6
ΟΧΙ	7	5,4
ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΘΕΛΗΣΑΤΕ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΤΕ;		
ΕΙΝΑΙ Ο ΦΥΣΙΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ	2	1,5
ΘΗΛΑΣΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΜΩΡΟ ΜΕ ΕΠΙΤΥΧΙΑ	2	1,5
ΔΕΣΜΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΒΡΕΦΟΥΣ	6	4,6
Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ	81	62,3
ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΑΣ ΩΘΗΣΕ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ;		
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	6,2
ΠΟΛΥ	21	16,2
ΑΡΚΕΤΑ	14	10,8
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	24	18,5
ΚΑΘΟΛΟΥ	58	44,6
Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΣΑΣ:		
ΜΙΑ ΛΥΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ	1	0,8
ΜΙΑ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΩΡΟ	27	20,8
ΜΙΑ ΚΟΥΡΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	4	3,1
ΜΙΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	93	71,5
ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΘΕΛΗΣΑΤΕ ΝΑ ΜΗ ΘΗΛΑΣΕΤΕ;		
ΦΟΒΟΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ	5	3,8

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	1	0,8
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ	1	0,8
Μ.Θ. ΧΡΟΝΟΒΟΡΟΣ ΚΑΙ ΔΕΣΜΕΥΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	2	1,5
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ / ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΑΣΤΩΝ	11	8,5
ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ	5	3,8
ΑΛΛΟ	1	0,8
ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΠΑΡΑΚΙΝΗΘΕΙ - ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΟΧΩΡΗΣΕΙ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΣΑΣ;		
ΝΑΙ	28	21,5
ΟΧΙ	9	6,9
ΓΕΝΝΗΣΑΤΕ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ Η ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ;		
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ	40	30,8
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	90	69,2
ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ ΓΕΝΝΗΘΗΚΕ ΣΤΙΣ ΗΜΕΡΕΣ ΤΟΥ Η ΝΩΡΙΤΕΡΑ;		
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	121	93,1
ΠΡΟΩΡΟ	8	6,2
ΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΠΟΥ ΤΡΕΦΟΝΤΑΙ ΜΕ "ΞΕΝΟ ΓΑΛΑ" ΥΠΟΦΕΡΟΥΝ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΑΠΟ ΚΩΛΙΚΟΥΣ;		
ΣΥΜΦΩΝΩ	93	71,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	37	28,5
ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ ΑΠΟ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ / ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ;		
ΣΥΜΦΩΝΩ	122	93,8
ΔΙΑΦΩΝΩ	7	5,4
Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΒΟΗΘΑ ΣΤΗ ΣΥΣΠΑΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ;		
ΣΥΜΦΩΝΩ	102	78,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	20	15,4
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΜΙΚΡΟ ΣΤΗΘΟΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΑΡΑΓΟΥΝ ΑΡΚΕΤΟ ΓΑΛΑ.		
ΣΥΜΦΩΝΩ	22	16,9

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΔΙΑΦΩΝΩ	106	81,5
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΕΠΙΠΕΔΕΣ Η ΕΙΣΕΧΟΥΣΕΣ ΘΗΛΕΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΘΗΛΑΣΟΥΝ.		
ΣΥΜΦΩΝΩ	57	43,8
ΔΙΑΦΩΝΩ	70	53,8
ΌΣΟ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΓΑΛΑ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ ΤΟΣΟ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΠΑΡΑΓΕΙ ΤΟ ΣΤΗΘΟΣ.		
ΣΥΜΦΩΝΩ	106	81,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	22	16,9
ΕΑΝ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ ΕΩΣ 7% ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΡΕΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ.		
ΣΥΜΦΩΝΩ	66	50,8
ΔΙΑΦΩΝΩ	60	46,2
Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ;		
ΣΥΜΦΩΝΩ	120	92,3
ΔΙΑΦΩΝΩ	8	6,2
Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΒΟΗΘΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΓΡΗΓΟΡΟΤΕΡΑ;		
ΣΥΜΦΩΝΩ	100	76,9
ΔΙΑΦΩΝΩ	29	22,3

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

4.2.1.3 Ανάλυση και σχολιασμός ερωτήσεων όσον αφορά τους παράγοντες σχετικά με το μητρικό θηλασμό από τη πλευρά του νοσοκομείου

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων που έδωσαν οι 130 λεχωίδες (πέντε ημερών) του δείγματος, όσον αφορά τις ερωτήσεις που τους τέθηκαν και σχετίζονται με τους παράγοντες του μητρικού θηλασμού από τη πλευρά του Γ.Ν. Μεσσηνίας.

Από τον Πίνακα 5.15. φαίνεται ότι ποσοστό 96,2% των 130 λεχωίδων, παραδέχτηκε ότι είχε υποστήριξη από το προσωπικό του νοσοκομείου. Επίσης, από το σύνολο των γυναικών όσον αφορά τη τεχνική του μητρικού θηλασμού απάντησαν ότι ενημερώθηκαν με ποσοστό 50,8% από το προσωπικό του νοσοκομείου, 11,5% από συγγενικό φιλικό πρόσωπο, 8,5% από το παιδίατρο, 2,5% από το Internet – βιβλία και 3,1% άλλο.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες του δείγματος, ποσοστό 65,4% παραδέχτηκε ότι έλαβε κάποιο σημείωμα ή συνταγή για ξένο γάλα σε σκόνη και επιπλέον ποσοστό 66,2% σημείωσε ότι έλαβε δωρεάν δείγμα γάλακτος σε σκόνη.

Στην ερώτηση, αν σας βοήθησε, ή σας υποστήριξε κάποιος επαγγελματίας υγείας, ή δικό σας άνθρωπος να θηλάσετε όσο ήσασταν στο νοσοκομείο, οι λεχωίδες απάντησαν, με ποσοστό 35,4% το προσωπικό του νοσοκομείου, 18,5% ο σύζυγος, 7,7% οι γονείς μου, 4,6% ο παιδίατρος και 2,3% φίλες και φίλοι. Παράλληλα, ποσοστό 54,6% του συνόλου του δείγματος των λεχωίδων έμειναν πάρα πολύ ικανοποιημένες από τη παροχή υπηρεσιών και ενημέρωση σχετικά με το μητρικό θηλασμό από τη πλευρά του Γ.Ν. Μεσσηνίας, ενώ αντίστοιχα ποσοστό 18,5% και 12,3% λεχωίδων πολύ ικανοποιημένες και ικανοποιημένες.

Ακόμα συχνότητα 93,1% του δείγματος των 130 λεχωίδων επισήμανε, ότι το μωρό ήταν καθ’ όλο το εικοσιτετράωρο στο κουνάκι του μαζί τους και είχαν τη δυνατότητα να το θηλάσουν ανάλογα με τις ανάγκες τους. Σημειώνεται όμως, ότι ποσοστό 6,9% που απάντησε αρνητικά στην παραπάνω περίπτωση, καταδείκνυε ότι η παιδιατρική κλινική του νοσοκομείου δεν επέτρεπε την διέλευση της μητέρας στο χώρο φροντίδας των νεογνών, ή η κατάσταση της υγείας της μητέρας δεν επέτρεπε την μεταφορά της στην παιδιατρική κλινική ή τέλος οι παιδίατροι είχαν προβεί σε διακομιδή του νεογνού .

Αναφορικά με το ποιες πρέπει να είναι οι προϋποθέσεις, ώστε ένα νοσοκομείο να χαρακτηριστεί «φιλικό προς τα βρέφη», οι λεχωίδες απάντησαν σε ποσοστό 43,1%, ότι επιβάλλεται να υπάρξει στο μέλλον πληροφόρηση των εγκύων για τα οφέλη και το χειρισμό του μητρικού θηλασμού. Ποσοστό 11,5% υπέδειξε ότι απαιτείται δημιουργία ομάδων υποστήριξης του μητρικού θηλασμού από τη πλευρά των φιλικών νοσοκομείων και ποσοστό 2,2% υπέδειξε ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό κλαίει.

Τα περιγραφικά στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.15. και απεικονίζονται γραφικά στο παράρτημα 2.

Πίνακας 5.15 Παράγοντες μητρικού θηλασμού από τη πλευρά του νοσοκομείου

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΕΙΧΑΤΕ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΟΠΟΥ ΓΕΝΝΗΣΑΤΕ;		
ΝΑΙ	125	96,2
ΟΧΙ	3	2,3
ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΑΠΟ:		
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	66	50,8
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ	1	0,8
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ	11	8,5
ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ /ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	15	11,5
ΒΙΒΛΙΑ - INTERNET	3	2,3
ΑΛΛΟ	4	3,1
ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΕ ΓΡΑΠΤΗ ΣΥΝΤΑΓΗ Η ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΓΑΛΑ - ΣΚΟΝΗ;		
ΝΑΙ	85	65,4
ΟΧΙ	45	34,6
ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΕ ΔΩΡΕΑΝ ΔΕΙΓΜΑ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΣΕ ΣΚΟΝΗ;		
ΝΑΙ	86	66,2
ΟΧΙ	44	33,8
ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ Η ΣΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΕ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ Η ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΤΕ ΟΣΟ ΗΣΑΣΤΑΝ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ;		
Ο ΣΥΖΥΓΟΣ	24	18,5
ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ	10	7,7
ΦΙΛΕΣ / ΦΙΛΟΙ	3	2,3
Ο ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	1	0,8
ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ	46	35,4
Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	6	4,6
ΑΛΛΟΣ	2	1,5
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΘ'		

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.		
0: ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΑΝΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΟΣ	1	0,8
1: ΠΟΛΥ ΑΝΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΟΣ	1	0,8
2: ΑΝΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΟΣ	8	6,2
3: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	16	12,3
4: ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	24	18,5
5: ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	71	54,6
ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ ΒΡΙΣΚΟΤΑΝ ΟΛΟ ΤΟ 24ΩΡΟ ΣΕ ΚΟΥΝΑΚΙ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΔΩΜΑΤΙΟ ΜΕ ΕΣΑΣ;		
ΝΑΙ	121	93,1
ΟΧΙ	9	6,9
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΦΕΡΝΑΝ ΤΟ ΜΩΡΟ ΓΙΑ ΝΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΕΤΕ;		
ΚΑΘΕ 3 ΩΡΕΣ	4	3,1
ΟΠΟΤΕ ΕΚΛΑΙΓΕ	4	3,1
ΑΛΛΟ	8	6,2
ΠΟΙΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΛΗΡΕΙ ΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΕΙ "ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ";		
ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΤΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	56	43,1
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	15	11,5
ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΟΤΑΝ ΤΟ ΜΩΡΟ ΚΛΑΙΕΙ	3	2,3
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΥΑΕΡΟΥ ΚΑΙ ΕΥΗΛΙΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	3	2,3
ΠΑΡΟΧΗ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ	1	0,8

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

4.2.2 Συνδυαστική Ανάλυση

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών συσχετίσεων, που αποτύπωσαν τη στάση των 130 λεχωίδων του δείγματος απέναντι στο μητρικό θηλασμό.

Οι υποθέσεις που τέθηκαν είναι: «Ποιοι βάση πιθανοτήτων θα είναι εκείνοι οι παράγοντες του μητρικού θηλασμού και κατά πόσο θα επηρεάσουν στατιστικά σημαντικά την ηλικία των γυναικών του δείγματος, την ύπαρξη προβλήματος υγείας, το κάπνισμα, την εργασία, την οικογενειακή κατάσταση το επίπεδο εκπαίδευσης και τη χώρα καταγωγής».

Στις υποθέσεις εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος συσχέτισης X^2 Chi-Square Tests και τέθηκε ο στατιστικός περιορισμός p-value<0,05.

Ο πίνακας 5.16 παρουσιάζει τα ποσοστά που χρησιμοποιήθηκαν στο επιλεκτικό δείγμα, για να προσδιοριστεί μέσα από δυνατούς συνδυασμούς, η στατιστική σημαντικότητα της «ηλικιακής ομάδας των γυναικών», σε σχέση με διάφορους παράγοντες του μητρικού θηλασμού.

Η υπόθεση μεταξύ της «ηλικίας των λεχωίδων» και του παράγοντα των «προβλημάτων ή δυσκολιών που αντιμετώπισαν οι λεχωίδες πέντε ημερών κατά την έναρξη του θηλασμού», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι ποσοστό 34% γυναικών ηλικιακής ομάδας 31-35 παρουσίασε προβλήματα και δυσκολίες κατά την έναρξη του θηλασμού. Η διαφορά των αναλογιών των ηλικιακών ομάδων και της συχνότητας των προβλημάτων ή δυσκολιών κατά την έναρξη του θηλασμού βρέθηκε στατιστικά σημαντική (X^2= 12,496 και p-value= 0,029*).

Η υπόθεση μεταξύ της «ηλικίας των λεχωίδων» και του παράγοντα της «οικονομικής κρίσης» και κατά πόσο επηρέασε τις λεχωίδες πέντε ημερών κατά την έναρξη του θηλασμού, ελέγχθηκε και βρέθηκε, ότι μέγιστο ποσοστό γυναικών 50% της ηλικιακής ομάδας 26-30 επηρεάστηκε αρκετά, όπως και μέγιστο ποσοστό 43% της ηλικιακής ομάδας 21-25 επηρεάστηκε πολύ και αρκετά αντίστοιχα. Η διαφορά των αναλογιών των ηλικιακών ομάδων και της συχνότητας του παράγοντα της οικονομικής κρίσης δεν βρέθηκε μέσα από την ανάλυση ως στατιστικά σημαντική με οριακή απόκλιση (X^2= 31,077 και p-value= 0,054).

Η υπόθεση μεταξύ της «ηλικίας των λεχωίδων» και του παράγοντα «αν γυναίκες με μικρό μαστό δεν μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα», ελέγχθηκε και βρέθηκε, ότι μέγιστο ποσοστό γυναικών 41% της ηλικιακής ομάδας 21-25 συμφώνησε με αυτό το γεγονός. Η διαφορά των αναλογιών των ηλικιακών ομάδων και της συχνότητας του παράγοντα αν γυναίκες με μικρό μαστό δεν μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα δεν βρέθηκε μέσα από την ανάλυση ως στατιστικά σημαντική με οριακή επίσης απόκλιση (X^2= 10,854 και p-value= 0,054).

Η υπόθεση μεταξύ της «ηλικίας των λεχωίδων» και του παράγοντα της «συχνότητας έναρξης του θηλασμού μετά το τοκετό», ελέγχθηκε και βρέθηκε, ότι οι νεότερες ηλικιακές ομάδες έβαλαν άμεσα το μωρό στο μαστό να θηλάσει με ποσοστό 33% της ηλικιακής ομάδας 31 – 35 θήλασε την πρώτη μέρα και ποσοστό γυναικών 36% της ηλικιακής ομάδας 21 – 25 θήλασε τη δεύτερη μέρα. Η διαφορά των αναλογιών των ηλικιακών ομάδων και του ποσοστού του παράγοντα της έναρξης του θηλασμού δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική (X^2 = 12,417 και p-value = 0,258).

Πίνακας 5.16 Συσχετίσεις ηλικιακής ομάδας γυναικών του δείγματος με παράγοντες που επηρεάζουν την στάση τους ως προς τον μητρικό θηλασμό

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΟΤΑΝ ΑΡΧΙΣΑΤΕ ΝΑ ΘΗΛΑΖΕΤΕ;	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΤΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
	<20	21-25	26-30	31-35	36-40	>40		
ΝΑΙ	2	10	7	16	10	2	47	X^2= 12,496 p-value= 0,029*
	4%	21%	15%	34%	21%	4%	100%	
ΟΧΙ	5	24	24	20	6	0	79	
	6%	30%	30%	25%	8%	0%	100%	
ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΑΣ ΩΘΗΣΕ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ;								X^2=31,077 p-value=0,054
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	2	2	2	0	0	8	
	25%	25%	25%	25%	0%	0%	100%	
ΠΟΛΥ	2	9	5	4	1	0	21	
	10%	43%	24%	19%	5%	0%	100%	
ΑΡΚΕΤΑ	0	6	7	0	1	0	14	
	0%	43%	50%	0%	7%	0%	100%	
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	1	7	5	6	4	1	24	
	4%	29%	21%	25%	17%	4%	100%	
ΚΑΘΟΛΟΥ	2	9	12	24	10	1	58	
	3%	16%	21%	41%	17%	2%	100%	

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΜΙΚΡΟ ΜΑΣΤΟ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΑΡΑΓΟΥΝ ΑΡΚΕΤΟ ΓΑΛΑ.	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΤΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
	<20	21-25	26-30	31-35	36-40	>40		
ΣΥΜΦΩΝΩ	4	9	5	3	1	0		
	18%	41%	23%	14%	5%	0%		
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	24	27	33	15	2	106	**X^2=10.854 p-value=0,054**
	5%	23%	25%	31%	14%	2%	100%	
ΠΟΤΕ ΒΑΛΑΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΙ;								
1η ΗΜΕΡΑ	2	9	17	19	10	0	57	
	4%	16%	30%	33%	18%	0%	100%	
2η ΗΜΕΡΑ	4	21	12	14	5	2	58	**X^2=12,417 p-value=0,258**
	7%	36%	21%	24%	9%	3%	100%	
3η ΗΜΕΡΑ	1	3	1	3	1	0	9	
	11%	33%	11%	33%	11%	0%	100%	

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία ***p<0,05,**p<0,01**

Στη συνέχεια, στον παρακάτω πίνακα 5.17 αναλύεται το μοντέλο των υποθέσεων που αφορά τους στατιστικά σημαντικούς παράγοντες όπως είναι το κάπνισμα, το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα, η οικογενειακή κατάσταση και η χώρα καταγωγής.

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «αν καπνίζεται» και «σε ποια εβδομάδα κύησης γεννήσατε», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι μέγιστο ποσοστό 52% των γυναικών που κάπνιζαν γέννησαν την 37η εβδομάδα, σε σχέση με τις μη καπνίστριες του δείγματος που παρατηρείται ότι γέννησαν με υψηλότερα ποσοστά μεταξύ της 37ης και 40ης εβδομάδας. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύηση σχετίζεται αρνητικά με πρόωρους τοκετούς. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «αν καπνίζεται» και του ποσοστού «σε ποια εβδομάδα κύησης γεννήσατε» βρέθηκε ισχυρά στατιστικά σημαντική (X^2=18,472, p-value=0,002**).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «επίπεδο μόρφωσης της μητέρας» και «πότε βάλατε το μωρό στο μαστό για να θηλάσει», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών, το μεγαλύτερο ποσοστό τοποθέτησε από την πρώτη μέρα το μωρό στο μαστό να θηλάσει αμέσως μετά τον τοκετό. Η διαφορά των αναλογιών, της

ερώτησης επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας και του ποσοστού πότε βάλατε το μωρό στο μαστό για να θηλάσει, βρέθηκε ισχυρά στατιστικά σημαντική (X^2=36,864, p-value=0,001**).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «επίπεδο μόρφωσης της μητέρας» και «ο θηλασμός είναι για εσάς», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει την άποψη ότι ο μητρικός θηλασμός είναι μια ευχάριστη εμπειρία. Είναι θετικό ότι η σύγχρονη γυναίκα βλέπει το θηλασμό ως μια ευχάριστη επιλογή και όχι ως υποχρέωση. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «επίπεδο μόρφωσης της μητέρας» και της συχνότητας «ο θηλασμός είναι για σας», βρέθηκε ισχυρά στατιστικά σημαντική (X^2=42,633, p-value=0,004**).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «επίπεδο μόρφωσης του πατέρα» και «το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο μαστό για να θηλάσει», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης των νέων πατέρων, το μεγαλύτερο ποσοστό 90,7% των γυναικών του δείγματος θήλασαν και τοποθέτησαν άμεσα το μωρό στο μαστό. Διαπιστώνεται ότι η θετική στάση του πατέρα και η ψυχολογική υποστήριξη της θηλάζουσας συντρόφου συντελούν στην αύξηση της συχνότητας του θηλασμού. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «επίπεδο μόρφωσης του πατέρα» και της συχνότητας «το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο μαστό για να θηλάσει», δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική με οριακή απόκλιση (X^2=12,458, p-value=0,052).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «οικογενειακή κατάσταση της μητέρας» και «πότε βάλατε το μωρό στο μαστό για να θηλάσει», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι οι παντρεμένες γυναίκες του δείγματος τοποθέτησαν με υψηλότερο ποσοστό 88% άμεσα από τη πρώτη μέρα το μωρό στο μαστό για να θηλάσει, σε σχέση με τις ανύπαντρες που το τοποθέτησαν με ποσοστό 14% την δεύτερη μέρα. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «οικογενειακή κατάσταση της μητέρας» και της συχνότητας «πότε βάλατε το μωρό στο μαστό για να θηλάσει», βρέθηκε στατιστικά σημαντική (X^2=15,254, p-value=0,018*).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «οικογενειακή κατάσταση της μητέρας» και «η οικονομική κρίση σας ώθησε στο μητρικό θηλασμό», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι σε αναλογία του δείγματος οι ανύπαντρες γυναίκες του δείγματος επηρεάστηκαν πάρα πολύ από την οικονομική κρίση ώστε να θηλάσουν, αλλά και οι παντρεμένες επηρεάστηκαν σε ποσοτό 76% πολύ. Διαπιστώνεται ότι η οικονομική κρίση είναι ένας παράγοντας που συσχετίζεται θετικά στην αύξηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού. Η διαφορά των αναλογιών, της

ερώτησης «οικογενειακή κατάσταση της μητέρας» και της συχνότητας «η οικονομική κρίση σας ώθησε στο μητρικό θηλασμό», βρέθηκε ισχυρά στατιστικά σημαντική (X^2=31,792,p-value=0,001**).

Η υπόθεση μεταξύ των μεταβλητών «οικογενειακή κατάσταση της μητέρας» και «πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί – ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι οι παντρεμένες γυναίκες του δείγματος που δεν θήλασαν με υψηλό ποσοστό 93% απάντησαν θετικά. Διαπιστώνεται, ότι η ενημέρωση και η παρακίνηση γενικότερα από την πλευρά των φορέων, είναι ένας παράγοντας που συσχετίζεται θετικά στην αύξηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού. Ένας τομέας που πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία είναι η εκπαίδευση, η πληροφόρηση των εγκύων πριν τη γέννα και η υποστήριξή τους κατά τη παραμονή τους στο νοσοκομείο. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «οικογενειακή κατάσταση της μητέρας» και της συχνότητας, «πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί – ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας», βρέθηκε στατιστικά σημαντική (X^2=3,997, p-value=0,046*).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «χώρα καταγωγής της μητέρας» και «το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο μαστό για να θηλάσει», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι υψηλότερο ποσοστό 72% Ελληνίδων του δείγματος θήλασαν και τοποθέτησαν άμεσα το μωρό στο μαστό, καθώς και ποσοστό 22% Αλβανίδων, 3% Βουλγάρων, 1% Ρουμάνων και 2% άλλων. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «χώρα καταγωγής της μητέρας» και της συχνότητας «το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο μαστό για να θηλάσει», βρέθηκε στατιστικά σημαντική (X^2=12,789, p-value=0,012*).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «χώρα καταγωγής της μητέρας» και «πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο μαστό σας για να θηλάσει», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι υψηλότερο ποσοστό 76% Ελληνίδων του δείγματος τοποθέτησαν άμεσα την $1^η$ μέρα μετά το τοκετό το μωρό στο μαστό και μέγιστο ποσοστό 28% Αλβανίδων την $2^η$ ημέρα. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «χώρα καταγωγής της μητέρας» και της συχνότητας, «πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο μαστό σας για να θηλάσει», βρέθηκε ισχυρά στατιστικά σημαντική (X^2=21,323, p-value=0,006**).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «χώρα καταγωγής της μητέρας» και «αντιμετωπίσατε προβλήματα ή δυσκολίες όταν αρχίσατε να θηλάζετε», ελέγχθηκε και

βρέθηκε ότι υψηλό ποσοστό 87% Ελληνίδων του δείγματος αντιμετώπισαν προβλήματα στην έναρξη του θηλασμού καθώς και μέγιστο ποσοστό 13% Αλβανίδων. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «χώρα καταγωγής της μητέρας» και της συχνότητας, «αντιμετωπίσατε προβλήματα ή δυσκολίες όταν αρχίσατε να θηλάζετε», βρέθηκε στατιστικά σημαντική (X^2=12,633, p-value=0,013*).

Η υπόθεση, μεταξύ των μεταβλητών «χώρα καταγωγής της μητέρας» και «πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί – ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας», ελέγχθηκε και βρέθηκε ότι μεγίστη συχνότητα 61% Ελληνίδων του δείγματος που δεν θήλασαν, καθώς και μέγιστο ποσοστό 39% των Αλβανίδων απάντησαν θετικά. Η διαφορά των αναλογιών, της ερώτησης «χώρα καταγωγής της μητέρας» και της συχνότητας, «πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί - ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας», βρέθηκε ισχυρά στατιστικά σημαντική (X^2=14,429, p-value=0,006**).

Πίνακας 5.17 Συσχετίσεις: Προβλημάτων υγείας κατά την έναρξη του Μ.Θ.- Κάπνισμα μητέρας-Επίπεδο μόρφωσης μητέρας-Επίπεδο μόρφωσης πατέρα-Οικογενειακή κατάσταση-Χώρα καταγωγής γυναικών του δείγματος, με παράγοντες που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη στάση τους ως προς το Μ.Θ.

ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ ΓΕΝΝΗΘΗΚΕ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ;	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		ΣΥΝΟΛΟ	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
34 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1	0	1	**X^2=18,472 p-value=0,002****
	100%	0%	100%	
36 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1	1	2	
	50%	50%	100%	
37 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	11	10	21	
	52%	48%	100%	
38 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	2	26	28	
	7%	93%	100%	

39 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	4			20					24	
	17%			83%					100%	
40 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	11			36					47	
	23%			77%					100%	
41 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	0			1					1	
	0%			100%					100%	
ΠΟΤΕ ΒΑΛΑΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΙ;	**ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ**									
	Καθόλου	**Μερικές τάξεις του δημοτικού**	**Δημοτικό**	**Γυμνάσιο**	**Λύκειο**	**ΤΕΙ**	**ΑΕΙ**	**Άλλο**		
1η ΗΜΕΡΑ	2	4	0	6	17	13	12	3	57	**X^2=36,864 p-value=0,001****
	4%	7%	0%	11%	30%	23%	21%	5%	100%	
2η ΗΜΕΡΑ	0	3	2	5	32	6	7	2	57	
	0%	5%	4%	9%	56%	11%	12%	4%	100%	
3η ΗΜΕΡΑ	0	0	3	2	3	1	0	0	9	
	0%	0%	33%	22%	33%	11%	0%	0%	100%	
Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΣΑΣ;	**ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ**									
	Καθόλου	**Μερικές τάξεις του δημοτικού**	**Δημοτικό**	**Γυμνάσιο**	**Λύκειο**	**ΤΕΙ**	**ΑΕΙ**	**Άλλο**		
ΜΙΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ;	2	5	4	9	40	14	17	1	92	**X^2=42,633 p-value=0,004****
	2%	5%	4%	10%	43%	15%	18%	1%	100%	
ΜΙΑ ΚΟΥΡΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ;	0	0	1	0	0	1	2	0	4	
	0%	0%	25%	0%	0%	25%	50%	0%	100%	
ΜΙΑ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΩΡΟ;	0	2	1	4	11	5	1	3	27	
	0%	7%	4%	15%	41%	19%	4%	11%	100%	
ΜΙΑ ΛΥΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ;	0	0	0	0	0	0	1	1	2	
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	100%	

	ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ									
ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΠΟΤΕ ΘΗΛΑΣΕΙ Η ΤΟ ΕΧΕΤΕ ΒΑΛΕΙ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΓΙΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΙ;	**Καθόλου**	**Μερικές τάξεις του δημοτικού**	**Δημοτικό**	**Γυμνάσιο**	**Λύκειο**	**ΤΕΙ**	**ΑΕΙ**	**Άλλο**	**ΣΥΝΟΛΟ**	**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**
ΝΑΙ	0	6	8	23	48	14	18	1		**X^2=12,458 p-value=0,052**
	0%	5%	7%	19%	41%	12%	15%	1%		
ΟΧΙ	0	2	3	0	4	0	1	0	10 100%	
	0%	20%	30%	0%	40%	0%	10%	0%		

ΠΟΤΕ ΒΑΛΑΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΙ;	**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ**					
	Παντρεμένη	**Ανύπαντρη**	**Διαζευγμένη / σε διάσταση**	**Χήρα**		
1η ΗΜΕΡΑ	50	6	1	0	57	**X^2=15,254 p-value=0,018***
	88%	11%	2%	0%	100%	
2η ΗΜΕΡΑ	50	8	0	0	58	
	86%	14%	0%	0%	100%	
3η ΗΜΕΡΑ	6	2	0	1	9	
	67%	22%	0%	11%	100%	

	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ					
ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΑΣ ΩΘΗΣΕ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ;	**Παντρεμένη**	**Ανύπαντρη**	**Διαζευγμένη / σε διάσταση**	**Χήρα**		
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	4	0	1	8	**X^2=31,792 p-value=0,001****
	38%	50%	0%	13%	100%	
ΠΟΛΥ	16	5	0	0	21	
	76%	24%	0%	0%	100%	
ΑΡΚΕΤΑ	14	0	0	0	14	
	100%	0%	0%	0%	100%	
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	23	1	0	0	24	
	96%	4%	0%	0%	100%	
ΚΑΘΟΛΟΥ	50	7	1	0	58	
	86%	12%	2%	0%	100%	

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΠΑΡΑΚΙΝΗΘΕΙ - ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΟΧΩΡΗΣΕΙ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΣΑΣ;	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ				ΣΥΝΟΛΟ	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
	Παντρεμένη	Ανύπαντρη	Διαζευγμένη / σε διάσταση	Χήρα		
ΝΑΙ	26			0	28	X^2=3,997 p-value=0,046*
	93%	7%	0%	0%	100%	
ΟΧΙ	6	3	0	0	9	
	67%	33%	0%	0%	100%	

ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΠΟΤΕ ΘΗΛΑΣΕΙ Η ΤΟ ΕΧΕΤΕ ΒΑΛΕΙ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΓΙΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΙ;	ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ						
	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Άλλο		
ΝΑΙ	84	26	4	1	2	117	X^2=12,789 p-value=0,012*
	72%	22%	3%	1%	2%	100%	
ΟΧΙ	4	4	0	0	2	10	
	40%	40%	0%	0%	20%	100%	

ΠΟΤΕ ΒΑΛΑΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΕΙ;	ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ						
	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Άλλο		
1η ΗΜΕΡΑ	42	10	1	0	2	55	X^2=21,323 p-value=0,006**
	76%	18%	2%	0%	4%	100%	
2η ΗΜΕΡΑ	40	16	2	0	0	58	
	69%	28%	3%	0%	0%	100%	
3η ΗΜΕΡΑ	4	2	1	1	1	9	
	44%	22%	11%	11%	11%	100%	

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΟΤΑΝ ΑΡΧΙΣΑΤΕ ΝΑ ΘΗΛΑΖΕΤΕ;	ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ						
	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Άλλο		
ΝΑΙ	41	6	0	0	0	47	X^2=12,633 p-value=0,013*
	87%	13%	0%	0%	0%	100%	
ΟΧΙ	45	23	4	1	4	77	
	59%	30%	5%	1%	5%	100%	

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΠΑΡΑΚΙΝΗΘΕΙ - ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΟΧΩΡΗΣΕΙ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΣΑΣ;	ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ					ΣΥΝΟΛΟ	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Άλλο		
ΝΑΙ	17	11	0	0	0	28	X^2=14,429 p-value=0,006**
	61%	39%	0%	0%	0%	100%	
ΟΧΙ	4	1	1	1	2	9	
	44%	11%	11%	11%	22%	100%	

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία ***p<0,05,**p<0,01**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Με δεδομένη τη σημασία του μητρικού θηλασμού, ως ζητήματος δημόσιας υγείας, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να καταγραφεί η συχνότητα και οι βασικοί προσδιοριστικοί παράγοντες του μητρικού θηλασμού, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα γυναικών που γέννησαν στο Γ.Ν. Μεσσηνίας, κατά το χρονικό διάστημα από 5/6/2013 έως 6/10/2013.

Συγκεκριμένα, από τις 130 λεχωίδες γυναίκες του δείγματος που πήραν μέρος στην έρευνα διαπιστώθηκε, ότι 119 γυναίκες, δηλαδή ποσοστό 91,5% του συνόλου του δείγματος έβαλαν το μωρό στο μαστό να θηλάσει αμέσως μετά τον τοκετό, με συχνότητα ποσοστού, 43,3% από τη πρώτη μέρα, 44,6% από τη δεύτερη μέρα και ποσοστό 6,9% από τη τρίτη μέρα.

Όσον αφορά τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρέασαν τη συχνότητα του μητρικού θηλασμού, από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των υποθέσεων προέκυψε ότι αυτοί ήταν:

- Τα προβλήματα ή οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι λεχωίδες έως πέντε ημερών κατά την έναρξη του θηλασμού.
- Το κάπνισμα.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα.
- Η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας.
- Η οικονομική κρίση.
- Η ενημέρωση- παρακίνηση από το νοσοκομείο.
- Η χώρα καταγωγής της μητέρας.

Αναλυτικότερα:

- **Σκιαγραφώντας ερευνητικά το προφίλ των 130 ερωτηθέντων λεχωίδων παρατηρούμε τα εξής:**

Ποσοστό 28,5% των λεχωίδων του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 31 – 35 ετών, 26,2% στην ομάδα 21 – 25 ετών, 24,6% στην ηλικιακή ομάδα των 26 – 30 ετών, 12,3% στην ηλικιακή ομάδα 35 – 40 ετών, 6,9% < 20 και μόλις 1,5%> των 40 ετών. Ποσοστό 96,2% του συνόλου του δείγματος δεν είχε πρόβλημα υγείας κατά τη στιγμή που έπρεπε να θηλάσει.

Αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες των ερωτηθέντων λεχωίδων, ποσοστό 76,2% απάντησε ότι δεν κάπνιζε πριν την εγκυμοσύνη και 23,1% ότι κάπνιζε. Ποσοστό 85,4% δεν κάπνιζε κατά τη έναρξη του θηλασμού, ενώ ποσοστό 13,8% απάντησε ότι κάπνιζε και το ύψος της ποσότητας των τσιγάρων που κατανάλωνε ημερησίως ήταν μόλις 2 τσιγάρα. Στις γυναίκες που κάπνιζαν πριν το τοκετό σε σχέση με αυτές που συνέχισαν να καπνίζουν και κατά την έναρξη του θηλασμού, διαπιστώθηκε μείωση κατά ποσοστό 9,3%. Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος αρχίζει προτού ανατείλει η ανθρώπινη ζωή και έχει συσχετιστεί αρνητικά με το μητρικό θηλασμό σε πολλές μελέτες. Ανασκόπηση μελετών για τη συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα έδειξε ότι κατέχουμε από τις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη, με ποσοστά ανδρών καπνιστών σε μεγάλα αστικά κέντρα στο 51% και γυναικών στο 39% (Vardavas CI, et.al, 2006). Επίσης, ποσοστό 52,3% του δείγματος μας εμπίπτει στο γεγονός, ότι καπνίζει άλλος στο σπίτι, και αυτή η συνήθεια αποτελεί αρνητικό παράγοντα για τη διαδικασία του μητρικού θηλασμού.

Από τις 129 λεχωίδες του συνόλου του δείγματος, ποσοστό 31,5% απάντησαν ότι εργάζονταν, ποσοστό 10% σταμάτησε να εργάζεται τον ένατο μήνα, ποσοστό 4,6% τον όγδοο μήνα, ποσοστό 3,8% τον πέμπτο μήνα, ποσοστό 3,1% τον έβδομο μήνα και μικρότερα ποσοστά παρατηρούνται στη διακοπή της εργασίας στο αρχικό στάδιο εγκυμοσύνης. Επίσης, ποσοστό 14,6% των εργαζομένων γυναικών πήρε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας ή είχε μειωμένο ωράριο. Επιπλέον, μόλις 1,5% του ποσοστού των 31,5% που εργάζονταν πριν γεννήσουν, πήραν άδεια μετά τον τοκετό. Οι (Vogel A.,et.al, 1999) στη μελέτη τους τονίζουν, ότι ένας από τους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, είναι η επιστροφή της μητέρας στην εργασία.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών, υψηλό ποσοστό 41,5% είναι επιπέδου λυκείου, ΤΕΙ 12% και ΑΕΙ 15%. Κατά συνέπεια το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων του δείγματος κρίνεται ικανοποιητικό προς υψηλό και εδώ πρέπει να

σημειωθεί, ότι διάφορες μελέτες έχουν δείξει, ότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας επηρεάζει θετικά την έναρξη του μητρικού θηλασμού (Theofilogiannakou M, et al., 2006).

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των συντρόφων των ερωτηθέντων το μεγαλύτερο ποσοστό 40,8% που συναντάμε είναι τελειόφοιτοι λυκείου, ενώ το 17,7% έχει τελειώσει μόνο το γυμνάσιο. Πρέπει να σημειωθεί, ότι η ενεργός συμμετοχή του άνδρα, και ιδιαίτερα ενός μορφωμένου, στην περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και κατά της λοχείας της συντρόφου του, έχει ήδη αποδειχτεί ευεργετική για την καλή υγεία της μητέρας και του νεογνού καθώς και για την επιτυχία της έναρξης αλλά και της εδραίωσης του μητρικού θηλασμού. (Arora S, et al., 2000,).

Το μεγαλύτερο ποσοστό 84,6% του δείγματος είναι παντρεμένες, 68,5% από αυτές είναι καταγωγής Ελληνικής και 23,1% Αλβανικής καταγωγής. Επίσης ποσοστό 80,8% απάντησε ότι μετείχε σε δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο και κατείχε εισόδημα κατά μέγιστη συχνότητα του συνόλου του δείγματος κάτω από 12.000€.

- **Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τα εξής:**

Φάνηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, σε λεχωίδες (πέντε ημερών) μετά το τοκετό στο Γ.Ν. Μεσσηνίας, ότι το επίπεδο έναρξης του μητρικού θηλασμού ήταν υψηλό. Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των γυναικών με ποσοστό 91,5% του συνόλου του δείγματος έβαλε το μωρό στο μαστό να θηλάσει αμέσως μετά τον τοκετό.Τα βασικότερα προβλήματα για τις λεχωίδες, ποσοστό 7,7% του συνόλου του δείγματος που δεν τοποθέτησαν το μωρό στο μαστό για να θηλάσει, εντοπίζονται σε προβλήματα γενικότερα με το μαστό και ειδικότερα με ανεπαρκές γάλα. Επίσης προβλήματα μη έναρξης θηλασμού από τη πλευρά της μητέρας εντοπίζονται σε ποσοστό 2,3% όσον αφορά την ανησυχία για τη ποσότητα γάλατος που λάμβανε το μωρό.

Στη συνέχεια, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, ποσοστό 94,6% απάντησε πως είχε αποφασίσει για το θηλασμό πριν γεννηθεί το μωρό και οι βασικότεροι λόγοι που τις ώθησαν να θηλάσουν ήταν η καλύτερη διατροφή για το βρέφος. Από το σύνολο των λεχωίδων που πήραν μέρος στην έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό 44,6% απάντησε ότι η οικονομική κρίση δεν επηρέασε καθόλου την απόφαση τους ώστε να θηλάσουν και αναφορικά με τη γνώμη τους για τη σημασία του θηλασμού η πλειοψηφία 71,5% απάντησε ότι είναι μια ευχάριστη εμπειρία.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι ποσοστό 21,5% του δείγματος που δεν κατάφερε να θηλάσει, είχε την άποψη, ότι αν είχε ενημερωθεί περισσότερο και παρακινηθεί από τους αρμόδιους φορείς για το μητρικό θηλασμό, θα είχε αντιμετωπίσει με κάποιο τρόπο τα προβλήματα που προέκυψαν και εν τέλει θα κατόρθωνε να θηλάσει.

Επιπλέον, από το σύνολο του δείγματος ποσοστό 69,2% γέννησε με καισαρική τομή και 30,8% με φυσιολογικό τοκετό. 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 στη καισαρική τομή χρησιμοποιήθηκε γενική ή επισκληρίδιος αναισθησία (Gabriel M., et.al., 2002, Pasupathy D., Gordon S., 2008).

Ποσοστό 93,1% του δείγματος γέννησε τελειόμηνο νεογνό. Έχει δειχθεί (Callen J., et.al, 2005) ότι η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού είναι χαμηλότερη στα πρόωρα νεογνά σε σχέση με τα τελειόμηνα. Αυτό οφείλεται στις πολλές δυσκολίες που έχουν να αντιμετωπίσουν τόσο η μητέρα όσο και το πρόωρο νεογνό.

Ποσοστό 78,5% συμφωνεί σχετικά με τη περίπτωση ότι ο θηλασμός βοηθάει στη σύσπαση της μήτρας αμέσως μετά το τοκετό και τη μείωση της αιμορραγίας. Σύμφωνα με το (Dewey K.I.,et.al., 1993) η μήτρα επανέρχεται γρηγορότερα στην αρχική της κατάσταση και οι ορμόνες επανέρχονται στο κανονικό τους επίπεδο με το θηλασμό. Στα αναφερόμενα οφέλη για τη μητέρα περιλαμβάνεται η ταχύτερη και μεγαλύτερη απώλεια βάρους.

Σημαντικό ποσοστό 81,5% του συνόλου του δείγματος διαφωνεί σχετικά με τη άποψη, ότι γυναίκες με μικρό μαστό δεν μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα, ενώ σχεδόν ισομερίζονται οι απόψεις, σχετικά με τη περίπτωση επίπεδων ή εισεχουσών θηλών και του λόγου θηλασμού ή μη θηλασμού. Κατά πλειοψηφία με ποσοστό 81,5% συμφωνούν ότι ο μαστός είναι σε θέση και μπορεί να παράγει τόσο γάλα, όσο χρειάζεται και απαιτεί για να τραφεί το νεογνό και ποσοστό 92,3% θεωρεί ότι ο μητρικός θηλασμός μειώνει το κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στη μητέρα.

Ποσοστό 96,2% των λεχωίδων, παραδέχεται ότι είχε υποστήριξη από το προσωπικό του νοσοκομείου. Επίσης, από το σύνολο των γυναικών όσον αφορά τη τεχνική του μητρικού θηλασμού απάντησαν κατά πλειοψηφία ότι ενημερώθηκαν σε ποσοστό 50,8% από το προσωπικό του νοσοκομείου. Όπως άλλωστε χαρακτηρίζεται και από άλλους μελετητές η ευθύνη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι τεράστια στο κομμάτι της

εκπαίδευσης των μητέρων στο μητρικό θηλασμό (Jones G.,et.al., 2003, Merten S., et.al., 2005).

Σημαντικό εύρημα ήταν το γεγονός ότι ποσοστό 65,4% των λεχωίδων έλαβε κάποιο σημείωμα ή συνταγή για ξένο γάλα σε σκόνη και ποσοστό 66,2% έλαβε δωρεάν δείγμα γάλακτος πριν εξέλθει από το νοσοκομείο. Η πρακτική αυτή αποτυπώνει τη διείσδυση των εταιρειών που εμπορεύονται τα τροποποιημένα γάλατα αγελάδας στο χώρο των νοσοκομείων /μαιευτηρίων. Σύμφωνα με τους (Antoniou E., et.al., 2005) ο μητρικός θηλασμός κατά τη διάρκεια παραμονής της μητέρας στο Μαιευτήριο, σχετίζεται θετικά κατά δεύτερο λόγο και με τη πρόθεσή της να μην δώσει στη συνέχεια τεχνικό γάλα.

Ποσοστό 35,4% του συνόλου του δείγματος παραδέχτηκε ότι δέχτηκε βοήθεια ή υποστήριξη από επαγγελματία υγείας, ή δικό τους άνθρωπο για να θηλάσουν. Παράλληλα, ποσοστό μόλις 4,6% του συνόλου του δείγματος έμεινε πάρα πολύ ικανοποιημένη από τη παροχή υπηρεσιών και ενημέρωση σχετικά με το μητρικό θηλασμό από τη πλευρά του νοσοκομείου. Όπως προκύπτει από διεθνείς μελέτες, οι γυναίκες που εκπαιδεύονται σε ζητήματα μητρικού θηλασμού τείνουν να θηλάζουν αποκλειστικά για μεγάλο χρονικό διάστημα (Gau M.L., 2004). Ακόμα, 93,1% των λεχωίδων επισήμανε, ότι το μωρό έμεινε καθ όλο το εικοσιτετράωρο στο κουνάκι του μαζί τους και είχαν τη δυνατότητα να το θηλάσουν όποτε απαιτούνταν. Πλέον πρόσφατες μελέτες των (Rosenberg K.D., et.al., 2008, Britton C., et.al., 2007) τονίζουν ότι η παραμονή του νεογνού δίπλα στη μητέρα (rooming in system) και η αμέριστη υποστήριξη της θηλάζουσας από τις μαίες είναι οι πλέον σημαντικοί παράγοντες που συμβάλουν στην επιτυχία ενός νοσοκομείου στο δρόμο της πιστοποίησης.

Όσον αφορά τη γνώμη των γυναικών για τα νεογνά που τρέφονται με ξένο γάλα, συμφωνεί με ποσοστό 71,1% του συνόλου δείγματος ότι τα μωρά που τρέφονται με ξένο γάλα υποφέρουν συχνά από κωλικούς. Επίσης 93,8% συμφώνησε ότι το μητρικό γάλα προστατεύει το νεογνό από μολύνσεις και αλλεργίες. Οι πρακτικές αυτές της προώθησης του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας και η απουσία του θηλασμού από τη πρώτη ώρα, σε μεγάλο ποσοστό των μαιευτηρίων, απέχουν από τις συστάσεις του ΠΟΥ και έρχονται σε πλήρη αντίθεση με το χαρακτηρισμό των νοσοκομείων ως φιλικά για τα βρέφη.

Αναφορικά με το ποιες πρέπει να είναι οι προϋποθέσεις, ώστε ένα νοσοκομείο να χαρακτηριστεί «φιλικό προς τα βρέφη», οι λεχωίδες απάντησαν με ποσοστό 43,1%, ότι επιβάλλεται να παρέχει πληροφόρηση των εγκύων για τα οφέλη και το χειρισμό του μητρικού θηλασμού. Ένα μαιευτήριο είναι ο πρώτος σταθμός μιας μητέρας που γεννάει το παιδί της. Για αυτό και οφείλουν όλα τα μαιευτήρια να είναι πιστοποιημένα ως «φιλικά προς τα βρέφη» και να υποστηρίζουν σθεναρά το μητρικό θηλασμό (Labbok M.H.,et.al., 2006)

▪ **Από την συνδυαστική ανάλυση των δεδομένων οι παράγοντες που προέκυψαν να επηρεάζουν τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού είναι οι εξής:**

Οι μελέτες που αναφέρονται στην ηλικία της μητέρας σε σχέση με το μητρικό θηλασμό είναι αντιφατικές. Οι ερευνητές (Ford R.P.K., et.al., 1994) βρήκαν ότι οι νεότερες γυναίκες θηλάζουν σε χαμηλότερο ποσοστό. Επίσης και οι (Kaldeira A.P., et.al., 2007)επιβεβαίωσαν τον ισχυρισμό ότι οι γυναίκες σε μεγαλύτερη ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες για να θηλάσουν. Στη δική μας έρευνα βρέθηκε ότι οι νεότερες ηλικίες κατά πλειοψηφία έβαλαν το μωρό στο μαστό να θηλάσει άμεσα, όμως δε σχετίστηκε η ηλικία με τη συχνότητα έναρξης του θηλασμού μετά τον τοκετό (p-value= 0,258). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει η ηλικία των λεχωίδων, μόνο με τα προβλήματα και τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν κατά την έναρξη του θηλασμού (p-value= 0,029*). Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ηλικιακά μεγαλυτέρων γυναικών από 31 - > 40, οι οποίες αντιμετώπισαν συχνότερα προβλήματα και δυσκολίες κατά την έναρξη του θηλασμού.

Ισχυρή στατιστική συσχέτιση παρουσιάζουν οι καπνιστικές συνήθειες των γυναικών μεταξύ του παράγοντα «σε ποια εβδομάδα κύησης γεννήσατε» (p-value=0,002**). Διαπιστώνεται ότι οι καπνίστριες σε σχέση με τις μη καπνίστριες του δείγματος γέννησαν πιο νωρίς σε επίπεδο εβδομάδων. Συνεπώς σχετίζεται ισχυρά αρνητικά το κάπνισμα με τη πρόωρη εβδομάδα τοκετού.

Ισχυρή στατιστική συσχέτιση παρουσιάζει το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας μεταξύ του παράγοντα «πότε βάλατε το μωρό στο μαστό για να θηλάσει» (p-value=0,001**). Το επίπεδο εκπαίδευσης των λεχωίδων του δείγματος φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την έναρξη του μητρικού θηλασμού. Διαπιστώθηκε ότι ποσοστό επιπέδου λυκείου 30%, ΤΕΙ 23%, ΑΕΙ 21% έβαλε το μωρό να θηλάσει από την πρώτη

ημέρα μετά το τοκετό και αντίστοιχα επιπέδου λυκείου ποσοστό 56%, ΤΕΙ 11%, ΑΕΙ 12% το τοποθέτησε από τη δεύτερη ημέρα μετά τον τοκετό.

Επιπλέον, ισχυρή στατιστική συσχέτιση παρουσιάζει το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας μεταξύ του παράγοντα «ο θηλασμός είναι για σας» (p-value=0,004**), που επιβεβαιώνει με τη σειρά του την παραπάνω στατιστική σημαντικότητα.

Στο δείγμα μας, όσο αύξανε το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα, τόσο πιο πιθανό ήταν να θηλάσει η μητέρα, όμως δεν παρουσίασε στατιστική σημαντικότητα με οριακή απόκλιση (p-value=0,052). Το γεγονός, ότι και η εκπαίδευση του πατέρα συμβάλλει στη συνέχιση του μητρικού θηλασμού έχει περιγραφεί και σε μελέτη στη Βραζιλία και θεωρείται πιθανό ότι οι πατέρες με καλύτερη εκπαίδευση είναι πιο ενημερωμένοι για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού με αποτέλεσμα να παρακινούν τις συζύγους τους προς αυτή την κατεύθυνση (Mascarenhas M.L.W., et.al., 2006)

Η εργασία της μητέρας και η πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας δε σχετίστηκε 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 (Infant Feeding Survey Report , 2005).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας μεταξύ του παράγοντα «πότε βάλατε το μωρό στο μαστό για να θηλάσει κατά την έναρξη του θηλασμού» (p-value=0,018*). Συνεπώς σχετίζεται θετικά η οικογενειακή κατάσταση με τη συχνότητα έναρξης του μητρικού θηλασμού. Επίσης ισχυρή στατιστική συσχέτιση, παρουσιάζει η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας μεταξύ του παράγοντα, «η οικονομική κρίση σας ώθησε στο μητρικό θηλασμό» (p-value=0,001**). Η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών του δείγματος φαίνεται να επηρεάζει θετικά την απόφαση να θηλάσουν λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα της οικονομικής κρίσης.

Πλέον στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας, μεταξύ του παράγοντα «πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί - ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας» (p-value=0,046*). Συνεπώς, σχετίζεται η οικογενειακή κατάσταση παντρεμένων λεχωίδων που δεν θήλασαν

ποσοστού 93%, με τον παράγοντα της ενημέρωσης και υποστήριξης των νέων μητέρων από οργανισμούς, επαγγελματίες υγείας και νοσοκομείο. Ερευνητικά έχει καταγραφεί, ότι η κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα μητρικού θηλασμού συμβάλει όχι μόνο στην υιοθέτηση θετικής στάσης απέναντι στο μητρικό θηλασμό, αλλά παράλληλα και στην αύξηση της αυτοπεποίθησής τους ως προς την αντιμετώπιση των δυσκολιών και προβλημάτων, που είναι πιθανόν να παρουσιαστούν (Ingram C.J., et.al., 2006)

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει η χώρα καταγωγής της μητέρας, μεταξύ του παράγοντα, «το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο μαστό για να θηλάσει» (p-value=0,012*) και ισχυρή στατιστική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα, «πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο μαστό σας για να θηλάσει» (p-value=0,006**). Κατά συνέπεια, η χώρα καταγωγής των ερωτηθέντων γυναικών του δείγματος σχετίζεται θετικά με τη συχνότητα του μητρικού θηλασμού. Ο θηλασμός ενδέχεται να αποτελεί την οικονομικότερη λύση διατροφής για φτωχές οικογένειες. Επίσης, οι Αλβανίδες αλλά και οι Ελληνίδες του δείγματός μας που όπως αναφέρθηκε παραπάνω θηλάζουν περισσότερο και ίσως αυτό οφείλεται στο γεγονός, ότι αντιπροσωπεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό στη κατηγορία του χαμηλού εισοδήματος (κάτω των 12.000€). Αξιοσημείωτο είναι ότι αλλοδαπές μητέρες παρουσιάζονται να θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Theofilogiannakou M., et al.,2006).

