ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Όνομα Επίθετο Φοιτητριών

Γκιζέμ Ορκότς 16988

Ελένη Δρυμώνα 17023

Μαρία Μπεζαντάκου 16948

Όλγα Παϊκοπούλου 16101

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Ελένη Τύμπα

Ιωάννινα, Μάιος, 2019

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Όνομα Επίθετο Φοιτητριών

Γκιζέμ Ορκότς 16988

Ελένη Δρυμώνα 17023

Μαρία Μπεζαντάκου 16948

Όλγα Παϊκοπούλου 16101

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Ελένη Τύμπα

Ιωάννινα, Μάιος, 2019

Breastfeeding and its influence on mother and child

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, 16/05/2019

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπουσα καθηγήτρια

   Τύμπα Ελένη

2. Μέλος Επιτροπής

   Καραβίδα Βασιλική

3. Μέλος Επιτροπής

   Νούσια Αλεξάνδρα

Ο Προϊστάμενος του Τμήματος

Βρυώνης Γεώργιος

Υπογραφή

Copyright © ονόματα , 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Γκιζέμ Ορκότς

Ελένη Δρυμώνα

Μαρία Μπεζαντάκου

Όλγα Παϊκοπούλου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο μητρικός θηλασμός είναι μια φυσική διαδικασία σίτισης των βρεφών με πολλά οφέλη σε επίπεδο υγείας, οικονομικό, περιβαλλοντικό και ψυχολογικό. Ωστόσο, ο μητρικός θηλασμός μπορεί να αποτελέσει μια επίπονη διαδικασία για κάποιες μητέρες. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της εμπειρίας του θηλασμού σε δείγμα 43 μητέρων με τη χρήση ερωτηματολογίου. Συμπέρασμα της παρούσας μελέτης είναι πως ο μητρικός θηλασμός αποτελεί ικανοποιητική εμπειρία για τις μητέρες οι οποίες είναι πρόθυμες να υιοθετήσουν τη διαδικασία του μητρικού θηλασμού σε επόμενη κύηση και επιθυμούν περισσότερη ενημέρωση.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ : μητρικός θηλασμός, εμπειρία, επίδραση θηλασμού, διαδικασία θηλασμού

ABSTRACT

Breastfeeding is a natural process of feeding babies having many health, economic and psychological benefits. However, breastfeeding can be an arduous process for some mothers. The purpose of this study is to investigate breastfeeding experience in a sample of 43 mothers using a questionnaire. The conclusion of this study is that breastfeeding is a satisfying experience for mothers who are willing to adopt breastfeeding in a future pregnancy and they wish to have more information about this procedure.

KEY WORDS: breastfeeding, experience, influence of breastfeeding, breastfeeding process

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ7

ABSTRACT8

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{Ο}11

ΘΗΛΑΣΜΟΣ & ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ11

1.1. Ορισμός μητρότητας και ιστορική αναδρομή11

1.2 Θηλασμός στα πλαίσια της κοινωνίας και του πολιτισμού13

1.3 Ο θηλασμός σε μια βιοηθική προσέγγιση20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{Ο}22

Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΩΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ23

2.1 Η Σύσταση του μητρικού γάλακτος & οι ιδιότητες του23

2.2 Προετοιμασία για το θηλασμό26

2.3 Τεχνικές & Διάρκεια θηλασμού29

2.5 Επιστροφή στην εργασία και θηλασμός – Νομοθετικό Πλαίσιο & Διαδικασία36

2.6 Απογαλακτισμός40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{Ο}45

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ45

3.1 Τα Οφέλη από το θηλασμό45

3.1.1 Τα οφέλη στην υγεία45

3.1.2 Ψυχολογικά οφέλη50

3.1.3 Οικονομικά οφέλη54

3.2 Μειονεκτήματα του θηλασμού56

3.3 Αντενδείξεις για το θηλασμό58

3.4 Προβλήματα και παράγοντες αποτυχίας κατά το θηλασμό60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{ο}64

Η ΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ64

4.1 Ο ρόλος της κοινωνίας64

4.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και του συστήματος υγείας71

4.3 Ο ρόλος της κοινότητας78

4.4 Ο ρόλος της οικογένειας & των φροντιστών84

4. 5 Ο ρόλος του πατέρα και η συζυγική σχέση87

4.5.1 Η άποψη του πατέρα σχετικά με το θηλασμό88

4.5.2 Η επιρροή της στάσης του πατέρα στο θηλασμό90

4.5.3 Η επιρροή της κοινωνικο – οικονομικής κατάστασης του πατέρα στο θηλασμό.92

4.5.4 Η επιρροή της εκπαίδευσης για το θηλασμό στον πατέρα94

4.5.5 Η προθυμία των πατέρων να συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το θηλασμό.97

4.5.6. Στάσεις προς τη σεξουαλικότητα και τον θηλασμό99

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ100

2.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων110

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ115

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ115

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ130

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ133

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΘΗΛΑΣΜΟΣ & ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

1.1. Ορισμός μητρότητας και ιστορική αναδρομή

Με τον όρο μητρότητα περιγράφεται η ικανότητα της γυναίκας σε αναπαραγωγικό επίπεδο υποκινούμενη από το ίδιο το μητρικό ένστικτο το οποίο είναι εγγενές και φυσικό φαινόμενο της τάσης της μητέρας να παρέχει προστασία στο παιδί της (Rich, 1977). Μέσα στους αιώνες, η μητρότητα έχει υποστεί ένα τεράστιο αριθμό αλλαγών. Πιο αναλυτικά, η σχέση της μητέρας και του παιδιού στο παρελθόν ήταν μια σχέση που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί καταπιεσμένη διότι ο πατέρας ήταν το άτομο το οποίο ήταν υπεύθυνος για τον τρόπο ανατροφής και διαπαιδαγώγησης των παιδιών. Η συμβολή της παρουσίας της μητέρας δεν αναγνωριζόταν και ήταν εντελώς απαξιωμένη ακόμα και στις κοινωνίες του Δυτικού κόσμου (Ribbens, 1997).

Με το πέρασμα στον 20ο αιώνα, η γυναίκα και στο ρόλο της μητέρας ξεκινά να διεκδικεί τα δικαιώματα της κάνοντας το φεμινιστικό κίνημα σταδιακά να παίρνει σάρκα και οστά μέσα από διαμαρτυρίες οι οποίες οργανώνονται από τα διάφορα κινήματα της εποχής. Έτσι, με αυτό τον τρόπο, δημιουργείται ο ματερναλιστικός φεμινισμός οποίος αφορά τα δικαιώματα της γυναίκας ως μητέρα για την προστασία του ρόλου της στη μητρότητα, αν και αυτό το δικαίωμα θεωρείται πρακτικά όχι πλήρως αναγνωρισμένο (Hausman, 2012).

Η μητρότητα παρουσιάζεται μέσα στους αιώνες να είναι συνδεδεμένη με τα εθνικά ιδεώδη για την ενδυνάμωση του εθνικού φρονήματος. Όπως για παράδειγμα οι γυναίκες της περιόδου του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου οι οποίες προωθούσαν την ειρήνη ή αντιμετώπιζαν με υπομονή τον χαμό των παιδιών τους στα μέτωπα του πολέμου. Παρά το γεγονός πως οι γυναίκες συνδέονται άμεσα με την αξία και το νόημα της ζωής, γιατί από τη φύση την προσφέρουν, την περίοδο που προαναφέρθηκε, οι γυναίκες υιοθέτησαν αρκετά ριζοσπαστικές αντιλήψεις (Ouditt, 1993).

Όταν ο Στάλιν λαμβάνει την εξουσία, ένας μεγάλος αριθμός φεμινιστικών αντιλήψεων παραγκωνίστηκαν. Στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο, το πρότυπο της γυναίκας - μητέρας που εργάζεται και έχει σχέση με την ανατροφή των παιδιών ταυτόχρονα αποτέλεσε μια από τις πιο καταπιεστικές περιόδους για την γυναίκα και χρησιμοποιήθηκε για την επίτευξη οικονομικών και πολιτικών στόχων (Thurer, 1994).

Αναφορικά με την Ελληνική κοινωνία, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η γυναίκα ήταν υποχρεωμένη να μεγαλώνει υγιή παιδιά και να τα «παραδίδει» στην μητέρα – πατρίδα για το καλό αυτής, Έτσι για την επίτευξη του σκοπού αυτού, η γυναίκα θα έπρεπε να μορφωθεί (Κομνηνού-Πλατανιά, 1914) .

Κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου, οι γυναίκες ξεκινούν να διεκδικούν την ισότητα και σε άλλα δικαιώματα, όπως αυτό το δικαίωμα στην εργασία, στα πολιτικά δικαιώματα, στην εκπαίδευση και απαιτούν την αναθεώρηση του οικογενειακού δικαίου. Ο τρόπος διεκδίκησης των παραπάνω δικαιωμάτων έγινε με φιλειρηνικό τρόπο (Σαμίου, 1988).

Τη σημερινή εποχή, η πραγματικότητα είναι εντελώς διαφορετική. Από τον αγώνα των γυναικών στο δικαίωμα για έκτρωση και προφύλαξη καθώς και τις θεωρίες της Σιμόν ντε Μποβουάρ, η γυναίκα σήμερα διεκδικεί το δικαίωμα στη μητρότητα ακόμα και σε ηλικίες άνω των 40 ετών με οποιοδήποτε τρόπο μπορεί να παρέχει η επιστήμη (Kristeva, 2011).

Η εγκυμοσύνη και η μητρότητα αποτελεί μια μοναδική εμπειρία στην ζωή μιας γυναίκας από την οποία αποκτά πολλά οφέλη με μακροπρόθεσμες επιδράσεις αλλά και δια βίου.

Αρχικά, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης οι εγκεφαλικές λειτουργίες βελτιώνονται, όπως αυτή της μνήμης, για να μπορεί η γυναίκα να ανταπεξέλθει σε αυτή την απαιτητική περίοδο. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο γυναικείος οργανισμός προστατεύεται από εκφυλιστικές νόσους όπως την νόσο του Αλτσχάϊμερ (Fox et.al., 2013). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι γυναίκες που έχουν κυοφορήσει έχουν καλύτερη οστική πυκνότητα και αποκτούν πιο γερά οστά μειώνοντας τους κινδύνους κατάγματος και οστεοπόρωσης (Παπαδοδημητράκη, 2013).

Σύμφωνα με το περιοδικό «*Canadian Medical Association Journal*», η μητρότητα βελτιώνει την αυτοπεποίθηση της γυναίκας και μειώνει τις τάσεις αυτοκτονίας. Τέλος, οι γυναίκες και μάλιστα αυτές που έγιναν μητέρες μετά το τεσσαρακοστό έτος της ζωής τους είχαν μεγαλύτερη διάρκεια

ζωής από τις υπόλοιπες σύμφωνα με έρευνα του πανεπιστημίου του Manchester (Sparud – Lundin, 2011).

1.2 Θηλασμός στα πλαίσια της κοινωνίας και του πολιτισμού

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τον πιο φυσικό τρόπο που αφορά την διατροφή των βρεφών. Είναι μια διαδικασία που αποτελεί προνόμιο της γυναίκας το οποίο οφείλεται σε μια φυσική διαδικασία μεταβολής του μαστού και για αυτό το λόγο όλος ο πληθυσμός των γυναικών μπορούν να θηλάσουν τα νεογνά τους εφόσον η φύση έχει προβλέψει για την παραγωγή ποσότητας μητρικού γάλακτος προκειμένου να καλύπτονται οι ανάγκες των νεογνών (Hill, Aldag, Chatterton & Zinaman, 2005) .

Τα τελευταία χρόνια παρά το γεγονός ότι έχει σημειωθεί αύξηση στα ποσοστά των γυναικών που θηλάζουν τα βρέφη τους , μόνο ένα ποσοστό 36% των βρεφών τρέφονται αποκλειστικά με μητρικό γάλα πριν συμπληρώσουν τον έκτο μήνα ζωής (prismanews.gr, 2018).

Στον ελληνικό χώρο, σύμφωνα με τα ευρήματα που προέκυψαν από έρευνα του Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, το 10% των γυναικών δεν επιθυμεί να θηλάσει. Πιο συγκεκριμένα, από το περίπου 90% των γυναικών που προσπάθησαν να εισαχθούν στη διαδικασία του θηλασμού, το 40% κατάφερε να θηλάσει την πρώτη μέρα της ζωής του βρέφους, το 21% κατάφερε να θηλάσει μέχρι και ολόκληρο τον πρώτο μήνα ενώ μόλις το 11% ολοκλήρωσε τον τρίτο μήνα και τέλος, το 0,9% ολοκλήρωσε τον έκτο μήνα (UNICEF, 2011).

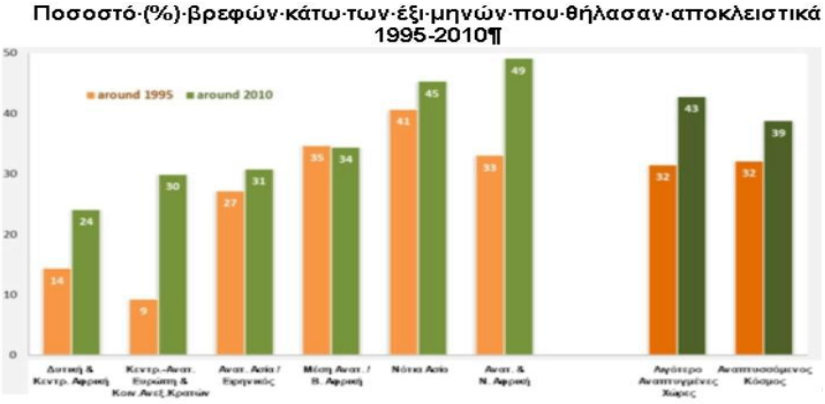
Παγκοσμίως , σύμφωνα με στοιχεία που έγιναν γνωστά κατά τη διάρκεια της Εβδομάδας Θηλασμού από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην Κολομβία τα ποσοστά των βρεφών που τρέφονται αποκλειστικά με μητρικό γάλα για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους αυξήθηκε από 15% σε 43%. Επίσης, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Βραζιλία η πλειοψηφία των βρεφών τρέφεται με μητρικό γάλα για τουλάχιστον 14 μήνες σύμφωνα με ευρήματα ερευνών που διεξήχθησαν έως το 2006 (PAHO/WHO 2013).

Η UNICEF και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στοχεύουν στην προώθηση του μητρικού θηλασμού δίνοντας έμφαση σε ειδικές ομάδες γυναικών. Μία από αυτές τις ομάδες είναι οι εργαζόμενες μητέρες οι οποίες επιστρέφοντας στην εργασία τους μειώνουν την συχνότητα της γαλουχίας συνδυάζοντας το μητρικό με τεχνητό γάλα ή και ακόμα διακόπτουν την γαλουχία (Ashworth et al 2000).

Άλλη μια ομάδα γυναικών είναι αυτή που πάσχουν από AIDS. Εκτιμάται ότι περίπου 800.000 βρέφη μολύνονται μέσω του θηλασμού από τον ιό HIV (UNAIDS/WHO, 2003). Τέλος, γυναίκες οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία προσφύγων ή γυναίκες που η διατροφή τους είναι ανεπαρκής έχουν αρκετή υποστήριξη και ενημέρωση για καλύτερη διατροφή (WHO, 2001)

Ο θηλασμός αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα προαγωγής της υγείας των παιδιών και της ίδιας της μητέρας. Η διατροφή κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας είναι εξαιρετικής σημασίας για την υγεία και την ανάπτυξη σε μεγαλύτερη ηλικία. Συνεπώς, η σωστή διατροφή αποτελεί αντικείμενο της δράσης διεθνών οργανισμών, όπως του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), του Διεθνούς Ταμείου των Ηνωμένων Εθνών για το παιδί (UNICEF) και άλλων οργανώσεων (WHO/UNICEF,1990).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά τον μητρικό θηλασμό αποκλειστικά για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής των βρεφών και τη συνέχιση του θηλασμού έως και τα δυο πρώτα έτη. Σε όλο τον κόσμο, η πλειοψηφία των βρεφών αποτυγχάνουν να ακολουθήσουν τις συστάσεις του ΠΟΥ. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο, η αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού είναι μικρή, από 32% που ήταν το 1995, αυξήθηκε σε ποσοστό 39% το 2010, περίπου μία αύξηση της τάξεως του 22% (Αθανασοπούλου, Καϊτελίδου, Ζυγά, Μαλλιαρού, Καλοκαιρινού, 2013).



Ανάλυση που βασίζεται σε στοιχεία από 77 χώρες με διαθέσιμα στοιχεία. (Λατινική Αμερική και Κίνα εξαιρούνται λόγω ανεπαρκών στοιχείων).
Πηγή: UNICEF, http://www.childinfo.org/breastfeeding_progress.html (Ιαν. 2012).

Σε όλες σχεδόν τις χώρες τα ποσοστά μητρικού θηλασμού έχουν αυξηθεί και η τάση χαρακτηρίζεται αυξητική, εκτός από τη Βόρεια Αφρική και τη Μέση Ανατολή. Στην Κεντρική

Ευρώπη και στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης υπάρχουν χαμηλά ποσοστά έναρξης του μητρικού θηλασμού μέσα στην πρώτη ώρα από τη γέννηση (43% των βρεφών), καθώς επίσης της έγκαιρης και συμπληρωματικής διατροφής (σε ποσοστό μόνο 60%), σε συνδυασμό με τη συνέχιση του θηλασμού μετά τους έξι μήνες (μόνο σε ποσοστό 75% μέχρι τον πρώτο χρόνο και 56% μέχρι τα 2 χρόνια).

Η απόφαση της εκάστοτε μητέρας να θηλάσει το βρέφος της σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως ψυχοκοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς. Το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η ηλικία, η εθνικότητα, η μορφή της εργασίας και η ψυχική υγεία της μητέρας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για το αν θελήσει να θηλάσει το βρέφος της και καθορίζει επίσης και το χρονικό διάστημα που θα ακολουθήσει την πρακτική του θηλασμού (Daglas & Antoniou 2012; Heck, Braveman, Cubbin, Chavez, Kiely, 2006). Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί πως οι αξίες που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό ποικίλλουν σύμφωνα με το πολιτισμικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο του γενικού πληθυσμού (Cripe, 2008).

Ο τρόπος σίτισης των βρεφών επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες, όπως η εκπαίδευση των μητέρων, τις συνθήκες διαβίωσής τους, την ύπαρξη κοινωνικού ιστού προστασίας και την παρεχόμενη φροντίδα που προσφέρουν οι δομές υγείας στις οποίες εντάσσεται ο πληθυσμός (Yngve & Sjostrom, 2001). Σημαντικό ρόλο παίζει η ενημέρωση των γυναικών για τη σίτιση των βρεφών από τους επαγγελματίες υγείας, η ενημέρωση του πληθυσμού για τις διατροφικές συνήθειες κατά τον κύκλο της ζωής, και η νομοθεσία για την προστασία της μητρότητας στις μητέρες οι οποίες εργάζονται (Greer & Apple, 1991). Επίσης, η απόφαση για την υιοθέτηση του μητρικού θηλασμού εξαρτάται από τη στάση της οικογένειας, το ευρύτερο συγγενικό και φιλικό περιβάλλον και τη άποψη του πληθυσμού για το θηλασμό (Αθανασοπούλου & Καλοκαιρινού, 2010).

Οι πρακτικές σίτισης των βρεφών επηρεάζονται κατά πολύ από νέες ιδέες και πρότυπα της δυτικής κυρίαρχης κουλτούρας (Πεχλιβάνη, Ματάλα & Καραμανές, 2008*)*. Ελάχιστες είναι οι χώρες που έχουν διεξάγει εθνικές έρευνες για τη σίτιση των βρεφών τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ στις περισσότερες χώρες υπάρχουν μόνο αποσπασματικά στοιχεία (Singh, Kogan & Dee, 2007). Οι παραδοσιακές πεποιθήσεις σχετικά με το θηλασμό ποικίλουν αρκετά μεταξύ των διαφορετικών κοινωνιών και παρουσιάζονται να είναι υπεύθυνες για το χαμηλό ποσοστό που αφορά τον αποκλειστικό θηλασμό. Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε πολυπολιτισμικές

περιοχές βρέθηκε ότι η εθνικότητα σχετίζεται άμεσα με το θηλασμό καθώς και τη διάρκεια που θα λάβει χώρα (Homer, Sheehan & Cooke, 2002; Forster et.al, 2004).

Σύμφωνα με ευρήματα μελετών, υπάρχουν αρνητικές αντιλήψεις περί θηλασμού και μητρικού γάλακτος με έντονο παράδειγμα του χαρακτηρισμού για το πρωτόγαλα το οποίο θεωρείται επικίνδυνο και βρώμικο για την υγεία του βρέφους (Ergenekon-Ozelci 2006; McLachlan & Forster, 2006).

Είναι σαφές πως για να ερμηνευθούν αυτές οι πεποιθήσεις θα πρέπει να τοποθετηθούν μέσα στο αντίστοιχο πολιτισμικό πλαίσιο. Οι πολιτισμικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού έχουν μελετηθεί και έχουν αξιολογηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ευρέως (Simard et.al, 2005; Dennis, 2002; Celi, Rich-Edwards, Richardson, Kleinman & Gillman, 2005). Η γνώση και ο καθορισμός ενός συγκεκριμένου κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου των γυναικών και του γενικού πληθυσμού μπορεί να ερμηνεύσει τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό τις διαφορές που υπάρχουν στις αξίες για το μητρικό θηλασμό.

Το πολιτισμικό επίπεδο του μητρικού θηλασμού

Η διαδικασία έναρξης και συνέχισης του θηλασμού επηρεάζεται από μια πολύ περίπλοκη αλληλεπίδραση του πολιτισμικού υπόβαθρου, την κοινωνική υποστήριξη και την κοινωνική και την οικονομική κατάσταση. Οι χώρες στην πλειοψηφία τους, που ο θηλασμός αποτελεί μια διαδεδομένη διαδικασία, οι μητέρες αρχίζουν να θηλάζουν τα βρέφη τους αμέσως μετά τον τοκετό. Μέχρι πρόσφατα, στα μαιευτήρια των χωρών της Δύσης, ακολουθούσαν την τακτική να αποχωρίζουν τις μητέρες από τα βρέφη αμέσως μετά τη γέννησή τους για το διάστημα των πρώτων ωρών οι οποίες ήταν καθοριστικές για την ανάπτυξη δεσμού μητέρας - παιδιού. Η πρακτική αυτή είχε αρνητικές συνέπειες για την επιτυχία της διαδικασίας του θηλασμού καθώς το αντανακλαστικό του «θηλασμού και αναζήτησης» του βρέφους είναι πιο ισχυρό μέσα στα πρώτα τριάντα λεπτά μετά τη γέννηση. Λειτουργεί σύμφωνα με το ένστικτο, ενεργοποιείται με βιολογικό τρόπο και σε περίπτωση διακοπής του στο χρονικό διάστημα των τριάντα λεπτών, η διαδικασία του μητρικού θηλασμού είναι πολύ πιθανό να διαταραχθεί (Victora et.al., 2016).

Έχει αναφερθεί σε μελέτη πως οι μητέρες – μετανάστριες σε αρκετά μεγάλο βαθμό προτιμούν τον προτιμώμενο και κυρίαρχο τρόπο βρεφικής διατροφής στη χώρα υποδοχής. Ακόμη και

εκείνες που επιθυμούν να συνεχίσουν το μητρικό θηλασμό, θεωρούν ότι είναι αρκετά δύσκολο να προχωρήσουν στη διαδικασία αυτή, με δεδομένη την απουσία και τη στήριξη της οικογένειας, την έλλειψη υποστήριξης του θηλασμού στον εργασιακό χώρο, και την έλλειψη αποδοχής του θηλασμού σε χώρους δημόσιους (Agnew, Gilmore & Sullivan, 1997).

Πολλές μελέτες ανθρωπολογικού χαρακτήρα αναφέρουν ότι η θρέψη των νεογέννητων με το μητρικό τους γάλα δεν ήταν ποτέ μια επιλογή, αλλά ένας φυσικός τρόπος διατροφής. Χωρίς την επίδραση του πολιτισμού και λοιπόν πεποιθήσεων, τα βρέφη θα εξακολουθούσαν το θηλασμό μέχρι την ηλικία των 2,5 έως και των 7 ετών (Dettwyler, 1995). Η σημαντική διαφορά μεταξύ των μη-δυτικών και των δυτικών χωρών είναι η πεποίθηση που σχετίζεται με την ανάγκη να μάθουν τα βρέφη στην ανεξαρτησία που θα συμβάλει στην κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη τους με ομαλό και φυσικό τρόπο.
Σε όλους ανεξαιρέτως τους πολιτισμούς, η διαδικασία του απογαλακτισμού περιλαμβάνει την εισαγωγή της στερεάς τροφής και τη σταδιακή διακοπή του μητρικού γάλακτος. Η χρονική στιγμή του απογαλακτισμού επίσης είναι μια διαδικασία η οποία επηρεάζεται από διάφορους πολιτισμικούς παράγοντες. Οι μη-δυτικοί πολιτισμοί θεωρούν ότι τα παιδιά πρέπει να θηλάσουν μέχρι την ηλικία του ενός έτους τουλάχιστον (Small, 1998).

Στο δυτικό πολιτισμό θεωρείται παρακινδυνευμένο για τη ψυχο- συναισθηματική του εξέλιξη ένα παιδί ενώ έχει περπατήσει, να εξακολουθεί να θηλάζει. Μερικοί πολιτισμοί έχουν ταμπού απέναντι στο σεξ κατά τη διάρκεια του θηλασμού και έτσι μια μητέρα ενδέχεται να σταματήσει το θηλασμό του παιδιού της για να είναι ικανή να συνεχίσει τις σεξουαλικές σχέσεις. Τέλος, ο απογαλακτισμός του βρέφους, επιτρέπει στις μητέρες να επιστρέψουν στην εργασία στους νωρίτερα, ειδικά αν στο εργασιακό περιβάλλον δεν υπάρχει επαρκής υποστήριξη για τη διαδικασία του θηλασμού (Senarath, Dibley & Agho, 2010).

<u>Το κοινωνικό επίπεδο του θηλασμού</u>

Οι διαφορετικές προσεγγίσεις του μητρικού θηλασμού στο πλαίσιο των κοινωνιών έχει τη βάση της σε αρκετά μεγάλο βαθμό στην πολιτισμική δομή και όχι σε διαφορές σε ατομικό επίπεδο. Η γνώση σχετικά με το θηλασμό, όταν αυτή υφίσταται, έχει μεταλαμπαδευτεί από τη μητέρα στην κόρη μέσα στο χρόνο υπό τη μορφή προτύπων, πρακτικών και αντιλήψεων. Οι εμπειρίες

αναφορικά με τις πρακτικές για την ανατροφή και τη διατροφή των βρεφών σχεδόν παγιώνονται από την παιδική ηλικία μέσα από την παρατήρηση, την προσομοίωση καθώς και το παιχνίδι. Η ανάγκη αλλαγής της προσέγγισης του μητρικού θηλασμού οδηγεί πολλές φορές σε σύγχυση με δεδομένο πως ο συνδυασμός νεωτερικών συμπεριφορών με τις παλαιές και παγιωμένες πεποιθήσεις είναι αρκετά δύσκολος (Αθανασοπούλου & Καλοκαιρινού, 2010).

Όταν οι γυναίκες γίνονται μητέρες σε κοινωνίες στις οποίες ο θηλασμός είναι ο κανόνας, έχουν κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη από τις οικογένειές τους. Όμως, πολλές μητέρες και άλλες γυναίκες – συγγενείς των γυναικών που γεννούν τα παιδιά τους στην εποχή μας ενδέχεται να έχουν καθόλου έως μικρή εμπειρία με τη διαδικασία του μητρικού θηλασμού. Το συγκεκριμένο γεγονός οφείλεται στις πεποιθήσεις που διαμορφώθηκαν κυρίως τις δεκαετίες του ΄60 - ΄70 όπου σημειώθηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά του μητρικού θηλασμού σε όλες τις κοινωνίες του δυτικού κόσμου εξαιτίας του κινήματος της χειραφέτησης των γυναικών. Συνέπεια αυτού του κινήματος ήταν να περιοριστεί κατά πολύ ή ακόμα και να εξαφανιστεί η διαδικασία του θηλασμού (Ζυγά & Αθανασοπούλου, 2009).

Τα πρότυπα του θηλασμού ποικίλουν σύμφωνα με την εκάστοτε γλώσσα, την γεωγραφική περιοχή και την εποχή. Οι συμπεριφορές, οι αξίες και οι πεποιθήσεις μπορούν να εξηγηθούν και να οργανωθούν όταν τοποθετηθούν στο κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο της κάθε εποχής και κοινωνίας (Καλοκαιρινού Αθανασοπούλου &, 2010).

1.3 Ο θηλασμός σε μια βιοηθική προσέγγιση

Μέσα από τη βιβλιογραφία έχει πλέον διαπιστωθεί πως δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η αξία του μητρικού θηλασμού και του μητρικού γάλακτος ως προς τη σύσταση έχουν τεράστια οφέλη για τα βρέφη και τις μητέρες, και κατ' επέκταση στη δημόσια υγεία (Abett, Jackson & Payne , 2004; Taylor, Kacmar, Nothnagle & Lawrence, 2005).

Παρά τα πλεονεκτήματα αυτά, στην Ελλάδα μόνο το 26% των βρεφών τρέφεται με μητρικό γάλα και μόνο για τους πρώτους δυο έως τέσσερις μήνες. (Antoniou, 2005). Σε διεθνή κλίμακα, μόνο το 39% των μητέρων θηλάζουν τα βρέφη τους για έξι μήνες κατά μέσο όρο (UNICEF, 2006).

Η βιοηθική πτυχή του θέματος του μητρικού θηλασμού αφορά ζητήματα, εκτός από την δημόσια υγεία και τη συμβολή του θηλασμού σε αυτή, και την επιλογή των μητέρων για τον τρόπο σίτισης των βρεφών τους. Αν η μητέρα έχει το δικαίωμα ελεύθερα να αποκλείσει τον θηλασμο ως μέσο σίτισης (Δάγλα, 2007)

Σύμφωνα με τη UNICEF και την εβδομάδα μητρικού θηλασμού, η οποία οργανώνεται για να ενημερώσει τις μητέρες για τα οφέλη του θηλασμού, το κύριο μήνυμα που πρέπει να γίνει σαφές είναι ότι ο θηλασμός αποτελεί δικαίωμα του βρέφους και κατά συνέπεια υποχρέωση από την πλευρά της μητέρας. Επιπλέον, σύμφωνα με την Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού (Convention on the Rights of the Child- CRC) και το άρθρο 24 το παιδί πρέπει να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Τα κράτη-μέλη των Ηνωμένων Εθνών θα πρέπει να αναγνωρίζουν αυτό το δικαίωμα, να επιδιώκουν την εφαρμογή του και να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα σε περίπτωση μη συμμόρφωσης (UNICEF, 2005). Τέλος, το 1989 στη Διεθνή Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών (UN GENERAL ASSEMBLY, 1989) τα κράτη-μέλη ανέλαβαν την υποχρέωση να δημιουργηθούν κατάλληλες συνθήκες ώστε να υπάρχει ενημέρωση και εκπαίδευση για τον θηλασμό στους γονείς.

Η μητέρα ως αυτόνομο άτομο έχει κάθε δικαίωμα να επιλέξει αν θα θηλάσει και για πόσο χρονικό διάστημα το βρέφος της. Ακόμα και αν μια απόφαση φαντάζει λαθεμένη ή διεστραμμένη ή ακόμα και ανόητη, ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της έκφρασης της ατομικότητας του μέσα από τις αποφάσεις του χωρίς εξαναγκασμούς. Στην περίπτωση του

βρεφικού θηλασμού και της επιλογής του από τις μητέρες ως μέσο σίτισης μεγάλος εξαναγκασμός ασκείται στις μητέρες από τις εταιρίες τεχνητού γάλακτος. Αυτός ο έμμεσος εξαναγκασμός περιορίζει ή και ακόμα ακυρώνει το δικαίωμα του θηλασμού (Δάγλα, 2007).

Η μεγάλη αναγκαιότητα του θηλασμού έχει εδώ και χρόνια ωθήσει πολλές οργανώσεις να δημιουργήσουν ένα θεσμικό πλαίσιο για την ενημέρωση και την προώθηση του μητρικού θηλασμού έτσι ώστε οι μητέρες αυτόνομα να μπορέσουν να επιλέξουν.

Η διακήρυξη *Innocenti* (UNICEF-WHO 1990) είναι ένα τέτοιο παράδειγμα. Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατου Μητρικού Γάλακτος (World Health Assembly, 1981) και τα Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό (WHO-UNICEF, 1989) αποτελούν τη βάση του Κώδικα Innocenti ο οποίος υποστηρίζει τον θηλασμό αν πραγματοποιείται σε κατάλληλο περιβάλλον το οποίο υποστηρίζει και προωθεί τη διαδικασία του θηλασμού. Πιο αναλυτικά, το θεσμικό πλαίσιο σέβεται την απόφαση της μητέρας και παράλληλα ελέγχει τους παράγοντες που ώθησαν τη μητέρα στην εκάστοτε απόφαση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κώδικα Innocenti τα μαιευτήρια θα πρέπει να εφαρμόζουν τα *Δέκα Βήματα για τον Επιτυχή Θηλασμό* και η εφαρμογή του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατου Μητρικού Γάλακτος.

Τα σημαντικότερα άρθρα του Κώδικα είναι η απαγόρευση της διαφήμισης και προώθησης υποκατάστατου μητρικού γάλακτος σε μαιευτήρια και νοσοκομεία. Επίσης, απαγορεύεται η διανομή δωρεάν δειγμάτων υποκατάστατου μητρικού γάλακτος σε μητέρες και επαγγελματίες υγείας. Καθώς επίσης είναι απαγορευμένη και η προμήθεια υποκατάστατου μητρικού γάλακτος η οποία είναι δωρεάν ή παρέχεται με έκπτωση για την αγορά του. Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θα πρέπει να είναι ενήμερος για την εφαρμογή του συγκεκριμένου Κώδικα και τυχόν παραβιάσεις κανονισμών και νομοθεσιών από τις κυβερνήσεις και τους μη κυβερνητικούς οργανισμούς (Δάγλα, 2007).

Τα Δέκα Βήματα για τον Επιτυχή Θηλασμό περιλαμβάνουν ενημέρωση και καθοδήγηση για την διαδικασία του μητρικού θηλασμού, τη συχνότητα και διάρκεια του καθώς και υποστηρίζει ότι το νεογέννητο θα πρέπει να είναι συνεχώς δίπλα στη μητέρα του (μέθοδος rooming-in). Τέλος, προωθεί τη δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων για τις μητέρες και μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο ή νοσοκομείο (Δάγλα, 2007).

Όσο αφορά την Ελλάδα, ο Κώδικας Innocenti και ταυτόχρονα τα δύο του σημαντικά σημεία , τα Δέκα Βήματα για Επιτυχή Θηλασμό και ο κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατου Μητρικού Γάλακτος, έχουν υιοθετηθεί από το Υπουργείο Υγείας. Ο κώδικας για την Εμπορία του Υποκατάστατου του Μητρικού Γάλακτος υπογράφηκε το 1993 και τα Δέκα Βήματα για τον Επιτυχή Θηλασμό το 1995.

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στο διάστημα 2006 – 2007 στην οποία πήραν μέρος 140 μητέρες και 193 μαίες προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο Κώδικας δεν εφαρμόζεται. Αντίθετα, οι πρακτικές που εφαρμόζονται είναι αυτές που θα έπρεπε να αποφεύγονται. Για παράδειγμα, η προώθηση δειγμάτων τεχνητού γάλακτος είναι ανεξέλεγκτη ενώ η μέθοδος rooming-in σπάνια, ή πάλι το πρώτο γεύμα του νεογνού δεν είναι μητρικό γάλα αλλά χαμομήλι ή ζαχαρόνερο. Τέλος, αρκετά συχνά συμβαίνει η ενημέρωση των μητέρων να είναι ανεπαρκής και να απωθεί την μητέρα από την διαδικασία του θηλασμού (Δάγλα, 2007).

Κατά συνέπεια, περιορίζεται η ελεύθερη βούληση της μητέρας και η αυτονομία της στην απόφαση για τον τρόπο σίτισης του νεογνού της καθώς και δεν δημιουργείται ένα γόνιμο περιβάλλον για την προώθηση του θηλασμού. Είναι λοιπόν ξεκάθαρο ότι με αυτό τον τρόπο και το βρέφος και η μητέρα δεν γεύονται τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού αλλά και τίθεται σε κίνδυνο η δημόσια υγεία (Δάγλα, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{0}

Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΩΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

2.1 Η Σύσταση του μητρικού γάλακτος & οι ιδιότητες του

Το πύαρ (πρωτόγαλα), το οποίο παράγεται πριν από τη γέννηση του βρέφους, μετά την τρίτη περίπου μέρα του θηλασμού γίνεται μεταβατικό γάλα και μετά τις δέκα μέρες ώριμο γάλα. Το μεταβατικό γάλα διαφέρει από το πρωτόγαλα στο ότι το πρώτο είναι άφθονο σε νερό και όχι σε λίπος. Το μητρικό γάλα είναι πιο αραιό από το πρωτόγαλα . Η σύσταση του μητρικού γάλακτος μεταβάλλεται ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους προσαρμόζοντας τα θρεπτικά συστατικά στις ανάγκες του. Στην αρχή του γεύματος το μητρικό γάλα είναι γεμάτο πρωτεΐνες για να ικανοποιηθεί η δίψα του βρέφους περιέχει περισσότερο λίπος για να ικανοποιήσει την πεινά του (Oftedal, 2012).

Το μεγαλύτερο μέρος του μητρικού γάλακτος αποτελείται από νερό και το υπόλοιπο από θρεπτικά συστατικά. Οι πρωτεΐνες που περιέχει το μητρικό γάλα απορροφούνται πλήρως από το έντερο του βρέφους. Συνεπώς, τα βρέφη που τρέφονται με μητρικό γάλα έχουν πιο υδαρείς κενώσεις και λιγότερους κολικούς. Μέσα από την απορρόφηση των πρωτεϊνών, τα βρέφη λαμβάνουν νουκλεοτίδια τα οποία είναι απαραίτητα για το έντερο και το ανοσοποιητικό σύστημα. Εκτός από τα νουκλεοτίδια, ένα άλλο είδος πρωτεϊνών είναι τα ένζυμα τα οποία είναι απαραίτητα για την πέψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ένζυμα δεν μπορούν να κατασκευαστούν τεχνητά άρα δεν είναι επαρκή στις τεχνητές μορφές γάλακτος (Nommsen-Rivers et.al., 2012).

Η λακτοφερρίνη είναι μια πρωτεΐνη η οποία βρίσκεται περισσότερο στο πρωτόγαλα και συμβάλει στο ανοσοποιητικό αλλά και στην αντιμετώπιση βακτηριδίων. Επιπλέον, η λακτοφερρίνη είναι μια πρωτεΐνη που δεσμεύει και αυξάνει τα επίπεδα σιδήρου. Η α-λακταβουμίνη αποτελεί την κύρια πρωτεΐνη τυρογάλακτος και μαζί με άλλες αποτελούν το 60% των πρωτεϊνών του μητρικού γάλακτος που συμβάλουν στην δέσμευση ασβεστίου (Lonnerdal, 2005).

Η λακτάση και η λακτόζη είναι δύο κύριοι υδατάνθρακες στο μητρικό γάλα. Η λακτόζη δίνει ενέργεια και η λακτάση συμβάλλει στη διάσπαση της λακτόζης και κάνει το μητρικό γάλα πιο εύπεπτο. Το είδος υδατανθράκων Bifidus είναι γαλακτοβάκιλοι που προστατεύουν το έντερο από γαστρεντερίτιδα και άλλα βακτηρίδια (Jensen, 1995).

