



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Καραγιάννη Ρωξάνη

ΘΕΜΑ

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ
ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Φοιτήτρια: Ράπτου Μαρία
Αριθμός Μητρώου: mhm18040

Θεσσαλονίκη, 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω για την εργασία μου την Κυρία Καραγιάννη Ρωζάνη που ήταν η επιβλέπουσα καθηγήτρια μου και δέχτηκε εξ' αρχής να συνεργαστούμε για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας και ήταν δίπλα μου όποτε την χρειάστηκα.

Έναν από τους ανθρώπους που δεν μπορώ να παραλείψω είναι το αφεντικό μου, Κύριο Ευσταθίου Νικόλαο, γιατί ήταν αυτός που με παρότρυνε για να ξεκινήσω το μεταπτυχιακό μου.

Έπειτα θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και κυρίως τον πατριό μου Χρήστο, καθότι με στήριξε από την αρχή των σπουδών μου και χωρίς αυτόν δεν θα τα είχα καταφέρει.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω όλες τις μητέρες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο μου και αφιέρωσαν χρόνο για να ολοκληρώσω την έρευνά μου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους φίλους μου καθότι και αυτοί ήταν δίπλα μου στην διαδικασία ολοκλήρωσης της διπλωματικής μου εργασίας και δέχτηκαν να μου δώσουν τις γνώσεις τους και να με βοηθήσουν για να ολοκληρωθεί αυτός ο κύκλος.

Περίληψη

Ο μητρικός θηλασμός είναι η φυσική και φυσιολογική διαδικασία που θα κάνει η μητέρα αφότου γεννήσει για να θρέψει το βρέφος της. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει ο μητρικός θηλασμός αφορούν τόσο το μωρό, όσο και την μητέρα, όμως επηρεάζει θετικά και την οικονομία και την κοινωνία στην οποία ζει μία θηλάζουσα μητέρα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της τάσης των Ελληνίδων μητέρων απέναντι στον μητρικό θηλασμό, αλλά και δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν και λόγοι που τις οδήγησαν στην διακοπή του θηλασμού.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google scholar, PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα. Για την έρευνα δημιουργήθηκε και ερωτηματολόγιο μέσω της Google form και απάντησαν 964 μητέρες των οποίων το τελευταίο τους παιδί ήταν έως 2 ετών. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ομάδες στο Facebook, συγκεκριμένα στις σελίδες βρεφική- παιδική διατροφή, Μάμα Μία, Εγκυμοσύνη- Μητρότητα και Βρέφος και Ελληνίδες μαμάδες Για να διαπιστώσουμε την ύπαρξη σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήσαμε τον έλεγχο χ^2 του Pearson τον ακριβή έλεγχο του Fisher και των συντελεστή V του Gramer.

Αποτελέσματα: Από το ερωτηματολόγιο συμπεραίνουμε πως οι μητέρες ήταν αρκετά ενημερωμένες για τα οφέλη του θηλασμού και είχαν την πρόθεση να θηλάσουν. Πολλές ήταν οι μητέρες που θηλάσαν το πρώτο 24ωρο ζωής του μωρού τους και συνέχισαν τον μητρικό θηλασμό για περισσότερο από 6 μήνες.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι όσο περισσότερο είναι ενήμερη μία μητέρα για τα οφέλη του θηλασμού, τόσο ενδείκνυται να θηλάσει το πρώτο 24ωρο το μωρό της. Σημαντικό βέβαια είναι η μητέρα να έχει βοήθεια των επαγγελματιών υγείας για να ξεκινήσει σωστά την διαδικασία του θηλασμού και να νιώθει αυτοπεποίθηση για να το συνεχίσει και αφότου φύγει από την κλινική με το μωρό της. Όμως, ενήμερη πρέπει να είναι και η οικογένειά της και να βρίσκεται σε θέση να την στηρίξει στον αγώνα της αυτό

Λέξεις ευρετηρίου: μητρικός θηλασμός, αποκλειστικό θηλασμός, προώθηση μητρικού θηλασμού, ο θηλασμός στην Ελλάδα.