Σχετίζεται αρνητικά η χώρα καταγωγής της μητέρας, μεταξύ του παράγοντα, «αντιμετωπίσατε προβλήματα η δυσκολίες όταν αρχίσατε να θηλάζετε;» (p-value=0,013*) και ισχυρά επίσης σχετίζεται ισχυρά αρνητικά μεταξύ του παράγοντα, «πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί – ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας;» (p-value=0,006**). Υψηλό ποσοστό Ελληνίδων και Αλβανίδων λεχωίδων του δείγματος, που δεν θήλασαν και αντιμετώπισαν προβλήματα κατά την έναρξη του θηλασμού, κατά συνέπεια αν είχαν ενημερωθεί και υποστηριχθεί από φορείς και το νοσοκομείο θα είχαν θηλάσει.

Προτάσεις

- Να υπάρξει στο μέλλον, περισσότερη ευαισθητοποίηση και συνεχής επιμόρφωση μέσα από σεμινάρια, όλων των λειτουργών που εργάζονται στα μαιευτήρια και στα κέντρα μητρότητας.

- Να υπάρξει μια πολιτική όσον αφορά την προαγωγή του μητρικού θηλασμού από μέρους των γυναικολόγων και παιδιάτρων.

- Να υπάρξει μέριμνα από μέρους του κράτους, για ικανοποιητική περίοδο άδειας μητρότητας και δημιουργία ευέλικτου ωραρίου (με νομοθετική ρύθμιση), για μητέρες που επιστρέφουν στη δουλειά τους, όπως και για διαλείμματα θηλασμού. Είναι γεγονός, ότι αιτία διακοπής του θηλασμού είναι πολλές φορές η επιστροφή στην εργασία, όπου για κάποιες γυναίκες ισοδυναμεί με αδυναμία συνέχισης του θηλασμού.

- Να απαιτηθεί (με νομοθετική ρύθμιση) από τους εργοδότες να παρέχουν εγκαταστάσεις στο χώρο εργασίας, ώστε να επιτρέπουν στις εργαζόμενες μητέρες να συνεχίζουν να θηλάζουν.

- Να προστατευτεί το δικαίωμα της μητέρας να θηλάζει σε δημόσιους χώρους.

- Να παρασχεθεί, επαρκή πληροφόρηση στις μητέρες και στο υγειονομικό προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρών, μαιών, νοσοκόμων για την προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού. Σημαντικό ποσοστό γυναικών του δείγματος, σταμάτησε να θηλάζει λόγω ανεπαρκούς γάλατος και αυτό καταδεικνύει την απουσία στοιχειώδους πληροφόρησης της μητέρας από τους επαγγελματίες υγείας για τη φυσιολογία της γαλουχίας.

- Να εξασφαλιστεί, ότι όλες οι υγειονομικές εγκαταστάσεις στη χώρα μας που παρέχουν υπηρεσίες μητρότητας ακολουθούν τα «Δέκα βήματα για τον επιτυχή θηλασμό» όπως διακηρύσσονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τη UNICEF, ως μέρος της Πρωτοβουλίας για Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη.

- Να μην προωθείται, κάθε μορφή υποκατάστατων μητρικού γάλακτος ή φιαλών θηλασμού (μπιμπερό) στο υγειονομικό προσωπικό και στο κοινό, αλλά κυρίως προς τις γυναίκες, πριν ή αμέσως μετά τον τοκετό.

- Κατά την παραμονή στο μαιευτήριο σκόπιμος θα ήταν ο εντοπισμός από τους επαγγελματίες υγείας των μητέρων «αυξημένου κινδύνου» για πρώιμη διακοπή του

θηλασμού και ενίσχυση της υποστήριξης σε αυτές. «Αυξημένου κινδύνου», σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, ήταν οι γυναίκες κυρίως που είχαν καπνιστικές συνήθειες

Περιορισμοί Έρευνας

Στη διεξαγωγή της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες κατά τη διάρκεια της συλλογής και της διαμόρφωσης των δεδομένων, παρατηρήθηκε, δυσκολία στην επικοινωνία με τις λεχωίδες που είχαν καταγωγή από άλλες χώρες.

Επίσης, μερική συχνότητα του ποσοστού του δείγματος, που είχαν καταγωγή Ελληνική και ήταν αθίγγανες, επιφυλασσόμαστε για τις απαντήσεις που έδωσαν σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες.

Πλέον, παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν λεχωίδες που δεν θέλησαν καθόλου να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο, εκφράζοντας την άποψη ότι τα τυποποιημένα γάλατα στις μέρες μας είναι τόσο εξελιγμένα, ώστε μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του νεογνού σε διατροφική αξία.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

1. Antoniou E., Daglas M., Iatrakis G., Kourounis G., Greatsas G., (2005): Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Greece. Clin Exp Obstet Gynecol.; 32(1):37-40.
2. Arifeen S., Kenneth H., Michael K., Ahmed A.l. - S., Kanta J.& Han D., (2001): Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. Pediatrics.;108(4):e67–74.
3. Arora A., Byrem T. M., Nair M.G. and Strasburg G. M., (2000): Modulation of liposomal membrane fluidity by flavonoids and isoflavonoids. Arch. Biochem. Biophys.; 373:106.
4. Britton C., Mc Cormick F.M., Renfrew M.J., Wade A., King S.E., (2007): Support for breastfeeding mothers (Review). Cochrane Database Syst Rev, 1:CD001141.
5. Caldeira A.P, Goncalves E., (2007): Assessment of the impact of implementing the Baby Friendly Hospital Initiative, J Pediatric (Rio J).; 83(2): 127-132.
6. Callen J., Pinelli J., (2005): A Review of the Literature Examining the Benefits and Challenges, Incidence and Duration, and Barriers to Breastfeeding in Preterm Infants. Advances in Neonatal Care.;5(2):72-88.
7. Chiu W.C., Liao H.F., Chang P.J., Chen P.C., Chen Y.C. (2011): Duration of breast feeding and risk of developmental delay in Taiwanese children: a nationwide birth cohort study. Paediatr. Perinat. Epidemiol.;25 (6): 519-27.
8. Dewey K.I., Heining, M.J, Nommsen, L.A., (1993): Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. Am.J.Clin.Nutr. ;58:162-166
9. Pasupathy D., Gordon S., (2008): Neonatal outcomes with caesarean delivery at term. Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. ;93:F174-F175. 33
10. Edmond, K.M., Zandoh C., Quigley M.A., Amenga-Etego, S., Owusu- Agyei S., Kirkwood B.R.,(2006): Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics.; 117(3): e380-6.

11. Fergusson D.M., Woodward L.J., (1999): Breast feeding and later psychosocial adjustment. Paediatric and Perinatal Epidemiology.; 13,144-157.

12. Ford R.P.K., Mitchell E.A., Scragg R., Steward A.W., Taylor B.J, Allen E.M.,(1994): Factors adversely associated with breast- feeding in New Zealand. J Paediatr Child Health.; 30: 483-9

13. Forste R., Weiss, J., Lippincott, E., (2001): The decision to breastfeed in the United States: does race matter? Pediatrics.; 108(2): 291-6.

14. Gabriel M., Leung, Tai-Hing Lam, Lai-Ming H.o., (2002): Breast-Feeding and Its Relation to Smoking and Mode of Delivery. Obstetrics and Gynecology. ;99(5):785-794.

15. Gau M.L., (2004): Evaluation pf a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study. Int J Nurs Stud.May.; 41(4): 425-35.

16. Gdalevich M., Mimouni, D., Mimouni, M., (2001): Breast-feeding and the risk of bronchiak asthma in childhood: a systematic review with metaanalysis of prospective studies. J.Pediatr.; 139 (2): 261-6.

17. Hamosh M., Dewey K.G., Garza C., (1991): Maternal health effects of breastfeeding. Nutrition during lactation. Institute of medicine. Washington, DC, ational Academy Press, pp.197-212.

18. Hamosh M., (1991): Breastfeeding: Unravelling the mysteries of mother's milk. Medsc. Wom. H. eJourn.; 1(5).

19. Howie P.W., (2002): Protective effect of breastfeeding against infection. BMJ.; 503: 141-147.

20. Harpham T., Grand E., Thomas E., (2002): Measuring social capital within health surveys: key issues. Health policy and planning 17(1)

21. Heck K.E., Braveman P., Cubbin C., Chavez C.F., Kiely J.L., (2006): Socioeconomic status and breastfeeding initiation among Californiamothers. Public Health Rep.; 121(1): 51-9.

22. Infant Feeding Survey Report, (2005): published by TSO (The Stationery Office).

23. Ingram C.J., (2006): Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. Inter Breast J.;1-9.

24. Jones G., Steketee R.W., Black R.E., Bhutta Z.A., Morris S.S., (2003): Bellagio Child Survival Study Group: How many child deaths can we prevent this year? Lancet.; 362 (9377): 65-71. 2.

25. Kennedy K.I., Labbok, M.H., Van Look P.F., (1996): Lactational amenorrhea method for family planning. Int.J.Gynaecol.Obstet. 54: 55-57. Breastfeeding and the use of human milk. (2005). Pediatrics.;115(2):496-506.

26. Kramer M.S., Kakuna R., (2001): The optimal duration of exlusive breastfeeding: a systematic review. Geneva, World Health Organization.

27. Kull I., Bohme M., Wahlgren CF., Nordvall L., Pershagen G., WickmanM., (2005): Breast-feeding reduces the risk for childhood eczema. J.Allergy Clin.Immumo.;116: 657-661.

28. Labbok M.H, Wardlaw T., Blanc A., Clark D., Terreri N., (2006): Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. J Hum Lact.; 22(3): 272-276.

29. Labbok M.H., (2001): Effects on breastfeeding on the mother. Pediatr. Clin. North Am. ;48: 143-158.

30. Leon-Cava N., Lutter, C., Ross, J. Martin, L., (2002): Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC.

31. Mascarenhas M.L.W., Albernaz E.P., Da Silva M.B., Da Silveira R.B.,(2006): Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. J Pediatr (Rio J). ;82(4):289-94.

32. Merten S., Dratva J., Ackermann-Liebrich U., (2005): Do Baby-Friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics, 116(5): e702-708.

33. Molbak K., Gottschau A., Aaby P., HOjlyng N., Ingholt L., daSIlva A.P.J., (1994):Prolonged breast feedmg, dIarrhoeal Isease, and SurvIVal of children in Gumea-Issau Br Med J,30:1403-1406

34. Oddy W.H., Robinson M., Kendall G.E., Li J., Zubrick S.R. & Stanley F.J., (2010) : The long term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. The journal of Pediatrics 156, 4, 568-574.

35. Oddy W.H., Robinson M., Kendall G.E., Li J., Zubrick S.R. & Stanley F.J., (2011): Breastfeeding and early child development: A prospective cohort study. Acta Paediatr.

36. Penders J., Thijs C., Vink C., Stelma F.F., Snijders B., Kummeling I., van den Brandt P.A. & Stobberingh E.E., (2006) : Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. Pediatrics, 118:511-521.

37. Richards M., Hardy R., Wadsworth M., (2001): Long term effects of breastfeeding in a national birth cohort: educational attainment and middle life cognitive function. Public Health Nutrition 5(5), 631-635.

38. Roepke J.L, Kirksey A., (1979): Vitamin B6 nutriture during pregnancy and lactation. II. The effect of long-term use of oral contraceptives. Am J Clin Nutr.

39. Rosenberg K.D., Stull J.D., Adler M.R., Kasehagen L.J., Crivelli-Kovach A., (2008): Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. Breastfeed Med.; 3(2):110-116.

40. Theofilogiannakou M., Skoroliakou M., Gounaris A., Panagiotakos D., Markantonis S., (2006): Breast-feeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. ;43(3):379-84

41. Vardavas C.I., Kafatos A.G., (2006): Smoking Policy and Prevalence in Greece : an overview. European Journal of Public Health. ;17(2):211-213.

42. Vogel A., Hutchison B., Mitchell E., (1999): Factors associated with the duration of breastfeeding. Acta Paediatr.;88: 1320-1326.

43. WHO/UNICEF.,(1990): The Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Geneva.

44. World Health Assembly., (1981): International Code of Marketing of Breast milk Substitutes. WHO, Geneva.

45. World Health Organization., (2001): Infant and young child nutrition. 54th World Health Assembly. Geneva.

46. World Health Organization., (2003): Global strategy for infant an young child feeding. Geneva

47. World Health Organization., (2007): Evidence of long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva.

Ελληνική

1. Ματσανιώτης Ν., Θ. Καρπάθιος, Π. Νικολαίδου- Καρπαθίου, (2010). Επίτομη παιδιατρική. Εκδόσεις Αττιλάκος Α. - Φοιτητική έκδοση.
2. Μαλλιαρού Μ.,(2002).Θηλασμός 2002. Δελτίο 1ης Παιδ.Κλ. Παν.Αθηνών. ;49(2):133-137.
3. Αθανασοπούλου Μ, Καϊτελίδου Δ, Ζυγά Σ, Μαλλιαρού Μ, Καλοκαιρινού Α, (2013).Πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις του μητρικού θηλασμού. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τόμος (5): 13-18
4. ΕΛΕΥΘΩ, (2007).Τριμηνιαίο Επιστημονικό και Επαγγελματικό Περιοδικό, Επίσημο Όργανο των Μαιών- Μαιευτών Ελλάδος ,Β΄ Περίοδος,Τόμος (12ος), τεύχος 2ο .
5. Παπαβέντση Σ., (2011). Επιστροφή στον μητρικό θηλασμό. Οδηγός επιβίωσης για γονείς και επαγγελματίες υγείας του παιδιάτρου και πιστοποιημένου συμβούλου γαλουχίας.
6. Ζάχου Θ., (1996). Μητρικός θηλασμός. Νεογνολογία:217-236.
7. Μάλλη Θ.,(2007). Μαία και Σύμβουλος IBCLC-International Board Certified Lactation Consultant.
8. Κατταβένου Σ., (2005). Θηλασμός και στάση των νέων μητέρων προς αυτόν, Διπλωματική εργασία, Σητεία.
9. Χρυσανθόπουλος Χ., FAAP, AAAI, (2012). Παιδιατρική και Εφηβική Πρωτοβάθμια Φροντίδα, Θεσσαλονίκη:22,31.

Μεταφράσεις

1. Behrman R.E, Kliegman R.M, Arvin A.N. Nelson.(2000). Παιδιατρική Ιατρικές Εκδόσεις Π. Πασχαλίδη: 239,241.

Πηγές – Links

1. http://www.thilasmos.gr/stithos.htm (Θεοδώρα Μάλλη-Μαία και Σύμβουλος IBCLC-International Board Certified Lactation Consultant. 2007)
2. http://ivf-embryo.gr (Το παιδί από 0-6, καθηγητών δρ. Γκ.Ντέρινγκ Μαιευτικής και δρ.Τ. Χελλμπρύγκε Παιδιατρικής, δεύτερη έκδοση, 1980 εκδόσεις Νότος ΕΠΕ)
3. http://www.mitrikosthilasmos.com/2010/07/blog-post_8906.html#ixzz2hi5JvdMO
4. http://www.mitrikosthilasmos.com/2011/07/blog-post_01.html#ixzz2hi5qXTWR
5. http://www.f-thilasmos.gr/index.php?option=com_content&view=category&id=17&Itemid=1 * Το άρθρο αυτό αποτελεί στο μεγαλύτερο μέρος του, σύνοψη του άρθρου «Nursing Times» του Paul Doolan που δημοσιεύτηκε στο History Today τον Δεκέμβριο του 2008. Δημοσιεύθηκε: 02/02/2013Συντάκτης: Aglaia Filed under: Θηλασμός Tags: Παγκόσμια Συνδιάσκεψη, θηλασμός.
6. http://aglaiaslab.wordpress.com/tag/%CE%B8%CE%B7%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-2/
7. http://www.f-thilasmos.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=123
8. http://www.babyspace.gr/Article/breastfeeding/136-4419.html?pbreak=2
9. . http://www.thilasmos.gr/stithos.htm Θεοδώρα Μάλλη-Μαία και Σύμβουλος IBCLC-International Board Certified Lactation Consultant. 2007.
10. https://www.google.gr/search?q=www.+myworld.+Gr&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:el:official&client=firefox-a&gws_rd=cr&ei=THi4Ut6tLc6r0gXrpYGAAg (Μάγδα Λυμπεροπούλου με την συνεργασία της ειδ. Παιδιάτρου Κωνσταντίνας Καπετάνιου, www.myworld.gr
11. http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=1&id=2115&st=2 Τμήμα σχετικά με τον μητρικό θηλασμό Pediatrics 2012; 129;c827; πρώτη δημοσίευση διαδικτυακά στις 27 Φεβρουαρίου 2012 «Δήλωση Πολιτικής Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής»

12. http://www.mitrikosthilasmos.com/2011/11/blog-post_8096.html#ixzz2ohoNxxLY

13. http://www.f-thilasmos.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=123

14. http://www.letsfamily.gr/el/articles/nosokomeia-filika-pros-ta-vrefi-yparxoyn

15. http://www.mitrikosthilasmos.com/2013/02/unicef-uk.html#ixzz2oi2WlCm4

Παράρτημα Ι

Ερωτηματολόγιο – Απόφαση Δ.Σ. Γ.Ν. Μεσσηνίας – Έγκριση Χρήσης Ερωτηματολογίου

ΑΔΑ: ΒΛ464690ΒΦ-471

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
13/5.06.2013
Του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας

ΘΕΜΑ: 40 << Επί της με αρ.πρωτ. 10125/24.05.2013 αίτησης της κ. Σουρίλα Δήμητρας, Μαίας Νοσοκομειακής Μονάδας Καλαμάτας, σχετικά με την έγκριση εκπόνησης Ερευνητικής Μελέτης.>>

Σχετικά με το θέμα αυτό η εισηγήτρια κ. Μαρία Γιαννακέα εκτελούσα χρέη Δ/ντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, θέτει υπόψη του Συμβουλίου την με αρ.πρωτ. 10125/24.05.2013 αίτηση της κ. Σουρίλα Δήμητρας, Μαίας Νοσοκομειακής Μονάδας Καλαμάτας, η οποία επισυνάπτεται και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του παρόντος πρακτικού, σχετικά με την έγκριση εκπόνησης Ερευνητικής Μελέτης και με την οποία παρακαλεί να της χορηγηθεί σχετική άδεια προκειμένου να υλοποιήσει την ερευνητική μελέτη με θέμα: «Μελέτη της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού σε λεχωΐδες έως 5 ημερών στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας».

Κατόπιν των ανωτέρω ΕΙΣΗΓΕΙΤΑΙ όπως το συμβούλιο χορηγήσει την άδεια στην κ. Σουρίλα Δήμητρα, Μαία Νοσοκομειακής Μονάδας Καλαμάτας, προκειμένου να υλοποιήσει την ερευνητική μελέτη με θέμα: «Μελέτη της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού σε λεχωΐδες έως 5 ημερών στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας», σύμφωνα και με αρ.πρωτ. 10125/24.05.2013 αίτησή της.

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη του όλα τα ανωτέρω καθώς επίσης τις διατάξεις:
Α) Του Οργανισμού του Νοσοκομείου Β.Δ. 31/1-20/2/56 (ΦΕΚ 69/Α/56) καθώς τροποποιήθηκε - συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και αναμορφώθηκε με την αρ. Υ4α/οικ. 121798/12 (ΦΕΚ 3477/31.12.2012 Τεύχος Δεύτερο) απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Υγείας.
Β) Του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Κυπαρισσίας αρ. Α3β/οικ.4786/87 (ΦΕΚ 170/Β/1987) απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν.Ασφαλίσεων καθώς τροποποιήθηκε – συμπληρώθηκε και αναμορφώθηκε μεταγενέστερα.
Γ) Την με αρ. Υ4α/οικ. 123890/2012 (ΦΕΚ 3499/31.12.2012 Τεύχος Δεύτερο) απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Υγείας, σχετικά με τον Ενοποιημένο Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και του Γενικού Νοσοκομείου –Κ.Υ. Κυπαρισσίας.
Δ) Του Ν. 3329/2005.
Ε) Του Ν.3527/2007.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 13/5.06.2013

ΣΤ) Του Ν. 4118/2013 (ΦΕΚ 32/6.2.2013 τεύχος Πρώτο)
Και μετά από διαλογική συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

Χορηγεί την άδεια στην κ. Σουρίλα Δήμητρα, Μαία Νοσοκομειακής Μονάδας Καλαμάτας, προκειμένου να υλοποιήσει την ερευνητική μελέτη με θέμα: «Μελέτη της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού σε λεχωΐδες έως 5 ημερών στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας», σύμφωνα και με αρ.πρωτ. 10125/24.05.2013 αίτησή της.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
Καλαμάτα 6/06/2013
Η Γραμματέας
ΜΑΡΙΑ Ν. ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Αρ. Πρωτ. .....1135.....
Αθήνα, 29/5/2013

Κυρία
Δήμητρα Σουρίλα
Μαία
e-mail: middimi@hotmail.com

Κυρία Σουρίλα,

σχετικά με το αίτημά σας, για χρήση μέρους των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που εφαρμόστηκε στην «Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού» του Ι.Υ.Π., σας ενημερώνω ότι έχετε την άδεια να χρησιμοποιήσετε το σχετικό ερωτηματολόγιο στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα: «Μελέτη της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού σε λεχωΐδες έως 5 ημερών που γεννούν στο ΓΝ Μεσσηνίας».

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ * ΑΘΗΝΑ *

Ι. Αντωνιάδου-Κουμάτου, Παιδίατρος
Δ/ντρια Κοινωνικής/Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Ι.Υ.Π.

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

1. Ποιο το φύλο του παιδιού σας;

   α. Άρρεν

   β. Θήλυ

2. Το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο στήθος για να θηλάσει;

   α. Ναι

   β. Όχι

3. Πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;

α. 1η ημέρα

β. 2η ημέρα

γ. 3η ημέρα

δ. 4η ημέρα

ε. 5η ημέρα

4. Σας έφεραν το μωρό μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό για να το θηλάσετε;

α. Ναι

β. Όχι

5. Μέχρι σήμερα το μωρό σας έχει ποτέ πάρει:

α. Χαμομήλι, τσάι, ή άλλο ρόφημα

β. Χυμό φρούτου

γ. Νερό ή ζαχαρόνερο

δ. Κανένα από αυτά

6. Αντιμετωπίσατε προβλήματα ή δυσκολίες όταν αρχίσατε να θηλάζετε;

α. Ναι

β. Όχι

7. Στο μητρικό θηλασμό πρέπει:

α. Να τηρείται το ελεύθερο ωράριο διατροφής του βρέφους(σύμφωνα με τις ανάγκες του)

β. Να τηρείται το ωράριο διατροφής (κάθε 3-4 ώρες)

8. Ποιος ήταν ο βασικός λόγος που το μωρό σας δε θήλασε;

Α. Προβλήματα με στήθος
α. Ανεπαρκές γάλα

β. Πέτρωμα στήθους

γ. Μαστίτιδα

δ. Εισέχουσες θηλές

ε. Τραυματισμός θηλών

Β. Λόγοι μητέρας
α. Επιστροφή στην εργασία

β. Αρρώστια μητέρας

γ. Κάπνισμα

δ. Φάρμακα

ε. Κούραση/ άγχος/ κατάθλιψη

στ. Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού

ζ. Υποχρεώσεις στο σπίτι

η. Πολύδυμη κύηση

θ. Ανησυχία για την ποσότητα που λαμβάνει

ι. Προσωπικοί λόγοι

Γ. Λόγοι μωρού

α. Αρρώστια μωρού

β. Προωρότητα

γ. ΜΕΝΝ (Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών)

δ. Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους

ε. Άρνηση του μωρού

Δ. Επίδραση άλλων προσώπων

α. Ο σύντροφός μου δεν ήθελε να θηλάσω

β. Ο γιατρός/ μαία/ νοσηλεύτρια μου είπαν να μη θηλάσω

9. Είχατε υποστήριξη από το προσωπικό όπου γεννήσατε;

α. Ναι

β. Όχι

10. Πριν γεννηθεί το μωρό σας είχατε αποφασίσει αν θα θηλάσετε;

α. Ναι

β. Όχι

11.Ποιοι ήταν οι βασικοί λόγοι που θέλατε να θηλάσετε;

α. Η καλύτερη διατροφή για το βρέφος

β. Δεσμός μεταξύ μητέρας- βρέφους

γ. Θήλασα προηγούμενο μωρό με επιτυχία

δ. Εύκολος/ βολικός τρόπος σίτισης

ε. Οικονομικός τρόπος σίτισης

στ. Είναι ο φυσικός τρόπος σίτισης

ζ. Αποφυγή αλλεργίας

η. Καλύτερο για την υγεία της μητέρας

θ. Άλλο……..

12.Σε πιο βαθμό η οικονομική κρίση σας ώθησε στο μητρικό θηλασμό;

α. Καθόλου

β. Ελάχιστα

γ. Αρκετά

δ. Πολύ

ε. Πάρα πολύ

13. Ο θηλασμός είναι για εσάς:

α. Μια ευχάριστη εμπειρία

β. Μια κουραστική διαδικασία

γ. Μια υποχρέωση προς το μωρό

δ. Μια λύση ανάγκης

14. Όσο αφορά την τεχνική του μητρικού θηλασμού ενημερωθήκατε από:

α. Προσωπικό μαιευτικής κλινικής

β. Γυναικολόγο

γ. Παιδίατρο

δ. Συγγενικό/ φιλικό πρόσωπο

ε. Βιβλία/ internet

στ. Άλλο…….