Η καζεΐνη είναι μια πρωτεΐνη που βοηθά στην απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους του σιδήρου. Ενώ το μητρικό γάλα περιέχει β-καζεΐνη, το τεχνητό περιέχει α-καζεΐνη μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την ποσότητα σιδήρου. Επίσης, η λυσοζύμη είναι ένα ένζυμο που συμβάλει στην ανάπτυξη χλωρίδας στο έντερο, καταπολεμά τα βακτήρια και κάνει το γάλα πιο εύπεπτο. Έχει επίσης την ιδιότητα να αυξάνεται η ποσότητα του σε κάθε στάδιο του θηλασμού και βρίσκεται κατά τριάντα φορές περισσότερο στο μητρικό γάλα σε σύγκριση με το αγελαδινό. Λειτουργεί γενικά ως φυσικό αντιβιοτικό (Jensen, 1995).

Το 50% της σύστασης του μητρικού γάλακτος αποτελείται από λίπη τα οποία συμβάλλουν στην καλύτερη πέψη του βρέφους. Επιπλέον, τα λίπη συμβάλλουν στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και της όρασης καθώς και στο νευρικό σύστημα και αποτελεί το κύριο συστατικό για την δημιουργία κυτταρικών μεμβρανών. Το μητρικό γάλα είναι μια αστείρευτη πηγή θρεπτικών συστατικών τα οποία συμβάλλουν κατά κύριο λόγο στην ανάπτυξη ενός σωστού ανοσοποιητικού και γαστρεντερολογικού συστήματος και στην ανάπτυξη του εγκεφάλου. Σε κάθε σταγόνα μητρικού γάλακτος περιέχονται 4.000 ζωντανά κύτταρα που το καθένα συμβάλλει σε διαφορετική λειτουργία προς όφελος του βρέφους και της μητέρας (Martin, Lassek & Gaulin 2012).

Τα μέταλλα που περιέχονται στο μητρικό γάλα είναι μεγαλύτερα σε ποσότητα σε σύγκριση με άλλους τύπους γάλακτος. Το κάλιο (15mM), το νάτριο (8mM), το χλώριο (14mM), το ασβέστιο (7mM) και το μαγνήσιο (1mM) είναι τα μέταλλα που παίζουν βασικό ρόλο στις λειτουργίες του οργανισμού και περιέχονται στο μητρικό γάλα. Οι συγκεντρώσεις μετάλλων στον οργανισμό της μητέρας και η απορρόφησή τους δεν σχετίζονται με τις ποσότητες μετάλλων στο μητρικό γάλα. Τα ιχνοστοιχεία που βρίσκονται στο μητρικό γάλα είναι το ιώδιο, το σίδηρο, το κοβάλτιο, το σελήνιο, ο ψευδάργυρος, το χρώμιο και ο χαλκός. Η ποσότητα του σιδήρου είναι σε χαμηλά επίπεδα για αυτό και το τεχνητό γάλα έχει πρόσθετα σιδήρου. Ο σίδηρος, ο χαλκός και ο ψευδάργυρος βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα στο μητρικό γάλα αμέσως μετά τη γέννηση ενώ τα επίπεδα του χαλκού μειώνονται μέχρι τους πέντε πρώτους μήνες ζωής του βρέφους και έπειτα

σταθεροποιούνται. Ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος στο μητρικό γάλα έχει καλύτερη απορρόφηση από το έντερο σε σύγκριση με τις ποσότητες των μετάλλων το χρώμιο σε άλλους τύπους γάλακτος (Bauer & Gerss, 2011).

Το μητρικό γάλα είναι μια σύνθετη ζωντανή ουσία και μια τροφή η οποία είναι διατροφικά πλήρης για τα βρέφη μέχρι τους έξι μήνες της ζωής τους. Κανένα προϊόν – φόρμουλα δεν μπορεί να μιμηθεί το μητρικό γάλα. Το μητρικό γάλα είναι ένα βιοδραστικό υγρό με μεταβαλλόμενες φυσικές ιδιότητες και συγκεντρώσεις θρεπτικών συστατικών (National Health & Medical Research Council, 2003).

Το μητρικό γάλα είναι το πιο δυνατό όπλο για τη βελτίωση του ανώριμου ανοσοποιητικού συστήματος των νεογνών και για την ενδυνάμωση των μηχανισμών άμυνας υποδοχής κατά ξένων ουσιών (Motee & Jeewon, 2014).

Το πρωτόγαλα, η έκκριση που παράγεται τις πρώτες μέρες μετά τη γέννηση, είναι πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά και περιέχει τις απαραίτητες πρωτεΐνες, βιταμίνες, ένζυμα, παράγοντες ανάπτυξης και μη παθογενή βακτήρια που προστατεύουν κατά των ασθενειών. Το πρωτόγαλα σταδιακά μετατρέπεται σε ώριμο γάλα κατά τη διάρκεια της μιας με δύο εβδομάδες μετά τη γέννηση. Για παράδειγμα, υπάρχει μικρότερη ποσότητα λίπους στο πρωτόγαλα σε σύγκριση με την ποσότητα λίπους στο ώριμο γάλα άλλα μεγαλύτερες συγκεντρώσεις σε πρωτεΐνες και μέταλλα (Aziz, Jacob, Matsuda & Wang, 2011).

Το μητρικό γάλα είναι δυναμικό και διαδραστικό. Η σύνθεσή του ποικίλει ανάλογα με τα άτομα και εξαρτάται από το διαιτολόγιο και τα στάδια της γαλουχίας. Η πολύπλοκη βιοχημεία του μητρικού γάλακτος σημαίνει πως μεταβάλλεται από το πρωί ως το βράδυ ακόμα και τη διαδικασία ταΐσματος (Wagner, 2006).

2.2 Προετοιμασία για το θηλασμό

Σε φυσιολογικές συνθήκες, το γυναικείο στήθος δεν ήταν στο παρελθόν προστατευμένο από τα υφάσματα των ενδυμάτων και συνεπώς ερχόταν σε επαφή με κάθε είδους συνθήκες της φύσης. Παρόλα αυτά ο γυναικείος ανθρώπινος οργανισμός ήταν ικανός για να φέρει εις πέρας επιτυχώς τη διαδικασία του θηλασμού. Παρά το γεγονός ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μια φυσική και φυσιολογική διαδικασία, σε πολλές γυναίκες επικρατεί η αντίληψη ότι ο θηλασμός είναι επίπονος και ότι το στήθος και η θηλή πρέπει να είναι απόλυτα τέλεια σχηματισμένα για την επιτυχή διαδικασία του θηλασμού (Παπαβεντζής, 2011).

Η αντίληψη αυτή αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα απόρριψης της διαδικασίας του θηλασμού χωρίς να γνωρίζουν πως οι ίδιες ορμόνες προετοιμάζουν το στήθος να είναι κατάλληλο για το θηλασμό χωρίς κάποια συγκεκριμένη και αυστηρή προετοιμασία (Κωνσταντόπουλος, 2008).

Οι πιο κοινοί μύθοι οι οποίοι κυριαρχούν σχετικά με την προετοιμασία του θηλασμού είναι η απαραίτητη τριβή των θηλών. Αυτό είναι κάτι που δεν ισχύει γιατί το στόμα του βρέφους μπορεί και διαμορφώνει τη θηλή κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Επίσης δεν είναι απαραίτητη η τριβή της θηλής με κάποιο όργανο όπως το σφουγγάρι διότι κατά τη διάρκεια του θηλασμού η ορμόνη ωκυτοκίνη ανορθώνει και σκληραίνει τη θηλή.

Η σωστή προετοιμασία της γυναίκας για το θηλασμό, αφορά στο να πιστέψει στο ότι ο θηλασμός αποτελεί μια φυσιολογική διαδικασία και ότι θα έχει επιτυχές αποτέλεσμα χωρίς κάποιο πρόβλημα. Η σωστή ενημέρωση και οι συμβουλές από ειδικούς ή και από άλλες μητέρες που θήλασαν θα μπορέσουν να συμβάλουν στον επιτυχή θηλασμό. Ένας φορέας που θα μπορούσε να συμβάλει στην προετοιμασία είναι και η πληροφόρηση από το Σύνδεσμο Θηλασμού Ελλάδος ο οποίος δίνει τις ακόλουθες οδηγίες (Παπαβεντζής, 2011):

- Να υπάρχει η κατάλληλη σωματική υγιεινή, , στην περιοχή κάτω από το στήθος και τις μασχάλες.
- Συνιστάται η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων νερού για να μπορεί το δέρμα να ενυδατώνεται.

- Οι θηλές δεν θα πρέπει να σαπουνίζονται. Το δέρμα της θηλαίας άλω και της θηλής είναι παρόμοιο με το δέρμα των χειλιών διότι ενδέχεται να πληγωθούν.
- Να αποφεύγονται τα εσώρουχα από συνθετικό ύφασμα.
- Τις ώρες που η μητέρα βρίσκεται στο σπίτι, προτείνεται να μη φοράει σουτιέν προκειμένου οι θηλές να έρχονται σε ελαφρά τριβή με το ρούχο ή τον αέρα.
- Να γίνεται προσπάθεια όσο το δυνατό για έκθεση των θηλών στον ήλιο και τον αέρα.
- Ως πρόληψη για αλλεργίες του βρέφους, θα πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση αλλεργιογόνων τροφών.

Η διαδικασία του μητρικού θηλασμού ξεκινά αμέσως μετά τον τοκετό. Η μητέρα θα πρέπει καθημερινά να ξεκινά την ημέρα της με ένα λουτρό πλένοντας το στήθος την περιοχή κάτω από αυτό και την περιοχή της μασχάλης. Μέσα στην ημέρα, θα πρέπει να πλένεται το στήθος πριν και μετά το θηλασμό μόνο με τη χρήση καθαρού νερού χωρίς αντισηπτικά προϊόντα διότι αυτά έχουν την τάση να ξηραίνουν την επιδερμίδα και τη λιπαρότητα της θηλής και κάνουν ευκολότερους τους τραυματισμούς.

Τα χέρια θα πρέπει να πλένονται πριν από κάθε θηλασμό γιατί έτσι προφυλάσσεται το βρέφος από πολλές μολύνσεις. Όταν η μητέρα δε θηλάζει προτείνεται η εφαρμογή ενός κατάλληλου στηθόδεσμου και η φροντίδα των θηλών ώστε να είναι στεγνές και καθαρές. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού η θέση της μητέρας θα πρέπει να είναι αναπαυτική. Κάθε γυναίκα επιλέγει τη δική της στάση χωρίς να υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ως προτεινόμενη. Το βρέφος θα πρέπει να θηλάζει τη θηλαία άλω δηλαδή τη σκούρα περιοχή γύρω από τη θηλή. Η θηλή θα πρέπει να βρίσκεται πάνω από τη γλώσσα του ενώ τα χείλη του να «αγκαλιάζουν» τη θηλαία άλω (Friedrich, 2010).

Είναι σημαντικό οι μητέρες να γνωρίζουν πως θα τοποθετήσουν σωστά το βρέφος στο στήθος, διότι οι ραγάδες και οι ενοχλήσεις οφείλονται κυρίως στην κακή στάση. Θα πρέπει να κάθονται άνετα, με μυς χαλαρούς. Για να πετύχουν τη σωστή θέση θηλασμού, οι μητέρες θα πρέπει να κρατάνε το στήθος με τα τέσσερα δάκτυλα από κάτω και τον αντίχειρα επάνω κοντά στη θηλαία

άλω, και να πιέζουν ελαφρά κατά τη διάρκεια του θηλασμού προκείμενου να μην κλείνεται η μύτη του βρέφους . Έπειτα θα πρέπει να σπρώχνεται ελαφρά το κεφάλι του βρέφους προς το στήθος. Με τη σωστή θέση του βρέφους το βρέφος λαμβάνει περισσότερη ποσότητα γάλακτος και να μην παραμένει συνέχεια στο στήθος της μητέρας. Συνεπώς, αποφεύγεται ο τραυματισμός της θηλής που είναι συχνά αιτία αποφυγής θηλασμού. Εάν υπάρχει η αντίληψη πως η μητέρα ή το βρέφος δεν είναι σε σωστή θέση, η διαδικασία επαναλαμβάνεται όσες φορές είναι απαραίτητο (Παπαβεντζής, 2011).

2.3 Τεχνικές & Διάρκεια θηλασμού

Αμέσως μετά τη γέννηση του, το βρέφος ξεκινά να επιθυμεί την τροφή. Έτσι, τα αντανακλαστικά που αφορούν τον θηλασμό βρίσκονται σε εγρήγορση γεγονός που θεωρείται ιδανική στιγμή για την έναρξή του (Economou et.al., 2018). Ο πρώιμος θηλασμός είναι συνδυασμένος με λιγότερα προβλήματα όπως αυτά κατά τη διάρκεια της νύχτας (Renfrew, Lang & Woolridge, 2000).

Πολλές γυναίκες θηλάζουν τα βρέφη τους όταν αυτά το απαιτούν, δηλαδή όταν επιδεικνύουν σημάδια πείνας. Τα περισσότερα βρέφη δείχνουν τα σημάδια αυτά κάθε μία ως τρεις ώρες την ημέρα για τον πρώτο μήνα της ζωής τους. Η πλειοψηφία των βρεφών αναζητούν βέβαια την διαδικασία του θηλασμού όχι μόνο εξαιτίας της πείνας αλλά και ως ψυχολογική ανάγκη όταν αισθάνονται πόνο, μοναξιά ή φόβο (Marasco, Marmet & Shell, 2000).

Αναφορικά με τη θέση κατά τον θηλασμό, θα πρέπει να είναι βολική γιατί μόνο έτσι εμποδίζεται ο τραυματισμός των θηλών και το βρέφος εξασφαλίζει περισσότερη ποσότητα γάλακτος. Στοιχεία μελετών κατέδειξαν ότι η ανεπαρκής εκπαίδευση της μητέρας και οι λανθασμένες τεχνικές θηλασμού έχουν άμεση σχέση με τις συνεχείς επισκέψεις του βρέφους στο νοσοκομείο καθώς ακόμα και εισαγωγές οι οποίες θα μπορούσαν να μην συμβούν (Li, Darling, Maurice, Barker & Grummer-Strawn, 2002).

Ο αποκλειστικός θηλασμός, ο οποίος είναι η αποκλειστική κατανάλωση ανθρώπινου γάλακτος χωρίς κανένα συμπλήρωμα με τεχνητό γάλα, χυμό, νερό ή αφεψήματα, εκτός από φαρμακευτική αξία σε βιταμίνες ή μέταλλα, αποτελεί την ιδανική μέθοδο θηλασμού η οποία μειώνει ακόμα και τις μολυσματικές ασθένειες στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ακόμα και τον ιό HIV σε σύγκριση με τον μεικτό τρόπο θηλασμού (Li, Darling, Maurice, Barker & Grummer-Strawn, 2002).

Η ακριβής ποσότητα γάλακτος που καταναλώνει ένα βρέφος δεν είναι ποτέ συγκεκριμένη. Τα βρέφη καταναλώνουν συνήθως ποσότητες οι οποίες επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Ο La Leche League International (LLLI), ο οποίος είναι ένας οργανισμός μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα προωθεί τον μητρικό θηλασμό και έχει δώσει ως κατευθυντήριες γραμμές, κάποια σημάδια τα οποία δείχνουν ότι το βρέφος τρέφεται με επάρκεια (Iwinski, 2006).

Το πρώτο σημάδι είναι ότι η διάρκεια του θηλασμού είναι είκοσι λεπτά ή και παραπάνω. Επιπλέον, ένα ακόμα σημάδι είναι οι ήχοι του βρέφους καθώς καταπίνει και θηλάζει. Οι ήχοι αυτοί πρέπει να είναι δυνατοί. Το βρέφος θα πρέπει να κερδίζει τουλάχιστον 1 κιλό και 200 γραμμάρια ανά εβδομάδα από την τέταρτη μέρα της γέννησης του. Τέλος, το βρέφος πρέπει να φαίνεται δραστήριο, υγιές με καλό χρώμα καθώς και σφιχτό δέρμα.

Όταν ο άμεσος τρόπος θηλασμού δεν είναι δυνατός, τότε οι μητέρες καταφεύγουν στην χρήση του θήλαστρου. Το μητρικό γάλα μπορεί να αποθηκευτεί σε ψυγείο και μέσα σε ειδικά δοχεία και μπορεί να διατηρηθεί σε θερμοκρασία δωματίου για έξι ώρες το μέγιστο. Στο ψυγείο μπορεί να διατηρηθεί για οχτώ ημέρες και σε ακόμα χαμηλότερη θερμοκρασία όπως αυτή της κατάψυξης για έξι έως δώδεκα μήνες. Σύμφωνα με μία έρευνα, η αντιοξειδωτική δράση του γάλακτος φθίνει με το πέρασμα του χρόνου αλλά τα επίπεδα της παραμένουν υψηλά (Furman & Munich, 2006).

Οι ειδικοί αναφέρουν ότι είναι καλό για τα βρέφη να μην τραφούν με μπιμπερό αν δεν έχουν ολοκληρώσει τις έξι πρώτες εβδομάδες της ζωής τους και θα πρέπει να τρέφονται αποκλειστικά από το μαστό. Φυσικά, ο θηλασμός δεν είναι και η καλύτερη για τα πρόωρα βρέφη (Furman & Munich, 2006).

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, ο μητρικός θηλασμός είναι απαραίτητος για τουλάχιστον έξι μήνες. Οι περιπτώσεις παρατεταμένου θηλασμού σπανίζουν και ειδικά στο Δυτικό κόσμο. Σε χώρες του Δυτικού κόσμου όπως Μεγάλη Βρετανία και ΗΠΑ, ο παρατεταμένος θηλασμός είναι θέμα ταμπού. Το γεγονός ότι οι μητέρες νιώθουν ντροπή να πουν αν θηλάζουν τα παιδιά τους όταν αυτά έχουν ξεπεράσει την βρεφική ηλικία οδηγεί στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν πολλά στατιστικά στοιχεία. Στις ΗΠΑ παρατεταμένος θηλασμός θεωρείται αυτός που διαρκεί παραπάνω από το ένα έτος σε αντίθεση με τους ειδικούς που έχουν την άποψη ότι ο θηλασμός θα πρέπει να συνεχίζει χωρίς όριο αρκεί μητέρα και βρέφος να το επιθυμούν (Berkowitz, Hall, Mogan & Shearer, 2002).

Για την επιτυχή εξέλιξη του θηλασμού η θέση της μητέρας και του βρέφους παίζουν σημαντικό ρόλο. Έτσι, θα πρέπει η μητέρα από τους πρώτους θηλασμούς, να συμβουλευτεί το προσωπικό του νοσοκομείου ή τον μαιευτήρα γεγονός που θα δώσει στη μητέρα αυτονομία και ευκολία. Οι κυριότερες στάσεις είναι οι ακόλουθες (Yalom, 2006):

FOOTBALL HOLD

Football Hold

https://www.medela.com/breastfeeding-professionals/education/lactation-period/breastfeeding-positions

Ο αυχένας και το πίσω μέρος του κεφαλιού του βρέφους τοποθετείται στην παλάμη της μητέρας και το σώμα του κατά μήκος του πήχη της. Τα πόδια του βρέφους τοποθετούνται κάτω από τη μασχάλη της. Το πηγούνι και η μύτη του βρέφους "βλέπουν" το στήθος. Η στάση αυτή είναι πολύ πρακτική για γυναίκες που έχουν κάνει καισαρική τομή, για γυναίκες με πολύ μεγάλο στήθος, για πολύ μικρά βρέφη, αλλά και για δίδυμα. Ένα μαξιλάρι θηλασμού κάτω από το χέρι της μητέρας θα κάνει τη στάση αυτή ακόμα πιο ξεκούραστη.

https://www.medela.com/breastfeeding-professionals/education/lactation-period/breastfeeding-positions

<u>Η ΜΗΤΕΡΑ ΞΑΠΛΩΜΕΝΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙ</u>

Αυτή η στάση είναι ιδιαίτερα αναπαυτική και προτείνεται σε περιπτώσεις επώδυνης περινεοτομής, καισαρικής, ή τη νύχτα, αν η μητέρα επιθυμεί να παραμένει στο κρεβάτι για να ξεκουραστεί. Η μητέρα ξαπλώνει στο πλάι, με τον μηρό να ακουμπάει σε ένα μαξιλάρι. Για να είναι ο αυχένας χαλαρός τοποθετείται το κεφάλι σε ένα μαξιλάρι. Τοποθετείται το βρέφος στο κρεβάτι, με το στόμα του στο ύψος της θηλής, το πρόσωπό του στραμμένο προς το στήθος και την κοιλιά του πάνω στην κοιλιά της μητέρας.

Η ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΘΙΣΜΕΝΗ

Αν έχει η μητέρα τη δυνατότητα μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα μαξιλάρι θηλασμού, το οποίο είναι γεμισμένο με ένα μαλακό υλικό, θα της επιτρέπει να βολευτεί καλά με το βρέφος της. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει μαξιλάρι θηλασμού χρησιμοποιούνται πολλά μαξιλάρια. Η μητέρα κάθεται αναπαυτικά στον καναπέ ώστε να φέρνει το στήθος προς τα εμπρός χωρίς προσπάθεια και με τα πόδια ανασηκωμένα. Έπειτα τοποθετείται το κεφάλι του βρέφους στο εσωτερικό του αγκώνα της μητέρας με την κοιλιά του πάνω στο σώμα της και το πρόσωπό του μπροστά στο στήθος της.

Ο θηλασμός είναι μια διαδικασία ελεύθερη και απεριόριστη. Δηλαδή το βρέφος θηλάζει μέρα-νύχτα όποτε θέλει και όσο θέλει και γι' αυτό δεν θα πρέπει η διαδικασία αυτή να διακόπτεται. Δεν θα πρέπει να υπάρχει ανησυχία εάν άλλες φορές θηλάζει περισσότερο χρόνο και άλλες λιγότερο. Τα γεύματα δεν διαρκούν ποτέ το ίδιο . Όσο πιο συχνά και απεριόριστα η μητέρα θηλάζει τόσο γρηγορότερα έρχεται το πρωτόγαλα όπου αν και λίγο σε ποσότητα είναι πλουσιότατο σε ουσίες απαραίτητες για το βρέφος. Είναι πιο σωστό σε κάθε θηλασμό το βρέφος να θηλάζει μόνο από τον ένα μαστό και στον επόμενο από τον άλλον (Klaus et.al., 2004) .

Αν διακοπεί ο θηλασμός από τον ένα μαστό θα πρέπει να ξαναρχίσει η μητέρα από τον άλλο, το βρέφος θα πάρει μόνο το αρχικό λεπτό- ρευστό γάλα γιατί η ποιότητα του γάλακτός είναι διαφορετική κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Στην αρχή του θηλασμού το γάλα είναι λεπτόρευστο ενώ προς το τέλος του θηλασμού παχύρευστο, γιατί περιέχει περισσότερο λίπος, που σημαίνει θερμίδες απαραίτητες για τις ανάγκες του νέου οργανισμού. Σε μερικές μητέρες το γάλα έρχεται απότομα. Αυτό γίνεται γύρω στο τρίο ή τέταρτο 24ώρο. Τότε μόνο για να προλάβει η μητέρα το σπάργωμα του μαστού θηλάζει και από τους δύο μαστούς στο ίδιο γεύμα. Υπάρχουν κανόνες θηλασμού αλλά προσαρμόζονται ανάλογα με τα δεδομένα και τις συνθήκες. Η απομάκρυνση του βρέφους από το στήθος πρέπει να γίνεται βάζοντας απαλά το δάκτυλό ανάμεσα στο στόμα του βρέφους και στο στήθος και πιέζοντας το στήθος προς τα κάτω. Όχι όμως τραβώντας το από το στήθος , γιατί αυτό θα τραυματίσει τις θηλές.

Μετά το θηλασμό το βρέφος θα πρέπει να είναι όρθιο ακουμπισμένο στο στήθος της μητέρας ή μπρούμυτα στα πόδια της, και θα πρέπει να τρίβει απαλά την πλάτη του για να ρευτεί και μετά θα πρέπει να τοποθετηθεί το στο κρεβάτι του με το κεφάλι στο πλάι (Παπαβεντζής, 2011).

Ανεξάρτητα από τη στάση το βρέφος θα πρέπει :

- Να ανοίξει πολύ καλά το στόμα του και να πιάσει όχι μόνο τη θηλή αλλά και μεγάλο μέρος της θηλαίας άλω.
- Η γλώσσα του να αγκαλιάζει από κάτω τη θηλή.
- Τα χείλη του να είναι γυρισμένα προς τα έξω.
- Το πηγούνι του να ακουμπάει καλά στο στήθος της μητέρας.

Βασικές προϋποθέσεις για το θηλασμό είναι οι ακόλουθες (Norwitz & Schorge, 2004):

1. Η κατάλληλη πληροφόρηση της μητέρας για τα θέματα τα σχετικά με το θηλασμό, την υγεία του νεογνού και την ανάπτυξή του. Η μητέρα θα πρέπει να ενημερωθεί για τις σωστές στάσεις του θηλασμού από ειδικό μετά από τον τοκετό ή ακόμα και πριν από αυτόν.

2. Ο θηλασμός θα πρέπει να ξεκινήσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα γιατί όσο περισσότερο θηλάζει το βρέφος η ποσότητα του γάλακτος της μητέρας αυξάνεται.

3. Η μητέρα θα πρέπει να έχει την αντίληψη ότι θα καταφέρει να φέρει εις πέρας την διαδικασία του θηλασμού.

4. Η υπομονή της μητέρας θα πρέπει να είναι βασική προϋπόθεση λόγω της ποσότητας γάλακτος αλλά και της διάρκειας της διαδικασίας. Η φύση έχει προβλέψει για την ποσότητα του γάλακτος η οποία είναι ανάλογη με τις ανάγκες του βρέφους ανεξάρτητα από το μέγεθός των μαστών.

5. Στις πρώτες μέρες της ζωής του , το βρέφος θα πρέπει να παραμένει κοντά στη μητέρα για να μπορεί να θηλάζει.

6. Δεν θα πρέπει να χορηγούνται άλλα υγρά στο βρέφος με δεδομένο πως το μητρικό γάλα περιέχει 87% νερό γεγονός που καλύπτει τις ανάγκες του.

7. Θα πρέπει να χορηγούνται υποκατάστατα γάλακτος αν υφίσταται μόνο σημαντικός λόγος. Η εναλλαγή μητρικού και υποκατάστατου δημιουργεί σύγχυση στο βρέφος.

8. Θα πρέπει να τηρούνται όλοι οι κανόνες υγιεινής πριν από κάθε θηλασμό.

9. Η υποστήριξη της μητέρας από την οικογένειά και η καθοδήγησή της είναι απαραίτητη τις πρώτες ημέρες της λοχείας γιατί σε αυτό το χρόνο τα γεύματα του μωρού είναι απρογραμμάτιστα και η μητέρα βρίσκεται σε μία σχετική ψυχική αναστάτωση.

10. Η μητέρα θα πρέπει να καλύπτει τις θερμιδικές της ανάγκες χωρίς να βρίσκεται σε εξαντλητικές δίαιτες.

11. Για να εξασφαλιστεί η επιτυχία του μητρικού θηλασμού θα πρέπει η διαδικασία αυτή να διαρκέσει για έξι μήνες με αποκλειστική τροφή το μητρικό γάλα.

2.5 Επιστροφή στην εργασία και θηλασμός – Νομοθετικό Πλαίσιο & Διαδικασία

Η έννοια της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας υπόκεινται στην Ελλάδα υπό την προστασία του Κράτους σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ.1 του Συντάγματος. Με αυτό τον τρόπο, το κράτος έχει υποχρέωση απέναντι σε νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, ώστε να μεριμνούν με θετικά μέτρα που θα αποβλέπουν στη βοήθεια της μητέρας, να προστατεύουν το δικαίωμα του παιδιού στο θηλασμό και να στηρίζουν την βέλτιστη δυνατή υγεία (άρθρο 21 παρ.3) μέσα από την παροχή υπηρεσιών υγείας για τη θεραπεία και για την πρόληψη.

Σύμφωνα με τη *«Διακήρυξη Innocenti»,* (UNICEF/WHO 1990), οι μητέρες έχουν δικαίωμα να θηλάσουν, αρκεί να βρίσκονται στο κατάλληλο περιβάλλον το οποίο θα είναι εξαιρετικά υποστηρικτικό ως προς το θηλασμό. Για να μπορεί να πραγματοποιηθεί αυτό δεν πρέπει να υπάρχουν επιδράσεις και εξαναγκασμοί. Αντίθετα, είναι απαραίτητο να υπάρχουν πληροφορίες και υποστήριξη και εξάλειψη των εμποδίων, που συχνά συγχύζουν όχι με τόσο διακριτικό αλλά με πλάγιο τρόπο τις αντιλήψεις των γυναικών. Είναι σαφές ότι είναι απαραίτητο ένα θεσμικό πλαίσιο που επιτρέπει σε κάθε μητέρα να αναπτύξει αυτονομία και βούληση, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο που ελέγχει τους παράγοντες που κατευθύνουν τις γυναίκες , ενώ σέβεται την απόφαση κάθε μητέρας (UNICEF, 2011).

Στην Ελλάδα εκδόθηκε η υπ' αριθμ. πρωτ. Υ3γ/3618/9.10.1995 Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπου σύμφωνα με τις οδηγίες της UNICEF και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο μητρικός θηλασμός προστατεύεται και προωθείται αλλά και το δικαίωμα όλων των γυναικών να επιλέγουν τον τρόπο με τον οποίο επιθυμούν να θρέψουν τα βρέφη τους. Το 1990, η UNICEF και ο ΠΟΥ μαζί με άλλους διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με τα παιδιά, την υγεία και διατροφή τους, ανακοίνωσαν στη «Διακήρυξη Innocenti», ότι όλες οι κυβερνήσεις μετά το 1995, θα πρέπει να έχουν έναν εθνικό συντονιστή θηλασμού και να καθιερώσουν μια Εθνική Επιτροπή Θηλασμού. Στην Ελλάδα ως «Εθνικός Συντονιστής» ορίστηκε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού με την οργάνωση και την υλοποίηση του προγράμματος «Αλκυόνη (IBFAN, n.d).

Το πρόγραμμα «Αλκυόνη» είναι ένα εθνικό πρόγραμμα προαγωγής του μητρικού θηλασμού και την ευθύνη υλοποίησης την κατέχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η Δ\νση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής του Ινστιτούτου Υγείας Παιδιού το οποίο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Σύμφωνα με την απόφαση αυτή θα πρέπει να εξασφαλισθεί ότι, όλα τα μαιευτήρια θα εφαρμόζουν τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή θηλασμό» (iaso, 2012).

1. Δημιουργία γραπτής πολιτικής για το θηλασμό και συνεχής ενημέρωση του προσωπικού υγείας.
2. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή της προαναφερθείσας πολιτικής.
3. Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη και το χειρισμό της διαδικασίας του θηλασμού.
4. Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό αμέσως μετά τον τοκετό.
5. Επίδειξη στις μητέρες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρηθεί η διατροφή των βρεφών με μητρικό γάλα ακόμη και αν θα έπρεπε να αποχωριστούν τη μητέρα τους.
6. Να μη δίνεται στα νεογέννητα καμιά άλλη τροφή ή υγρό παρά μόνο μητρικό γάλα, εκτός και αν αυτό είναι απαραίτητο για λόγους υγείας.
7. Διευκόλυνση της πρακτικής "*rooming in*", δηλαδή να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα μαζί με το βρέφος της 24 ώρες κάθε μέρα.
8. Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το βρέφος το ζητά. .
9. Όχι πιπίλες ή άλλα σχετικά αντικείμενα για το στόμα όταν το μωρό θηλάζει.
10. Ενθαρρύνετε την ίδρυση ομάδων υποστήριξης για το θηλασμό και οι μητέρες να απευθύνονται οι μητέρες σε αυτές για να απαλλάσσουν το νοσοκομείο ή την κλινική.

(United Nationals International Children's Emergency Fund , (n.d.), *The Baby Friendly Hospital Initiative*).

Στο ΠΔ. 95/2000 τονίζεται ότι μεταξύ των αρμοδιοτήτων του Τμήματος Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας συμπεριλαμβάνεται η συμμετοχή στη διαμόρφωση των οδηγιών του ΠΟΥ και της Ε.Ε., η παρακολούθηση της εφαρμογής τους και η εναρμόνιση προς αυτές της Ελληνικής νομοθεσίας (άρθρ. 10 παρ. 2 εδ. Β περ. 14), η μελέτη, η προστασία, η υποστήριξη και η προαγωγή του μητρικού θηλασμού (περ. 24) καθώς και η διαμόρφωση εθνικής διατροφικής πολιτικής, με κύριο άξονα την προστασία και προαγωγή της υγείας σε εθνικό επίπεδο (περ. 25).

Αποκλειστικός θηλασμός για έξι μήνες και συνέχισή του, που είναι και το ιδανικό, επιτυγχάνεται και από την εργαζόμενη μητέρα, με τη δημιουργία μιας προσωπικής τράπεζας

γάλακτος. Η κάθε μητέρα μπορεί να αρχίσει από νωρίς να τη δημιουργεί, ώστε όταν επιστρέψει στην εργασία της, ή σε περίπτωση απουσίας της, να δίδεται μητρικό γάλα στο βρέφος.

Η άντληση γάλακτος γίνεται με το χέρι ή με θήλαστρο. Θα πρέπει ωστόσο να ακολουθούνται οι παρακάτω κανόνες (Thorye, Shaker & Pridham , 2005):

- Να τηρούνται όλοι οι κανόνες υγιεινής για να διασφαλιστεί η καλή διατήρηση του γάλακτος.
- Το γάλα θα πρέπει να συλλέγεται σε αποστειρωμένα γυάλινα ή πλαστικά δοχεία από προπυλένιο τα οποία κλείνουν αεροστεγώς, και είναι κατάλληλα για τρόφιμα, ή σε ειδικά σακουλάκια φύλαξης μητρικού γάλακτος διαθέσιμα στο φαρμακείο.
- Θα πρέπει να αποφεύγονται τα πλαστικά δοχεία γιατί αν τοποθετηθούν στην κατάψυξη ενδέχεται να απελευθερώσουν βλαβερές ουσίες.
- Δεν θα πρέπει να γεμίζονται εντελώς τα σακουλάκια φύλαξης και θα πρέπει να τοποθετούνται σε όρθια θέση.
- Να σημειώνεται στο δοχείο η ημερομηνία συλλογής.
- Να μην αναμιγνύονται γάλατα που έχουν διαφορετικές θερμοκρασίες

ΘΕΣΗ	ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
Πάγκος κουζίνας,τραπέζι.	Θερμοκρασία δωματίου έως 25° C [77° F]	Απορρίψτε μετά από 6-8 ώρες	Καλύψτε το δοχείο και διατηρήστε το όσο πιο κρύο γίνεται
Μονωμένη σακούλα διατήρησης ψύξης	-15° C έως 4° C [5° F - 39° F]	Απορρίψτε μετά από 24 ώρες	Διατηρείτε τα πακέτα πάγου σε επαφή με το γάλα σε κάθε στιγμή
Ψυγείο	4° C [39° F]	Απορρίψτε μετά από 5 ημέρες	Αποθηκεύστε το γάλα στο βάθος του ψυγείου
Καταψύκτης ή ψυγείο	-15° C [5° F]	Απορρίψτε μετά από 2 εβδομάδες	Αποθηκεύστε το γάλα στο βάθος του καταψύκτη, όπου η θερμοκρασία είναι περισσότερο σταθερή
Χώρος ψυγείου ή καταψύκτης με ξεχωριστή θύρα	-18° C [0° F]	Απορρίψτε μετά από 3-6 μήνες	
Ξεχωριστός καταψύκτης μακροπρόθεσμης αποθήκευσης (deep freezer)	-20° C [-4° F]	Απορρίψτε μετά από 6-12 μήνες	

2.6 Απογαλακτισμός

Ο απογαλακτισμός αποτελεί τη διαδικασία της σταδιακής αντικατάστασης του μητρικού θηλασμού και ξεκινά με τη χρήση αραιών τροφών και καταλήγει στην εισαγωγή της χρήσης στερεάς τροφής για τη διατροφή του βρέφους. Ο απογαλακτισμός αποτελεί μία φυσιολογική διαδικασία, με δεδομένο ότι η ποσότητα γάλακτος της μητέρας μειώνεται και ανάλογα με την ηλικία του βρέφους, ξεκινά η αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος από άλλες τροφές. (Μωραίτου, 2004).

Ο απογαλακτισμός ενδέχεται να ξεκινήσει από τον τέταρτο μήνα της ζωής του βρέφους και μπορεί να ολοκληρωθεί στον όγδοο ή ένατο μήνα. Από τους έξι μήνες θα πρέπει να ξεκινήσει η χορήγηση στερεών τροφών γιατί το βρέφος πρέπει να λαμβάνει την επιπλέον ποσότητα σιδήρου και άλλων θρεπτικών συστατικών τα οποία περιλαμβάνονται και σε άλλες τροφές εκτός του γάλακτος. Σε συνδυασμό με τις στερεές τροφές, η μητέρα πρέπει να δίνει στο βρέφος και μητρικό γάλα ή γάλα φόρμουλας, μέχρι την χορήγηση του αγελαδινού γάλακτος στην ηλικία του ενός έτους. Όταν η μητέρα χορηγεί στο βρέφος νέες τροφές, πρέπει να είναι σε μικρές ποσότητες, για να μπορέσει να τις συνηθίσει σταδιακά και να μην πιέζεται να φάει μία νέα τροφή γιατί μπορεί να την απορρίψει (Μπιρμπίλη, Κλημάνογλου. & Μποσινάκη, 2008).

Ο καλύτερος τρόπος για να μάθει ένα παιδί τη διαδικασία της μάσησης είναι να χορηγούνται τροφές που χρειάζονται μάσηση και οι γονείς δεν χρειάζεται να ανησυχούν για περίπτωση πνιγμού. Αν και τα βρέφη είναι δραστήρια και βρίσκονται στη διαδικασία ανάπτυξης, έχουν μικρό στομάχι και γι’ αυτό το λόγο θα πρέπει να τρέφονται κανονικά και να λαμβάνουν τροφές με υψηλή θερμιδική αξία (Bellman & Peile, 2010).

Στον τέταρτο μήνα ξεκινάει την κατανάλωση χυμού πορτοκαλιού και φρουτόκρεμας, η οποία φτιάχνεται από πολτοποιημένα φρούτα εποχής. Κατά τον πέμπτο μήνα εισάγεται η κρέμα από ριζάλευρο και γάλα. Στη συνέχεια κατά τον έκτο μήνα, μπορεί να καταναλωθεί αυγό και χορτόσουπα, η οποία φτιάχνεται από φρέσκα λαχανικά, τα οποία η μητέρα πρέπει πρώτα να τα πλύνει, να τα βράσει και να τα πολτοποιήσει.

Τον έβδομο μήνα μπορεί να καταναλωθεί κρεατόσουπα, ενώ έως τον όγδοο ή ένατο μήνα σταδιακά η διατροφή του βρέφους θα περιλαμβάνει μία μεγάλη ποικιλία τροφών. Το παιδί

μπορεί να φάει αυγό, κρέας μοσχαρίσιο, λαχανικά, ψάρι, φρούτα, ψωμί και μπισκότα. Μετά από κάθε γεύμα του βρέφους, η μητέρα μπορεί να του δίνει χυμό πορτοκαλιού ή νερό (Μπιρμπίλη και συν., 2008).

