



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

*Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών*  
*«Κοινωνική Πολιτική» με εξειδίκευση:*  
**«Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική Υγείας»**

**ΣΤΑΣΕΙΣ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ  
ΘΗΛΑΖΟΥΣΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ & ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ  
ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟ  
ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ**

**Φώκου Νικολέττα, ΑΕΜ: 3032202001328**

Επιβλέπων: Εμ. Σπυριδάκης, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2022



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

M.Sc. of “Health Economy, Management and  
Policy”

**THE ATTITUDES & PERCEPTIONS OF  
WORKING BREASTFEEDING MOTHERS &  
EMPLOYERS REGARDING EXCLUSIVE  
BREASTFEEDING**

**ΦΟΚΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ**

Supervisor: Em. Spuridakis, Professor, University of Peloponnesus

*Στην οικογένειά μου, που είναι  
δίπλα σε κάθε μου βήμα, με  
απέραντη αγάπη.*

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της φοίτησης μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Κοινωνική Πολιτική» με εξειδίκευση στην Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική υγείας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Γείτονα Μαρία, συντονίστρια του προγράμματος.

Θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες στον κύριο Σπυριδάκη Εμμανουήλ, Καθηγητή Α' βαθμίδας του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής για την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση του κατά τη συγγραφή της εργασίας μου.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Σαρίδη Μαρία, Επίκουρος Καθηγήτρια και την κυρία Τόσκα Αικατερίνη, Επίκουρος Καθηγήτρια ως μέλη της τριμελούς επιτροπής. Σημαντική ήταν η βοήθεια όλου διδακτικού προσωπικού του προγράμματος, καθώς και της γραμματείας

Και τέλος, δε θα μπορούσα να παραλείψω τις μανούλες, που συμμετείχαν στην έρευνα προκειμένου να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία.

# *ΣΤΑΣΕΙΣ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΘΗΛΑΖΟΥΣΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ & ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ*

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού, εργαζόμενη μητέρα, άδεια μητρότητας, δωμάτιο θηλασμού

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στη χώρα μας, παρατηρούνται ιδιαίτερα χαμηλά τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού με βάση τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF. Η επιστροφή στην εργασία για τις θηλάζουσες μητέρες αποτελεί ένα πρόβλημα, λόγω της έλλειψης υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον καθώς δεν έχουν προσαρμοστεί όλοι οι εργασιακοί χώροι προκειμένου να δεχτούν θηλάζουσες εργαζόμενες.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσδιοριστεί η αυτοαποτελεσματικότητα του θηλασμού και να διερευνηθεί κατά πόσο η επιστροφή στην εργασία αποτελεί αιτία πρόωρου απογαλακτισμού.

**Υλικό-μέθοδος:** Πρόκειται για μία ποσοτική μελέτη. Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου. Η ανάλυση των απαντήσεων έγινε με το πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Το δείγμα αφορούσε γυναίκες που θηλάζαν και επέστρεψαν στην εργασία τους πριν το μωρό τους κλείσει τον πρώτο χρόνο ζωής. Οι παράμετροι που εξετάστηκαν αφορούσαν την αυτοαποτελεσματικότητα του θηλασμού και την υποστήριξη στο χώρο εργασίας των θηλάζουσων μητέρων.

**Αποτελέσματα:** Αν και τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού παραμένουν σε χαμηλό επίπεδο, η μέση βαθμολογία της αυτοαποτελεσματικότητας του θηλασμού παρουσιάζει αύξηση, με μέσο όρο 54. Η επιστροφή στην εργασία φαίνεται να είναι η κυριότερη αιτία πρόωρου απογαλακτισμού. Οι θηλάζουσες εργαζόμενες αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως η έλλειψη χώρου - δωμάτιο θηλασμού και η μέτρια υποστήριξη από συναδέλφους και εργοδότες.

**Συμπεράσματα:** Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και από την έρευνα προκύπτουν συμπεράσματα των οποίων η συμβολή είναι σημαντική για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Οι μητέρες πρέπει να κατευθύνονται σωστά από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Τέλος οι εργοδότες οφείλουν να προσαρμόσουν τις επιχειρήσεις τους σύμφωνα με τα νέα μέτρα προκειμένου οι χώροι εργασίας να είναι φιλικοί προς τις θηλάζουσες μητέρες.

# **THE ATTITUDES & PERCEPTIONS OF WORKING BREASTFEEDING MOTHERS & EMPLOYERS REGARDING EXCLUSIVE BREASTFEEDING**

**KEYWORDS:** exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy, working mother, maternity leave, breastfeeding room

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In our country, the rates of exclusive breastfeeding are particularly low based on the guidelines of the World Health Organization and UNICEF. The return to work for nursing mothers is a badly-behaved, due to the lack of support from the working environment as not all workplaces have adapted to accept nursing workers.

**Purpose:** The purpose of this project is to determine the self-effectiveness of breastfeeding and to investigate whether returning to work is a cause of premature weaning.

**Methods:** This is a quantitative study. For the purposes of the survey, a questionnaire was used that included open and closed-ended questions. The analysis of the answers was done with the program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). The sample was women who breastfeeding and returned to work before their baby becomes one year old. The parameters examined related to the Self-Efficacy of breastfeeding and support in workplace of nursing mothers.

**Results:** Although the rates of exclusive breastfeeding remain at low level, the average score of self-efficacy of breastfeeding shows an increase, with an average of 54. The return to work seems to be the main cause of premature weaning 22.6%. Nursing workers face problems such as lack of space - lactation room and moderate support from colleagues and employers.

**Conclusions:** The literature review and the research reveal conclusions whose contribution is important for the promotion of Breastfeeding. Mothers must be properly directed by well-educated health professionals. Finally, employers must adapt their businesses according to new legislative frameworks to make workplaces friendly to nursing mothers.



## Περιεχόμενα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	- 11 -
2.1 Μητρικός θηλασμός .....	- 14 -
2.1.1 Ιστορική αναδρομή.....	- 15 -
2.1.1.1 Προϊστορικοί χρόνοι.....	- 15 -
2.1.1.2 Αρχαία εποχή.....	- 15 -
2.1.1.3 Βυζαντινοί χρόνοι .....	- 16 -
2.1.1.4 Μεσαίωνας .....	- 17 -
2.1.1.5 Αναγέννηση.....	- 17 -
2.1.1.6 16 <sup>ος</sup> -18 <sup>ος</sup> αιώνας.....	- 17 -
2.1.1.7 Βιομηχανική Εποχή .....	- 18 -
2.1.1.8 Σύγχρονη Εποχή .....	- 18 -
2.1.2 Πλεονεκτήματα Μητρικού Θηλασμού .....	- 19 -
2.1.2.1 Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για το νεογνό.....	- 19 -
2.1.2.2 Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα.....	- 23 -
2.1.2.3 Οικονομικά οφέλη .....	- 24 -
2.1.2.3.1 Δαπάνες τεχνητής διατροφής.....	- 24 -
2.1.2.3.2 Δαπάνες που αφορούν την τήρηση της δημιουργίας «φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία».....	- 25 -
2.1.2.3.3 Δαπάνες σχετικές με την υγεία των νεογνών .....	- 25 -
2.1.2.3.4 Δαπάνες σχετικές με την υγεία των μητέρων .....	- 27 -
2.1.2.3.5 Δαπάνες σχετιζόμενες με τις επιδοτούμενες άδειες .....	- 28 -
2.1.3 Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού .....	- 28 -
2.1.4 Θηλασμός και SARS-COV-2 (Covid-19).....	- 31 -
2.1.5 Αλλαγές στη περιγεννητική φροντίδα .....	- 31 -
2.1.6 Θηλασμός και εργασία.....	- 33 -
3. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ .....	- 35 -
3.1 ΔΙΕΘΝΕΙΣ & ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ .....	- 37 -
3.1.1 «Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος».....	- 38 -
3.1.2 «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό» .....	- 39 -
3.1.3 Διακήρυξη Innocenti.....	- 39 -
3.1.4 Πρωτοβουλία «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία».....	- 40 -
4.1 Σκοπός της εργασίας.....	- 42 -
4.2 Μεθοδολογία.....	- 42 -



4.3 Δείγμα.....	- 42 -
4.4 Αποτελέσματα.....	- 43 -
4.4.1 Περιγραφική Στατιστική.....	- 43 -
Δημογραφικά στοιχεία.....	- 43 -
Στοιχεία για το τελευταίο παιδί.....	- 47 -
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού.....	- 54 -
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό.....	- 56 -
4.4.2 Επαγωγική Στατιστική.....	- 59 -
Μέσες τιμές και 95% δ.ε. των παραγόντων.....	- 59 -
4.4.3 Συσχετίσεις.....	- 60 -
4.5 Συμπεράσματα.....	- 75 -
4.6 Συζήτηση.....	- 78 -
4.7 Προτάσεις.....	- 80 -
5. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	- 81 -
6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	- 83 -
7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	- 89 -
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	- 89 -
Ξένη βιβλιογραφία.....	- 89 -
Πηγές στο διαδίκτυο.....	- 97 -



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σημαντικό θέμα του προγραμματικού της εκάστοτε κυβέρνησης αλλά και της οικογένειας αποτελεί η οικονομία. Η προαγωγή, η προστασία και η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού είναι από τις καλύτερες επενδύσεις υγείας για το μέλλον της χώρας. Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός οδηγεί σε μείωση του κόστους για τις οικογένειες, τις κοινότητες, το σύστημα υγείας. Τα οφέλη θα γίνονται αισθητά, όταν οι συνθήκες προάγουν την ικανότητα της μητέρας να θηλάσει. Η προγεννητική ενημέρωση, η προάσπιση του δικαιώματος του παιδιού να τραφεί με το γάλα της μητέρας του, η εκπαίδευση στο μαιευτήριο, η υποστήριξη από μέλη της οικογένειας, η φιλική κοινότητα, ο χώρος εργασίας, το νομικό πλαίσιο του θηλασμού με πολιτικές προστασίας συνιστούν παράγοντες επιτυχίας με αποτέλεσμα οι μητέρες να αισθάνονται μία θετική κοινωνία απέναντι στο δικαίωμά τους να θηλάσουν, μία κοινωνία που αναγνωρίζει, προστατεύει και θέτει σε προτεραιότητα το μητρικό θηλασμό.

Το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο στις 25 Νοεμβρίου του 2020, λαμβάνοντας υπόψη ότι η κατανομή εργασιών μεταξύ των δυο φύλων στο χώρο εργασίας εξακολουθεί να επηρεάζεται από στερεότυπα όσον αφορά τα φύλα και ότι αποτελεί αναγνωρίσιμο δικαίωμα η προστασία της μητρότητας, καλεί την Ευρωπαϊκή επιτροπή να προβεί σε αναθεώρηση της οδηγίας 92/85/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 19<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 1992, που αφορά την εφαρμογή μέτρων που αποβλέπουν στη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία των έγκυων γυναικών, των λεχωίδων και των θηλάζουσων εργαζόμενων μητέρων, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι γυναίκες μπορούν να επωφεληθούν ισότιμα με τους άνδρες από την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Επιπλέον συνιστάται να εφαρμοστεί πλήρως και άμεσα από τα κράτη μέλη η οδηγία για την εξισορρόπηση της ιδιωτικής και της επαγγελματικής ζωής προκειμένου να διασφαλιστεί ο θεμιτός καταμερισμός οικογενειακής ζωής και εργασίας και τα καλεί να προβούν σε θέσπιση νόμων όπως η πλήρης αμειβόμενη άδεια, καθώς και η καταπολέμηση των έμφυλων στερεότυπων που αφορούν την λήψη άδειας μητρότητας ή/και πατρότητας μέσω της προαγωγής των ίσων ρόλων γυναικών και ανδρών ως άτομα που παρέχουν φροντίδα.

Επίσης από την Επιτροπή ζητείται, λόγω των αποδεδειγμένων πλεονεκτημάτων που έχει για τα βρέφη το μητρικό γάλα, να προωθηθεί ο θηλασμός, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις

που αφορούν πρόωρα νεογνά. Η Επιτροπή καλείται να υποστηρίξει πολιτικές που θα ενισχύσουν την προώθηση σίτισης των βρεφών με μητρικό γάλα, τόσο μέσω αποκλειστικού μητρικού θηλασμού όσο και μέσω δωρεάς γάλακτος και θα προωθηθεί η διασυννοριακή χρήση τραπεζας γάλακτος προκειμένου να διασφαλισθεί ότι οι γυναίκες θα μπορούν να επωφεληθούν από αυτή τη στήριξη ακόμα και αν κατοικούν σε μεθοριακές περιοχές.

Σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες εμφανίζεται μια αύξηση στα ποσοστά μητρικού θηλασμού. Αυτό κυρίως οφείλεται στην αναδιαμόρφωση των πολιτικών για την ενίσχυση του, καθώς τα οφέλη του είναι αδιαπραγμάτευτα αναρίθμητα σε ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Ιστορικά τα ποσοστά θηλασμού μειώνονται σε εποχές κοινωνικής τύφλωσης και παρατηρείται πτώση στα χρηστά ήθη. Αντίθετα, η συχνότητα του θηλασμού αυξάνεται σε περιόδους που υπάρχει εργατικότητα και σταθερότητα στην κοινωνία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας σε συνεργασία με τη UNICEF συντάσσουν την Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή των Βρεφών και των Παιδιών με βασικό στόχο να βελτιωθεί η ανάπτυξη, η αύξηση της συνολικής υγείας των παιδιών παγκοσμίως, τονίζοντας τα θέματα που προκύπτουν από εσφαλμένες πρακτικές βρεφικής διατροφής. Με αυτή τη δράση τα κράτη δεσμεύονται να εφαρμόσουν μέτρα υποστήριξης του μητρικού θηλασμού κατευθύνοντας τις μητέρες να κάνουν ότι κρίνεται σωστό για το μωρό τους. Ο μητρικός θηλασμός είναι τρόπος ζωής. Αποτελεί στάση ζωής της γυναίκας-μητέρας και κατ' επέκταση των γονιών. Στη χώρα μας το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού τον πρώτο μισό χρόνο ζωής είναι εξαιρετικά χαμηλό. Το χαμηλό ποσοστό αυτό αποτελεί σημαντικό σύμπτωμα κοινωνικής παθολογίας και οι αρμόδιοι φορείς υγείας και κοινωνικής μέριμνας πρέπει να προβληματιστούν άμεσα που πρέπει να προβληματίσει τους φορείς υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

---

## *2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

---

## 2.1 Μητρικός θηλασμός

Με βάση την σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός αποτελεί την ιδανική και πλήρη διατροφή του βρέφους για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του. Ο μητρικός θηλασμός θα πρέπει να συνεχίζεται και μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών μέχρι την συμπλήρωση του πρώτου έτους και μπορεί να διαρκέσει για όσο διάστημα το επιθυμεί η μητέρα και το παιδί». Η οδηγία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας τονίζει ότι ακόμα και μετά το δεύτερο έτος τα παιδιά μπορούν να εξακολουθούν να θηλάζουν. Είναι ξεκάθαρο, ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί θεμέλιο της σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης του παιδιού και δημιουργεί ισχυρό δεσμό μεταξύ της μητέρας και του παιδιού και κατ' επέκταση σε ολόκληρη την οικογένεια.

Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιάτρων συστήνει ότι η σίτιση των βρεφών κατά τον πρώτο μισό χρόνο της ζωής τους πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στο μητρικό γάλα. Από αυτό συνεπάγεται ότι στη διατροφή του βρέφους δεν πρέπει να υπάρχουν προσθήκες από άλλα συμπληρώματα τροφών ή υγρών εκτός αν συντρέχει ιατρικός λόγος. Εξαιρέση σε αυτή τη σύσταση αποτελεί η χορήγηση βιταμίνης D. Με την συμπλήρωση του πρώτου εξαμήνου και μέχρι τον πρώτο χρόνο προτείνεται η διαδοχική εισαγωγή στερεών τροφών σε συνδυασμό με το μητρικό γάλα. Αν είναι επιθυμία της μητέρας ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί και πέραν του πρώτου έτους (AAP, 2012).

Σημαντικό ρόλο για να αυξηθούν τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού παίζει η έγκυρη και άμεση εκπαίδευση των μέλλουσων μητέρων σε θέματα που τον αφορούν, με σκοπό η εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού να είναι ευκολότερη εφόσον οι γυναίκες θα έχουν ενημερωθεί και θα έχουν προετοιμαστεί για αυτό, αμέσως μετά τον τοκετό, με κύριο σκοπό να θηλάσουν το μωρό τους αποκλειστικά για τους επόμενους έξι μήνες τουλάχιστον. Οι έγκυες γυναίκες χρειάζονται υποστήριξη και ενθάρρυνση, υποστήριξη ώστε να αντιμετωπίσουν τις ανασφάλειες και τους φόβους τους σχετικά με τον θηλασμό και να ξεπεραστούν όλες οι αμφιβολίες που δημιουργούνται. Σε αυτό βοηθούν τα μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας κατά τη διάρκεια της κύησης. Τα μαθήματα αυτά πρέπει να γίνονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και πρέπει να ξεκινούν κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης.

Στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες ξεκινούν να θηλάζουν, αλλά στο τέλος λίγες καταφέρνουν να συνεχίσουν τον αποκλειστικό θηλασμό το πρώτο εξάμηνο της ζωής του βρέφους. Ειδικότερα μόλις το 25% των νεογνών που θηλάζουν θηλάζει αποκλειστικά μέχρι την ηλικία των έξι μηνών. (Centers for Disease Control and prevention, 2019). Η πρόωγη έναρξη απογαλακτισμού οφείλεται σε αρκετές αιτίες μερικές εκ των οποίων είναι η επιστροφή των μητέρων στην εργασία τους, το οικογενειακό περιβάλλον και η απουσία στήριξης από επαγγελματίες υγείας (Centers for Disease Control and prevention, 2017).

### 2.1.1 Ιστορική αναδρομή

#### 2.1.1.1 Προϊστορικοί χρόνοι

Από τους προϊστορικούς χρόνους έχουν βρεθεί αγαλματίδια «ειδώλια της Αφροδίτης» στα οποία τονίζεται ιδιαίτερα ο γυναικείος μαστός. Γύρω στο 10000 πχ, σύμφωνα με επιστημονικές πηγές οι διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων έμοιαζαν αρκετά με αυτές των σημερινών κοινωνιών-κυνηγών. Φτάνουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι και η διατροφή των βρεφών θα ήταν παρόμοια, δηλαδή ο μητρικός θηλασμός διαρκούσε μέχρι την ηλικία των 2-6 ετών, είχε διάρκεια δύο λεπτών τη φορά και το βρέφος θήλαζε συνολικά τέσσερις φορές την ημέρα (Konner & Worthman, 1980). Στην ηλικία των 2-3 ετών φαίνεται να γίνεται η ουσιαστική εισαγωγή στις στερεές τροφές (Stuart-Macadam & Dettwyler, 2017).

#### 2.1.1.2 Αρχαία εποχή

Το μητρικό γάλα στην αρχαία εποχή θεωρείται ιερό και ιδιαίτερα σημαντικό για την επιβίωση και ανάπτυξη των βρεφών. Την περίοδο αυτή υπάρχουν πολλά αγάλματα θεών που θηλάζουν με γυμνούς μαστούς, όπως η Γαία, η Ήρα και η Δήμητρα. Η σπουδαιότητα και η ιερότητα του θηλασμού για τους Αρχαίους Έλληνες προκύπτει από το ότι ο Γαλαξίας δημιουργήθηκε από το χυμένο γάλα της Ήρας. Το γάλα της Ήρας ήταν ιδανικό και απαραίτητο για τους γιους του Δία, ώστε να είναι άξιοι των θεϊκών τιμών. Έτσι ο Δίας προκειμένου να θηλάσει ο Ηρακλής, τον έστειλε με τον Ερμή στην Ήρα την ώρα που αυτή κοιμόταν. Ο Ηρακλής, πίεσε με δύναμη το στήθος της και αυτή ξυπνώντας από τον πόνο και αφού συνειδητοποίησε ότι δεν είναι παιδί της, τον

απόθηκεσε από το στήθος της και το γάλα της χύθηκε έξω στο ουράνιο στερέωμα, δημιουργώντας τον Γαλαξία. (Η λέξη Γαλαξίας προήλθε από την λέξη γάλα).

Ακόμα από το 2000 πχ υπήρχαν στοιχεία που έδειχναν ότι σε περιόδους, που το μητρικό γάλα δεν επαρκούσε, οι γονείς έκαναν προσπάθειες να το συμπληρώσουν ή να το αντικαταστήσουν, ουσιαστικά είτε μέσω των τροφών (η τροφός παρουσιάζεται ως επάγγελμα), είτε μέσω μιας ποικιλίας από κύπελλα ή άλλα σκεύη. Το 450 πχ εμφανίζεται η πρώτη τερακότα στην Ελλάδα, η οποία είναι το αρχαιότερο τροφοδοτικό σκεύος γάλακτος. Πρώτος ο Όμηρος αναφέρει στα έπη του Ιλιάδα και Οδύσσεια την παρουσία τροφών (παραμάνες). Στην Ελλάδα γύρω στο 950 π.χ., οι γυναίκες υψηλής κοινωνικής τάξης είχαν συχνά την απαίτηση να χρησιμοποιούν τροφούς. Εντέλει, οι τροφοί αποκτούν θέση μεγάλης ευθύνης και εξουσιοδότησης πάνω από τους σκλάβους.

Ο Ιπποκράτης παρατήρησε νοσηρότητα στα βρέφη με τον απογαλακτισμό (Lyrourlis 1983, Tsekourakis 1996). Αναφορά στον θηλασμό συναντάμε ακόμα στο έργο του Πλάτωνα «Πολιτεία». Ο Αριστοτέλης αναφέρει τον θηλασμό ως μέθοδο αντισύλληψης. Άλλες αναφορές βρίσκουμε στα έργα του Πλούταρχου, του Ξενοφώντα, του Αισχύλου, του Ευριπίδη, του Αριστοφάνη και του Λυσία.

Την ίδια εποχή έχουμε την σύνταξη μιας μαιευτικής και γυναικολογικής πραγματείας από τον Σωρανό τον Εφέσειο, η οποία αποτελούνταν από είκοσι τρία κεφάλαια και παρείχε ένα πρότυπο για τη διατροφή των μωρών. Στη πραγματεία περιλαμβανόταν η επιλογή και η αγωγή μιας τροφού, ενώ τόσο ο Σωρανός όσο και ο Γαληνός αναφέρουν πως η διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού πρέπει να είναι τουλάχιστον για ένα εξάμηνο (Radbill 1981).

### 2.1.1.3 Βυζαντινοί χρόνοι

Οι γιατροί κατά την βυζαντινή περίοδο επισημαίνουν τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, ειδικά για τα ελλειποβαρή νεογνά. Ταυτόχρονα καθόρισαν ως βέλτιστο διάστημα γαλουχίας τα δύο χρόνια με σταδιακό απογαλακτισμό και την καθυστερημένη εισαγωγή των στερεών τροφών. Αν μετά τον απογαλακτισμό το βρέφος νοσούσε, συνιστούσαν τον επαναγαλακτισμό έως ότου αναρρώσει πλήρως, αφού ήδη έχει αναφερθεί ότι ένα από τα σημαντικά οφέλη του μητρικού θηλασμού είναι η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος (Doolan 2008).

Αυτή τη περίοδο εμφανίζεται και για πρώτη φορά η Θεοτόκος να θηλάζει σε αιογραφία τον Ιησού (Παναγία η Γαλακτοτροφούσα).



#### 2.1.1.4 Μεσαίωνας

Αρχίζει να επικρατεί η θεωρία ότι το μητρικό γάλα έχει μαγικές ικανότητες και διαμέσου αυτού μπορούν να μεταδοθούν τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά χαρακτηριστικά της τροφού. Συνεπώς η μητέρα αναλαμβάνει το άγιο καθήκον να θηλάσει το μωρό της και όχι να χρησιμοποιείται τροφός. Τότε ο Surion de Vallambert προτείνει την χορήγηση κατσικίσιου ή αγελαδινού γάλακτος με τη βοήθεια του κέρατος από αγελάδα. Ταυτόχρονα υποδηλώνεται ο σεβασμός προς τη θηλάζουσα πλευρά της μητρότητας με την απεικόνιση της «Θηλάζουσας Παναγίας» αλλά και της «Θηλάζουσας Εύας» σε εκκλησίες και δημόσιους χώρους (Osborn 1979).

#### 2.1.1.5 Αναγέννηση

Στο έργο του Ιταλού Omnibonus Ferrarius «De Arte Medica Infantium» (1577) τονίζεται ότι η μητέρα είναι η καλύτερη επιλογή για τη διατροφή του βρέφους σε σύγκριση με την τροφό. Στο έργο του απεικονίζεται πρώτη φορά η εικόνα ενός θήλαστρου που αποτελείται από ένα δοχείο με ένα άνοιγμα στο μαστό και με προέκταση που φτάνει ως το στόμα της μητέρας (Wickes 1953). Έρευνες δείχνουν ότι ο θηλασμός διαρκούσε για τουλάχιστον δύο χρόνια.

#### 2.1.1.6 16<sup>ος</sup>-18<sup>ος</sup> αιώνας

Για πρώτη φορά συναντάται η αντίληψη ότι τα νεογέννητα πρέπει να έχουν διαδερμική (skin to skin) επαφή με τη μητέρα αμέσως μετά τον τοκετό. Στις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα υποστηρίχθηκε από τον Γάλλο μαιευτήρα Jacques Guillemeau ότι το παιδί πρέπει να θηλάζει από τη βιολογική του μητέρα (Wickes 1953).

Το 1792 σε δημοσίευση της Mary Wollstonecraft, ο θηλασμός αναφέρεται ως δικαίωμα της κάθε γυναίκας και δεν είναι απλά μια βιολογική πράξη, ούτε θα αποδείξουν οι μητέρες έτσι την πολιτική τους αρετή. Στα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα ο Jean Jacques Rousseau εναντιώνεται στις τροφούς. Παρατηρήθηκε τότε μια αύξηση στα ποσοστά μητρικού θηλασμού ενώ ταυτόχρονα παρουσιάστηκε σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας (Ruhrah 1926). Ο γιατρός William Codogan συγγράφει το βιβλίο «Nursing and the management of children» με συμβουλές για τις νέες μητέρες.

Στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα στην Ευρώπη συναντάμε τη διαφωνία «μαστός έναντι μπουκαλιού» και κάνουν έτσι την εμφάνισή τους διάφοροι τύποι θήλαστρων. Λόγω όμως της ακαταλληλότητας των υλικών και της ανεπάρκειας της σωστής υγιεινής σημειώθηκε σοβαρή αύξηση των ποσοστών βρεφικών θανάτων (Ruhrah 1926).

Στο τέλος του αιώνα υπάρχουν αναφορές για τέσσερις μεθόδους για τη σίτιση των παιδιών, ο θηλασμός από τη μητέρα, από τροφούς, με γάλα ζώων και με pap (ζεστό νερό, αλεύρι ή ψωμί και αυγό) ή panada (δημητριακά μαγειρεμένα σε ζωμό (Wickes 1953).

#### 2.1.1.7 Βιομηχανική Εποχή

Με τη βιομηχανική επανάσταση, οι γυναίκες ξεκινούν να εργάζονται με φυσικό επακόλουθο η τεχνητή διατροφή να είναι η μόνη επιλογή για τη σίτιση του βρέφους (Von Strandmann 2013). Έχουμε την εμφάνιση των πρώτων γυάλινων μπουκαλιών «biberon» και την παραγωγή τόσο του γάλακτος με την μορφή σκόνης από τον Newton το 1853 (Fomon 2001) και του εβαπορέ, όσο και των βρεφικών και παιδικών τροφών σε σφραγισμένα και αποστειρωμένα βάζα. Οι τροφές αυτές φαίνεται να συνιστώνται από παιδίατρος και να αποτελούν την πρώτη επιλογή για τη σίτιση των βρεφών την περίοδο 1930-1950. Η επιλογή αυτή τέθηκε υπό αμφισβήτηση από τους επαγγελματίες υγείας και τους γονείς σχετικά με την καταλληλότητα τους για τα βρέφη μικρότερης ηλικίας των 6 μηνών, ενώ αυξήθηκαν και ασθένειες όπως το σκορβούτο και η ραχίτιδα εξαιτίας της έλλειψης βιταμινών των σκευασμάτων αυτών (Radbill 1981). Το 1923 παρουσιάζεται στη χώρα μας το πρώτο αφυδατωμένο γάλα.

Στη συνέχεια έχουμε τις πρώτες χημικές αναλύσεις του μητρικού γάλακτος και αυτό των γαλακτοπαραγωγών ζώων. Το 1760 στη «Φυσική Ανατροφή των Παιδιών» του Jean Charles Des-Essartz το μητρικό γάλα αναφέρεται ως η ιδανικότερη επιλογή για τη σίτιση των βρεφών, εφόσον το συγκρίνει με το γάλα της αγελάδας, της κατσίκας, του πρόβατου και της γαϊδούρας. Έτσι έγιναν πολλές προσπάθειες τροποποίησης του υποκατάστατου ώστε να πλησιάζει στο μητρικό (Stevens & Patrick & Pickler 2009).