15. Ποιοι ήταν οι βασικοί λόγοι που θέλατε να μη θηλάσετε;

α. Είναι καλό για την υγεία του βρέφους

β. Πρόβλημα υγείας/ πρόβλημα μαστών

γ. ΜΘ χρονοβόρος και δέσμευση στο σπίτι

δ. Επιστροφή στη δουλειά

ε. Υποχρεώσεις στο σπίτι

στ. Ρύπανση περιβάλλοντος

ζ. Φόβος αποτυχίας

η. Χαλάει το γυναικείο στήθος

θ. Δεν ήθελε ο σύζυγος μου

ι. Άλλο …….

16. Πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί- ενημερωθεί περισσότερο, θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας;

α. Ναι

β. Όχι

17. Αισθάνεστε άσχημα για την επιλογή σας να μη θηλάσετε;

α. Ναι

β. Όχι

18. Σας δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα- σκόνη;

α. Ναι

β. Όχι

19. Σας δόθηκε δωρεάν δείγμα γάλακτος σε σκόνη;

α. Ναι

β. Όχι

20. Σας βοήθησε ή σας υποστήριξε κάποιος από τους παρακάτω, επαγγελματίες υγείας ή δικός σας άνθρωπος να θηλάσετε όσο ήσασταν στο μαιευτήριο;

α. Ο σύζυγός μου

β. Οι γονείς μου

γ. Φίλες/ φίλοι

δ. Ο γυναικολόγος

ε. Το προσωπικό του μαιευτηρίου

στ. Ο παιδίατρος

ζ. Άλλος……

21. Σε μία κλίμακα από το 0- 5, όπου το μηδέν σημαίνει πάρα πολύ ανικανοποίητος και το πέντε πάρα πολύ ικανοποιημένος, αναφέρατε το βαθμό ικανοποίησής σας από τους επαγγελματίες υγείας για τη βοήθεια που σας παρείχαν σχετικά με το μητρικό θηλασμό καθ΄ όλη τη διάρκεια της νοσηλείας σας οι επαγγελματίες υγείας της μαιευτικής κλινικής.

α. 0

β. 1

γ. 2

δ. 3

ε. 4

στ. 5

22.Α. Στο μαιευτήριο το μωρό σας βρισκόταν όλο το 24ωρο σε κουνάκι στο ίδιο δωμάτιο με εσάς;

α. Ναι

β. Όχι

22.Β. Πόσο συχνά σας έφερναν το μωρό για να το θηλάσετε;

α. Κάθε ……ώρες

β. Όποτε έκλαιγε

γ. Όποτε το ζητούσα

δ. Άλλο…….

23. Γεννήσατε με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική;

α. Φυσιολογικό τοκετό

β. Καισαρική τομή

24. Τι βάρος είχε το μωρό σας στη γέννηση;

α. Κάτω από 2000 gr

β. 2001gr- 2500gr

γ. 2501gr- 3000gr

δ. 3001gr- 3500gr

ε. 3501gr και άνω

25. Το μωρό σας γεννήθηκε στις ημέρες του ή νωρίτερα;

α. Τελειόμηνο

β. Πρόωρο

26. Σε ποια εβδομάδα κύησης γεννήθηκε το μωρό σας;

…….

27. Απαντήστε με Συμφωνώ- Διαφωνώ στις πιο κάτω ερωτήσεις:

α. Τα νεογνά που τρέφονται με «ξένο γάλα» υποφέρουν πιο συχνά από κωλικούς;

Συμφωνώ Διαφωνώ

β. Το μητρικό γάλα προστατεύει το νεογνό από μολύνσεις/ αλλεργίες;

Συμφωνώ Διαφωνώ

γ. Ο θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό βοηθά στη σύσπαση της μήτρας τη μείωση της αιμορραγίας;

Συμφωνώ Διαφωνώ

δ. Γυναίκες με μικρό στήθος δεν μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα:

Συμφωνώ Διαφωνώ

ε. Γυναίκες με επίπεδες ή εισέχουσες θηλές δε μπορούν να θηλάσουν:

Συμφωνώ Διαφωνώ

στ. Όσο πιο πολύ γάλα χρειάζεται το νεογνό, τόσο πιο πολύ είναι σε θέση να παράγει το στήθος:

Συμφωνώ Διαφωνώ

ζ. Εάν το νεογνό χάσει βάρος έως 7% τις πρώτες ημέρες θα πρέπει να χορηγηθεί συμπλήρωμα:

Συμφωνώ Διαφωνώ

η. Τροφές με φλούδες, ίνες, σπόρια πρέπει να αποφεύγονται στην περίοδο του θηλασμού:

Συμφωνώ Διαφωνώ

θ. Ο μητρικός θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στη μητέρα

Συμφωνώ Διαφωνώ

ι. Ο μητρικός θηλασμός βοηθά την μητέρα να αποκτήσει την προηγούμενη μορφή της γρηγορότερα:

Συμφωνώ Διαφωνώ

28. Ποιες πιστεύετε προϋποθέσεις θα πρέπει να πληρεί ένα νοσοκομείο για να χαρακτηριστεί «φιλικό προς τα βρέφη»; (μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

α. Πληροφόρηση των εγκύων για τα οφέλη και το χειρισμό του μητρικού θηλασμού

β. Δημιουργία ομάδων υποστήριξης του μητρικού θηλασμού

γ. Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό κλαίει

δ. Δημιουργία ευάερου και ευήλιου περιβάλλοντος

ε. Παροχή ψυχοπροφυλακτικής υποστήριξης της εγκύου

Δημογραφικά στοιχεία

29. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε ;

α. Κάτω των 20

β. 21- 25

γ. 26- 30

δ. 31- 35

ε. 35- 40

στ. Άνω των 40

30. Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας;

α. Ναι

β. Όχι

31. Αν Ναι, τι πρόβλημα υγείας;

……
……

32. Θα μπορούσατε να μου πείτε αν καπνίζετε;

α. Ναι

β. Όχι

32.Α**. Αν Ναι**, πόσα τσιγάρα περίπου την ημέρα;

……

33. Καπνίζατε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

α. Ναι

β. Όχι

33**. Αν Ναι,** πόσα τσιγάρα περίπου την ημέρα;

……

34. Υπάρχει άλλος καπνιστής στο σπίτι σας;

α. Ναι

β. Όχι

35. Εργαζόσασταν όσο ήσασταν έγκυος;

α. Ναι

β. Όχι

35. **Αν ναι** σε ποιόν μήνα σταματήσατε να εργάζεστε; ……

35. **Αν ναι,** πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας, ή έχετε μειωμένο ωράριο;

α. Ναι

β. Όχι

36. Πόσο καιρό (σε μήνες) έχετε άδεια;

α. Αναρρωτική……

β. Κύηση/ τοκετού……..

γ. Λοχείας……

δ. Γονική/ μητρότητας……..

ε. Μειωμένο ωράριο…….

36.Πήρατε άδεια άνευ αποδοχών;

α. Ναι

β. Όχι

36. **Αν ναι,** πόσον καιρό; (σε μήνες) …….

36. Πότε επιστρέφετε στην εργασία σας; …….

37. Ποια τάξη του σχολείου ή σχολή έχετε τελειώσει; (μητέρα)

α. Καθόλου σχολείο

β. Μερικές τάξεις του δημοτικού

γ. Απόφοιτος δημοτικού

δ. Απόφοιτος γυμνασίου

ε. Απόφοιτος λυκείου

στ. Απόφοιτος ΤΕΙ

ζ. Απόφοιτος ΑΕΙ

η. Άλλο……..

38. Ποια τάξη του σχολείου ή σχολή έχει τελειώσει ο πατέρας του παιδιού;

α. Καθόλου σχολείο

β. Μερικές τάξεις του δημοτικού

γ. Απόφοιτος δημοτικού

δ. Απόφοιτος γυμνασίου

ε. Απόφοιτος λυκείου

στ. Απόφοιτος ΤΕΙ

ζ. Απόφοιτος ΑΕΙ

η. Άλλο……..

39. Θα θέλατε να μου πείτε την οικογενειακή σας κατάσταση;

α. Παντρεμένη

β. Ανύπαντρη

γ. Διαζευγμένη/ σε διάσταση

δ. Χήρα

ε. Άλλο……..

40. Ποια είναι η χώρα καταγωγής σας;

α. Ελλάδα

β. Αλβανία

γ. Βουλγαρία

δ. Ρωσία

ε. Ρουμανία

στ. Άλλο……

41. Έχετε κάποιο ασφάλεια;

α. Δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο

β. Ιδιωτική ασφάλιση

γ. Καμία ασφάλεια

42. Ποιο το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα την περσινή χρονιά; (προαιρετικά)

α. Κάτω από 12.000 ευρώ

β. 12.000- 23.999 ευρώ

γ. 24.000- 35.999 ευρώ

δ. 36.000- 47.999 ευρώ

ε. 48.000 ευρώ και άνω

43. Μαζί με ποια ακόμη άτομα μένετε στο σπίτι;

α. σύζυγος/ σύντροφος γονέας του παιδιού

β. αδέλφια του παιδιού

γ. γιαγιά από μητέρα

δ. παππού από μητέρα

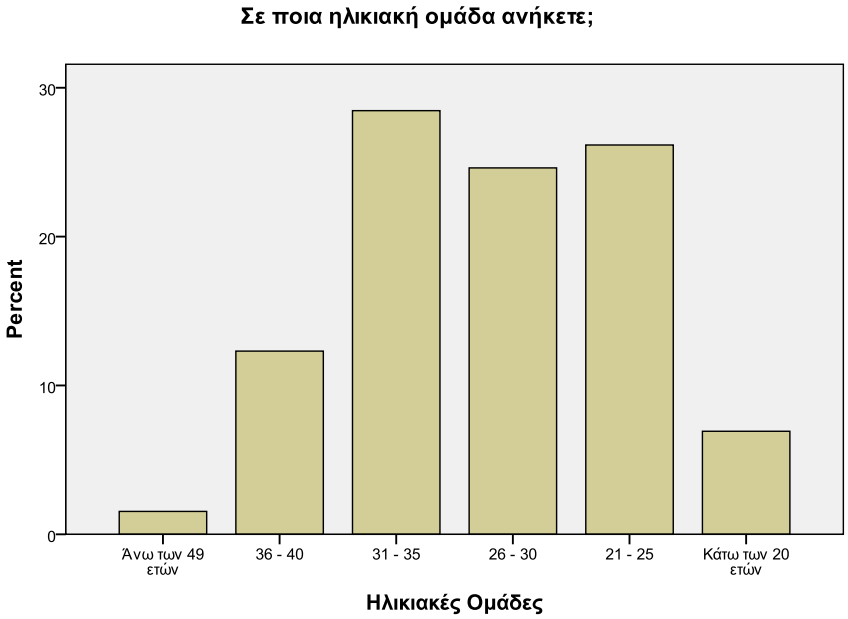
ε. γιαγιά από πατέρα

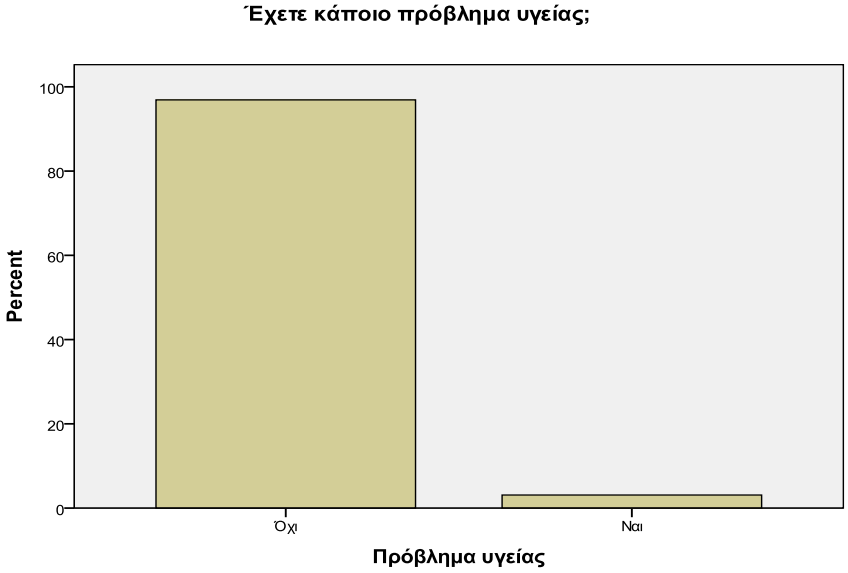
στ. παππού από πατέρα

ζ. Άλλο……

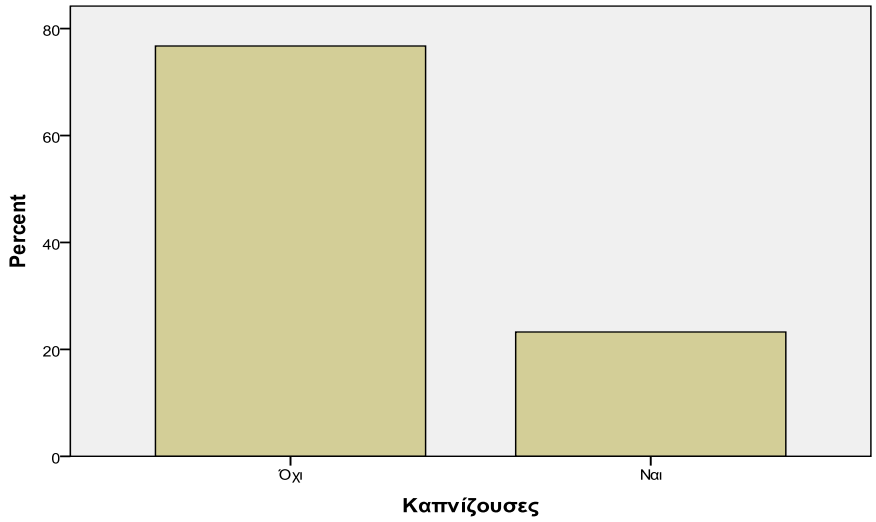
Παράρτημα ΙΙ

Διαγράμματα Περιγραφικών



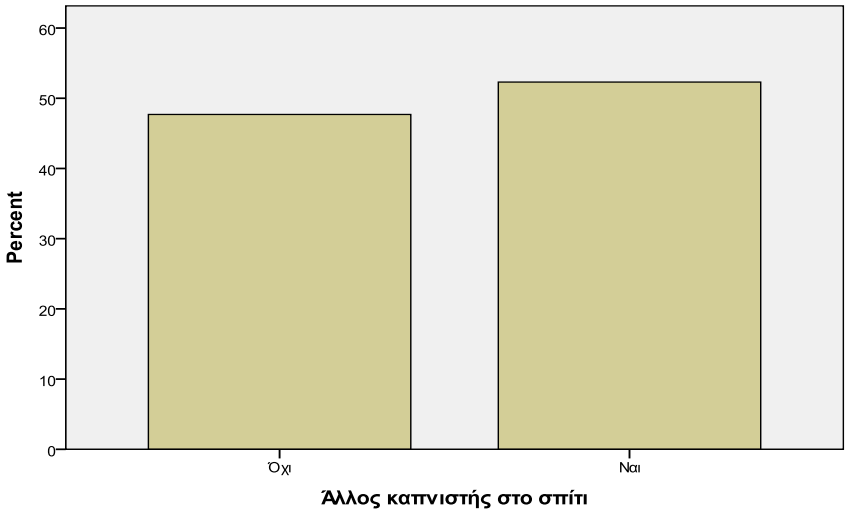


Θα μπορούσατε να μου πείτε αν καπνίζετε;

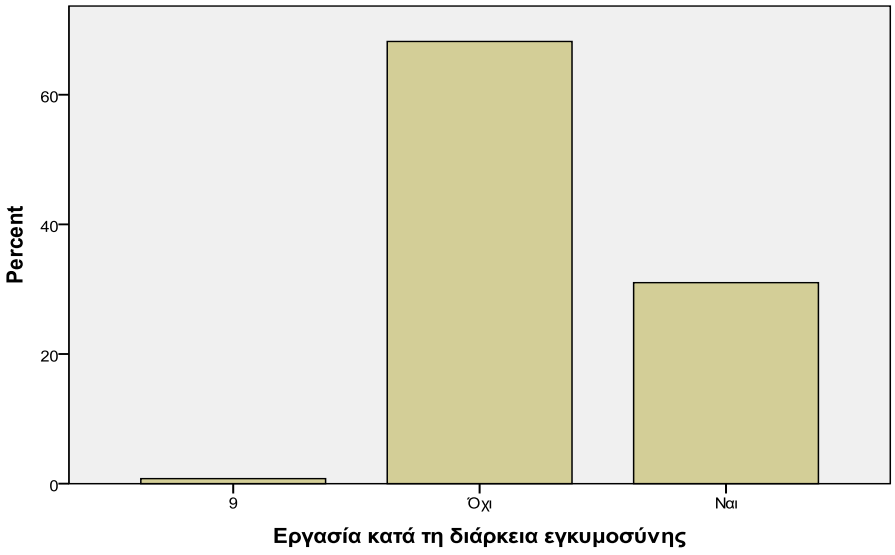


Καπνίζατε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

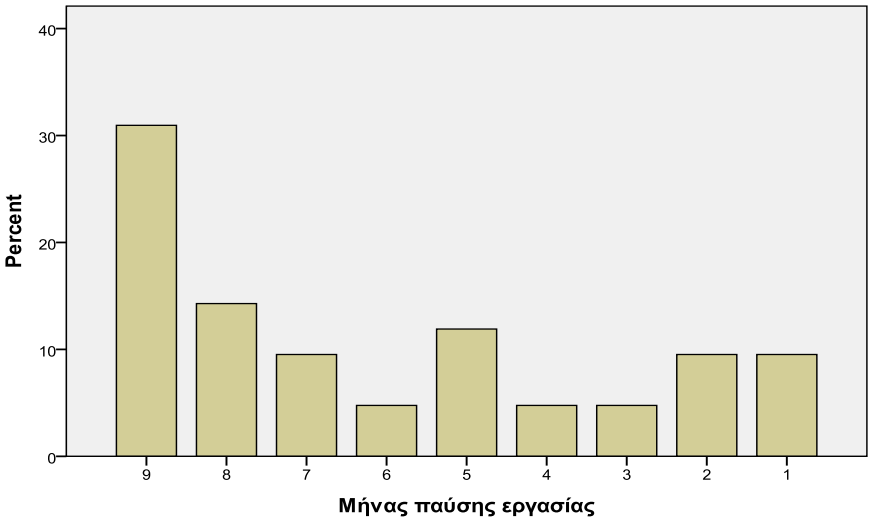
Υπάρχει άλλος καπνιστής στο σπίτι;



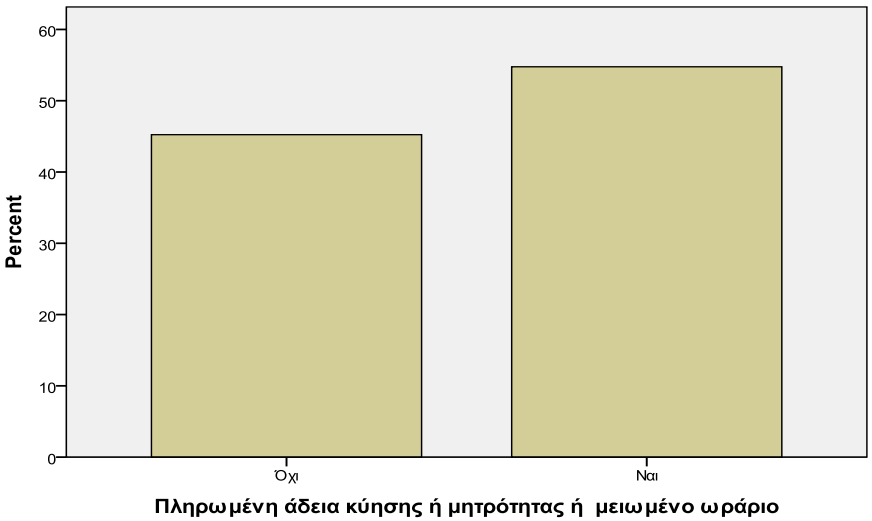
Εργαζόσασταν όσο ήσασταν έγκυος;



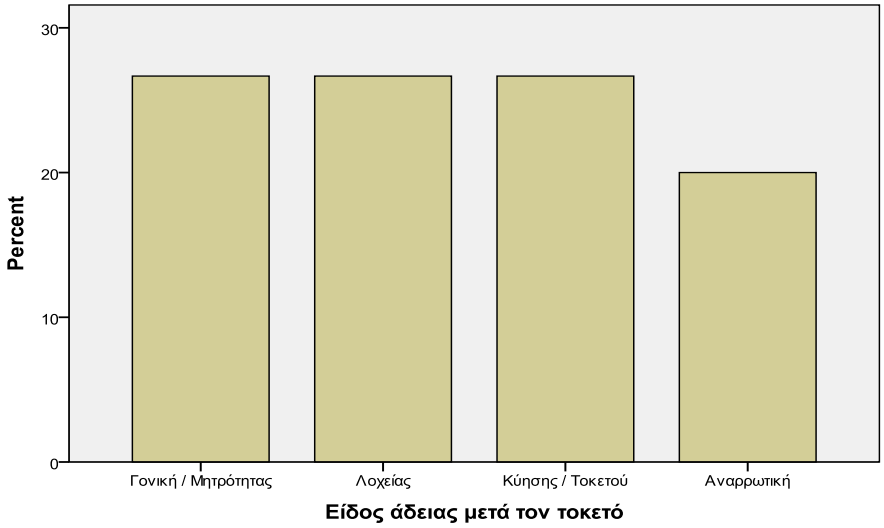
Αν ναι σε ποιο μήνα σταματήσατε να εργάζεστε;



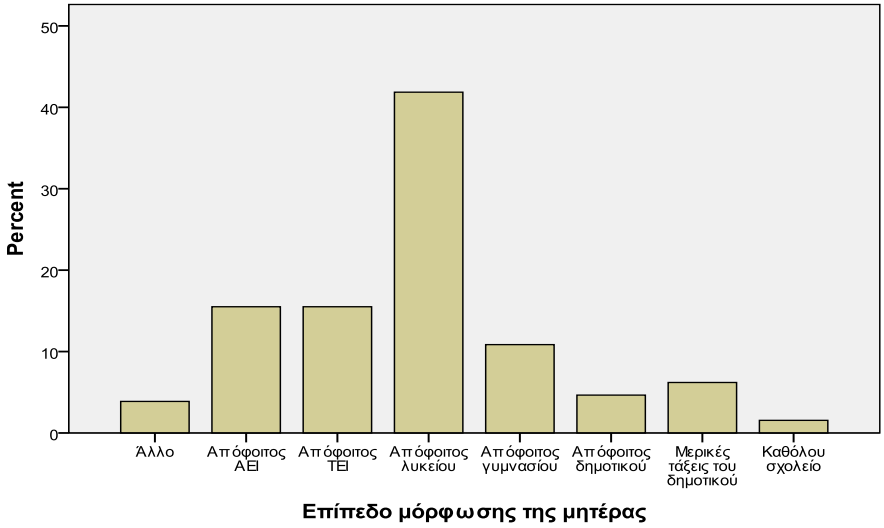
Αν ναι πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας ή έχετε μειωμένο ωράριο;



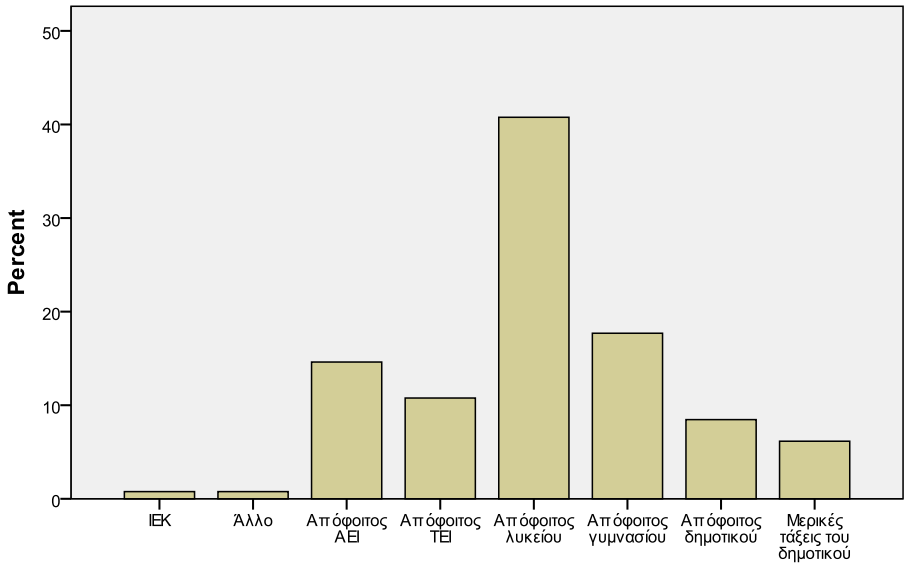
Πόσο καιρό (σε μήνες) έχετε άδεια;