Ένα βρέφος το οποίο λαμβάνει περίπου πέντε θηλασμούς ημερησίως, με τον απογαλακτισμό οι θηλασμοί μπορούν να αντικατασταθούν με τα ακόλουθα γεύματα (Μπιρμπίλη και συν., 2008):

- 07:00-08:00 π.μ. Γάλα
- 10:00-10:30 π.μ. Χυμός πορτοκαλιού ή φρουτόκρεμα
- 12:00-13:00 μ.μ. Μεσημεριανό
- 16:00-17:00 μ.μ. Κρέμα
- 10:00-11:00 μ.μ. Γάλα

Η μητέρα θα πρέπει να λάβει υπόψη και να γνωρίζει , αν το αντανακλαστικό της εξώθησης του βρέφους δεν υφίσταται, προκειμένου η γλώσσα να μην ωθεί το φαγητό προς τα έξω. Αν το αντανακλαστικό δεν υφίσταται τότε ο απογαλακτισμός θα είναι επιτυχής. Η λήψη του φαγητού από το κουτάλι αντί της διαδικασίας του θηλασμού, η μετακίνηση της τροφής μέσα στο στόμα και η κατάποση δεν είναι μία εύκολη διαδικασία για το μωρό. Γι' αυτό το λόγο ο απογαλακτισμός θα πρέπει να γίνεται με ρυθμό αργό και στην αρχή θα πρέπει κάθε φορά μόνο μια νέα γεύση (Bellman & Peile, 2010).

Λόγω του ότι οι ενεργειακές και διατροφικές ανάγκες του βρέφους είναι αυξημένες θεωρείται απαραίτητη η εισαγωγή στερεών τροφών στο καθημερινό διατροφολόγιο του έτσι ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες αυτές. Ο ΠΟΥ συστήνει πως η εισαγωγή των στερεών τροφών θα πρέπει να γίνει σε συνδυασμό με το μητρικό θηλασμό μετά το πέρας των έξι μηνών της ζωής του βρέφους.

Το είδος των τροφών και ο τρόπος εισαγωγής τους δεν έχουν κάποια συγκεκριμένη σπουδαιότητα και εξαρτάται από τις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας ή της κοινωνίας στην οποία το βρέφος μεγαλώνει. Η εισαγωγή των στέρεων τροφών πρέπει να γίνει σταδιακά και πρέπει να εξασφαλιστεί η συνολική επάρκεια των θρεπτικών συστατικών, η κατάλληλη και υγιεινή προετοιμασία του γεύματος και η κατάλληλη μορφή της τροφής σε σχέση με το

αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το βρέφος (Αντωνιάδου - Κουμάτου και συν., 2007-2013).

Οι κρέμες λαχανικών και φρούτων θεωρούνται οι πρώτες πιο κατάλληλες τροφές - γεύματα καθώς επίσης κύριο συστατικό είναι και το ρύζι το οποίο μπορεί να παρασκευαστεί με γάλα , μητρικό ή φόρμουλας, ή ακόμα και με νερό.

Ορισμένες τροφές δεν θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο διαιτολόγιο του βρέφους λόγω του ότι περιέχουν αλλεργιογόνες ουσίες για το έντερο. Η γλουτένη η οποία περιέχεται στα δημητριακά θα πρέπει να χορηγηθεί μετά τους έξι μήνες καθώς επίσης δεν θα πρέπει να χορηγούνται ξηροί καρποί, αυγά, ψάρια και θαλασσινά. Επίσης, δεν θα πρέπει να προστίθεται αλάτι στις τροφές διότι τα βρέφη μπορούν να ρυθμίζουν το ισοζύγιο του νατρίου ομοίως και με τη ζάχαρη. Το γάλα δεν θα πρέπει να λείπει από τη διατροφή του βρέφους αλλά η ποσότητα του απλά να μειώνεται με την εισαγωγή της στερεάς τροφής (Lanigan, 2001).

Η διαδικασία ταΐσματος του βρέφους αποτελεί και μια διαδικασία διαπαιδαγώγησης και έτσι οι μητέρες θα πρέπει να επιτρέπουν στα βρέφη να συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή κρατώντας το κουτάλι για να μπορέσει να γίνεται ολοένα και αυτόνομο. Θα πρέπει επίσης να χορηγούνται και τροφές τις οποίες θα μπορεί το βρέφος να καταναλώσει με τα δάχτυλα για να αναπτύσσονται οι μύες για την ομιλία και να γίνεται όλο και πιο ανεξάρτητο. Τα παιδιά θα πρέπει να πειραματίζονται με το φαγητό τους και να μάθουν να τρώνε μόνα τους και θα πρέπει να εξοικειωθεί με την αίσθηση του φαγητού. Με λίγα λόγια, το κάθε γεύμα της οικογένειας αποτελεί ένα σημαντικό εκπαιδευτικό περιβάλλον για το παιδί (Foote & Marriott, 2003).

Ο ξαφνικός απογαλακτισμός είναι κάποιες φορές αναγκαίος κυρίως όταν η μητέρα πρέπει να λάβει φαρμακευτική αγωγή γεγονός που αποτελεί μια αρκετά επίπονη και αγχωτική διαδικασία για την ίδια την μητέρα αλλά και το βρέφος (Calvert, 2014).
Οι κυριότερες επιπτώσεις του ξαφνικού απογαλακτισμού για την μητέρα είναι οι ακόλουθες (Amir, Ryan & Jordan, 2012) :

- Προκαλεί πόνο και ζάλη λόγω της ποσότητας γάλακτος που συνεχίζει να εκκρίνεται.
- Οδηγεί σε μαστίτιδα ή απόστημα
- Αυξάνονται τα επίπεδα πίεσης της μητέρας οδηγώντας σε κατάθλιψη.

- Οδηγεί σε αισθήματα απώλειας, θλίψης ή ακόμα και ανικανότητας.
- Η μητέρα αισθάνεται ανίκανη να φροντίσει το βρέφος της ειδικά σε περιπτώσεις ασθένειας ή κατά τη διάρκεια της οδοντοφυΐας.
- Προκαλείται απώλεια της ηρεμιστικής επίδρασης της προλακτίνης και της ωκυτοκίνης, ορμόνες σημαντικές για την παραγωγή γάλακτος οι οποίες συμβάλλουν στην διαδικασία του θηλασμού και στην δημιουργία δεσμού με το βρέφος.
- Αυξάνει τη γονιμότητα της μητέρας ειδικά αν δεν έχει πρόσβαση σε άλλες μορφές αντισύλληψης.
- Οδηγεί τη μητέρα να απορρίψει την θεραπεία για την ασθένεια της για να αποφύγει τον ξαφνικό απογαλακτισμό .

Οι κυριότερες επιπτώσεις του ξαφνικού απογαλακτισμού για το βρέφος είναι οι ακόλουθες (Jones, McFall & Diego, 2004):

- Αυξημένος κίνδυνος για μόλυνση.
- Απώλεια του δεσμού με τη μητέρα.
- Ξαφνική εξάρτηση από εξωτερικές πηγές τροφής, όπως υποκατάστατο γάλακτος ή στερεές τροφές. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο για κάποια βρέφη ειδικά για αυτά που δεν κρατούν σκεύη και δέχονται ποσότητες στερεάς τροφής γεγονός που αγχώνει ακόμα περισσότερο τη μητέρα.
- Απώλεια των προστατευτικών επιδράσεων του μητρικού γάλακτος για την μελλοντική του σωματική και πνευματική υγεία που αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα αν η μητέρα είναι καταθλιπτική.

Οι μητέρες μπορεί να ακούσουν ότι ο πρώτος απογαλακτισμός είναι απαραίτητος λόγω του αυξημένου κινδύνου για το παιδί από τα φάρμακα στο μητρικό γάλα. Η πραγματικότητα είναι ότι :

- Οι κίνδυνοι για το μωρό είναι μεγαλύτεροι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρά κατά τη διάρκεια του θηλασμού (Kendall-Tackett & Hale, 2010).
- Εάν ένα μικρό παιδί τροφοδοτεί μόνο μερικές φορές την ημέρα, η έκθεση του στο φάρμακο θα είναι πολύ χαμηλότερη από αυτή του νεογέννητου.

- Πολλά φάρμακα θεωρούνται συμβατά με το θηλασμό και πιστεύεται ότι δεν προκαλούν βλάβη στο βρέφος. Πολλά φάρμακα δεν περνούν στο μητρικό γάλα και τα περισσότερα μόνο σταυρό σε πολύ μικρές ποσότητες, που ισοδυναμεί με ένα πολύ μικρό ποσοστό της δόσης της μητέρας (Hale & Rowe, 2014).

Εάν είναι απαραίτητο για μια μητέρα να απογαλακτιστεί πριν σχεδιάσει, εδώ είναι μερικές ερωτήσεις που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ειδικός για να ενθαρρύνει μια μητέρα να συζητήσει τις επιλογές με το γιατρό και τον φαρμακοποιό της (Hale & Rowe, 2014):

- Μπορεί να συνταγογραφηθεί ένα εναλλακτικό, πιο συμβατό φάρμακο;
- Μπορεί το φάρμακο να καθυστερήσει μέχρι να σχεδιάσει να απογαλακτιστεί; Θα μπορούσε να καθυστερήσει αρκετό καιρό για να επιτραπεί βαθμιαία, πιο φυσικός απογαλακτισμός;
- Η έκθεση του βρέφους στο φάρμακο για σχετικά μικρό χρονικό διάστημα θα ήταν ασφαλής, επιτρέποντας έναν πιο σταδιακό απογαλακτισμό;
- Μπορεί η μητέρα προσωρινά να απογαλακτιστεί και να πάρει το μωρό πίσω στο στήθος αργότερα;

Αν μια μητέρα αποφασίσει να ακολουθήσει τη διαδικασία του ξαφνικού απογαλακτισμού, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει στην περιοχή των μαστών πακέτα με πάγο, κρύα φύλλα από λάχανο, αφέψημα φασκόμηλου και ένα υποστηρικτικό στηθόδεσμο. Η άντληση και η απομάκρυνση του γάλακτος μπορεί να ανακουφίσει το μαστό και φυσικά θα πρέπει να ζητήσει συμβουλές από ειδικό (The Womanly Art of Breastfeeding, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

3.1 Τα Οφέλη από το θηλασμό

Οι μελλοντικές μητέρες κατακλύζονται από πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού για τα βρέφη τους αλλά συχνά η ενημέρωση αυτή είναι περιορισμένη αναφορικά με τα οφέλη για τη δική τους ψυχική και φυσική υγεία (Kramer et al., 2001),

3.1.1 Τα οφέλη στην υγεία

Τις τελευταίες δεκαετίες, ένας μεγάλος αριθμός επιστημονικών ερευνών έχουν ρίξει φως στα πολλά οφέλη σχετικά με την υγεία που προσφέρει ο μητρικός θηλασμός για τα βρέφη και τις μητέρες. Αυτά τα οφέλη ποικίλουν και σχετίζονται με τις φυσιολογικές, διατροφικές και γνωστικές πτυχές της ανάπτυξης των βρεφών καθώς και με την ευμάρεια της μητέρας (Pilkington, 2003).

Πιο αναλυτικά αναφορικά με τα οφέλη που αφορούν στο βρέφος, έχουν πλέον καταγραφεί ευρήματα που αφορούν τις προστατευτικές επιδράσεις του μητρικού γάλακτος κατά τριών κατηγοριών που αφορούν μολυσματικές ασθένειες στα βρέφη όπως γαστρεντερικές ασθένειες, λοιμώξεις του αναπνευστικού και την μέση ωτίτιδα. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι όσο περισσότερο ένα βρέφος θηλάσει, τόσο μεγαλύτερο είναι το αποτέλεσμα που αφορά την προστασία κατά των λοιμώξεων (φαινόμενο γνωστό ως «φαινόμενο δόσης – απόκρισης»). Ο αποκλειστικός θηλασμός έχει μεγαλύτερη προστατευτική επίδραση κατά των γαστρεντερικών και αναπνευστικών ασθενειών ενώ ο μερικός ή ο ελάχιστος θηλασμός δεν έχει και τόσο θετική επίδραση (American Academy of Pediatrics, 2012)

Ακόμα και δύο επιπλέον μήνες θηλασμού μπορούν να κάνουν τη διαφορά. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι τα βρέφη που έχουν μπει στη διαδικασία αποκλειστικού θηλασμού μόνο για τέσσερις έως έξι μήνες ήταν τέσσερις φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν πνευμονία και δυο

φορές περισσότερο να υποστούν επαναλαμβανόμενες μολύνσεις στα αυτιά σε σύγκριση με τα βρέφη που θηλάζουν για έξι μήνες ή και περισσότερο (Chantry et.al., 2006).

Μια μελέτη ορόσημο στην έρευνα για τον θηλασμό ήταν η προώθηση του Διαδικασία Παρέμβασης Θηλασμού (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial - PROBIT) στη Δημοκρατία της Λευκορωσίας, η οποία εξέτασε περισσότερα από 17.000 ζεύγη μητέρων και παιδιών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι ο αποκλειστικός θηλασμός κατά το πρώτο έτος της ζωής μείωσε τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων του γαστρεντερικού σωλήνα κατά 40% (Kramer et.al., 2006).

Τα βρέφη τα οποία δεν έχουν θηλάσει έχουν αυξημένο ποσοστό κινδύνου για την παρουσία λοιμώξεων του μέσου ώτος. Ο θηλασμός είναι πλέον δεδομένο πως προστατεύει την επαναλαμβανόμενη μέση ωτίτιδα η οποία μπορεί να επιφέρει απώλεια της ακοής στα παιδιά. Ομοίως με τα προαναφερόμενα, όσο μικρότερη είναι η διάρκεια του θηλασμού, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για τις λοιμώξεις αυτές. Αξίζει να σημειωθεί πως τα ποσοστά υποτροπιάζουσας μέσης ωτίτιδας είναι δέκα φορές μεγαλύτερα στα ιθαγενή βρέφη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Horta &Victora, 2013).

Η συχνότητα του άσθματος και των αλλεργιών μπορεί επίσης να μειωθεί μέσω του θηλασμού για πολύ περισσότερο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με τον Oddy και συνεργάτες του (1999) σε μελέτη που συμμετείχαν 2187 παιδιά ηλικίας έως έξι ετών, καταγράφηκε μείωση του κινδύνου παιδικού άσθματος σε παιδιά που είχαν θηλάσει για τουλάχιστον τέσσερις μήνες μετά τη γέννηση τους. Παρά το γεγονός πως οι ακριβείς λόγοι παραμένουν άγνωστοι, η προστασία κατά των αλλεργιών σχετίζεται με την λιγότερη έκθεση των παιδιών αυτών σε ξένες διατροφικές συνήθειες ειδικά όπως αυτή του αγελαδινού γάλακτος. Οι εξαιρετικές ιδιότητες του μητρικού γάλακτος ενδέχεται να προωθούν και να δημιουργούν ένα πιο αποτελεσματικό ανοσοποιητικό σύστημα (Oddy, 1999).

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών υποστηρίζουν επίσης πως ο μητρικός θηλασμός παίζει σημαντικό θετικό ρόλο στην νευρολογική ανάπτυξη των παιδιών. Ωστόσο, η σύνδεση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και της αυξημένης γνωστικής ικανότητας και νοημοσύνης αποτελούν ακόμα αντικείμενο συζήτησης για τους ειδικούς. Είναι δύσκολο να αποδοθεί η υψηλότερη

νοημοσύνη εξ' ολοκλήρου στο μητρικό θηλασμό όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες έχουν τη δική τους επίδραση (Der et.al., 2006) .

Για παράδειγμα, μια μελέτη διερεύνησε την επίδραση του μητρικού γάλακτος στο IQ των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ούτε ο τρόπος σίτισης (θηλάζοντας ή με φόρμουλα γάλακτος) αλλά ούτε και η διάρκεια του θηλασμού σχετίστηκαν με το IQ των παιδιών στην ηλικία των τεσσάρων παιδιών όταν η ποιότητα του οικιακού περιβάλλοντος και το κοινωνικό και οικονομικό προφίλ της οικογένειας δεν ήταν κατάλληλο (Jain et al, 2002).

Ο θηλασμός μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε κάποιες άλλες καταστάσεις όπως παιδική λευχαιμία, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, ασθένεια φλεγμονώδους εντέρου, κοιλιοκάκη και το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που συνδέουν τον θηλασμό με λιγότερες οδοντικές αποφράξεις, βακτηριαιμία, μηνιγγίτιδα και διαβήτη τύπου I (Allen & Hector, 2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει ένα συνεχές αυξανόμενο ενδιαφέρον στους ερευνητές δημόσιας υγείας σχετικά με τη σύνδεση της διατροφής και τον κίνδυνο χρόνιων ασθενειών στην παιδική ηλικία και στα χρόνια της ενηλικίωσης. Με δεδομένο το γεγονός πως η παχυσαρκία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα παγκοσμίως, η συσχέτιση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και της απόκτησης βάρους αποτελεί σημαντικό αντικείμενο μελέτης (National Health & Medical Research Council, 2003).

Έχουν ήδη συγκεντρωθεί αρκετά έγκυρα στοιχεία τα οποία δείχνουν ότι τα παιδιά έχουν λιγότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα αν έχουν θηλάσει ως βρέφη. Βρέφη τα οποία έχουν θηλάσει για τουλάχιστον τρεις μήνες έχουν χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Αξίζει να σημειωθεί πως η προστατευτική επίδραση του μητρικού θηλασμού αναφορικά με την παχυσαρκία εκτείνεται χρονικά ακόμα και στα χρόνια της ενηλικίωσης αν ρα βρέφη έχουν θηλάσει για έξι μήνες και παραπάνω. Η συσχέτιση μη εμφάνισης παχυσαρκίας και μητρικού θηλασμού είναι πλέον δεδομένη που αποτελεί έναν

ισχυρό λόγο για την προώθηση της καμπάνιας υπέρ του μητρικού θηλασμού σε όλο τον κόσμο (Harder et.al., 2005).

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι σύμφωνα με τους οποίους ο μητρικός θηλασμό μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο παχυσαρκίας. Μια υπόθεση είναι ότι τα βρέφη που έχουν θηλάσει αναπτύσσονται με βραδύτερο ρυθμό. Η απόκτηση βάρους σε πολύ γρήγορο χρόνο μειώνει την πιθανότητα απόκτησης ενός πιο λεπτού σωματότυπου. Επίσης έχει εντοπιστεί σημαντική συσχέτιση μεταξύ αύξησης βάρους κατά το πρώτο έτος της ζωής των βρεφών και την κατανάλωση γάλακτος – φόρμουλα (Allen & Hector, 2005).

Το αίσθημα του κορεσμού και της πληρότητας μπορεί να αποτελεί άλλη μια εξήγηση για τη συσχέτιση μητρικού θηλασμού και παχυσαρκίας. Τα βρέφη που θηλάζουν γνωρίζουν πότε έχουν καταναλώσει αρκετή ποσότητα γάλακτος. Η πρακτική της ενθάρρυνσης των βρεφών να καταναλώσουν όλο το γάλα – φόρμουλα στο μπουκάλι μπορεί να τα κάνει να ανταποκρίνονται λιγότερο στα σημάδια της πείνας και στο συναίσθημα της πληρότητας καθώς καταναλώνουν και στερεές τροφές αργότερα. Αντίθετα, ο μητρικός θηλασμός δίνει τη δυνατότητα προγραμματισμού και ρύθμισης της όρεξης από πολύ μικρή ηλικία (Meinzen-Derr et.al., 2009).

Ο διαβήτης τύπου 2, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η αρτηριοσκλήρωση και τα υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης είναι μερικές από τις χρόνιες ασθένειες τις οποίες μπορεί ο θηλασμός να προστατέψει κατά την ενηλικίωση (Owen, Martin, Whincup, Smith & Cook, 2005) .

Υπάρχουν πλέον τεκμηριωμένα στοιχεία για την θετική επίδραση του θηλασμού στην υγεία της μητέρας. Αρχικά, ο θηλασμός αποτελεί τον ιδανικό τρόπο της ανάρρωσης της μητέρας από τη γέννα εξασφαλίζοντας την καθυστερημένη επιστροφή της έμμηνου ρύσεως και γονιμότητας. Επίσης, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης προ-εμμυνοπαυσιακού καρκίνου του μαστού. Επιπλεόν, ο μητρικός θηλασμός προάγει την ταχύτερη επιστροφή της μήτρας στην κατάσταση που ήταν πριν την εγκυμοσύνη. Διεγείρει της απελευθέρωση της ορμόνης οξυτοκίνης διεγείροντας τι συστολές της μήτρας και μειώνει την πιθανότητα αιμορραγιών (Horta & Victora, 2013).

Ο μητρικός θηλασμός επίσης συμβάλει σε μια μεγαλύτερη χρονική περίοδο μη γονιμότητας μετά τη γέννηση οδηγώντας σε ένα αυξημένο χρονικό διάστημα μεταξύ δυο εγκυμοσύνων. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η έκταση της διαδικασίας ανάρρωσης και της γονιμότητας εξαρτάται από τη διάρκεια, την ένταση και τη συχνότητα της διαδικασίας του θηλασμού (Lipworth et al.,2000).

Η προστατευτική επίδραση του μητρικού θηλασμού κατά του προ-εμμυνοπαυσιακού καρκίνου του μαστού έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες και θεωρείται να έχει το ίδιο θετικό αποτέλεσμα και στον μετα-εμμυνοπαυσιακό καρκίνο (Bernier et.al., 2000). Μια ανασκόπηση που αφορά σε 47 άλλες μελέτες σε 30 χώρες έδειξε πως για κάθε δώδεκα μήνες μητρικού θηλασμού, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού μειώνεται κατά 4.3% (Bera, 2002).

Άλλα οφέλη του μητρικού θηλασμού για την μητέρα είναι τα ακόλουθα :

- Επιτάχυνση της απώλειας βάρους και επιστροφή στο σωματικό βάρος πριν την εγκυμοσύνη (Tung et.al., 2003).
- Μείωση του κινδύνου εμφάνισης ενδομήτριου καρκίνου και καρκίνου των ωοθηκών (Tung et.al., 2003).
- Μείωση του κινδύνου εμφάνισης οστεοπόρωσης (Polatti et.al., 1999).
- Προστασία κατά της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Karlson et. al., 2004).
- Προστασία κατά του διαβήτη τύπου 2 (Steube et.al., 2002).

3.1.2 Ψυχολογικά οφέλη

Η συναισθηματική εγγύτητα που δημιουργείται από το θηλασμό ωφελεί την μητέρα και το βρέφος διότι αποτελεί μια πολύ κλειστή επικοινωνία και αλληλεπίδραση. Οι ορμόνες οξυτοκίνη και προλακτίνη διεγείρονται μειώνοντας το στρες της μητέρας και προωθείται με αυτό τον τρόπο ένας πολύ σημαντικός συναισθηματικός δεσμός (Szabó et.al., 2010).

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει πως ο μητρικός θηλασμός μπορεί να εμποδίσει ή να περιορίσει την εμφάνιση κατάθλιψης στις μητέρες (Hoyle, 2007). Άλλες μελέτες έχουν δείξει μια συσχέτιση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και της ψυχικής υγείας των παιδιών και εφήβων (Mezzacappa, 2002).

Ο θηλασμός για το βρέφος αποτελεί πηγή σημαντικής ασφάλειας. Είναι ο σημαντικότερος τρόπος για το βρέφος να λάβει συναισθήματα τα οποία του δίνουν αυτοπεποίθηση και στη ζωή του ως ενήλικας. Η σωματική επαφή με την μητέρα όχι μόνο δεν κακομαθαίνει το βρέφος αλλά το καθιστά αυτόνομο και ανεξάρτητο. Τα βρέφη που έχουν θηλάσει έχουν λιγότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν ψυχικά νοσήματα ως ενήλικες. Διαχειρίζονται καλύτερα τις περιστάσεις του στρες, δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα εσωστρέφειας, επιθετικότητας ή και κατάθλιψης. Η καθημερινή επαφή με την μητέρα, η προσπάθεια αναρρόφησης του γάλακτος και η αναζήτηση της θηλής αποτελούν διαδικασίες οι οποίες βελτιώνουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου μέσα από τον πολλαπλασιασμό των εγκεφαλικών κυττάρων (Agostoni et.al., 2009).

Πέρα από τα ψυχολογικά οφέλη που επηρεάζουν την προσωπικότητα βρέφους, ο θηλασμός βελτιώνει την νοημοσύνη του βρέφους η οποία επηρεάζεται από τη σύσταση του (O'Brien et.al., 2008).

Αναφορικά με τη μητέρα, ο θηλασμός συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση του νέου της ρόλου στην δύσκολη περίοδο της λοχείας. Επίσης, οι μητέρες που θηλάζουν έχουν λιγότερες εκδηλώσεις θυμού και καλύτερη διαχείριση των συναισθημάτων τους και δεν εκδηλώνουν σημάδια κακοποίησης ή εγκατάλειψης των παιδιών τους . Εξ αιτίας των ορμονών οι οποίες κατακλύζουν τον γυναικείο οργανισμό, η μητέρα γεύεται πρωτόγνωρα συναισθήματα ηρεμίας και έχει την αίσθηση της προσφοράς (Μάλλη, 2006).

Το γεγονός ότι ο μητρικός θηλασμός παρέχει σημαντικά οφέλη για την υγεία της μητέρας και του βρέφους είναι σαφές στην συνέπεια των αποτελεσμάτων σε ένα πλήθος ερευνών. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό είναι μελέτες παρατήρησης μια και τα πειράματα στα βρέφη θεωρούνται εξολοκλήρου αντιδεοντολογικά. Συνεπώς, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη πως οι μελέτες αυτές έχουν αρκετούς περιορισμούς (Smith & Harvey, 2005).

Παρά το γεγονός πως η παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε μια θετική συσχέτιση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και πολλών πτυχών της υγείας και της ανάπτυξης του παιδιού, υπάρχουν επίσης πολλές μελέτες οι οποίες δεν υποστηρίζουν τη συσχέτιση αυτή. Πιο συγκεκριμένα, τίθενται ορισμένα ερωτήματα αν η πρακτική του θηλασμού διατηρείται εξαιτίας συναισθηματικών λόγων ή ως πειραματικό στοιχείο με δεδομένη την ασυνέπεια σε μερικά από τα αποτελέσματα πολλών ερευνών. Επίσης, αναφέρεται ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές αναφορικά με την ανάπτυξη ή τα προβλήματα του εντέρου μεταξύ των βρεφών που θηλάζουν μερικώς ή αποκλειστικά (Filteau, 2000). Επίσης, ο ίδιος μελετητής υποστηρίζει πως το μητρικό γάλα περιέχει παράγοντες ανοσοποίησης για να προστατεύουν τη μητέρα και όχι το παιδί με δεδομέο πως περιέχει βακτήρια και ιούς βλαβερούς για την υγεία του βρέφους (Filteau, 2000).

Οι Wang και συνεργάτες (2005) μέσα από μια οικονομική ανάλυση, αναφέρουν ότι οι ανησυχίες για το μητρικό γάλα στην κοινωνία είναι ποικίλες λόγω των χημικών ουσιών του αλλά και την οικονομική του αξία.

Επιπλέον, άλλες μελέτες έχουν αναλύσει πολλές αντίθετες απόψεις σχετικά με το μητρικό γάλα και την επίπτωση του στην υγεία αλλά και σχετικά με τη μεθοδολογία των μελετών αυτών (Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007; Schack-Nielsen, 2006). Οι συγγραφείς σχολιάζουν ότι παρά την υφιστάμενη επίδραση του μητρικού γάλακτος κατά της παχυσαρκίας σε μεταγενέστερο στάδιο της ζωής του ανθρώπου, η επίδραση αυτή είναι πολύ μικρή. Επιπλέον, αναφέρουν ότι η συσχέτιση μεταξύ του μητρικού γάλακτος και των καρδιαγγειακών νοσημάτων δεν είναι πλήρως εμπεριστατωμένη. Συνεπώς, οι συγγραφείς θεωρούν ότι η επίπτωση του μητρικού γάλακτος δεν έχει την ίδια βαρύτητα σε ατομικό επίπεδο αλλά σε επίπεδο κοινωνίας και πληθυσμού.

Όσο αφορά την μεθοδολογία, οι συγγραφείς αναφέρουν πως οι περισσότερες μελέτες είναι μελέτες παρατήρησης γεγονός που δυσκολεύει την παγίωση αιτιολογικών αποτελεσμάτων και οι

συγχέουσες μεταβλητές υφίστανται λόγω της δυσκολίας διαφοροποίησης των παραγόντων που σχετίζονται με την μητέρα και όχι με τον θηλασμό καθ'αυτό (Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007; Schack-Nielsen, 2006).

Άλλοι μελετητές έχουν επικεντρωθεί στην επιρροή του μητρικού θηλασμού σε ότι αφορά τις αλλεργίες, το οποίο αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα, με δεδομένο ότι μερικές μελέτες έχουν δείξει πως ο θηλασμός έχει προστατευτική επίδραση στις ατοπικές ασθένειες ενώ άλλοι υποστηρίζουν το αντίθετο. Ο αποκλειστικός θηλασμός κατά τη διάρκεια των πρώτων τεσσάρων μηνών δεν αποκάλυψε στοιχεία αυξημένου κινδύνου στην εμφάνιση ατοπικής δερματίτιδας με ή χωρίς οικογενειακό ιστορικό στην συγκεκριμένη ασθένεια. Όμως, πολλές μελέτες υποστηρίζουν πως ο θηλασμός αυξάνει τον κίνδυνο για ατοπική δερματίτιδα ή και ότι δεν αποτελεί καθόλου παράγοντα κινδύνου (Bonilla & Kaplan, 2005; Böttcher & Jenmalm, 2002; Han, Chung, Kim, Ahn & Lee, 2010).

Οι Friedman και Zeiger (2005) υποστηρίζουν πως ο λόγος για αυτή τη διαφωνία περιλαμβάνει τη χρήση διαφορετικών μεθοδολογιών στις μελέτες, και τις πιθανές γενετικές διαφορές μεταξύ των δειγμάτων των μελετών αυτών. Ωστόσο, μια μελέτη παρατήρησης 20 ετών σε 200 παιδιά από τη Φιλανδία έδειξε ότι σε βρεφη με οικογενειακό ιστορικό με αλλεργίες, ο αποκλειστικός θηλασμός για εννέα και παραπάνω μήνες, σχετίστηκε με την αύξηση της ατοπικής δερματίτιδας και την υπερευαισθησία στις τροφές κατά την παιδική ηλικία (Pesonen, Kallio, Ranki & Siimes, 2006). Επίσης, μια μελέτη από τους Kramer και συνεργάτες (2007) έδειξε πως το άσθμα και η αλλεργία δεν μειώνεται με τον μητρικό θηλασμό.

Παρά το γεγονός ότι συγκεκριμένα στοιχεία που σχετίζονται με το μητρικό γάλα και την εμφάνιση οδοντικών κοιλοτήτων δεν υπάρχουν, οι συνθήκες που σχετίζονται με τον παρατεταμένο θηλασμό, και ειδικά τον νυχτερινό, σχετίζονται με την πρώιμη εμφάνιση οδοντικών κοιλοτήτων κατά την βρεφική ηλικία. Συνεπώς, παράγοντες όπως η συχνότητα, η διάρκεια και η ένταση του θηλασμού είναι εξαιρετικά σημαντικοί στην εμφάνιση κινδύνου για την στοματική υγεία του παιδιού (Sanchez, 2000).

Παρά την διαπίστωση ότι το μητρικό γάλα είναι ιδανική και πλήρη τροφή για τα βρέφη, μερικές μελέτες έχουν τονίσει ότι τα μωρά που έχουν θηλάσει χρειάζονται συμπλήρωμα βιταμίνης D και K γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την αντίληψη πως το μητρικό γάλα καλύπτει πλήρως τις

ανάγκες των βρεφών (Turck, 2005). Η σύσταση του μητρικού γάλακτος παρουσιάζει ατομικές παραλλαγές οι οποίες επηρεάζουν την πραγματική επιτυχία του θηλασμού για την μείωση του κινδύνου για ασθένειες (Hoppou, Kalliomaki, Laiho & Isolauri, 2001). Επιπλέον, υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις ή ιατρικές συνθήκες όπου το μητρικό γάλα δεν προτείνεται και μπορεί να αντενδείκνυται ή ακόμα η διαδικασία του θηλασμού να πρέπει να ελέγχεται (Fnaro, 2002; Leung & Sauve, 2005) .

Σύμφωνα με τον Lothtrop (2000), ο οποίος έχει έντονα υποστηρίξει τον μητρικό θηλασμό, αναφέρει πως οι προσαρμοσμένοι τύποι γάλακτος είναι απόλυτα προσαρμοσμένοι στις ανάγκες αναγνωρίζοντας πως τα βρέφη που τρέφονται με αυτό το είδος γάλακτος δεν παρουσιάζουν αναπτυξιακές διαταραχές, ανεπάρκειες ή ασθένειες. Πέρα από τα ιατρικά ζητήματα, πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν και άλλες μορφές γάλακτος οι οποίες δημιουργούν την ίδια εγγύτητα και δεσμό μέσα από τη χρήση του μπουκαλιού (Brazelton & Sparrow, 2004).

Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι επιδράσεις του μητρικού γάλακτος εξαρτώνται από την ηλικία κύησης και την κλινική κατάσταση του παιδιού. Σύμφωνα με τον Reynolds (2001), η επίδραση του θηλασμού στην ανάπτυξη των παιδιών φαίνεται μηδαμινή. Συνεπώς, ο θηλασμός είναι ωφέλιμος για τα πρόωρα βρέφη ή για τα φυσιολογικά βρέφη με μικρό βάρος (Lothtrop , 2000; Nascimento & Issler, 2003; Daniels & Adair, 2003; Rao, Hediger, Levine, Naficy & Vik, 2002).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως τα ευρήματα πολλών μελετών έχουν δείξει πως τα μωρά που θηλάζουν έχουν συχνότερες επισκέψεις στον παιδίατρο ή ακόμα νοσηλεύονται πιο συχνά λόγω της εμφάνισης ίκτερου σε σύγκριση με τα βρέφη που τρέφονται με γάλα – φόρμουλα (Leung, 2005) .

3.1.3 Οικονομικά οφέλη

Ο μητρικός θηλασμός έχει σημαντικά οφέλη για την μητέρα και το βρέφος αλλά και σε ολόκληρη την κοινωνία. Με δεδομένο ότι ο θηλασμός εξασφαλίζει καλή υγεία τα βρέφη αυτό σημαίνει ότι το σύστημα υγείας δεν επιβαρύνεται με νοσήλια (Batrick, 2011). Επίσης, εφόσον το μητρικό γάλα χαρίζει καλύτερη νοημοσύνη στο παιδί, το εκπαιδευτικό σύστημα έχει όλο και λιγότερες περιπτώσεις αδύναμων μαθητών. Γενικά, σε κοινωνικό επίπεδο, ο μητρικός θηλασμός δίνει στην κοινωνία άτομα βιολογικά και ψυχολογικά υγιή ανεβάζοντας το επίπεδο του πληθυσμού σε σωματική, ψυχολογική και νοητική υγεία (Batrick, 2011).

Σύμφωνα με έρευνα της Agency for Healthcare Research and Quality, το πόσο των δεκατριών δις δολαρίων ισούται με το 90% των μητέρων που θα θήλαζαν για έξι μήνες. Είναι λοιπόν δεδομένο ότι ο μητρικός θηλασμός παρέχει οικονομικό όφελος στις οικογένειες και κατά συνέπεια και στο κράτος. Η Smith, οικονομολόγος του Εθνικού πανεπιστημίου της Αυστραλίας διαπίστωσε ότι η ετήσια ποσότητα γάλακτος που καταναλώνεται αντιστοιχεί σε 1,6 εκατομμύρια δολάρια (Blake, 2014).

Είναι λοιπόν αυτονόητο ότι η στροφή των μητέρων προς τον μητρικό θηλασμό συνδέεται άμεσα με την οικονομική κρίση που αντιμετωπίζεται σε παγκόσμιο επίπεδο. Η μητέρα εκτός από το γεγονός ότι απαλλάσσεται από το άγχος παρασκευής του τεχνητού γάλακτος, δεν έχει να αντιμετωπίσει το υψηλό κόστος (Blake, 2014).

Ο μητρικός θηλασμός παρέχει κοινωνικά και οικονομικά οφέλη στην οικογένεια και στην κοινωνία. Οι οικογένειες μπορούν να έχουν εξοικονόμηση χρημάτων από το κόστος του τεχνητού γάλακτος, το οποίο είναι μεγαλύτερο και από το κόστος του θηλασμού με άντληση και ως συμπληρωματική διατροφή. Τα βρέφη που θηλάζουν χρειάζονται λιγότερες επισκέψεις στο γιατρό, φαρμακευτική αγωγή και νοσήλια, ειδικά αυτά που θηλάζουν αποκλειστικά διότι αρρωσταίνουν πολύ λιγότερο. Ευρήματα συγκεκριμένης έρευνας έχουν δείξει ότι τα συνολικά φαρμακευτικά και ιατρικά έξοδα είναι περίπου 20% λιγότερα στα παιδιά που θηλάζουν αποκλειστικά από εκείνα που δεν μπήκαν στη διαδικασία του θηλασμού ποτέ. Άλλη έρευνα έχει δείξει ότι και οι εργοδότες ωφελούνται όταν οι μητέρες θηλάζουν τα βρέφη τους γιατί αυτά αρρωσταίνουν λιγότερο, οπότε οι μητέρες απουσιάζουν λιγότερο από την εργασία τους. Επίσης, το κόστος της θεραπείας δεν επιβαρύνει την ασφάλεια στην οποία είναι ασφαλισμένο το βρέφος

και η μητέρα έχει μεγαλύτερη απόδοση στην εργασία της εφόσον απουσιάζει λίγες φορές (Weimer, 2001) .

Μπορεί να ακούγεται αρκετά θεωρητικό αλλά ο θηλασμός έχει και οφέλη ως προς το περιβάλλον. Με άλλα λόγια η γαλουχία δεν είναι μόνο ο φυσικότερος τρόπος σίτισης του βρέφους αλλά έχει και οφέλη τα οποία επιστρέφουν στο περιβάλλον. Αρχικά, κατά το θηλασμό δεν γίνεται σπατάλη ενέργειας πέρα από αυτή του γυναικείου οργανισμού η οποία καλύπτεται με το λίπος του σώματος της μητέρας. Επίσης, το μητρικό γάλα δεν χρειάζεται προετοιμασία ή συσκευασία αφού είναι έτοιμο προς χρήση. Επιπλέον , υπάρχει πάντα εύκολη πρόσβαση και δεν αποτελεί εμπορεύσιμο προϊόν για να έχει και τα αντίστοιχα έξοδα. Τέλος, στην Ελλάδα εάν θήλαζαν περισσότερα βρέφη το περιβάλλον δεν θα επιβαρυνόταν με σκουπίδια πέντε εκατομμυρίων αλουμινένιων κουτιών καθώς και από την κατανάλωση 11 εκατομμυρίων κιλοβατώρων ανά ώρα καθώς και την σπατάλη πενήντα εκατομμυρίων λίτρων νερού ανά έτος. Συνεπώς, ο μητρικός θηλασμός έχει και περιβαλλοντικά οφέλη (Βαράκης, 2012).