#### 2.1.1.8 Σύγχρονη Εποχή

Τα ποσοστά θηλασμού μεταξύ 1931-1935 αγγίζουν το 40-70%, την πενταετία 1946-1950 παρουσιάζουν μείωση στο 20-50% ενώ την εικοσαετία 1950-1970 θηλάζει μόνο το 25% των βρεφών την πρώτη εβδομάδα ζωής και μόλις το 14% στην ηλικία 2-3 μηνών (Greer & Apple 1991). Σημαντικοί παράγοντες αυτής της μείωσης αποτελούν το νέο υποαλλεργικό γάλα σόγιας για τα βρέφη και λόγω της οικονομικής κατάρρευσης οι γυναίκες έπρεπε να εργαστούν. Το γυναικείο στήθος αρχίζει να προβάλλεται ως στοιχείο σεξουαλικότητας, οδηγώντας τις μητέρες στο να ντρέπονται να θηλάσουν (Davies 2016).

Η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου διέθεσε ένα προϊόν κοινωνικής πρόνοιας, το National Dried Milk, ενώ χορηγούσαν στις γυναίκες και αντιγαλακταγωγά σκευάσματα. Αυτή την περίοδο έχουμε αύξηση των κρουσμάτων νεκρωτικής εντεροκολίτιδας και κατά συνέπεια αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας.

Μεγάλο μέρος της παγκόσμιας οικονομίας εξαρτάται από τις διαφημίσεις του υποκατάστατου γάλακτος. Το 1987 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συντάσσει τον «Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος», το 1989 ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την UNICEF τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό», το 1990 υπογράφεται η «Διακήρυξη Innocenti» και το 1992 γνωστοποιείται η πρωτοβουλία «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI) (Μώρος 2010).

Από το 1970 οι επαγγελματίες υγείας ευαισθητοποιήθηκαν για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και έτσι παρατηρείται αύξηση του ποσοστού του. Το μητρικό γάλα αδιαμφισβήτητα θεωρείται η ιδανικότερη διατροφή για το νεογνό και το βρέφος.

## 2.1.2 Πλεονεκτήματα Μητρικού Θηλασμού

### 2.1.2.1 Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για το νεογνό

Το μητρικό γάλα αποτελεί αδιαμφισβήτητα την ιδανική πηγή τροφής για τα νεογνά. Σε όλη την υφήλιο έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την κατάσταση υγείας των βρεφών και ιδιαίτερα των πρόωρων νεογνών (Yasmeen et al, 2019), είναι απαλλαγμένο μικροβίων και δε χρειάζεται καμία προετοιμασία καθώς είναι έτοιμο κάθε στιγμή που θα το χρειαστεί το μωρό και στη σωστή θερμοκρασία. Στο μητρικό γάλα περιέχονται όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται τα νεογνά σε ιδανική αναλογία για την ομαλή ανάπτυξη του. Προάγει την σωστή ανάπτυξη του εγκεφάλου αφού είναι βιολογικά εξειδικευμένο σε αυτό. Προστατεύει το βρέφος από λοιμώξεις, ιώσεις και αλλεργίες γιατί περιέχει: κύτταρα μακροφάγα, πολυμορφοπύρηνα και λευκοκύτταρα. Οι ανοσοσφαιρίνες, οι οποίες παρέχουν ανοσοβιολογική προστασία και εμποδίζουν την είσοδο παθογόνων μικροβίων. Ο Γαλακτοβάκιλλος και χαμηλό PH το οποίο αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των αρνητικών κατά Gram

εντεροβακτηριδίων. Η λυσοζύμη, η οποία έχει βακτηριοστατικές ιδιότητες. Η λακτοφερίνη, η οποία προσλαμβάνει τον εξωγενή σίδηρο. Το μητρικό γάλα αφομοιώνεται εύκολα ελαχιστοποιώντας τους κωλικούς και τη δυσκοιλιότητα. Χαρακτηρίζεται ως ένας ζωντανός ιστός και ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους η σύνθεσή του αλλάζει συνεχώς.

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να προστατεύει από αρκετές ασθένειες, λοιμώξεις και σύνδρομα. Επιπλέον προφυλάσσει τα νεογνά από αναπνευστικές λοιμώξεις. Οι περιπτώσεις νοσηλείας νεογνών με λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής έχει μειωθεί κατά 72% για τα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για τουλάχιστον τέσσερις μήνες (Ip et al, 2009). Ο κίνδυνος εμφάνισης ωτίτιδας φαίνεται να μειώνεται κατά 23% στα νεογνά που θήλασαν ανεξάρτητα από το διάστημα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού σε σχέση με τα βρέφη που σιτίστηκαν με φόρμουλα (AAP, 2012). Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για περισσότερο από τρεις μήνες μειώνει την πιθανότητα αυτή κατά 50%, ενώ σοβαρές μολύνσεις και λοιμώξεις των αυτιών ή του λάρυγγα περιορίζονται κατά 63% όταν το βρέφος θηλάσει αποκλειστικά για τουλάχιστον μισό έτος (Duijits et al, 2010).

Ανεξαρτήτως της διάρκειάς του ο μητρικός θηλασμός μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης μη ειδικών φλεγμονών του γαστρεντερικού σωλήνα στο 1/3 και η επίδρασή του διαρκεί για 2 μήνες τουλάχιστον μετά τον απογαλακτισμό (Quigley et al, 2007). Το χρονικό διάστημα 1983 – 2005 πραγματοποιήθηκαν 4 τυχαιοποιημένες μελέτες, οι οποίες έδειξαν πως η διατροφή με μητρικό γάλα μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης NEK στα πρόωρα νεογνά κατά 58% (AAP, 2012). Σε πρόσφατη μελέτη που συγκρίνει την αποκλειστική σίτιση με μητρικό γάλα και τη μικτή διατροφή φαίνεται πως η NEK εμφανίζεται κατά 23% περισσότερο στα πρόωρα νεογνά που σιτίστηκαν με μικτή διατροφή (Sullivan et al, 2010).

Το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου φαίνεται να συνδέεται με τον τρόπο σίτισης του νεογνού. Φαίνεται πως τα νεογνά που θηλάζουν έχουν μειωμένη πιθανότητα για εμφάνιση του συνδρόμου κατά 36% (NHI, 2018). Στις ΗΠΑ παρατηρείται υψηλό ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας (21%) το οποίο οφείλεται στο σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου στα βρέφη που δεν σιτίστηκαν καθόλου με μητρικό γάλα (Mueller-Boyer, Walton, 2019). Η θέση που κοιμούνται τα βρέφη είναι ανεξάρτητη από τη συμβολή της σίτισης με μητρικό θηλασμό, στη μείωση της εμφάνισης του συνδρόμου, όπως

επιβεβαιώνει μία μεγάλη μελέτη ελέγχου περιπτώσεων που εξετάστηκαν νεογνά που κοιμόταν σε ύπτια θέση (AAP, 2012).

Το 2010 υποστηρίζεται από τους Batrick και Reynold ότι θα σώζονταν στις Ηνωμένες Πολιτείες πάνω από 900 νεογνά ανά έτος αν το 90% των νεογνών σιτιζόνταν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό κατά τους πρώτους έξι μήνες. Ανάμεσα στις 42 αναπτυσσόμενες χώρες, όπου εντοπίζονται 9 από τις 10 περιπτώσεις της παγκόσμιας νεογνικής θνησιμότητας, την πιο αποτελεσματική παρέμβαση για την αποφυγή 1000000 βρεφικών θανάτων ετησίων (13% της παγκόσμιας νεογνικής θνησιμότητας) αποτελεί ο αποκλειστικός θηλασμός για διάστημα έστω 6 μηνών και συνολική διάρκεια θηλασμού για ένα χρόνο τουλάχιστον (Jones et al, 2003).

Φαίνεται ότι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για διάστημα τεσσάρων μηνών μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης ατοπικής δερματίτιδας, εκζέματος και άσθματος κατά 27% σε νεογνά με χαμηλό κίνδυνο και κατά 42% σε βρέφη με κληρονομικότητα. Έρευνες έχουν εξετάσει αν η εισαγωγή στερεών τροφών πριν τον έκτο και μετά τον τέταρτο μήνα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αλλεργιών, αλλά τα αποτελέσματά τους είναι αντιφατικά (Greer et al, 2008). Επίσης δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες που να αποδεικνύουν πως η εισαγωγή στερεών τροφών μετά τους έξι μήνες πιθανόν να έχει κάποια προστατευτική δράση έναντι των αλλεργιών (Nwaru et al, 2010).

Η εμφάνιση παχυσαρκίας σε παιδιά είναι πιο συχνή στα παιδιά που δεν έχουν θηλάσει σε σύγκριση με αυτά που έχουν σιτιστεί με μητρικό γάλα. Η προώθηση του μητρικού θηλασμού αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη μείωση της παχυσαρκίας για αυτό και συμπεριλαμβάνονται πάντα στις ενέργειες που λαμβάνουν χώρα σε εθνικό επίπεδο προκειμένου να μειωθούν τα ποσοστά της (NHI, 2018; Perrine et al, 2011). Τα άτομα που θηλάσαν έχουν λιγότερες πιθανότητες κατά 15 – 30 % να γίνουν παχύσαρκα τόσο σαν έφηβοι όσο και σαν ενήλικες (AAP, 2012). Η μελέτη *Framingham Offspring* παρατήρησε πως συνδέονται ο μητρικός θηλασμός με τον μικρότερο δείκτη μάζας σώματος (BMI) και την υψηλότερη συγκέντρωση λιποπρωτεϊνών σε ενήλικα άτομα (Parikh et al, 2009). Η έρευνα των Metzger και McDade (2010) εξέτασε τη διαφορά ανάμεσα σε αδέρφια και εντόπισε πως το παιδί που είχε θηλάσει είχε μικρότερο BMI από το παιδί που σιτιζόταν με υποκατάστατο. Η πιθανότητα ένα παιδί να γίνει παχύσαρκο μειώνεται κατά 4% για κάθε μήνα που θηλάζει (Ip et al, 2009). Τα βρέφη που θηλάζουν μπορούν μόνα τους να ρυθμίσουν την επαρκή ποσότητα γάλακτος που χρειάζονται και αυτή τους η ικανότητα συμβάλει θετικά στον περιορισμό της

πρόσληψης βάρους στην ενήλικη ζωή (Yasmeen et al, 2019). Τα βρέφη που σιτίζονται από μπιμπερό με γάλα φόρμουλα ή αντλημένο μητρικό γάλα καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος (την διαθέσιμη ποσότητα γάλατος) με αποτέλεσμα να περιορίζεται η αυτορρύθμιση με άμεσο αποτέλεσμα την υπερβολική αύξηση του βάρους μετά τους έξι μήνες ζωής σε σχέση με τα βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά (AAP, 2012).

Η αποκλειστική σίτιση του νεογνού με μητρικό γάλα φαίνεται να συνδέεται με μείωση μέχρι και 30% της εμφάνισης διαβήτη τύπου I (Rosembauer et al, 2008). Ο μηχανισμός ανάπτυξης νεανικού διαβήτη, τύπου I φαίνεται να ενεργοποιείται από την έκθεση των παιδιών στην β- λακτοσφαιρίνη του αγελαδινού γάλακτος που ρυθμίζει τη διαδικασία αλληλεπίδρασης με τα B κύτταρα του παγκρέατος (AAP, 2012). Σχετικά με τον διαβήτη τύπου II παρατηρείται μία ελάττωση των ποσοστών εμφάνισής του κατά 40%, γεγονός που οφείλεται στην συμβολή του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στον έλεγχο και την αυτορρύθμιση της πρόσληψης τροφής συνεπώς και στη μειωμένη πρόσληψη βάρους (Das, 2007).

Άσειστες διαφορές έχουν παρατηρηθεί και στο νευροαναπτυξιακό διάγραμμα των βρεφών που θήλασαν αποκλειστικά σε σύγκριση με τα βρέφη που σιτίστηκαν με φόρμουλα. Ανεξάρτητα όμως με τη διατροφή, οι διαφορές αυτές, πιθανόν συνδέονται και με άλλους παράγοντες, όπως είναι το οικογενειακό περιβάλλον, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο καθώς και το εκπαίδευση των γονέων (Der et al, 2006). Τα συμπεράσματα αυτά παρουσιάστηκαν μετά από αξιολόγηση μέσα από test ευφυΐας από τους εκπαιδευτικούς και ήταν πιο ενθαρρυντικά για τα παιδιά που σιτίζονταν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τουλάχιστον τρεις μήνες (Kramer et al, 2008). Σημαντική ήταν η συμβολή του μητρικού γάλατος και στο νευροαναπτυξιακό διάγραμμα των πρόωρων νεογνών, τα οποία είναι και πιο ευαίσθητος πληθυσμός (Isaacs et al, 2010).

Αναρίθμητα είναι και για τα πρόωρα νεογνά τα οφέλη του θηλασμού. Το μητρικό γάλα μειώνει σημαντικά το ποσοστό σηψαιμίας και NEK, όπως ήδη αναφέρθηκε, με αποτέλεσμα να μειώνονται σημαντικά και τα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας (Shah et al, 2008). Σημαντική είναι και η συμβολή του μητρικού γάλατος στο κτίσιμο της άμυνας του οργανισμού τους (Furman et al, 2003). Επιπλέον οι πιθανότητες εισαγωγής στο νοσοκομείο για τα θηλάζοντα βρέφη τους πρώτους δώδεκα μήνες μετά την έξοδό τους από τις ΜΕΝΝ είναι σημαντικά μειωμένες (AAP, 2012).

### 2.1.2.2 Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα

Οι μητέρες επωφελούνται εξίσου σημαντικά από τον θηλασμό. Στις γυναίκες που θηλάζουν παρατηρείται πιο άμεση επαναφορά της μήτρας στην προ εγκυμοσύνης κατάσταση καθώς επίσης τα περιστατικά αιμορραγίας κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού και τις πρώτες μέρες λοχείας είναι σε χαμηλό ποσοστό. Λόγω των ορμονών που παράγονται κατά τον θηλασμό αναστέλλεται η ωοθηλακιορρηξία, και κατά συνέπεια ο θηλασμός αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο. Τέλος, η επιλόχειος κατάθλιψη εμφανίζεται σε υψηλά ποσοστά σε γυναίκες που θήλασαν για μικρό χρονικό διάστημα ή δε θήλασαν καθόλου (AAP, 2012).

Όσον αφορά την κακοποίηση των παιδιών από τις μητέρες, με βάση έρευνα που διεξήχθη, φαίνεται πως οι μητέρες που θήλασαν είχαν χαμηλότερα ποσοστά κακοποίησης προς τα παιδιά τους σε σύγκριση με εκείνες που δε θήλασαν καθόλου (Strathearn et al, 2009).

Οι γυναίκες που θηλάζουν καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες στη διάρκεια της ημέρας, έτσι επιτυγχάνεται η απώλεια των επιπλέον κιλών, όμως οι μελέτες αυτές δεν είναι καθοριστικές εφόσον η απώλεια βάρους επηρεάζεται και από άλλες παραμέτρους (AAP, 2012).

Ο μητρικός θηλασμός συντελεί στη μειωμένη εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II σε γυναίκες χωρίς ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη κύησης. Ο χρόνος θηλασμού σχετίζεται άμεσα με τη συγκεκριμένη επίδραση. Ειδικότερα για κάθε χρόνο θηλασμού το ποσοστό εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II μειώνεται από 4% έως 12% (Schwarz et al, 2010). Παράλληλα σε γυναίκες που εμφανίζουν διαβήτη κύησης δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση με το ποσοστό εμφάνισης διαβήτη τύπου II στη μετέπειτα ζωή τους (AAP, 2012).

Η διάρκεια του θηλασμού και συγκεκριμένα ο θηλασμός που διαρκεί περισσότερο από ένα χρόνο, σχετίζεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας στο 0.8, ενώ αν το διάστημα αυτό ξεπεράσει τα 2 χρόνια ο κίνδυνος μειώνεται στο 0.5 (AAP, 2012).

Το “Women’s Health Initiative” πραγματοποίησε μελέτη με δείγμα 139 000 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών διαφόρων εθνικοτήτων. Σε αυτή τη μελέτη παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ της πιθανότητας να εμφανιστούν καρδιαγγειακές παθήσεις και στο συνολικό χρόνο θηλασμού κατά την ενήλικη ζωή. Οι γυναίκες που

θήλασαν τα βρέφη τους από ένα έως δύο χρόνια είχαν μειωμένες πιθανότητες να εμφανίσουν υπέρταση (Joen et al, 2019), υπερλιπιδαιμία, καρδιαγγειακές παθήσεις και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (Schwarz et al, 2009).

Τέλος, ο θηλασμός φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλές πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού και ωοθηκών, κατά την αναπαραγωγική ηλικία (Stuebe et al, 2009). Όταν ο θηλασμός διαρκεί για περισσότερο από ένα έτος, παρατηρούνται χαμηλότερα ποσοστά κατά 28% παρουσίας των συγκεκριμένων ασθενειών (Collaborate Group of Hormonal factors in breast cancer, 2002). Κάθε επιπλέον χρόνος θηλασμού αποδείχθηκε πως σχετίζεται με μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 4.3% (AAP, 2012).

### 2.1.2.3 Οικονομικά οφέλη

Σε περιόδους παγκόσμιας οικονομικής κρίσης είναι πολύ σημαντικό για την οικονομία της κάθε χώρας, η εξοικονόμηση κεφαλαίων από την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Οι οικονομικές δαπάνες του θηλασμού αποτελούνται από:

- i. Δαπάνες τεχνητής διατροφής
- ii. Δαπάνες που αφορούν την τήρηση της ρύθμισης «φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία»
- iii. Δαπάνες σχετικές με την υγεία των νεογνών
- iv. Δαπάνες σχετικές με την υγεία των μητέρων
- v. Δαπάνες σχετιζόμενες με τις επιδοτούμενες άδειες (Batrack, 2011).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι ο θηλασμός αποτελεί μία από τις καλύτερες επενδύσεις της παγκόσμιας υγείας, αφού για κάθε ένα 1\$ που επενδύεται στον θηλασμό αποφέρονται οικονομικά κέρδη 35\$ (UNICEF/WHO 2017)

#### 2.1.2.3.1 Δαπάνες τεχνητής διατροφής

Αναμφισβήτητα ο θηλασμός συμφέρει οικονομικά συγκριτικά με την φόρμουλα. Για την σίτιση με υποκατάστατο μητρικού γάλακτος, το κόστος του οποίου εξαρτάται από την μάρκα και το είδος (πχ τα γάλατα ειδικών αναγκών), απαιτείται και το ανάλογο



κόστος για την προμήθεια απαραίτητων υλικών (μπιμπερό, θηλές), το κόστος εμφιαλωμένου νερού, καθαριστικά αλλά σημαντικό είναι και το κόστος του ηλεκτρικού ρεύματος. Αθροίζοντας λοιπόν όλα αυτά τα κόστη προκύπτει μία ετήσια επιβάρυνση του νοικοκυριού κατά 1500 – 2500€ (Πανταζή, 2012). Με βάση τον κατώτατο μισθό το 2021 που ανερχόταν στα 650 €, η ετήσια αυτή δαπάνη αποτελεί το 19 - 32% του εισοδήματος.

Σχετικά με την οικονομία της χώρας, εφόσον πλέον τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τα γάλατα ειδικών αναγκών το ύψος της δαπάνης αγγίζει τα 2.665.715\$ (αφορά τις ΗΠΑ) (Riordan 1997, AAP 2005, AAP 2014, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014)

#### Ετήσιο κόστος διατροφής με υποκατάστατο μητρικού γάλακτος

Είδος	Ποσότητα (κουτιά)	Ετήσιο κόστος
Γάλα σκόνη	115	8 - 15 € = 920 - 1725 €
Μπιμπερό (γυάλινα ή πλαστικά)	12	5 - 15 € = 60 - 180 €
Θηλές	48	3 - 6 € = 144 - 288 €
Αποστειρωτής	1	30 - 135 €
Βούρτσες καθαρισμού	2	10 - 20 €
Θερμός	1	20 €
Στεγνωτήρας Μπιμπερό	1	18 €
Θερμαντήρας γάλακτος	1	50 €
Μίξερ για βρεφικό γάλα	1	13 €
Απορρυπαντικά		50 €
ΔΕΗ - ΝΕΡΟ		150 €
<b>Σύνολο</b>		<b>1465 - 2649 €</b>

Πηγή: Πανταζή 2012

2.2.2.3.2 Δαπάνες που αφορούν την τήρηση της δημιουργίας «φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία»

Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού και η δημιουργία «φιλικών προς τα βρέφη νοσοκομείων», οδηγεί σε χαμηλότερο κόστος , αφού αποφεύγεται η αγορά και η προετοιμασία της φόρμουλας. Παράλληλα έχουμε και την ανάγκη λιγότερου προσωπικού με το «grooming in» (Πανταζή, 2012)

2.2.2.3.3 Δαπάνες σχετικές με την υγεία των νεογνών

Σύμφωνα με τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για τα βρέφη που θηλάζουν, τα βρέφη που θηλάζουν νοσούν λιγότερες φορές και κατά τη βρεφική ηλικία όσο και την παιδική και ενήλικη ζωή, κατά συνέπεια ελαττώνονται και οι ιατρικές επισκέψεις

μειώνοντας τα έξοδα της οικογένειας κατά 1400\$ (Kaiser Permanente 1995). Το ίδιο ισχύει και για της θηλάζουσες μητέρες. Έτσι το υγειονομικό σύστημα επωφελείται γενικότερα και τα ετήσια έξοδα για την προαγωγή της υγείας μειώνονται ( Lowdermilk,

Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά την ΝΕΚ, την γαστρεντερίτιδα και την ωτίτιδα μπορεί να μειωθεί κατά 3.600.000.000\$ (ΗΠΑ) ανά έτος σε άμεσο και έμμεσο κόστος (Riordan 1997, AAP 2005)

Σε άλλη έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ για επτά λοιμώξεις (ατοπική δερματίτιδα, λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού, παιδική λευχαιμία, παιδική παχυσαρκία, άσθμα, νεανικός διαβήτης και το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου) έδειξε ότι το ετήσιο άμεσο και το έμμεσο κόστος μπορεί να μειωθεί κατά 13.000.000.000\$ (Batrik & Reihmod 2010).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οικονομική ανάλυση έδειξε ότι ο θηλασμός μπορεί να επιφέρει μεγάλη εξοικονόμηση στο σύστημα υγείας. Ειδικότερα, συσχετίστηκαν τα οφέλη του θηλασμού για τα πρόωρα νεογνά σε σχέση με νοσήματα όπως το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, η ΝΕΚ, σηψαιμία, ωτίτιδα, παχυσαρκία και το νευροαναπτυξιακό διάγραμμα και το οικονομικό αντίκτυπο. Με βάση το σύνολο των προώρων γεννήσεων που έγιναν το 2013, αν το 100% πρόωρων νεογνών σιτίζονταν αποκλειστικά με μητρικό γάλα θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν 46.700.000£ (30.100.000£ το πρώτο έτος), συνολικό κέρδος QALY 10.594 και 238 λιγότεροι θάνατοι, με συνολική μείωση 153.400.000£ κατά προσέγγιση (Mahon et al. 2016).

Στην χώρα μας σχετικά με ασθένειες όπως η μέση ωτίτιδα, γαστρεντερίτιδα και η αλλεργία στο αγελαδινό γάλα, αν οι μητέρες θήλαζαν τα μωρά τους , θα υπήρχε

εξοικονόμηση 2000€ ανά βρέφος (Πανταζή, 2012). Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε για ασθένειες όπως ουρολοιμώξη, ωτίτιδα, λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού και γαστρεντερίτιδα, καταλήξανε στο συμπέρασμα ότι όσον αφορά την λοίμωξη αναπνευστικού θα δαπανιούνταν 410€ ανά βρέφος που έχρηζε νοσηλείας, δηλαδή το 6,5% άρα το κόστος θα ανερχόταν περίπου στο 1.000.000€. Σχετικά με την ωτίτιδα, την ουρολοιμώξη και την γαστρεντερίτιδα, περιπτώσεις που το ποσοστό νοσηλείας είναι 10,6% το ετήσιο κόστος έφτανε τα 700.000€. Άρα στην περίπτωση που ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός διαρκούσε για τουλάχιστον έξι μήνες στο 90% των βρεφών το κράτος θα μπορούσε να εξοικονομήσει 2.700.000€, ενώ η δαπάνη ελαττώνεται κατά 30.945€ για κάθε μονάδα επί τις εκατό που αυξάνεται ο

#### Συνοπτικά αποτελέσματα της μελέτης του Βαράκη 2012

Νόσος	Επιπολασμός (%)		ΚΝ (€)	ΦΔ (€)	Ανάγκη για νοσηλεία(%)	Όφελος από ΜΘ για 6 μήνες	
	Θηλάζοντα βρέφη	Μη Θηλάζοντα βρέφη				1%	90%
Λοίμωξη αναπνευστικού	51,6	64,2	410	52	6,5	11.381	1.012.893
Οξεία μέση ωτίτιδα	4,4	11,7	410	52	10,6	7.890	702.231
Γαστρεντερίτιδα	14,3	20,8	340	45	6,8	5.075	451.647
Ουρολοιμώξη	1,1	2,1	585	-	100	6.599	587.293
<b>ΣΥΝΟΛΟ (€)</b>						<b>30.945</b>	<b>2.754.064</b>

ΚΝ: Κόστος νοσηλείας, ΦΔ: φαρμακευτική δαπάνη, ΜΘ: μητρικός θηλασμός, €: Ευρώ  
Πηγή: Βαράκης 2012

αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για περισσότερο από έξι μήνες (Βαράκης, 2012). Επιπλέον αναφέρεται ότι θα μπορούσε η ετήσια κρατική δαπάνη να μειωθεί κατά 69.206.400€, αν το 90% των βρεφών θήλαζε αποκλειστικά για τον πρώτο μισό χρόνο ζωής τους (Δανέζη, 2011)

#### 2.1.2.3.4 Δαπάνες σχετικές με την υγεία των μητέρων

Σε μελέτη που έλαβε χώρα στη Μεγάλη Βρετανία παρατηρήθηκε ότι διαγνώστηκαν 865 λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και κατά συνέπεια εξοικονομήθηκαν από το κράτος 10.000.000£ και 512 λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σχετιζόμενες με τα QALY's (Renfrew et al. 2012). Επιπλέον σε άλλη έρευνα αναφέρεται ότι αν διπλασιαστεί ο αριθμός των μητέρων που θηλάζουν για διάστημα από 7 ως 18 μήνες, μπορεί η Βρετανία να εξοικονομήσει 31.000.000£ από τις θεραπείες για καρκίνο μαστού.

Σε άλλη έρευνα στις ΗΠΑ υπολογίσθηκε το κόστος υγειονομικής περίθαλψης για νοσήματα όπως καρκίνος των ωοθηκών και μαστού, υπέρταση, ΣΔ και έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε γυναίκες που θήλασαν τα μωρά τους για τουλάχιστον έξι μήνες και παρατηρήθηκε ότι μπορούσαν να εξοικονομηθούν 17.400.000.000\$ (Batrick et al. 2013).

#### *2.1.2.3.5 Δαπάνες σχετιζόμενες με τις επιδοτούμενες άδειες*

Σε γυναίκες που θήλασαν παρατηρείται μειωμένη λήψη άδειας ασθένειας τέκνου κατά 50%. Έχει σημειωθεί επίσης αύξηση της παραγωγικότητας, που οφείλεται στην καλή κατάσταση υγείας των μητέρων (Lowdermilk, Shannon & Cashion, 2014). Συγχρόνως εμφανίζεται μειωμένη δαπάνη ιατρικής ασφάλισης (Kaiser Permanente 1995). Επίσης, σε εταιρίες που είναι φιλικές προς τον θηλασμό, εντοπίζονται υψηλότερα ποσοστά παραγωγικότητας λόγω της ικανοποίησης των θηλαζουσών εργαζόμενων (Ruth et al. 1999)

#### 2.1.3 Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού

Είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις ιατρικών καταστάσεων οι οποίες να αποτελούν πλήρη αντένδειξη για μητρικό θηλασμό, όπως η παρουσία γαλακτοζαιμίας στο νεογνό. Στην περίπτωση που εμφανιστούν άλλα μεταβολικά νοσήματα, αφού πραγματοποιηθεί ο απαραίτητος αιματολογικός έλεγχος, το νεογνό μπορεί να σιτιστεί με μητρικό γάλα εφόσον συνδυαστεί με ποικίλα τροποποιημένα σκευάσματα χωρίς πρωτεΐνη. Τα νεογνά που οι μητέρες που θετικοποιούνται στα T- κύτταρα του λεμφοτροπικού ιού (lymphotropic virus) τύπου I και II (Concalves et al, 2010) ή ενεργό μελιταίο πυρετό (Carrera et al, 2006) δεν επιτρέπεται να θηλάσουν, ούτε να σιτιστούν με αντλημένο γάλα.