Επίπεδο μόρφωσης της μητέρας

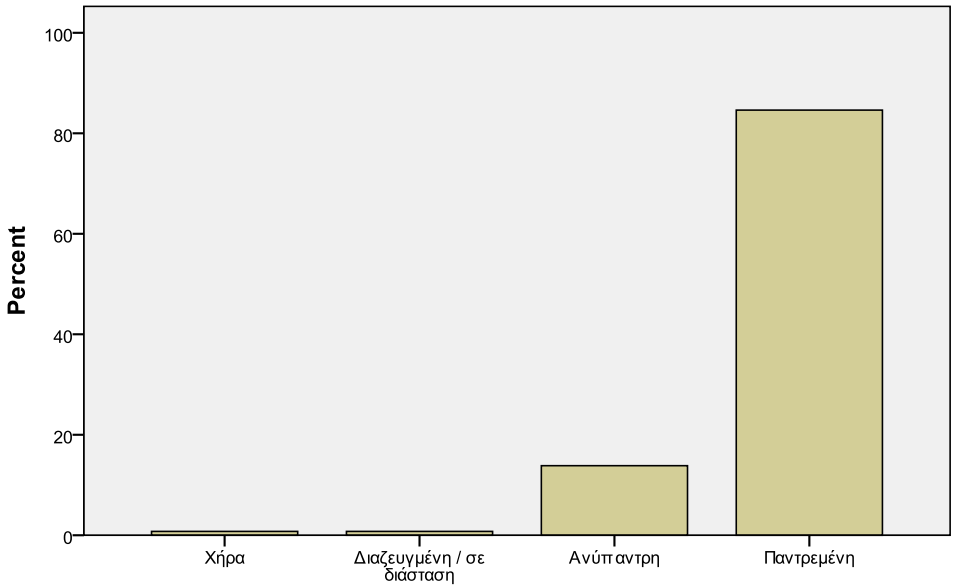


Επίπεδο μόρφωσης του πατέρα του παιδιού



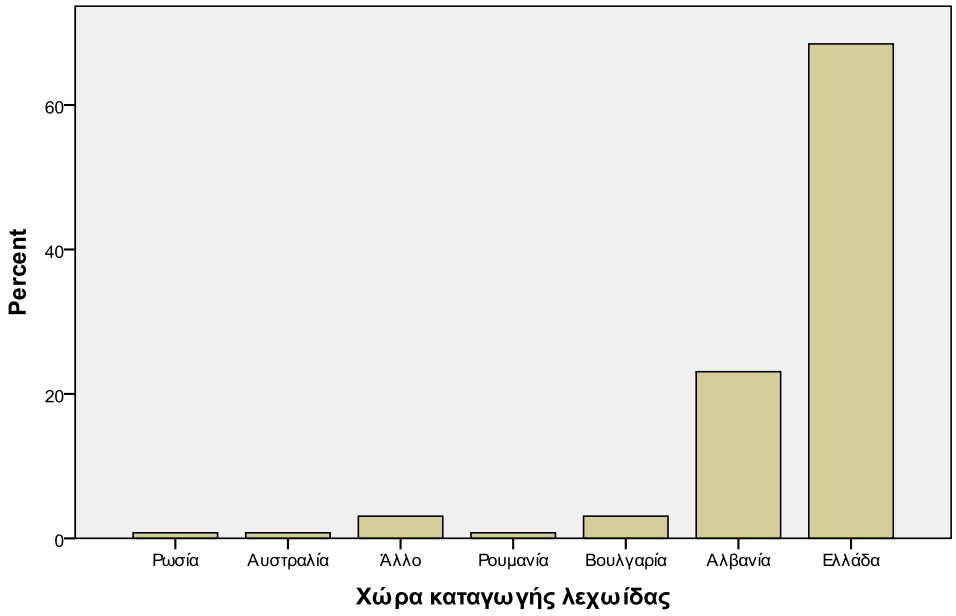
Επίπεδο μόρφωσης του πατέρα του παιδιού

Θα θέλατε να μου πείτε την οικογενειακή σας κατάσταση;

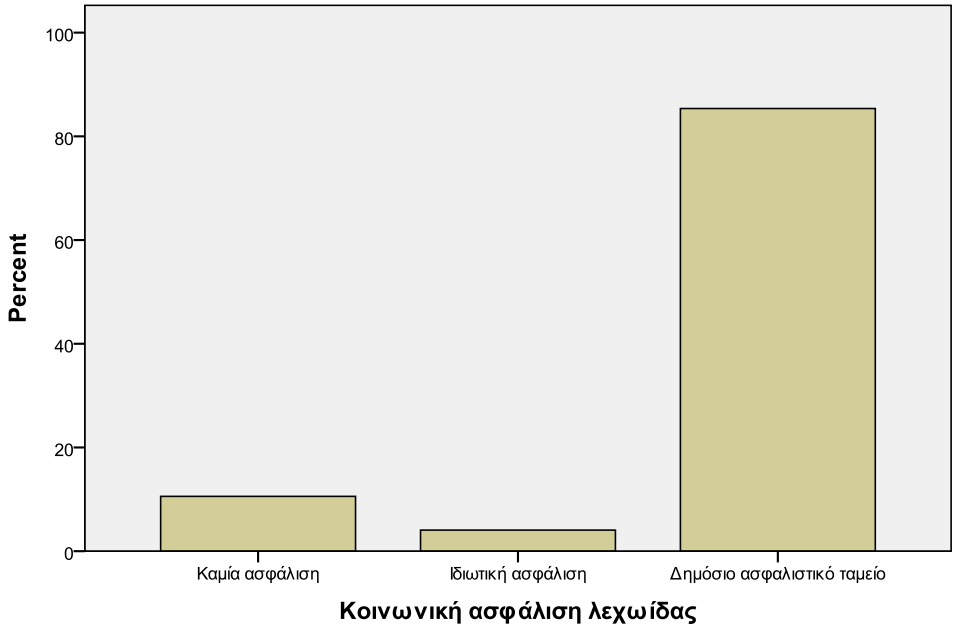


Οικογενειακή κατάσταση λεχωίδας

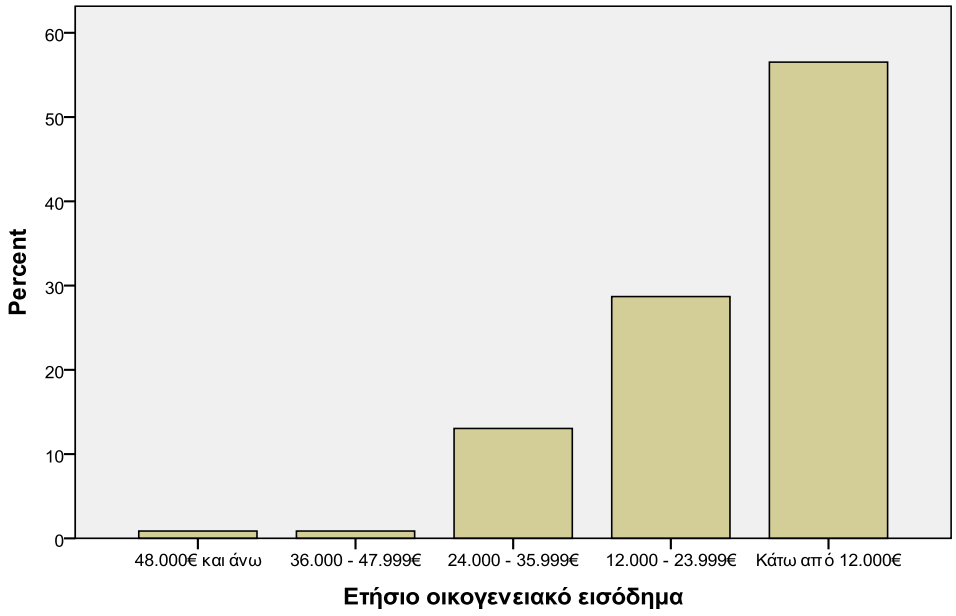
Ποια είναι η χώρα καταγωγή σας;



Έχετε κάποια κοινωνική ασφάλεια;

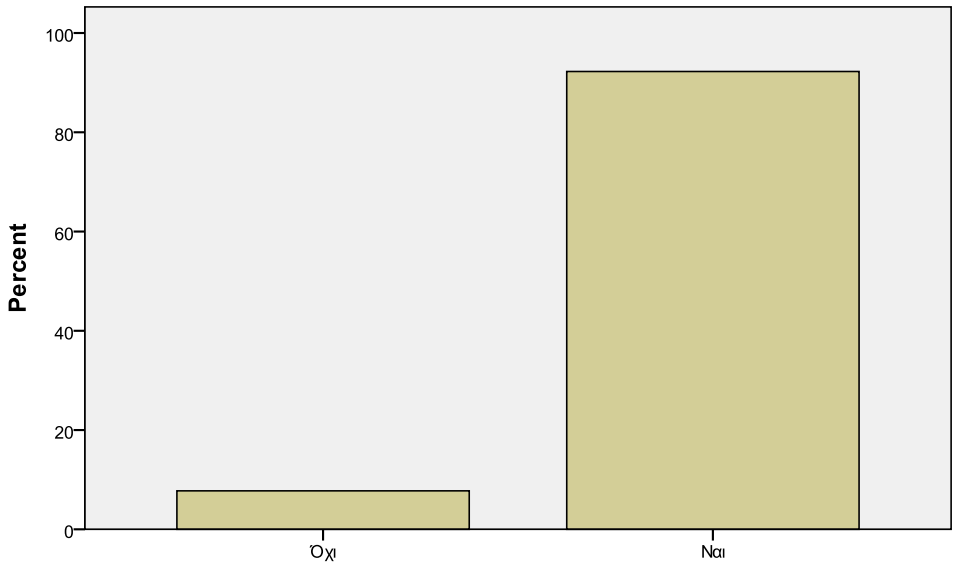


Ποιο ήταν το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα την περσινή χρονιά;



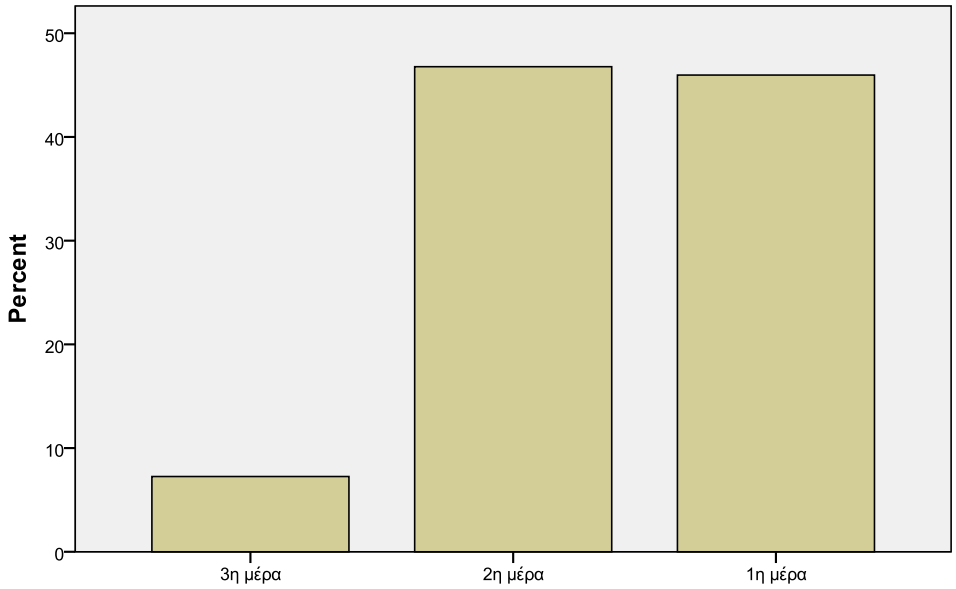
Παράγοντες μητρικού θηλασμού από την πλευρά της μητέρας

Το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο στήθος για να θηλάσει;



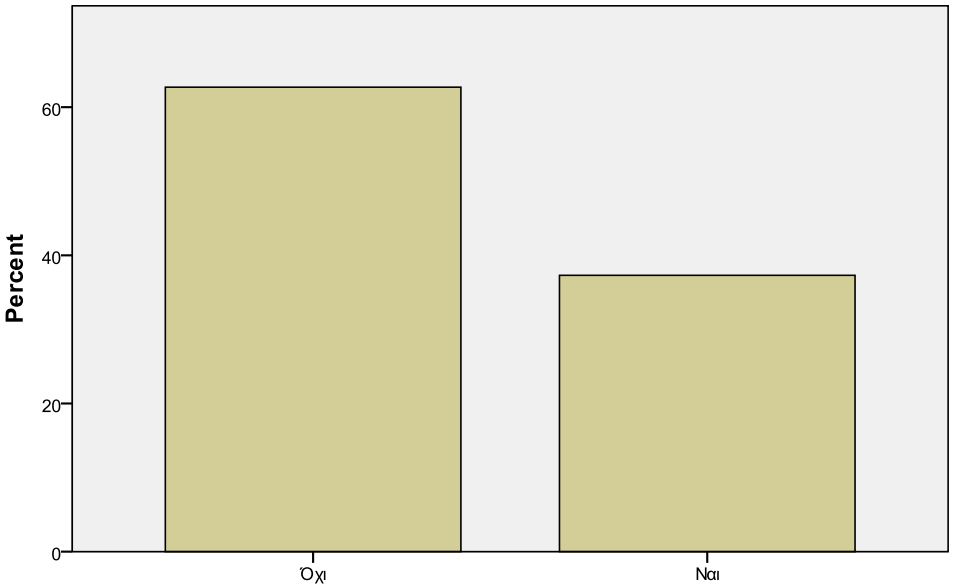
Το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο στήθος για να θηλάσει;

Πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;



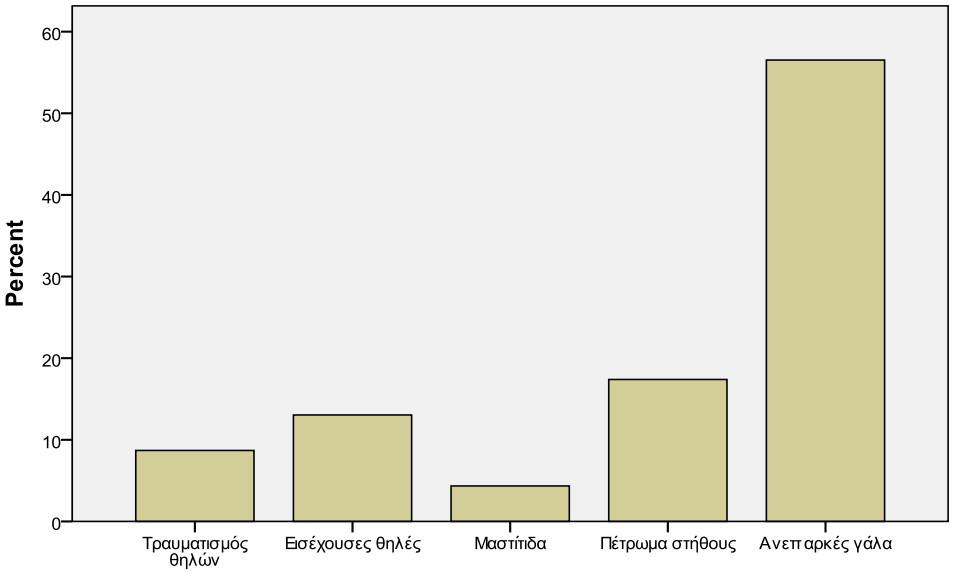
Θηλασμός του μωρού για πρώτη φορά στο στήθος

Αντιμετωπίσατε προβλήματα ή δυσκολίες όταν αρχίσατε να θηλάζετε;



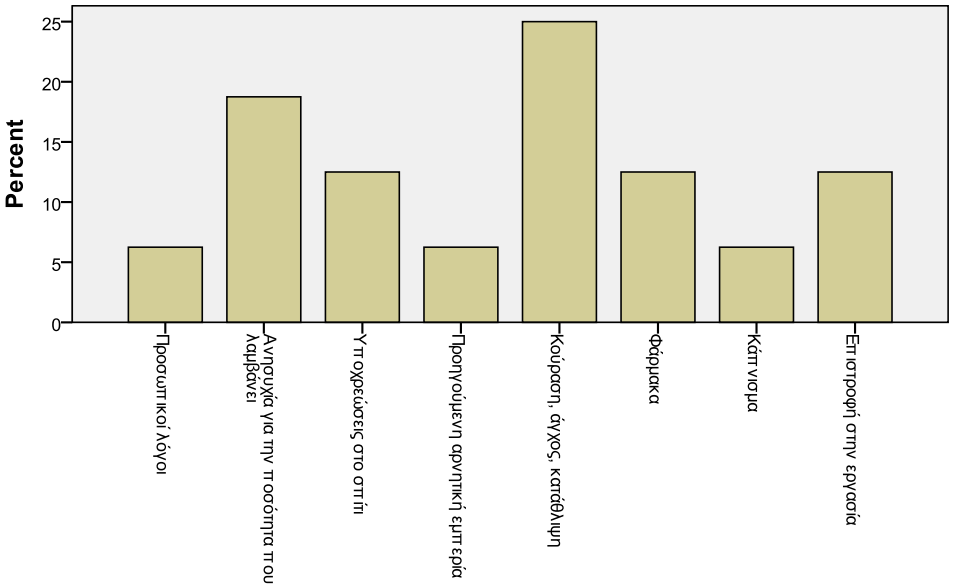
Αντιμετωπίση προβλημάτων ή δυσκολιών στην αρχή του θηλασμού

Ποιός ήταν ο βασικός λόγος που το μωρό σας δε θήλασε; Προβλήματα με στήθος



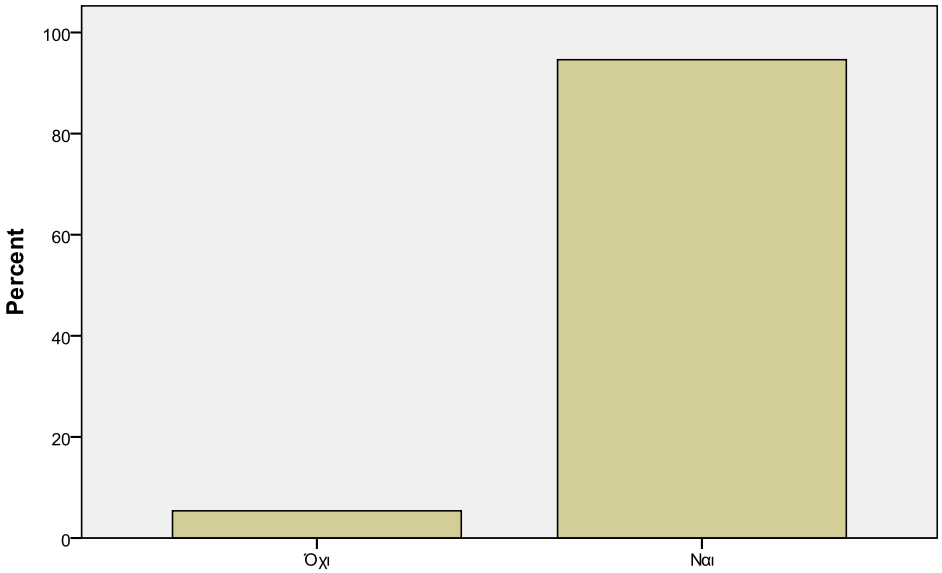
Βασικοί λόγοι που το μωρό δε θήλασε. Προβλήματα με στήθος

Ποιός ήταν ο βασικός λόγος που το μωρό σας δε θήλασε; Λόγοι μητέρας



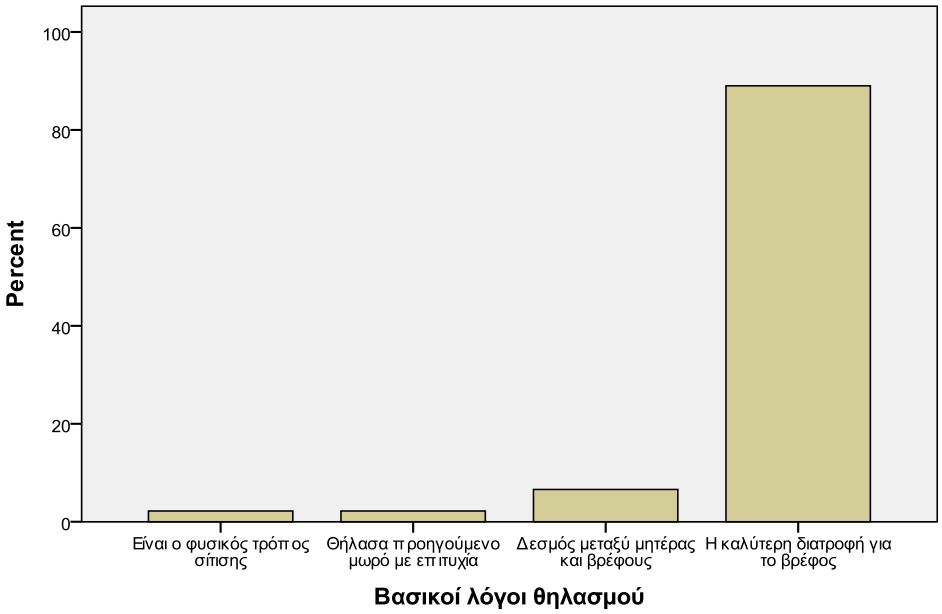
Βασικός λόγος που το μωρό δε θήλασε. Λόγοι μητέρας

Πριν γεννηθεί το μωρό σας είχατε αποφασίσει αν θα θηλάσετε;

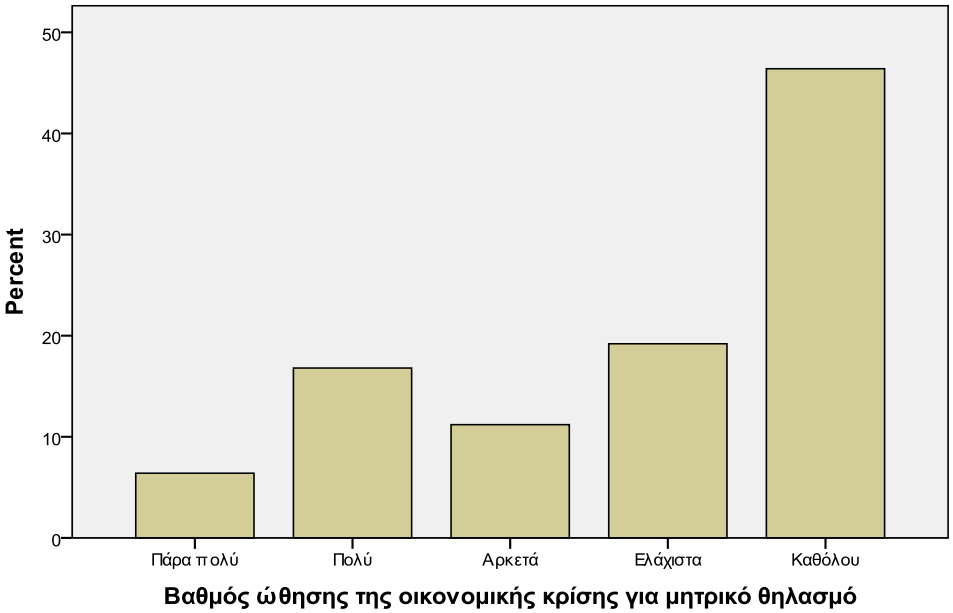


Πριν γεννηθεί το μωρό σας είχατε αποφασίσει αν θα θηλάσετε;

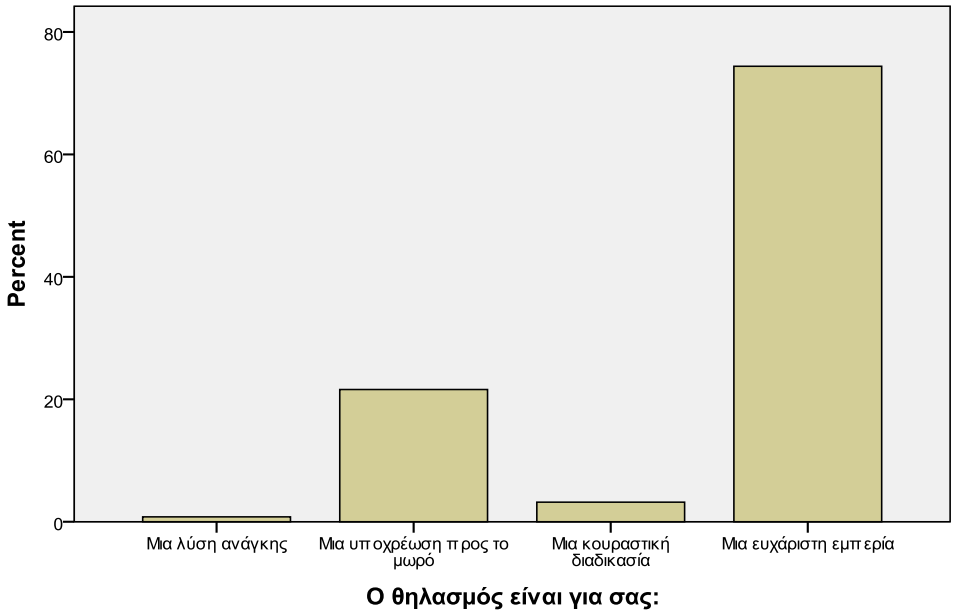
Ποιοι ήταν οι βασικοί λόγοι που θελήσατε να θηλάσετε;



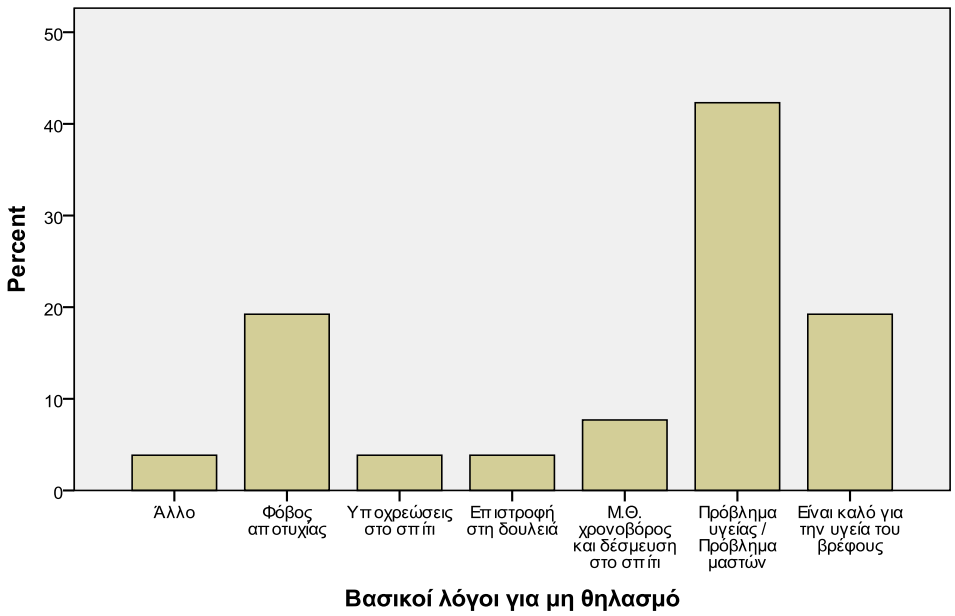
Σε ποιο βαθμό η οικονομική κρίση σας ώθησε στο μητρικό θηλασμό;