3.2 Μειονεκτήματα του θηλασμού

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως ο μητρικός θηλασμός αποτελεί ένα σημαντικό δώρο της φύσης από τη μητέρα προς το βρέφος. Ωστόσο, υπάρχουν και ορισμένα μειονεκτήματα τα οποία έχουν καταγραφεί αλλά τα πλεονεκτήματα εξακολουθούν και είναι πιο σημαντικά από αυτά. Τα κυριότερα μειονεκτήματα του μητρικού θηλασμού είναι τα ακόλουθα (apecsec, n.d):

- Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του θηλασμού έχουν καταγραφεί πολλές ενοχλήσεις. Όταν η μητέρα ξεκινά να θηλάσει για πρώτη φορά, εμφανίζει πόνο στις θηλές γεγονός που μπορεί να διαρκέσει σε όλη την περίοδο της γαλουχίας.
- Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου το γάλα ρέει γεγονός που πολλές φορές είναι άβολο και ντροπιαστικό για τις μητέρες.
- Ο θηλασμός σε δημόσιο χώρο αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία παρά το γεγονός πως η αποδοχή του συνεχώς βελτιώνεται.
- Με δεδομένο το γεγονός πως οτιδήποτε καταναλώνει η μητέρα περνάει στον οργανισμό του παιδιού, οι μητέρες θα πρέπει να είναι εξαιρετικά προσεκτικές στη διατροφή τους.
- Κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, ο ειδικός ρουχισμός, όπως ο ειδικός στηθόδεσμος, είναι απαραίτητος γεγονός που απαιτεί περισσότερα οικονομικά έξοδα.
- Όταν το βρέφος αποκτήσει τα πρώτα του δόντια, η διαδικασία του θηλασμού γίνεται αρκετά επίπονη.
- Το σχήμα και η εμφάνιση του στήθους αλλάζει.
- Η σχέση με τον σύζυγο – πατέρα ενδέχεται να κλονιστεί διότι αισθάνεται αποκλεισμένος από τη διαδικασία της σίτισης.
- Η διαδικασία παραγωγής, άντλησης και αποθήκευσης του γάλακτος αποτελεί επίσης πρόβλημα ειδικά όταν η ποσότητα γάλακτος είναι περιορισμένη.
- Η διαδικασία του θηλασμού είναι εξαντλητική και απαιτεί πολύ ενέργεια για τις μητέρες με συνέπεια να μην έχουν την δυνατότητα να έχουν τις ενασχολήσεις που είχαν στο παρελθόν.
- Με δεδομένο το γεγονός πως το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο, η συχνότητα του ταΐσματος είναι μικρότερη σε σύγκριση με αυτή στο τεχνητό γάλα.

- Η ακριβή ποσότητα γάλακτος που καταναλώνεται από το βρέφος δεν μπορεί να μετρηθεί.

- Οι υπεράριθμοι μαστοί, το απόστημα των φυματίων του Montgomery, η γαλακτοκήλη, η οξεία μαστίτιδα, η ανεπάρκεια του μητρικού γάλακτος και η απροθυμία της μητέρας συγκαταλέγονται στις δυσχέρειες του θηλασμού από την μητέρα.

3.3 Αντενδείξεις για το θηλασμό

Μερικοί παράγοντες οι οποίοι μπορεί να εμποδίσουν τις μητέρες να θηλάσουν διάφορες θεραπευτικές αγωγές και η εμφάνιση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Οι φαρμακευτικές ουσίες ποικίλουν ανάλογα με το πόσο μπορούν να διεισδύσουν στο μητρικό γάλα και για αυτό το λόγο ο θηλασμός θα πρέπει να συζητηθεί με έναν ειδικό στις περιπτώσεις αυτές. Όσο αφορά τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η μόνη πραγματική αντένδειξη για το θηλασμό αν το βρέφος έχει την κλασική γαλακτοσαιμία ή η μητέρα είναι θετική στον ιό HIV (American Academy of Pediatrics, 2015).

Το μητρικό γάλα δεν είναι ασφαλές για το βρέφος υπό συγκεκριμένες συνθήκες όπως αυτές οι οποίες δημιουργούνται αν στο μητρικό γάλα έχουν συσσωρευτεί ουσίες όπως φυτοφάρμακα, οργανικοί ρύποι, βαρέα μέταλλα και άλλες μολυσματικές ουσίες. Ειδικά οι μητέρες σε προχωρημένη ηλικία είναι πιο πιθανό να παράγουν μεγάλες ποσότητες βλαβερών χημικών στο μητρικό γάλα διότι είναι πιο πιθανό να έχουν εκτεθεί σε χημικά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Mead, 2008).

Οι μητέρες δεν θα πρέπει να θηλάσουν αν καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και φαρμάκων που μπορούν να εισχωρήσουν στο μητρικό γάλα καθώς και σε περιπτώσεις σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, σοβαρών αλλεργιών και σοβαρό υποσιτισμό. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνοι για την υγεία και την ανάπτυξη του βρέφους και συνεπώς ο θηλασμός θα πρέπει να αποφευχθεί (La Leche League, 2014).

Αντίθετα με την περίοδο της εγκυμοσύνης, το αλκοόλ δεν αντενδείκνυται απόλυτα κατά το θηλασμό. Η μητέρα που επιθυμεί να καταναλώσει αλκοόλ κατά τη γαλουχία, θα πρέπει να μειώσει την ποσότητα που καταναλώνει σε μια δόση (ένα ποτήρι κρασί ή μπύρα) και να απέχει από το θηλασμό για τουλάχιστον δύο με τρεις ώρες. Τα νεογέννητα που έχουν πιο ανώριμο συκώτι είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν από το αλκοόλ επειδή το συκώτι τους δεν έχει αναπτυχτεί αρκετά για να απομακρύνει το αλκοόλ από τον οργανισμό του. Συνεπώς, η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη γαλουχία θα πρέπει να γίνεται με φειδώ αλλά είναι προφανές πως η αποχή από αυτό είναι η ασφαλέστερη επιλογή (La Leche League, 2014).

Επιπλέον, ο υποσιτισμός της μητέρας μπορεί να θέσει την υγεία του βρέφους σε κίνδυνο καθώς και της μητέρας και για αυτό το λόγο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πριν το θηλασμό. Παρά το γεγονός ότι ο υποσιτισμός σε βρέφη και παιδιά είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους για την προώθηση του θηλασμού σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το γάλα από τη μητέρα μπορεί να είναι βλαβερό για το βρέφος και για τη μητέρα στην περίπτωση που η τελευταία παρουσιάζει υποσιτισμό. Οι σοβαρά υποσιτισμένες μητέρες οι οποίες επιλέγουν να θηλάσουν διατρέχουν κίνδυνο για μεγαλύτερο υποσιτισμό κατά την παραγωγή γάλακτος το οποίο δεν θα μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους σε επίπεδο ανάπτυξης και εξέλιξης (Mead, 2008).

Το διαιτολόγιο και η διατροφική κατάσταση της μητέρας δεν επηρεάζει το μακροθρεπτικό περιεχόμενο του γάλακτος, όπως υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπος, αλλά επηρεάζει το μίκροθρεπτικο όπως ψευδάργυρο, σίδηρο βιταμίνες K , D και B12 που είναι σημαντικά στοιχεία του μητρικού γάλακτος. Για παράδειγμα, η έλλειψη βιταμίνης B12 έχει συνέπειες νευρολογικές βλάβες ενώ η έλλειψη της βιταμίνης D οδηγεί σε ραχίτιδα και δυσπλασία των οστών (Mead, 2008).

Από το βρέφος αντενδείξεις θηλασμού αποτελούν το λαγώχειλο και το λυκόστομα. Και για τις δύο αυτές περιπτώσεις υπάρχουν ειδικές τεχνητές θηλές, που προσαρμόζονται πάνω στο μαστό και φράζουν ταυτόχρονα το έλλειμμα της υπερώας. Έτσι, το βρέφος μπορεί να κάνει αρνητική ενδοστοματική πίεση και να θηλάσει με φυσιολογικό τρόπο. Αντενδείξεις αποτελούν επίσης περιπτώσεις όπως η μικρογναθία, η εσωγναθία, η έμφραξη των ρινικών κοιλοτήτων, η ατρησία του οισοφάγου, το τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ο τέτανος, οι οξείες λοιμώξεις, η μεγάλη παράλυση του προσωπικού νεύρου και οι βλάβες του Κ.Ν.Σ. (Ματσανιώτης & Καρπάθιος, 1995).

Επίσης, η προωρότητα αποτελεί σημαντικό θέμα διότι είναι δύσκολο για τις μητέρες να θηλάσουν βρέφη που γεννήθηκαν χωρίς να έχουν συμπληρώσει τις 34 εβδομάδες κυήσεως. Επιπλέον, παθολογικοί ή ψυχολογικοί λόγοι που προκαλούν νωθρότητα, υπνηλία και νευρικότητα,. Τέλος, σε περίπτωση που το βρέφος πάσχει από φαινυλοκαιτονουρία που αφορά τη, έλλειψη του ενζύμου υδρολάσης της φαινυλαλανίνης, το οποίο είναι απαραίτητο για την αλλαγή της φαινυλαλανίνης σε τυροσίνη. Αυτό συνεπάγεται με τη συσσώρευση της φαινυλαλανίνης που ασκεί τοξική δράση κυρίως στην περιοχή του εγκεφάλου (Λαγός & Αντωνιάδης, 1995).

3.4 Προβλήματα και παράγοντες αποτυχίας κατά το θηλασμό

Τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μητέρες κατά το θηλασμό έχουν να κάνουν με το σώμα τους και είναι τα ακόλουθα (Norwitz & Schorge, 2004):

- Μαστίτιδα: Διαχωρίζεται σε διάμεση, που αφορά το συνδετικό υπόστρωμα, και σε παρεγχυματώδης εάν αφορά τους γαλακτοφόρους πόρους και το μαζικό αδένα. Η μαστίτιδα προκαλεί πυρετό και η περιοχή της φλεγμονής παρουσιάζει ερυθρό οίδημα. Τα μικρόβια που προκαλούν μαστίτιδα είναι ο χρυσίζοντας σταφυλόκοκκος, ο στρεπτόκοκκος και ο E. Coli. Δεν διακόπτουμε το θηλασμό. Όμως θηλάζουμε το μωρό από το στήθος που δεν έχει φλεγμονή. Για να επουλωθεί η φλεγμονή δίνονται αντιβιοτικά και παυσίπονα.

- Πέτρωμα: Όταν ένας γαλακτοφόρος πόρος του αδένα του στήθους δε λειτουργεί σωστά, ο λοβός του οποίου παροχετεύει το γάλα, δεν αδειάζει. Έτσι παρόλο που το υπόλοιπο στήθος είναι μαλακό, σε αυτό το σημείο είναι σκληρό σαν κόμπος, ευαίσθητο και κόκκινο. Αυτό μπορεί να προκληθεί εάν ο στηθόδεσμος πίεζε κάποιο σημείο του στήθους ή από μία ουλή που υπάρχει από μια εγχείρηση. Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα η μητέρα πλένει με ζεστό νερό το στήθος της και κάνει μασάζ. Ενδείκνυται να εναλλάσσονται οι στάσεις του θηλασμού συχνά και να γίνεται από τη μητέρα μασάζ στην σκληρή περιοχή κατά την ώρα του θηλασμού.

- Κερνίκτερος: Τα πολύ υψηλά επίπεδα χολερυθρίνης στο αίμα του παιδιού μπορούν να προκαλέσουν κερνίκτερο, μια σπάνια αλλά πολύ σοβαρή πάθηση με μόνιμα νευρολογικά προβλήματα. Ο κερνίκτερος συχνά συσχετίζεται με το λεγόμενο «ίκτερο του μη θηλασμού». Αφορά γυναίκες που δεν έκαναν καλό ξεκίνημα ή δε θήλασαν αμέσως το μωρό τους. Ίσως να μην έμαθαν τις σωστές τεχνικές για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος και το πιάσιμο της θηλής ή να πήραν λάθος οδηγίες από επαγγελματίες υγείας και έφυγαν από το μαιευτήριο χωρίς το μωρό να παίρνει στην πραγματικότητα γάλα από το

στήθος και χωρίς ραντεβού στο σπίτι με ειδικό γαλουχίας. Τα μωρά αυτά επιστρέφουν σύντομα στο νοσοκομείο βαριά άρρωστα και αφυδατωμένα, με σημαντική πιθανότητα να πάθουν κερνίκτερο. Ωστόσο για τις περιπτώσεις αυτές φυσικά και δε φταίει ο θηλασμός αλλά η κακή υποστήριξη της θηλάζουσας μητέρας από το σύστημα υγείας, που οδήγησε σε αναποτελεσματικό θηλασμό, μεγάλη απώλεια βάρους και σε ένα άρρωστο παιδί.

- Μεγάλη ποσότητα γάλακτος: Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου η μητέρα παράγει πολύ περισσότερο γάλα από αυτό που χρειάζεται ή το γάλα ρέει τόσο γρήγορα, που το παιδί δεν προλαβαίνει να καταπιεί. Έτσι το μωρό είναι νευρικό και μπορεί να κλαίει κατά τη διάρκεια του θηλασμού, ή ακόμα και να αφήσει το στήθος. Για να αντιμετωπιστεί αυτό η μητέρα θα πρέπει πριν από κάθε θηλασμό να αφαιρεί λίγο γάλα με μασάζ ή με το θήλαστρο. Έπειτα να επιλέγει μία στάση θηλασμού η οποία να μην ευνοεί την υπερβολικά γρήγορη ροή του γάλακτος. Για να παράγεται λιγότερο γάλα, μετά το θηλασμό τοποθετείται μία κρύα πετσέτα για να κρυώσει το στήθος.

- Τραυματισμός και υπερφόρτωση των μαστών: Ο τραυματισμός των μαστών προκαλείται από τη λάθος τοποθέτηση του μωρού στο στήθος. Με τη σωστή τοποθέτηση του μωρού δεν δημιουργείται άλλη πληγή και η πληγή που υπάρχει επουλώνεται. Για την γρήγορη επούλωση της χρειάζεται η θηλή να είναι στεγνή και καθαρή. Με την υπερφόρτωση των μαστών ο θηλασμός δεν διακόπτεται. Για να αδειάζει το στήθος ευκολότερα πριν από κάθε θηλασμό συνιστάται καθαρισμός του μαστού με ζεστό νερό και ελαφρύ μασάζ. Μετά το θηλασμό εάν συνεχίζεται η υπερφόρτωση καλό θα ήταν να αφαιρεθεί το γάλα με το θήλαστρο.

Οι πιο συχνοί παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνοι για την αποτυχία της διαδικασίας του θηλασμού είναι οι ακόλουθοι (Horii et.al., 2011):

- Ο αποχωρισμός του βρέφους από τη μητέρα.
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στη μητέρα.
- Καθυστέρηση έναρξης της διαδικασίας του θηλασμού.
- Μη σωστή τεχνική θηλασμού

- Η διαδικασία του θηλασμού να πραγματοποιείται μόνο την ημέρα με αυστηρό ωράριο
- Χορήγηση τεχνητού γάλακτος ή άλλων υγρών
- Ανεπαρκής ή λανθασμένη πληροφόρηση σχετικά με το θηλασμό
- Κοινωνικό ή οικογενειακό περιβάλλον το οποίο δεν προάγει την διαδικασία του θηλασμού
- Καταιγισμός διαφημίσεων για το τεχνητό γάλα και τη χρήση του.

Πέρα από τους παραπάνω παράγοντες, σημαντικός είναι επίσης και αυτός που σχετίζεται με την επιστροφή της μητέρας στην εργασία (Lesorogol et.al, 2017) το είδος του τοκετού και κυρίως η καισαρική τομή , τα συμπτώματα που συνοδεύουν την επιλόχεια κατάθλιψη καθώς και η συνήθεια του καπνίσματος (Taveras et.al., 2003).

Ανεξάρτητα από την κοινωνική ευθύνη και την ευθύνη της πολιτείας για την προαγωγή και στήριξη της διαδικασίας του μητρικού θηλασμού, μελέτες έχουν αποδείξει ότι σημαντικοί παράγοντες για την απόφαση των γυναικών να θηλάσουν έχουν να κάνουν με τη στάση των επαγγελματιών υγείας και με τις νοσοκομειακές πρακτικές. Ειδικότερα, η στάση των μητέρων αναφορικά με το θηλασμό επηρεάζεται από τους ειδικούς που συμμετέχουν πριν και μετά τη διαδικασία της κύησης (Swanson & Power, 2005).

Τα ευρήματα μελετών σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν αποδείξει πως οι μητέρες οι οποίες είναι ενημερωμένες και εκπαιδευμένες στα ζητήματα του θηλασμού, έχουν την τάση να θηλάζουν για περισσότερο χρονικό διάστημα τα βρέφη τους (Gau, 2004). Σε αντίθετη περίπτωση, όταν οι μητέρες δεν προετοιμαστούν και δεν ενημερωθούν σωστά από τους επαγγελματίες υγείας τα ποσοστά του θηλασμού μειώνονται δραματικά. Επίσης, όταν το προσωπικό ενός νοσηλευτικού ιδρύματος δεν έχει σαφή στάση απέναντι στο θηλασμό χωρίς συντονισμένη δράση για την υποστήριξη συγκεκριμένου μοντέλου διατροφής με βάση τον αποκλειστικό θηλασμό, οι μητέρες έχουν την τάση να θηλάζουν για διαστημα μόνο έξι εβδομάδων από τον τοκετό (DiGirolamo, Grummer-Strawn & Fein, 2003).

Η σπουδαιότητα του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στο ζήτημα του θηλασμού διαφαίνεται στο ότι πολλές μελέτες έδειξαν ότι η στάση τους όχι μόνο καθορίζει την υιοθέτηση του

θηλασμού από τις μητέρες αλλά αυξάνει την αυτοπεποίθησή τους για να αντιμετωπίσουν καλύτερα οποιαδήποτε δυσκολία προκύψει (Ingram, 2006). Τέλος οι παράγοντες που σχετίζονται θετικά με το μητρικό θηλασμό και τη διάρκεια του είναι ο φυσιολογικός τοκετός, η εφαρμογή της παραμονής του βρέφους στο δωμάτιο της μητέρας (rooming – in), το χρονικό σημείο έναρξης του μητρικού θηλασμού, ο τοκετός ως μια ευχάριστη εμπειρία και η διαδικασία του αποκλειστικού θηλασμού (Daglas et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Η ΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

4.1 Ο ρόλος της κοινωνίας

Για να μπορέσει να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει την διαδικασία του μητρικού θηλασμού, πολλές μελέτες έχουν εστιάσει σε διαφορετικές κοινωνικό-δημογραφικές ομάδες προκειμένου να μελετηθεί ο βαθμός υιοθέτησης του μητρικού θηλασμού. Τα ποσοστά του θηλασμού έχουν την τάση να μιμούνται και άλλες κοινωνικο- οικονομικές διαφορές και ανισότητες μέσα στα πλαίσια της κοινωνίας. Κοινό εύρημα πολλών μελετών είναι πως η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού είναι μεγαλύτερη σε λευκές γυναίκες άνω των τριάντα ετών με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης και μεγαλύτερο εισόδημα (Li, Darling, Maurice, Barker & Grummer-Strawn, 2005; Jones, McFall & Diego, 2011).

Εισόδημα

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι μητέρες με χαμηλά εισοδήματα είναι ενημερωμένες σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού αλλά αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια για να υιοθετήσουν τη διαδικασία αυτή όπως την έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια και του φίλους, την επιστροφή στην εργασία ή τις σπουδές, μη ικανοποιητικό περιβάλλον διαβίωσης και την αδυναμία λήψης πληροφοριών και υπηρεσιών από τις υγειονομικές υπηρεσίες εισόδημα (Li, Darling, Maurice, Barker & Grummer-Strawn, 2005). Το δείγμα γυναικών στο πρόγραμμα *Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children* (WIC) οι οποίοι προέρχονται από οικογένειες με χαμηλότερα εισοδήματα είχαν ποσοστό έναρξης θηλασμού 67.5% ενώ για αυτές που προέρχονται από οικογένειες με υψηλότερα εισοδήματα το αντίστοιχο ποσοστό ήταν περίπου 85% (CDC, 2013).

Εργασία

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, δεν έχουν όλοι οι εργαζόμενοι την ευκαιρία να έχουν εργοδότες που να «αγκαλιάζουν» ζητήματα που να αφορούν την οικογένεια. Οι εργαζόμενοι με χαμηλό μισθό

δεν έχουν μόνο να αντιμετωπίσουν το χαμηλό εισόδημα αλλά δεν απολαμβάνουν οφέλη όπως την άδεια μητρότητας, τις άδειες με αποδοχές και την υγειονομική ασφάλιση. Αντιθέτως, οι καλοπληρωμένοι εργαζόμενοι, όπως είναι τα διευθυντικά στελέχη, απολαμβάνουν στις περισσότερες περιπτώσεις τα οφέλη αυτά (Appelbaum & Milkman, 2011).

Το επάγγελμα είναι επίσης σημαντικός παράγοντας για την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού. Έχει αναφερθεί ότι οι μητέρες οι οποίες είναι επαγγελματίες και μη έχουν μεγαλύτερη διάρκεια στο θηλασμό σε σύγκριση με τις μητέρες που απλά κατέχουν μια υπαλληλική θέση εργασίας. Το είδος και η κατάσταση της εργασίας παίζουν σημαντικό ρόλο στις πρακτικές του θηλασμού. Άσχετα από το κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο, οι μητέρες που εργάζονται με πλήρες ωράριο έχουν χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής στο θηλασμό σε σύγκριση με τις μητέρες που εργάζονται λιγότερες ώρες ή είναι άνεργες (Kimbro, 2006).

Σύμφωνα με του Ryan και συνεργάτες (2006), τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού στις άνεργες μητέρες είναι 1.28 φορές υψηλότερα από τις μητέρες που εργάζονται σε πλήρες ωράριο. Οι μητέρες με μερικό ωράριο εργασίας έχουν υψηλότερο ποσοστό έναρξης θηλασμού κατά 1.26 φορές από τις μητέρες που εργάζονται σε πλήρες ωράριο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι εργαζόμενες μητέρες όχι μόνο έχουν μικρότερη διάρκεια θηλασμού αλλά και χαμηλότερο ποσοστό έναρξης. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται στις μητέρες που εργάζονται με πλήρες ωράριο , που έχουν υποστηρικτικά προγράμματα στο χώρο εργασίας και μεγαλύτερης διάρκειας άδεια μητρότητας (USDHHS, 2011). Μία άλλη μελέτη των Roe και συνεργατών (1999) έδειξε ότι η άδεια μητρότητας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την διάρκεια του θηλασμού και για κάθε μια βδομάδα άδειας που δίδεται η διάρκεια του θηλασμού αυξάνεται τρεις ημέρες.

Το 2004, η Καλιφόρνια ήταν η πρώτη πολιτεία στις ΗΠΑ στην οποία εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα οικογενειακής άδειας με αποδοχές (paid family leave - PFL). Οι Huang και Yang (2015) χρησιμοποίησαν τα δεδομένα από τη μελέτη *Infant Feeding Practices Study II (IFPS II)* για να αξιολογήσουν τις αλλαγές που επέφερε το προαναφερόμενο πρόγραμμα στην Καλιφόρνια. Σύμφωνα με τα ευρήματα της αξιολόγησης αυτής, παρουσιάστηκε μια αύξηση κατά 20% στη συμμετοχή των γυναικών στο θηλασμό.

Ηλικία

Πολλές μελέτες έχουν αναφέρει την ηλικία ως σημαντικό παράγοντα στην πρακτική του θηλασμού. Σύμφωνα με τους Roe και συνεργάτες (1999), η ηλικία της μητέρας συσχετίζεται θετικά με τη διάρκεια του θηλασμού και κάθε ένα έτος που προστίθεται αυξάνει τη διάρκεια του θηλασμού. Στις ΗΠΑ οι μητέρες που είναι 20 ετών έχουν ποσοστό έναρξης του θηλασμού περίπου 60% ενώ οι μητέρες άνω των 30 ετών περίπου 80% (CDC, 2013).

Έχει παρατηρηθεί επίσης μια παρόμοια τάση στην έναρξη και στη διάρκεια του θηλασμού καθώς οι μελέτες γίνονται ολοένα και περισσότερες όπου οι μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μεγαλύτερα ποσοστά έναρξης και διάρκειας του θηλασμού. Σε άλλες μελέτες, το 55% των μητέρων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 25 ετών και κάτω ξεκινούν το θηλασμό σε σύγκριση με το 73% των μητέρων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30 ετών και άνω (Lu Lange, Slusser, Hamilton & Halfon, 2001).

Μια μελέτη η οποία διεξήχθη το 2011, χρησιμοποιώντας τα δεδομένα από της Εθνική Έρευνα για την Υγεία των Παιδιών του 2007, συμπεριέλαβε 25.197 συμμετέχοντες και απέδειξε το προαναφερόμενο μοτίβο, οι μητέρες άνω των 30 ετών χρησιμοποιούσαν κατά δυο φορές παραπάνω τον αποκλειστικό θηλασμό σε σύγκριση με τις μητέρες 20 ετών και κάτω (Jones, McFall & Diego, 2011).

Μια άλλη ανασκόπηση έδειξε πως οι περισσότερες μελέτες δείχνουν πως η ηλικία της μητέρας παίζει σημαντικό ρόλο στην διάρκεια του θηλασμού ενώ σε άλλες αναφέρθηκε πως η ηλικία της μητέρας είναι καθοριστικός παράγοντας (Thulier & Mercer, 2009).

Οικογενειακή κατάσταση

Σύμφωνα με τους Thulier και Mercer (2009), η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί ένα δημογραφικό στοιχείο πολύ σημαντικό για την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού. Δεδομένα από δημοσιευμένες μελέτες έχουν δείξει ότι ο θηλασμός πραγματοποιείται πιο συχνά σε παντρεμένες γυναίκες σε σύγκριση με τις ανύπαντρες μητέρες. Μια άλλη έρευνα στις ΗΠΑ έδειξε τα ίδια αποτελέσματα ότι ο αποκλειστικός θηλασμός μεταξύ των παντρεμένων και

ανύπαντρων μητέρων ήταν στατιστικά διαφορετικός σε διάστημα ενός μήνα, μιας εβδομάδας, τριών μηνών και έξι μηνών. Η μελέτη των Ogbuana και συνεργατών (2009) έδειξε παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την έναρξη του θηλασμού.

Η δομή της οικογένειας παρουσιάζεται επίσης να επηρεάζει την πρακτική του θηλασμού. Ο θηλασμός αποτελεί μια κοινή πρακτική σε οικογένειες με δυο παιδιά σε αντίθεση με τις ανύπαντρες μητέρες ή τις οικογένειες με θετούς γονείς (Jones, McFall & Diego, 2011; Kim & Gallien, 2014). Η μελέτη των Kim και Gallien (2014) ανέφερε πως οι ανύπαντρες μητέρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να μην ξεκινήσουν την διαδικασία του θηλασμού ανεξάρτητα από το εισόδημα και το είδος της εργασίας τους.

Μορφωτικό επίπεδο

Οι μητέρες που είναι απόφοιτες πανεπιστημίου παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν τα βρέφη τους σε ποσοστό 21% σε σύγκριση με τις μητέρες που έχουν μόρφωση δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, η πρώτη κατηγορία θηλάζει τα βρέφη της τουλάχιστον για έξι μήνες σε ποσοστό 22% ενώ η δεύτερη σε ποσοστό μόνο 9% για αυτό το χρονικό διάστημα (Li et.al.,2005). Η μελέτη των Jones και συνεργατών (2011) έδειξε παρόμοια αποτελέσματα υποστηρίζοντας ότι οι μητέρες με μόρφωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν υψηλότερα ποσοστά έναρξης του θηλασμού.

Εθνικότητα

Παρόμοιες διαφορές καταγράφονται και σε άλλους παράγοντες όπως οι διαφορετικές φυλές και εθνικότητες. Οι Ισπανόφωνες και Λατίνες μητέρες έχουν ποσοστό έναρξης θηλασμού 80% σε σύγκριση με τις Αφρο- Αμερικανίδες των οποίο το ποσοστό είναι 58%. Ακόμα και με τις ατομικές διαφορές που παρουσιάζονται μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικο- δημογραφικών ομάδων, τα ποσοστά του θηλασμού έχουν την τάση να μειώνονται δραστικά σε συνδυαστικούς υποπληθυσμούς. Για παράδειγμα, η μη Ισπανόφωνες έγχρωμες μητέρες με χαμηλό εισόδημα έχουν ποσοστό έναρξης θηλασμού 37% και μόνο (CDC, 2013).

Σε μια εβδομαδιαία αναφορά για την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα το 2006, τονίστηκε ότι σε σχέση με την κατάσταση του θηλασμού, η φυλή είναι ανεξάρτητη από το κοινωνικό και

οικονομικό υπόβαθρο αλλά και από άλλους δημογραφικούς παράγοντες, και αντίστροφα οι κοινωνικοί, οικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες δεν σχετίζονται με τη φυλή στο ζήτημα του θηλασμού. Είναι σαφώς επιτακτική ανάγκη να ληφθούν υπόψη όλοι οι παράγοντες – μεταβλητές όσο αφορά τον εγγενή τους ρόλο στο θηλασμό (CDC, 2013).

Το κυρίαρχο θέμα που διαφαίνεται στην βιβλιογραφία είναι ότι ο θηλασμός είναι μια πολιτισμικά ενσωματωμένη δραστηριότητα που συμβαίνει σε έναν όλο και πιο περίπλοκο κόσμο. Όπως έδειξε μελέτη των οι Stewart-Knox και συνεργατών (2003), ο πολιτισμός επηρεάζει βαθιά τις γνώσεις, τις συμπεριφορές και τη συμπεριφορά στον τομέα της υγείας, και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις πρακτικές διατροφής των βρεφών. Λόγω των συσσωρευμένων στοιχείων ότι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην πρόωρη παύση του θηλασμού είναι οι αρνητικές επιρροές εντός του κοινωνικοπολιτιστικού περιβάλλοντος (Stewart-Knox κ.ά., 2003), οι κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές στον θηλασμό και ο τρόπος με τον οποίο αυτές μπορούν να περιοριστούν ήταν το επίκεντρο όλων των μελετών. Τα κυριότερα εμπόδια σε επίπεδο κοινωνίας αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα (Πίν. 1).

ΕΜΠΟΔΙΑ/ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ	**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**	**ΜΕΛΕΤΕΣ**
Υποστήριξη του τεχνητού γάλακτος	• Ο θηλασμός δεν είναι ο κανόνας σε πολλές κοινωνίες και πολιτισμούς • Περιοριστική στάση απέναντι στο θηλασμό στο κοινό • Αμηχανία και δυσφορία • Προώθηση του τεχνητού γάλακτος.	Bailey, Pain & Aarvold (2004); Flower et al (2008); Stewart-Knox et al (2003); Lee (2007); Lewallen & Street (2010); McFadden & Toole (2006); Nelson (2009); Nelson & Sethi (2007); Stolzer (2010)
Η εικόνα του σώματος	• Η σεξουαλικότητα των μαστών. • Ανησυχίες για την εικόνα του σώματος. • Αυτό φαίνεται να είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα για τους εφήβους και τους νέους	Dyson et al (2010); Gatrell (2007); McFadden & Toole (2006); Nelson & Sethi (2007); Wambach & Cohen (2009)
Ενσωμάτωση του θηλασμού στη σύγχρονη καθημερινή	• Επιστροφή στην εργασία, το σχολείο	Callaghan & Lazard (2012); Dykes (2005b); Lavender et al (2006);

ζωή	και άλλες δραστηριότητες στην κοινότητα	Marshall et al (2007); McBride & Henry 2010; McFadden & Toole (2006); Reid et al (2010); Thulier & Mercer (2009)

Πίνακας 1: Εμπόδια σχετικά με την κοινωνία

Μια κοινή δήλωση που έκαναν πολλές μητέρες σε μεγάλο αριθμό μελετών είναι ότι ζουν σε μια κοινωνία που υποστηρίζει την κουλτούρα της διατροφής με τεχνητό γάλα. Η άμεση διαθεσιμότητα του γάλακτος – φόρμουλα στις δυτικές κοινωνίες περιγράφεται ευρέως ως ένας βασικός παράγοντας που συμβάλλει στην εστίαση αυτή στη διατροφή των μπουκαλιών (Callaghan & Lazard, 2012; Holmes et al, 2009 ; Stolzer, 2010; Sutton, Despard & Evans, 2007; Vaughn et al, 2010).

Η διανομή των δειγμάτων φόρμουλας στα νοσοκομεία και στα συναφή προγράμματα υγείας και ανθρώπινων υπηρεσιών περιγράφεται ότι εξακολουθεί να εφαρμόζεται ευρέως τουλάχιστον στη Βόρεια Αμερική (Holmes et al, 2009). Το πρόγραμμα των γυναικών, βρεφών και παιδιών με έδρα τις ΗΠΑ παρέχει, για παράδειγμα, ελεύθερη φόρμουλα σε θηλάζουσες γυναίκες χαμηλού εισοδήματος, μια ομάδα αμερικανών γυναικών που παραδοσιακά έχουν χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού και πρέπει να ενθαρρύνονται έντονα να θηλάζουν (Holmes et al. 2009, Stolzer, 2010).

Η πραγματικότητα στην οποία βρίσκονται συχνά οι νέες μητέρες είναι ακόμη πιο περίπλοκη από ότι φαίνεται. Η μητρότητα στη σημερινή κοινωνία απεικονίζεται ως μια σύνθετη πράξη εξισορρόπησης. Οι γυναίκες περιγράφουν ότι προσπαθούν να επιτύχουν κάποια ισορροπία μεταξύ της εξασφάλισης της υγείας των μωρών τους και της πραγματικότητας της καθημερινής ζωής τους (Dykes, 2005; McBride & Henry, 2010; Marshall, Godfrey & Renfrew, 2007).

Η αμηχανία και η ενόχληση με την όλη ιδέα του θηλασμού εξαιτίας της έλλειψης κοινωνικής αποδοχής περιγράφεται ευρέως στη βιβλιογραφία (Flower et al, 2008, Forster & McLachlan, 2010). Σε πολλές σύγχρονες κοινωνίες, τα αντιληπτά ταμπού γύρω από το θηλασμό σε δημόσιους χώρους είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει σε ένα σημαντικό εύρημα σε όλες τις μελέτες. δηλαδή ότι ο θηλασμός απλώς δεν ταιριάζει με τον τρόπο ζωής μιας σύγχρονης γυναίκας και ότι ο αποκλειστικός θηλασμός περιορίζει την ευελιξία μιας γυναίκας να κάνει και άλλα πράγματα με αποτέλεσμα να την επιβαρύνει (Goldade et al, 2008; Ludlow et al, 2012; Nelson, 2009) .

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι ένα κυρίαρχο θέμα σε μεγάλο μέρος της ποιοτικής έρευνας είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός (Stewart-Knox, Gardiner & Wright, 2003). Μια ποιοτική μελέτη που διεξήχθη στην Ιρλανδία όπου τα ποσοστά θηλασμού είναι γνωστό ότι είναι χαμηλά καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα κύρια εμπόδια στο θηλασμό που σχετίζονται με τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι: «περιορισμένη ελευθερία και ανεξαρτησία που σχετίζεται με οικογενειακά ζητήματα, επιστροφή στην εργασία, κοινωνική αμηχανία και κοινωνική απομόνωση» (Stewart-Knox, Gardiner & Wright, 2003).

.

4.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και του συστήματος υγείας

Τα οφέλη από το μητρικό θηλασμό αποτελούν επίσης σαφή επιχειρήματα για τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι μέσα από αυτά θα πρέπει να προωθούν τη διαδικασία του θηλασμού. Οι επαγγελματίες υγείας, ιατροί, μαίες και νοσηλευτικό προσωπικό, μπορούν και πρέπει να κάνουν μεγαλύτερες προσπάθειες για να προετοιμάσουν τις μητέρες για τη διαδικασία του θηλασμού. Η UNICEF και ο ΠΟΥ κάνουν σαφή αναφορά στα «Δέκα Βήματα για τον Επιτυχημένο Θηλασμό» ότι οι εγκαταστάσεις που προσφέρουν υπηρεσίες μητρότητας και φροντίδας για νεογνά θα πρέπει να προάγουν το θηλασμό (Saadeh & Akré, 1996).

Όταν έλαβε χώρα στη Σιγκαπούρη το 2012 η Πρωτοβουλία για Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη (Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI), οι παραπάνω κατευθυντήριες γραμμές είναι αυτές που πλέον ορίζουν τις πιστοποιημένες νοσοκομειακές μονάδες. Ωστόσο, υπάρχει μια τάση στους γιατρούς να μεταβιβάζουν τα μέτρα των «Δέκα Βημάτων για τον Επιτυχημένο Θηλασμό» στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας με τους οποίους συνεργάζονται αλλά ακόμα αυτό δεν είναι αρκετά ικανοποιητικό για πολλούς λόγους. Αρχικά, αυτό συμβαίνει διότι πολλές μητέρες φροντίζονται από τους γυναικολόγους και όχι από τι μαίες σε πολλές χώρες. Σε αυτή τη περίπτωση, απαξιώνεται το έργο των μαιών και των νοσηλευτών και συνεπώς δεν μπορούν να επηρεάσουν τις μητέρες (Soh et.al., 2014).

Δεύτερος σημαντικός λόγος είναι το γεγονός ότι οι μητέρες συμβουλεύονται αποκλειστικά τους γιατρούς για το θηλασμό και ειδικά στις περιπτώσεις όπου οι μητέρες ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή ή πάσχουν από κάποια ασθένεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις ένα δυσμενές σχόλιο από το γιατρό αποθαρρύνει τη μητέρα από τη διαδικασία του θηλασμού. Συνεπώς οι γιατροί θα πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς για τις αντενδείξεις του θηλασμού οι οποίες είναι περισσότερες από ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί. Τέλος, είναι πολύ συχνό φαινόμενο μια μητέρα να βρίσκεται σε αγχώδη κατάσταση όταν το βρέφος της χάνει βάρος και το αποδίδει στην περιορισμένη ποσότητα γάλακτος που παράγει. Σε αυτές τις περιπτώσεις η επέμβαση της μαίας και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη για να εξηγήσουν τεχνικές θηλασμού και αν είναι απαραίτητη η παροχή συμπληρώματος τεχνητού γάλακτος (Pang et.al., 2017).

Η πρόσφατη έναρξη της τράπεζας μητρικού γάλακτος στο Νοσοκομείο Kandang Kerbau (Kandang Kerbau Women's and Children's Hospital - KKWCH) αποτελεί μια πολύ θετική προσπάθεια να βοηθήσει τις μητέρες οι οποίες δεν μπορούν να παράγουν επαρκείς ποσότητες γάλακτος γεγονός όμως που απαιτεί την ανάλογη προώθηση από τους επαγγελματίες υγείας (Lai, 2017) .

Είναι σαφές πως ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι να λάβουν υπόψη την σπουδαιότητα του θηλασμού και να εκπαιδεύουν τις μητέρες και την οικογένεια αφιερώνοντας τον κατάλληλο χρόνο. Συνοπτικά, ο ρόλος των γιατρών είναι ο ακόλουθος (Lai, 2017) :

- Να έχουν μια σαφή και ισχυρή στάση απέναντι στο θηλασμό και τα οφέλη του.
- Να επικοινωνούν και να εκπαιδεύουν τις μητέρες για τα οφέλη και τις τεχνικές του θηλασμού.
- Να μην προβαίνουν σε ενέργειες ή σχόλια που μπορεί να εμποδίσουν την έναρξη, τη διάρκεια και τη συνέχιση του θηλασμού.
- Να προάγουν το θηλασμό ως μια καθημερινή διαδικασία και μέρος μιας κανονικής ζωής και να ενθαρρύνουν την οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη της μητέρας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία της προηγούμενης ενότητας και τις δημογραφικές μεταβλητές οι οποίες παίζουν ρόλο στην έναρξη, τη διάρκεια και τη συνέχιση του θηλασμού, αξίζει να σημειωθεί και ο ρόλος της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας που θα συμβάλει στην καλύτερη αντιμετώπιση των μητέρων με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά από τους επαγγελματίες υγείας για την προώθηση του θηλασμού.