Σε περίπτωση της ενεργού φυματίωσης ή αλλοιώσεις στο μαστό από έρπητα δεν επιτρέπεται ο άμεσος θηλασμός του νεογνού, παρόλα αυτά προτείνεται το τάισμα του νεογνού με αντλημένο μητρικό γάλα, καθώς δεν υπάρχει καμία ένδειξη όσον αφορά τη διασπορά των μικροοργανισμών σε αυτό (AAP, 2012). Όταν η νοσούσα μητέρα από φυματίωση θεραπευτεί και μεσολαβήσει διάστημα δύο εβδομάδων και επιβεβαιωθεί ότι δεν αποτελεί πλέον πηγή μόλυνσης ο άμεσος μητρικός θηλασμός μπορεί να πλέον να επανεγκατασταθεί (AAP, 2009).

Οι έγκυες γυναίκες που νόσησαν από ανεμοβλογιά πέντε ημέρες πριν τον τοκετό ή οι λεχώνες που νόσησαν δύο ημέρες μετά τον τοκετό δε θα πρέπει να έρχονται σε επαφή με τα νεογνά τους. Τα νεογνά όμως μπορούν να σιτίζονται με αντλημένο μητρικό γάλα (AAP, 2009).

Το 2009 η σύσταση του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ήταν πως οι μητέρες που νοσούν από τον ιό της γρίπης H1N1 πρέπει να απομακρύνονται προσωρινά από τα βρέφη τους έως ότου την πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων. Στο διάστημα αυτό τα νεογνά μπορούν να σιτίζονται με το γάλα που έχουν αντλήσει οι μητέρες τους (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

Καθολική αντένδειξη μητρικού θηλασμού αποτελεί η περίπτωση μητέρας που έχει διαγνωστεί θετική στον ιό HIV/AIDS. Παρόλα αυτά στον αναπτυσσόμενο κόσμο, όπου παρατηρούνται υψηλά ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας σε βρέφη που δεν σιτίζονται με μητρικό γάλα λόγω των λοιμώξεων και της κακής διατροφής, τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού υπερτερούν έναντι του κινδύνου της μόλυνσης του βρέφους από τον ιό διαμέσου του γάλακτος. Στις περιοχές όπου ο ιός HIV/AIDS έχει διαδοθεί αρκετά φαίνεται ότι τα βρέφη που σιτίστηκαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα το διάστημα των τριών πρώτων μηνών είχαν χαμηλότερη πιθανότητα να μολυνθούν από τον ιό συγκριτικά με τα βρέφη έτρωγαν μητρικό γάλα σε συνδυασμό με υποκατάστατα γάλακτος (Horvath et al, 2009). Το 2010 δημοσιεύτηκαν μελέτες που δείχνουν πως με αποκλειστικό θηλασμό για τον πρώτο μισό χρόνο της ζωής του μωρού σε συνδυασμό με αντιρετροϊκή αγωγή μπορεί να μειωθεί αξιολόγη η πιθανότητα διάδοσης του ιού από τη μητέρα στο μωρό μέσω του μητρικού γάλακτος (Chasela et al, 2010, Shapiro et al, 2010).

Ο κυτταρομεγαλοϊός όσον αφορά τα τελειόμηνα βρέφη δεν αποτελεί αντένδειξη. Για τα πρόωρα νεογνά υπάρχει συσχέτιση της μετάδοσης του μεγαλοκυτταροϊού μέσω του γάλακτος με την όψιμη εμφάνιση σηψαιμίας στα νεογνά με πολύ χαμηλό βάρος γέννησης (BG < 1500 γρ). Αν και δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση με μακροπρόθεσμες ανωμαλίες ή σύνδρομα η αντιϊκή αγωγή θα ωφελούσε (Hamele et al, 2010). Η κατάψυξη του γάλακτος μειώνει την συγκέντρωση του ιού, αλλά δεν τον εξαφανίζει (Maschmann et al, 2006). Ο ιός καταστρέφεται όταν το γάλα θερμανθεί η παστεριωθεί σε χαμηλή θερμοκρασία (στους 62,5°C για μισή ώρα ή στους 72°C για πέντε με δέκα δευτερόλεπτα) αλλά παράλληλά επηρεάζονται βιοενεργητικοί παράγοντες και τα θρεπτικά συστατικά που περιλαμβάνει (Hamprecht et al, 2004). Το φρέσκο μητρικό

γάλα σε κάθε περίπτωση είναι η καταλληλότερη επιλογή για τη σίτιση όλων των πρόωρων νεογνών (AAP, 2012).

Η χρήση ουσιών από τη μητέρα δεν είναι απόλυτη αντένδειξη για το μητρικό θηλασμό. Οι εξαρτημένες μητέρες, που έχουν ενταχθεί σε προγράμματα απεξάρτησης με χρήση μεθαδόνης και δεν νοσούν από τον ιό HIV/AIDS και ο έλεγχος τους για παράνομες ουσίες είναι αρνητικός, μπορούν να θηλάσουν τα νεογνά τους (Jansson, 2009). Η κοκαΐνη, η κάνναβη και η φαινκυκλιδίνη (PCP) αποτελούν ουσίες που ανιχνεύονται στο μητρικό γάλα και η χρήση τους από μητέρες που θηλάζουν είναι ιδιαίτερη ανησυχητική για τη μετέπειτα νευρολογική ανάπτυξη των βρεφών, για αυτό το λόγο και δεν ενδείκνυνται (Garry et al, 2010).

Το αλκοόλ εμποδίζει την έκκριση της προλακτίνης στο ερέθισμα που δημιουργείται κατά τον θηλασμό, εφόσον δεν αποτελεί γαλακταγωγή ουσία, και επηρεάζει δυσμενώς την εξέλιξη της διαδικασίας της παραγωγής (Menmella, Pepino, 2010). Τα αλκοολούχα ποτά πρέπει να περιορίζονται και η προσλαμβανόμενη ποσότητα δεν πρέπει να ξεπερνά το μισό γραμμάριο αλκοόλ ανά κιλό σωματικού βάρους (Subcommittee on Nutrition During Lactation, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1991). Μετά από την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών συνιστάται να απέχει ο θηλασμός για διάστημα δύο ωρών, προκειμένου να μεταβολιστεί το αλκοόλ και να μην υπάρχει σε υψηλή συγκέντρωση στο μητρικό γάλα (AAP, 2012).

Σχετικά με το κάπνισμα ούτε αυτός είναι απόλυτος παράγοντας αντένδειξης για το μητρικό θηλασμό. Το κάπνισμα όμως έχει συσχετιστεί σε υψηλό βαθμό με την εμφάνιση αναπνευστικών αλλεργιών (Guedes, Souza, 2009) και με αύξηση των περιπτώσεων του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου (Liebrechts-Akkerman, 2011), για αυτό το λόγο πρέπει οι μητέρες να πρέπει να το αποφεύγουν. Το βρέφος δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να βρίσκεται στον ίδιο χώρο προκειμένου να ελαττωθούν οι επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος (Yilmaz et al, 2009). Εν κατακλείδι, το κάπνισμα είναι βασικός παράγοντας κινδύνου για μειωμένη πρόσληψη βάρους του νεογνού και επίσης αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την παραγωγή γάλακτος (AAP, 2012).

#### 2.1.4 Θηλασμός και SARS-COV-2 (Covid-19)

Η λοίμωξη από τον ιό SARS-COV-2 (Covid-19) αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα υγείας των ημερών. Σύμφωνα με μελέτες όταν μία γυναίκα διαγνωστεί θετική στον ιό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ενώ θηλάζει το γάλα της είναι εμπλουτισμένο με IgA αντισώματα ενάντια στον κορωνοϊό και άλλους ανοσοποιητικούς παράγοντες που προστατεύουν το νεογνό και ενισχύουν το ανοσοποιητικό του σύστημα (Yurtsal, 2020). Τα αντισώματα αυτά ανιχνεύονται στο μητρικό γάλα ακόμα και δέκα μήνες μετά τη νόσηση. Αν μία μητέρα διαγνωστεί θετική ενώ θηλάζει είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη διακοπεί ο θηλασμός. Η διακοπή του θηλασμού μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο λοίμωξης του βρέφους ή ακόμα και να επιδεινώσει την κατάστασή του αν αυτό ήδη νοσεί. Αν η μητέρα χρήζει νοσηλείας συστήνεται η άντληση μητρικού γάλακτος και η χορήγησή του στο νεογνό εφόσον η κατάσταση της μητέρας της επιτρέπει να το κάνει. Σε καμία περίπτωση η λοίμωξη από Covid-19 δεν αποτελεί αντένδειξη για το θηλασμό, εφόσον τηρούνται τα μέτρα προστασίας (La leche league, 2020).

#### 2.1.5 Αλλαγές στη περιγεννητική φροντίδα

Σύμφωνα με τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, πρέπει να υπάρξουν σημαντικές αλλαγές στα πρωτόκολλα των κλινικών, προκειμένου να υποστηριχθεί ο αποκλειστικός θηλασμός όσο η μητέρα και το νεογνό παραμένουν στο μαιευτήριο.

Σημαντική προτεραιότητα πρέπει να δοθεί ώστε να αποφεύγεται η χορήγηση νάρκωσης στη μητέρα κατά το τελευταίο στάδιο του τοκετού για τη συρραφή της περινεοτομής, αλλά να χρησιμοποιούνται τοπικά αναισθητικά. Με αυτό τον τρόπο η μητέρα έρχεται σε άμεση επαφή με το μωρό της την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό. Σε περιπτώσεις προγραμματισμένης καισαρικής τομής συστήνεται για τον ίδιο ακριβώς λόγο η επισκληρίδιος αναισθησία και όχι η γενική νάρκωση. Με αυτό τον τρόπο η μητέρα μπορεί να κρατήσει το νεογνό κοντά της μετά την επέμβαση χωρίς ο πόνος να είναι ανασταλτικός παράγοντας.

Το μωρό προτείνεται αμέσως μετά τον τοκετό να έρχεται αμέσως σε επαφή με το γυμνό σώμα της μητέρας (skin to skin contact) αφού έχει σκεπαστεί με μια κουβέρτα. Οι διάφορες διαδικασίες που χρειάζονται μπορούν να διενεργηθούν αργότερα. Σε αυτή τη θέση προκύπτει η ιδανική θερμορύθμιση για το νεογνό, άρα μειώνεται η διάρκεια σταθεροποίησης του μωρού σε θερμοκοιτίδα, και δίνει την δυνατότητα για άμεση έναρξη του θηλασμού, γεγονός που επιδρά θετικά στην διάρκεια και την γρήγορη εδραίωση του θηλασμού.

Κάποιες μελέτες έδειξαν πως, αν ένα νεογέννητο αφηθεί αμέσως με το πέρας του τοκετού στην κοιλιακή χώρα της μητέρας του τα πρώτα είκοσι λεπτά γυρίζει το κεφάλι του προς το στήθος της, τα επόμενα είκοσι λεπτά έρπει προς αυτό και τα επόμενα είκοσι πιάνει τη θηλή και ξεκινάει ο θηλασμός. Μάλιστα φαίνεται, ότι κατευθύνεται από τη οσμή που παράγεται από τα φυμάτια του Montgomery, γιατί, αν η μία θηλή πλυθεί, θα κατευθυνθεί προς την άλλη.

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να εφαρμόζεται το «rooming in», δηλαδή η μητέρα και το μωρό να μην αποχωρίζονται καθόλου καθ' όλη τη διάρκεια της μέρας κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο. Ο αποχωρισμός μητέρας παιδιού που συμβαίνει στα μαιευτήρια για κάποιες ώρες στη διάρκεια της ημέρας, επηρεάζει το χρόνο που έχει η μητέρα να εκπαιδευτεί.

Η φυσιολογική παραγωγή του μητρικού γάλακτος εξαρτάται από το πόσο συχνός είναι ο θηλασμός και από το πόσο διαρκεί και ιδιαίτερα σημαντική είναι η διάρκεια του θηλασμού των βραδινών γευμάτων. Όταν λοιπόν το νεογέννητο θηλάζει μόνο προγραμματισμένα, αυτός είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας για την παραγωγή επαρκούς ποσότητας μητρικού γάλακτος. Συχνά τα νεογνά σιτίζονται με υποκατάστατο γάλακτος χωρίς να ερωτηθούν και να συναινέσουν οι γονείς. Το Υπουργείο Υγείας με την απόφασή με αριθμό «Γ1α/Γ.Π. οικ. 45569/15-6-2017 (ΦΕΚ 2127 τα Β', ΑΔΑ:70ΨΒ465ΦΥΟ-103)» που αφορά την καθιέρωση έγγραφης συναίνεσης της μητέρας για τη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στα νεογνά εντός των νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών προβλέπει ότι η χορήγηση επιτρέπεται για αποδεκτούς ιατρικούς λόγους ή κατόπιν έγγραφης συναίνεσης της μητέρας.



### 2.1.6 Θηλασμός και εργασία

Η διάρκεια του μητρικού θηλασμού επηρεάζεται αρνητικά από την επιστροφή των μητέρων στην εργασία τους, ειδικά σε αυτές που εργάζονται με πλήρη απασχόληση. Έρευνες έδειξαν πως υπάρχουν διπλάσιες πιθανότητες για μια μητέρα που επιστρέφει στη δουλειά να ξεκινήσει απογαλακτισμό τον ίδιο κιόλας μήνα. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι μητέρες πρέπει να έχουν την άμεση υποστήριξη της οικογένειας και του εργασιακού περιβάλλοντος τους καθώς και τη συμβουλευτική των αρμόδιων επαγγελματιών.

Οι γυναίκες δικαιούνται άδεια μητρότητας που αντιστοιχεί σε 17 εβδομάδες και χωρίζεται σε 8 εβδομάδες πριν τον τοκετό και 9 εβδομάδες αφού γεννήσουν. Αν μία γυναίκα γέννησει πρόωρα παίρνει το υπόλοιπο της άδειας της μετά τον τοκετό μέχρι να συμπληρωθούν οι 17 εβδομάδες.

Οι εργαζόμενες μητέρες έχουν το δικαίωμα σε ένα από τα ακόλουθα:

1. Να εργάζονται για τους πρώτους 30 μήνες αφού τελειώσει η άδεια μητρότητας με τον ίδιο μισθό μία ώρα λιγότερο την ημέρα
2. Να εργάζονται για δώδεκα μήνες μετά το τέλος της άδειας μητρότητας με μειωμένο ωράριο κατά δύο ώρες και στη συνέχεια για τους επόμενους έξι μήνες να εργάζονται με μειωμένο ωράριο κατά μία ώρα – σε αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητη η σύμφωνη γνώμη του εργοδότη
3. Να παρατείνουν την άδεια μητρότητας κατά 3,5 μήνες αντί να έχουν μειωμένο ωράριο – απαραίτητη είναι η σύμφωνη γνώμη του εργοδότη. Την «άδεια ανατροφής» μπορεί να την λάβει και ο πατέρας σε περίπτωση που η μητέρα θέλει να επιστρέψει στην εργασία της.
4. Μια θηλάζουσα μητέρα έχει το δικαίωμα να μην δουλεύει βραδινή βάρδια μέχρι το πρώτο έτος του παιδιού της και σε περίπτωση που αυτό δεν είναι δυνατό, έχει δικαίωμα να λάβει άδεια πλήρων αποδοχών.

Το Υπουργείο Υγείας προχώρησε στην ετοιμασία σχετικού τροποποιητικού νομοσχεδίου, το οποίο αναμένεται ότι θα τεθεί σύντομα προς έγκριση στο Υπουργικό Συμβούλιο και στη συνέχεια στη Βουλή.

Οι σχετικοί Κανονισμοί, οι οποίοι φέρουν τον τίτλο «οι περί της θέσπισης ελάχιστων απαιτήσεων δημιουργίας ειδικά διαμορφωμένων χώρων μητρικού θηλασμού ή/και άντλησης γάλακτος σε χώρο όπου εργάζονται θηλάζουσες» θα ενσωματωθεί στον

«περί προώθησης και της προστασίας του μητρικού θηλασμού νόμο του 2018» και καθορίζουν τις ελάχιστες απαιτήσεις για τη δημιουργία και λειτουργία των χώρων στους οποίους οι εργαζόμενες θα μπορούν, χωρίς δυσκολία και με πλήρη ασφάλεια για τις ίδιες και τα βρέφη τους, να θηλάζουν τα παιδιά τους. Οι κανονισμοί αυτοί προβλέπουν:

«Καθαρό, ήσυχο και κλιματιζόμενο δωμάτιο με ικανοποιητικό φωτισμό και επαρκή εξαερισμό, που δεν εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία της θηλάζουσας και του βρέφους, το οποίο να βρίσκεται εντός των εγκαταστάσεων της επιχείρησης ή σε παρακείμενες εύκολα προσβάσιμες από την θηλάζουσα κοντινές εγκαταστάσεις της επιχείρησης ή σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, σε επιχειρήσεις όπου συστεγάζονται πολλές επιχειρήσεις μαζί, όπως τα εμπορικά κέντρα.»

«Η διαμόρφωση του χώρου δύναται να γίνει είτε σε μόνιμη είτε σε προσωρινή βάση όταν προκύπτει ανάγκη κατόπιν αιτήματος της ενδιαφερόμενης εργαζόμενης θηλάζουσας, η οποία εκφράζει τη βούλησή της για άσκηση του δικαιώματός της σε θηλασμό ή άντληση. Στην περίπτωση προσωρινής διευθέτησης, ο ειδικά διαμορφωμένος χώρος μπορεί να είναι οποιοσδήποτε κλειστός χώρος όπως π.χ. η κουζίνα, η τραπεζαρία προσωπικού ή γραφείο και οπωσδήποτε όχι ο χώρος αποχωρητηρίου ή άλλος χώρος που χρησιμοποιείται από το κοινό για άλλους σκοπούς. Απαραίτητη είναι η σήμανση του χώρου με την επιγραφή «Δωμάτιο Μητρικού Θηλασμού», είτε μόνιμα είτε προσωρινά, αναλόγως της περίπτωσης. Το δωμάτιο κατά προτίμηση πρέπει να κλειδώνει ή σε αντίθετη περίπτωση να εξασφαλίζεται η ιδιωτικότητα της θηλάζουσας με την τοποθέτηση σήμανσης στην εξωτερική πλευρά της πόρτας: «ΜΗΝ ΕΝΟΧΛΕΙΤΕ – ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΕΙΣΟΔΟΣ». Επίσης πρέπει να διασφαλίζεται ότι δεν υπάρχει ορατότητα από τον χώρο έξω από το δωμάτιο προς τον εσωτερικό χώρο του δωματίου.»

«Στον ειδικά διαμορφωμένο χώρο πρέπει να υπάρχει: διαθέσιμος ρευματοδότης ηλεκτρικού ρεύματος 13Α, 230V, τηλεφωνική συσκευή (σταθερή ή κινητή) σε λειτουργία, καθαρό τραπέζι ή άλλη καθαρή επιφάνεια για τοποθέτηση των αναγκαίων εργαλείων/ εξαρτημάτων/ αναλωσίμων που χρησιμοποιούνται από τη θηλάζουσα. μία πολυθρόνα ή αναπαυτική καρέκλα με χέρια και μαξιλάρι, αντισηπτικό χεριών στην περίπτωση που ο νεροχύτης δεν βρίσκεται στον χώρο, ειδική αλλαξιέρα ή καθαρή επιφάνεια για αλλαγή της πάνας του βρέφους για τις περιπτώσεις απόφασης της θηλάζουσας να θηλάσει στον χώρο εργασίας. Κάδος απορριμμάτων. Επίσης πρέπει να

υπάρχει εύκολη πρόσβαση της θηλάζουσας σε ψυγείο για ασφαλή αποθήκευση του μητρικού γάλακτος το οποίο μπορεί να βρίσκεται σε άλλο χώρο και όχι απαραίτητα εντός του δωματίου που χρησιμοποιεί η θηλάζουσα για την άντληση γάλακτος. Μπορεί να είναι ένα κοινό ψυγείο προσωπικού που χρησιμοποιείται για συντήρηση των τροφίμων τους. Επιπλέον πρέπει να παρέχεται εύκολη πρόσβαση σε νεροχύτη και μέσα καθαριότητας για πλύσιμο των χεριών και των εργαλείων/ εξαρτημάτων άντλησης του μητρικού γάλακτος. Ο νεροχύτης μπορεί να βρίσκεται σε οποιοδήποτε άλλο καθαρό χώρο, όπως η κουζίνα ή η τραπεζαρία προσωπικού αλλά οπωσδήποτε όχι στο αποχωρητήριο.»

### 3. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Στην παγκόσμια διάσκεψη υγείας που πραγματοποιήθηκε το 2002 συζητήθηκαν οι πολιτικές, οι πρακτικές και τα προγράμματα που θα μπορούσαν να συμβάλλουν θετικά στην αύξηση της συχνότητας του αποκλειστικού θηλασμού, τα οποία βασίζονται:

- Στο Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος
- Στις αποφάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Υγείας
- Στη Διακήρυξη Innocenti για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού
- Στη πρωτοβουλία «Φιλικά για τα Βρέφη-Νοσοκομεία»
- Στην Παγκόσμια Διακήρυξη του Π.Ο.Υ. για το Σχέδιο Δράσης για την Διατροφή.

Για να επιτευχθεί η αύξηση του ποσοστού θεσπίστηκε μία σειρά στόχων που θα πρέπει να υλοποιηθούν μέσα στα επόμενα χρόνια. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί μία ολοκληρωμένη πολιτική τόσο για τη βρεφική, όσο και για την παιδική διατροφή. Η προώθηση του αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους έξι μήνες ζωής του βρέφους και η συνέχισή του μέχρι τουλάχιστον τα δύο έτη, όπως ορίζουν οι οδηγίες του ΠΟΥ και της UNICEF σε συνδυασμό την υποστήριξη των μητέρων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Παράλληλα με το θηλασμό θα πρέπει να προωθηθεί η επαρκής και κατάλληλη συμπληρωματική διατροφή με ασφάλεια και να

υπάρξει η σωστή καθοδήγηση όταν πρόκειται για βρέφη ή παιδιά που βρίσκονται σε εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις (υποσιτισμός, χαμηλό βάρος γέννησης, καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, μητέρες φορείς HIV). Τέλος, να εξεταστεί οποιαδήποτε καινούρια νομοθεσία κρίνεται απαραίτητη για να εφαρμοστεί ο κώδικας (UNICEF, 2012).

Για την εφαρμογή της Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού συστήνονται οι παρακάτω ενέργειες:

- **Εθνική Πολιτική, Προγραμματισμός και Συντονισμός.** Τα κράτη υποχρεώνονται να υλοποιήσουν στρατηγικό σχεδιασμό και να ορίσουν εθνικό συντονιστή.
- **Προστασία της μητρότητας.** Θα πρέπει να εξασφαλίζεται επαρκής άδεια θηλασμού (τουλάχιστον έξι μήνες) για όλες τις εργαζόμενες θηλάζουσες μητέρες. Επίσης, όταν η θηλάζουσα μητέρα επιστρέφει στην εργασία της θα πρέπει να διευκολύνεται με ευέλικτο ωράριο και δυνατότητα άντλησης του γάλακτος στον χώρο εργασίας.
- **Σύστημα Υγείας και Διατροφικής Φροντίδας.** Οι μητέρες θα πρέπει να μπορούν να λάβουν τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας και διατροφής για την κατάλληλη φροντίδα μετά το μαιευτήριο.
- **Υποστήριξη μητέρων και κοινωνική προσφορά.** Σύσταση εθελοντικών ή όχι ομάδων για την στήριξη των γυναικών.
- **Ο μητρικός θηλασμός των βρεφών κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.** Δημιουργία σχεδίου δράσης για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.
- **Διάδοση της πληροφόρησης.** Η ενημέρωση με ακριβή και επαρκή πληροφόρηση θα πρέπει να γίνεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας με πιστοποίηση έτσι ώστε οι γονείς να λαμβάνουν αποφάσεις έπειτα από ολοκληρωμένη πληροφόρηση.
- **Παρακολούθηση και αξιολόγηση.** όλα τα προγράμματα πρέπει να παρακολουθούνται, να εκτιμώνται και να αξιολογούνται ώστε να υπάρχει συνεχής βελτίωση.
- **Ίδρυση Νοσοκομείων Φιλικών προς τα Βρέφη.**
- **Θέσπιση και υιοθέτηση του «Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος»**

### 3.1 ΔΙΕΘΝΕΙΣ & ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Τα δικαιώματα της μητέρας και του νεογνού, όσον αφορά το θηλασμό είναι διασφαλισμένα με βάση τις διατάξεις του Διεθνούς Δικαίου. Ο θηλασμός αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα σύμφωνα με το άρθρο 24 της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού (Ν. 2101/ 92 ΦΕΚτ.Α'192), το οποίο υιοθετήθηκε από τη Γενική Σύσκεψη των Ηνωμένων Εθνών το 1989.

Με τη συνεργασία της UNICEF και του Π.Ο.Υ. το 1979 αρχίζει η στρατηγική υποστήριξη για τον μητρικό θηλασμό. Ο Π.Ο.Υ. το 1981 εκδίδει τον «Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και το 1989 ορίζονται τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό», ενώ το 1990 υπογράφεται η Διακήρυξη Innocenti και το 1992 εμφανίζεται για πρώτη φορά η πρωτοβουλία «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» και θεσμοθετήθηκε η Παγκόσμια εβδομάδα μητρικού θηλασμού (1-7 Νοεμβρίου).

Από τον Π.Ο.Υ. μαζί με τη UNICEF έχουν οριστεί συγκεκριμένοι δείκτες που αφορούν τον μητρικό θηλασμό καθώς και οι χειρισμοί που χρειάζονται για να επιτευχθούν μέχρι το 2030. Για αρχή κρίνεται απαραίτητη η αύξηση των κονδυλίων για προγράμματα και πολιτικές σχετικές με την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Προκειμένου να αυξηθεί το παγκόσμιο ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για τους πρώτους 6 μήνες ζωής μέχρι το 50%, η παγκόσμια τράπεζα εκτιμάει ότι πρέπει να δαπανηθούν 5.700.000.000 \$, δηλαδή λιγότερο από 5€ ανά νεογέννητο. Ταυτόχρονα απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων είναι η αυστηρή εφαρμογή του «Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» σε κάθε μορφή promotion και των «10 βημάτων», μέσω των οποίων προωθούνται υγιή πρότυπα για τις θηλάζουσες.

### 3.1.1 «Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος»

Τα βασικά σημεία του κώδικα είναι:

1. Δεν επιτρέπεται η διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και άλλων συναφών προϊόντων στο κοινό.
2. Δεν επιτρέπεται η διανομή δωρεάν δειγμάτων σε μητέρες ή στις οικογένειές τους.
3. Δεν επιτρέπεται η προώθηση προϊόντων, π.χ. αφίσες, ημερολόγια ή διανομή διαφημιστικού υλικού.
4. Δεν επιτρέπεται η παραχώρηση δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμηθειών υποκατάστατων γάλακτος ή συναφών προϊόντων σε οποιονδήποτε τομέα του συστήματος υγείας.
5. Δεν επιτρέπεται προσωπικό των εταιρειών να έρχεται σε επαφή ή να συμβουλεύει τις μητέρες.
6. Δεν επιτρέπονται τα δώρα ή τα δείγματα στο προσωπικό υγείας.
7. Δεν επιτρέπονται φωτογραφίες βρεφών ή άλλες εικόνες ή κείμενο που να εξειδικεύουν της τεχνητές τροφές στις ετικέτες προϊόντων.
8. Οι πληροφορίες που δίνονται στο προσωπικό υγείας είναι καθαρά επιστημονικές και πραγματικές.
9. Οι πληροφορίες σχετικά με τις τεχνητές τροφές, εξηγούν τη σημασία του Μητρικού θηλασμού, τους κινδύνους για την υγεία που σχετίζονται με τις τεχνητές τροφές και το κόστος τους για να τις χρησιμοποιήσει κανείς τελευταίες.
10. Όλα τα προϊόντα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας ενώ ακατάλληλα προϊόντα όπως το ζαχαρούχο συμπυκνωμένο γάλα δε συνιστάται για παιδιά.

### 3.1.2 «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό»

Τα βήματα αυτά είναι:

1. Ύπαρξη πολιτικής του νοσοκομείου / κλινικής / ιατρείου, γραπτώς, για το μητρικό θηλασμό και για την οποία ενημερώνεται συνεχώς το υγειονομικό προσωπικό.
2. Εκπαίδευση του προσωπικού, ώστε να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και προσόντα να εφαρμόσουν την πολιτική αυτή.
3. Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και πως να τον διαχειριστούν.
4. Παροχή βοήθειας στις μητέρες ώστε να υπάρξει επαφή δέρμα-με-δέρμα αμέσως μετά τον τοκετό και να μπορέσουν να θηλάσουν μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό (όσο το δυνατόν γρηγορότερα).
5. Εκπαίδευση των μητέρων πώς να θηλάζουν και πως να διατηρούν τη γαλουχία ακόμη και αν πρέπει να χωριστούν με το μωρό τους.
6. Αποκλειστική τροφή του νεογνού να είναι το μητρικό γάλα και να μην χορηγούνται υγρά ούτε συμπλήρωμα με ξένο γάλα, εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχει ιατρική ένδειξη.
7. Εφαρμογή της πρακτικής του «rooming in», δηλαδή παραμονή του βρέφους στο δωμάτιο νοσηλείας της μητέρας – 24 ώρες το εικοσιτετράωρο – κατά τη διαμονή τους στο μαιευτήριο.
8. Ενθάρρυνση των μητέρων να θηλάζουν τα μωρά τους, όποτε το ζητήσουν, χωρίς να υπάρχει ωράριο.
9. Αποθάρρυνση για τη χορήγηση τεχνητών θηλών, όπως πιπίλες ή μιμιπερό, σε θηλάζοντα βρέφη.
10. Ίδρυση ομάδων **υποστηρικτικών** προς τον μητρικό θηλασμό και παραπομπή των μητέρων σε αυτές

### 3.1.3 Διακήρυξη Innocenti

«Τα κυριότερα σημεία της διακήρυξης είναι:

1. Όλες οι κυβερνήσεις έπρεπε να ορίσουν Επιτροπή Μητρικού θηλασμού έως το 1995.