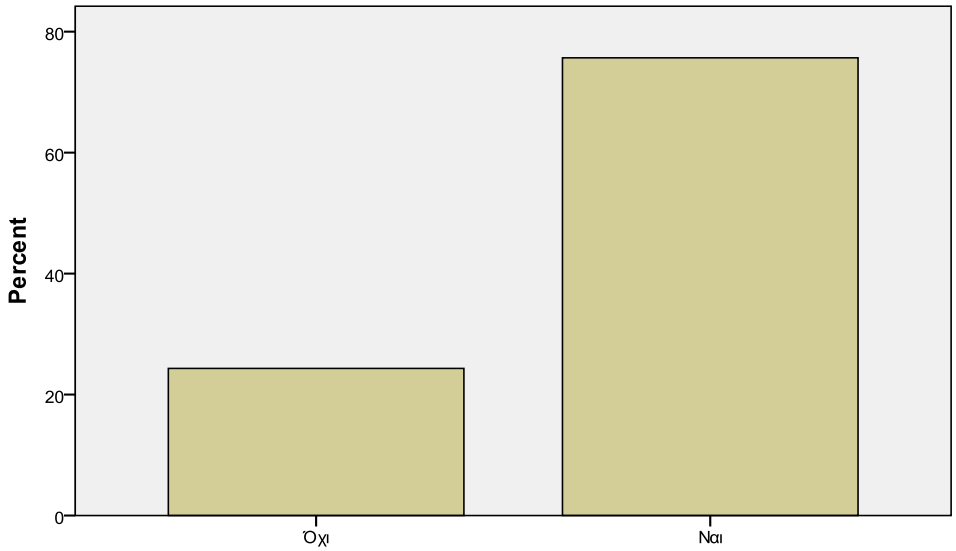
Ο θηλασμός είναι για σας:



Ποιοι ήταν οι βασικοί λόγοι που θελήσατε να μη θηλάσετε;

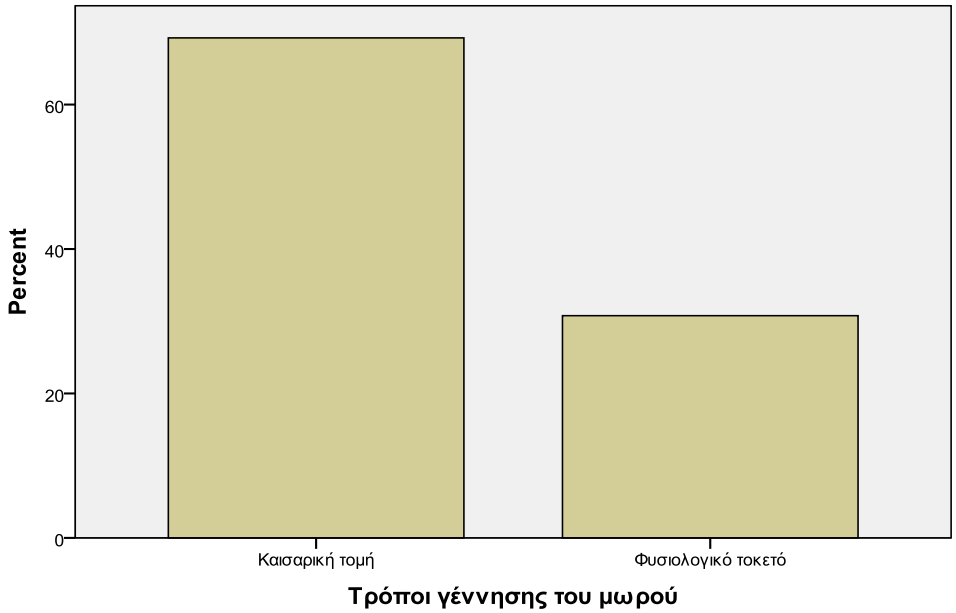


Πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί - ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας;

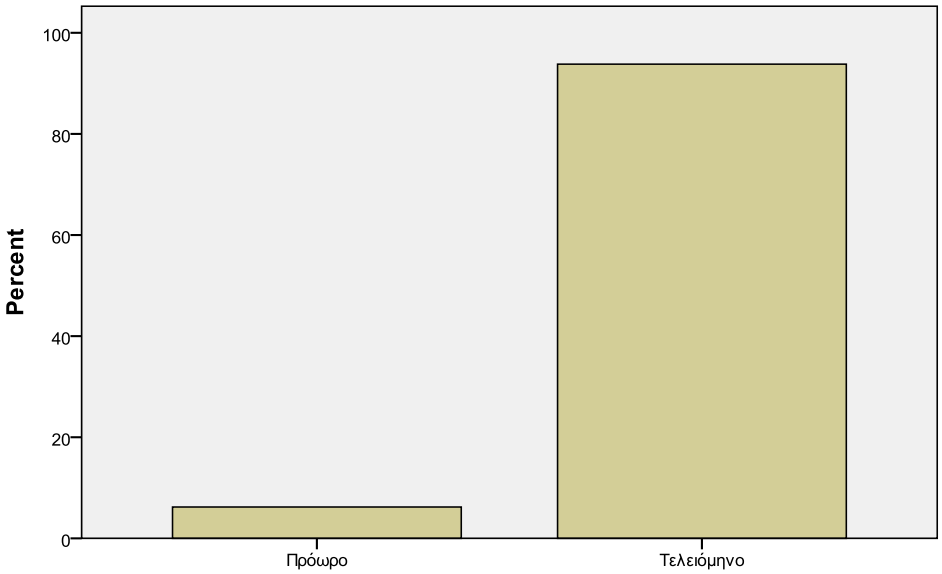


Πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί - ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας;

Γεννήσατε με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική;

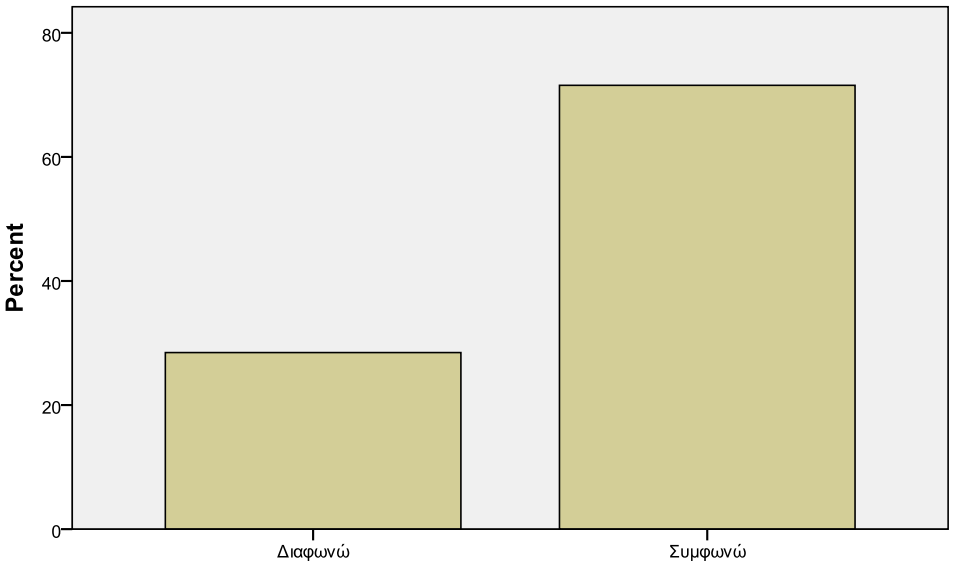


Το μωρό σας γεννήθηκε στις ημέρες του ή νωρίτερα;



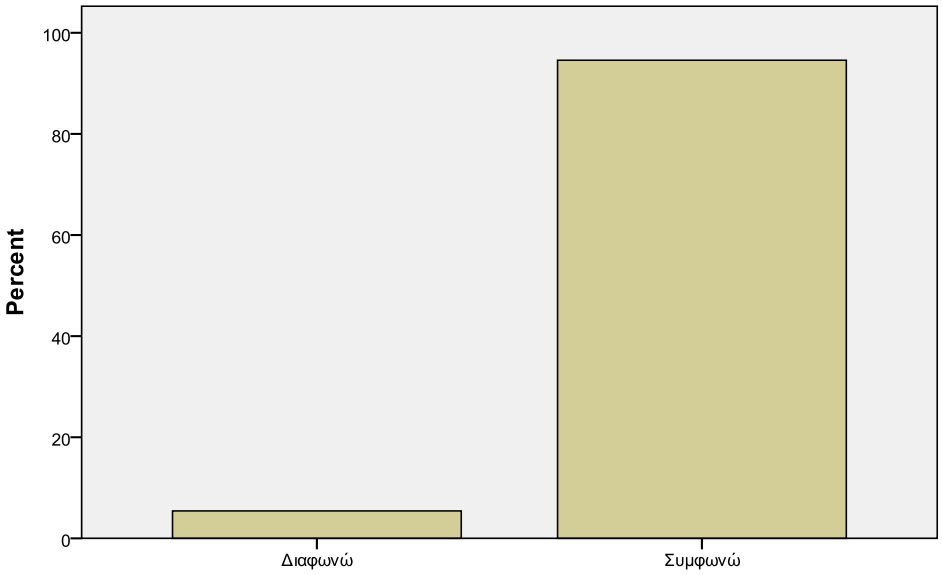
Το μωρό σας γεννήθηκε στις ημέρες του ή νωρίτερα;

Τα νεογνά που τρέφονται με "ξένο γάλα" υποφέρουν πιο συχνά από κωλικούς;



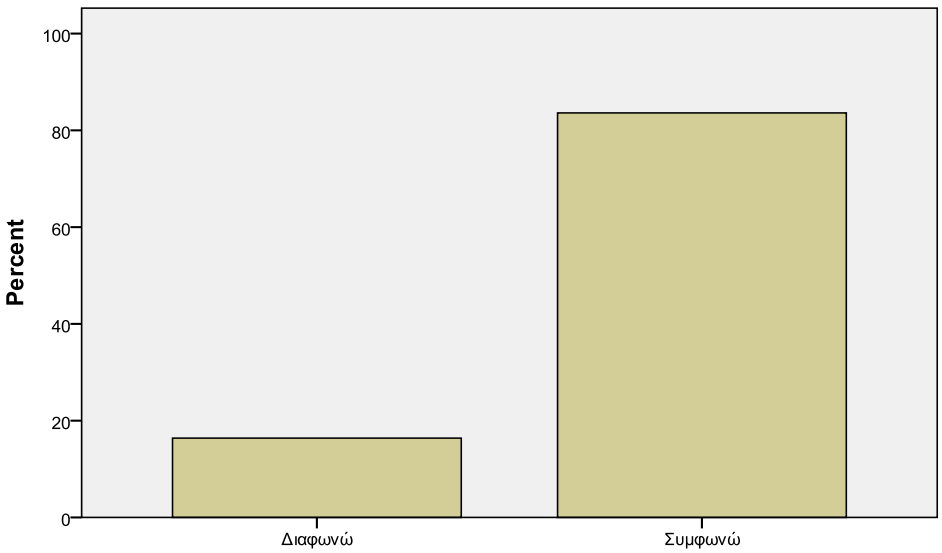
Τα νεογνά που τρέφονται με "ξένο γάλα" υποφέρουν πιο συχνά από κωλικούς;

Το μητρικό γάλα προστατεύει το νεογνό από μολύνσεις / αλλεργίες;



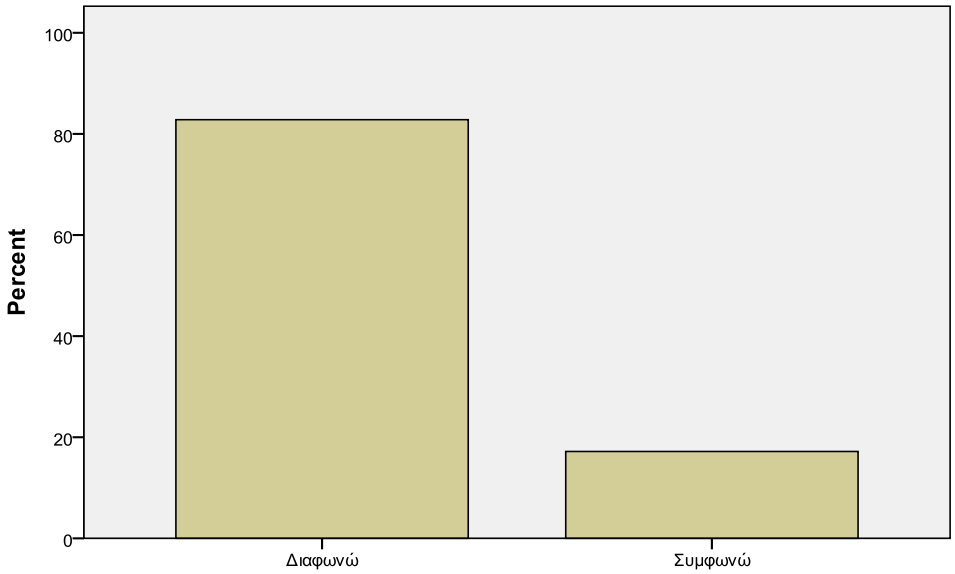
Το μητρικό γάλα προστατεύει το νεογνό από μολύνσεις / αλλεργίες;

Ο θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό βοηθά στη σύσπαση της μήτρας και τη μείωση της αιμορραγίας;



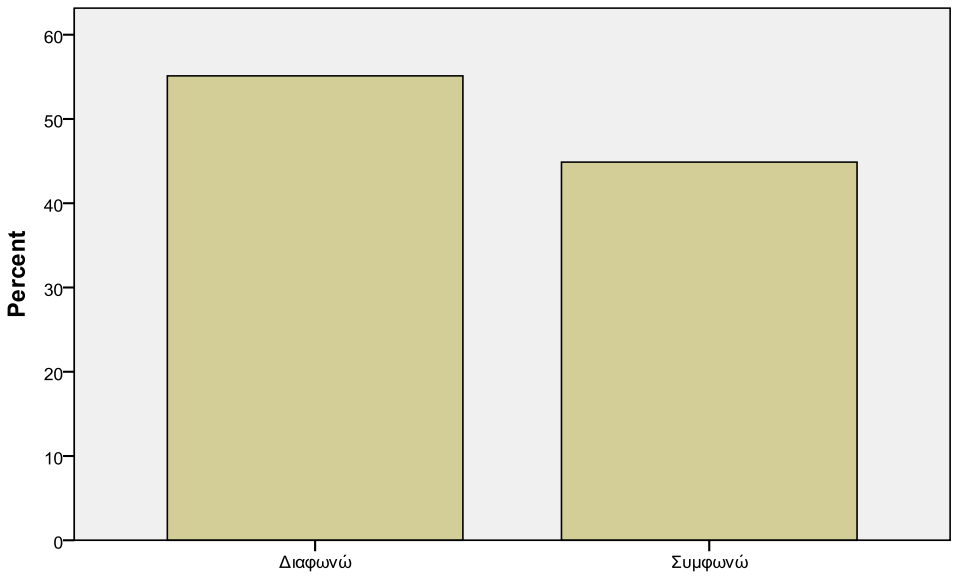
Ο θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό βοηθά στη σύσπαση της μήτρας και τη μείωση της αιμορραγίας;

Γυναίκες με μικρό στήθος δεν μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα.



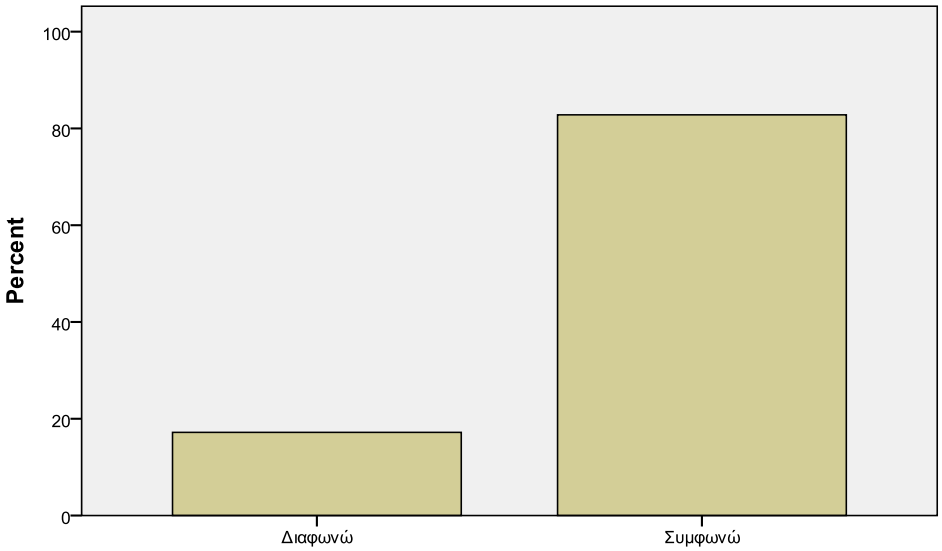
Γυναίκες με μικρό στήθος δεν μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα.

Γυναίκες με επίπεδες ή εισέχουσες θηλές δεν μπορούν να θηλάσουν.



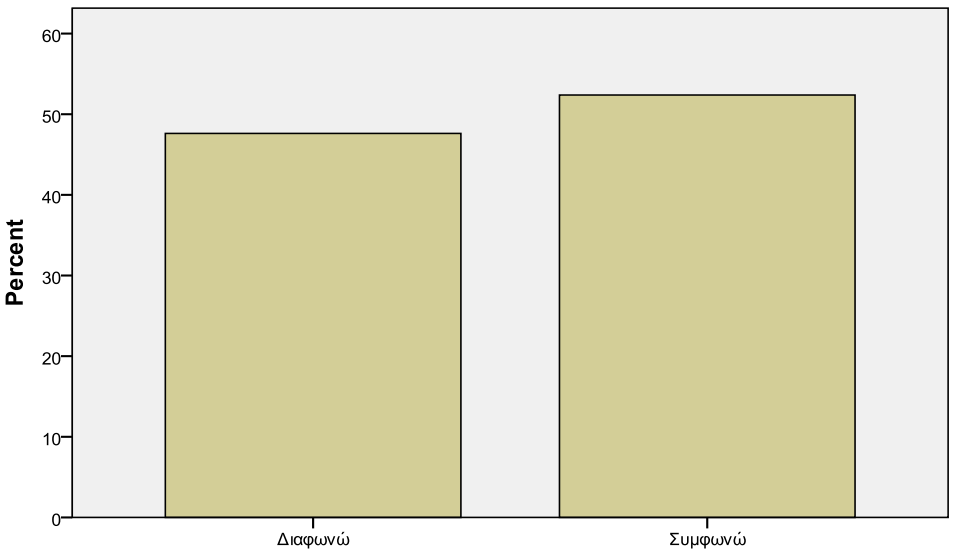
Γυναίκες με επίπεδες ή εισέχουσες θηλές δεν μπορούν να θηλάσουν.

Όσο πιο πολύ γάλα χρειάζεται το νεογνό τόσο πιο πολύ είναι σε θέση να παράγει το στήθος.



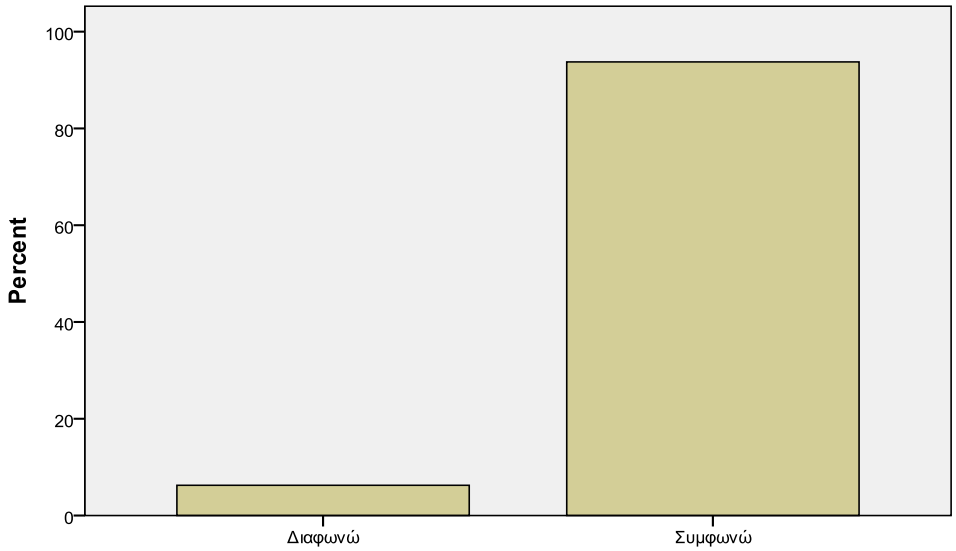
Όσο πιο πολύ γάλα χρειάζεται το νεογνό τόσο πιο πολύ είναι σε θέση να παράγει το στήθος.

Εάν το νεογνό χάσει βάρος έως 7% τις πρώτες μέρες θα πρέπει να χορηγηθεί συμπλήρωμα.



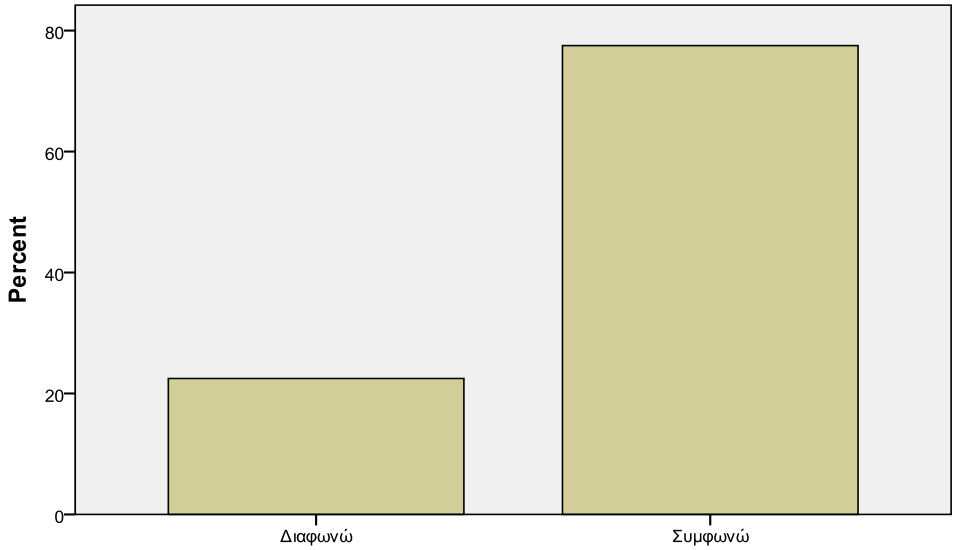
Εάν το νεογνό χάσει βάρος έως 7% τις πρώτες μέρες θα πρέπει να χορηγηθεί συμπλήρωμα.

Ο μητρικός θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στη μητέρα.



Ο μητρικός θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στη μητέρα.

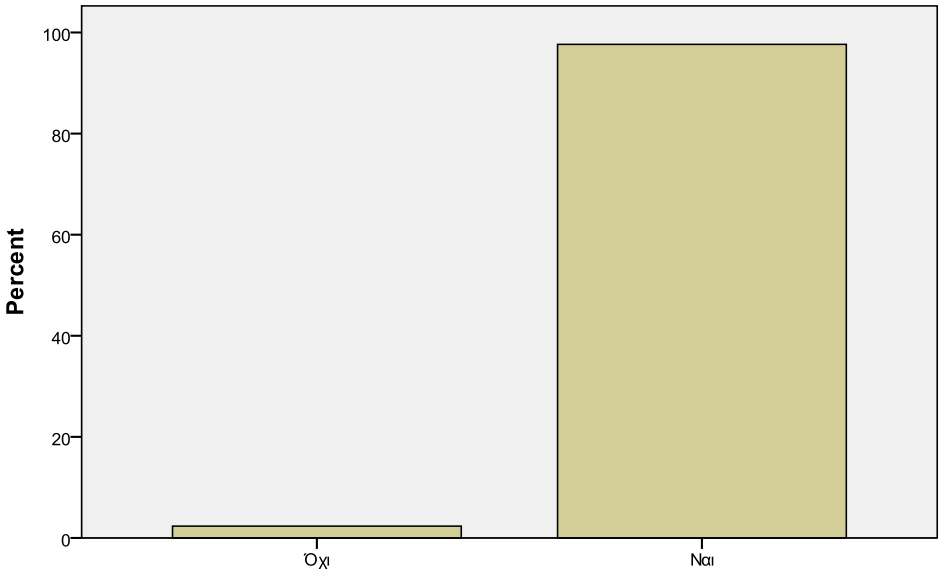
Ο μητρικός θηλασμός βοηθά τη μητέρα να αποκτήσει την προηγούμενη μορφή της γρηγορότερα.



Ο μητρικός θηλασμός βοηθά τη μητέρα να αποκτήσει την προηγούμενη μορφή της γρηγορότερα.