Η θεωρία της Leininger M που αφορά τη διαπολιτισμική φροντίδα αποτελεί ένα σύνολο βασικών εννοιών από τα επιστημονικά πεδία της Ανθρωπολογίας και της Νοσηλευτικής. Το περιεχόμενο της κατά Leininger θεωρία θα μπορούσε και να περιγραφεί ως ένας ολοκληρωμένος οδηγός για να μπορέσουν να μελετηθούν και να αναλυθούν καλύτερα οι μεταβλητές που αφορούν τους διαφορετικούς πολιτισμούς και κουλτούρες. Ο βασικός στόχος της συγκεκριμένης θεωρίας είναι η ανακάλυψη, η τεκμηρίωση, η ερμηνεία και η εξήγηση των πολλαπλών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη φροντίδα των ανθρώπων με σκοπό την ολιστική τους ευημερία (Leininger, 2002).

Σύμφωνα με τη παρούσα θεωρία, κάθε νοσηλευτικό φαινόμενο μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα μέσα στα πλαίσια που αφορούν το κοινωνικό, το ιστορικό, το φυσικό και το πολιτισμικό πλαίσιο του ανθρώπου σε συνδυασμό με την προσωπική του στάση η οποία επηρεάζεται από τη στάση ζωής και την εμπειρία του από περιπτώσεις φροντίδας στο παρελθόν (Leininger, 1991).

Κάθε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αναπτύξει πολιτισμική ευαισθησία και επίγνωση, με σκοπό να προσφέρει την κατάλληλη ποιοτική φροντίδα. Η πολιτισμική επίγνωση περιλαμβάνει τη γνώση του ιστορικού του ατόμου, την επίγνωση σχετικά με την προσωπικότητα του, τον σεβασμό που αφορά τις αξίες του, τις προκαταλήψεις και τις πεποιθήσεις του. Πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει τη θεωρία της Leininger με σκοπό την πλήρη αξιολόγηση των προβλημάτων υγείας ατόμων διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου και να μπορέσουν να σχεδιάσουν τον καλύτερο τρόπο την επίλυση των προβλημάτων αυτών (Αθανασοπούλου & Papadopoulos, 2011) .

Τεράστιες είναι οι διαφορές οι οποίες υπάρχουν σε όλη την ανθρώπινη συμπεριφορά, όπως και αυτή του θηλασμού. Οι επαγγελματίες υγείας, όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν πεποιθήσεις και πρακτικές του θηλασμού μητέρων από άλλο πολιτισμό είναι βασική προϋπόθεση να είναι ιδιαιτέρως προσεκτικοί για να διακρίνουν το *διαφορετικό* από οτιδήποτε θα μπορούσε να χαρακτηριστεί *επιβλαβές*. Αξιολογώντας τις πολιτισμικές διαστάσεις του μητρικού θηλασμού, οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να παρέχουν υποστήριξη και πληροφορίες που να σέβονται και να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού σύμφωνα με τα παγκόσμια πρότυπα (Αθανασοπούλου, Καϊτελίδου, Ζυγά, Μαλλιαρού & Καλοκαιρινού, 2013).

Ένα επίσης σημαντικό ζήτημα που αποτυπώνεται στη βιβλιογραφία είναι αυτό που σχετίζεται με την κουλτούρα του συστήματος υγείας η οποία πολλές φορές δρα ως εμπόδιο στην υποστήριξη και την προώθηση του θηλασμού και πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στους επαγγελματίες υγείας που αδυνατούν να δώσουν τις κατάλληλες συμβουλές. Στα περισσότερα συστήματα υγείας παγκοσμίως, ο θηλασμός, όπως και ο τοκετός, αντιμετωπίζεται σαν μια ιατρική κατάσταση και όχι σαν μια δραστηριότητα η οποία σχετίζεται άμεσα με τον πολιτισμό και επηρεάζεται από έναν μεγάλο αριθμό κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων. Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει τα κυριότερα εμπόδια και προκλήσεις σχετικά με το μητρικό θηλασμό σε επίπεδο συστήματος υγείας όπως καταγράφεται στην πρόσφατη βιβλιογραφία (Πίν. 2).

ΕΜΠΌΔΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΕΛΕΤΕΣ
Κουλτούρα στη φροντίδα υγείας	• Αντιμετώπιση με τρόπο συγκαταβατικό. • Οι στάσεις κρίσης από ορισμένους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. • Θεωρητική προώθηση για θηλασμό από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. • Ιατροποίηση του θηλασμού.	Archabald et al (2011); Baker et.al. (2005); Burns et al (2010); Dykes (2005b); Hauck et al (2011); Hall & Hauck (2007); Manhire et al (2007); McInnes & Chambers (2008); Redshaw & Henderson (2012); Schmidt et al (2011); Sheehan, Schmied & Barclay 2010; Sheehan et al (2009)
Έλλειψη χρόνου στο ιατρικό περιβάλλον	• Έλλειψη χρόνου στο ιατρικό περιβάλλον για την αντιμετώπιση θεμάτων σε άτομο και οικογένεια.	Dykes (2005b); McInnes & Chambers (2008)
Αντιφατικές συμβουλές	• Οι συγκρουόμενες συμβουλές από επαγγελματίες του τομέα της υγείας επηρεάζουν αρνητικά την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση των γυναικών	Dykes (2005b); Manhire et al (2007); McInnes & Chambers (2008)
Δεν λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες του συντρόφου	• Μικρή ή καθόλου αντίληψη γύρω από τις γνώσεις και άλλες ανάγκες υποστήριξης των γυναικών εταίρων	Sherriff & Hall (2011); Tohotoa et al (2009)
Προώθηση του τεχνητού γάλακτος	• Προώθηση του τεχνητού γάλακτος στα νοσοκομεία και σε άλλες υπηρεσίες υγείας.	Holmes et al (2011); McInnes & Chambers (2008); Stolzer (2010)

Πίνακας 2: Εμπόδια /προκλήσεις στα συστήματα υγείας

Γίνεται σαφές από τα προαναφερόμενα εμπόδια πως στα συστήματα υγείας υπάρχει εξαιρετική διαφορά μεταξύ ιδεαλισμού και ρεαλισμού αναφορικά με τον μητρικό θηλασμό με αποτελέσμα οι μητέρες να λαμβάνουν διαφορετικά μηνύματα. Ο θηλασμός ενώ θεωρητικά είναι μια φυσική

διαδικασία, οι οδηγίες και οι τεχνικές που προτίνονται δίνουν την αίσθηση ότι πρόκειται για μια καθαρά τεχνική διαδικασία βασισμένη σε κανόνες γεγονός που επηρεάζει την αυτοπεποίθηση των μητέρων για τη διαδικασία αυτή όταν οι οδηγίες αυτές δεν δοθούν με το σωστό τρόπο (Burns, Schmied, Sheehan & Fenwick, 2010). Πολλές είναι οι μαρτυρίες γυναικών σε μελέτες οι οποίες δείχνουν την πίεση που ασκούν οι επαγγελματίες υγείας γεγονός που κάνει τις μητέρες να νιώθουν αποτυχημένες στην διαδικασία του θηλασμού (Redshaw & Henderson, 2012).

Τα μηνύματα όπως *«…αν θέλετε πραγματικά να θηλάσετε μπορείτε να πετύχετε»* δημιούργησαν ένα κλίμα όπου οι γυναίκες αισθάνθηκαν προσωπικά υπεύθυνες για προβλήματα που είχαν με αποτέλεσμα την διακοπή του θηλασμού (Hall & Hauck, 2007, σελ. 794).

Σε γενικές γραμμές, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η περιορισμένη στήριξη από τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να μειώσει την αυτοπεποίθηση της μητέρας και να οδηγήσει στη διακοπή του θηλασμού. Η ιδέα «ο θηλασμός είναι το καλύτερο» και ο τρόπος με τον οποίο αυτή η ιδέα προωθείται από τους επαγγελματίες υγείας κάνει τις γυναίκες να αισθάνονται πως συνεχώς κρίνονται και θεωρούνται αποτυχημένες σε περίπτωση διακοπής του θηλασμού. Σύμφωνα με περιγραφές πολλών μητέρων σε πολλές μελέτες, το είδος υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας, ειδικά στα πλαίσια των νοσοκομείων, κάνει κακό και όχι καλό όπως θα ήταν αναμενόμενο (Schmidt et al, 2011; Sheehan et al, 2009).

Πολλά στοιχεία από τη βιβλιογραφία προτείνουν μια σειρά λύσεων που αφορούν το θηλασμό σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας.

Σε πολλές μελέτες, οι μητέρες περιγράφουν τη σημασία της αποτελεσματικής υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι μητέρες βρίσκουν εξαιρετικά την πρακτική υποστήριξη αναφορικά με την θέση κατά το θηλασμό, τις έγκυρες, έγκαιρες και εξατομικευμένες συμβουλές, την κατανόηση των συναισθημάτων τους και την ενθάρρυνση για την συνέχιση της διαδικασίας του θηλασμού (Graffy & Taylor, 2005). Όλοι αυτοί οι τρόποι υποστήριξης συμβάλουν σημαντικά για την έναρξη του επιτυχημένου θηλασμού χωρίς πόνο. Η αποτελεσματική υποστήριξη των πρώτων εβδομάδων είναι σημαντική για να παγιωθεί η διαδικασία του θηλασμού και αυξάνει τις πιθανότητες ο θηλασμός να θεωρηθεί μια θετική εμπειρία (Bailey Pain & Aarvold, 2004; Sheehan et al, 2009).

Πολύ σημαντικό επίσης για τις μητέρες είναι η διαβεβαίωση από τους επαγγελματίες υγείας ότι θηλάζουν σωστά δίνοντας επαρκείς ποσότητες γάλατος στο βρέφος τους (Twamley, Puthussery, Harding Baron & Macfarlane, 2011). Αυτό συμβαίνει κυρίως στις μητέρες σε νεαρή ηλικία χωρίς εμπειρία στο θηλασμό ή στην αποτελεσματική υποστήριξη από τις δικές τους μητέρες (Barona-Vilar, Escriba-Aguir & Ferrero-Gandia, 2009; Grassley, 2010). Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν τις μητέρες με το να μην είναι επικριτικοί και να αποφεύγουν τις γενικεύσεις και να εμπνέουν εμπιστοσύνη (Hegney, Fallon & O'Brien, 2008).

Το είδος της φροντίδας και της υποστήριξης που επιθυμούν οι μητέρες και οι οικογένειες τους από το σύστημα υγείας έχει να κάνει με την ιδέα μιας φροντίδας με κέντρο την μητέρα και την οικογένεια (π.χ. να δουλεύουν συνεργατικά με τις μητέρες και τα βρέφη σε ότι αφορά την οικογένεια και τη κοινή ζωή τους, να παρέχουν υποστήριξη με τρόπο που διευκολύνει, να εστιάζουν στα δυνατά σημεία παρέχοντας εξατομικευμένη συμβουλή). Οι μητέρες συχνά μιλούν για τη φροντίδα υγείας που είναι ευαίσθητη, εξατομικευμένη και καλύπτει συγκεκριμένες ανάγκες. Στη μελέτη των Sheehan και συνεργατών (2009) φαίνεται ότι αυτός ο τύπος υποστήριξης μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση των μητέρων για το θηλασμό. Η επιστημονική και γραφειοκρατική προσέγγιση του θηλασμού δεν ενδιαφέρει τις μητέρες οι οποίες εστιάζουν στην φροντίδα και μόνο (Sheehan et.al., 2010).

Οι Hoddinott και συνεργάτες (2012) περιγράφουν τις συζητήσεις οι οποίες σχετίζονται με την οικογένεια και εκτιμούνται κατά πολύ από τις μητέρες και τους συντρόφους σε σύγκριση με τις λίστες που αφορούν το θηλασμό. Οι συζητήσεις αυτές ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες υγείας να κάνουν ανοιχτού τύπου ερωτήσεις για εμπειρίες, αξίες, προτεραιότητες και στόχους σχετικά με τον τρόπο του θηλασμού και πως αυτός θα αφομοιωθεί στην καθημερινή ζωή. Μια τέτοια προσέγγιση με κέντρο την οικογένεια θα είναι βοηθητική για την επίλυση τυχόν προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν (Hoddinott, Craig, Britten & McInnes, 2012).

Στην μετα-εθνογραφική ανάλυση των Burns και συνεργατών (2010) περιγράφεται η μετατόπιση της κουλτούρας για την ενημέρωση των μητέρων σχετικά με το θηλασμό, από τα μέλη της κάθε οικογένειας από γενιά σε γενιά, στους επαγγελματίες υγείας ειδικά στις Δυτικές κοινωνίες. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφεται πως η ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να απομακρυνθούν από συζητήσεις βιο- ιατρικές και να μετακινηθούν σε μια πιο ολιστική γλώσσα όπου ο νους και το σώμα θεωρούνται αλληλένδετα μέσα στη διαδικασία του θηλασμού.

Με δεδομένη την σπουδαιότητα της υποστήριξης από την οικογένεια σχετικά με την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού, η υποστήριξη και η συμμετοχή της οικογένειας είναι απαραίτητη. Οι σύντροφοι των μητέρων επιθυμούν να εμπλέκονται στην φροντίδα των βρεφών και την υποστήριξη του θηλασμού με οποιοδήποτε τρόπο μπορούν (Sherriff & Hall, 2011). Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν τον σύντροφο-πατέρα δίνωντας περισσότερες πληροφορίες για τον θηλασμό και τα οφέλη του καθώς επίσης μπορούν να παρέχουν προτάσεις σχετικά με την βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν στις μητέρες σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο. Αναγνώριση του ότι ο θηλασμός είναι ένα οικογενειακό θέμα μπορεί να ωφελήσει όλη την οικογένεια (Tohotoa et al, 2009).

Μια άλλη σημαντική πηγή υποστήριξης για τις νέες μητέρες είναι οι γιαγιάδες. Σε μελέτη των Reid και συνεργατών (2010) περιγράφεται η σπουδαιότητα της αναγνώρισης και των διλλημάτων που αντιμετωπίζονται από τις γιαγιάδες στην προσπάθεια τους να υποστηρίξουν τις νέες μητέρες στο νέο γονικό ρόλο τους και στη διαδικασία του θηλασμού. Στην μελέτη αυτή τονίζεται ότι οι γιαγιάδες παρουσιάζονται εξαιρετικά κινητοποιημένες γεγονός που σημαίνει πως είναι ανοιχτές στη συμμετοχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων αν οι μητέρες το θελήσουν. Αυτό θα επέτρεπε την αναγνώριση των γνώσεων και της εμπειρογνωμοσύνης τους, ενώ ταυτόχρονα θα εξασφαλίζεται ότι γνωρίζουν τις τρέχουσες συστάσεις σχετικά με τη φροντίδα των βρεφών. (Grassley & Eschiti, 2008, Lavender, McFadden & Baker, 2006; Reid, Schmied & Beale, 2010).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω είναι σαφές πως οι μητέρες επιθυμούν οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν υποστήριξη στη διαδικασία του θηλασμού. Η αυτοπεποίθηση και η αυτονομία είναι σημαντικά στοιχεία για την επιτυχία του θηλασμού αν και τα δυο αυτά στοιχεία υπονομεύονται από την κουλτούρα των συστημάτων υγείας η οποία δεν έχει κέντρο την μητέρα και την οικογένεια σε ότι αφορά το ζήτημα του θηλασμού.

4.3 Ο ρόλος της κοινότητας

Ένα σημαντικό θέμα που προκύπτει κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι η σπουδαιότητα της δημιουργίας χώρων μέσα σε διαφορετικά είδη κοινοτήτων όπου οι γυναίκες αισθάνονται πραγματικά άνετα κατά το θηλασμό. Οι γυναίκες που θηλάζουν συστηματικά περιγράφουν αίσθημα απομόνωσης και αποκλεισμού από την κοινωνία, κυρίως λόγω της κοινωνικής αποδοκιμασίας γύρω από το θηλασμό σε δημόσιους χώρους. Συγκεκριμένα, οι χώροι εργασίας και τα σχολεία περιγράφονται ως περιβάλλον όπου οι γυναίκες αισθάνονται πολύ ενοχλήσεις τόσο με το θηλασμό όσο και με την άντληση.

Οι μητέρες παίρνουν αποφάσεις να θηλάζουν όχι μόνο με βάση τις πεποιθήσεις και τις στάσεις της οικογένειας αλλά και με βάση την συμπεριφορά της κοινότητας και των μελών της. Τα μέλη της κοινότητας και οι εκστρατείες για τη στήριξη του θηλασμού μπορούν να επηρεάσουν θετικά τη διαδικασία του θηλασμού και τις οι αποφάσεις των ατόμων και των οικογενειών (USDHHS 2011; Var et al., 2013).

Οι κοινότητες αποτελούν βασικό συστατικό επιτυχίας του θηλασμού μέσα από τις οργανωμένες προσπάθειες και δραστηριότητες προώθησης του. Όμως, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως εξίσου σημαντικό είναι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται η κάθε μητέρα την πιθανή αποδοκιμασία από τα μέλη της κοινότητας (Hurst, 2013).

Τα κυριότερα εμπόδια καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα αφορούν το ρόλο της κοινότητας και τα προβλήματα που καλείται ανα αντιμετωπίσει η μητέρα (Πιν. 3)

ΕΜΠΟΔΙΑ/ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΕΛΕΤΕΣ
Η δυσαρέσκεια και η ταλαιπωρία του θηλασμού σε δημόσιους χώρους.	• Πολλοί άνθρωποι απορρίπτουν το θηλασμό σε δημόσιους χώρους και αυτή η προοπτική μπορεί να είναι πιο διαδεδομένη στους νέους • Πολλές γυναίκες εκφράζουν αίσθημα αμηχανίας κατά τον θηλασμό σε δημόσιους	Avery & Magnus (2011); Bai et al (2009); Boyer (2012); Bailey (2007); Forster & McLachlan (2010); Goldade et al (2008); Henderson et al (2011); Spurles & Babineau (2011); Wallace & Chason (2007)

	χώρους, γεγονός που συμβάλλει στην απομόνωση τους από το κοινωνικό σύνολο. • Αυτοί οι δημόσιοι χώροι περιλαμβάνουν χώρους εργασίας και σχολεία	
Έλλειψη περισσότερων ιδιωτικών χώρων για θηλασμό και άντληση σε δημόσιους χώρους	• Πολλές γυναίκες περιγράφουν τον θηλασμό και / ή την άντληση σε άβολα περιβάλλοντα σε δημόσιους χώρους (π.χ. δημόσιους πάγκους τουαλέτας, ντουλάπες, αυτοκίνητα)	Boswell-Penc & Boyer (2007); Boyer (2012); Forster & McLachlan (2010)

Πίνακας 3: Εμπόδια σχετικά με την κοινότητα

Ένα σημαντικό θέμα που αναδύεται από αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι το επίπεδο δυσφορίας και ακόμη και η αποδοκιμασίας γύρω από τον θηλασμό σε δημόσιους χώρους (Avery & Magnus, 2011, Bailey, 2007, Boyer, 2012, Spurles & Babineau, 2011). Ένα βασικό εύρημα από ομάδες εστίασης που διεξήχθησαν σε μελέτες με νεαρούς άνδρες και γυναίκες στον Ανατολικό Καναδά ήταν, για παράδειγμα, ότι θέλουν να θηλάζουν, αλλά ταυτόχρονα να έχουν μετριοπαθής στάση απέναντι στο θηλασμό στο κοινό (Spurles & Babineau, 2011). Οι συνεντεύξεις με άνδρες και γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο επίσης διαπίστωσαν ότι τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες αισθάνονται ότι η γυναίκα πρέπει να είναι διακριτική κατά το θηλασμό διότι κάποιοι μπορεί να το θεωρήσουν προσβλητικό λόγω της εμφάνισης του γυναικείου μαστού (Bailey, 2007).

Η αποδοκιμασία των ανδρών για το θηλασμό στο κοινό είναι καλά τεκμηριωμένη στη βιβλιογραφία, με μερικές μελέτες που δείχνουν ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να αποδοκιμάζουν τις γυναίκες (Avery & Magnus, 2011). Ένα βασικό εύρημα από ομάδες εστίασης που διεξάγονται σε τρεις μεγάλες πόλεις των ΗΠΑ είναι ότι οι γυναίκες και οι άνδρες, καυκάσιοι και αφροαμερικανοί, απορρίπτουν το θηλασμό στο κοινό. Μερικοί από τους άντρες αναγνώρισαν τις αντιφάσεις μεταξύ της δημόσιας έκθεσης των μαστών σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο έναντι της δημόσιας έκθεσης κατά το θηλασμό (Avery & Magnus, 2011).

Ορισμένες μελέτες με έγκυες γυναίκες έχουν διαπιστώσει ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο θηλασμό στο κοινό. Σε μια μελέτη πολλές γυναίκες μίλησαν για το θηλασμό στο κοινό με μεγάλη σεμνότητα και διακριτικότητα και πώς υπήρξε μια γενική αίσθηση αποδοκιμασίας για τον δημόσιο θηλασμό (Avery & Magnus, 2011). Οι Avery και Magnus σημειώνουν ότι κανένας από τους 121 άντρες ή γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη του για το 2011 δεν ανέφερε καμία γνώση σχετικά με τους νόμους που υποστηρίζουν το θηλασμό. Φαίνεται ότι τα άτυπα πολιτισμικά πρότυπα έχουν πολύ μεγαλύτερη επιρροή στις συμπεριφορές και τις αντιλήψεις του κοινού.

Οι γυναίκες περιγράφουν δυσφορία και αμηχανία γύρω από το θηλασμό και / ή την άντληση σε δημόσιους χώρους, με πολλές γυναίκες να αναφέρουν ότι δεν θέλουν να θηλάσουν έξω από τα σπίτια τους. Αυτό είναι σαφώς ένα ζήτημα που περικλείει όλες τις ομάδες γυναικών. Ορισμένες γυναίκες περιγράφουν ότι είναι ανήσυχες για το θηλασμό στο κοινό ακόμα και όταν χρησιμοποιείτε ένα κάλυμμα ή όταν κάθεστε στο αυτοκίνητό τους (Bai et al, 2009, Wallace & Chason, 2007, Hauck, 2004). Φαίνεται πολύ λιγότερο αποδεκτό μεταξύ των νέων με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση να θηλάζουν σε πολλές δυτικές κοινωνίες, καθιστώντας δύσκολο τον θηλασμό στο κοινό (Dyson, Green, Renfrew, McMillan & Woolridge, 2010). Οι μητέρες με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης (δηλαδή, συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας), μαζί με την υποστήριξη από την οικογένειά τους, μπορούν να ξεπεράσουν αυτή την ταλαιπωρία και να συνεχίσουν το θηλασμό.

Μια μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία, η οποία περιλαμβάνει ένα ισχυρό ποιοτικό στοιχείο, αναγνωρίζει επίσης το θηλασμό στο κοινό ως εξέχον θέμα στην αυστραλιανή κοινωνία, ενώ το 19% των γυναικών σχολιάζει το θέμα, παρόλο που δεν τους ζητήθηκε συγκεκριμένα. Πολλές γυναίκες περιγράφουν την έλλειψη περισσότερων ιδιωτικών χώρων για θηλασμό σε δημόσιους χώρους. Ορισμένες γυναίκες απλώς τροφοδοτούν με φιάλη όταν βγαίνουν έξω. Ορισμένες γυναίκες δεν ξεπερνούν ποτέ τη δυσφορία τους σχετικά με το θηλασμό στο κοινό, ενώ άλλες γίνονται πιο άνετες με την πάροδο του χρόνου (Forster & McLachlan, 2010).

Η αμηχανία και η ενόχληση που σχετίζεται με το θηλασμό στο κοινό είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει σε ορισμένες γυναίκες οι οποίες δεν αρχίζουν να θηλάζουν ή σταματούν νωρίς εάν πρέπει να επιστρέψουν στη δουλειά ή στο σχολείο (Flower et al, 2008, Stolzer, 2010). Η

επιστροφή στην εργασία περιγράφεται ως ένας βασικός παράγοντας που αποτελεί τη βάση των χαμηλότερων ποσοστών θηλασμού που παρατηρούνται στις γυναίκες χαμηλού εισοδήματος. Αυτές οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση σε αμειβόμενη ή μη αμειβόμενη άδεια μητρότητας ή θέσεις εργασίας που τους επιτρέπουν το χρόνο και τον χώρο για την άντληση γάλακτος (Stolzer, 2010). Ο Gatrell (2007) επισημαίνει ότι πολλές γυναίκες δεν μπορούν να εκμεταλλευτούν το δικαίωμα της μητρότητας που έχουν διάθεσή τους και ότι ο θηλασμός και / ή η άντληση είναι "ταμπού" στον εργασιακό χώρο.

Οι λύσεις που έχουν δοθεί για την υποστήριξη του θηλασμού σε επίπεδο κοινότητας είναι επίσης σαφείς στη βιβλιογραφία. Η επιστροφή στη δουλειά ή στο σχολείο περιγράφεται ευρέως ως ένας παράγοντας που συμβάλλει σε χαμηλά ποσοστά θηλασμού (Johnson & Esposito, 2007, Morrison Reza, Cardines, Foutch-Chew & Severance, 2008; Stolzer, 2010). Οι γυναίκες που επιστρέφουν στην εργασία πλήρους απασχόλησης θηλάζουν για μικρότερο χρονικό διάστημα από τις γυναίκες που επιστρέφουν στην εργασία με μερική απασχόληση (Johnson & Esposito, 2007). Πολλοί χώροι εργασίας δεν υποστηρίζουν το θηλασμό. Οι γυναίκες περιγράφουν ότι πρέπει να κρύψουν οποιαδήποτε απόδειξη ότι αντλούν ή / και θηλάζουν στην εργασία (Gatrell, 2007; Payne & James, 2008). Οι γυναίκες περιγράφουν επίσης την ανάγκη υποστήριξης, χώρου και χρόνου (Payne & James, 2008). Η θέσπιση πολιτικών και πρακτικών που υποστηρίζουν το θηλασμό στους χώρους εργασίας και στα σχολεία έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει θετικά τα ποσοστά θηλασμού.

Πολλοί συγγραφείς και διάφορα έγγραφα πολιτικής προσδιορίζουν ότι οι εργαζόμενες μητέρες που θηλάζουν χρειάζονται χρόνο, χώρο και υποστήριξη (Payne & James, 2008). Οι αναθεωρήσεις της βιβλιογραφίας σχετικά με τον θηλασμό μεταξύ γυναικών που εργάζονται στις Η.Π.Α., Johnson και Esposito (2007), περιγράφουν ορισμένες διευκολύνσεις στη συνέχιση του θηλασμού, μερικές από τις οποίες σχετίζονται άμεσα με το περιβάλλον εργασίας. Αναγνωρίζοντας ότι ο χώρος εργασίας είναι ένα επιρροή κοινωνικό περιβάλλον αλλά και τόσο η άτυπη υποστήριξη από ομοτίμους όσο και οι πιο επίσημες ομάδες στήριξης του θηλασμού στον εργασιακό χώρο και υποστηρικτές εποπτείας είναι στοιχεία απαραίτητα (Johnson & Esposito, 2007 ; Payne & James, 2008 ; Rojjanasrirat, 2004). Οι απόψεις άλλων ανθρώπων στην εργασία μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση της γυναίκας να συνεχίσει τον θηλασμό, καθιστώντας την υποστήριξη στο χώρο εργασίας πολύ σημαντική (Payne & James, 2008).

Η υποστήριξη μπορεί επίσης να διευκολύνει τον συνεχιζόμενο θηλασμό. Ορισμένοι χώροι εργασίας, για παράδειγμα, προσφέρουν φροντίδα στις εγκαταστάσεις του παιδιού ή / και πρόσβαση στις αίθουσες γαλουχίας στην περιοχή με αντλίες στήθους υψηλής ποιότητας, καθιστώντας πολύ πιο εύκολο για τις μητέρες να συνεχίσουν να θηλάζουν (Gatrell, 2007; Johnson & Esposito, 2007 ; Rojjanasrirat , 2004). Οι επιχειρήσεις μπορούν επίσης να αναπτύξουν επιχειρησιακές πολιτικές υποστήριξης του θηλασμού, όπως επιτρέποντας στις γυναίκες να φέρουν τα βρέφη τους για θηλασμό και επιτρέποντας στις γυναίκες να πάρουν επιπλέον χρόνο μετά το γεύμα για να θηλάσουν (Johnson & Esposito, 2007, Rojjanasrirat & Sousa, 2010).

Η παροχή άδειας μητρότητας και το ευέλικτο πρόγραμμα στην εργασία επηρεάζουν θετικά τη διάρκεια του θηλασμού (Johnson & Esposito, 2007, Rojjanasrirat, 2004). Ο ευέλικτος προγραμματισμός διευκολύνει τις γυναίκες να κάνουν διαλείμματα για να ταΐσουν τα μωρά τους ή / και να αντλήσουν. Αυτό είναι ευκολότερο να γίνει σε μερικά επαγγέλματα από άλλα. Παραδείγματα θέσεων χαμηλής ευελιξίας περιλαμβάνουν τις κατοικίες των ιατρών, τις θέσεις εργασίας στον τομέα της ασφάλειας, τον στρατό και τις θέσεις εργασίας με περιστρεφόμενες βάρδιες 12 ωρών (Johnson & Esposito, 2007).

Ένα βασικό εύρημα σε πολλές μελέτες είναι ότι η δημιουργία υποστηρικτών ομάδων μπορεί να βοηθήσει τις μητέρες σε πολλές πτυχές της κοινότητας και μπορεί επίσης να αποτελέσει σημαντική στρατηγική σε αυτές τις κοινότητες όπου επικρατεί η νοοτροπία και η αντίληψη της διατροφής των βρεφών με τεχνητό γάλα (Scott et al, 2003). Η στρατηγική αυτή θα είναι πιο αποτελεσματική σε μητέρες από διαφορετικές εθνογραφικές ομάδες αλλά και για τις νέες μητέρες (Ingram et al, 2008; Vaughn et al, 2010).

Ορισμένοι συγγραφείς σχολιάζουν συγκεκριμένα ότι η υποστήριξη από ομοτίμους έχει τη δυνατότητα να κάνει διαφορά στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα όταν η υποστήριξη αυτή είναι στοχευμένη (Redshaw & Henderson, 2012). Μελέτες διαπιστώνουν ότι οι γυναίκες που συνεχίζουν να θηλάζουν είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι έχουν συνομήλικες να μοιραστούν τις εμπειρίες τους με το θηλασμό (Hegney et al, 2008).

Είναι λοιπόν σαφές πως το σημαντικότερο εμπόδιο στο θηλασμό σε κοινοτικό επίπεδο είναι η δυσφορία και αμηχανία που πολλές γυναίκες αισθάνονται σχετικά με το θηλασμό στο κοινό,

συμπεριλαμβανομένης της εργασίας ή του σχολείου. Ειδικότερα, οι νέοι εκφράζουν μεγάλη αποδοκιμασία για το θηλασμό στο κοινό. Πολλές νέες γυναίκες αποφασίζουν να μην θηλάσουν ή να σταματήσουν το θηλασμό νωρίτερα από ό, τι σκοπεύουν, λόγω της αίσθησης απομόνωσης που προκύπτει από αυτή την απροθυμία να θηλάσουν σε δημόσιους χώρους. Πολλές γυναίκες μιλούν για το πώς η επιστροφή στην εργασία ή / και το σχολείο είναι ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο σταματούν τον θηλασμό ή αποφασίζουν να μην ξεκινήσουν. Η ανάπτυξη των πολιτικών και των πρακτικών του χώρου εργασίας και του σχολείου που υποστηρίζουν ενεργά τον θηλασμό, καθώς και πρωτοβουλίες υποστήριξης από ομοτίμους μπορεί να συμβάλει θετικά στα ποσοστά αύξησης του θηλασμού.

4.4 Ο ρόλος της οικογένειας & των φροντιστών

Η οικογένεια ξεπερνά την παραδοσιακή έννοια της πυρηνικής οικογένειας. Η υιοθέτηση μιας προσέγγισης με επίκεντρο τη γυναίκα, η οικογένεια ορίζεται απλώς ως ο καθένας που προσδιορίζεται, από την μητέρα ως και τα άτομα με τα οποία έχει στενή σχέση και στηρίζεται (δηλ. τα άτομα που είναι πιο κοντά και περισσότερο επηρεασμένα από αυτήν). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει εκτεταμένη οικογένεια και στενούς φίλους. Ένα κυρίαρχο θέμα που έχει καταγραφεί στη βιβλιογραφία είναι ότι οι νοοτροπίες, οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες της οικογένειας αποτελούν σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στις αποφάσεις για τη διατροφή των παιδιών μιας γυναίκας. Με άλλα λόγια, η οικογένεια μπορεί να επηρεάσει την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού τόσο θετικά όσο και αρνητικά (Heinig et al, 2009).

Στο παρακάτω πίνακα καταγράφονται με συντομία τα εμπόδια σχετικά με την υποστήριξη της οικογένειας σχετικά με το θηλασμό (Πιν. 4).

ΕΜΠΟΔΙΑ/ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΕΛΕΤΕΣ
Στάσεις, πεποιθήσεις και προσδοκίες των μελών της οικογένειας	- Τα μέλη της οικογένειας επηρεάζουν έντονα τους στόχους θηλασμού των γυναικών. - Οι απόψεις των γιαγιάδων και των συντρόφων έχουν ιδιαίτερη επιρροή.	Andrew & Harvey (2011); Bailey (2007); Grassley & Eschiti (2008); Manhire et al (2007); Morrison, Reza, Cardines, Foutch-Chew & Severance (2008); Reid, Schmied & Beale (2010); Tohotoa, Maycock, Hauck, Howat, Burns & Binns (2009); Twamley et al (2011)
Διαπροσωπικοί παράγοντες, λειτουργία της οικογένειας	Οι πατέρες μπορούν να αισθάνονται απομονωμένοι αν δεν μπορούν να ταΐσουν τα βρέφη. - Ανησυχία για την επίδραση του θηλασμού στη σύνδεση μεταξύ του πατέρα και του μωρού	Avery & Magnus (2011); Ludlow, Newhook, Newhook, Bonia, Goodridge & Twells (2012); Twamley et al (2011)
Άλλες οικογενειακές και οικιακές απαιτήσεις	- Ανάγκη εξισορρόπησης του θηλασμού με άλλους ρόλους και ευθύνες - Ο θηλασμός μπορεί να επηρεάσει άλλα καθήκοντα του νοικοκυριού και της οικογένειας	Ludlow et al (2012); Twamley et al (2011)

Πίνακας 4 : εμπόδια σχετικά με την υποστήριξη της οικογένειας

Οι πεποιθήσεις, οι στάσεις και οι προσδοκίες των μελών της οικογένειας επηρεάζουν έντονα τους στόχους του θηλασμού των γυναικών καθώς και την πρόθεση τους για θηλασμό (Andrew & Harvey, 2011, Bailey, 2007; Datta, Graham & Wellings ., 2012, Grassley & Eschiti, 2008, Manhire et al. · Tohotoa et al, 2009 · Twamley., Puthussery, Harding, Baron & Macfarlane, 2011). Η απόφαση για τον θηλασμό συχνά γίνεται έγκαιρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πριν από την επαφή με τους επαγγελματίες υγείας ή ακόμη και πριν από τη σύλληψη. Επομένως, η οικογένεια έχει ισχυρή επιρροή γύρω από την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει (Datta, Graham & Wellings , 2012). Οι απόψεις των συνεργατών και των γιαγιάδων περιγράφονται ως ιδιαίτερα σημαντικές (Grassley & Eschiti, 2008, Reid et al, 2010).

Σε μια μελέτη της Νέας Ζηλανδίας, οι Manhire et al (2007) διαπίστωσαν ότι οι προοπτικές των μελών της οικογένειας συνέβαλαν συχνά στις γυναίκες που σταματούσαν τον θηλασμό νωρίτερα από ό, τι θα επέλεγαν. Μόλις το μωρό φτάνει στην ηλικία έξι μηνών, η οικογενειακή υποστήριξη για το θηλασμό αρχίζει συνήθως να μειώνεται, με ελάχιστη ανοχή μετά από ένα χρόνο (Grassley & Eschiti, 2008).

Ο θηλασμός λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας εκτεταμένης οικογένειας, μέσα στην οποία οι γιαγιάδες συχνά φέρνουν τις δικές τους πρακτικές αναπαραγωγής και τις πεποιθήσεις στη στήριξη νέων μητέρων (Grassley & Eschiti, 2008). Οι γιαγιάδες και ιδιαίτερα οι μητέρες των μητέρων αποτελούν σημαντική πηγή υποστήριξης για τις νέες μητέρες (Grassley & Eschiti, 2008, Heinig et al, 2009, Reid et al, 2010). Οι γυναίκες συχνά εκτιμούν τις συμβουλές που αντλούν από τις μητέρες τους περισσότερο από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Σε μια μελέτη που διεξήχθη στο Τέξας, δείχνει πως αυτό που χρειάζονται και θέλουν οι μητέρες από τις μητέρες τους είναι να υποστηρίξουν την απόφασή τους να θηλάσουν αξιοποιώντας τον θηλασμό και παρέχοντας αγάπη και ενθάρρυνση (Grassley & Eschiti, 2008). Όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να απευθύνονται στις μητέρες τους και σε άλλες άτυπες πηγές υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένων των φίλων τους, για βοήθεια (Grassley & Eschiti, 2008, Heinig et al, 2009).

Άλλες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι σε ένα αστικό περιβάλλον με γρήγορους ρυθμούς ζωής και ιδιαίτερα όταν η οικογένεια είναι μακριά, οι νέες μητέρες μπορούν να βασίζονται σε μεγάλο

βαθμό στις πληροφορίες από τους συνομηλίκους, τους επαγγελματίες και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Reid et al, 2010). Οι Reid et al (2010) αναγνωρίζουν επίσης ότι η σχέση μεταξύ γιαγιάς και νέων μητέρων είναι πολύπλοκη.

Οι γιαγιάδες συχνά γνωρίζουν πολύ καλά πόσο δύσκολο είναι να εξισορροπήσουν τους πιθανούς κινδύνους και τις ανταμοιβές στις αλληλεπιδράσεις τους με τη νέα οικογένεια. Γενικά, οι γιαγιάδες που ερωτήθηκαν σε αυτή την Αυστραλιανή μελέτη ήταν πολύ θετικές για την επιθυμία να παράσχουν στήριξη στις νέες μητέρες, αλλά αναγνώρισαν επίσης ότι ήταν σημαντικό να μην είναι πολύ ενοχλητικές και επίμονες όταν πρόκειται να συμβουλεύσουν τις νέες μητέρες.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Kim και Gallien (2014), οι πρακτικές σίτισης του βρέφους σχετίζεται άμεσα με την δομή της οικογένειας και την φροντίδα του βρέφους. Οι ανύπανδρες μητέρες επιστρέφουν στην εργασία τους πολύ νωρίτερα και χρειάζονται κάποιον τρίτο να φροντίζει το βρέφος συγκριτικά με τις οικογένειες με δυο γονείς.

Η μελέτη των Batan και συνεργατών το 2013 εξηγεί το σημαντικό ρόλο των φροντιστών των βρεφών στη συνέχιση του θηλασμού. Πιο συγκεκριμένα, η συγκεκριμένη μελέτη υποστηρίζει πως οι φροντιστές των βρεφών οι οποίοι είναι πρόθυμοι να δώσουν μητρικό γάλα στα βρέφη κατά τις ώρες που τα φροντίζουν δίνουν κίνητρο στις μητέρες να αντλούν γάλα τουλάχιστον για έξι μήνες.