2. Σε όλα τα μαιευτήρια θα πρέπει να εφαρμόζονται τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό».
3. Σε όλα τα μαιευτήρια θα πρέπει να εφαρμόζεται ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.
4. Να εφαρμοστεί ευεργετική νομοθεσία για της μητέρες που θηλάζουν.»

#### 3.1.4 Πρωτοβουλία «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία»

Για να χαρακτηριστεί ένα νοσοκομείο ως φιλικό προς τα βρέφη θα πρέπει:

1. Να εφαρμόζονται τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό».
2. Να εφαρμόζεται ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.
3. Να υποστηρίζονται οι σχετικές συστάσεις για τις οροθετικές μητέρες, για τις οποίες συστήνεται ο θηλασμός ως και 12 μήνες εφόσον λαμβάνουν τόσο οι ίδιες όσο και τα βρέφη τους αντιρετροϊκά φάρμακα, ενώ μελέτες έδειξαν ότι τους πρώτους 6 μήνες μειώνεται ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού σε σχέση με τα βρέφη που λαμβάνουν μεικτή διατροφή (WHO 2010).
4. Να παρέχεται φιλική για τη μητέρα φροντίδα.
5. Να εκτιμάται κάθε χρόνο αν εξακολουθεί και πληρεί τις προϋποθέσεις (UNICEF/WHO 2009).

Στην Ελλάδα «Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο» έχουν κριθεί:

1. Π.Γ.Ν. Αττικόν
2. Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»
3. Γ.Ν. Αλεξάνδρα
4. Μαιευτήριο «Μητέρα»
5. Γ.Ν. Πρεβέζης

Απαραίτητη κρίνεται η εφαρμογή του στρατηγικού σχεδιασμού, θέτωντας ως κύριο μέλημα την εκπαίδευση και την υποστήριξη των μητέρων καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος τους, ώστε να θηλάσουν τα μωρά τους τουλάχιστον το πρώτο εξάμηνο ζωής τους. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος απαιτείται η ευαισθητοποίηση του κράτους, των επαγγελματιών υγείας και της κοινωνίας ολόκληρης.



---

*4. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

---

## 4.1 Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αυτοαποτελεσματικότητα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Εξετάστηκε η χρονική περίοδος που επέλεξαν οι γονείς να ενημερωθούν (προγεννητικά ή μετά τη γέννηση του βρέφους), καθώς και η πηγή ενημέρωσης, αλλά και κατά πόσο συνέχισαν να θηλάζουν μετά την επιστροφή στην εργασία τους. Σημαντικό κομμάτι της μελέτης αποτέλεσε η στήριξη που έλαβαν οι θηλάζουσες εργαζόμενες μητέρες τόσο από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, όσο και στο χώρο εργασίας από τους συναδέλφους και τους εργοδότες, καθώς και το αν κατανόησαν και σεβάστηκαν τις ανάγκες τους προσαρμόζοντας τους χώρους εργασίας σύμφωνα με τις νέες οδηγίες. Τέλος οι παραπάνω παράμετροι συσχετίστηκαν με το κατά πόσο η επιστροφή στην εργασία αποτελεί αιτία πρόωρου απογαλακτισμού.

## 4.2 Μεθοδολογία

Πρόκειται για μία ποσοτική μελέτη. Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο από παρόμοια έρευνα στο Σελανγκόρ της Μαλαισίας, αφού προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα (Παράρτημα), που περιλάμβανε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου. Η ανάλυση των απαντήσεων έγινε με το πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Οι ερωτήσεις αφορούσαν κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα, τη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (εξαρτώμενη μεταβλητή), την ηλικία του βρέφους κατά την έναρξη του αποθηλασμού, την αυτοαποτελεσματικότητα του θηλασμού - Breastfeeding Self-Efficacy Scale- καθώς και τη στάση – υποστήριξη των άλλων προσώπων στο χώρο εργασίας (ανεξάρτητες μεταβλητές).

## 4.3 Δείγμα

Το δείγμα επιλέχθηκε επί σκοπώ (purposive sampling). Αναζητήθηκαν γυναίκες που ανεξάρτητα από το πώς γέννησαν, θήλασαν τα νεογνά τους. Ο θηλασμός μπορούσε να είναι αποκλειστικός ή συμπληρωματικά με γάλα φόρμουλα. Βασική προϋπόθεση αποτελούσε οι γυναίκες να έχουν επιστρέψει στην εργασία τους πριν τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου ζωής του παιδιού. Οι γυναίκες αναζητήθηκαν από τα μέσα μαζικής δικτύωσης και έπειτα από προσωπική επικοινωνία εστάλη το ερωτηματολόγιο σε όσες πληρούσαν τις προϋποθέσεις για την συμμετοχή τους στην έρευνα. Ο σκοπός της μελέτης επεξηγήθηκε αναλυτικά στις συμμετέχουσες και επιβεβαιώθηκαν για την

τήρηση της ανωνυμίας τους. Μόνο η κύρια ερευνήτρια γνωρίζει τα στοιχεία των γυναικών. Ο συνολικός αριθμός ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν ήταν 192 από τα οποία τα 178 ήταν τα έγκυρα, τα οποία και αναλύθηκαν.

## 4.4 Αποτελέσματα

### 4.4.1 Περιγραφική Στατιστική

#### Δημογραφικά στοιχεία

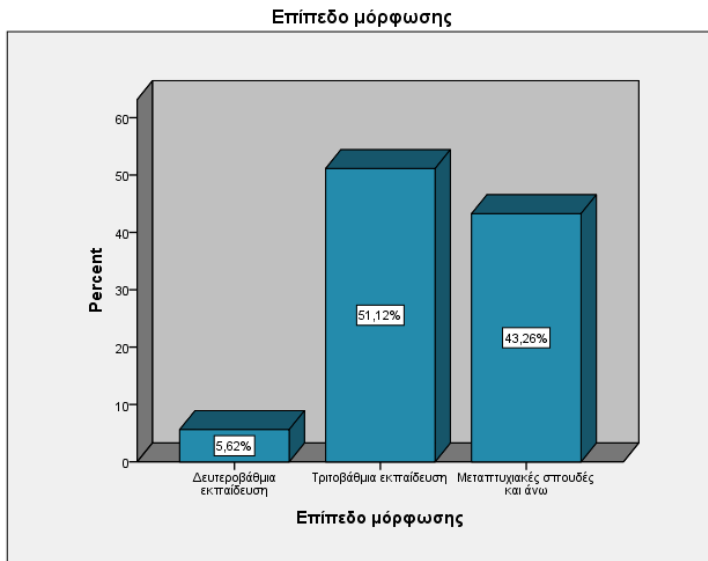
Στον Πίνακα 1 (και τα Γραφήματα 1-5) παρουσιάζονται τα δημογραφικά ποιοτικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης, το 51,1% (N=91) έχει φοιτήσει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 43,3% (N=77) έχει μεταπτυχιακές σπουδές και άνω, ενώ το 5,6% (N=10) έχει φοιτήσει στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Αναφορικά με τον αριθμό παιδιών, το 51,7% (N=92) ανέφερε 1 παιδί, το 37,1% (N=66) 2 παιδιά, το 9,6% (N=17) 3 παιδιά, το 1,1% (N=2) 4 παιδιά και το 0,6% (N=1) δήλωσε ότι έχει 5 παιδιά. Σχετικά με το οικογενειακό εισόδημα, το 30,3% (N=54) δήλωσε πάνω από 20.000 €, το 22,5% (N=40) 15.001 – 20.000 €, το 18,0% (N=32) 10.001 – 15.000 €, το 16,9% (N=30) 5.001 – 10.000€, ενώ το 12,4% (N=22) έως 5.000 €. Στη συνέχεια, αναφορικά με τον τομέα στον οποίο εργάζονται, το 48,9% (N=87) εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, το 36,0% (N=64) στον δημόσιο, ενώ το 15,2% (N=27) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες. Κατόπιν, το 55,1% (N=98) παρακολούθησε μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας κατά την διάρκεια της κύησης, το 39,9% (N=71) δεν παρακολούθησε, ενώ το 5,1% (N=9) δεν γνωρίζει τι είναι τα μαθήματα αυτά. Η επόμενη ερώτηση είναι πολλαπλής επιλογής, το οποίο σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες, μπορούν να δηλώσουν παραπάνω από μία απάντηση. Έτσι από τα άτομα, τα οποία δήλωσαν ότι δεν παρακολούθησαν μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας, το 59,20% (N=45) αντλούσε τις πληροφορίες σχετικά με τον θηλασμό από το διαδίκτυο, το 21,10% (N=16) από το ιατρικό προσωπικό (μαία, γιατρός, σύμβουλος-ομάδες θηλασμού), το 19,70% (N=15) από βιβλία (άρθρα, περιοδικά), το 10,50% (N=8) από το περιβάλλον (φίλοι φίλες-μητέρες, οικογένεια, συγγενείς), το 10,50% (N=8) από πουθενά (με το μητρικό ένστικτο), το 6,60% (N=5) είναι οι ίδιες γιατροί/μαίες, το 2,60% (N=2) τηλεφωνικά (τηλεφωνικές γραμμές θηλασμού), καθώς και το 2,60% (N=2) από τα σεμινάρια.

**Πίνακας 1:** Δημογραφικά στοιχεία

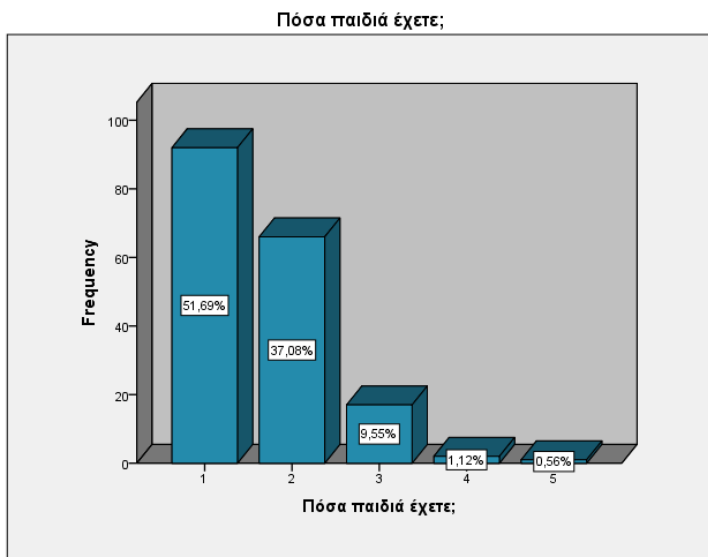
Στοιχείο	Κατηγορία	N	f%
Επίπεδο μόρφωσης	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	10	5,6
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	91	51,1
	Μεταπτυχιακές σπουδές και άνω	77	43,3
Αριθμός παιδιών	1	92	51,7
	2	66	37,1
	3	17	9,6
	4	2	1,1
	5	1	,6
Οικογενειακό εισόδημα	0 - 5000 €	22	12,4
	5001 - 10000 €	30	16,9
	10001 - 15000 €	32	18,0
	15001 - 20000 €	40	22,5
	>20000 €	54	30,3
Πού εργάζεστε;	Ιδιωτικό τομέα	87	48,9
	Δημόσιο Τομέα	64	36,0
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	27	15,2
Κατά τη διάρκεια της κύησης παρακολουθήσατε μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας;	Ναι	98	55,1
	Όχι	71	39,9
	Δεν γνωρίζω τι μαθήματα είναι αυτά	9	5,1
Αν όχι, από που αντλούσατε πληροφορίες σχετικά με τον θηλασμό;	Διαδίκτυο	45	59,20
	Βιβλία (άρθρα, περιοδικά)	15	19,70
	Είμαι η ίδια μαία/γιατρός	5	6,60
	Από ιατρικό προσωπικό	16	21,10
	Περιβάλλον (φίλοι-μητέρες, οικογένεια, συγγενείς)	8	10,50
	Τηλεφωνικά (Τηλεφωνικές γραμμές θηλασμού)	2	2,60
	Από πουθενά, με το μητρικό ένστικτο	8	10,50
Σεμινάρια	2	2,60	

N: Συχνότητα

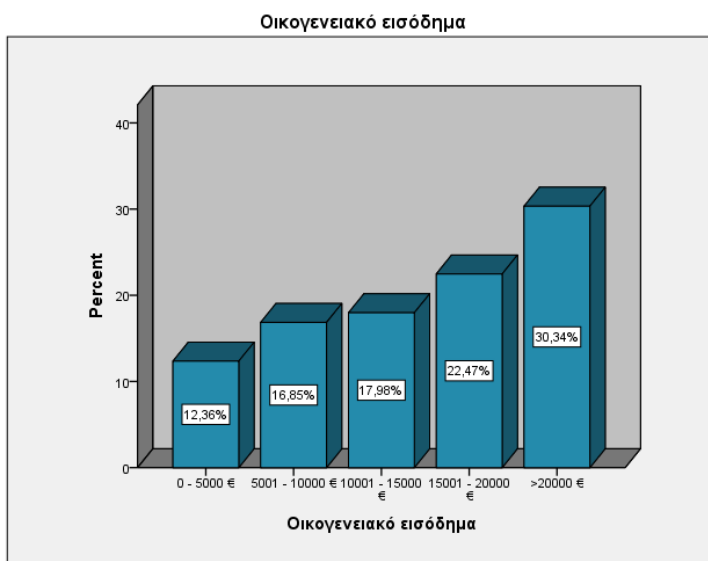
f%: Σχετική συχνότητα %



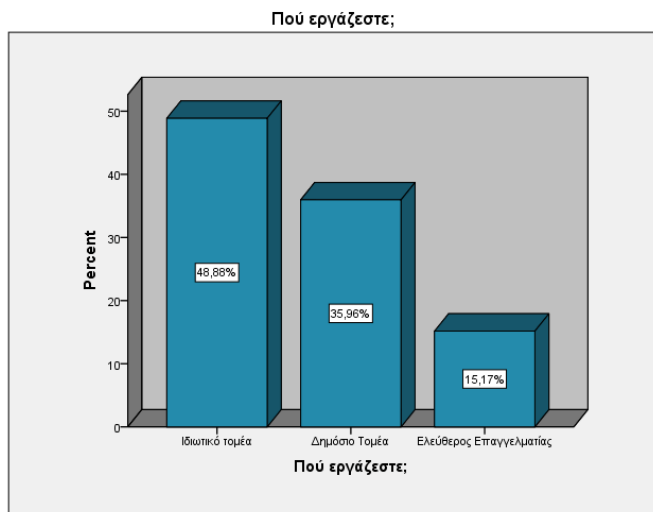
**Γράφημα 1: Επίπεδο μόρφωσης**



**Γράφημα 2: Πόσα παιδιά έχετε;**

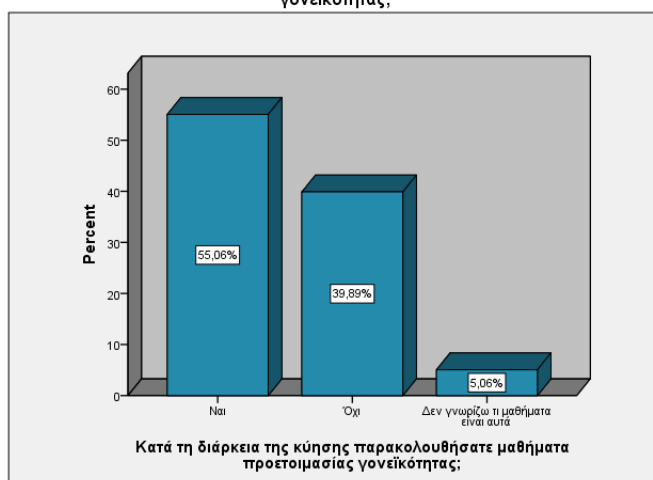


**Γράφημα 3: Οικογενειακό εισόδημα**

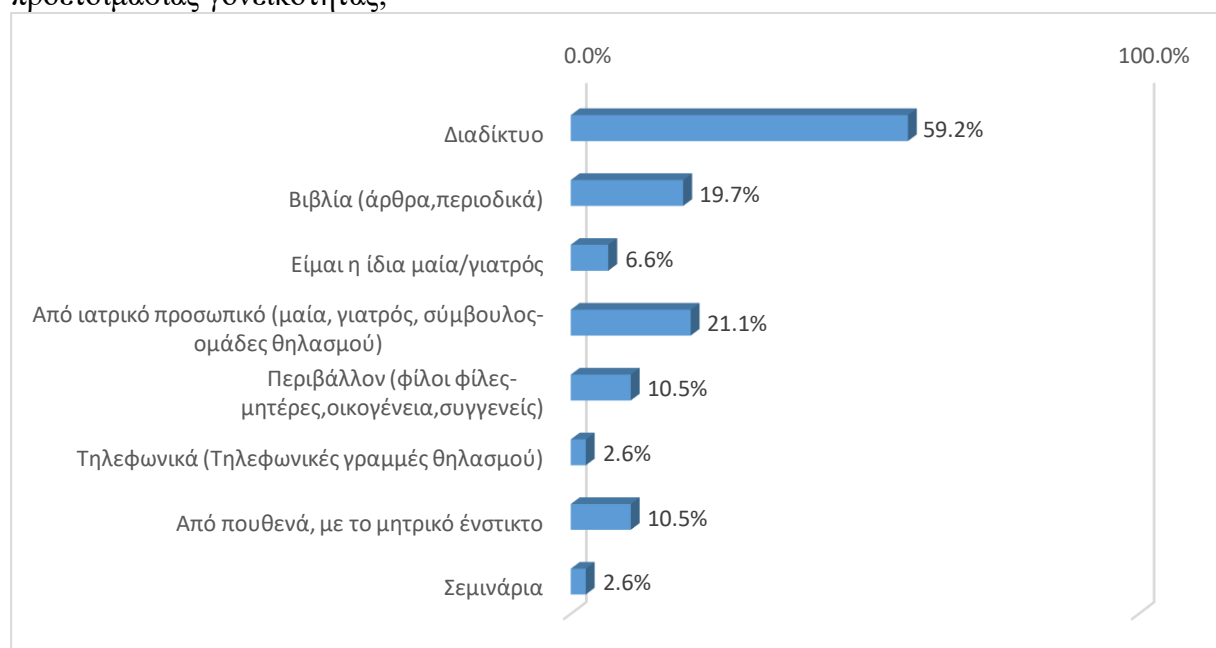


**Γράφημα 4:** Πού εργάζεστε;

Κατά τη διάρκεια της κύησης παρακολουθήσατε μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας;



**Γράφημα 5:** Κατά τη διάρκεια της κύησης παρακολουθήσατε μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας;



**Γράφημα 6:** Αν όχι, από που αντλούσατε πληροφορίες σχετικά με τον θηλασμό;

Παρακάτω, από τον Πίνακα 2 (Γράφημα 7) προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες είναι από 34 έως 35 ετών (Μ.Ο.= 34,69±4,47), με τον νεότερο να είναι 22 ετών και τον μεγαλύτερο 45.

**Πίνακας 2:** Δημογραφικά ποσοτικά στοιχεία

<u>Στατιστικό</u>	<u>Τιμή</u>
Ελάχιστη	22,00
Μέγιστη	45,00
Μ.Ο.	34,69
Τ.Α.	4,47

### **Γράφημα 7:** Ηλικία

#### Στοιχεία για το τελευταίο παιδί

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν πληροφορίες για το τελευταίο τους παιδί. Από τον Πίνακα 3 (και τα Γραφήματα 8-14) προκύπτει ότι το 56,2% (N=100) γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, ενώ το 43,8% (N=78) με καισαρική τομή. Στη συνέχεια, το 89,9% (N=160) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε το μωρό τους να νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ενώ το 10,1% (N=18) χρειάστηκε.

Κατόπιν, σχετικά με το πώς σιτιζόταν το μωρό τους κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, το 71,9% (N=128) δήλωσε με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, το 25,8% (N=46) με μητρικό θηλασμό και Formula, ενώ το 2,2% (N=4) μόνο με Formula. Όσον αφορά το πώς σιτιζόταν το μωρό όταν επιστρέψανε στο σπίτι, το 80,9% (N=144) απάντησε με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, ενώ το 19,1% (N=34) με μητρικό θηλασμό και Formula.

Επίσης το 68,5% (N=122) δήλωσε ότι εισήγαγε τις στερεές τροφές στη διατροφή του μωρού τους ακριβώς στον 6<sup>ο</sup> μήνα, το 28,1% (N=50) πριν τον 6<sup>ο</sup> μήνα, ενώ 3,4% (N=6) δεν έχει ξεκινήσει ακόμη την εν λόγω εισαγωγή στερεών τροφών. Ακόμη, το 36% (N=64) δήλωσε ότι το μωρό ήταν 2-6 μηνών όταν επέστρεψαν στην εργασία τους, το 30,9% (N=55) δήλωσε ότι ήταν 9-12 μηνών, το 25,8% (N=46) 6-9 μηνών και το 7,3% (N=13) λιγότερο των 2 μηνών.

Σχετικά με τους λόγους, για τους οποίους επιστρέψανε στην εργασία τους, το 62,9% (N=112) δήλωσε ότι τελείωσε η άδεια μητρότητας, το 18,5% (N=33) για οικονομικούς

λόγους, το 7,3% (N=13) για ψυχολογικούς λόγους, το 2,2% (N=4) γιατί δεν γινόταν να λείψουν από την εργασία τους περισσότερο διάστημα, το 2,2% (N=4) γιατί έχουν δική τους επιχείρηση και δεν γινόταν μόνο με τους υπαλλήλους και το 1,7% (N=3) γιατί είχαν διοριστεί/προσληφθεί. Το 1,1% (N=2) επέστρεψε στην εργασία του, γιατί αναγκάστηκε να πάρει άδεια άνευ αποδοχών, το 1,1% (N=2) δήλωσε ότι ως ελεύθεροι επαγγελματίες το ελληνικό κράτος δε τους προσέφερε άλλη δυνατότητα, ενώ το 2,8% (N=5) δήλωσε την κατηγορία «άλλο» (κορονοϊός, εκβιασμός, δεν δικαιούνται άδεια, βρισκόμουν σε σημαντικό σημείο καριέρας, εργαστήρια στη σχολή).

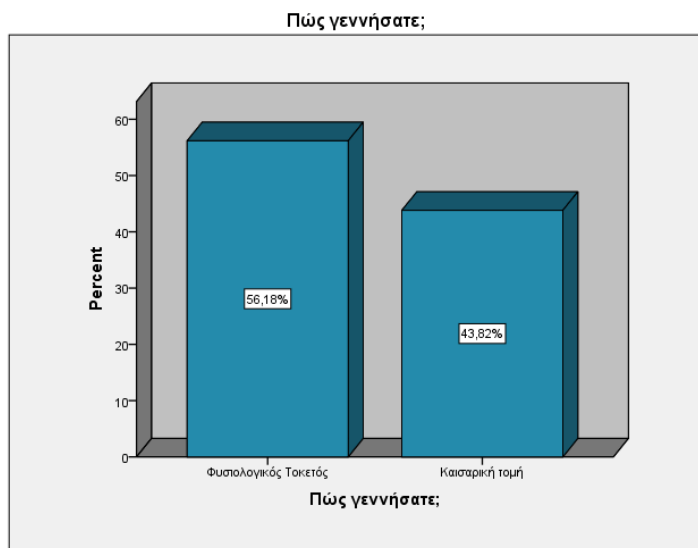
**Πίνακας 3: Στοιχεία τελευταίου παιδιού**

Στοιχείο	Κατηγορία	N	f%
Πώς γεννήσατε;	Φυσιολογικός Τοκετός	100	56,2
	Καισαρική τομή	78	43,8
Το μωρό σας νοσηλεύτηκε σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών;	Ναι	18	10,1
	Όχι	160	89,9
Πώς σιτιζόταν το μωρό σας κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο;	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός	128	71,9
	Μητρικός Θηλασμός + Formula	46	25,8
	Formula	4	2,2
Πώς σιτιζόταν το μωρό σας όταν επιστρέψατε στο σπίτι;	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός	144	80,9
	Μητρικός Θηλασμός + Formula	34	19,1
Πότε εισήγατε τις στερεές τροφές στη διατροφή του μωρού σας;	Πριν τον 6 <sup>ο</sup> μήνα	50	28,1
	Ακριβώς στον 6 <sup>ο</sup> μήνα	122	68,5
	Δεν έχουμε ξεκινήσει ακόμα	6	3,4
Σε τι ηλικία ήταν το μωρό σας όταν επιστρέψατε στην εργασία σας;	< 2 μηνών	13	7,3
	2-6 μηνών	64	36
	6-9 μηνών	46	25,8
	9-12 μηνών	55	30,9
Για ποιο λόγο επιστρέψατε στην εργασία σας;	Τελείωσε η άδεια μητρότητας	112	62,9
	Για οικονομικούς λόγους	33	18,5
	Για ψυχολογικούς λόγους	13	7,3
	Δεν γινόταν να λείψω από την εργασία μου περισσότερο διάστημα	4	2,2
	Αναγκάστηκα να πάρω άδεια άνευ αποδοχών	2	1,1
	Ως ελεύθερος επαγγελματίας το ελληνικό κράτος δε μου προσέφερε άλλη δυνατότητα	2	1,1
	Διορισμός/Πρόληψη	3	1,7
	Έχω επιχείρηση δική μου και δεν γινόταν μόνο με τους υπαλλήλους	4	2,2
	Άλλο (κορονοϊός, εκβιασμός, δεν δικαιούνται άδεια, βρισκόμουν σε σημαντικό σημείο καριέρας, εργαστήρια στη σχολή)	5	2,8

N: Συχνότητα

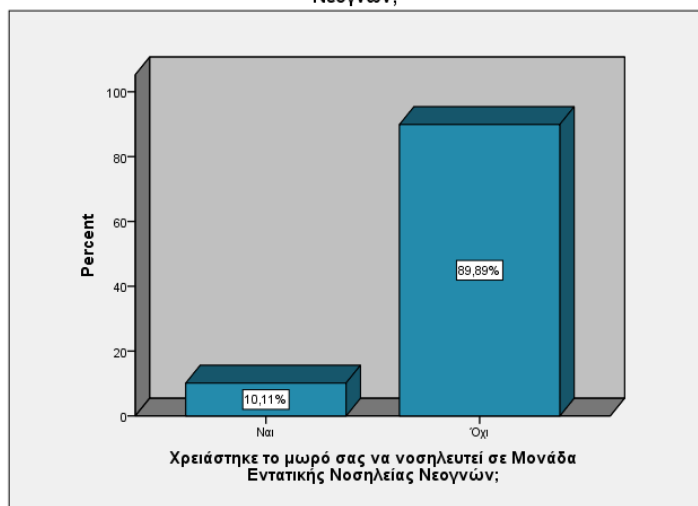
f%: Σχετική συχνότητα %





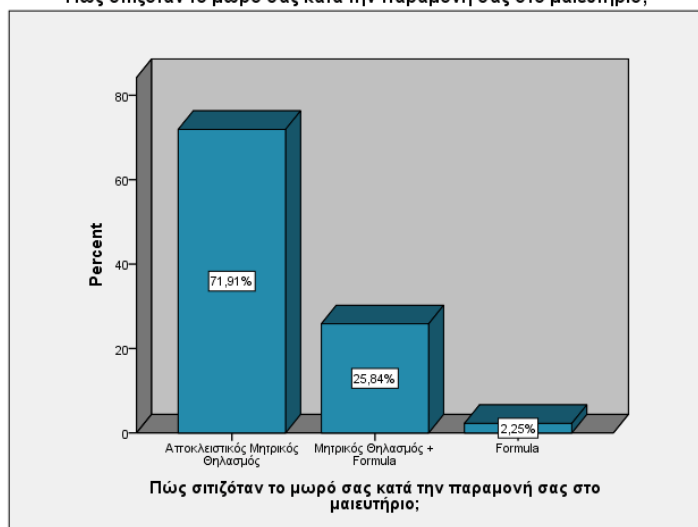
**Γράφημα 8:** Πώς γεννήσατε;