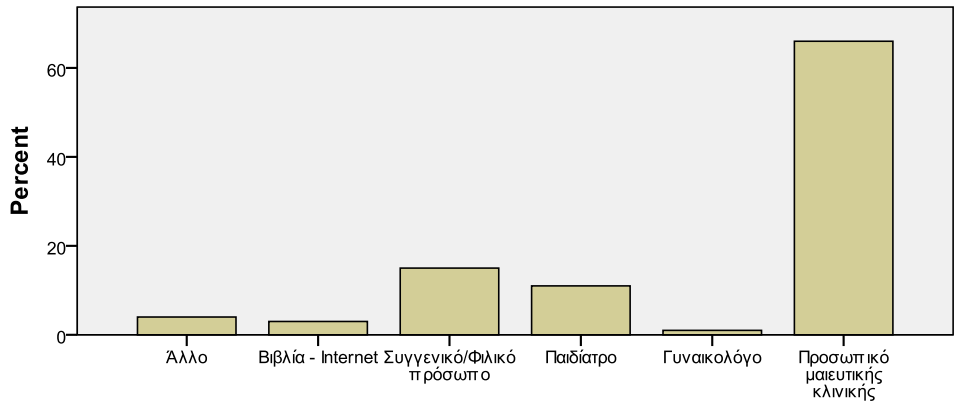
Παράγοντες μητρικού θηλασμού από την πλευρά του νοσοκομείου

Είχατε υποστήριξη από το προσωπικό όπου γεννήσατε;



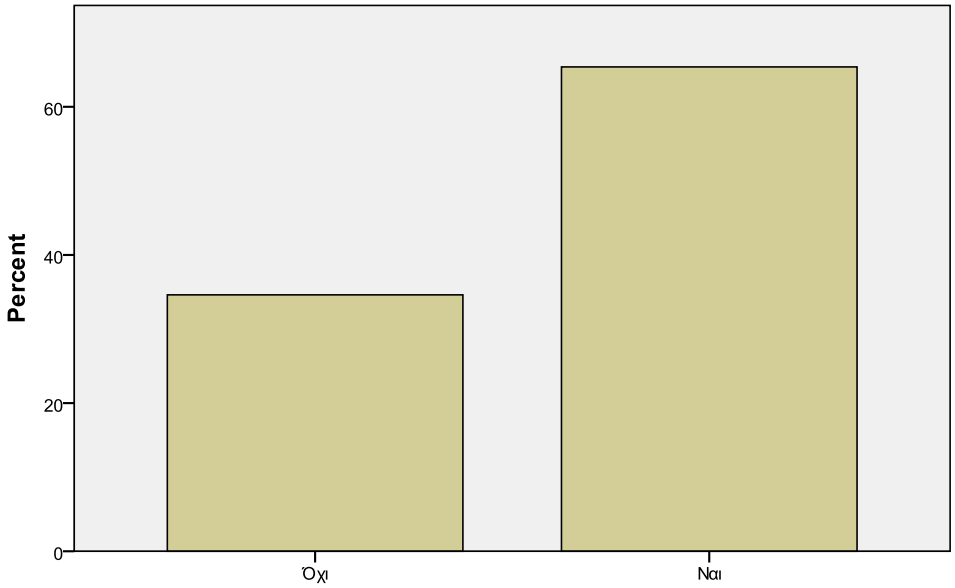
Είχατε υποστήριξη από το προσωπικό όπου γεννήσατε;

Όσον αφορά την τεχνική του μητρικού θηλασμού ενημερωθήκατε από:



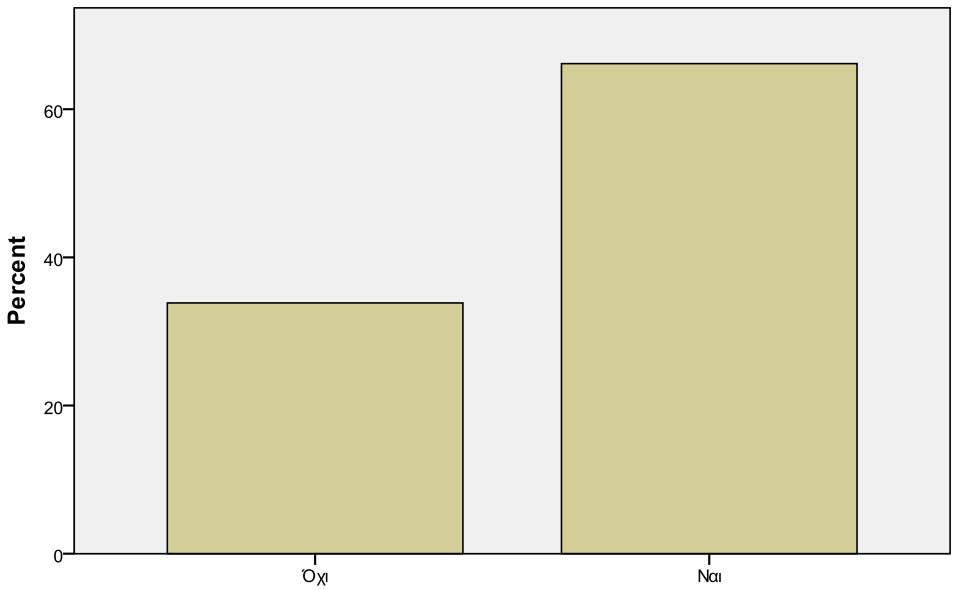
Τρόποι ενημέρωσης για την τεχνική του μητρικού θηλασμού

Σας δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα - σκόνη;



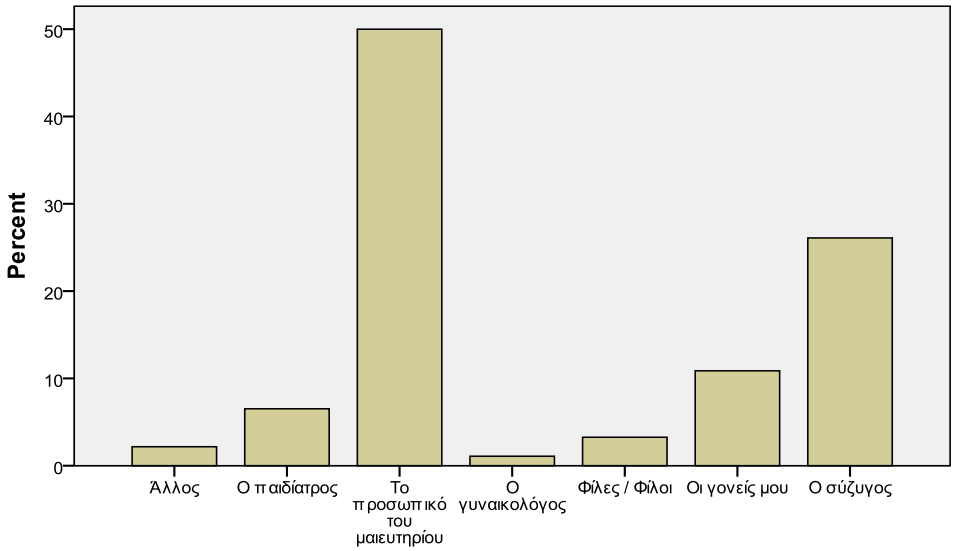
Χορήγηση γραπτής συνταγής ή σημειώματος για κάποιο γάλα - σκόνη

Σας δόθηκε δωρεάν δείγμα γάλακτος σε σκόνη;



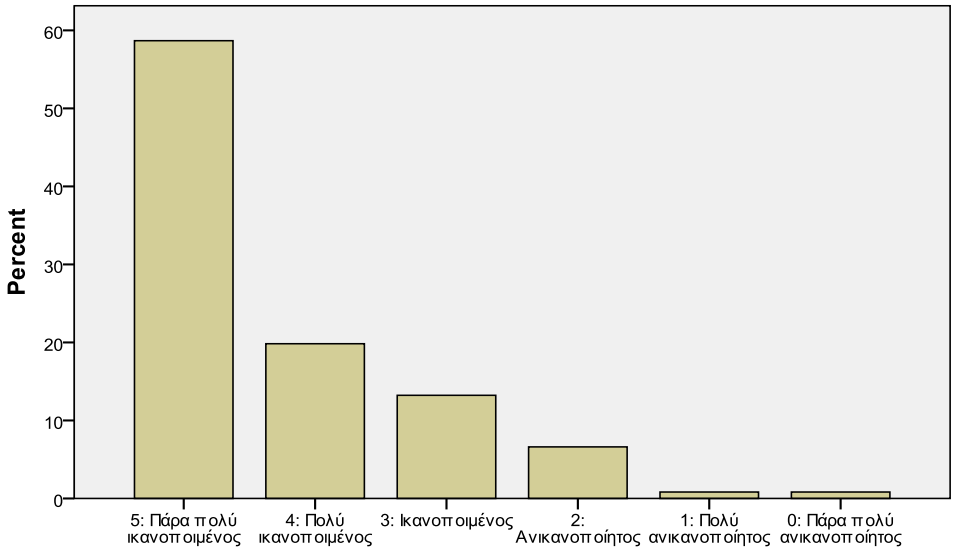
Χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος σε σκόνη;

Σας βοήθησε ή σας υποστήριξε κάποιος από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ή δικό σας άνθρωπος να θηλάσετε όσο ήσασταν στο μαιευτήριο;



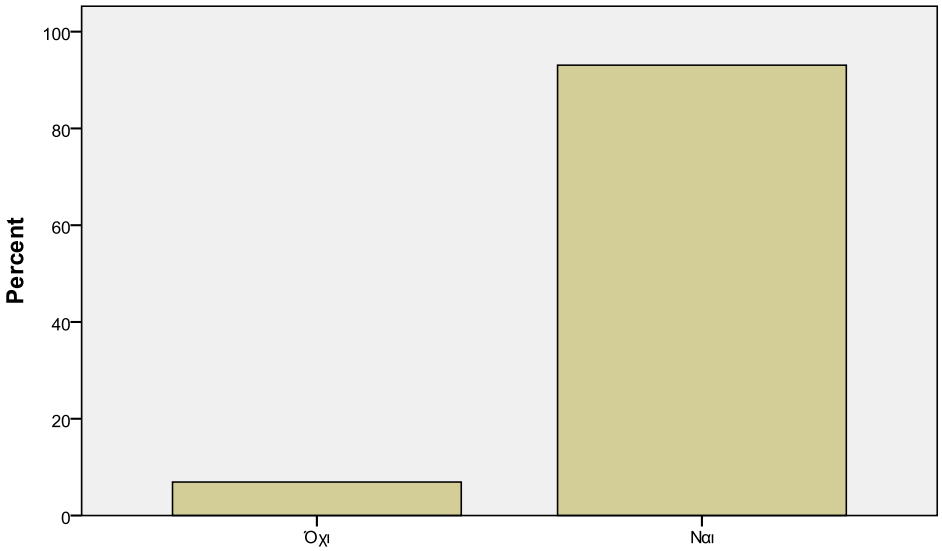
Υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας ή άλλου προσώπου για θηλασμό κατά την παραμονή της λεχωίδας στο μαιευτήριο

Βαθμός ικανοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας για τη βοήθεια σχετικά με το μητρικό θηλασμό καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας.



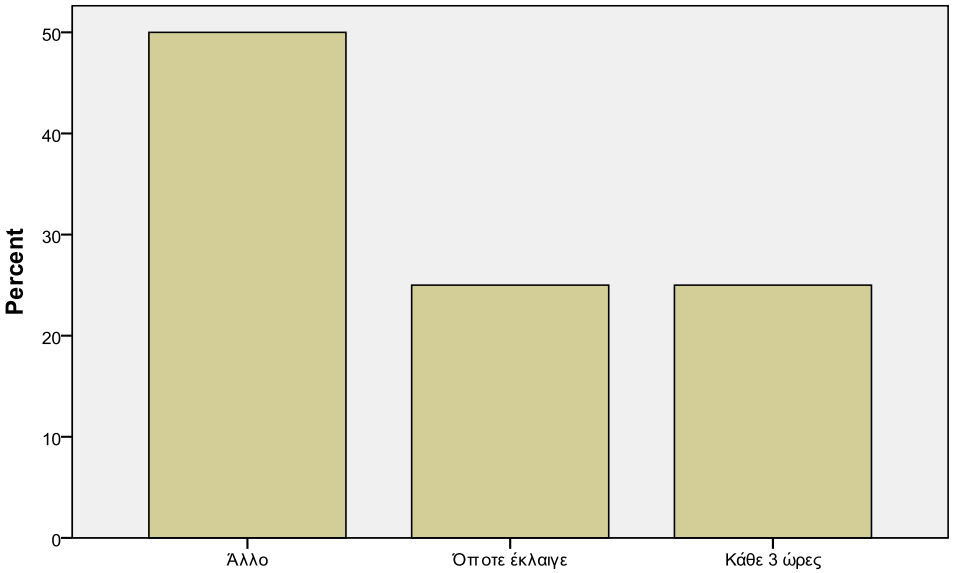
Βαθμός ικανοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας για τη βοήθεια σχετικά με το μητρικό θηλασμό καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας.

Στο μαιευτήριο το μωρό σας βρισκόταν όλο το 24ωρο σε κουνάκι στο ίδιο δωμάτιο με εσάς;



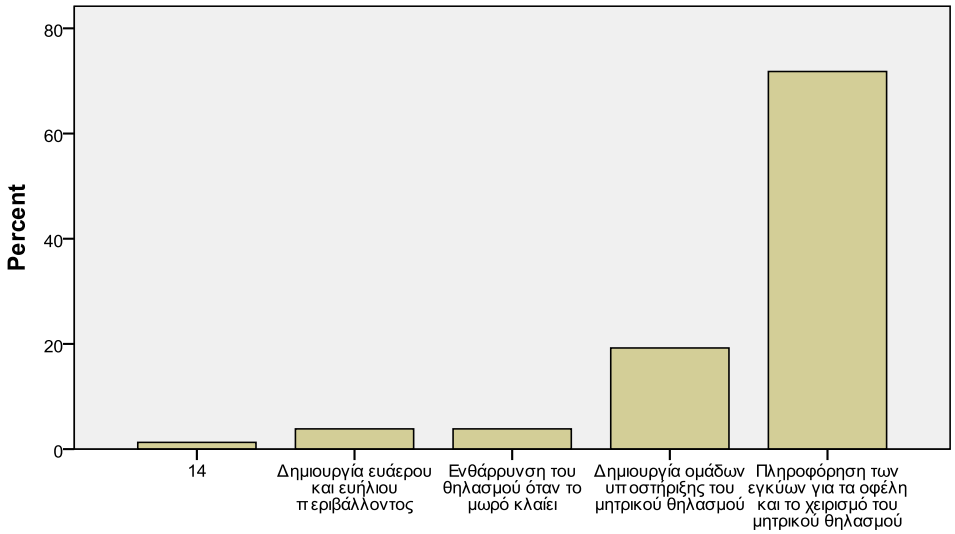
Στο μαιευτήριο το μωρό σας βρισκόταν όλο το 24ωρο σε κουνάκι στο ίδιο δωμάτιο με εσάς;

Πόσο συχνά έφερναν το μωρό για να το θηλάσετε;



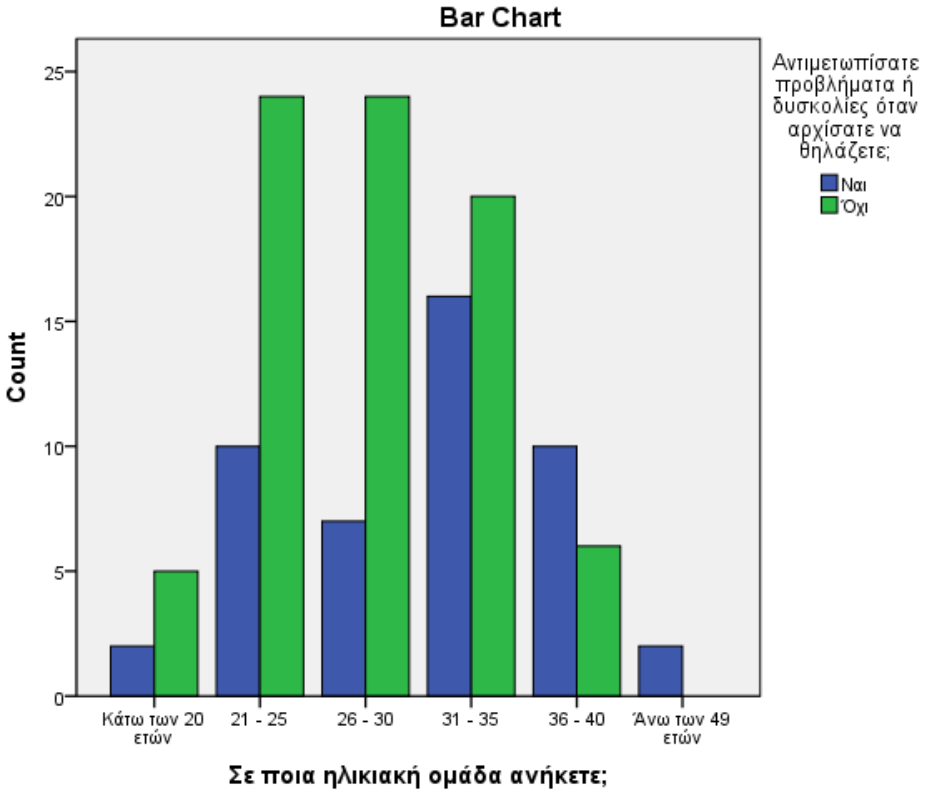
Πόσο συχνά έφερναν το μωρό για να το θηλάσετε;

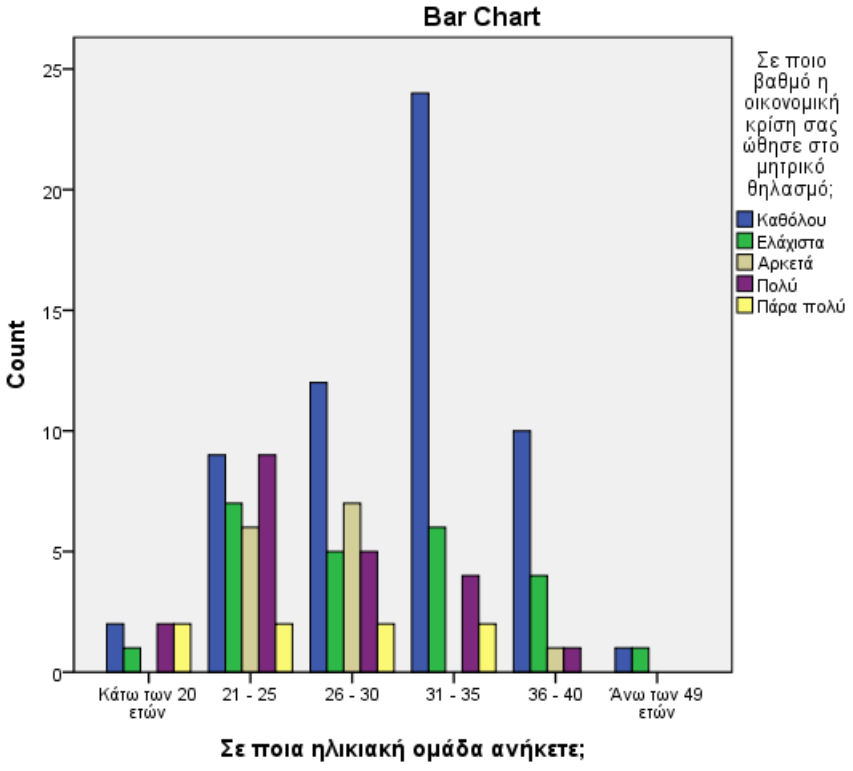
Ποιες προϋποθέσεις πιστεύετε ότι θα πρέπει να πληρεί ένα νοσοκομείο για να χαρακτηριστεί "φιλικό προς τα βρέφη";

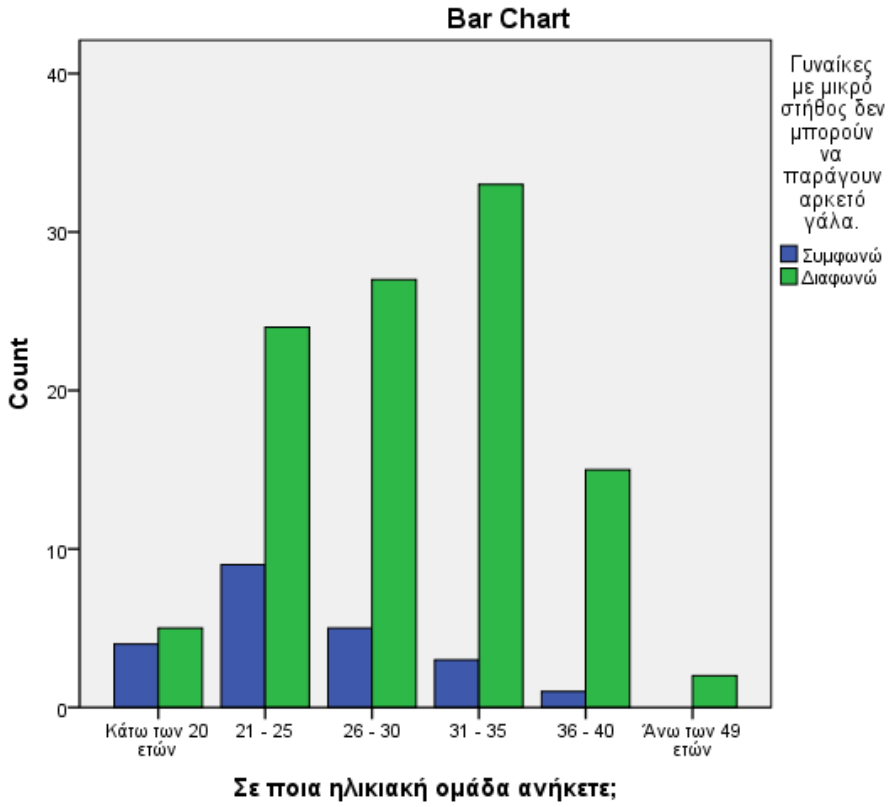


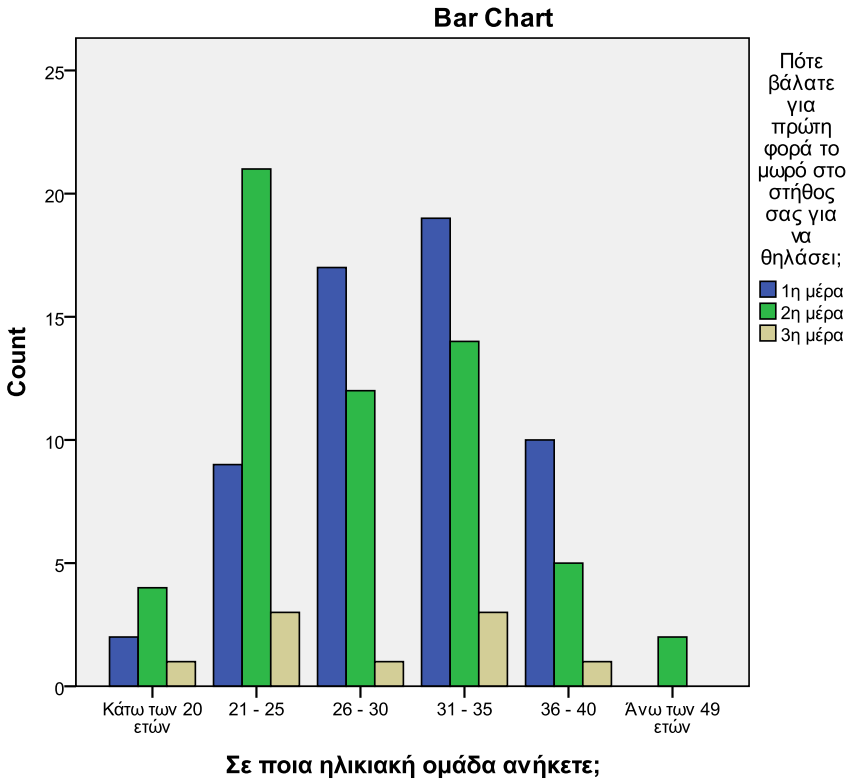
Ποιες προϋποθέσεις πιστεύετε ότι θα πρέπει να πληρεί ένα νοσοκομείο για να χαρακτηριστεί "φιλικό προς τα βρέφη";

Συσχετίσεις ηλικιακής ομάδας γυναικών του δείγματος με παράγοντες που επηρεάζουν την στάση τους ως προς τον μητρικό θηλασμό