Οι μητέρες των οποίων οι φροντιστές των βρεφών τους ακολουθούν τις ακόλουθες πέντε υποστηρικτικές στρατηγικές είναι τρεις φορές πιο πιθανό να δώσουν κίνητρα για τον θηλασμό. Οι στρατηγικές αυτές είναι οι ακόλουθες: α. η χορήγηση μητρικού γάλακτος, β. συζητούν με τις μητέρες για τις ώρες θηλασμού και άντλησης, γ. είναι ευέλικτες στα ωράρια, δ. γνωρίζουν σχετικές διαδικασίες όπως αποθήκευση, διατήρηση και απόψυξη του γάλακτος και ε. κρατούν σωστές αποθήκες σε περίπτωση που δεν υπάρχει ποσότητα γάλακτος (Batan et al., 2013).

4. 5 Ο ρόλος του πατέρα και η συζυγική σχέση

Η απόφαση για τον τρόπο διατροφής του βρέφους είναι σαφές πως αποτελεί μια απόφαση η οποία επηρεάζεται από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων συμπεριλαμβανομένου του παράγοντα που αφορά την ισορροπία μεταξύ των αναγκών του παιδιού και τη σχέση με το σύντροφο (Ludlow et al, 2012). Για παράδειγμα, η διαδικασία του θηλασμού μπορεί να φαίνεται ασύμβατη με τις σεξουαλικές σχέσεις ή με την επιθυμία του συντρόφου να μοιραστεί τη διαδικασία ταΐσματος του βρέφους (Bailey, 2007).

Στην βιβλιογραφία, υπάρχουν ανάμεικτα ευρήματα σχετικά με τις απόψεις των συντρόφων σχετικά με το θηλασμό και τον αντίκτυπό του στη σχέση των συντρόφων, με μερικές μελέτες να αναφέρουν ότι ο θηλασμός δημιουργεί ένα αίσθημα ζήλειας. Αξίζει να αναφερθεί πως οι γυναίκες εκφράζουν περισσότερες ανησυχίες σχετικά με τον αντίκτυπο του θηλασμού στη συζυγική σχέση συγκριτικά με του άνδρες (Avery & Magnus, 2011).

Η συμμετοχή των πατέρων στη διαδικασία του θηλασμού είναι ζωτικής σημασίας για την ενίσχυση των πρακτικών του θηλασμού. Η πατρική υποστήριξη και η συντροφικότητα έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν θετικά τον θηλασμό σε ένα μεγάλο αριθμό μελετών πρακτικές (WHO / UNICEF 2003; Wolfberg et al., 2004; Odom, Scanlon, Perrine & Grummer-Strawn et al., 2014).

Το 2004, στην μελέτη των Wolfberg και συνεργατών στόχος ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας της συμμετοχής του μελλοντικού πατέρα στην απόφαση της μητέρας για την υιοθέτηση του θηλασμού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ζευγάρια στην ομάδα παρέμβασης, όπου οι πατέρες πήραν μέρος σε ενημερωτικές συζητήσεις σχετικά με το θηλασμό, το ποσοστό έναρξης του θηλασμού άγγιξε το 74% σε αντίθεση με το 41% στην ομάδα ελέγχου.

4.5.1 Η άποψη του πατέρα σχετικά με το θηλασμό

Για να εξεταστεί ο ρόλος των πατέρων στο θηλασμό είναι σημαντική η κατανόηση των απόψεών τους για το θηλασμό. Μια ποιοτική μελέτη που διεξήχθη με τη χρήση ημι-δομημένης συνέντευξης διερεύνησε τις απόψεις των πατέρων στο θηλασμό στη Χαβάη (Mitchell-Box & Braun 2012). Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 14 συνεργάτες που είτε προσδοκούν νεογέννητα είτε είχαν νεογέννητο μικρότερο του ενός έτους. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν ποικίλα. Για παράδειγμα, μερικοί από τους συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν άνετοι βλέποντας τις γυναίκες να θηλάζουν στο κοινό. Από την άλλη πλευρά, άλλοι δεν αισθάνθηκαν άνετα με το θηλασμό στο κοινό.

Κάποιοι πατέρες αισθάνθηκαν ότι είχαν απομονωθεί από τη σχέση μητέρας και νεογνού, καθώς η μητέρα είναι αυτή που παρέχει στο μωρό το θηλασμό. Άλλοι θεώρησαν ότι η διατροφή μπορεί να είναι μια μέθοδος που οι πατέρες μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της διατροφής των βρεφών τους μέσω της προετοιμασίας και της εισαγωγής της φόρμουλας στα μωρά (Mitchell-Box & Braun 2012). Η μελέτη εξέτασε επίσης την πρόθεση των πατέρων να συμμετάσχουν σε μαθήματα παιδικής φροντίδας και διαπίστωσε ότι όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη πίστευαν ότι ένα πρόγραμμα που στοχεύει στην εκπαίδευση για το θηλασμό θα ήταν χρήσιμο. Οι πατέρες ήθελαν να μάθουν για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού για τη μητέρα και το μωρό, καθώς και για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της διατροφής (Mitchell-Box & Braun 2012).

Όσον αφορά την πηγή γνώσης που είχαν οι συμμετέχοντες για το θηλασμό, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι οι γυναίκες τους, οι μητέρες τους ή η ενημέρωση από τον τύπο ήταν η πηγή της γνώσης τους. Όσον αφορά την απόφαση των γυναικών να θηλάσουν, 8 από τους 14 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αισθάνονταν δευτερεύοντες στην απόφαση και ότι η απόφαση αυτή εξαρτάται αποκλειστικά από τη μητέρα (Mitchell-Box & Braun 2012).

Δύο άνδρες από τη μελέτη έδειξαν ότι ο θηλασμός είναι το κανονικό πρότυπο διατροφής για τα βρέφη τους. Ωστόσο, οι απόψεις τους προέρχονται από το ιστορικό τους, καθώς και οι δύο προέρχονται από χώρες όπου οι μεγάλες οικογένειες είναι κοινές και ο θηλασμός είναι χαρακτηριστική πρακτική (Mitchell-Box & Braun 2012).

Επτά πατέρες στη μελέτη ανέφεραν ότι είναι η επιλογή του βρέφους είτε να θηλάσει είτε να χορηγηθεί τροφή και ορισμένοι από τους συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν προβλήματα με το θηλασμό στα πρόωρα βρέφη. Κάποιοι πατέρες εξέφρασαν ότι η διατροφή με τεχνητό γάλα είναι μια καλή εναλλακτική λύση για το θηλασμό και ότι υπό τις περιστάσεις που δεν είναι δυνατό να θηλάσει, το τεχνητό γάλα μπορεί να προσφερθεί ως ένα λογικό υποκατάστατο (Mitchell-Box & Braun 2012).

4.5.2 Η επιρροή της στάσης του πατέρα στο θηλασμό

Έχει διαπιστωθεί ότι η απόφαση του θηλασμού ή της διατροφής με μπουκάλια έγινε συνήθως πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτή είναι η περίοδος κατά την οποία ο επαγγελματίας στον τομέα της υγείας έχει πολύ λίγα περιθώρια να συζητήσει και να προωθήσει τον θηλασμό. Επιπλέον, οι εταίροι έχουν περισσότερες ευκαιρίες να επηρεάσουν την απόφαση του θηλασμού. Μια έρευνα έδειξε ότι ο σημαντικότερος παράγοντας πίσω από την έναρξη της τροφοδοσίας μπουκαλιών ήταν η αντίληψη της μητέρας για τη στάση του πατέρα (Arora et al., 2000).

Από την απόφαση για το θηλασμό ως και τη συνέχιση του, οι πατέρες παρουσιάζονται ικανοί να μπορούν να επηρεάσουν τις αποφάσεις αυτές. Οι μητέρες έχουν εμπειρία υποστήριξης από τους συντρόφους όταν αυτοί είναι παρόντες κατά τη διαδικασία του θηλασμού ή συμμετέχουν σε οικιακές εργασίες ή ακόμα και στη φροντίδα του βρέφους. Η συνεχής λεκτική υποστήριξη και τα ενθαρρυντικά λόγια μπορούν να επηρεάσουν τις μητέρες για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης τους ως μητέρες και την ικανότητα τους να θηλάσουν (Mannion et al. 2013).

Σε διαφορετικές μελέτες τεκμηριώνεται ότι η ανεπαρκής προσφορά μητρικού γάλακτος είναι η συνηθέστερη αιτία διακοπής του θηλασμού (Meedya, Fahy & Kable , 2010; Arora, McJunkin, Wehrer & Kuhn, 2000). Στην πραγματικότητα, η ανεπάρκεια στην παροχή γάλακτος είναι το αντιληπτό πρόβλημα της μητέρας ως φυσικό πρόβλημα και σχετίζεται με το επίπεδο εμπιστοσύνης της μητέρας να θηλάσει. Η αντιληπτή ανεπαρκής παροχή γάλακτος σχετίζεται επίσης με την πρόωρη συμπληρωματική σίτιση. Η μελέτη διαπίστωσε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ανεπαρκούς προσφοράς γάλακτος και της χαμηλής εμπιστοσύνης της μητέρας του θηλασμού. Επίσης, έχει τεκμηριωθεί μέτρια συσχέτιση μεταξύ της εμπιστοσύνης της μητέρας και της επαρκούς προσφοράς γάλακτος (Meedya, Fahy & Kable , 2010).

Έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ της υποστήριξης των πατέρων και της αυτοπεποίθησης της μητέρας στην παραγωγή γάλακτος και την αυτο-αποτελεσματικότητα του θηλασμού όπως μετράται με την κλίμακα αυτοεξυπηρέτησης θηλασμού (Breastfeeding Self Efficacy scale - BSES). Οι μητέρες που είχαν λάβει την ενεργό υποστήριξη και ενθάρρυνση από τους

συντρόφους τους ήταν πιο σίγουρες για το θηλασμό από εκείνες των οποίων οι σύντροφοι ήταν αρνητικοί ή αμφίθυμοι προς το θηλασμό (Mannion et al., 2013).

4.5.3 Η επιρροή της κοινωνικο – οικονομικής κατάστασης του πατέρα στο θηλασμό.

Το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα είναι ένας σημαντικός δείκτης της κοινωνικοοικονομικής του κατάστασης και συχνά σχετίζεται με το ύψος του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών. Έχει διαπιστωθεί ότι τα βρέφη των οποίων ο πατέρας είχε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν μικρότερη περίοδο θηλασμού σε σύγκριση με τα βρέφη των πατέρων με ανώτερη εκπαίδευση (Flacking, Dykes & Ewald, 2010).

Η σκοπιμότητα ενός προγράμματος παρέμβασης στον θηλασμό διεξήχθη σε μια κοινωνικά και οικονομικά υποβαθμισμένη περιοχή του Ηνωμένου Βασιλείου. Οι συμμετέχοντες δεν ήταν μορφωμένοι, πολλοί από αυτούς ήταν άνεργοι, το 66% είχε χειρωνακτική απασχόληση και μόνο το 1% είχε υψηλότερα εκπαιδευτικά προσόντα. Οι πατέρες ήταν πολύ απρόθυμοι να λάβουν μέρος στη μελέτη. Επτά πατέρες ερωτήθηκαν, είχαν θετική στάση απέναντι στο θηλασμό και κάποιοι έδειξαν ότι δεν είχαν καμία σχέση με αυτόν (Ingram & Johnson, 2004).

Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη στη Σουηδία, διαπιστώθηκαν επιρροές της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των πατέρων και της άδειας πατρότητας στη διάρκεια του θηλασμού. Οι γυναίκες, των οποίων οι σύντροφοι είναι άνεργοι ή έχουν χαμηλό εισόδημα, είναι πολύ λιγότερο πιθανό να θηλάσουν τα βρέφη τους. Οι πατέρες που είχαν την ευκαιρία να λάβουν άδεια πατρότητας από την εργασία είχαν επιρροή στη διάρκεια του θηλασμού. Το ποσοστό απογαλακτισμού ήταν σημαντικά υψηλότερο ανάμεσα στα βρέφη των οποίων οι πατέρες δεν είχαν πάρει άδεια πατρότητας κατά τη διάρκεια του έτους γεννήθηκε το βρέφος σε σύγκριση με εκείνους που είχαν πάρει. Η συχνότητα της άδειας πατρότητας ήταν σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των πατέρων που είχαν προχωρημένο επίπεδο εκπαίδευσης, υψηλότερο εισόδημα και δεν ήταν άνεργοι. Η απουσία άδειας πατρότητας συνδέθηκε σημαντικά με την πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Η περίοδος θηλασμού ήταν μικρότερη μεταξύ των νηπίων των οποίων ο πατέρας είχε χαμηλό εισόδημα σε σύγκριση τον πατέρα με υψηλότερο (Flacking, Dykes & Ewald, 2010).

Είναι βέβαιο ότι η επιλογή της διατροφής για ένα βρέφος είναι η συνδυασμένη απόφαση των γονέων. Η εκπαιδευτική και οικονομική ικανότητα των πατέρων, προσαρμόστηκαν με το

επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας. Η άδεια πατρότητας συνδέθηκε σημαντικά με την εκπαίδευση του πατέρα και της μητέρας (Flacking, Dykes & Ewald, 2010).

4.5.4 Η επιρροή της εκπαίδευσης για το θηλασμό στον πατέρα

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει το ρόλο του πατέρα σε σχέση με την επίδραση στη διάρκεια του θηλασμού. Μια μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία εξέτασε τη σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης των γονέων σχετικά με το θηλασμό και τη διάρκεια του θηλασμού. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η εκπαίδευση του πατέρα για τον θηλασμό και την υποστήριξη οδήγησε στην αύξηση του ποσοστού θηλασμού στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό στο 82% στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με 75% στην ομάδα ελέγχου (Maycock et al., 2013).

Αρκετές μελέτες διαπίστωσαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης του θηλασμού στους πατέρες και της βελτίωσης του αποκλειστικού θηλασμού. Τα ποσοστά έναρξης και συνέχισης του αποκλειστικού θηλασμού είναι υψηλότερα κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών, εάν οι πατέρες ενημερώνονται και εκπαιδεύονται σχετικά με τον αποκλειστικό θηλασμό και τη φροντίδα των βρεφών. Επίσης, η εκπαίδευση των γονέων για τα αποκλειστικά ποσοστά θηλασμού αυξήθηκε κατά τους έξι μήνες. Όταν οι πατέρες έλαβαν εκπαίδευση για τον θηλασμό πριν και μετά τη γέννηση και η υποστήριξη μετά τη γέννηση ήταν πιο αποτελεσματική για τον σύντροφό τους (Ozluses & Celebioglu 2014).

Έχει διεξαχθεί μια ελεγχόμενη δοκιμή για τον προσδιορισμό του ρόλου των πατεράδων σε προβλήματα που σχετίζονται με τον θηλασμό, όπως ο φόβος για την ανεπάρκεια του γάλακτος, η μεταβατική κρίση της γαλουχίας, η επιστροφή στην απασχόληση, η παραμόρφωση του μαστού, η μαστίτιδα, οι επώδυνες και ανεστραμμένες θηλές. Οι πατέρες από την ομάδα παρέμβασης έλαβαν 40 ώρες εκπαίδευσης σχετικά με την ανάπτυξη των προβλημάτων και τον τρόπο πρόληψης και διαχείρισης τους. Ο επιπολασμός του αποκλειστικού θηλασμού σε 6 μήνες ήταν υψηλότερος στην ομάδα παρέμβασης από ό, τι στην ομάδα ελέγχου (25% έναντι 15%).

Στην ομάδα παρέμβασης η αισθητή ανεπάρκεια γάλακτος ήταν σημαντικά μικρότερη (8,6% έναντι 27%), καθώς και διακοπή του θηλασμού εξαιτίας προβλημάτων με τη γαλουχία (4% έναντι 18%). Σημαντικά περισσότερες γυναίκες στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν υποστήριξη και σχετική βοήθεια από τον σύντροφό τους με τη διαχείριση της διατροφής των παιδιών (91% έναντι 34%). Ο επιπολασμός του αποκλειστικού θηλασμού σε 6 μήνες με δυσκολίες στη

γαλουχία ήταν χαμηλός στην ομάδα ελέγχου (4,5% έναντι 24%) (Pisacane, Continisio, Aldinucci, D'Amora & Continisio, 2005).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο διεξήχθη μια μελέτη με δομημένες συνεντεύξεις για να βρεθεί το ενδιαφέρον των πατέρων να μάθουν για το θηλασμό. Τα αποτελέσματα της μελέτης πως πατέρες αναφέρουν ότι απαιτούν πιο σχετικές και προσιτές πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού καθώς και λεπτομέρειες σχετικά με ορισμένα πρακτικά ζητήματα που σχετίζονται με την υποστήριξη του θηλασμού του συντρόφου τους (Sherriff & Hall 2011).

Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη στο Βιετνάμ διερεύνησε την επίδραση της εκπαίδευσης των πατέρων για τον θηλασμό στα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού σε 4 και 6 μήνες. Η έρευνα ήταν ένα πειραματικό σχέδιο, όπου 251 ζευγάρια προσλήφθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 241 για την ομάδα ελέγχου. Οι πατέρες στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν φυλλάδια και συμβουλές στο σπίτι για το θηλασμό, ενώ οι πατέρες στην ομάδα ελέγχου δεν έλαβαν τέτοιο εκπαιδευτικό υλικό. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σε 4 μήνες το 20% της ομάδας παρέμβασης υπενθύμισε τον αποκλειστικό θηλασμό του μωρού ενώ μόνο το 11% στην ομάδα ελέγχου. Σε 6 μήνες, το 16% των ζευγαριών στην ομάδα παρέμβασης υπενθύμισε τον αποκλειστικό θηλασμό σε σύγκριση με μόλις 3,9% στην ομάδα ελέγχου (Bich, Hoa & Målqvist, 2014).

Ενώ μερικές μελέτες έχουν δείξει μια θετική σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης των πατέρων σχετικά με το θηλασμό και τα ποσοστά του, μια μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες σχετικά με τους Ισπανούς δεν διαπίστωσε αύξηση των ποσοστών θηλασμού στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στη μελέτη, η ομάδα παρέμβασης έλαβε το *"Πρόγραμμα Peer Dad", το* οποίο εισήγαγε εκπαίδευση για τον θηλασμό και την υποστήριξη στους πατέρες, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν παρακολούθησε το πρόγραμμα. Παρ 'όλα αυτά, ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων (n = 101) μπορεί να είναι ο λόγος για ένα τέτοιο αποτέλεσμα (Lovera, Sanderson, Bogle & Vela Acosta, 2010).

Μελέτες αποκάλυψαν τρία βασικά στοιχεία είναι απαραίτητα για τους πατέρες σε υποστηρικτικό ρόλο για τον θηλασμό: οι σχετικές πληροφορίες σχετικά με το θηλασμό, τη συνέπεια στην παροχή πληροφοριών από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και την προσπελάσιμη πρόσβαση στις γνώσεις που οδηγούν τους πατέρες να συζητούν ευαίσθητα ή δύσκολα ζητήματα.

Αυτά τα τρία γεγονότα βοηθούν τους πατέρες να μάθουν τον ρόλο τους στο θηλασμό, προκαλούν παρανοήσεις και μύθους και παρέχουν συμβουλές στη μητέρα καθ 'όλη τη διάρκεια του θηλασμού (Sherriff & Hall, 2014).

Η γνώση και η κατάρτιση σχετικά με τη φροντίδα των παιδιών που δεν σχετίζεται άμεσα με το θηλασμό μπορεί να βοηθήσει τον πατέρα να παρέχει πρακτική υποστήριξη στο θηλασμό (π.χ. παιχνίδι με το παιδί, αλλαγή, κολύμβηση κλπ.). Οι πληροφορίες μπορούν να ενισχύσουν την εμπιστοσύνη και τη γνώση των πατέρων για να βοηθήσουν τη μητέρα στον θηλασμό, για παράδειγμα, να πάρει το μωρό για τη σίτιση, να φροντίσει για τη σωστή διατροφή και την πρόσληψη νερού της μητέρας, καθώς και να μοιράσει τα οικιακά καθήκοντα (Sherriff & Hall, 2014).

Μια άλλη μελέτη αποκάλυψε ότι η εκπαίδευση του θηλασμού και στους δύο γονείς αυξάνει τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού. Η παροχή εκπαίδευσης στον θηλασμό στους πατέρες κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό βελτιώνει σημαντικά τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού καθώς και ενισχύει την προσκόλληση των πατέρων και των βρεφών (Ozluses & Celebioglu, 2014).

Μια μελέτη που διεξήχθη μεταξύ Ιρλανδών πατέρων για να κατανοηθεί σε ποιο βαθμό χρησιμοποιούν υποστήριξη για το θηλασμό. Ο ρόλος των πατέρων στην απόφαση του θηλασμού, η γνώση τους σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού για το μωρό και τη μητέρα και η στάση τους απέναντι στο θηλασμό εξετάστηκαν με ένα ερωτηματολόγιο. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες στη μελέτη παρακολούθησαν τουλάχιστον μία τάξη προγεννητικού θηλασμού.

Οι περισσότεροι από τους πατέρες συζήτησαν για τον θηλασμό με τους συνεργάτες τους, μόνο το ένα τρίτο από αυτούς παραδέχτηκε ότι η απόφαση του θηλασμού ήταν κοινή. Ωστόσο, οι περισσότεροι πατέρες (82%) πίστευαν ότι η προώθηση του θηλασμού απευθύνεται μόνο σε μητέρες και είναι αποκλειστικά η απόφαση των μητέρων εάν το μωρό θα θηλάζει ή όχι. Ένας στους τέσσερις πατέρες ήταν αρνητικός στο θηλασμό στο κοινό. Παραδόξως, το 60% των παρευρίσκονταν στις προγενέστερες κατηγορίες. Παρατηρήθηκε ότι οι Ιρλανδοί πατέρες δεν γνώριζαν τις ευεργετικές επιδράσεις του θηλασμού (Kenosi, Hawkes, Dempsey & Ryan, 2013).

4.5.5 Η προθυμία των πατέρων να συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το θηλασμό.

Μελέτες διαπίστωσαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα πατέρας υποστηρίζουν και ενθαρρύνουν την επιτυχή θηλασμό. Οι πατέρες είναι πρόθυμοι να εμπλακούν στο θηλασμό, αλλά συχνά αισθάνονται ανίκανοι για τις προκλήσεις της διαδικασίας θηλασμού, αβέβαιοι για να βοηθήσουν τη μητέρα ή να αισθάνονται άπειροι. Πολλοί αισθάνονται ότι είναι αβοήθητοι (Brown & Davies 2014).

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι πατέρες «θέλουν περισσότερες πληροφορίες και υποστήριξη για να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους για να συμμετάσχουν στον θηλασμό, ειδικά συγκεκριμένες και προσιτές πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, σχέδια υποστήριξης και εμπνεύσεως των συντρόφων τους καθώς και των ίδιων. Η εμπλοκή, η συμπερίληψη και η υποστήριξη των πατέρων στα προγράμματα θηλασμού είναι ένας σημαντικός τρόπος για να αναγνωριστεί ο ρόλος τους στο θηλασμό και να εξεταστεί η προθυμία τους να συμμετάσχουν στο θηλασμό (Brown & Davies, 2014).

Μια ποιοτική μελέτη έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο σε 117 πατέρες σχετικά με την εμπειρία τους στην υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Η πλειοψηφία ήταν θετική για τον θηλασμό. Μέρος των συμμετεχόντων ήθελε να συμμετάσχει στο θηλασμό καθώς το θεωρούσαν έναν τρόπο δημιουργίας δεσμών με το μωρό γιατί ανησυχούσαν ότι θα αποκλειστούν από τη σχέση διατροφής (Brown & Davies, 2014).

Οι πατέρες ενδιαφέρθηκαν για λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τον θηλασμό, πρακτικές πληροφορίες σχετικά με τους υποστηρικτές τους για να είναι θετικοί και αυτοπεποίθηση για το θηλασμό. Η πλειοψηφία ήθελε να συμπεριληφθεί στην εκπαίδευση του θηλασμού. Απολαύσαμε τη συζήτηση του θηλασμού τόσο με επαγγελματίες όσο και με άλλους πατέρες. Οι συμμετέχοντες ήθελαν να βασίζονται σε τεκμηριωμένες πληροφορίες για την επίλυση ή την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με το θηλασμό (Brown & Davies, 2014).

Ένα μεγάλο ποσοστό συμμετεχόντων εξέφρασε τη δυσαρέσκειά τους όταν αποκλείστηκε από την ενημερωτική συνεδρίαση. Βρήκαν εκπαιδευτικές συνεδρίες θηλασμού για τους εταίρους είναι η αναγνώριση των συναισθημάτων των πατέρων. Πολλοί ήθελαν να συμπεριληφθούν στο

πρόγραμμα παροχής πληροφοριών για να γίνουν σημαντικοί και αρμόδιοι για τη λήψη αποφάσεων (Brown & Davies, 2014).

4.5.6. Στάσεις προς τη σεξουαλικότητα και τον θηλασμό

Σε κάποια κοινωνία ο θηλασμός δεν είναι πλέον μέρος του πολιτιστικού κανόνα. Ο εκσυγχρονισμός στον κοινωνικό, πολιτιστικό και οικονομικό τομέα προκάλεσε μείωση της πρακτικής του θηλασμού. Μελέτη που διεξήχθη στο Πουέρτο Ρίκο διαπίστωσε απώλεια υποστήριξης για τη μητέρα που θηλάζει και έλλειψη γνώσης σχετικά με το θηλασμό. Οι νεαρές μητέρες δεν γνωρίζουν τη σωστή πηγή συμβουλών, ενθάρρυνσης και υποστήριξης του θηλασμού (Alvarado, Gracia, Torres & Rodriguez , 2006).

Περίπου το 82% των συμμετεχόντων στη μελέτη είχαν θετική στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα και τον θηλασμό. Περισσότερο από το 70% των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι ο θηλασμός δεν έχει καμία αντίφαση με το γάμο και τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι μαστοί των γυναικών δεν είναι μόνο για σεξουαλική ευχαρίστηση. Πάνω από το 80% συμφώνησαν ότι ο θηλασμός δεν έχει καμία σχέση με την απλή σεξουαλική έλξη (Alvarado, Gracia, Torres & Rodriguez , 2006).

Επιπλέον, δεν υποστηρίζουν όλοι οι πατέρες τον θηλασμό. Σε όσες μελέτες έχει αναφερθεί κάτι τέτοιο, οι μισοί περίπου των συμμετεχόντων αναφέρονται στην παραμόρφωση των μαστών και την ανησυχία τους για τυχόν αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα (Mithany et.al., 2015).

Η αντίθεση μεταξύ της σχέσης του ζευγαριού και του γονικού ρόλου καθώς και η έλλειψη γνώσης μπορεί να προδιαθέσουν τους πατέρες να προτείνουν τη διατροφή των βρεφών με τεχνητό γάλα στις θηλάζουσες μητέρες (Septiari et.al., 2006).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης του μητρικού θηλασμού στις μητέρες και στα βρέφη μέσα από τη συλλογή δεδομένων σε συγκεκριμένο δείγμα. Οι περαιτέρω στόχοι της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή πληροφοριών σχετικά με τον θηλασμό ως εμπειρία, οι συνθήκες της κύησης και του θηλασμού και η στάση του πατέρα. Οι στόχοι αυτοί ετέθησαν με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα ευρήματα της.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο συγκεκριμένο μέρος της μελέτης, αναλύεται η μεθοδολογία που υιοθετήθηκε. Γίνεται αναφορά στο εργαλείο συλλογής δεδομένων και στο δείγμα, και ακολουθούν η ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Πέρα από την εκτεταμένη μελέτη και την καταγραφή ευρημάτων που αποτελούν την βιβλιογραφική ανασκόπηση του πρώτου μέρους, η οποία καθόρισε και το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων κλειστού τύπου.

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η συμπλήρωση ερωτηματολογίου με δομημένες ερωτήσεις κλειστού τύπου διότι με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται η καταγραφή απαντήσεων σε ένα σύνολο ερωτήσεων με προκαθορισμένη σειρά. Παρά το γεγονός ότι με τη χρήση ερωτήσεων κλειστού τύπου ο ερευνητής δεν δύναται να αποσαφηνίσει κάποια σημεία και ότι ο ερωτώμενος είναι αναγκασμένος να απαντήσει με συγκεκριμένο τρόπο χωρίς περεταίρω αποσαφηνίσεις, το ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου επιλέχθηκε στην παρούσα μελέτη λόγω του ότι είναι εύκολο στη συμπλήρωση του, είναι χαμηλού κόστους και λιγότερου κόστους καθώς επίσης ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τους ερωτώμενους (Παρασκευόπουλος, 1999).

Το παρόν ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε τρία μέρη τα οποία περιέχουν ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και διχοτομικές ερωτήσεις οι οποίες είναι συνολικά τριάντα. Οι διχοτομικές ερωτήσεις είναι αυτές που προσφέρουν έναν αριθμό εναλλακτικών απαντήσεων και καταγράφουν συμπεριφορές και όχι απόψεις (Gray, 2009). Το πρώτο μέρος περιέχει ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία της μητέρας όπως εκπαίδευση, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση καθώς και το επάγγελμα της μητέρας. Το δεύτερο μέρος περιέχει ερωτήσεις για την άντληση πληροφοριών που αφορούν τις συνθήκες κύησης και θηλασμού. Το τρίτο μέρος αφορά ερωτήσεις σχετικά με τον πατέρα και το τέταρτο μέρος αφορά τον θηλασμό ως εμπειρία.

Οι ερωτήσεις περιέχουν στοιχεία τα οποία υπήρξαν και σε άλλες μελέτες σχετικά με το θηλασμό για να μπορέσει να εξαχθεί ένα σαφές συμπέρασμα .

Αναφορικά με το δείγμα της μελέτης, η μέθοδος που υιοθετήθηκε ήταν η τυχαία δειγματοληψία με άτομα καταγεγραμμένα σε ένα δειγματοληπτικό πλαίσιο. Το δείγμα συλλέχθηκε τυχαία από παιδικούς σταθμούς των οποίων θα τηρηθεί η ανωνυμία, ομοίως και των συμμετεχόντων. Η συγκεκριμένη στρατηγική μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιλεγούν τα άτομα που θα συμπεριληφθούν σε ένα μικρό δείγμα με στόχο τη βελτίωση της αύξηση της αξιοπιστίας του δείγματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο στόχος εδώ όπως ήδη αναφέρθηκε είναι η αξιοπιστία και όχι η γενίκευση και η αντιπροσωπευτικότητα (Παππάς, 2002).

Οι μητέρες που συμμετείχαν στην μελέτη ως δείγμα προέρχονται από τρία αστικά κέντρα της Ελληνικής επικράτειας, την Αθήνα, τα Ιωάννινα και την Ξάνθη. Η επιλογή τριών διαφορετικών τοπικών πλαισίων επιλέχθηκε για να υπάρχει μια ποικιλία πληθυσμού. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων είναι 20 από την Αθήνα, 11 από την Ξάνθη και 12 από τα Ιωάννινα.

Στο επόμενο μέρος της έρευνας αναλύονται και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος.

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, η πρώτη ερώτηση αφορά την εκπαίδευση του δείγματος. Στην περιοχή της Αθήνας, το 50% των μητέρων έχει ολοκληρώσει σπουδές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ενώ το υπόλοιπο 50% έχει αποφοιτήσει από ΤΕΙ ή ΑΕΙ.

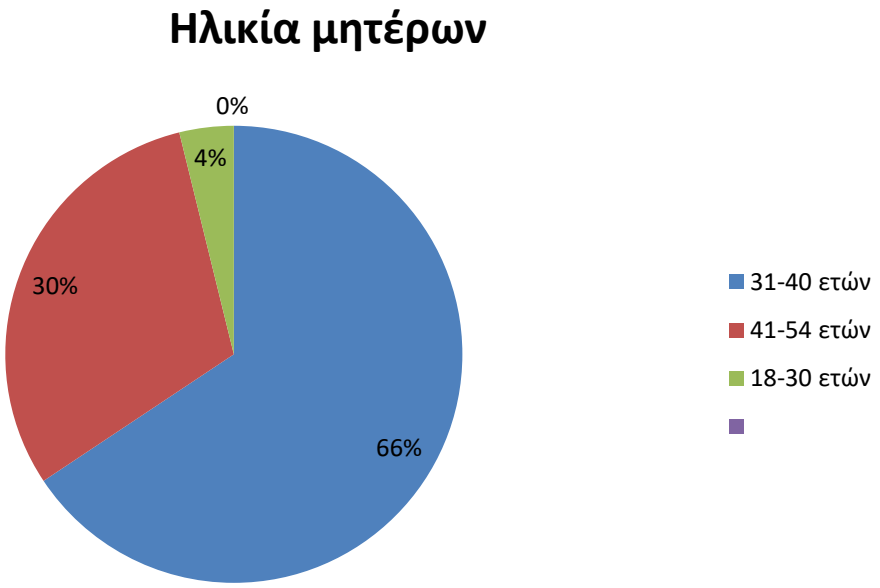
Στην περιοχή της Ξάνθης, το 54% έχουν λάβει πρωτοβάθμια εκπαίδευση ενώ μόλις το 18% έχει αποφοιτήσει από το λύκειο και έχουν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση μόνο το 18%. Στην περιοχή των Ιωαννίνων, το 36% περίπου έχουν πτυχίο ΑΕΙ και το ίδιο ποσοστό έχει λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 18% έχουν αποφοιτήσει από ΤΕΙ. Μόνο μια συμμετέχουσα έχει μεταπτυχιακές σπουδές. Συνολικά, 35% των συμμετεχόντων έχει αποφοιτήσει από το Λύκειο.

Η δεύτερη ερώτηση αφορά την οικογενειακή κατάσταση των μητέρων. Στην περιοχής της Ξάνθης, η συντριπτική πλειοψηφία (90%) απάντησε πως είναι παντρεμένες και μόνο μια διαζευγμένη. Τα ίδια ποσοστά αφορούν και την περιοχή των Αθηνών ενώ στην περιοχή των Ιωαννίνων το 100% είναι παντρεμένες. Συνολικά, το 96% είναι παντρεμένες και το υπόλοιπο 4% είναι διαζευγμένες.

Στην τρίτη ερώτηση σχετικά με το επάγγελμα των μητέρων, δηλαδή αν εργάζονται, στην Αθήνα το 60% είναι εργαζόμενες. Στην Ξάνθη εργάζεται το 54% ενώ στα Ιωάννινα το 50%. Όσο αφορά την οικονομική κατάσταση στην περιοχή των Αθηνών, η πλειοψηφία 58% έχουν μέτριο εισόδημα ενώ το 37% χαμηλό. Στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν απάντησε μια μητέρα από την περιοχή της Αθήνας και δυο από την περιοχή των Ιωαννίνων. Στην περιοχή των Ιωαννίνων, οι μισές μητέρες έχουν χαμηλό εισόδημα και οι υπόλοιπες μέτριο εισόδημα. Στην Ξάνθη, το 90% έχει μέτριο εισόδημα ενώ το 10% υψηλό.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, που αφορά τις συνθήκες κύησης, η ερώτηση αφορά το ύψος της μητέρας. Στην Αθήνα, το 65% ήταν από 1,61 – 1,70, το 25% ήταν 1, 50- 1,60 και το υπόλοιπο ποσοστό είχε ύψος 1, 70 και άνω. Και στις δυο άλλες περιοχές το ποσοστό είναι παρόμοιο.

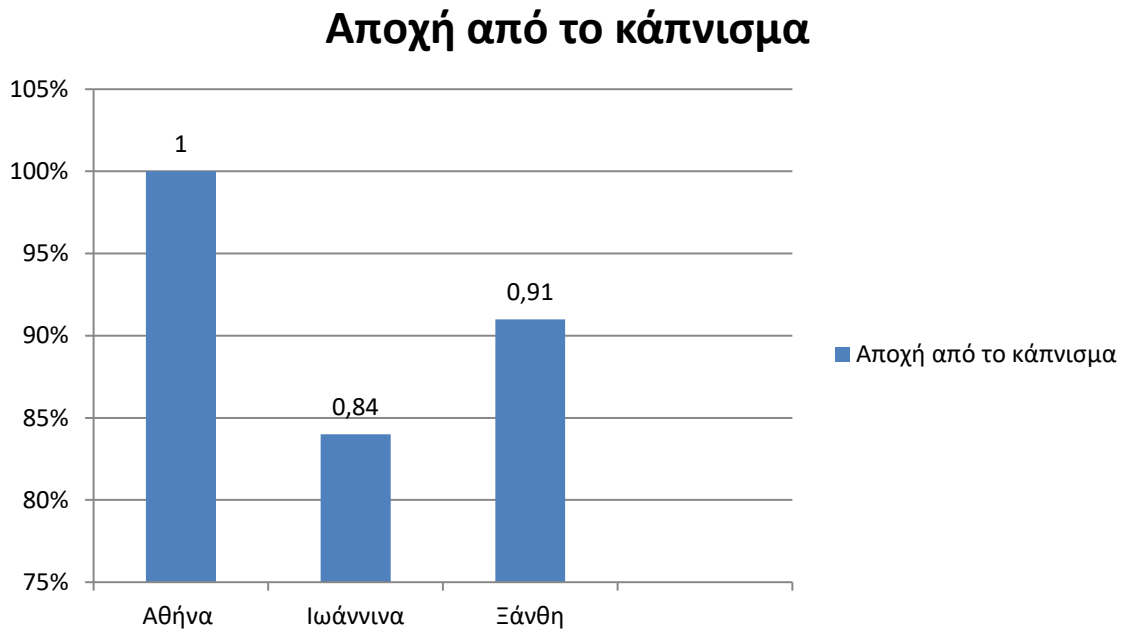
Η επόμενη ερώτηση αφορά την ηλικία της μητέρας. Στην Αθήνα, το 45% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31-40, το 35% ήταν 18-30 και το 20% ανήκει στις ηλικίες 41-54. Η συντριπτική πλειοψηφία (92%) στην περιοχή των Ιωαννίνων ανήκει στην ομάδα 31- 40 και το λοιπό ποσοστό καταγράφεται στην ομάδα 18-30. Στην περιοχή της Ξάνθης, περίπου 46% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31 – 40 και στην ομάδα 41 – 54 ανήκει το 36% περίπου. Συνολικά, η πλειοψηφία και στις τρεις πόλεις ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31- 40 (Γράφημα 1).



Γράφημα 1: Η ηλικία των μητέρων

Η έβδομη ερώτηση αφορά τα κιλά των μητέρων που αποκτήθηκαν κατά την κύηση. Στην Αθήνα, το 40% απέκτησε 13 – 20 κιλά. Δέκα έως δώδεκα κιλά αποκτήθηκαν σε ποσοστό 25% ενώ μόνο μία πήρε μόνο 20 κιλά. Στα Ιωάννινα, περίπου το 33% απέκτησε 10 έως 12 κιλά και το ίδιο ποσοστό απέκτησε 13 έως 20 κιλά. Συνολικά, η πλειοψηφία των γυναικών απέκτησε 13 έως 20 κιλά.

Στην ερώτηση αν οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κύηση, η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε αρνητικά. Πιο συγκεκριμένα, το 100% στην Αθήνα, το 84% στα Ιωάννινα και το 91% στην Ξάνθη (Γράφημα 2).