**Χρειάστηκε το μωρό σας να νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών;**

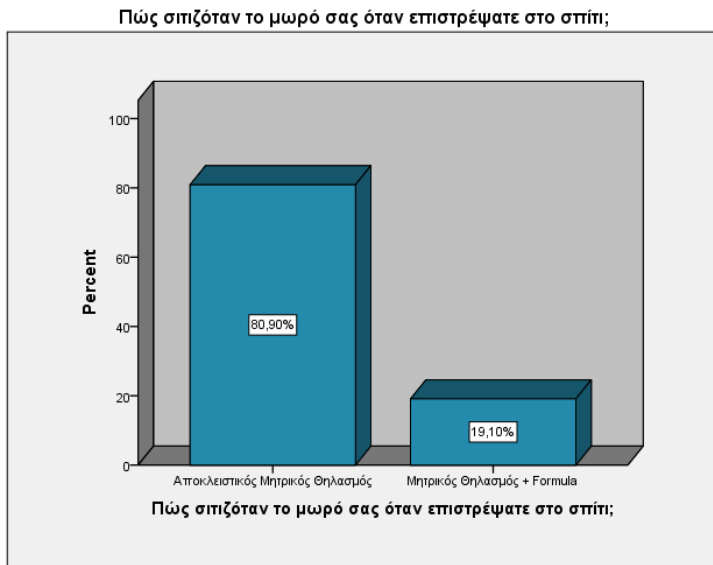


**Γράφημα 9:** Χρειάστηκε το μωρό σας να νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών;

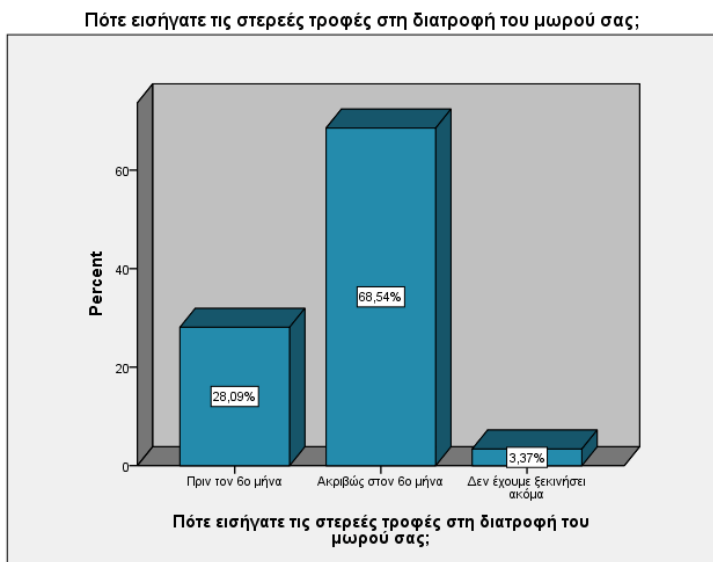
**Πώς σιτίζονταν το μωρό σας κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο;**



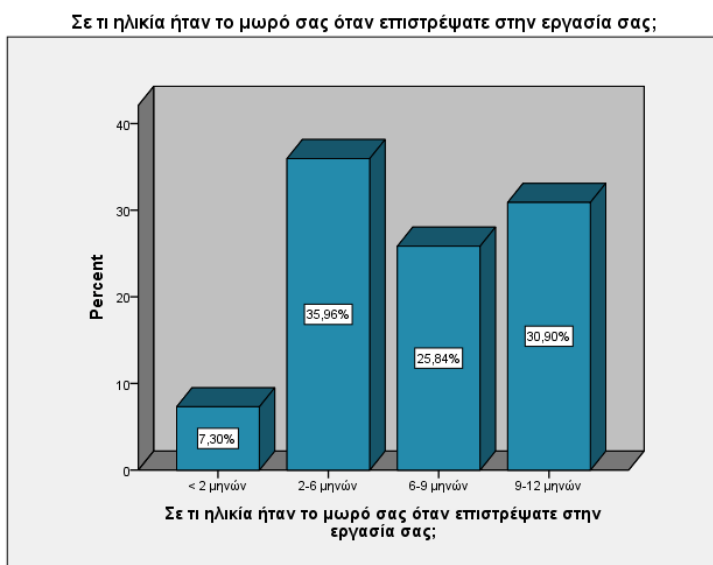
**Γράφημα 10:** Πώς σιτίζονταν το μωρό σας κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο;



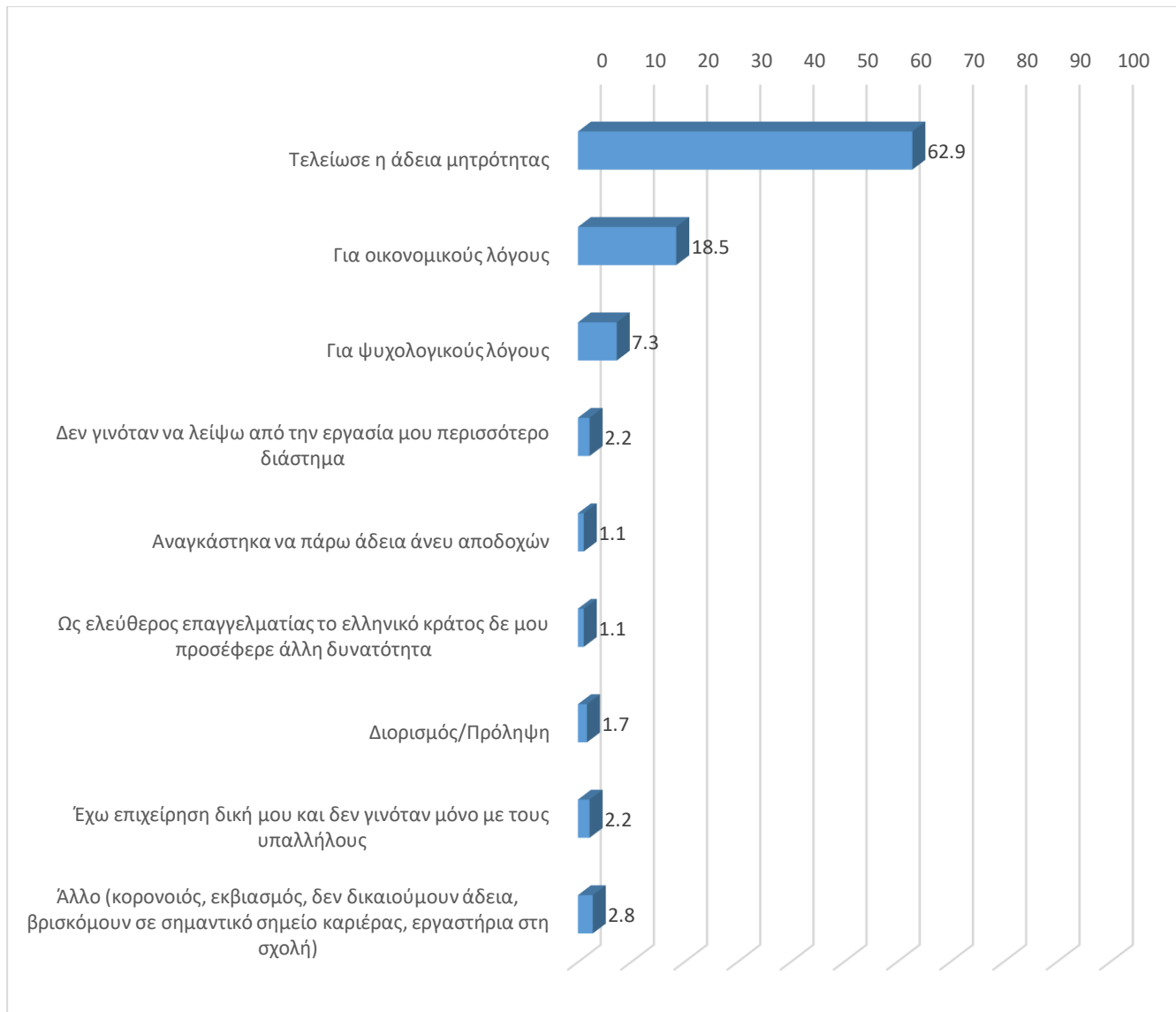
**Γράφημα 11:** Πώς σιιζόταν το μωρό σας όταν επιστρέψατε στο σπίτι;



**Γράφημα 12:** Πότε εισήγαγε τις στερεές τροφές στη διατροφή του μωρού σας;



**Γράφημα 13:** Σε τι ηλικία ήταν το μωρό σας όταν επιστρέψατε στην εργασία σας;

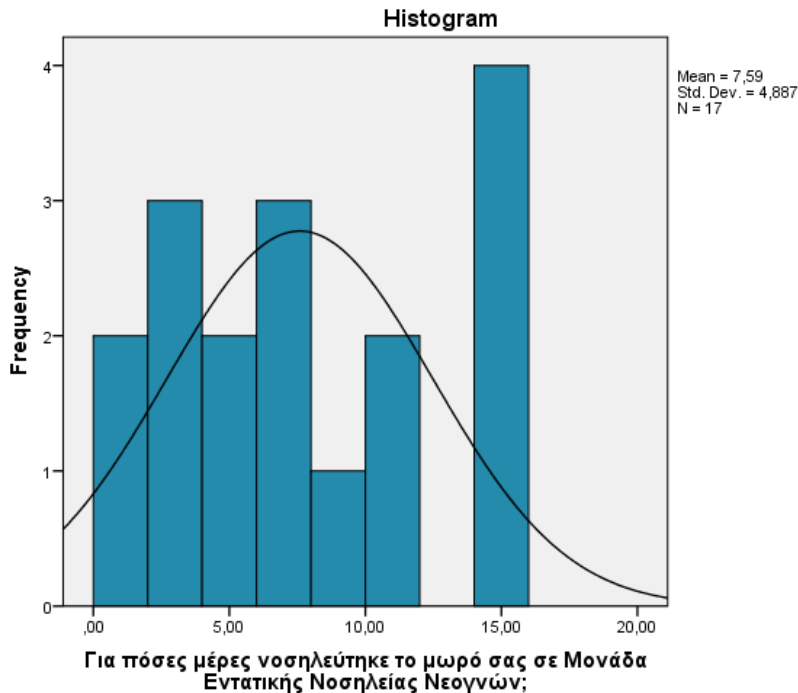


**Γράφημα 14:** Για ποιο λόγο επιστρέψατε στην εργασία σας;

Παρακάτω, παρατίθενται η διάρκεια παραμονής του βρέφους στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Από τον Πίνακα 4 (και το Γράφημα 15) προκύπτει ότι το μωρό τους νοσηλεύτηκε σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών κατά μέσο όρο για 7 με 8 ημέρες (Μ.Ο.= 7,59±4,89) με την ελάχιστη τιμή να είναι 1 ημέρα και την μέγιστη 15.

**Πίνακας 4:** Για πόσες μέρες νοσηλεύτηκε το μωρό σας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών;

Στατιστικό	Τιμή
Ελάχιστη	1,00
Μέγιστη	15,00
Μ.Ο.	7,59
T. A.	4,89



**Γράφημα 15:** Για πόσες μέρες νοσηλεύτηκε το μωρό σας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών;

Στον Πίνακα 5 (και τα Γραφήματα 16-17) παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τον απογαλακτισμό του τελευταίου παιδιού. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 61,8% (N=110) ξεκίνησε τον απογαλακτισμό όταν ήταν πάνω από 12 μηνών, το 15,2% (N=27) στους 6-9 μήνες, το 12,9% (N=23) στους 9-12 μήνες, το 9,6% (N=17) στους 2-6 μήνες, ενώ το 0,6% (N=1) δήλωσε ότι το μωρό τους απογαλακτίστηκε όταν ήταν λιγότερο από 2 μηνών.

Στη συνέχεια, η ερώτηση που ακολουθεί, αφορά του λόγους για τους οποίους ξεκίνησαν τον απογαλακτισμό και είναι πολλαπλής επιλογής, το οποίο σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες, μπορούν να δηλώσουν παραπάνω από μία απάντηση. Έτσι το 24,30% (N=43) δήλωσε ότι ακόμη θηλάζει, το 22,60% (N=40) ξεκίνησε τον απογαλακτισμό λόγω εργασίας, το 10,70% (N=19) γιατί είχε και άλλη/ες εγκυμοσύνη-ες, το 9,60% (N=17) δήλωσε ότι το παιδί αποθήλασε μόνο του φυσικά, δεν ήθελε άλλο, το 8,50% (N=15) λόγω της ηλικίας του μωρού, το 7,90% (N=14) λόγω κούρασης, το 6,80% (N=12) λόγω μείωσης γάλακτος, ενώ το 6,20% (N=11) απάντησε ότι είναι προσωπική επιλογή, ήταν μια διαδικασία που ολοκληρώθηκε. Ακολούθως, το 4,00% (N=7) δήλωσε ότι ξεκίνησε τον απογαλακτισμό για να γίνει η εισαγωγή στην στερεά τροφή, το 4,00% (N=7) γιατί είχε προβλήματα υγείας (χημειοθεραπεία, οδοντοφυΐα, επέμβαση, επιπλοκές, ωτίτιδα), το 2,30% (N=4) γιατί το μωρό το έβλεπε ως παιχνίδι,

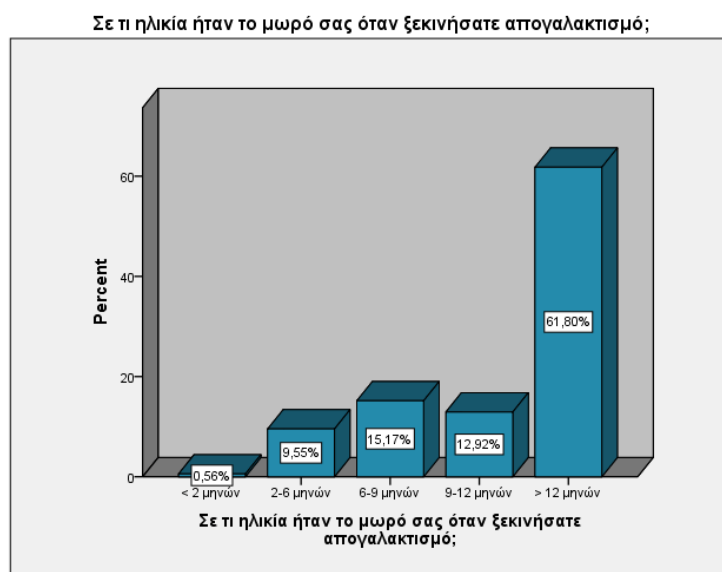
το 1,70% (N=3) για να γίνει η μετάβαση στο φρέσκο γάλα, το 1,70% (N=3) για να ανεξαρτητοποιηθεί το μωρό, το 1,70% (N=3) για ψυχολογικούς λόγους, το 1,10% (N=2) γιατί το μωρό χόρταινε αρκετά από τα άλλα γεύματα, όπως και το 1,10% (N=2) λόγω tandem (μία μητέρα θηλάζει ταυτόχρονα παιδιά διαφορετικής ηλικίας).

**Πίνακας 5:** Απογαλακτισμός

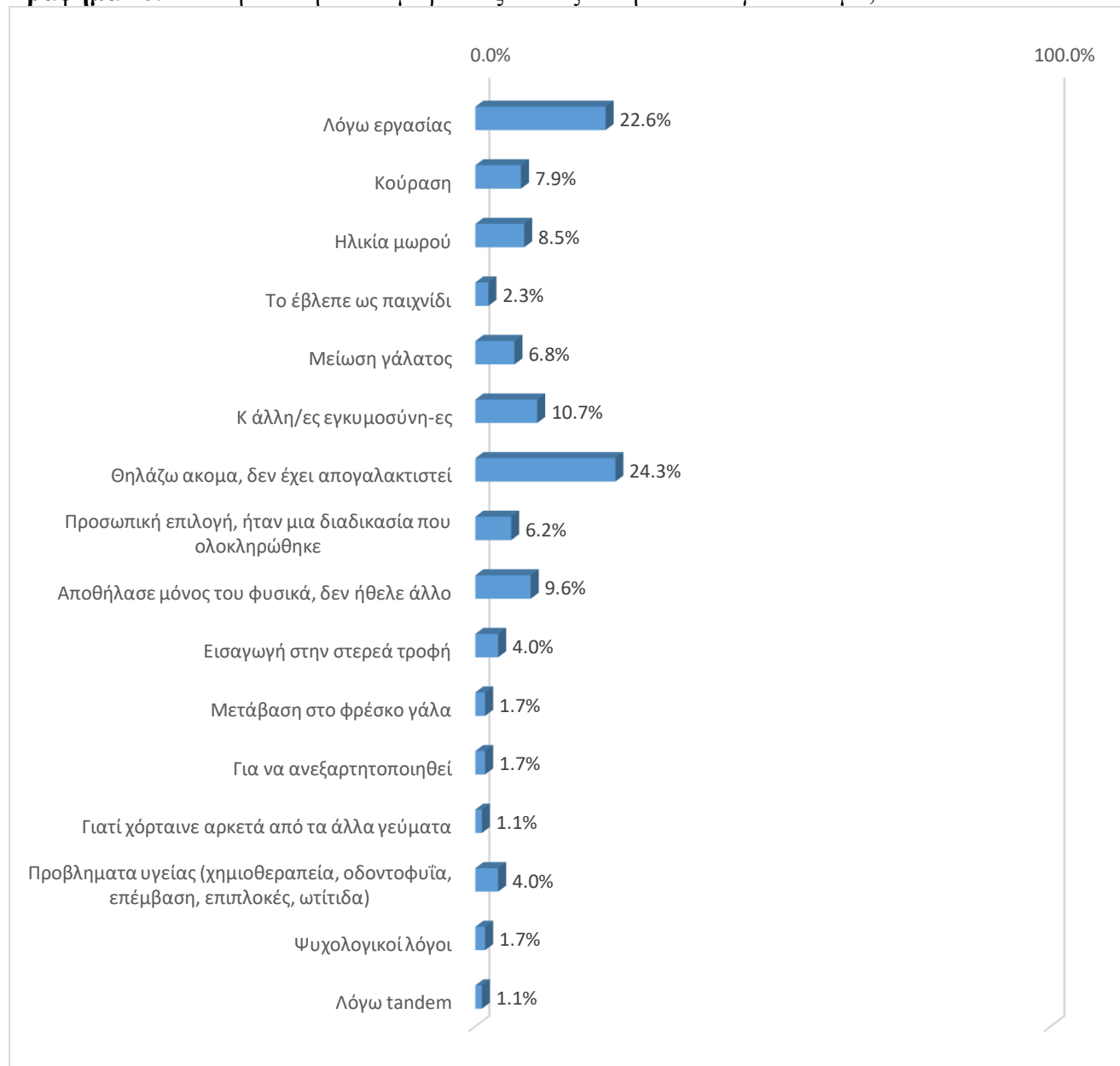
Στοιχείο	Κατηγορία	N	f%
Σε τι ηλικία ήταν το μωρό σας όταν ξεκινήσατε απογαλακτισμό;	< 2 μηνών	1	0,6
	2-6 μηνών	17	9,6
	6-9 μηνών	27	15,2
	9-12 μηνών	23	12,9
	> 12 μηνών	110	61,8
Για ποιο λόγο ξεκινήσατε απογαλακτισμό;	Λόγω εργασίας	40	22,60
	Κούραση	14	7,90
	Ηλικία μωρού	15	8,50
	Το έβλεπε ως παιχνίδι	4	2,30
	Μείωση γάλατος	12	6,80
	Και άλλη/ες εγκυμοσύνη-ες	19	10,70
	Θηλάζω ακόμα, δεν έχει απογαλακτιστεί	43	24,30
	Προσωπική επιλογή, ήταν μια διαδικασία που ολοκληρώθηκε	11	6,20
	Αποθήλασε μόνο του φυσικά, δεν ήθελε άλλο	17	9,60
	Εισαγωγή στην στερεά τροφή	7	4,00
	Μετάβαση στο φρέσκο γάλα	3	1,70
	Για να ανεξαρτητοποιηθεί	3	1,70
	Γιατί χόρταινε αρκετά από τα άλλα γεύματα	2	1,10
	Προβλήματα υγείας (χημειοθεραπεία, οδοντοφυΐα, επέμβαση, επιπλοκές, ωτίτιδα)	7	4,00
	Ψυχολογικοί λόγοι	3	1,70
Λόγω tandem	2	1,10	

N: Συχνότητα

f%: Σχετική συχνότητα %



**Γράφημα 16:** Σε τι ηλικία ήταν το μωρό σας όταν ξεκινήσατε απογαλακτισμό;



**Γράφημα 17:** Για ποιο λόγο ξεκινήσατε απογαλακτισμό;

#### Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού

Στην παρούσα ενότητα, παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την αυτοαποτελεσματικότητα στη διαδικασία του θηλασμού. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας τους μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Καθόλου σίγουρη, 2=Λίγο σίγουρη, 3=Μέτρια σίγουρη, 4=Πολύ σίγουρη, 5=Πάντα σίγουρη).

Από τον Πίνακα 6 (και το Γράφημα 18) προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες είναι πάντα σίγουρες με το ότι έχουν αποδεχθεί το γεγονός ότι ο θηλασμός χρειάζεται υπομονή (Μ.Ο.= 4,72±0,67).

Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «πολύ σίγουρη» και του «πάντα σίγουρη», όσον αφορά το κατά πόσο είναι ικανοποιημένες από την εμπειρία τους στο θηλασμό (M.O.= 4,48±0,90), όπως και κατά πόσο μπορούν να θηλάσουν το μωρό τους κάθε φορά που πεινάει (M.O.= 4,47±1,02).

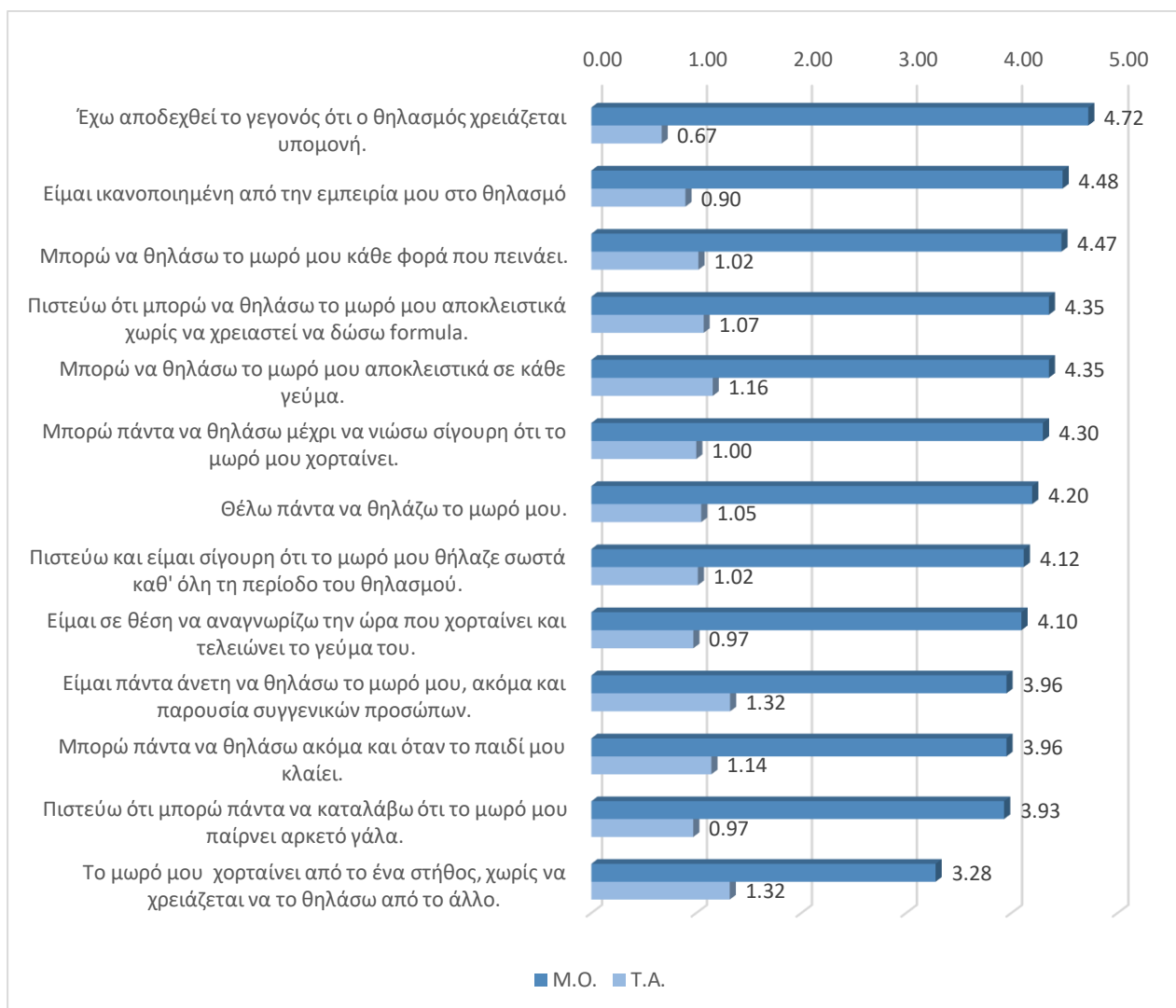
Ακόμη, δήλωσαν ότι είναι πολύ σίγουρες ότι μπορούν να θηλάσουν το μωρό τους αποκλειστικά χωρίς να χρειαστεί να δώσουν Formula (M.O.= 4,35±1,07), αποκλειστικά σε κάθε γεύμα (M.O.= 4,35±1,16), μέχρι να νιώσουν σίγουρες ότι χορταίνει (M.O.= 4,30±1,00), όπως και με το ότι θέλουν πάντα να το θηλάζουν (M.O.= 4,20±1,05).

Αναλόγως, δήλωσαν ότι είναι πολύ σίγουρες με το ότι το μωρό τους θήλαζε σωστά καθ' όλη τη περίοδο του θηλασμού (M.O.= 4,12±1,02), είναι σε θέση να αναγνωρίζουν την ώρα που χορταίνει και τελειώνει το γεύμα του (M.O.= 4,10±0,97), είναι πάντα άνετες να το θηλάσουν, ακόμα και παρουσία συγγενικών προσώπων (M.O.= 3,96±1,32), ακόμα και όταν εκείνο κλαίει (M.O.= 3,96±1,14), όπως και είναι πολύ σίγουρες ότι μπορούν πάντα να καταλάβουν ότι το μωρό τους παίρνει αρκετό γάλα (M.O.= 3,93±0,97).

Τέλος, είναι μέτρια σίγουρες με το ότι το μωρό τους χορταίνει από το ένα στήθος, χωρίς να χρειάζεται να το θηλάσουν από το άλλο (M.O.= 3,28±1,32).

**Πίνακας 6:** Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού

<b>Προτάσεις</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>
Έχω αποδεχθεί το γεγονός ότι ο θηλασμός χρειάζεται υπομονή.	4,72	0,67
Είμαι ικανοποιημένη από την εμπειρία μου στο θηλασμό	4,48	0,90
Μπορώ να θηλάσω το μωρό μου κάθε φορά που πεινάει.	4,47	1,02
Πιστεύω ότι μπορώ να θηλάσω το μωρό μου αποκλειστικά χωρίς να χρειαστεί να δώσω Formula.	4,35	1,07
Μπορώ να θηλάσω το μωρό μου αποκλειστικά σε κάθε γεύμα.	4,35	1,16
Μπορώ πάντα να θηλάσω μέχρι να νιώσω σίγουρη ότι το μωρό μου χορταίνει.	4,30	1,00
Θέλω πάντα να θηλάζω το μωρό μου.	4,20	1,05
Πιστεύω και είμαι σίγουρη ότι το μωρό μου θήλαζε σωστά καθ' όλη τη περίοδο του θηλασμού.	4,12	1,02
Είμαι σε θέση να αναγνωρίζω την ώρα που χορταίνει και τελειώνει το γεύμα του.	4,10	0,97
Είμαι πάντα άνετη να θηλάσω το μωρό μου, ακόμα και παρουσία συγγενικών προσώπων.	3,96	1,32
Μπορώ πάντα να θηλάσω ακόμα και όταν το παιδί μου κλαίει.	3,96	1,14
Πιστεύω ότι μπορώ πάντα να καταλάβω ότι το μωρό μου παίρνει αρκετό γάλα.	3,93	0,97
Το μωρό μου χορταίνει από το ένα στήθος, χωρίς να χρειάζεται να το θηλάσω από το άλλο.	3,28	1,32



**Γράφημα 18:** Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού

### Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό

Στην παρούσα ενότητα, παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τον θηλασμό στο χώρο εργασίας. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας τους μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1=Διαφωνώ απόλυτα 2= Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

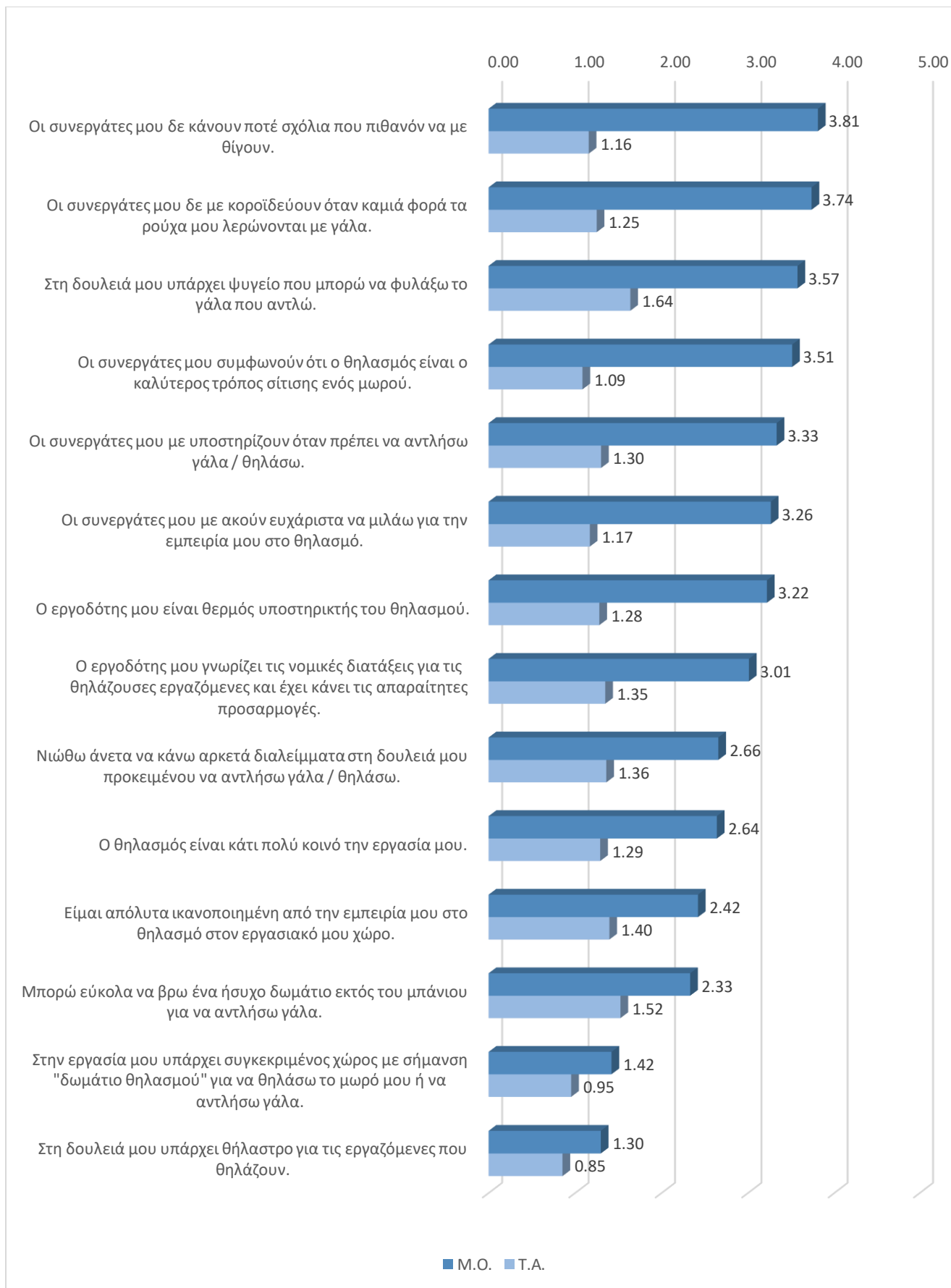
Από τον Πίνακα 7 (και το Γράφημα 19) προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες συμφώνησαν με το ότι οι συνεργάτες τους δε κάνουν ποτέ σχόλια που πιθανόν να τις θίγουν (M.O.= 3,81±1,16), όπως και δεν τις κοροϊδεύουν όταν καμιά φορά τα ρούχα τους λερώνονται με γάλα (M.O.= 3,74±1,25).



Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ» και του «συμφωνώ», όσον αφορά κατά πόσο υπάρχει στην δουλειά τους ψυγείο που μπορούν να φυλάξουν το γάλα που αντλούν (M.O.= 3,57±1,64), όπως και κατά πόσο συνεργάτες τους συμφωνούν ότι ο θηλασμός είναι ο καλύτερος τρόπος σίτισης ενός μωρού (M.O.= 3,51±1,09). Ακόμη, ούτε συμφώνησαν, ούτε διαφώνησαν με το ότι οι συνεργάτες τους τις υποστηρίζουν όταν πρέπει να αντλήσουν γάλα ή να αντλήσουν γάλα (M.O.= 3,33±1,30), τις ακούν ευχάριστα να μιλούν για την εμπειρία τους στο θηλασμό (M.O.= 3,26±1,17), ο εργοδότης τους είναι θερμός υποστηρικτής του θηλασμού (M.O.=3,22±1,28), όπως και γνωρίζει τις νομικές διατάξεις για τις θηλάζουσες εργαζόμενες και έχει κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές (M.O.= 3,01±1,35). Αναλόγως, ούτε συμφώνησαν, ούτε διαφώνησαν με το ότι νιώθουν άνετα να κάνουν αρκετά διαλείμματα στη δουλειά τους προκειμένου να θηλάσουν ή να αντλήσουν γάλα (M.O.= 2,66±1,36), όπως και με το ότι ο θηλασμός είναι κάτι πολύ κοινό την εργασία τους (M.O.= 2,64±1,29).

Κατόπιν, οι απαντήσεις τους βρέθηκαν μεταξύ διαφωνίας και ουδετερότητας, όσον αφορά το κατά πόσο είναι ικανοποιημένες από την εμπειρία τους στο θηλασμό στον εργασιακό τους χώρο (M.O.= 2,42±1,40). Επίσης, διαφώνησαν με τη θέση ότι μπορούν εύκολα να βρουν ένα ήσυχο δωμάτιο εκτός του μπάνιου για να αντλήσουν γάλα στον χώρο εργασίας τους (M.O.= 2,33±1,52).

Ακόμη, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «διαφωνώ απόλυτα» και του «διαφωνώ», όσον αφορά κατά πόσο υπάρχει στην εργασία τους, συγκεκριμένος χώρος με σήμανση «δωμάτιο θηλασμού» για να θηλάσουν το μωρό τους ή να αντλήσουν γάλα (M.O.= 1,42±0,95). Τέλος, διαφώνησαν απόλυτα με το ότι στην εργασία τους υπάρχει θήλαστρο για τις εργαζόμενες που θηλάζουν (M.O.= 1,30±0,85).



**Γράφημα 19: Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό**

**Πίνακας 7:Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό**

<b>Προτάσεις</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>
Οι συνεργάτες μου δε κάνουν ποτέ σχόλια που πιθανόν να με θίγουν.	3,81	1,16
Οι συνεργάτες μου δε με κοροϊδεύουν όταν καμιά φορά τα ρούχα μου λερώνονται με γάλα.	3,74	1,25
Στη δουλειά μου υπάρχει ψυγείο που μπορώ να φυλάξω το γάλα που αντλώ.	3,57	1,64
Οι συνεργάτες μου συμφωνούν ότι ο θηλασμός είναι ο καλύτερος τρόπος σίτισης ενός μωρού.	3,51	1,09
Οι συνεργάτες μου με υποστηρίζουν όταν πρέπει να αντλήσω γάλα/θηλάσω.	3,33	1,30
Οι συνεργάτες μου με ακούν ευχάριστα να μιλάω για την εμπειρία μου στο θηλασμό.	3,26	1,17
Ο εργοδότης μου είναι θερμός υποστηρικτής του θηλασμού.	3,22	1,28
Ο εργοδότης μου γνωρίζει τις νομικές διατάξεις για τις θηλάζουσες εργαζόμενες και έχει κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές.	3,01	1,35
Νιώθω άνετα να κάνω αρκετά διαλείμματα στη δουλειά μου προκειμένου να αντλήσω γάλα/θηλάσω.	2,66	1,36
Ο θηλασμός είναι κάτι πολύ κοινό την εργασία μου.	2,64	1,29
Είμαι απόλυτα ικανοποιημένη από την εμπειρία μου στο θηλασμό στον εργασιακό μου χώρο.	2,42	1,40
Μπορώ εύκολα να βρω ένα ήσυχο δωμάτιο εκτός του μπάνιου για να αντλήσω γάλα.	2,33	1,52
Στην εργασία μου υπάρχει συγκεκριμένος χώρος με σήμανση "δωμάτιο θηλασμού" για να θηλάσω το μωρό μου ή να αντλήσω γάλα.	1,42	0,95
Στη δουλειά μου υπάρχει θήλαστρο για τις εργαζόμενες που θηλάζουν.	1,30	0,85

#### 4.4.2 Επαγωγική Στατιστική

##### Ανάλυση αξιοπιστίας

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας των παραγόντων όπου προέκυψε ικανοποιητική αξιοπιστία ( $\alpha > 0,7$ ). Συγκεκριμένα, ο παράγοντας «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού» έχει  $\alpha = 0,883$  και η «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό»  $\alpha = 0,889$ .

**Πίνακας 8: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας**

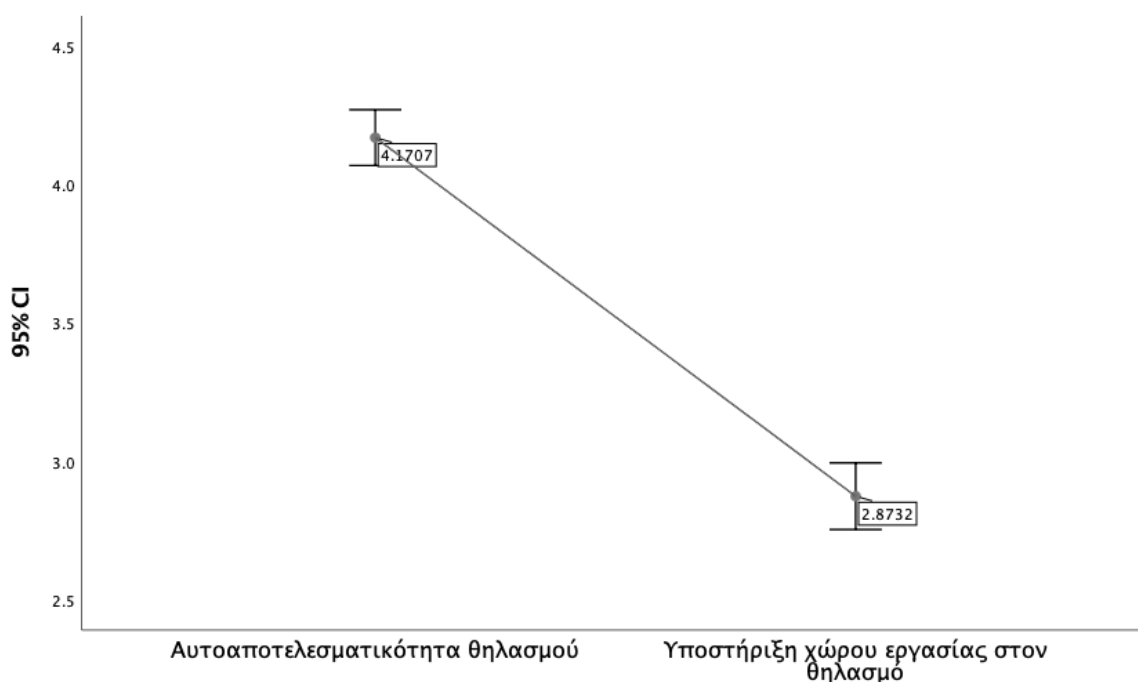
<b>Παράγοντας</b>	<b>Ερωτήσεις</b>	<b>Cronbach Alpha</b>
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	18-30	0,883
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	31-44	0,889

##### Μέσες τιμές και 95% δ.ε. των παραγόντων

Ο Πίνακας 9 (Γράφημα 20), παρουσιάζει τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής. Παρατηρήθηκε ότι, σε υψηλό βαθμό υπάρχει αυτοαποτελεσματικότητα στον θηλασμό (M.O.=4,17±0,68) και σε μέτριο βαθμό υπάρχει υποστήριξη στον θηλασμό από τον χώρο εργασίας (M.O.= 2,87±0,81).

**Πίνακας 9:** Μέσες τιμές και 95% διάστημα εμπιστοσύνης των παραγόντων

Παράγοντας	M.O.	T.A.	95% κάτω όριο	95% άνω όριο
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	4,17	0,68	4,07	4,27
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	2,87	0,81	2,75	2,99



**Γράφημα 20:** Μέσες τιμές και 95% διάστημα εμπιστοσύνης των παραγόντων

#### 4.4.3 Συσχετίσεις

##### Ηλικία

Στον Πίνακα 10 συγκεντρώνονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman και Pearson των παραγόντων με την ηλικία, όπου δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους παράγοντες ( $p \geq 0,511$ ).

**Πίνακας 10:** Συσχετίσεις Spearman των παραγόντων με την ηλικία

Παράγοντας	Ηλικία
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	$r_s (178) = -0,050, p=0,511$
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	$r (178) = 0,011, p=0,883$

### Μορφωτικό επίπεδο

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τους παράγοντες ( $p \geq 0,242$ ).

**Πίνακας 11:** Αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο

<b>Παράγοντες</b>	<b>F (2,175)</b>	<b>p-value</b>
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	1,429	0,242
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	1,140	0,322

### Οικογενειακό εισόδημα

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των παραγόντων ως προς το οικογενειακό εισόδημα, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών και μέσων βαθμίδων με τους παράγοντες ( $p \geq 0,504$ ).

**Πίνακας 12:** Αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των παραγόντων ως προς το οικογενειακό εισόδημα

<b>Παράγοντες</b>	<b>Έλεγχος</b>	<b>Στατιστικό</b>	<b>p-value</b>
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	Kruskal-Wallis	H (4) = 3,334	0,504
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	ANOVA	F (4,173) = 0,523	0,719

### Τομέας εργασίας

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των παραγόντων ως προς τον τομέα εργασίας, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τον παράγοντα «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό» ( $F (2,175) = 7,500, p = 0,001 < 0,05$ ).

**Πίνακας 13:** Αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των παραγόντων ως προς τον τομέα εργασίας

<b>Παράγοντες</b>	<b>Έλεγχος</b>	<b>Στατιστικό</b>	<b>p-value</b>
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	Kruskal-Wallis	H (2) = 5,044	0,080
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	ANOVA	F (2,175) = 7,500	<b>0,001</b>

Από τους Πίνακες 14, 15 (Γράφημα 21) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό» ο μέσος όρος των ατόμων που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (M.O.=3,37) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον

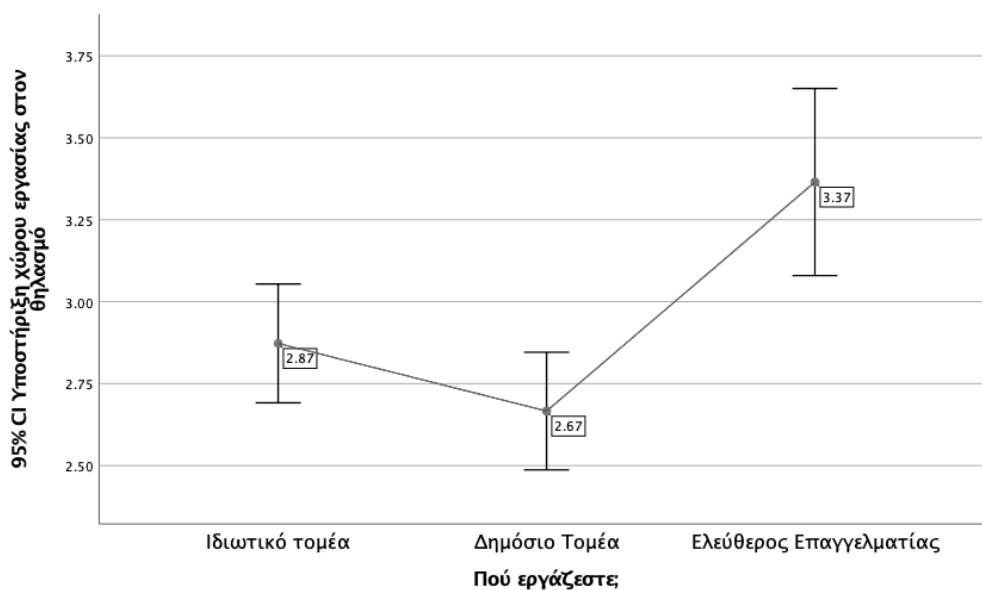
αντίστοιχο εκείνων που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (M.O.= 2,87, p=0,005) και στον δημόσιο τομέα (M.O.= 2,67, p<0,001).

**Πίνακας 14:** «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό»\* Τομέας εργασίας, ANOVA

Παράγοντας	Τομέας εργασίας	N	M.O	F (2,175)	p
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	Ιδιωτικό τομέα	87	2,87	7,500	<b>0,00</b> <b>1</b>
	Δημόσιο τομέα	64	2,67		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	27	3,37		

**Πίνακας 15:** Post hoc analysis LSD για «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό»\* Τομέας εργασίας

Παράγοντας	Τομέας εργασίας I	Τομέας εργασίας J	Μέση διαφορά (I-J)	p- value
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	Ιδιωτικό τομέα	Δημόσιο τομέα	0,20645	0,113
		Ελεύθερος Επαγγελματίας	-,49234*	<b>0,005</b>
		Ιδιωτικό τομέα	-0,20645	0,113
	Δημόσιο τομέα	Ελεύθερος Επαγγελματίας	-,69878*	<b>&lt;0,001</b>
		Ιδιωτικό τομέα	,49234*	<b>0,005</b>
		Δημόσιο τομέα	,69878*	<b>&lt;0,001</b>



**Γράφημα 21:** Errorbar «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό»\* Τομέας εργασίας

### Αριθμός παιδιών

Στον Πίνακα 16 συγκεντρώνονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman των παραγόντων ως προς τον αριθμό παιδιών, όπου δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους παράγοντες ( $p \geq 0,063$ ).

**Πίνακας 16:** Αποτελέσματα συσχετίσεων Spearman των παραγόντων ως προς τον αριθμό παιδιών

<b>Παράγοντες</b>	<b>Αριθμός παιδιών</b>
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	$r_s (178) = 0,140, p = 0,063$
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	$r_s (178) = -0,042, p = 0,573$

### Παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας γονεϊκότητας κατά τη διάρκεια της κύησης

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς το αν παρακολούθηθηκαν μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας κατά τη διάρκεια της κύησης, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τους παράγοντες ( $p \geq 0,101$ ).

**Πίνακας 17:** Αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς το αν παρακολούθηθηκαν μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας κατά τη διάρκεια της κύησης

<b>Παράγοντες</b>	<b>F (2,175)</b>	<b>p-value</b>
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	2,327	0,101
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	0,624	0,537

### Άντληση πληροφοριών σχετικά με τον θηλασμό στη περίπτωση που δεν παρακολούθηθηκαν μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας

Στους Πίνακες 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman των παραγόντων ως προς τον τρόπο άντλησης πληροφοριών σχετικά με τον θηλασμό στη περίπτωση που δεν παρακολούθηθηκαν μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους παράγοντες ( $p \geq 0,105$ ).

**Πίνακας 18:** Αποτελέσματα συσχετίσεων Spearman των παραγόντων ως προς την άντληση πληροφοριών

Πηγή πληροφοριών	άντλησης	Στατιστικό	Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	Υποστήριξη εργασίας στον θηλασμό	χώρου
Διαδίκτυο		$r_s$ (178)	-0,050	-0,075	
		p-value	0,508	0,323	
Βιβλία (άρθρα, περιοδικά)		$r_s$ (178)	-0,066	0,002	
		p-value	0,380	0,977	
Είμαι η ίδια μαία/γιατρός		$r_s$ (178)	0,116	0,091	
		p-value	0,122	0,227	
Από ιατρικό προσωπικό		$r_s$ (178)	-0,122	0,021	
		p-value	0,105	0,779	
Περιβάλλον (φίλοι φίλες-μητέρες, οικογένεια, συγγενείς)		$r_s$ (178)	0,002	0,000	
		p-value	0,980	1,000	
Τηλεφωνικά (Τηλεφωνικές γραμμές θηλασμού)		$r_s$ (178)	-0,015	0,077	
		p-value	0,847	0,308	
Από πουθενά, με το μητρικό ένστικτο		$r_s$ (178)	0,018	0,074	
		p-value	0,815	0,327	
Σεμινάρια		$r_s$ (178)	0,054	0,101	
		p-value	0,474	0,179	

#### Τρόπος που πραγματοποιήθηκε η γέννα

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς το πως γέννησαν οι ερωτηθέντες, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τους παράγοντες ( $p \geq 0,379$ ).

**Πίνακας 19:** Έλεγχοι independent samples t-test των παραγόντων ως προς το πως γέννησαν οι ερωτηθέντες

Παράγοντες	t	df	p-value
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	-0,883	176	0,379
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	0,192	176	0,848

#### Νοσηλεία μωρού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς τη νοσηλεία μωρού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τους παράγοντες ( $p \geq 0,200$ ).



**Πίνακας 20:** Έλεγχοι independent samples t-test των παραγόντων ως προς τη νοσηλεία μωρού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Παράγοντες	t	df	p-value
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	-1,148	176	0,253
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	1,288	176	0,200

### Ημέρες νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Στον Πίνακα 21 δίνονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Pearson των παραγόντων ως προς τις ημέρες νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον παράγοντα «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό» ( $r(17) = 0,510, p < 0,05$ ).

**Πίνακας 21:** Αποτελέσματα συσχετίσεων Pearson των παραγόντων ως προς τις ημέρες νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Παράγοντες	Ημέρες νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	-0,062
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	<b>,510*</b>

\* $p < 0,05$

### Σίτιση μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς τη σίτιση του μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τον παράγοντα «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού» ( $F(2,175) = 11,210, p < 0,001$ ).

**Πίνακας 22:** Αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς τη σίτιση μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο

Παράγοντες	F (2,175)	p-value
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	11,210	<b>&lt;0,001</b>
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	0,010	0,990

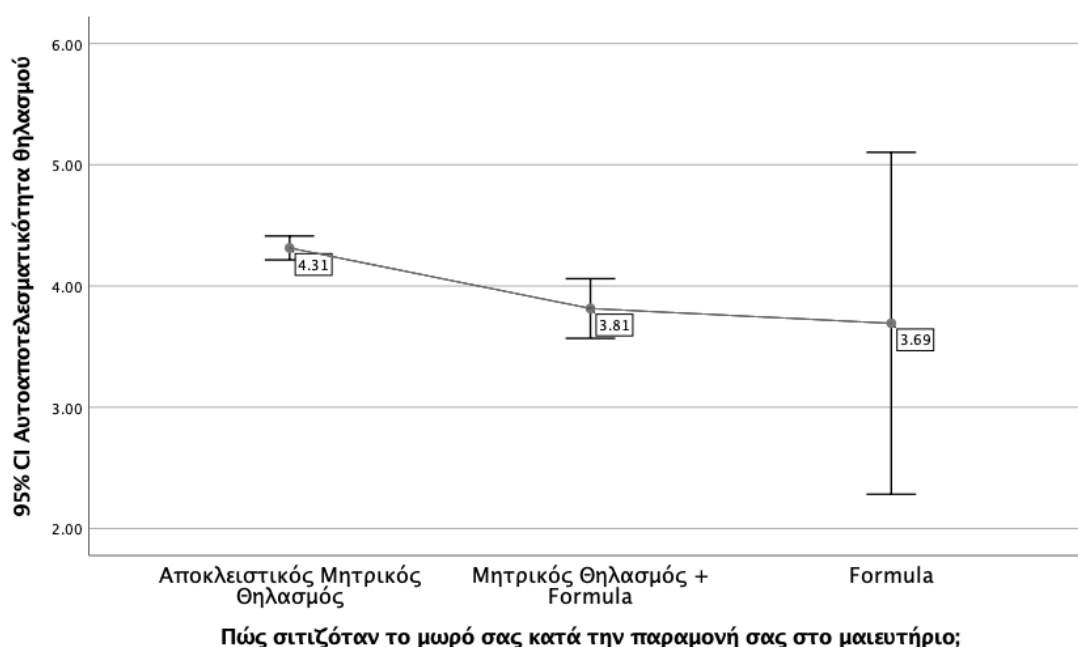
Από τους Πίνακες 23, 24 (Γράφημα 22) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού» ο μέσος όρος των μανάδων που έκαναν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο (M.O.=4,31) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ( $p=0,001$ ) από τον αντίστοιχο εκείνων που σίτιζαν το μωρό τους με μητρικό θηλασμό και Formula (M.O.= 3,81).

**Πίνακας 23:** «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού»\* Σίτιση μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο, ANOVA

Παράγοντ ας	Σίτιση μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο	N	M. O.	F (2,175)	p
Αυτοαποτ ελεσματικότη τα θηλασμού	Αποκλειστικός Μητρικός	1	4,3	11,21	<b>&lt;0,001</b>
	Θηλασμός	28	1	0	
	Μητρικός Θηλασμός + Formula	4	3,8		
	Formula	6	1	3,6	
		4	9		

**Πίνακας 24:** Post hoc analysis Games-Howell για «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού»\* Σίτιση μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο

Παράγοντας	Σίτιση μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο I	Σίτιση μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο J	Μέση διαφορά (I-J)	p- value
Αυτοαποτελεσμ ατικότητα θηλασμού	Αποκλειστικός Μητρικός	Μητρικός Θηλασμός + Formula	,49932*	<b>0,001</b>
	Θηλασμός	Formula	0,62139	0,445
	Μητρικός Θηλασμός + Formula	Αποκλειστικός Μητρικός	-,49932*	<b>0,001</b>
	Formula	Formula	0,12207	0,962
	Formula	Αποκλειστικός Μητρικός	-0,62139	0,445
	Formula	Μητρικός Θηλασμός + Formula	-0,12207	0,962



**Γράφημα 22:** Errorbar «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού»\* Σίτιση μωρού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο

### Σίτιση μωρού όταν επιστρέψατε στο σπίτι

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς τη σίτιση του μωρού όταν επέστρεψαν σπίτι μαμά και μωρό, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τον παράγοντα «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού» ( $t(37,449) = 7,756, p < 0,001$ ).

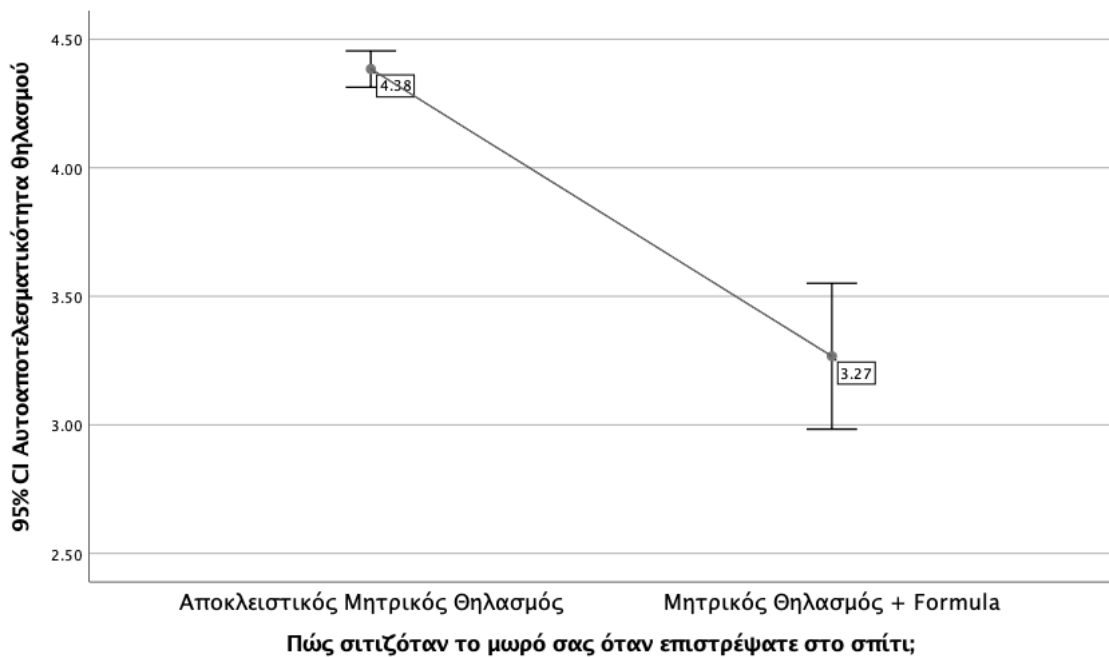
**Πίνακας 25:** Έλεγχοι independent samples t-test των παραγόντων ως προς τη σίτιση μωρού όταν επέστρεψαν σπίτι μαμά και μωρό

Παράγοντες	t	df	p-value
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	7,756	37,44	<b>&lt;0,001</b>
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	0,144	176	0,886

Από τον Πίνακα 26 (Γράφημα 23) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού» ο μέσος όρος των γυναικών που έκαναν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό με την επιστροφή του μωρού στο σπίτι (M.O.=4,38) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ( $t(37,449) = 7,756, p < 0,001$ ) από τον αντίστοιχο των γυναικών που χρησιμοποίησαν μητρικό θηλασμό και Formula για να ταΐσουν τα μωρά τους (M.O.=3,27).

**Πίνακας 26:** «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού»\* Σίτιση μωρού στο σπίτι όταν έφυγαν από το μαιευτήριο, independent samples t-test

Παράγοντας	Σίτιση μωρού στο σπίτι	N	M.O.	t (37,449)	p
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός	144	4,38	7,756	<b>&lt;0,001</b>
	Μητρικός Θηλασμός + Formula	34	3,27		



**Γράφημα 23:** Errorbar «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού»\* Σίτιση μωρού στο σπίτι όταν έφυγαν από το μαιευτήριο

**Πότε εισήγαγε τις στερεές τροφές στη διατροφή του μωρού σας;**

Στον Πίνακα 27 δίνονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς το πότε έγινε εισαγωγή των στερεών τροφών στη διατροφή του μωρού, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τους παράγοντες ( $p \geq 0,429$ ).