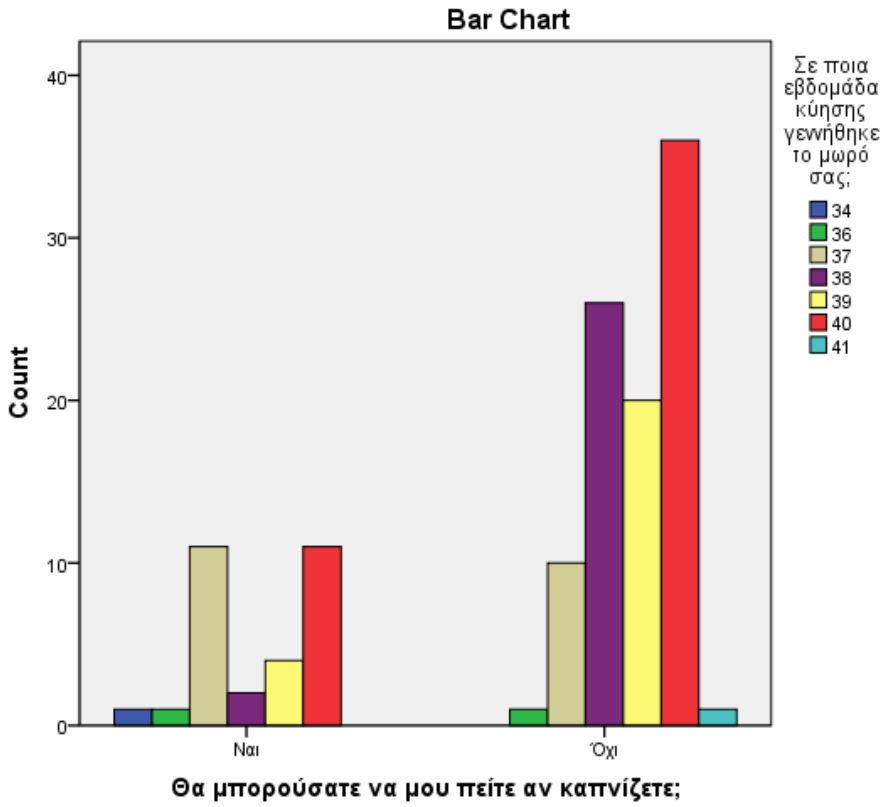


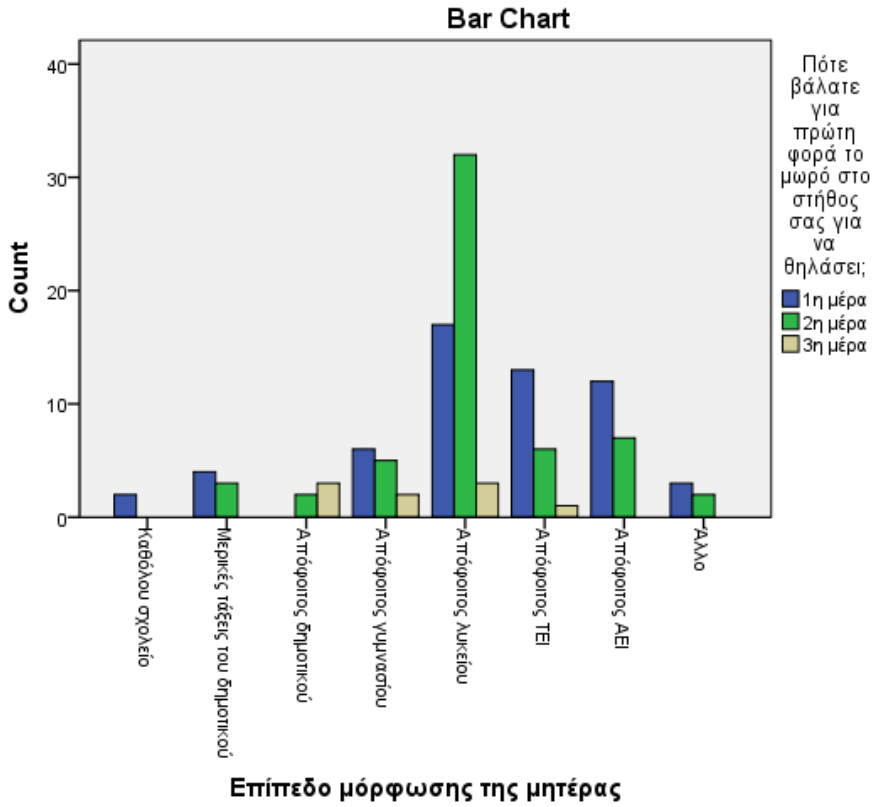


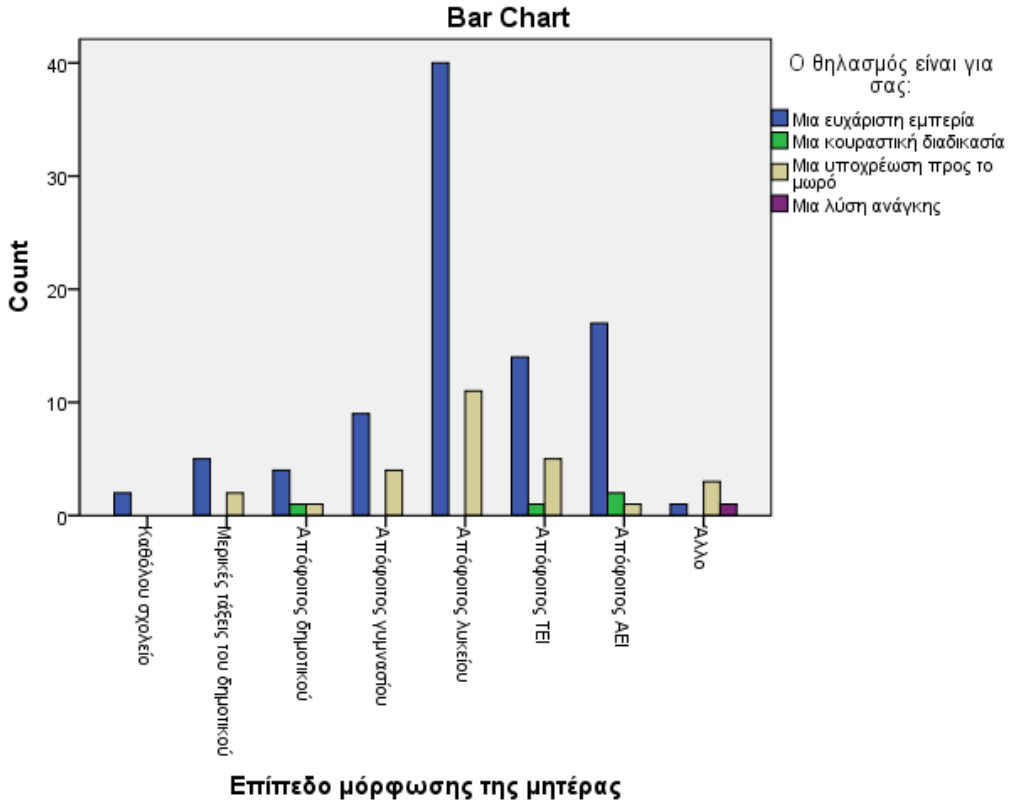

Bar Chart
Count
40
30
20
10
0
Κάτω των 20 ετών
21 - 25
26 - 30
31 - 35
36 - 40
Άνω των 49 ετών
Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;
Γυναίκες με μικρό στήθος δεν μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα.
Συμφωνώ
Διαφωνώ

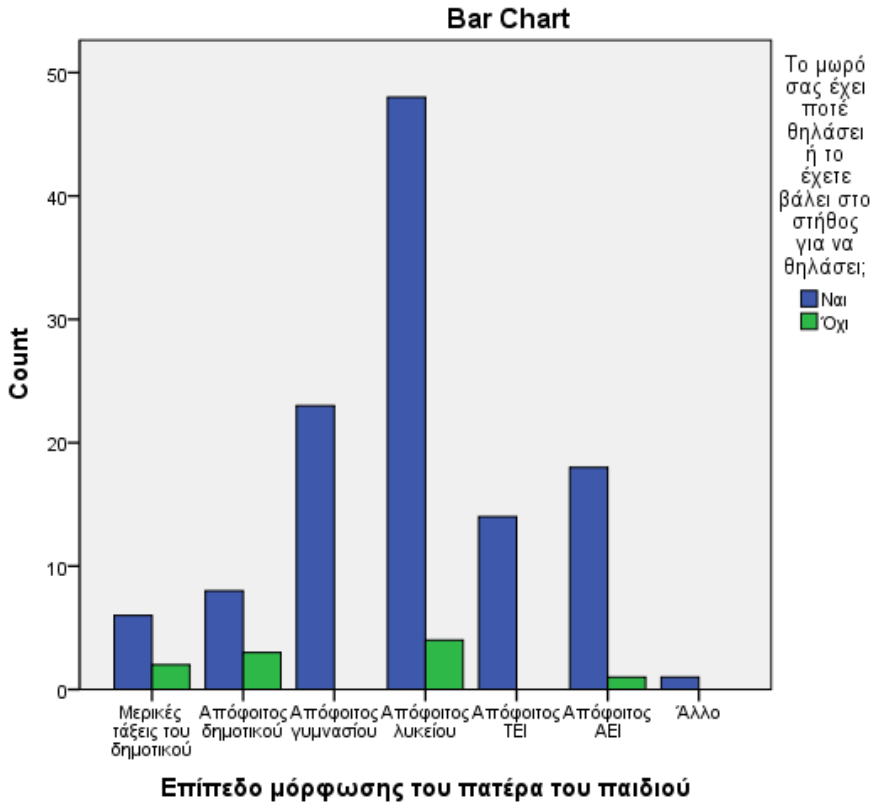

Bar Chart
Count
25
20
15
10
5
0
Κάτω των 20 ετών
21 - 25
26 - 30
31 - 35
36 - 40
Άνω των 49 ετών
Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;
Πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;
1η μέρα
2η μέρα
3η μέρα

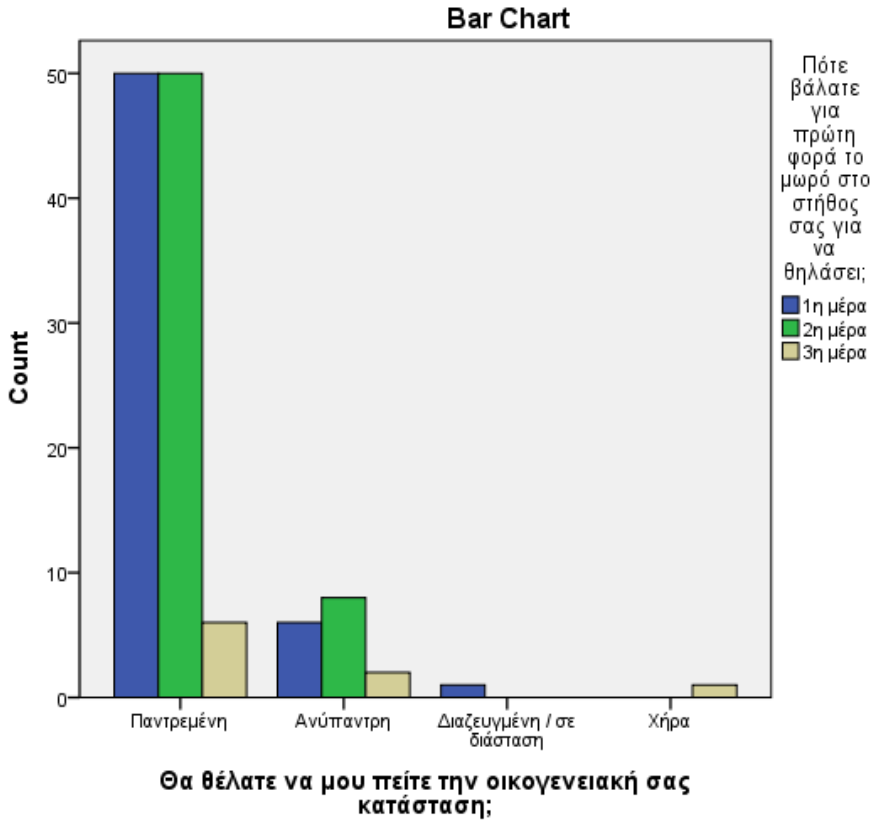
Συσχετίσεις Προβλημάτων υγείας κατά την έναρξη του Μ.Θ.-Κάπνισμα μητέρας-Επίπεδο μόρφωσης μητέρας-Επίπεδο μόρφωσης πατέρα-Οικογενειακή κατάσταση-Χώρα καταγωγής, με παράγοντες που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη στάση τους ως προς το Μ.Θ.

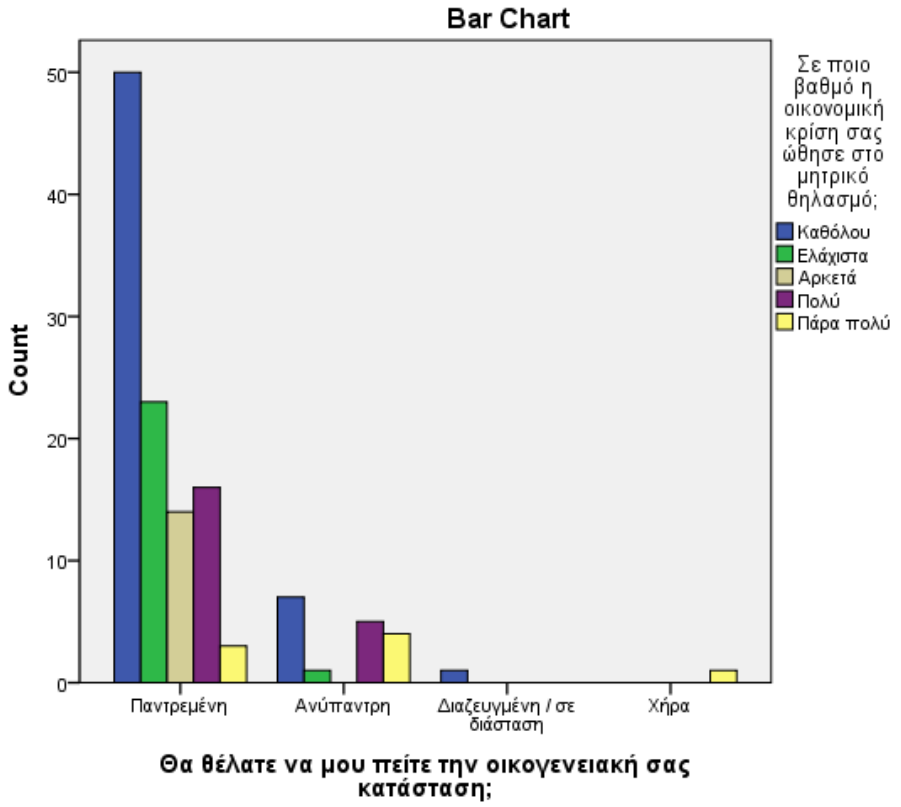


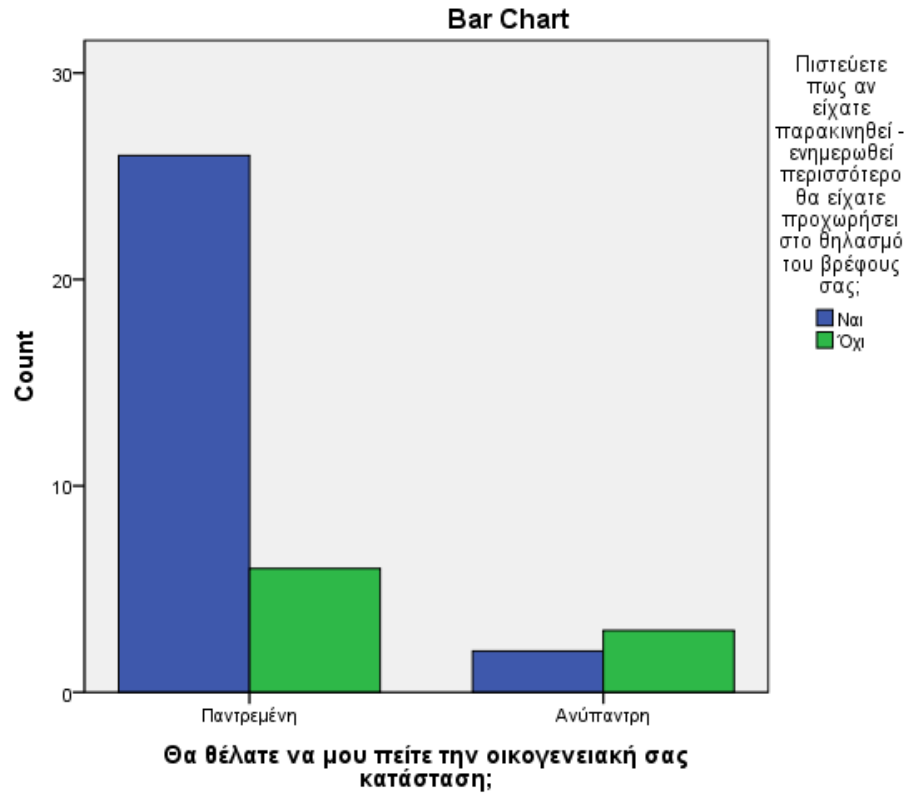

Bar Chart
Count
40
30
20
10
0
Πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;
1η μέρα
2η μέρα
3η μέρα
Καθόλου σχολείο
Μερικές τάξεις του δημοτικού
Απόφοιτος δημοτικού
Απόφοιτος γυμνασίου
Απόφοιτος λυκείου
Απόφοιτος ΤΕΙ
Απόφοιτος ΑΕΙ
Άλλο
Επίπεδο μόρφωσης της μητέρας

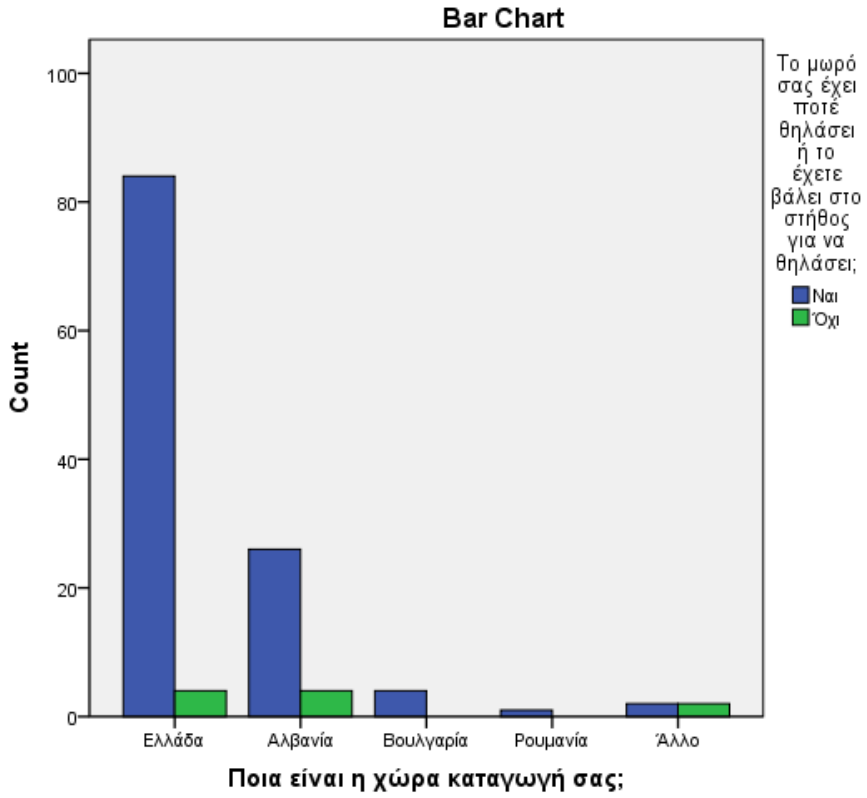

Bar Chart
Count
40
30
20
10
0
Ο θηλασμός είναι για σας:
Μια ευχάριστη εμπερία
Μια κουραστική διαδικασία
Μια υποχρέωση προς το μωρό
Μια λύση ανάγκης
Καθόλου σχολείο
Μερικές τάξεις του δημοτικού
Απόφοιτος δημοτικού
Απόφοιτος γυμνασίου
Απόφοιτος λυκείου
Απόφοιτος ΤΕΙ
Απόφοιτος ΑΕΙ
Άλλο
Επίπεδο μόρφωσης της μητέρας

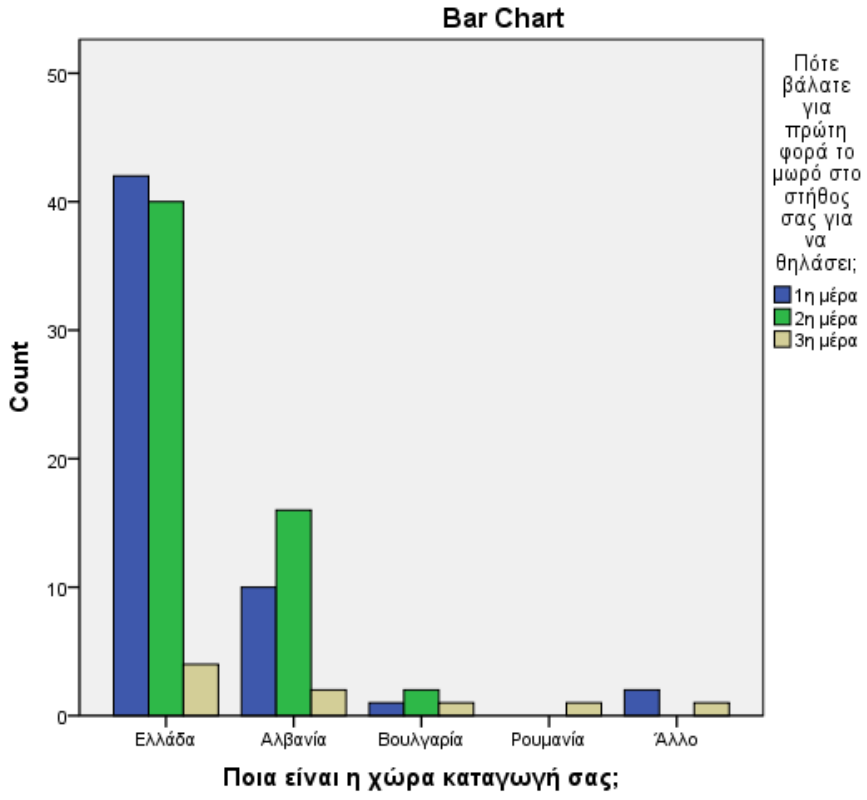

Bar Chart
Count
50
40
30
20
10
0
Μερικές τάξεις του δημοτικού
Απόφοιτος δημοτικού
Απόφοιτος γυμνασίου
Απόφοιτος λυκείου
Απόφοιτος ΤΕΙ
Απόφοιτος ΑΕΙ
Άλλο
Το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο στήθος για να θηλάσει;
Ναι
Όχι
Επίπεδο μόρφωσης του πατέρα του παιδιού

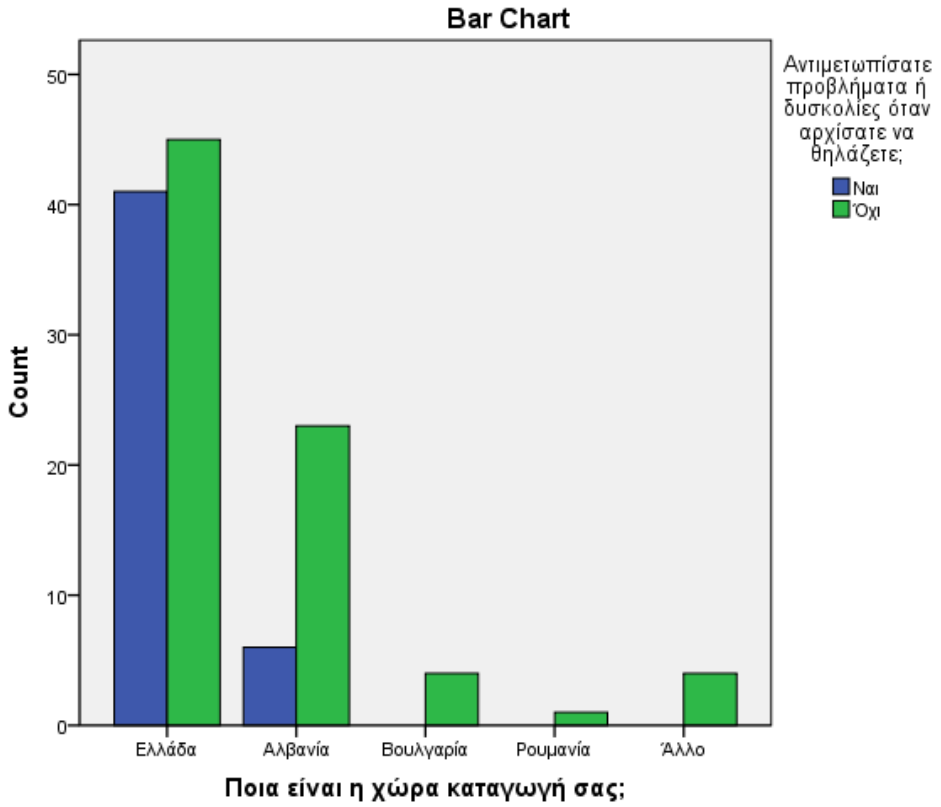

Bar Chart
Count
50
40
30
20
10
0
Παντρεμένη
Ανύπαντρη
Διαζευγμένη / σε διάσταση
Χήρα
Πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;
1η μέρα
2η μέρα
3η μέρα
Θα θέλατε να μου πείτε την οικογενειακή σας κατάσταση;

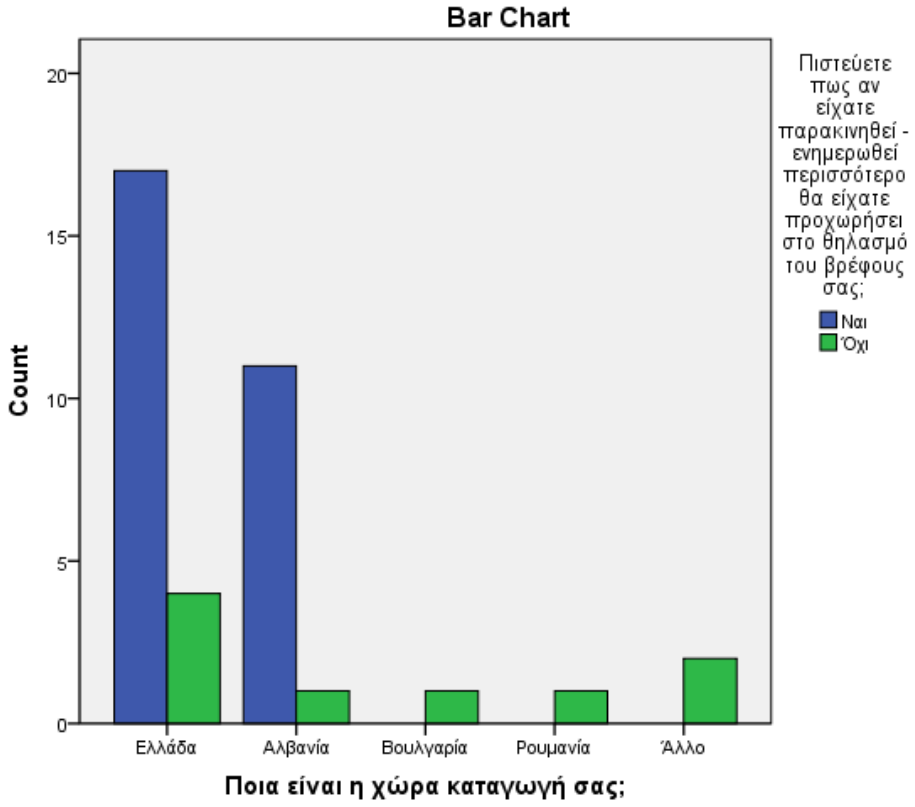

Bar Chart
Count
50
40
30
20
10
0
Παντρεμένη
Ανύπαντρη
Διαζευγμένη / σε διάσταση
Χήρα
Θα θέλατε να μου πείτε την οικογενειακή σας κατάσταση;
Σε ποιο βαθμό η οικονομική κρίση σας ώθησε στο μητρικό θηλασμό;
Καθόλου
Ελάχιστα
Αρκετά
Πολύ
Πάρα πολύ


Bar Chart
Count
30
20
10
0
Παντρεμένη
Ανύπαντρη
Θα θέλατε να μου πείτε την οικογενειακή σας κατάσταση;
Πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί - ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας;
Ναι
Όχι


Bar Chart
Count
100
80
60
40
20
0
Ελλάδα
Αλβανία
Βουλγαρία
Ρουμανία
Άλλο
Ποια είναι η χώρα καταγωγή σας;
Το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο στήθος για να θηλάσει;
Ναι
Όχι


Bar Chart
Count
50
40
30
20
10
0
Ελλάδα
Αλβανία
Βουλγαρία
Ρουμανία
Άλλο
Ποια είναι η χώρα καταγωγή σας;
Πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;
1η μέρα
2η μέρα
3η μέρα


Bar Chart
Count
50
40
30
20
10
0
Ελλάδα
Αλβανία
Βουλγαρία
Ρουμανία
Άλλο
Ποια είναι η χώρα καταγωγή σας;
Αντιμετωπίσατε προβλήματα ή δυσκολίες όταν αρχίσατε να θηλάζετε;
Ναι
Όχι


Bar Chart
Count
20
15
10
5
0
Ελλάδα
Αλβανία
Βουλγαρία
Ρουμανία
Άλλο
Ποια είναι η χώρα καταγωγή σας;
Πιστεύετε πως αν είχατε παρακινηθεί - ενημερωθεί περισσότερο θα είχατε προχωρήσει στο θηλασμό του βρέφους σας;
Ναι
Όχι