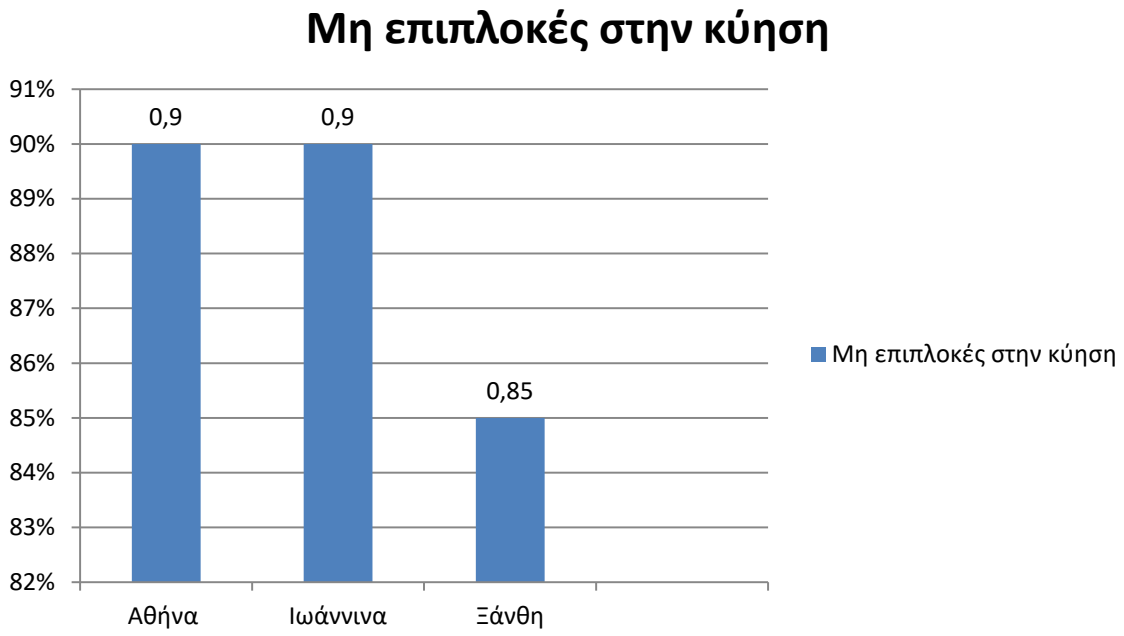
Γράφημα 2: Αποχή από το κάπνισμα

Όσο αφορά τον αριθμό των κυήσεων, στην Αθήνα το 60% είχε μια κύηση και το υπόλοιπο ποσοστό δυο κυήσεις. Στις δυο άλλες πόλεις το δείγμα μοιράστηκε σε μια, δυο και τρεις κυήσεις. Περισσότερες από τρεις κυήσεις δεν είχε καμία μητέρα.

Αναφορικά με την ηλικία της κύησης, η πλειοψηφία των νεογνών ήταν τελειόμηνα και στις τρεις πόλεις. Στην Αθήνα μόλις τρεις ήταν πρόωρα και δυο υπερώριμα. Στα Ιωάννινα κατεγράφησαν δυο πρόωρα και στη Ξάνθη τέσσερα πρόωρα.

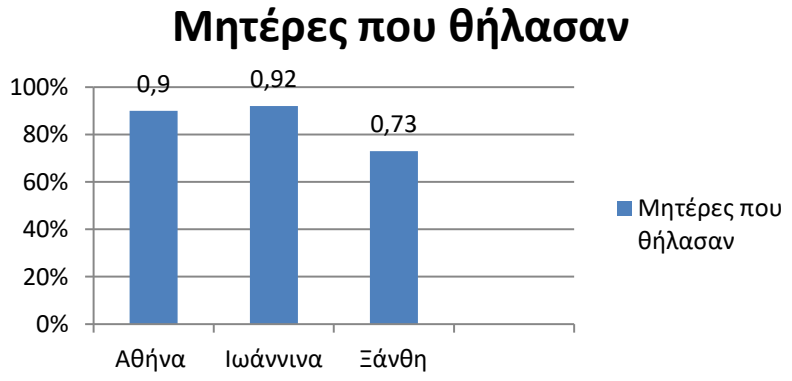
Το βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση ήταν σε όλες τις πόλεις πλειοψηφικά 2, 5 έως 4 κιλά. Στην Αθήνα, κανένα βρέφος δεν είχε βάρος λιγότερο από 2,5 κιλά ενώ απάνω από 4 κιλά ήταν μόνο τέσσερα βρέφη (δυο στην Αθήνα, ένα στα Ιωάννινα και ένα στην Ξάνθη).

Αναφορικά με τις επιπλοκές στην κύηση και τον τοκετό στην Αθήνα και τα Ιωάννινα, το 90% δεν είχαν επιπλοκές ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Ξάνθη ήταν περίπου 85% (Γράφημα 3).

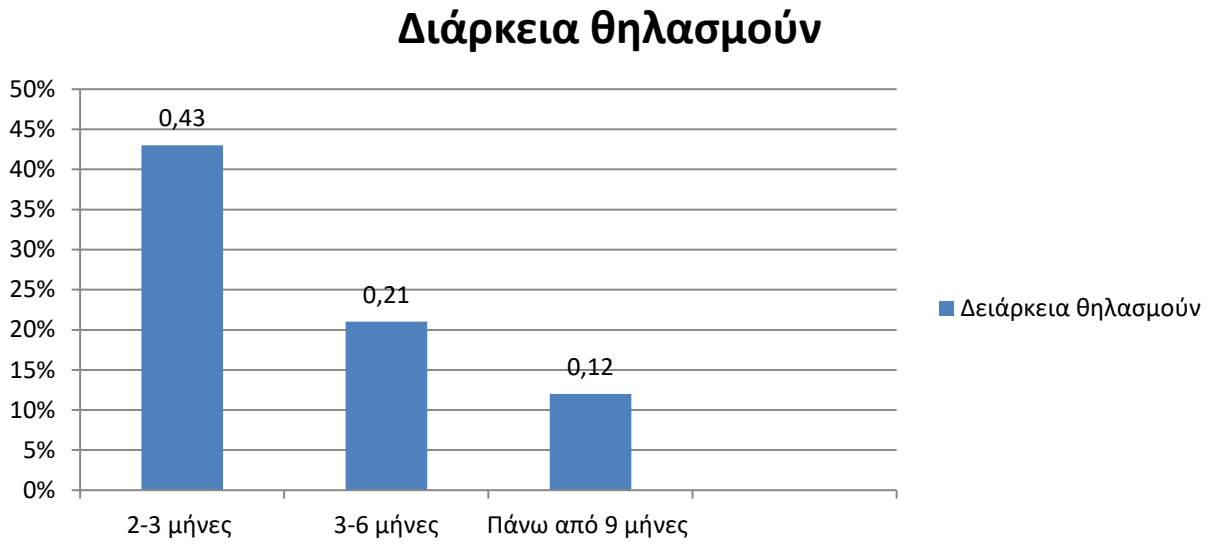


Γράφημα 3: Μη επιπλοκές στη κύηση

Στην Αθήνα, το 90% των μητέρων θήλασαν, ενώ το 92% και 73% είναι το αντίστοιχο ποσοστό για Ιωάννινα και Ξάνθη (Γράφημα 4.) Στην περιοχή της Αθήνας το 50% των μητέρων θήλασαν για 2- 3 μήνες ενώ το 36% στην Ξάνθη για το ίδιο διάστημα και 33% στα Ιωάννινα. Περισσότερο από 9 μήνες θήλασαν μόνο το 0,8% στα Ιωάννινα και το 18% στην Ξάνθη. Αξίζει να σημειωθεί πως δυο συμμετέχουσες δεν απάντησαν. Συνολικά, από τα 41 βρέφη, τα 18 θήλασαν για 2 – 3 μήνες (43%), το 21% για 3 – 6 μήνες (9 από τα 41 βρέφη) ενώ μόνο το 12% για διάστημα άνω των εννέα μηνών (5 από τα 41 βρέφη) (Γράφημα 5).



Γράφημα 4: Μητέρες που θήλασαν



Γράφημα 5 : Διάρκεια θηλασμού

Στην ερώτηση για το αν οι μητέρες καπνίζουν κατά τη διάρκεια του θηλασμού, 90% στην Αθήνα απάντησαν αρνητικά και στις δυο άλλες περιοχές το ποσοστό είναι παρόμοιο. Στην ερώτηση αυτή δεν απάντησαν από Αθήνα και Ιωάννινα.

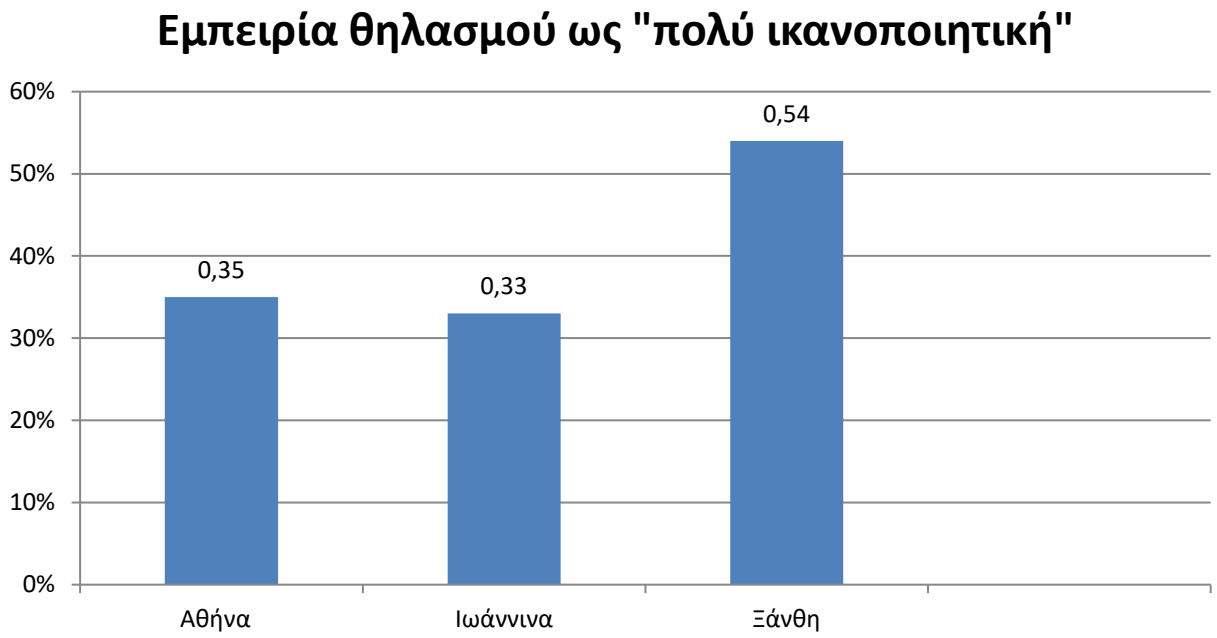
Για την χρήση αλκοόλ, το 100% του δείγματος απάντησε αρνητικά ενώ μόνο μία μητέρα δεν απάντησε. Ομοίως, και για την επόμενη ερώτηση που αφορά τη χρήση φαρμακευτικών και ναρκωτικών ουσιών.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά τον πατέρα. Η πρώτη ερώτηση αρχικά αποκαλύπτει πως η πλειοψηφία των πατέρων είναι απόφοιτοι λυκείου σε Αθήνα και Ιωάννινα. Απόφοιτοι Δημοτικού και Γυμνασίου είναι στην Ξάνθη σε ποσοστό 54% και 27% αντίστοιχα. Κανείς δεν είναι κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου.

Όσο αφορά την ηλικία των πατέρων, στην Αθήνα το 55% είναι 18 – 30, ενώ στην ηλικιακή ομάδα 31-40 ανήκει το 30%, 36% στην Ξάνθη και 66% στα Ιωάννινα. Στην ηλιακή ομάδα 55 ετών και άνω είναι μόνο δυο πατέρες στην περιοχή της Ξάνθης (18%) ενώ 41- 54 για την Αθήνα είναι 15% , για τα Ιωάννινα 33% και για την Ξάνθη 45%.

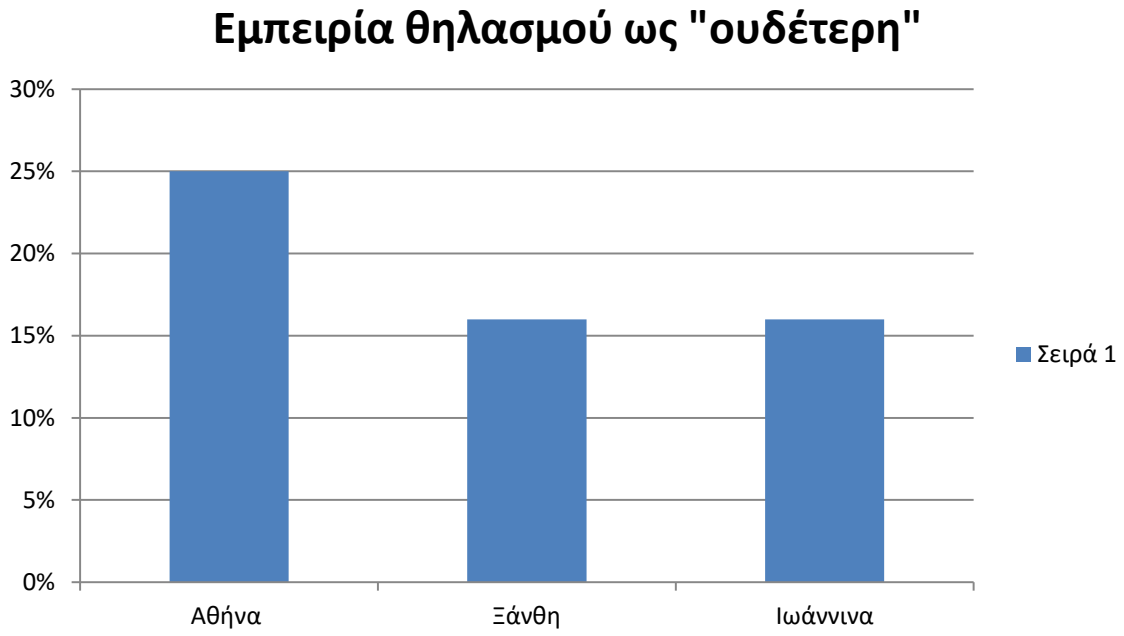
Στην Αθήνα και στα Ιωάννινα όλοι οι πατέρες είναι εργαζόμενοι. Στην περιοχή της Ξάνθης εργαζόμενοι είναι σε ποσοστό 64% .

Η τέταρτη και τελευταία ενότητα σχετίζεται με την εμπειρία του θηλασμού και πως τον βίωσαν οι μητέρες. Στην Αθήνα 35% του δείγματος χαρακτηρίζει την εμπειρία του θηλασμού ως «πολύ ικανοποιητική» ενώ στην Ξάνθη το 54% και στα Ιωάννινα μόλις το 33% δίνουν αυτό το χαρακτηρισμό (Γράφημα 6).



Γράφημα 6 : Η εμπειρία του θηλασμού

Ως «ουδέτερη» εμπειρία χαρακτηρίζεται από το 25% του δείγματος στην Αθήνα και 16% από τα Ιωάννινα. Ως «ικανοποιητική» εμπειρία χαρακτηρίζεται από το 30% του δείγματος στην Αθήνα , από το 45% στην Ξάνθη και 36% στα Ιωάννινα. Ως «καθόλου ικανοποιητική» χαρακτηρίζεται μόνο από δυο μητέρες σε Αθήνα και Ιωάννινα. Συνολικά, ως «πολύ ικανοποιητική» εμπειρία χαρακτηρίζεται από ποσοστό 40% , «ουδέτερη» σε ποσοστό 16%, «ικανοποιητική» σε ποσοστό 35% και « καθόλου ικανοποιητική» σε ποσοστό 0,04%. (Γράφημα 7).



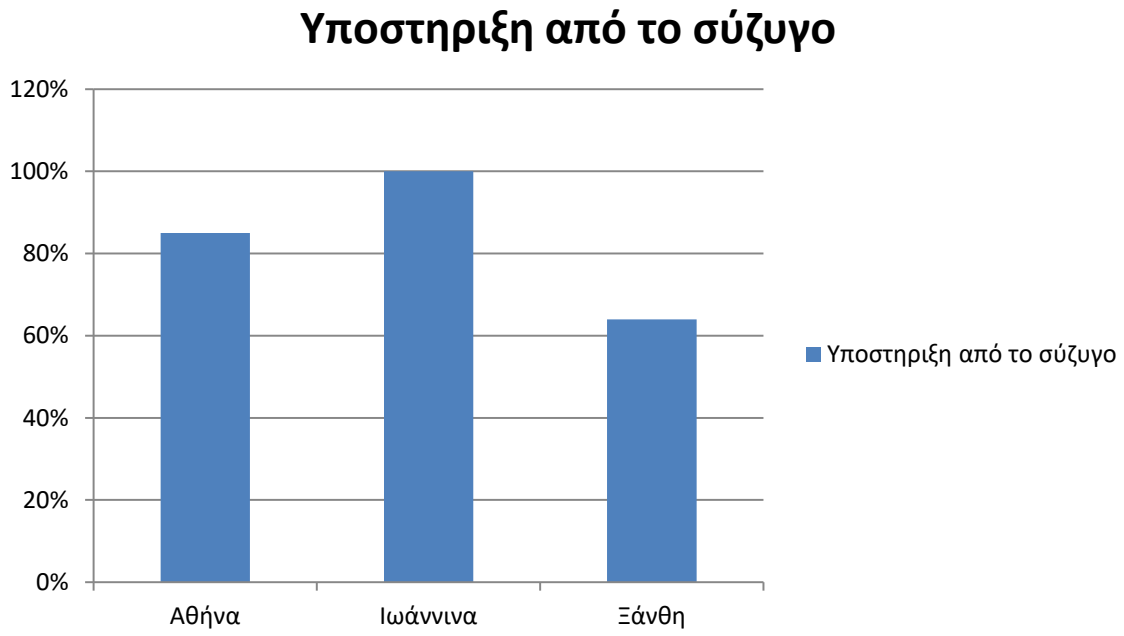
Γράφημα 7

Στο ερώτημα αν ο θηλασμός ήταν αποκλειστική τροφή για τα βρέφη για τουλάχιστον έξι μήνες, θετικά απάντησε το 75% στην Αθήνα ενώ στα Ιωάννινα και στην Ξάνθη 25% και 63% αντίστοιχα.

Ο λόγος επιλογής του θηλασμού για το 100% του δείγματος ήταν ότι ο θηλασμός αποτελεί μέσο ενίσχυσης της άμυνας του οργανισμού για το βρέφος.

Στο ερώτημα αν ο θηλασμός θα πρέπει να συνεχίζεται και μετά τους έξι μήνες , η πλειοψηφία και στις τρεις περιοχές απάντησε θετικά (100% στη Ξάνθη, 55% στην Αθήνα και 82% στα Ιωάννινα).

Στην ερώτηση αν οι μητέρες θα επέλεγαν ξανά το θηλασμό σε μια μελλοντική κύηση η απάντηση ήταν θετική από το 100% του δείγματος. Για την υποστήριξη από το σύζυγο, 100% απαντά θετικά στην περιοχή των Ιωαννίνων, 85% στην Αθήνα και 64% στην Ξάνθη (Γράφημα 8).



Γράφημα 8: Υποστήριξη από το σύζυγο

Στο επόμενο ερώτημα αν οι μητέρες θα ήθελαν παραπάνω πληροφορίες για το θηλασμό, απαντά θετικά το 100% στη Ξάνθη, 65% στην Αθήνα και το 54 στην περιοχή των Ιωαννίνων. Στο τελευταίο ερώτημα αν ο θηλασμός είχε αντίκτυπο στη συζυγική σχέση, το δείγμα από την περιοχή των Αθηνών απαντά αρνητικά σε ποσοστό 90% και100% στα Ιωάννινα ενώ στην Ξάνθη 82%.

2.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων

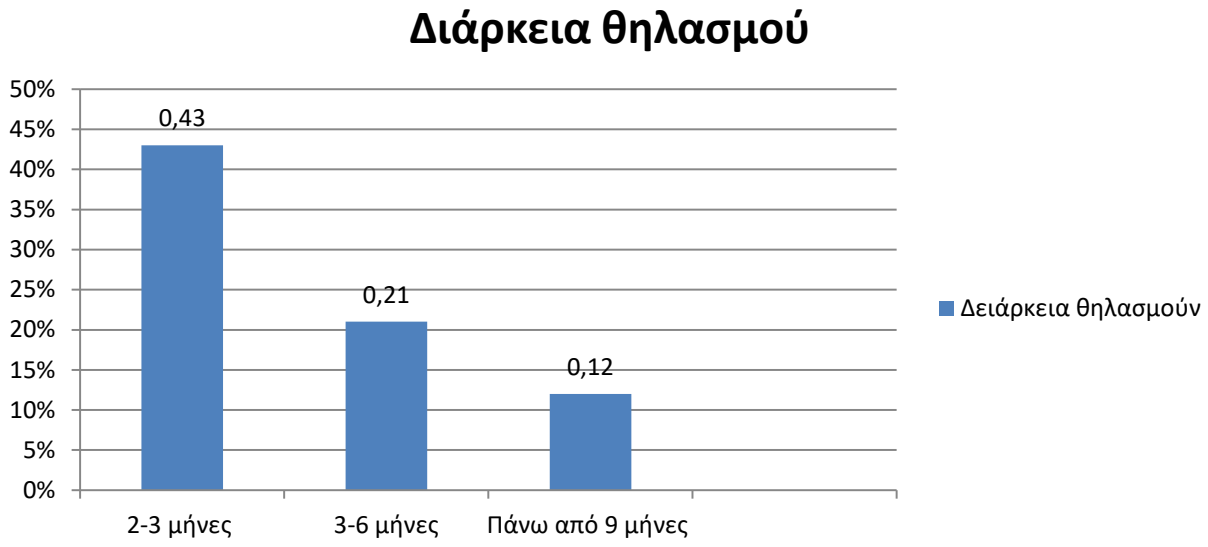
Ξεκινώντας από τα δημογραφικά στοιχεία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι απόφοιτες Λυκείου γεγονός που δείχνει ότι η εμπειρία σχετικά με το θηλασμό δε σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο με δεδομένο ότι η πλειοψηφία θεωρεί τον θηλασμό μια θετική εμπειρία.

Το πιο σημαντικό δημογραφικό στοιχείο που φαίνεται να επηρεάζει είναι αν οι μητέρες είναι εργαζόμενες, το εισόδημα τους και η οικογενειακή τους κατάσταση. Το συγκεκριμένο εύρημα συνάδει με συμπεράσματα από τη βιβλιογραφία (Yngve & Sjostrom, 2001; Greer & Apple, 1991).

Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι η πλειοψηφία των γυναικών έγιναν μητέρες σε ηλικία 31 -41 ετών και για αυτό προτίμησαν να υιοθετήσουν το θηλασμό ως τρόπο σίτισης των βρεφών τους. Το εύρημα αυτό ισχύει και σε πολλές άλλες μελέτες παγκοσμίως και δεν αφορά μόνο την έναρξη αλλά και τη συνέχιση του θηλασμού σε μεγαλύτερα ποσοστά στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (CDC, 2013; Jones et.al., 2011; Thulier & Mercer, 2009).

Σημαντικό επίσης στοιχείο είναι ότι η πλειοψηφία των μητέρων απέκτησαν 13 – 20 κιλά κατά τη κύηση, γεγονός που απαιτεί περισσότερη ενημέρωση και υποστήριξη (WHO et.al., 2001). Ενθαρρυντικά ευρήματα είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία δεν κάπνιζε κατά την κύηση γεγονός που φανερώνει ότι τουλάχιστον το δείγμα έχει σχετική ενημέρωση.

Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των μητέρων είχε μόλις μια κύηση αποδεικνύει πως το δείγμα δεν είχε σχετική εμπειρία κύησης και θηλασμού και για αυτό το λόγο δεν θήλασαν για μεγάλο χρονικό διάστημα (43% για 2- 3 μήνες). Το γεγονός αυτό έχει καταγραφεί στη βιβλιογραφία καθώς οι νέες μητέρες χωρίς εμπειρία θεωρούν ότι δεν θα παρέχουν επαρκή ποσότητα γάλακτος , ότι κάνουν λάθη κατά το θηλασμό τον οποίο με κόπο προσπαθούν να εντάξουν στην καθημερινή τους ζωή (McBride & Henry, 2012).



Στη παρούσα μελέτη αναφέρεται ότι τα βρέφη είναι στην πλειοψηφία τους τελειόμηνα και με φυσιολογικό βάρος, χωρίς επιπλοκές κατά την κύηση γεγονός που διευκόλυνε την υιοθέτηση του μητρικού θηλασμού και την απομάκρυνση των μητέρων από τη χρήση του τεχνητού γάλακτος (Mitchell – Box & Brown, 2012)

Όπως προαναφέρθηκε, συνολικά το 43% των βρεφών θήλασε για 2 – 3μήνες γεγονός που σχετίζεται με το ότι οι μητέρες ήταν εργαζόμενες και με όχι ιδιαίτερα υψηλό εισόδημα. Το εύρημα αυτό είναι κυρίαρχο στη βιβλιογραφία ομοίως με το γεγονός ότι η κοινότητα, στον εργασιακό τομέα, δεν αποτελεί υποστηρικτικό παράγοντα για τον θηλασμό και ωθεί τις μητέρες στη χρήση τεχνητού γάλακτος (Ashworth et.al., 2000; Senarth et.al., 2010; Kimbro, 2006).

Ενθαρρυντικά είναι τα ευρήματα σχετικά με την αποχή των μητέρων από αλκοόλ, ουσίες και κάπνισμα σχεδόν όλο το δείγμα. Η ενημέρωση, η ηλικία και οι συνθήκες διαβίωσης φαίνεται ότι ήταν παράγοντες που ώθησαν στην συγκεκριμένη επιλογή.

Οσο αφορά τα δημογραφικά στοιχεία του πατέρα, στην πλειοψηφία τους δεν είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο, και βρίσκονται στην ηλικία των 18 – 30 και 31- 40 γεγονός που δικαιολογεί την παύση του θηλασμού στους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους όπως καταγράφεται στην διεθνή βιβλιογραφία η οποία αναφέρει την παύση του θηλασμού από άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα (Flacking, Dykes & Ewald, 2010).

Όλοι οι πατέρες είναι εργαζόμενοι στην περιοχή της Αθήνας και των Ιωαννίνων και έτσι αποδεικνύεται το γεγονός ότι το εισόδημα παίζει σημαντικό ρόλο στη συνέχιση του θηλασμού. (Ingrafm & Johnson, 2004). Με το παραπάνω εύρημα γίνεται σαφές ότι στην Ξάνθη όπου υπήρχαν δυο άνεργοι πατέρες, το ποσοστό συμμετοχής στο θηλασμό ήταν υψηλότερο προφανώς και για οικονομικούς λόγους.

Η εμπειρία του θηλασμού χαρακτηρίζεται από το δείγμα ως «πολύ ικανοποιητική» σε ποσοστό 40%, «ουδέτερη» σε ποσοστό 35% και μόλις 0.04% «καθόλου ικανοποιητική». Αξίζει να σημειωθεί πως η απάντηση «πολύ ικανοποιητική» δόθηκε περισσότερο από το δείγμα στα Ιωάννινα και στη Ξάνθη, περιοχές οι οποίες θεωρούνται πιο κλειστές κοινωνίες με πιο δυνατούς οικογενειακούς δεσμούς οι οποίοι με τη σειρά τους παίζουν σημαντικό ρόλο στην απόφαση του θηλασμού. Συνεπώς, στις περιπτώσεις αυτές ενδέχεται να υπήρχε μεγαλύτερη στήριξη από την οικογένεια (Reid et.al., 2010; Grassley & Eschiti, 2008).

Στο ερώτημα για τον αποκλειστικό θηλασμό για διάστημα έξι μηνών, η θετική απάντηση σε Αθήνα και Ιωάννινα σε ποσοστό 75% και 63% και στη Ξάνθη μόλις 25% γεγονός, όσο αφορά την Ξάνθη η οποία είχε το μεγαλύτερο ποσοστό έναρξης, καταγράφεται το μικρότερο ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού γεγονός που οφείλεται στο χαμηλό εισόδημα όπως έχει βρεθεί ξανά στη βιβλιογραφία (Flacking Dykes & Ewald, 2010) καθώς και από έλλειψη ενημέρωσης για την ανάκτηση της αυτοπεποίθησης των μητέρων να θηλάσουν (Brown & Davies, 2014).

Η ενημέρωση των μητέρων καταγράφεται να είναι βασική και διαφαίνεται ότι όλες οι μητέρες απαντούν πως ο λόγος για την υιοθέτηση του θηλασμού ήταν η προώθηση της υγείας του βρέφους και όχι λόγος οικονομικός. Συνεπώς, η ενημέρωση σχετικά με το θηλασμό δεν είναι σφαιρική και πλήρης γιατί δεν λαμβάνεται υπόψη καθόλου το οικονομικό όφελος το οποίο θα πρέπει επίσης κίνητρο για το θηλασμό (Blake, 2014).

Η πλειοψηφία των μητέρων απαντά θετικά στο ότι ο θηλασμός θα πρέπει να συνεχίζεται ακόμα και μετά το πέρας των έξι μηνών γεγονός που δείχνει την σχετική ενημέρωση τους ή ακόμα την θετική στάση τους στο θηλασμό ως εμπειρία.

Η υποστήριξη των συζύγων είναι θετική για την πλειοψηφία του δείγματος στοιχείο που αποτελεί σημαντικό παράγοντα υποστήριξης του θηλασμού και της ενίσχυσης της ψυχολογικής κατάστασης της μητέρας (Wolfberg et.al., 2004).

Ο θηλασμός δεν φαίνεται να έχει αντίκτυπο στη συζυγική σχέση όπως καταγράφεται και στη βιβλιογραφία αν και όχι πολύ συχνά (Alvarado et.al., 2006). Τα δυο παραπάνω στοιχεία μπορούν να θεωρηθούν σημαντικοί λόγοι για την θετική απάντηση που δόθηκε από όλο το δείγμα για την μελλοντική επιλογή του θηλασμού. Όλες οι μητέρες είναι θετικές και η εμπειρία του θηλασμού καταγράφηκε ως πολύ ικανοποιητική.

Στο επόμενο μέρος της εργασίας αναφέρονται τα συμπεράσματα της μελέτης τα οποία αποτελούν τα βασικά της ευρήματα.

Στην παρούσα εργασία καταγράφεται ο μητρικός θηλασμός ως εμπειρία σε δείγμα 43 μητέρων. Βασικά ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι ότι οι μητέρες αρχίζουν το θηλασμό αλλά δεν επιλέγουν την συνέχιση του παραπάνω από τρεις μήνες. Παρά το γεγονός ότι έχουν τη συμπαράσταση και υποστήριξη του συζύγου τους.

Το επίπεδο της ενημέρωσης τους είναι βασικό διότι γνωρίζουν τα οφέλη του θηλασμού μόνο σε ότι αφορά την υγεία του βρέφους αγνοώντας τα υπόλοιπα οφέλη όπως το οικονομικό όφελος. Ένα επίσης στοιχείο που δείχνει την έλλειψη ενημέρωσης είναι ότι παρόλο που οι μητέρες πήραν βάρος κατά την κύηση δεν συνέχισαν το θηλασμό για να χάσουν το βάρος αυτό. Επίσης, όλες δηλώνουν ότι επιθυμούν περαιτέρω ενημέρωση. Συνεπώς, θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα πως η ενημέρωση είναι μονομερής και δεν προέρχεται από επαγγελματίες υγείας αλλά από το στενό περιβάλλον της κάθε μητέρας.

Η επιστροφή στην εργασία παρουσιάζεται να είναι ο κυριότερος λόγος διακοπής του θηλασμού καθώς επίσης άλλος ένας λόγος είναι ότι το δείγμα δεν έχει ανάλογη εμπειρία. Αναφορικά με το ρόλο του πατέρα, και στην παρούσα μελέτη κρίνεται σημαντικός και η υποστήριξη του στη διαδικασία του θηλασμού είναι καθοριστική. Η συζυγική σχέση δεν φαίνεται να κλονίζεται από το θηλασμό ο οποίος επιτάσσει την ένταξη του στην καθημερινότητα των συζύγων.

Σε γενικές γραμμές, ο μητρικός θηλασμός στην παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται ως μια ικανοποιητική και θετική εμπειρία για τις μητέρες οι οποίες παρουσιάζονται πρόθυμες να τον ακολουθήσουν ξανά σε μελλοντική κύηση.

Στο επόμενο μέρος αναφέρονται οι περιορισμοί της μελέτης και η πρόταση για μελλοντική έρευνα η οποία θα διαφωτίσει περισσότερο του ζήτημα του θηλασμού.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε ο θηλασμός ως εμπειρία σε 43 μητέρες. Η παρούσα μελέτη αν και αποτελεί πρωτογενές υλικό έχει και κάποιους περιορισμούς.

Αναφορικά με τον τρόπο συλλογής δεδομένων, το ερωτηματολόγιο θα ήταν καλό να περιέχει και ανοικτού τύπου ερωτήσεις για την καταγραφή πιο συγκεκριμένων στοιχείων όπως συναισθήματα και εμπειρίες. Επίσης, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ημερολόγιο παρατήρησης των βρεφών για τα οφέλη του με την καταγραφή από τη μητέρα γιατί αν η παρατήρηση πραγματοποιηθεί από τον ερευνητή θεωρείται αντιδεοντολογικός τρόπος όπως ομοίως έχουν χαρακτηριστεί παρόμοιες μελέτες στο παρελθόν (Smith & Harvey, 2005).

Επίσης, θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν ερωτήσεις σχετικά με το ρόλο της κοινότητας, των επαγγελματιών υγείας, της οικογένειας και της εργασίας και πως όλοι αυτοί οι παράγοντες διαμορφώνουν τον θηλασμό ως εμπειρία.

Ο μικρός αριθμός δείγματος και η πρόσληψή του δεν επιτρέπει στην γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Συνεπώς, προτείνεται περεταίρω διερεύνηση και σε άλλους παράγοντες που καθορίζουν τον θηλασμό, την έναρξη και τη συνέχιση του, σε δείγμα από επαρχιακές περιοχές και με διαφορετικό εθνικό υπόβαθρο με μεγαλύτερο αριθμό δείγματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbett M., Jackson M., Payne K.: (2004) *Breastfeeding.* In: Arulkumara S., Symonds I.M., Fowlie A.(eds). Oxford University Press, Oxford.

Agnew T, Gilmore J, Sullivan P. (1997) *A Multicultural Perspective of Breastfeeding in Canada.* Minister of Public Works and Government Services, Canada.

Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Mihatsch W, Moreno LA, Puntis J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J; (2009) ESPGHAN Committee on Nutrition. Breast feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 49(1):112-25.

Allen J & Hector D, (2005) 'Benefits of Breastfeeding', *NSW Public Health Bulletin,* vol 16, p 44.

Alvarado R, Gracia V, Torres R & Rodriguez A. (2006) Exploratory study: breastfeeding knowledge, attitudes towords sexuality and breastfeeding, and disposition towards supporting breastfeeding in future Puerto Rican male parents. *PRHSJ*, 25:4, 337-341.

American Academy of Pediatrics. (2015). *AAP policy on breastfeeding and use of human milk.* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: https://www2.aap.org/breastfeeding/policyOnBreastfeeding AndUseOfHumanMilk.html
American Academy of Pediatrics (2012) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 129, e827–e841

Amir, L.H., Ryan, K.M., and Jordan, S.E. (2012) Avoiding risk at what cost? Putting use of medicines for breastfeeding women into perspective. *International Breastfeeding Journal* , 7(14)

Andrew, N. & Harvey, K. (2011). Infant feeding choices: experience, self-identity and lifestyle. *Maternal & Child Nutrition, 7,* 48-60.

Appelbaum E& Milkman R. (2011) Employer and Worker Experiences with Paid Family Leave in California. *Leaves That Pay.* 1-32

Archabald, K., Lundsberg, L., Triche, E., Norwitz, E., & Illuzzi, J. (2011). Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: are they being addressed? *Journal of Midwifery & Women's Health, 56,* 2-7.

Arora S, McJunkin C, Wehrer J & Kuhn P. (2000) Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Journal of the American academy of pediatrics,* 106:5.

Ashworth A. et al (2000) Effect of Community – Based Peer Counselors on Exclusive Breastfeeding Practices in Dhaka.

Avery, A. B. & Magnus, J. H. (2011). Expectant fathers' and mothers' perceptions of breastfeeding and formula feeding: a focus group study in three US cities. *Journal of Human Lactation, 27,* 147-154.

Aziz M, Jacob A, Matsuda A, Wang P. (2011) Review: milk fat globule-EGF factor 8 expression, function and plausible signal transduction in resolving inflammation. *Apoptosis*. 16:1077–1086.

Batan M, Li R, Scanlon K. (2013) Association of Child Care Providers Breastfeeding Support with Breastfeeding Duration at 6 Months. *Maternal & Child Health Journal,* 17:708-713.

Bai, Y. K., Middlestadt, S. E., Joanne Peng, C. Y., & Fly, A. D. (2009). Psychosocial factors underlying the mother's decision to continue exclusive breastfeeding for 6 months: an elicitation study. *Journal of Human Nutrition & Dietetics, 22,* 134-140.

Bailey, C., Pain, R. H., & Aarvold, J. E. (2004). A 'give it a go' breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. *Midwifery, 20,* 240-250.

Bailey, J. (2007). Modern parents' perspectives on breastfeeding: a small study. *British Journal of Midwifery, 15,* 148.

Baker, S. R., Choi, P. Y. L., Henshaw, C. A., & Tree, J. (2005). 'I Felt as Though I'd been in Jail': Women's Experiences of Maternity Care during Labour, Delivery and the Immediate Postpartum. *Feminism & Psychology, 15,* 315-342.

Barona-Vilar, C., Escriba-Aguir, V., & Ferrero-Gandia, R. (2009). A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery, 25,* 187-194.

Bartick, M. (2011). Breastfeeding and the U.S. economy. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine,* 6: 313-318. doi:10.1089/bfm.2011.0057

Bauer J, & Gerss J. (2011) Longitudinal analysis of macronutrients and minerals in human milk produced by mothers of preterm infants. *Clin Nutr*;30(2):215–20.

Berkowitz, J., Hall, W.A., Mogan, J., & Shearer, K. (2002). Weighing preterm infants before & after breastfeeding: Does it increase maternal confidence and competence? *The Journal of Maternal/Child Nursing,* 27(6), 318-326.

Beral V, (2002) 'Breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data for 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease', *The Lancet,* vol 360, pp 187-195;

Bernier M et al, (2000) ‘Breastfeeding and risk of breast cancer: a meta-analysis of published studies’, *Human Reproduction Update,* vol 6, no 4, pp 374-386

Bich T, Hoa D & Målqvist M.(2014) Fathers as Supporters for Improved Exclusive Breastfeeding in Viet Nam. *Journal of Maternal child health,* 18(6):1444-1453.

Blake, S. B. (2014). Spatial Relationships among Dairy Farms, Drinking Water Quality, and Maternal-Child Health Outcomes in the San Joaquin Valley. *Public Health Nursing,* 31(6), 492-499

Bonilla S, Kaplan M. (2005) Effects of breastfeeding of the development of atopic dermatitis during the first 3 years of life-results from the gini-birth cohort study. *Pediatrics,* 116:539-540.

Boswell-Penc, M. & Boyer, K. (2007). Expressing Anxiety? Breast pump usage in American wage workplaces. *Gender, Place and Culture, 14,* 551-567.

Böttcher M, & Jenmalm M. (2002) Breastfeeding and the development of atopic disease during childhood. *Clinical and Experimental Allergy,* 32:159-161.