**Πίνακας 27:** Αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς το πότε έγινε εισαγωγή των στερεών τροφών στη διατροφή του μωρού

<b>Παράγοντες</b>	<b>F (2,175)</b>	<b>p-value</b>
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	0,745	0,476
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	0,850	0,429

**Ηλικία μωρού όταν έγινε επιστροφή στην εργασία**

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των παραγόντων ως προς την ηλικία του μωρού που έγινε επιστροφή στην εργασία, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών και μέσων βαθμίδων με τους παράγοντες ( $p \geq 0,091$ ).

**Πίνακας 28:** Αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των παραγόντων ως προς την ηλικία του μωρού που έγινε επιστροφή στην εργασία

Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	Kruskal-Wallis	H (3) = 6,461	0,091
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	ANOVA	F (3,174) = 1,126	0,340

#### Αιτία επιστροφής στην εργασία

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς την αιτία επιστροφής στην εργασία, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τον παράγοντα «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό» (F (5,172)=2,573, p=0,028).

**Πίνακας 29:** Αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς την αιτία επιστροφής στην εργασία

Παράγοντες	F (5,172)	p-value
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	1,348	0,246
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	2,573	<b>0,028</b>

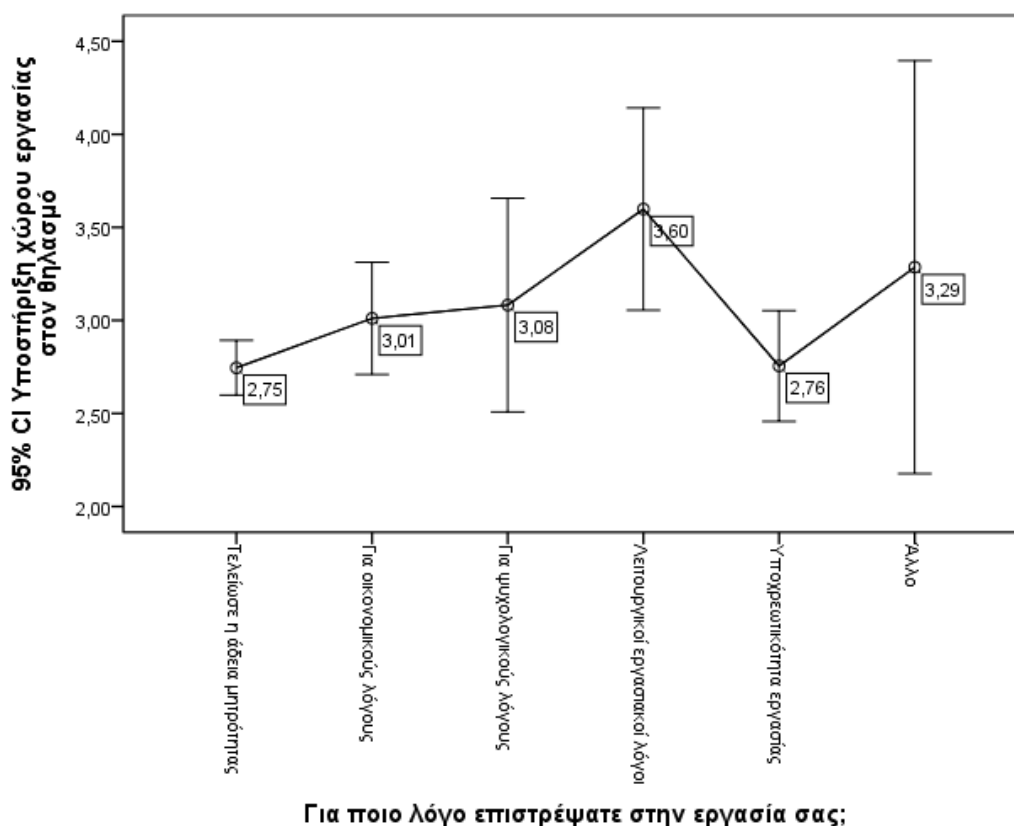
Από τον Πίνακα 30-31 (Γράφημα 24) προκύπτει ότι στον παράγοντα Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό», η μέση τιμή των γυναικών που επέστρεψαν για λειτουργικούς εργασιακούς λόγους (M.O.=3,60) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη όσων επέστρεψαν επειδή τελείωσε η άδεια μητρότητας (M.O.=2,75, p=0,004) ή για λόγους υποχρεωτικότητας εργασίας (M.O.=2,76, p=0,042).

**Πίνακας 30:** «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό» \* Αιτία επιστροφής στην εργασία, ANOVA

Λόγοι επιστροφής στην εργασία	N	M.O.	F (5,172)	p-value
Τελείωσε η άδεια μητρότητας	112	2,75	2,573	<b>0,028</b>
Για οικονομικούς λόγους	33	3,01		
Για ψυχολογικούς λόγους	13	3,08		
Λειτουργικοί εργασιακοί λόγοι	8	3,60		
Υποχρεωτικότητα εργασίας	7	2,76		
Άλλο	5	3,29		

**Πίνακας 31:** Post hoc analysis για «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό» \*  
Αιτία επιστροφής στην εργασία

Αιτία (I)	Αιτία (J)	Μέση διαφορά (I-J)	p-value
Τελείωσε η άδεια μητρότητας	Για οικονομικούς λόγους	-0,26529	0,095
	Για ψυχολογικούς λόγους	-0,33688	0,151
	Λειτουργικοί εργασιακοί λόγοι	-,85268*	<b>0,004</b>
	Υποχρεωτικότητα εργασίας	-0,00957	0,975
	Άλλο	-0,54018	0,140
Για οικονομικούς λόγους	Τελείωσε η άδεια μητρότητας	0,26529	0,095
	Για ψυχολογικούς λόγους	-0,07160	0,784
	Λειτουργικοί εργασιακοί λόγοι	-0,58739	0,063
	Υποχρεωτικότητα εργασίας	0,25572	0,442
	Άλλο	-0,27489	0,473
Για ψυχολογικούς λόγους	Τελείωσε η άδεια μητρότητας	0,33688	0,151
	Για οικονομικούς λόγους	0,07160	0,784
	Λειτουργικοί εργασιακοί λόγοι	-0,51580	0,152
	Υποχρεωτικότητα εργασίας	0,32732	0,382
	Άλλο	-0,20330	0,629
Λειτουργικοί εργασιακοί λόγοι	Τελείωσε η άδεια μητρότητας	,85268*	<b>0,004</b>
	Για οικονομικούς λόγους	0,58739	0,063
	Για ψυχολογικούς λόγους	0,51580	0,152
	Υποχρεωτικότητα εργασίας	,84311*	<b>0,042</b>
	Άλλο	0,31250	0,493
Υποχρεωτικότητα εργασίας	Τελείωσε η άδεια μητρότητας	0,00957	0,975
	Για οικονομικούς λόγους	-0,25572	0,442
	Για ψυχολογικούς λόγους	-0,32732	0,382
	Λειτουργικοί εργασιακοί λόγοι	-,84311*	<b>0,042</b>
	Άλλο	-0,53061	0,257
Άλλο	Τελείωσε η άδεια μητρότητας	0,54018	0,140
	Για οικονομικούς λόγους	0,27489	0,473
	Για ψυχολογικούς λόγους	0,20330	0,629
	Λειτουργικοί εργασιακοί λόγοι	-0,31250	0,493
	Υποχρεωτικότητα εργασίας	0,53061	0,257



**Γράφημα 24:** Error bar «Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό» \* Αιτία επιστροφής στην εργασία

### Ηλικία μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός

Στον Πίνακα 32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς την ηλικία του μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τον παράγοντα «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού» ( $F(3,174) = 21,241, p < 0,001$ ).

**Πίνακας 32:** Αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA των παραγόντων ως προς την ηλικία του μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός

Παράγοντες	F (3,174)	p-value
Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	25,763	<b>&lt;0,001</b>
Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό	1,830	0,143

\*Ομαδοποίηση κατηγοριών λόγω μικρού πληθυσμού δείγματος: «<2 μηνών/ 2-6 μηνών»

Από τους Πίνακες 33, 34 (Γράφημα 25) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού» ο μέσος όρος των μητέρων που ξεκίνησαν τον απογαλακτισμό όταν το μωρό τους ήταν έως 6 μηνών (Μ.Ο.=3,38) είναι στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο εκείνων που τον ξεκίνησαν όταν το μωρό τους ήταν 9-12 μηνών (Μ.Ο.= 4,18,  $p=0,022$ ) και μεγαλύτερο από 12 μηνών (Μ.Ο.= 4,42,  $p=0,002$ ).

Επίσης, ο μέσος όρος των μητέρων που ξεκίνησαν τον απογαλακτισμό όταν το μωρό τους ήταν 6-9 μηνών (Μ.Ο.=3,66) είναι στατιστικά μικρότερος από τον αντίστοιχο εκείνων που τον ξεκίνησαν όταν το μωρό τους ήταν μεγαλύτερο από 12 μηνών (Μ.Ο.= 4,42,  $p=0,001$ ).

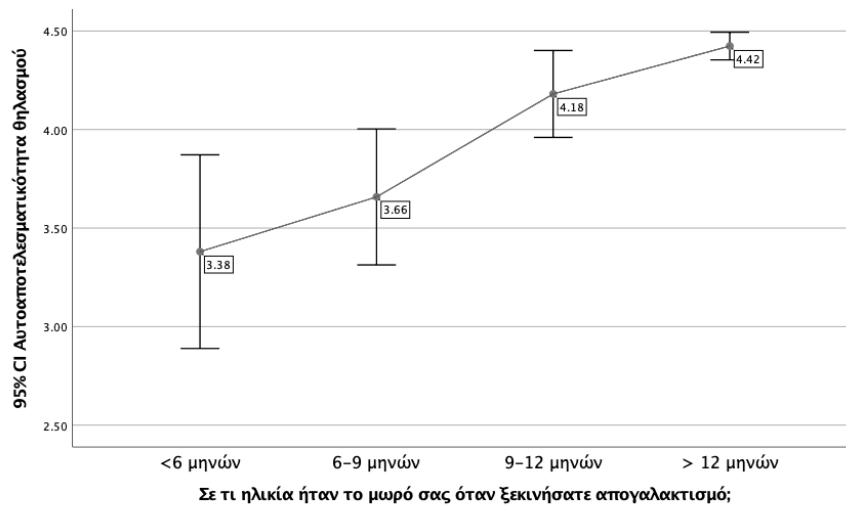
**Πίνακας 33:** «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού»\* Ηλικία μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός, ANOVA

Παράγοντας	Ηλικία μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός	N	M. O.	F (2,175)	P
Αυτοαποτελεσ ματικότητα θηλασμού	<6 μηνών	1	3,3	11,21	<b>&lt;0,001</b>
		7	8	0	
	6-9 μηνών	2	3,6		
		7	6		
	9-12 μηνών	2	4,1		
		3	8		
	> 12 μηνών	1	4,4		
		10	2		

**Πίνακας 34:** Post hoc analysis Games-Howell για «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού»\* Ηλικία μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός

Παράγοντας	Ηλικία μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός I	Ηλικία μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός J	Μέση διαφορά (I-J)	P-value
Αυτοαποτελεσ ματικότητα θηλασμού		6-9 μηνών	-0,27778	0,769
	<6 μηνών	9-12 μηνών	-,80026*	<b>0,022</b>
		> 12 μηνών	-	
			1,04343*	<b>0,002</b>
	6-9 μηνών	<6 μηνών	0,27778	0,769
		9-12 μηνών	-0,52248	0,055
		> 12 μηνών	-,76566*	<b>0,001</b>
	9-12 μηνών	<6 μηνών	,80026*	<b>0,022</b>
		6-9 μηνών	0,52248	0,055
		> 12 μηνών	-0,24317	0,157
	> 12 μηνών	<6 μηνών	1,04343*	<b>0,002</b>
		6-9 μηνών	,76566*	<b>0,001</b>
9-12 μηνών		0,24317	0,157	





**Γράφημα 25:** Εργογbar «Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού»\* Ηλικία μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός

### Λόγοι που ξεκίνησε ο απογαλακτισμός

Στον Πίνακα 35 συγκεντρώνονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman των παραγόντων ως προς τους λόγους που ξεκίνησε ο απογαλακτισμός.

- Η «αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού» εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με λόγους εργασίας ( $r_s (178) = -0,208, p < 0,01$ ) και θηλάζω ακόμη ( $r_s (178) = 0,158, p < 0,05$ ).
- Η «υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό» εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με λόγους εργασίας ( $r_s (178) = -0,294, p < 0,01$ ), το έβλεπε ως παιχνίδι ( $r_s (178) = 0,149, p < 0,05$ ) και αποθήλασε μόνος του φυσικά ( $r_s (178) = 0,246, p < 0,01$ )

**Πίνακας 35:** Συσχετίσεις Spearman των παραγόντων ως προς τους λόγους που ξεκίνησε ο απογαλακτισμός

Λόγοι που ξεκίνησε ο απογαλακτισμός	Στατιστικό	Αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού	Υποστήριξη χώρου εργασίας στον θηλασμό
Λόγω εργασίας	$r_s$ (178)	-,208**	-,294**
	p-value	0,005	0,000
Κούραση	$r_s$ (178)	0,004	0,102
	p-value	0,955	0,174
Ηλικία μωρού	$r_s$ (178)	0,079	0,030
	p-value	0,292	0,694
Το έβλεπε ως παιχνίδι	$r_s$ (178)	0,062	,149*
	p-value	0,411	0,046
Μείωση γάλατος	$r_s$ (178)	-0,139	-0,037
	p-value	0,065	0,623
Κ άλλη/ες εγκυμοσύνη-ες	$r_s$ (178)	0,143	0,026
	p-value	0,056	0,728
Θηλάζω ακόμα, δεν έχει απογαλακτιστεί	$r_s$ (178)	,158*	-0,003
	p-value	0,035	0,969
Προσωπική επιλογή, ήταν μια διαδικασία που ολοκληρώθηκε	$r_s$ (178)	-0,105	-0,123
	p-value	0,164	0,102
Αποθήλασε μόνος του φυσικά, δεν ήθελε άλλο	$r_s$ (178)	0,041	,246**
	p-value	0,589	0,001
Εισαγωγή στην στερεά τροφή	$r_s$ (178)	-0,001	0,054
	p-value	0,988	0,476
Μετάβαση στο φρέσκο γάλα	$r_s$ (178)	-0,091	-0,036
	p-value	0,227	0,636
Για να ανεξαρτητοποιηθεί	$r_s$ (178)	0,032	0,071
	p-value	0,673	0,344
Γιατί χόρταινε αρκετά από τα άλλα γεύματα	$r_s$ (178)	-0,047	0,043
	p-value	0,536	0,573
Προβλήματα υγείας	$r_s$ (178)	-0,009	0,112
	p-value	0,908	0,138
Ψυχολογικοί λόγοι	$r_s$ (178)	0,048	0,070
	p-value	0,528	0,352
Λόγω tandem	$r_s$ (178)	0,041	-0,010
	p-value	0,591	0,896

## 4.5 Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της αυτοαποτελεσματικότητας του θηλασμού και της υποστήριξης του θηλασμού από τον εργασιακό χώρο. Διεξήχθη μία ποσοτική έρευνα, πρωτογενής, μη πειραματική, με χρήση έγκυρων ερωτηματολογίων κλίμακας Likert, υψηλής αξιοπιστίας ( $\alpha \geq 0,883$ ). Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι independent samples t-test, ANOVA, Kruskal-Wallis, Pearson και Spearman σε στάθμη σημαντικότητας 5%.

Το δείγμα αποτελούταν από 178 μητέρες, μέσης ηλικίας 35 ετών, με την πλειοψηφία να έχει 1-2 παιδιά και μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι περισσότερες ανέφεραν ότι εργάζονται στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα και έχουν οικογενειακό εισόδημα τουλάχιστον 10.000 ευρώ. Περίπου οι μισές ανέφεραν ότι έχουν παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας, ενώ όσες δεν παρακολούθησαν η κύρια πηγή ενημέρωσης τους ήταν το διαδίκτυο.

Περίπου οι μισές γυναίκες ανέφεραν πως έχουν γεννήσει το τελευταίο τους παιδί με φυσιολογικό τοκετό και οι υπόλοιπες με καισαρική. Η πλειοψηφία των γυναικών, όταν γέννησαν το τελευταίο τους παιδί έκαναν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό κατά την παραμονή στο μαιευτήριο και το μωρό τους σιτιζόταν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό με την επιστροφή τους στο σπίτι, ενώ του εισήγαγαν στερεές τροφές ακριβώς στον 6<sup>ο</sup> μήνα. Σχεδόν για την συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων, το τελευταίο τους παιδί δεν χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ωστόσο για τις μητέρες που κρίθηκε αναγκαίο να νοσηλευτεί το μωρό τους, η παραμονή του μωρού στην εντατική ανέρχεται κατά μέσο όρο στις 7 με 8 ημέρες. Σχετικά με την ηλικία του μωρού όταν επέστρεψε η μητέρα στην εργασία, αυτή είναι 6-12 μηνών και για την πλειοψηφία ο λόγος επιστροφής στην εργασία αφορούσε το γεγονός ότι τελείωσε η άδεια μητρότητας. Κατόπιν και όσο αναφορά τον απογαλακτισμό του τελευταίου παιδιού, για την πλειοψηφία πραγματοποιήθηκε όταν το παιδί ήταν μεγαλύτερο από 12 μηνών, ενώ για το 20% ο λόγος ήταν η επιστροφή στην εργασία και για ακόμα ένα 20% ο λόγος ήταν ότι προέκυψε άλλη εγκυμοσύνη ή ότι το μωρό αποθήλασε μόνο του φυσικά. Ωστόσο, περίπου το 25% δήλωσε ότι εξακολουθεί να θηλάζει και δεν έχει περάσει στο στάδιο του απογαλακτισμού.

Στη συνέχεια μελετήθηκαν οι απόψεις των μητέρων σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα του θηλασμού, από όπου αναδείχθηκε ότι σε υψηλό βαθμό

υπάρχει αυτοαποτελεσματικότητα. Πιο συγκεκριμένα, είναι πάντα σίγουρες ότι έχουν αποδεχθεί το γεγονός ότι ο θηλασμός χρειάζεται υπομονή, ενώ δήλωσαν πολύ έως πάντα ικανοποιημένες από την εμπειρία τους στο θηλασμό, όπως και από την ικανότητα να θηλάσουν το μωρό τους κάθε φορά που πεινάει. Ακόμη, δήλωσαν ότι είναι πολύ σίγουρες ότι μπορούν να θηλάσουν το μωρό τους αποκλειστικά χωρίς να χρειαστεί να δώσουν Formula, αποκλειστικά σε κάθε γεύμα μέχρι να νιώσουν σίγουρες ότι χορταίνει, όπως και με το ότι θέλουν πάντα να το θηλάζουν. Επίσης, δήλωσαν ότι είναι πολύ σίγουρες ότι το μωρό τους θηλάζει σωστά καθ' όλη τη περίοδο του θηλασμού, ότι είναι σε θέση να αναγνωρίζουν την ώρα που χορταίνει και τελειώνει το γεύμα του, ότι είναι πάντα άνετες να το θηλάσουν ακόμα και παρουσία συγγενικών προσώπων, ακόμα και όταν εκείνο κλαίει καθώς και ότι είναι πολύ σίγουρες ότι μπορούν πάντα να καταλάβουν ότι το μωρό τους παίρνει αρκετό γάλα.

Έπειτα, μελετήθηκαν οι απόψεις των συμμετεχόντων για την υποστήριξη στον θηλασμό από τον χώρο εργασίας τους, από όπου προέκυψε ότι η υποστήριξη είναι μέτρια. Στα θετικά το γεγονός πως οι μητέρες συμφώνησαν ότι οι συνεργάτες τους δε κάνουν ποτέ σχόλια που πιθανόν να τις θίγουν, όπως και ότι δεν τις κοροϊδεύουν όταν καμιά φορά τα ρούχα τους λερώνονται με γάλα. Επιπλέον, τείνουν να συμφωνήσουν όσον αφορά το κατά πόσο υπάρχει στην δουλειά τους ψυγείο που μπορούν να φυλάξουν το γάλα που αντλούν και το κατά πόσο οι συνεργάτες τους συμφωνούν ότι ο θηλασμός είναι ο καλύτερος τρόπος σίτισης ενός μωρού. Στα αρνητικά της υποστήριξης, οι γυναίκες μάλλον διαφώνησαν ότι είναι ικανοποιημένες από την εμπειρία τους στο θηλασμό στον εργασιακό τους χώρο και διαφώνησαν με τη θέση ότι μπορούν εύκολα να βρουν ένα ήσυχο δωμάτιο εκτός του μπάνιου για να αντλήσουν γάλα στον χώρο εργασίας τους. Επίσης μάλλον διαφώνησαν απόλυτα στο ότι υπάρχει στην εργασία τους, συγκεκριμένος χώρος με σήμανση «δωμάτιο θηλασμού» για να θηλάσουν το μωρό τους ή να αντλήσουν γάλα ενώ διαφώνησαν απόλυτα με το ότι στην εργασία τους υπάρχει θηλάστρο για τις εργαζόμενες που θηλάζουν.

Μελετήθηκε η επίδραση του δημογραφικού και επαγγελματικού προφίλ στις απόψεις για την αυτοαποτελεσματικότητα του θηλασμού και στην υποστήριξη από τον εργασιακό χώρο. Προέκυψε ότι, μητέρες που είναι ελεύθερες επαγγελματίες έχουν μεγαλύτερη υποστήριξη από τον εργασιακό χώρο για τον μητρικό θηλασμό, σε σχέση με εκείνες που εργάζονται στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Ακολούθως, προέκυψε ότι όσες περισσότερες ήταν οι ημέρες που κρίθηκε αναγκαίο να νοσηλευτεί το μωρό

να νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, για τις περιπτώσεις και μόνο που χρειάστηκε νοσηλεία, τόσο μεγαλύτερη ήταν και υποστήριξη από τον εργασιακό χώρο για τον μητρικό θηλασμό. Από την μελέτη αναδείχθηκε ότι, μανάδες που έκαναν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο είχαν περισσότερη αυτοαποτελεσματικότητα στον θηλασμό, σε σχέση με εκείνες που σίτιζαν το μωρό τους με μητρικό θηλασμό και Formula. Αναλόγως, γυναίκες που έκαναν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό με την επιστροφή του μωρού στο σπίτι είχαν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα στον θηλασμό, σε σχέση με εκείνες που χρησιμοποίησαν μητρικό θηλασμό και Formula για να ταΐσουν τα μωρά τους. Επιπλέον, μεγαλύτερη υποστήριξη εργασίας στον θηλασμό εμφάνισαν οι γυναίκες που επέστρεψαν στην εργασία τους για λειτουργικούς λόγους σε σύγκριση με τις γυναίκες που επέστρεψαν επειδή τελείωσε η άδεια μητρότητας ή για λόγους υποχρεωτικότητας εργασίας. Ένας ακόμη παράγοντας που φάνηκε να παίζει ρόλο για την αυτοαποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού είναι και η ηλικία του μωρού όταν ξεκίνησε ο απογαλακτισμός. Συγκεκριμένα, για τις μητέρες που ξεκίνησαν τον απογαλακτισμό όταν το μωρό τους ήταν έως 6 μηνών, η αυτοαποτελεσματικότητα ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με εκείνες που τον ξεκίνησαν όταν το μωρό τους ήταν μεγαλύτερο από 9 μηνών. Ομοίως, μητέρες που ξεκίνησαν τον απογαλακτισμό όταν το μωρό τους ήταν 6-9 μηνών εμφανίζουν μικρότερη αυτοαποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού, σε σχέση με εκείνες που τον ξεκίνησαν όταν το μωρό τους ήταν μεγαλύτερο από 12 μηνών. Επιπρόσθετα, ορισμένοι από τους λόγους που ξεκίνησε ο απογαλακτισμός φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στις απόψεις. Πιο συγκεκριμένα, μητέρες που ξεκίνησαν τον απογαλακτισμό λόγω εργασίας είχαν μικρότερη υποστήριξη από το εργασιακό τους περιβάλλον για τον θηλασμό καθώς και χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα θηλασμού. Παράλληλα, γυναίκες που ξεκίνησαν τον απογαλακτισμό επειδή το μωρό τους το έβλεπε πλέον ως παιχνίδι ή επειδή από μόνο του θέλησε να απογαλακτιστεί, είχαν μεγαλύτερη υποστήριξη από το εργασιακό τους περιβάλλον για τον θηλασμό. Τέλος, μητέρες οι οποίες δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα τον απογαλακτισμό εμφανίζουν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα στο θηλασμό.

## 4.6 Συζήτηση

Σύμφωνα με την 2<sup>η</sup> Εθνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού το 2017 το ποσοστό καισαρικών τομών άγγιζε το 54%. Στην παρούσα μελέτη από το σύνολο των γυναικών που συμμετείχαν γέννησε το 43% με καισαρική τομή. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει πως το ποσοστό αυτό πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 10-15%. Συστηματικές μελέτες αποδεικνύουν ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 10% δεν οδηγεί σε χαμηλότερα ποσοστά μητρικής ή νεογνικής θνησιμότητας (Betran et al, 2016; WHO, 2015). Κάποιες χώρες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 κατάφεραν να διατηρήσουν το ποσοστό των καισαρικών τομών σε αυτά τα επίπεδα με αποτελέσματα παρόμοια ή ακόμα και καλύτερα από αυτά των χωρών με υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών (Παππάς, Σαλαμαλέκης, 2008).

Όπως και στη μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας Παιδιού περίπου το 50% των μητέρων που συμμετείχαν ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όσον αφορά τον απογαλακτισμό φάνηκε πως ο κυριότερος λόγος που οδήγησε τις μητέρες σε αυτή την απόφαση ήταν η ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος. Στην παρούσα μελέτη μόλις το 6% δήλωσε ότι «το γάλα τους δεν ήταν αρκετό», ποσοστό πολύ μικρότερο από αυτό της Εθνικής μελέτης. Οι δύο μελέτες συμφωνούν πως η εισαγωγή στερεών τροφών πριν τον έκτο μήνα εντοπίστηκε σε λιγότερες από τις μισές γυναίκες, αλλά και πάλι σημειώθηκε σημαντική διαφορά στα ποσοστά. Συγκεκριμένα στη δική μας μελέτη το ποσοστό αυτό άγγιζε το 28%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της Εθνικής μελέτης ήταν 41%. Αξίζει να σημειωθεί πως στις περισσότερες περιπτώσεις και στις δύο μελέτες η εισαγωγή στερεών τροφών έγινε τον έκτο μήνα ζωής του παιδιού, όπως ορίζουν οι υπάρχουσες οδηγίες (AAP, 2012).

Σύμφωνα με μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Μαλαισία το 2015 στην οποία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα υποστήριξης του θηλασμού στον χώρο εργασίας (*Workplace Breastfeeding SupportScale (WBSS)*) η μέση βαθμολογία ήταν 61,7. Η βαθμολογία αυτή ήταν αρκετά υψηλότερη από την τωρινή που φτάνει το 43,48 (Rashid et al, 2015). Σε έρευνα της Δημόσιας Σχολής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής φαίνεται πως υπάρχει άμεση συσχέτιση της αυτοαποτελεσματικότητας του θηλασμού με τη διάρκειά του (Wallenborn et al, 2018). Συγκριτικά με μελέτη που διεξήχθη στη χώρα μας το 2020 η μέση βαθμολογία της αυτοαποτελεσματικότητας του θηλασμού άγγιζε το 44 (Ηλιάδου, 2020) σε αντίθεση με τώρα που ανέρχεται στο 54.

Φαίνεται λοιπόν να υπάρχει μια σημαντική αύξηση στα αποτελέσματα του θηλασμού. Αξίζει να σημειωθεί πως όσον αφορά την υποστήριξη που λαμβάνουν στον εργασιακό χώρο οι θηλάζουσες εργαζόμενες δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα επίσημα εθνικά δεδομένα.

Σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται πώς αν οι εργοδότες μπορούσαν να προσαρμόσουν στις επιχειρήσεις τους τις ελάχιστες απαιτήσεις για την προαγωγή του θηλασμού η εργασιακή ικανοποίηση των θηλάζουσων μητέρων θα αυξάνονταν σημαντικά (Morrison et al, 2019). Στη χώρα μας η υποστήριξη στο χώρο εργασίας τόσο από τους εργοδότες, όσο και από τους συναδέλφους εκλείπει. Η απουσία ειδικά διαμορφωμένων χώρων άντλησης γάλακτος και ευέλικτου ωραρίου δυσκολεύει τις θηλάζουσες μητέρες να συνεχίσουν το θηλασμό, όπως επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα της μελέτης μας. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι πως απουσιάζει και η υποστήριξη από τους συναδέλφους. Αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής συμφωνεί πως τα προβλήματα στο χώρο εργασίας σχετίζονται με μειωμένα ποσοστά θηλασμού στις θηλάζουσες εργαζόμενες μητέρες και οδηγούν σε πρόωρο απογαλακτισμό. Η άμεση υποστήριξη στο χώρο εργασίας έχει φαίνεται πως έχει άμεση σχέση με τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού (Steuer, 2017).

Η υποστήριξη του θηλασμού στο χώρο εργασίας εξαρτάται άμεσα από τη φύση της εργασίας. Πιλοτική μελέτη στην Αυστραλία απέδειξε ότι κρίνεται σκόπιμη η αξία της προσέγγισης ερευνών για τη λήψη δεδομένων για τα χαρακτηριστικά των χώρων εργασίας που υποστηρίζουν ή εμποδίζουν τον άμεσο θηλασμό ή την άντληση του μητρικού γάλακτος. (Rowbotham et al, 2021).

Τα προγράμματα υποστήριξης θηλασμού στην εργασία αυξάνουν τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού. Για να είναι αποτελεσματικές οι παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας πρέπει να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του κόσμου και ιδιαίτερα των εργαζόμενων μητέρων, να αλλάξει η ισχύουσα κουλτούρα του χώρου εργασίας, να ενθαρρυνθεί η υποστήριξη του εργοδότη και των συναδέλφων και να παρέχεται στις γυναίκες ο απαιτούμενος χρόνος για την σωστή άντληση γάλακτος. Χρειάζονται όμως περισσότερα στοιχεία για τον αντίκτυπο της υποστήριξης στο χώρο εργασίας σε πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος και τη σχέση κόστους – αποτελέσματος αυτών των προγραμμάτων στη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Kim et al, 2018).

## 4.7 Προτάσεις

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη και για να πραγματοποιηθεί ο σκοπός της που ήταν η κατανόηση των αναγκών και επιθυμιών των γυναικών με στόχο τη συνέχιση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού με την επιστροφή στην εργασία τους προτείνονται οι παρακάτω προτάσεις.

Βασική προϋπόθεση για έναν επιτυχή θηλασμό είναι η έγκυρη ενημέρωση των μελλουσών μητέρων για θέματα που αφορούν την περίοδο της εγκυμοσύνης, τον τοκετό, τη λοχεία και τον θηλασμό. Η πληροφόρηση αυτή μπορεί να λαμβάνεται από τις γυναίκες από ομιλίες και άρθρα επαγγελματιών υγείας και θα βασίζεται σε έγκυρα επιστημονικά δεδομένα αποφεύγοντας έτσι τον κίνδυνο της λανθασμένης ενημέρωσης που παρέχεται πολλές φορές από το διαδίκτυο. Για να επιτευχθεί αυτό σημαντικός παράγοντας είναι η σωστή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η ενημέρωση τους με στόχο να προσφέρουν στις γυναίκες την καλύτερη φροντίδα, εφαρμόζοντας πρωτόκολλα που αποδεδειγμένα είναι ασφαλή και προάγουν την εμπειρία του θηλασμού τόσο για την μητέρα όσο και για το νεογνό. Οι γυναίκες που πρόκειται να επιστρέψουν στην εργασία τους πρέπει να παραπέμπονται σε μαιές ή σε ομάδες υποστήριξης θηλασμού προκειμένου να ενημερωθούν σωστά για τις απαραίτητες ενέργειες ώστε να συνεχίσουν το θηλασμό και μετά την επιστροφή τους.

Στους χώρους εργασίας θα πρέπει να διαμορφωθεί δωμάτιο εντός των εγκαταστάσεων της επιχείρησης, με εύκολη πρόσβαση, κλιματιζόμενο, με ικανοποιητικό φωτισμό και επαρκή εξαερισμό, ώστε να διαφυλάσσεται η υγεία του βρέφους και της μητέρας, και η ιδιωτικότητα τους. Σύμφωνα με τους Κανονισμούς η λειτουργία του ειδικά διαμορφωμένου χώρου μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή ανάλογα με το αν υπάρχει θηλάζουσα γυναίκα, ενώ σε υποστατικά όπου συστεγάζονται πολλές επιχειρήσεις (π.χ. πολυκαταστήματα, εμπορικά κέντρα, κοκ), θα πρέπει να γίνονται διευθετήσεις για δημιουργία χώρου που θα εξυπηρετεί όλες τις εργαζόμενες.

Η ειδική παροχή προστασίας της μητρότητας, διάρκειας έξι μηνών, που καταβάλλει ο ΟΑΕΔ πρέπει να παρέχεται σε όλες τις εργαζόμενες ανεξάρτητα σε ποιον τομέα εργάζονται (ιδιωτικό ή δημόσιο), την σχέση εργασίας ή τη διάρκεια τη σύμβασης. Ο χρόνος της ειδικής άδειας προστασίας της μητρότητας πρέπει να λογίζεται ως χρόνος ασφάλισης στον κλάδο σύνταξης και ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων.



## 5. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι εντυπωσιακό πως ενώ βρισκόμαστε εν έτει 2022 η επιστροφή στην εργασία μια μητέρας παραμένει πρόβλημα για τη συνέχιση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Είναι ανάγκη οι επιχειρήσεις να προσαρμοστούν στους νέους Κανονισμούς, ώστε οι χώροι εργασίας να είναι φιλικόι προς τις θηλάζουσες εργαζόμενες και τα βρέφη τους. Απαραίτητη είναι η καθοδήγηση των γυναικών από τις μαίες τους, προσφέροντάς την καλύτερη δυνατή στήριξη , εφαρμόζοντας πρωτόκολλα που αποδεδειγμένα είναι ασφαλή και προάγουν την εμπειρία του θηλασμού τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος.

Αξίζει να αναφερθεί πως στη χώρα μας δρουν εθελοντικά διάφοροι οργανισμοί που υποστηρίζουν της μητέρες σε ότι αφορά την βρεφική – παιδική διατροφή (ο Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδος – La Leche League Greece, το Δίκτυο Δράσης για την Παιδική Διατροφή Ελλάδας –IBFAN Greece και η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ). Βασικό μέλημα της πολιτείας οφείλει να είναι η υποστήριξη και η ενίσχυση των εθελοντικών αυτών δομών, με συνεχείς ελέγχους και πιστοποιήσεις για την λειτουργία τους.

Εν κατακλείδι ας μην παραμελούμε την φράση του Αριστοτέλη «για καθετί που υπάρχει στη φύση, πίσω του κρύβεται κάποιος λόγος» και για το μητρικό γάλα υπάρχουν αναρίθμητοι λόγοι για να το υποστηρίξουμε και να το αγκαλιάσουμε.



## 6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΗΛΙΚΙΑ: \_\_\_\_\_
2. Επίπεδο μόρφωσης:
  - Πρ /θμια εκπαίδευση
  - Δ /θμια εκπαίδευση
  - Τρ /θμια εκπαίδευση
  - Μεταπτυχιακές σπουδές
  - Κάτοχος διδακτορικού τίτλου
3. Οικογενειακό εισόδημα:
  - 0 – 5000 €
  - 5001 – 10000 €
  - 10001 – 15000 €
  - 15001 – 20000 €
  - 20000 + €
4. Πόσα παιδιά έχετε; \_\_\_\_\_
5. Κατά τη διάρκεια της κύησης παρακολουθούσατε μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας;
  - Ναι
  - Όχι
  - Δεν γνωρίζω τι μαθήματα είναι αυτά
6. Αν όχι από που αντλούσατε πληροφορίες σχετικά με τον θηλασμό;
  - Από τον γιατρό μου
  - Από συγγενείς και φίλους
  - Από το διαδίκτυο
  - Από ομάδες μαμάδων στα Μέσα Μαζικής Δικτύωσης
  - Άλλο: \_\_\_\_\_

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν πληροφορίες για το τελευταίο σας παιδί

1. Πώς γεννήσατε το τελευταίο σας παιδί;
  - Φυσιολογικός Τοκετός
  - Τοκετός στο νερό
  - Με Καισαρική τομή
2. Χρειάστηκε το μωρό σας να νοσηλευτεί σε ΜΕΝΝ;
  - Ναι
  - Όχι
  - i. Αν ναι για πόσο διάστημα: \_\_\_\_\_

3. Πώς σιτιζόταν το μωρό σας στο μαιευτήριο / νοσοκομείο;
- Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός
  - Μητρικός Θηλασμός + Formula
  - Μόνο Formula
4. Πώς σιτιζόταν το μωρό σας όταν επιστρέψατε στο σπίτι;
- Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός
  - Μητρικός Θηλασμός + Formula
  - Μόνο Formula
5. Σε τι ηλικία ήταν το μωρό σας όταν επιστρέψατε στην εργασία σας;
- >2 μηνών
  - 2 - 4 μηνών
  - 4 - 6 μηνών
  - 6 - 9 μηνών
  - 9+ μηνών
6. Για ποιο λόγο επιστρέψατε στην εργασία σας;
- Για οικονομικούς λόγους
  - Τελείωσε η άδεια μητρότητας
  - Για ψυχολογικούς λόγους
  - Άλλο. Αναφέρατε τι:
- 
- 
7. Πώς σιτιζόταν το μωρό σας την περίοδο που επιστρέψατε στην εργασία σας;
- Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός
  - Μητρικός Θηλασμός + Formula
  - Formula
  - Μητρικός θηλασμός + στερεές τροφές
  - Formula + στερεές τροφές
8. Πόσο μηνών ήταν το μωρό σας όταν ξεκινήσατε στέρεες τροφές;
- Πριν από τον 6<sup>ο</sup> μήνα
  - Ακριβώς στον 6<sup>ο</sup> μήνα
  - Δεν έχουμε ξεκινήσει ακόμα στέρεες τροφές
9. Πόσο μηνών ήταν το μωρό σας όταν ξεκινήσατε απογαλακτισμό;
- >2 μηνών
  - 2 - 4 μηνών
  - 4 - 6 μηνών
  - 6 - 12 μηνών
  - 12+ μηνών
10. Για ποιο λόγο ξεκινήσατε απογαλακτισμό;
-

Εδώ είναι κάποιες προτάσεις που περιγράφουν τη διαδικασία του θηλασμού. Παρακαλώ επιλέξτε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα το αίσθημα αυτοπεποίθησής σας για κάθε πρόταση. Αν έχετε ξεκινήσει αποθηλασμό αναφερθείτε στην περίοδο που θηλάζατε.

1. Πιστεύω ότι μπορώ πάντα να καταλάβω ότι το μωρό μου παίρνει αρκετό γάλα.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

2. Πιστεύω ότι μπορώ να θηλάσω αποκλειστικά το μωρό μου χωρίς να χρειαστεί να δώσω φόρμουλα

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

3. Πιστεύω και είμαι σίγουρη ότι το μωρό μου θήλαζε σωστά σε όλη την περίοδο του θηλασμού.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

4. Μπορώ πάντα να θηλάσω μέχρι να νιώσω σίγουρη ότι το παιδί μου χορταίνει.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

5. Μπορώ πάντα να θηλάσω ακόμα και όταν το παιδί μου κλαίει.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

6. Θέλω πάντα να θηλάζω το μωρό μου.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

7. Είμαι πάντα άνετη να θηλάσω το μωρό μου, ακόμα και παρουσία συγγενικών προσώπων.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

8. Είμαι πάντα ικανοποιημένη από την εμπειρία μου στο θηλασμό.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

9. Έχω αποδεχθεί το γεγονός ότι ο θηλασμός χρειάζεται υπομονή.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

10. Το μωρό μου χορταίνει από το ένα στήθος, χωρίς να χρειάζεται να θηλάσω από το άλλο.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

11. Μπορώ να θηλάσω το μωρό μου αποκλειστικά σε κάθε γεύμα.

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

12. Μπορώ να θηλάσω το μωρό μου κάθε φορά που πεινάει

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

13. Είμαι σε θέση να αναγνωρίσω την ώρα που χορταίνει και τελειώνει το γεύμα του

- Καθόλου Σίγουρη       Όχι ιδιαίτερα σίγουρη       Μερικές φορές       Πολύ σίγουρη       Πάντα σίγουρη

Σε αυτό το σημείο ακολουθούν προτάσεις σχετικές με τον θηλασμό στο χώρο εργασίας. Επιλέξτε τον αριθμό ο οποίος εκφράζει περισσότερο την άποψη σας.

1. Οι συνεργάτες μου συμφωνούν ότι ο θηλασμός είναι ο καλύτερος τρόπος σίτισης ενός μωρού.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

2. Οι συνεργάτες μου με υποστηρίζουν όταν πρέπει να αντλήσω γάλα / θηλάσω.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

3. Ο θηλασμός είναι κάτι πολύ κοινό στην εργασία μου.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

4. Οι συνεργάτες μου δε με κοροϊδεύουν όταν καμιά φορά τα ρούχα μου λερώνονται με γάλα.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

5. Οι συνεργάτες μου δεν κάνουν ποτέ σχόλια που πιθανόν να με θίγουν.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

6. Ο εργοδότης μου είναι θερμός υποστηρικτής του θηλασμού.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

7. Οι συνεργάτες μου με ακούν ευχάριστα να μιλάω για την εμπειρία μου στο θηλασμό.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

8. Νιώθω άνετα να κάνω αρκετά διαλείμματα στη δουλειά μου προκειμένου να αντλήσω γάλα / θηλάσω.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

9. Στην εργασία μου υπάρχει συγκεκριμένος χώρος με σήμανση «δωμάτιο θηλασμού» για να θηλάσω το μωρό μου ή να αντλήσω γάλα.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

10. Μπορώ εύκολα να βρω ένα ήσυχο δωμάτιο εκτός του μπάνιου για να αντλήσω γάλα.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

11. Στη δουλειά μου υπάρχει ψυγείο που μπορώ να φυλάξω το γάλα που αντλώ.

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα

12. Στη δουλειά μου υπάρχει θήλαστρο για τις εργαζόμενες που θηλάζουν

- Διαφωνώ απόλυτα       Διαφωνώ       Δε συμφωνώ ούτε διαφωνώ       Συμφωνώ       Συμφωνώ απόλυτα



## 7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

Αθανασιάδου Χ, (2020) Στρατηγικός σχεδιασμός για το μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα

Βαράκης Ν. (2012) Οικονομοτεχνική μελέτη μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα. Αθήνα

Δανέζη Μ. (2011) Μητρικός θηλασμός και οικονομικός παράγοντας . ΓΝΑ Έλενα Βενιζέλου.

Ηλιάδου Μ, Λυκερίδου Αικ, Πρεζεράκος Π, Ζύγα Σ, Σακελλάρη Ε, Βιβιλάκη Β, Τζιαφέρη Σ, (2020) Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας στον μητρικό θηλασμό και συσχέτισή της με καταθλιπτική συμπτωματολογία

ΚΥΑ: Γ1α/Γ.Π. οικ. 45569/15-6-2017 (ΦΕΚ 2127 τα Β', ΑΔΑ:70ΨΒ465ΦΥΟ-103)

Κώστογλου Ε, (2020) Η επίδραση του είδους τοκετού στο νεογνικό αποτέλεσμα και τον τρόπο σίτησης των νεογνών που γεννήθηκαν με κοιλιακό τοκετό μετά από καισαρική τομή και εκλεκτική επαναληπτική καισαρική τομή

Μώρος, Μ. (2010) Ιστορία και Φιλοσοφία του Μητρικού Θηλασμού από την αρχαιότητα έως τη σύγχρονη εποχή. ΕΛΕΥΘΩ;1:28-32.

Νόμος 2101/1992 (ΦΕΚ τ.Α'/192)

Νόμος 4808/ 2021 ( ΦΕΚ 101/Α/ 19-06-2021 )

Ο ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2018, Κανονισμοί δυνάμει του άρθρου 6 (2)(β)

Όμηρος. Ιλιάδα.

Όμηρος. Οδύσσεια

Πανταζή Μ. (2012) Μητρικός Θηλασμός και οικονομική κρίση. ΕΛΕΥΘΩ;1: 25-3

Παππάς Α, Σαλαμαλέκης Ε, 2008, « Φυσιολογικός και Παθολογικός τοκετός»

### Ξένη βιβλιογραφία

Aeschylus. Seven Against Thebe, verses 349-350.

Aeschylus. The Libation Bearer, verses 734, 746-761.

American Academy of Pediatrics (2005) Breastfeeding Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics Vol. 115 No. 2.

American Academy of Pediatrics, 2009, Tuberculosis. In: Pickering LK, Barker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds Red Book: 2009 Report of the Committee on infectious diseases. 28<sup>th</sup> ed Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 680-701

American Academy of Pediatrics, 2009, Tuberculosis. In: Pickering LK, Barker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds Red Book: 2009 Report of the Committee on infectious diseases. 28<sup>th</sup> ed Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 680-701

American Academy of Pediatrics, 2012, Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics Vol 129, Issue 3 : 827-841

American Academy of Pediatrics. (2014) New Mother's Guide to Breastfeeding, 2nd Edition

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk (RE2729).

Ancient Greek literature (1992) The Greeks, Hippocrates, Complete Works, Volume 4th. Cactus publications.

Ancient Greek literature (1993) The Greeks, Hippocrates, Complete Works 1, Aphorisms. Cactus publications.

Aristophanes translation. Georgiosopoulos K. Editions Cactus 1992.

Bartick M. (2011) Breastfeeding and the U.S. economy. Pubmed 2011 Oct;6:313-8.

Bartick M.C., Stuebe A.M., Schwarz E.B., et al. (2013) Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. Obstet Gynecol. 2013;122(1):111-9

Bartick M, Reynold A, 2010, The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics 125(5)

Bener A, Hoffmann GF, Afify Z, Rasul K, Tewfik I, 2008, Does prolonged breastfeeding reduce the risk of childhood leukemia and lymphomas? Minerva Prdiatr 60(2):155-161

Centers for Disease Control and prevention, 2017, US Breastfeeding rate go up! More work is needed.

Centers for Disease Control and prevention, 2019, Breastfeeding

Centers of Control Disease and Prevention, 2009, H1N1 flu (Swine Flu) and feeding your baby: what parents should know. Available at: [http://www.cdc.gov/h1n1flu/infantfeeding.htm?s\\_cid=h1n1Flu\\_outbreak\\_155](http://www.cdc.gov/h1n1flu/infantfeeding.htm?s_cid=h1n1Flu_outbreak_155)

Chasela CS, Hudgens MG, Jamieson DJ et al, 2010, BAN Study Group. Maternal or infant antiretroviral drugs to reduce HIV-1 transmission. *N Engl J Med.* 362(24):2271-2281  
pmid:20554982

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002, Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 360(9328); 187-195

Concalves DU, Proietti FA, Ribas JC et al, 2010, Epidemiology, treatment and prevention of human T-cell Leukemia virus type 1- associated diseases. *Clin Microbiol Rev* 23(3):577-589

Das UN, 2007, Breastfeeding prevents type 2 diabetes mellitus: but, how and why? *Am J Clin Nutr.* 85(50):1436-1437

Davies M. (2016) Course 3335-Breastfeeding. NetCe

Der G, Batty GD, Deary IJ, 2006, Effect of breastfeeding in intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ* 333(7575)L945-950

Doolan P. (2008) Nursing times. *History Today* 58(12).

Duijts L, Laddoe VW, Hofman A, moll Ha, 2010, Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics* 126(1)

Euripides-Tragedies, translation Lekatsa P. Editions Kastaniotis. Athens 1997

Fomon S. (2001) Infant Feeding in the 20th century; formula and beikost. *J Nutr* 131(2): 409S-20S

Furman L, Taylor G, Minich N, Hack M, 2003, The effect of maternal milk on neonatal morbidity of very low-birth- weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157(1):66-71

Garry A, Rigourd V, Amirouche A, Faroux V, Aubry S, Serresu R, 2009, Cannabis and breastfeeding. *J Toxicol.* 2009:59614 pmid:20130780

Greer FR, Apple RD. (1991) Physicians, Formula Companies, and advertising. A historical perspective. *Am J Dis Child* 145(3): 282-286.

Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, 2008, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of induction of complementary foods and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 121 (1): 183-191

Guedes HT, Souza LS, 2009, Exposure to maternal smoking in the first year of life interferes in breast-feeding protective effect against the onset of respiratory allergy from birth to 5yr. *Pediatr Allergy Immunol* 20(1):30-34 pmid:18208466

Hamele M, Flanagan R, Loomis CA, Stevens T, Fairchok MP, 2010, Severe morbidity and mortality with breast milk associated cytomegalovirus infection. *Pediatr Infect Dis* 29(1): 84-86 pmid:19884873

Hamprecht K, Maschmann J, Muller D et al, 2004, Cytomegalovirus (CMV) inactivation in breast milk: reassessment of pasteurization and freeze- thawing. *Pediatr Res* 56(4):529-535 pmid:15295084

Hovath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford G, Read JS, 2009, Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Syst Rev* 21(1): CD006734omid:19160297

IBFAN : Statement on Infant and Young Child Feeding and Chemical Residues ,May 2013

Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J, 2009, a summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med* 4: S17-30

Isaacs EB, Fischl BR, Quinn BT, Chong Wk, Gardian DG, Lucas A, 2010, Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatr Res.* 67(4):357-362

Jansson LM, 2009, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for breastfeeding and the drug- dependent woman. *Breastfeeding Med* 4(4):225-228 pmid:19835481

Jeon H, Joo SH, Choi A, Han JY, Jeong ES, Shin HJ, Kim JY, 2019, The effect of breastfeeding on prevention of maternal hypertension: systematic review. *J Korean Soc Matern Child Health* 23(3); 185-190

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, 2003, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 362 (9377):65-71

Kaiser Permanente (1995) Internal research to determine benefits of sponsoring an official lactation program

Kim J., Shin J. , Donovan S., (2018) Effectiveness of Workplace Lactation Interventions on Breastfeeding Outcomes in the United States: An Updated Systematic Review

Konner M., & Worthman C.M. (1980) Nursing frequency, gonadal function and birth spacing among Kung hunter-gatherers. *Science* 207(4432):788-90.

Kramer MS, Aboud F, Mironova E et al, 2008, Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 65(5):578-584

La leche league, 2020, Continuing to Nurse your baby through Coronavirus (2019-nCov;covid-19) and other respiratory infections

Liebrechts- Akkerman G, Lao O, Liu F et al, 2011, Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr* 179(10):1281-1291

Litwan K., Tran V. , Nyhan K., Pérez-Escamilla R. (2021) How do breastfeeding workplace interventions work

Lowdermilk DL., & Shannon E. Perry & Mary Catherine Cashion (2014) *Maternity Nursing - Revised Reprint*, 8th Edition. Mosby

Lypourlis D. (1983) Hippocratic collection, Onwinds, waters, sites. Observer. Thessaloniki.

Mahon J., Claxton L. and Wood H. et al. (2016) Modelling the cost-effectiveness of human milk and breastfeeding in preterm infants in the United Kingdom. *Health Economics Review*. (2016) 6:54

Maschmann J, Hamprecht K, Weissbrich B, Dietz K, Jahn G, Speer CP, 2006, Freeze- thawing of breast milk does not prevent cytomegalovirus transmission to a preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 91(4): 288-290 pmid:16790732

Mennella JA, Pepino MY, 2010, Breastfeeding and prolactin levels in lactating women with a family history of alcoholism. *Pediatrics* 125(5). Available at: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/5/e1162](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/5/e1162)

Muller M, Walton P, 2019, Safe sleep and breastfeeding to reduce sudden infant death syndrome, Quality improvement projects AWHONN Convection

NIH, 2018, Breastfeeding and breast milk, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health

NIH, 2018, Breastfeeding and breast milk, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health

Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S et al, 2010, Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years, *Pediatrics* 125(1):50-59

Osborn ML. (1979) The rent breasts: A brief history of wet-nursing. *Midwife Health Visit Community Nurse* 15(8): 302-306.

Parikh NI, Hwang SJ, Ingelsson E et al, 2009, Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease factors. *Am J med* 122(7): 656-663

Perrine CG, Shealy KM, Scanlon KS et al, 2011, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital Signs: hospital practices to support breastfeeding- United States, 2007 and 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 60(30):1020-1025

Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A, 2007, Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millenium Cohort Study. *Pediatrics* 119(4)

Radbill S. (1981) Infant feeding through the ages. *Clinical Pediatrics*. PubMed 1981:20(10):613-621.

Rashid A, Shamsuddin N, Raja D, Raja M, Sallahuddin N., Devaraj N, 2015. Breastfeeding Practice, Support, and Self- Efficacy Among working Mothers in a Rural Health Clinic in Selangor

Renfrew M. et al. (2012) Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. London: Unicef

Riordan J. (1997) The cost of not breastfeeding: a commentary. *J Hum Lact* 1997; 13(2) 93-97.

Rosenbauer J, Herzig P, Giani G, 2008, Early infant feeding and risk of type 1 diabetes mellitus- a nationwide population- based case- control study in pre-school children. *Diabetes Metab Res Rev.* 24(3):211-222

Rowbotham S., Marks L. , Tawia S, Woolley E., Rooney J., Kiggins E., Healey D., Wardle K. Campbell V. Bridges N., Hawe P. (2021) Using citizen science to engage the public in monitoring workplace breastfeeding support in Australia

Ruhrah J. (1926) *Pediatrics of the Past.* 8(2): 386-388.

Ruth A., Lawrence M.D. (1999) .Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. (5th Ed), Mosby Year Book

Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM et al, 2009, Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol* 113(5):974-982

Shah DK, Doyle LW, Anderson PJ et al, 2008, Adverse neurodevelopment in preterm infants with postnatal sepsis or necrotizing enterocolitis is mediated by white matter abnormalities on magnetic resonance imaging at term, J Pediatr 153(2): 170-175

Shapiro RL,, Hughes MD, Ogwu A et al, 2010, Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. N Engl J Med 362(24):2282-2294 pmid:20554983

Steurer, L. M. (2017). Maternity leave length and workplace policies' impact on the sustainment of breastfeeding: Global perspectives. Public Health Nursing, 34(3), 286-294.

Kozhimannil, K. B., Jou, J., Gjerdingen, D. K., McGovern, P. M. (2016). Access to workplace accommodations to support breastfeeding after passage of the Affordable Care Act. Women's Health Issues, 26(1), 6-13

Stevens E, Patrick T, Pickler R. (2009) A history of Infant feeding. J Perinat Educ 18(2): 32-3

Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ, 2009, Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15- year cohort study. Pediatrics. 123(2):483-493

Stuart-Macadam P., Dettwyler K. (2017) Breastfeeding: Biocultural Perspectives. Routledge.

Stuebe AM, Willett WC, Xue F, Michels KB, 2009, Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. Arch Intern Med 169(15): 1364-1371

Subcommittee on Nutrition During Lactation, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1991, Nutrition During Lactation. Washington DC: National Academies Press:113-

Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH et al, 2010, An exclusively human milk- based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. J Pediatrics 156(4): 562-567

Tsekourakis D. (1996) Hippocrates, On human nature. Library of Ancient authors. Dedalus Publishing

UNICEF (2012). Κατανοώντας το παρελθόν – Σχεδιάζοντας για το μέλλον. Αθήνα

UNICEF (2018) Breastfeeding A Mother's Gift, for Every Child.

UNICEF/WHO (1990) Innocenti Declaration. Florence

UNICEF/WHO (2009) Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care.

UNICEF/WHO (2017) Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding.

Von Strandmann S. (2013) A brief history of infant feeding. International

Wallenborn J, Lu J, Masho S, (2019). Workplace support and breastfeeding duration: The mediating effect of breastfeeding intention and self-efficacy

Whitley M. , Ro A., , Choi B., (2019) Workplace breastfeeding support and job satisfaction among working mothers in the United States

WHO, 2001, The WHO's infant feeding recommendation

Wickes IG. (1953) A history of infant feeding. Part I. Primitive peoples: Ancient works: Renaissance writers. Arch Dis Child 28(138): 151-158.

Wickes IG. (1953) A history of infant feeding. Part II: seventeenth and eighteenth centuries. Arch Dis Child 28(139): 232-240.

Wickes IG. (1953) A history of infant feeding. Part III: eighteenth and

Wollstonecraft M. (1792) A Vindication of the Rights of Woman: with Strictures on Political and Moral Subject

World Health Organization (1981) International Code of Marketing Breast-milk Substitutes. Geneva

World Health Organization (2001) Report of an Expert Consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva.

World Health Organization (2002) Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, 55th World Health Assembly, World Health Organization, Geneva

World Health Organization (2010) Breast is always best, even for HIV-positive mothers. Geneva

World Health Organization in collaboration with UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.

World Health Organization/ UNICEF: Global Breastfeeding Collective, Enabling women to breastfeeding through better policies and programmes, Global Breastfeeding Scorecard, 2018

Yasmeen T, Kumar S, Sinha S, Anamul Haque M, Singh V, Sinha S, (2019) Benefits of breastfeeding for early growth and long-term obesity: a summarized review. International Journal of Medical Science and Diagnosis Research Vol3, issue 1, pg. 190-194

Yilmaz G, Hizli S, Karacan C, Yurdakok K, Coskun T, Dilmen U, (2009) Effect of passive smoking on growth and infection rates of breast-fed and non-breast-fed infants. Pediatr Int 51(3):352-358 pmid:19400822

Yurtsal B, (2020) Breastfeeding during the Covid-19 Pandemic



## Πηγές στο διαδίκτυο

1. <https://www.who.int/>
2. <https://www.unicef.org/>
3. <http://epilegothilasma.gr/>
4. <http://www.babybottle-museum.co.uk>
5. <http://www.oaed.gr/>
6. <https://ibfan.gr/>
7. [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0234\\_EL.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0234_EL.html)