Boyer, K. (2012). Affect, corporeality and the limits of belonging: breastfeeding in public in the contemporary UK. *Health & Place, 18,* 552-560

Brazelton T, & Sparrow J. (2004) *A criança e a alimentação.* Barcarena: Editorial Presença.

Brown A & Davies R. (2014) Fathers’ experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal and child health nutrition,* 10: 510-526.

Burns, E., Schmied, V., Sheehan, A., & Fenwick, J. (2010). A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. [Review]. *Maternal & Child Nutrition, 6,* 201-219.

Callaghan, J. & Lazard, L. (2012). Please don’t put the whole dang thing out there!: A discursive analysis of internet discussions around infant feeding. *Psychology & Health, 27,* 938-955.

Celi AC, Rich-Edwards JW, Richardson MK, Kleinman KP, GillmanMW.(2005) Immigration, race/ethnicity, and social and economicfactors as predictors of breastfeeding initiation. *Arch PediatrAdolesc Med* 159(3):255-260.

Center from Disease Control and Prevention (CDC), (2013) *Breastfeeding Report Card-United States.* Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Chantry C et al, (2006) ‘Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children’, *Pediatrics,* vol 117, no 2, pp 425-432;

Cripe ET. (2008) Supporting breastfeeding: nursing mothers’ resistance to and accommodation of medical and social discourses. *In Emerging Perspective in Health Communication: Meaning, Culture and Power*. Edited by: ZollerHM, Dutta MJ. New York: Routledge Taylor and Francis Group;63-84

Daglas M, Antoniou E. (2012) Cultural views and practices related to breastfeeding. *Health Science Journal* 6 (2): 353-361.

Daglas M., Antoniou E., Pitselis G., latrakis G., Kourounis G., Creatsas G. (2005) Factors influencing the initiation and progress of breastfeeding in Greece. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 32(3): 189-192.

Daniels M, & Adair L. (2005) Breastfeeding influences cognitive development in Filipino children. *Journal of Nutrition.* 135(11):2589- 2595.

Datta, J., Graham, B., & Wellings, K. (2012). The role of fathers in breastfeeding: Decision-making and support. *British Journal of Midwifery, 20,* 159-167.

Dennis CL. (2002) Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review.*J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 31(1):12-32

Der G et al, (2006) Effect of breastfeeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis', *British Medical Journal,* vol 333, pp 945-948

Dettwyler K.A.A. (1995) Time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In *Breastfeeding Biocultural Perspectives*, ed. P. Stuart-Macadam, K.A. Dettwyler, New York: Aldine de Gruyter pp. 39-73.

DiGirolamo A.M., Grummer-Strawn L.M., Fein S.B.:(2003) Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth.* Jun;30(2):94-100

Dykes, F. (2005). A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England. *Midwifery, 21,* 241-252.
.
Dykes, F. (2005a). 'Supply' and 'demand': breastfeeding as labour. *Social Science & Medicine, 60,* 2283-2293.

Economou, M., Kolokotroni, O., Paphiti-Demetriou, I., Kouta, C., Lambrinou, E., Hadjigeorgiou, E., . . . Middleton, N. (2018). Prevalence of breast-feeding and exclusive breast-feeding at 48 h after birth and up to the sixth month in Cyprus: The BrEaST start in life project. *Public Health Nutrition, 21*(5), 967-980.

Ergenekon-Ozelci P, Elmaci N, Ertem M, et al. (2006) Breastfeeding beliefs and practices among migrant mothers in slums of Diyarbakir, Turkey. *Eur J Public Health* 16 (2): 143–8.

Fanaro S.(2002) The biological specificity and superiority of human milk. Scientific basis, guarantees and safety controls. *Minerva Pediatric*, 54(2):113-129.

Filteau SM. (2000) Role of breastfeeding in managing malnutrition and infectious disease. *The Proceedings of the Nutrition Society,* 59(4):565-572.

Flacking R, Dykes F & Ewald U. (2010) The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: A population-based cohort study. *Scandinavian journal of public health,* 38: 337-343.

Flower, K. B., Willoughby, M., Cadigan, R. J., Perrin, E. M., Randolph, G., & Family Life Project Investigative Team (2008). Understanding breastfeeding initiation and continuation in rural communities: a combined qualitative/quantitative approach. *Maternal & Child Health Journal, 12,* 402-414.

Foote KD, Marriott LD (2003): Weaning of infants. *Arch Dis Child* 88, 488-92.

Forster D, McLachlan H, Lumley J, Beanland C, AmirL, Harris H, Dyson K, Earl D. (2004) Two mid-pregnancy interventions to increase the initiation and duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *Birth* 31:176-182.

Forster, D. A. & McLachlan, H. L. (2010). Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby? *Midwifery, 26,* 116-125.

Fox, M, Knapp, L & Berzuini, C (2013) Maternal Breastfeeding History and Alzheimer's Disease Risk. *Journal of Alzheimer's disease: JAD* 37(4)

Friedman N, Zeiger R. (2005) The role of breastfeeding in the development of allergies and asthma. *The journal of Allergy and clinical Immunology,* 115(6):1238-1248.

Furman, L., & Munich, N.M. (2006). Evaluation of breastfeeding of very low birth weight infants: Can we use the infant breastfeeding assessment tool? *Journal of Human Lactation* 22(2), 175-181.

Gatrell, C. J. (2007). Secrets and lies: Breastfeeding and professional paid work. *Social Science & Medicine, 65,* 393-404.

Graffy, J. & Taylor, J. (2005). What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth: Issues in Perinatal Care, 32,* 179-186.

Grassley, J. & Eschiti, V. (2008). Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth, 35,* 329-335.

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

Goldade, K., Nichter, M., Nichter, M., Adrian, S., Tesler, L., & Muramoto, M. (2008). Breastfeeding and smoking among low-income women: results of a longitudinal qualitative study. *Birth, 35,* 230-240.

Gray, D.E. (2009), *Doing Research in the Real World,* 2nd ed., Sage, London.

Greer FR, Apple RD. (1991) Physicians, formula companies and advertising. A historical perspective. *Am J Dis Child* 145:282–287

Hale, T.W. & Rowe, H.E. (2014) *Medications & Mothers' Milk.* 16th edition. Plano, TX: Hale Publishing, L.P.

Hall, W. A. & Hauck, Y. (2007). Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies, 44,* 786-795.

Han Y, Chung S, Kim J, Ahn K, Lee S. (2010) High sensitization rate to food allergens in breastfed infants with atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* , 103(4):332–336.

Harder T et al, (2005) 'Duration of breastfeeding and risk of overweight', *American Journal ofEpidemiology,* vol 162, no 5, pp 397-403

Hausman, Bernice. (2012). "Feminism and Breastfeeding: Rhetoric, Ideology, and the Material Realities of Women's Lives." In *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities,* edited by Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman, and Miriam Labbok, 15–24. Rutgers University Press.

Heck KE, Braveman P, Cubbin C, Chavez CF, Kiely JL. (2006) Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. *Public Health Rep*121(1): 51-9.

Hegney, D., Fallon, T., & O'Brien, M. L. (2008). Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. *Journal of Clinical Nursing, 17,* 1182-1192.

Heinig, M. J., Ishii, K. D., Banuelos, J. L., Campbell, E., O'Loughlin, C., & Vera Becerra, L. E. (2009). Sources and acceptance of infant-feeding advice among low-income women. *Journal of Human Lactation, 25,* 163-172.

Hill, D., Jean C. Aldag, T. Chatterton, and Michael Zinaman. (2005). "Comparison of Milk Output Between Mothers of Preterm and Term Infants: The First 6 Weeks After Birth." *Journal of Human Lactation* 21 (1): 22–30.

Hoddinott, P., Craig, L. C., Britten, J., & McInnes, R. M. (2012). A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism. *BMJ Open, 2,* e000504.

Homer CSE, Sheehan A, Cooke M. (2002) Initial infant feeding decisionsand duration of breastfeeding in women from English, Arabic and Chinese-speaking backgrounds in Australia. *Breastfeed Rev* 10:27-32.

Hoppu U, Kalliomaki M, Laiho K, Isolauri E. (2001) Breast milk immunomodulatory signals against allergic diseases. *Allergy,* 56:23-26.

Horii N, Guyon AB, Quinn VJ. (2011) Determinants of delayed initiation of breastfeeding in rural Ethiopia: programmatic implications. Food Nutr Bull. 32:94–102**.**

Horta, BL & Victora, CG (2013) *Long-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review*. Geneva: WHO.

Hoyle Z, Post & Antenatal Depression Association, transcript, 7 June 2007, pp 58-64.

Huang R, Yang M. (2015) Paid maternity leave and breastfeeding practice before and after California's implementation of the nation's first paid family leave program. *Economics and Human Biology.* 16: 45-59

Hurst C. (2013) An Initial Validation Of A Measure Of Sexual Perceptions Regarding Breastfeeding. *Social Work in Public Health.* 28:21-31

Ingram C.J. (2006) Multiprofessional training for breastfeeding managrment in primary care in the UK. *Inter Breast J.* 1-9.

Ingram J & Johnson D. (2004) A feasibility study of an intervention to enhance family support for breastfeeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery*, 20: 367-379.

Iwinski, S. (2006). Is weighing baby to measure milk intake a good idea? *LEAVEN* 42(30), 51-53.

Jain A et al, (2002) 'How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence?', *Pediatrics,* vol 109, pp 1044-1053

Jensen RG. Handbook of milk composition. San Diego (CA): Academic Press, Inc; 1995.

Jones, N. A., McFall, B.A., and Diego, M.A. (2004) Patterns of brain electrical activity in infants of depressed mothers who breastfeed and bottle feed: the mediating role of infant temperament. *Biological Psychology*, 67:103–24.

Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. (2011) Factors Associated WithExclusive Breastfeeding In The United States. *Journal of the American Academy of Pediatrics.* 128:1117-1125.

Karlson E et al, (2004) 'Do breastfeeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis?', *Arthritis and Rheumatism,* vol 50, pp 3458-3467.

Kendall-Tackett, K. (2007) A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal,* 2(6).

Kenosi M, Hawkes CP, Dempsey EM & Ryan CA. (2013) Are fathers underused advocates for breastfeeding? *Irish medical journal*, 104(10):313-315.

Kim J, Gallien T. (2014) Childcare Arrangements And Infant Feeding Practices By Family Structure And Household Income Among US Children Aged 0 To 2 Years. *Maternal and Child Nutrition.* 1-12

Kimbro R. (2006) On-the-Job Moms: Work and Breastfeeding Initiation and Duration for a Sample of Low-Income Women. *Maternal and Child Health.* 10:19-26

Kramer M et al, (2001) 'Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) – a randomized trial in the Republic of Belarus', *Journal of the American Medical Association*, vol 285, no 4, pp 413-420.

Kramer M, Matush L, Vanilovich I, Platt R, Bogdanovich N, Svekovskaya Z, et al. (2007) Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: Cluster randomised trial. *British Medical Journal*, 335(7624):815-818.

Lai L. (2017) *Singapore's first breast milk donation bank launched by KKH*. The Straits Times, August 17, 2017.Διαθέσιμο στο : http://www.straitstimes. com/singapore/health/singapores-first-human-milk-donation-bank-launched-by-kkh.

La Leche League. (2014). *What about drinking alcohol and breastfeeding?* http://www.lalecheleague.org/faq/alcohol.html

Lanigan JA, Bishop J, Kimber AC, Morgan J. (2001) Systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to the healthy full-term infant. *Eur J Clin Nutr* , 55:309-20

Lavender, T., McFadden, C., & Baker, L. (2006). Breastfeeding and family life. *Maternal & Child Nutrition, 2,* 145-155.

Lee, E. J. (2007). Infant feeding in risk society. *Health, Risk & Society, 9,* 295-309.

Lesorogol, C et.al., (2017) Economic determinants of breastfeeding in Haiti: The effects of poverty, food insecurity, and employment on exclusive breastfeeding in an urban population. *Maternal and Children Nutrition*, 14, 2

Leininger M. (1991) *Culture care diversity and universality: A theory of nursing.* New York: National League for Nursing Press.

Leininger M. (2002) Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practice. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3): 189-192.

Leung AK, Sauve RS. (2005) Breast is best for babies. *Journal of the National Medical Association.* 97(7):1010-1019.

Leung G. (2005) Health consequences of breastfeeding: doctors' visits and hospitalizations during the first 18 months of life in Hong Kong Chinese infants. *Epidemiology*, 16(3):328-335

Lewallen, L. P., Dick, M. J., Flowers, J., Powell, W., Zickefoose, K. T., Wall, Y. G. et al. (2006). Breastfeeding support and early cessation. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35,* 166-172.

Li R, Ogden C, Ballew C, Gillespie C, Grummer-Strawn L. (2002) Prevalence of exclusive breastfeeding among US infants: the third National Health and Nutrition Examination Survey (Phase II, 1991–1994). *Am J Public Health.* 92(7):1107–10.

Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn L. (2005) Breastfeeding Rates in the United States by Characteristics of the Child, Mother, or Family: The 2002 National Immunization Survey. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 115:31- 37.

Lipworth L et al, (2000) 'History of breastfeeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologicliterature', *Journal of the National Cancer Institute*, vol 19, no 4, pp 302-312

Lonnerdal B. (2004) Human milk proteins: key components for the biological activity of human milk. *Adv Exp Med Biol*, 554:11–25.

Lothrop H. (2000) Vale a pena amamentar. In: Lothrop H, editor. Tudo sobre amamentação. Lisboa: Paz Editora. p. 19-47.

Lovera D, Sanderson M, Bogle M & Vela Acosta M. (2010) Evaluation of a breastfeeding peer support program for fathers of Hispanic participants in a Texas special supplemental nutrition program for women, infants, and children. *Journal of the American Dietetic Association* , 110(11):1696-1702.

Lu M, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon, N. (2001) Provider Encouragement of Breastfeeding Evidence From a National Survey. *Obstetrics & Gynecology.* 97:290-295.

Ludlow, V., Newhook, L., Newhook, J., Bonia, K., Goodridge, J., & Twells, L. (2012). How formula feeding mothers balance risks and define themselves as good mothers. *Health, Risk & Society, 14,* 291-306.

Manhire, K. M., Hagan, A. E., & Floyd, S. A. (2007). A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breast feeding experiences. *Midwifery, 23,* 372-381.

Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW & Tough SC. (2013) Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International breastfeeding journal,* 8:4

Marasco L, Marmet C, Shell E. (2000) Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? *J Hum Lact.* 16(2):143–8.

Marshall, J. L., Godfrey, M., & Renfrew, M. J. (2007). Being a 'good mother': managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine, 65,* 2147-2159.

Martin MA, Lassek WD, Gaulin SJ, et al.(2012) Fatty acid composition in the mature milk of Bolivian forager-horticulturalists: controlled comparisons with a US sample. Matern Child Nutr 8(3):404–18.

Maycock B, Binns C, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S & Howat P. (2013) Education and Support for Fathers Improves Breastfeeding Rates: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Human Lactation,* 29(4):484-490.

McBride-Henry, K. (2010). The influence of the "they": an interpretation of breastfeeding culture in New Zealand. *Qualitative Health Research, 20,* 768-777.

McFadden, A. & Toole, G. (2006). Exploring women's views of breastfeeding: a focus group study within an area with high levels of socio-economic deprivation. *Maternal & Child Nutrition, 2,* 156-168.

McInnes, R. J. & Chambers, J. A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs, 62,* 407-427.

McLachlan HL, Forster DA.(2006) Initial breastfeeding attitudes and practices of women born in Turkey, Vietnam and Australia after giving birth in Australia. *Int Breastfeed J* 1: 1–7.

Mead, M., N. (2008). Contaminants in human milk: Weighing the risks against the benefits of breastfeeding. *Environmental Health Perspectives, 116*(10), A426– A434.

Meedya S, Fahy K & Kable A. (2010) Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review'. *Women and Birth,* 23(4): 135-145.

Meinzen-Derr J, Poindexter B, Wrage L, Morrow AL, Stoll B, Donovan EF. (2009) Role of human milk in extremely low birth weight infants' risk of necrotizing enterocolitis or death. *J Perinatol.* 29(1):57-62.

Mezzacappa E, '(2004) Breastfeeding and maternal stress response and health', *Nutrition Review,* vol 62, pp 261-268;

Mitchell-Box K & Braun KL. (2012) Fathers' Thoughts on Breastfeeding and Implications for a Theory-Based Intervention. Journal of Obstetric, *Gynecologic, & Neonatal Nursing,* 41: 41-50.

Mithany, Y et.al., (2015) Exploring Fathers' Role in Breastfeeding Practices in the Urban and Semiurban Settings of Karachi, Pakistan *The Journal of Perinatal Education, 24*(4), 249–260,

Morrison, L., Reza, A., Cardines, K., Foutch-Chew, K., & Severance, C. (2008). Determinants of infant-feeding choice among young women in Hilo, Hawaii. *Health Care for Women International, 29,* 807-825.

Motee, A & Jeewon, R. (2014). Importance of Exclusive Breastfeeding and Complementary Feeding among Infants. Current Research in Nutrition and Food Science Journal. 2. 56-72. 10.12944/CRNFSJ.2.2.02.

Nascimento M, Issler H. (2003) Breastfeeding: making the difference in development, health and nutrition of term and preterm newborn. Revista do hospital das Clínicas, *Faculdade de Medicina São Paulo.* 58(1):49-60.

National Health & Medical Research Council, (2003) *Dietary Guidelines for Children and Adolescents in Australia,* p 5.

Nelson, A. & Sethi, S. (2005). The breastfeeding experiences of Canadian teenage mothers. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 34,* 615-624.

Nelson, A. M. (2009). Adolescent attitudes, beliefs, and concerns regarding breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs, 34,* 249-255.

Nommsen-Rivers LA, Dolan LM, Huang B. (2012) Timing of stage II lactogenesis is predicted by antenatal metabolic health in a cohort of primiparas. *Breastfeed Med*. 7(1):43–9.

O' Brien J et al (2008) The influence The Influence of Psychological Factors on Breastfeeding Duration *Journal of Advanced Nursing* Vol63 Issue 4 397-408.

Oddy W, (2001) 'Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence', *Breastfeeding Review,* vol 9, no 2, p 15.

Oddy W, (1999)Telethon Institute for Child Health Research, sub 216, pp 19-25; Oddy W et al,'Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: findings of aprospective birth cohort study', British Medical Journal (1999), vol 319, pp 815-819.

Odom E, Li R, Scanlon K, Perrine C, Grummer-Strawn L. (2014) Association of Family and Health Care Provider Opinion on Infant Feeding with Mother's Breastfeeding Decision. *Academy of Nutrition and Dietetics.* 114:1203-1207

Oftedal OT. (2012) The evolution of milk secretion and its ancient origins. *Animal,* 6(3):355–68.

Ogbuanu C, Probst J, Laditka S, Liu J, Baek J, Glover S. (2009) Reasons Why Women Do Not Initiate Breastfeeding. *Women's Health.* 268-278.

Ouditts (1993) Fighting Forces, Writing Women: Identity and Ideology in The WWI.

Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. (2005) Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics.* 115(5):1367-77.

Ozluses E & Celebioglu A. (2014) Educating fathers to improve breastfeeding rates and paternal infant attachment. *Indian pediatrics,* vol.51: 654-657.

Pang WW, Bernard JY, Thavamani G, Chan YH, Fok D, Soh SE, et al. (2017) Direct vs. expressed breast milk feeding: relation to duration of breastfeeding. *Nutrients,* 9.

Pesonen M, Kallio MJ, Ranki A, Siimes MA. (2006) Prolonged exclusive breastfeeding is associated with increased atopic dermatitis: a prospective follow-up study of unselected healthy newborns from birth to age 20 years. *Clinical & Experimental Allergy,* 36 (8):1010-1018.

Pilkington H. (2003) Should we encourage exclusive breastfeeding at all cost? *Lancet*. 362(9379):247.

Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. (2005) A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion. *Journal of American academy of pediatrics,* 116(4):494-498.

Pohl H, Tylenda C. (2000) Breastfeeding exposure of infants to selected pesticides: a public health viewpoint. *Toxicology and Industrial Health,* 16:65-77.

Polatti F et al, (1999) 'Bone mineral changes during and after lactation', *Obstetrics and Gynaecology,* vol 94, no 1, pp 52-56.

Raisler J et al, (1999) 'Breastfeeding and infant illness: a dose-response relationship?', *AmericanJournal of Public Health* , vol 89, no 1, pp 25-30.

Rao M, Hediger M, Levine R, Naficy A, Vik T. (2002) Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. *Acta Paediatrica.* 91(3):267-274.

Redshaw, M. & Henderson, J. (2012). Learning the hard way: expectations and experiences of infant feeding support. *Birth, 39,* 21-29.

Reid, J., Schmied, V., & Beale, B. (2010). 'I only give advice if I am asked': examining the grandmother's potential to influence infant feeding decisions and parenting practices of new mothers. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives, 23,* 74-80.

Renfrew MJ[1], Lang S, Woolridge MW. (2000) Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* (2):CD000043

Reynolds A. (2001) Breastfeeding and brain development. *Pediatric Clinics of North America*;48(1):159-171.

Rich, A. (1977). *Of woman born: Motherhood as experience and institution.* New York: Bantam Books.

Roe B, Whittington L, Fein SB, Teisl, M. (1999) Is There Competition Between Breast-feeding and Maternal Employment. *Demography*. 36:157-171

Ryan AS, Zhou W, Arensberg MB. (2006) The Effect Of Employment Status On Breastfeeding In The United States. *Women's Health Issues.* 16:243-251

Saadeh R, Akré J. (1996) Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth,* 23:154-60.

Sanchez O, Childers N. (2000) Breastfeeding and infant oral health. *American Family Physician.*;63(3):506-507.

Schack-Nielsen L. (2006) Breast feeding and future health. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care.* 9 (3):289-269.

Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. (2007) Advances in our understanding of the biology of human milk and its effects on the offspring. *The Journal of Nutrition.* 137(2):503S-10S

Senarath U, Dibley MJ, Agho KE. (2010) Factors associated withnonexclusive breastfeeding in 5 East and Southeast Asian countries: amultilevel analysis. *J Hum Lact* 26: 248

Sherriff, N. & Hall, V. (2011). Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors? *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25,* 467-475.

Septiari AM, Februhartanty J, Bardosono S. (2006) *Practice and attitude of midwives towards the current exclusive breastfeeding policy until 6 months: A qualitative study in North Jakarta*. Thesis. Jakarta: SEAMEO-TROPMED Regional Center for Community Nutrition, University of Indonesia.

Simard I, O'Brien HT, Beaudoin A, Turcotte D, Damant D, Ferland S, Marcotte MJ, Jauvin N, Champoux L. (2005) Factors influencing the initiationand duration of breastfeeding among low-incomewomen followed by the Canada prenatal nutrition programin 4 regions of quebec. *J Hum Lact* 21(3):327-337.

Singh GK, Kogan MD, Dee DL.(2003) Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States.*Pediatrics.*119 (Suppl 1):S38–46

Small M. (1998) *Our Babies, Ourselves: How Biology and Culture Shape the Way We Parent. Anchor Books,* New York.

Smith J, Harvey P, (2005) Australian Centre for Economic Research on Health, sub 319, p 11; Allen J and Hector D, '*Benefits of Breastfeeding', NSW Public Health Bulletin,* vol 16, p 42.

Soh SE, Tint MT, Gluckman PD, Godfrey KM, Rifkin-Graboi A, Chan YH, et al; (2014) GUSTO Study Group. Cohort profile: Growing Up in Singapore Towards healthy Outcomes (GUSTO) birth cohort study. *Int J Epidemiol,* 43:1401-9.

Sparud – Lundin C. et al (2011) Breastfeeding in Women with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 34(2):298-301.

Spurles, P. K. & Babineau, J. (2011). A qualitative study of attitudes toward public breastfeeding among young Canadian men and women. *Journal of Human Lactation, 27,* 131-137.

Steube A et al, (2005) 'Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes', *Journal of theAmerican Medical Association,* vol 294, pp 2601-2610.

Stolzer, J. M. (2010). Breastfeeding and WIC Participants: A Qualitative Analysis. *Journal of Poverty, 14,* 423-442.

Stewart-Knox, B., Gardiner, K., & Wright, M. (2003). What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. *Journal of Human Nutrition & Dietetics, 16,* 265-273.

Stolzer, J. M. (2010). Breastfeeding and WIC Participants: A Qualitative Analysis. *Journal of Poverty, 14,* 423-442.

Sutton, J., He, M., Despard, C., & Evans, A. (2007). Barriers to breastfeeding in a Vietnamese community: a qualitative exploration. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research, 68,* 195-200.

Swanson V., Power K.G.(2005) Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *J Adv Nurs.* 50(3):272-82.

Szabó E, Boehm G, Beermann C, Weyermann M, Brenner H, Rothenbacher D, Decsi T. (2010) Fatty acid profile comparison in human milk sampled from the same mothers at the sixth week and the sixth month of lactation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 50(3):316-20.

Taveras E.M., Capra A. M., Braveman P.A., Jensvold N.G.,Escobar G.J., Lieu T.A. (2003) Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics.* 112(1): 108-115.

Taylor J.S., KacmarJ.E., Nothnagle M., Lawrence R.A. (2005) A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. *J Am Coll Nutr* 24:320-6.

Thurer S.L. (1994) Myths of Motherhood Houghton Mifflin The Womanly Art of Breastfeeding, 8th Edition. Schaumburg, *IL: LLLI,* 335, 388.

Thulier D, Mercer J. Variables Associated With Breastfeeding Duration. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2009;38: 259-268.

Thorye, S.M., Shaker, C.S., & Pridham, K.F. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Network*, 24(3), 7-16.

Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. W. (2009). Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal, 4,* 15.

Tung K et al, (2003) 'Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study', *American Journal of Epidemiology,* vol 158, no 7, pp 629-638.

Turck D, Bocquet A, Bresson J, Briend A, Chouraqui J, Darmaun D, et al. (2005) Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. In: Ministére des Solidarités dlSedlF, Pédiatrie SFd, editors.: *Parimage*; p. 145-165.

Twamley, K., Puthussery, S., Harding, S., Baron, M., & Macfarlane, A. (2011). UK-born ethnic minority women and their experiences of feeding their newborn infant. *Midwifery, 27,* 595-602.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2011), The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, Washington, D.C.

Var P, Vogeltanz-Holm N, Olsen G, Anderson C, Holm J, Peterson H, Henly S. (2013) Community Based Attitudes and Beliefs. *Health Care for Women International*, 34:529-606.

Vaughn, L. M., Ireton, C., Geraghty, S. R., Diers, T., Nino, V., Falciglia, G. A. et al. (2010). Sociocultural influences on the determinants of breast-feeding by Latina mothers in the Cincinnati area. *Family & Community Health, 33,* 318-328.

Victora, C et.al., (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect for The Lancet Breastfeeding Series Group

Wagner C, (2006) 'Human milk and lactation', *eMedicine*, 2006.

Wallace, L. E. & Chason, H. (2007). Infant feeding in the modern world: Medicalization and the maternal body. *Sociological Spectrum, 27,* 405-438.

Wambach, K. A. & Cohen, S. M. (2009). Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *J Pediatr Nurs, 24,* 244-254.

Wang R, Bates M, Goldstein D, Haynes S, Hench K, Lawrence R. (2005)Human milk research for answering questions about human health. *Journal of Toxicology & Environmental Health: Part A.* 68(20):1771-1801.

Weimer, J. P. (2001). *The economic benefits of breastfeeding*. *Foodreview*, 24(2), 23-26.

WHO/PAHO (2013) World Breastfeeding Week Breastfeeding Support Close to Mothers.

WHO et al (2001) Infant Feeding In Emergencie Module 1 : For Emergency Relief Staff.

WHO & UNICEF. (2003) *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding,* World Health Organization, Geneva. 2003.

Wolfberg A, Michels K, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. (2004) "Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention", *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 191: 708-712.

Yngve A, Sjostrom M. (2001) Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr*. 4(2B):729–39

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασοπούλου Μ, Καλοκαιρινού Α. (2010) *Υγεία και Ασθένεια: Άτομο Οικογένεια και Κοινότητα. Στο συλλογικό επιστημονικό σύγγραμμα : «Εισαγωγή στη Νοσηλευτική»* Επιμέλεια Ζυγά Σοφία, Εκδόσεις Βήτα.

Αθανασοπούλου Μ,Καϊτελίδου Δ., Ζυγά Σ.Μαλλιαρού Μ.,Καλοκαιρινού Α. (2013) Πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις του μητρικού θηλασμού. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*(2013) Τόμος 5,Τεύχος 1, 13-18.

Αθανασοπούλου Μ, Papadopoulos I. (2011) Παραδοσιακή και Εναλλακτική Θεραπευτική στην Ελλάδα και την Κύπρο. Στο Συλλογικό επιστημονικό σύγγραμμα: «Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας» Επιμέλεια: Papadopoulos I., Καλοκαιρινού Α., Κούτα Χ. Εκδόσεις Πασχαλίδη

Αντωνιάδου- Κουμάτου ,Ι.,Σοφιανού, Α. & συνεργάτες. (2007-2013) *Μητρικός θηλασμός :οδηγός για επαγγελματίες υγείας*. Αθήνα :Ινστιτούτο υγείας του παιδιού– ΑΛΚΥΟΝΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.

Βαράκης Ν. (2012) Οικονομοτεχνική Μελέτη Μητρικού Θηλασμού στη Ελλάδα. Ανακοίνωση στην Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού του Συλλόγου Συμβαλόντων Γαλουχίας IBCLC Γαλαξίας, Αθήνα

Bellman, M. & Peile, E. (2010). *Το φυσιολογικό παιδί*. (Μετάφραση-Επιμέλεια: Χριστοδουλάκη, Β.-Καφετζής, Δ. Α.). Αθήνα: Παρισιανού Α.Ε.

Δάγλα, Μ (2007) Μητρικός Θηλασμός: Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκειά του στην Ελλάδα. *ΈΛΕΥΘΩ", 3:100-103,*

Ζυγά Σ, Αθανασοπούλου Μ. (2009) Η συμβολή των επαγγελματιών της υγείας στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας. Στο: Συλλογικό επιστημονικό σύγγραμμα: *«Οικογένεια και νέες μορφές συλλογικότητας».* Επιμέλεια Ν. Παπαχριστόπουλος και Κ. Σαμαρτζή, Εκδόσεις Oppurtuna.

Κομνηνού – Πλατανία Ε. (1914) Οικογένεια & Μήτηρ , Εφημερίδα Το Πανελλήνιον

Klaus, M., Klaus, P., T.Kennel, μετάφραση Χαρούλα Καρατζά, 2004, "Ένας μοναδικός δεσμός, το θεμέλιο για ένα παιδί ασφαλές και ανεξάρτητο", Εκδόσεις ΡΕΩ, Αθήνα,

Kristeva J. (2011) Η Γυναίκα στην ψυχανάλυση Διεθνές φόρουμ ψυχανάλυσης

Κωνσταντόπουλος, Α. 2008, *"Κλινική παιδιατρική" Α΄ τόμος , με τη συνεργασία όλων των ιατρικών σχολών Ελλάδος,* Εκδόσεις Ζήτα, σελ 10-11.

Λαγός,Π & Σ. Αντωνιάδης, (1995), *"Βασική Παιδιατρική"* Γ΄ έκδοση, Ιατρικές Εκδόσης Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ 71-77

Μάλλη Θ. (2006) Ορμόνες & Θηλασμός. *Θηλασμός.* Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://thilasmos.gr/ormones/htm

Ματσανιώτης,Ν & Καρπάθιος, Θ (1995), "Παιδιατρική" Ά τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, σελ 5-6

Μπιρμπίλη, Μ., Κλημάνογλου, Σ. & Μποσινάκη, Ι. (2008). *Βρεφοκομία*. Αθήνα: Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων.

Μωραίτου, Μ. (2004). *Το βίωμα της μητρότητας*. Αθήνα: Βήτα.

Error Norwitz- John Schorge, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Εμμανουήλ Σαλαμαλέκης, 2004, "Μαιευτική και Γυναικολογία με μια ματιά", Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ 137-138.

Παπαβεντζής Στέλιος Χ. , 2011, *"Επιστροφή στον μητρικό θηλασμό. Οδηγός επιβίωσης για γονείς και για επαγγελματίες υγείας",* Εκδόσεις Πατάκη.

Παπαδοδημητράκη Μ. (2013). Η *Δύναμη της Μητρότητας.* Vita

Παππάς, Θ. (2002). *Η μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας στις ανθρωπιστικές επιστήμες.* Εκδόσεις Καρδαμίτσα.

Παρασκευόπουλος Ι. (1999). *Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής.* Ελληνικά Γράμματα.

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

Σαμίου Δ. (1988). Η διεκδίκηση της Ισότητας: τα Φεμινιστικά Έντυπα στο Μεσοπόλεμο (1920 – 1940). Αφιέρωμα το Ελληνικό Φεμινιστικό Έντυπο *Διαβάζω* 198:23-28.

Unicef (2000) *Ο θηλασμός είναι δικαίωμά σου!* Δελτίο Τύπου Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου

Friedrich, J (2010), *"Οδηγός μητρότητας. Θηλασμός",* Εκδόσεις Μαλλιάρης Παιδεία, Θεσσαλονίκη ,σελ 15-19

Yalom, M (2006), "Health of the breast", μετάφραση Εύη Κλαδούχου, "Η ιστορία του γυναικείου στήθους", Εκδόσεις Αγρά, Αθήνα.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

- http://www.prismanews.gr/index.php/health/item/48613-mhtrikos-8hlasmos
- http://www.unicef.org.hk/news-media/international-news;news/402/GBW%202011
- https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm
- http://ibfan.gr/wp content/uploads/2012/07/%CE%91%CE%BB%CE%BA%CF%85%CE%BF%CE%BD%CE%B7-%CE%AD%CE%B3%CE%BA%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%B7.pdf
- https://www.iaso.gr/blog/%CF%84%CE%B1-10-%CE%B2%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-unicef-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%84%CF%85%CF%87%CE%AE-%CE%BC%CE%B7%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CE%B8%CE%B7%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%BC%CF%8C
- https://apecsec.org/advantages-and-disadvantages-of-breastfeeding/

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας σχετικά με το θηλασμό και απευθύνεται σε μητέρες. Στόχος είναι η καταγραφή των απόψεων των μητέρων από την εμπειρία τους με το θηλασμό. Η ειλικρινής συμμετοχή σας θα συμβάλει σημαντικά στην αποτύπωση των απόψεων σας. Διαβάστε τις ερωτήσεις και σημειώστε με √ στο κατάλληλο πλαίσιο που αντιπροσωπεύει την άποψη σας. Οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές. Σας ευχαριστώ εκ των πρότερων για το χρόνο σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

1. Εκπαίδευση
   - Δημοτικό…… ☐
   - Γυμνάσιο…… ☐
   - Λύκειο…… ☐
   - ΤΕΙ……. ☐
   - ΑΕΙ……. ☐
   - Μεταπτυχιακές Σπουδές…….. ☐

2. Οικογενειακή κατάσταση
   - Παντρεμένη……... ☐
   - Διαζευγμένη…….. ☐
   - Ανύπαντρη…… ☐
   - Χήρα..…… ☐

- Συμβίωση……..

3. Επάγγελμα
   - Ναι…… ☐
   - Όχι…….. ☐

4. Οικονομική κατάσταση μητέρας
   - Χαμηλό εισόδημα…….. ☐
   - Μέτριο εισόδημα…… ☐
   - Υψηλό εισόδημα…… ☐

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΥΗΣΗΣ /ΘΗΛΑΣΜΟΣ

5. Ύψος μητέρας
   - Λιγότερο από 1,50 μέτρο…… ☐
   - 1,50 - 1,60…… ☐
   - 1,61 - 1,70…… ☐
   - 1,71 - και πάνω …… ☐

6. Ηλικία μητέρας
   - Λιγότερο από 18 ετών…… ☐
   - 18 – 30…….. ☐
   - 31 – 40…….. ☐
   - 41 – 54…….. ☐

7. Βάρος που αποκτήσατε στην εγκυμοσύνη
   - Λιγότερο από 10 κιλά…… ☐
   - 10 – 12…… ☐

- 13 – 20……☐
- Περισσότερα από 20 κιλά……..☐

8. Καπνίζατε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ;

- Ναι…… ☐
- Όχι…… ☐

9. Αριθμός κυήσεων

- 1……. ☐
- 2……. ☐
- 3……. ☐
- Περισσότερες……..... ☐

10. Ηλικία κυήσεως

- 25 – 37 εβδομάδες (πρόωρο)……. ☐
- 37 – 42 (τελειόμηνο)…….. ☐
- Μετά την 42η εβδομάδα (υπερώριμο)… ☐

11. Βάρος γέννησης του μωρού

- Λιγότερο από 2,500 κιλά…… ☐
- 2,500 έως 4,000 κιλά…….. ☐
- 4,000 κιλά και πάνω…… ☐

12.Επιπλοκές κατά την κύηση ;

- Ναι……. ☐
- Όχι……. ☐

13. Επιπλοκές κατά τον τοκετό ;

- Ναι……. ☐
- Όχι……. ☐

14. Θηλασμός ;

- Ναι……. ☐
- Όχι……. ☐

15. Διάρκεια θηλασμού ;

- Λιγότερο από 1 μήνα…… ☐
- 2 – 3 μήνες…… ☐
- 4 – 6 μήνες…… ☐
- 7 – 9 μήνες…… ☐
- Περισσότερο από 9 μήνες…… ☐

16. Κάπνισμα κατά την διάρκεια του Θηλασμού ;

- Ναι……. ☐
- Όχι……. ☐

17. Χρήση αλκοόλ ;

- Ναι……. ☐
- Όχι…….. ☐

18. Χρήση άλλων φαρμακευτικών ή ναρκωτικών ουσιών ;

- Ναι……. ☐
- Όχι…… ☐

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ

19. Εκπαίδευση

- Δημοτικό…… ☐
- Γυμνάσιο…… ☐

- Λύκειο…… ☐
- ΤΕΙ……. ☐
- ΑΕΙ……. ☐
- Μεταπτυχιακές Σπουδές……... ☐

20. Ηλικία πατέρα

- 18 – 30…….. ☐
- 31 – 40…….. ☐
- 41 – 54…….. ☐
- 55 και άνω …… ☐

21.Επάγγελμα

- Ναι……. ☐
- Όχι…….. ☐

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

22. Πως θα χαρακτηρίζατε την εμπειρία του θηλασμού

- Πολύ ικανοποιητική ☐
- Ουδέτερη ☐
- Ικανοποιητική ☐
- Καθόλου ικανοποιητική ☐

23. Το μητρικό γάλα ήταν η αποκλειστική τροφή για το μωρό σας για τουλάχιστον 6 μήνες;

- Ναι ☐
- Όχι ☐

24.Ποιος ήταν ο λόγος που επιλέξατε τον θηλασμό;

- Ήταν μια οικονομική λύση ☐
- Είναι ένας τρόπος άμυνας για την υγεία του παιδιού ☐

25. Ο θηλασμός θα πρέπει να προτείνεται και μετά το πέρας των 6 μηνών της ζωής του παιδιού;

- Ναι ☐
- Όχι ☐

26. Θεωρείται πως ο θηλασμός μπορεί να προστατέψει το παιδί από ασθένειες;

- Ναι ☐
- Όχι ☐

27. Θα επιλέγατε ξανά το θηλασμό ;

- Ναι ☐
- Όχι ☐

28.Είχατε την υποστήριξη του συζύγου σας για τον θηλασμό;

- Ναι ☐
- Όχι ☐

29.Ο θηλασμός είχε αντίκτυπο στη συζυγική σας σχέση;

- Ναι ☐
- Όχι ☐

30. Θα θέλατε περισσότερες πληροφορίες για το θηλασμό;

- Ναι ☐
- Όχι ☐