Abstract

Breastfeeding is the natural and normal process that the mother will do after giving birth to feed her baby. The benefits of breastfeeding affect both the baby and the mother, but it also has a positive effect on the economy and society in which a nursing mother lives.

Purpose: The purpose of this paper is to investigate the tendency of Greek mothers towards breastfeeding, but also difficulties that may have been encountered and reasons that led them to stop breastfeeding.

Material and Method: Review of the international literature in the electronic databases Google scholar, PubMed. The study material was selected articles. A survey was also conducted for the survey through the Google form and 964 mothers answered whose last child was up to 2 years old. The questionnaire was distributed to groups on Facebook, specifically on the pages infant-child nutrition, Mom One, Pregnancy- Motherhood and Infant and Greek mothers. To determine the relationship between two categorical variables, we used Pearson's χ^2 control, Fisher's precise control, and Gramer's V factor.

Results: From the questionnaire we conclude that the mothers were quite informed about the benefits of breastfeeding and intended to breastfeed. Many mothers breastfed for the first 24 hours of their baby's life and continued breastfeeding for more than 6 months.

Conclusions: Based on the results, we conclude that the more a mother is aware of the benefits of breastfeeding, the better it is to breastfeed her baby for the first 24 hours. Of course, it is important for the mother to have the help of health professionals to start the breastfeeding process properly and to feel confident that she will continue to do so after she leaves the clinic with her baby. However, her family must also be aware and be able to support her in this struggle.

Key words: *breastfeeding, exclusive breastfeeding, promotion of breastfeeding, breastfeeding in Greece.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	3
Εισαγωγή	9
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	12
<u>1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</u>	12
<u>1.1 Αρχαία περίοδος</u>	12
<u>1.2 Βυζαντινή περίοδος</u>	13
<u>1.3 Νεώτερη περίοδος</u>	14
<u>1.4 Σύγχρονη περίοδος</u>	15
<u>2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ</u>	16
<u>2.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΒΡΕΦΗ</u>	16
<u>2.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ</u>	18
<u>2.3 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ</u>	20
<u>2.4 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ</u>	20
<u>3. Η ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ</u>	22
<u>4. ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ</u>	24
<u>5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</u>	28
<u>6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</u>	31
<u>7. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ</u>	32
<u>8. ΣΥΝΔΙΑΜΟΝΗ ΜΗΤΕΡΑΣ ΒΡΕΦΟΥΣ</u>	33
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	35
<u>1. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ</u>	35
<u>2. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΠΟΥ ΘΗΛΑΖΟΥΝ</u>	35
<u>2.1 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</u>	36
<u>2.2 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</u>	36
<u>3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ (Baby Friendly Hospital)</u>	36
<u>4. Η ΤΡΑΠΕΖΑ ΓΑΛΑΚΤΟΣ</u>	37
<u>5. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ</u>	38
<u>6. Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ</u>	39
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	41
<u>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</u>	41
<u>1. Περιγραφή και δομή ερωτηματολογίου</u>	41
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u>	43
<u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</u>	43
<u>1. Ανάλυση ερωτηματολογίου</u>	43

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</u>	72
1. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ.....	72
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</u>	75
1. <u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	75
2. <u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u>	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

<u>Διάγραμμα 4.1 Ηλικία μητέρας</u>	43
<u>Διάγραμμα 4.2 Εθνικότητα</u>	44
<u>Διάγραμμα 4.3 Επίπεδο μόρφωσης</u>	44
<u>Διάγραμμα 4.4 Οικογενειακή κατάσταση</u>	45
<u>Διάγραμμα 4.5 Τόπος διαμονή</u>	46
<u>Διάγραμμα 4.6 Εργασία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης</u>	47
<u>Διάγραμμα 4.7 Μορφή εργασιακής σχέσης</u>	47
<u>Διάγραμμα 4.8 Ασφαλιστική κάλυψη</u>	48
<u>Διάγραμμα 4.9 Ηλικία τελευταίου παιδιού</u>	49
<u>Διάγραμμα 4.10 Αριθμός παιδιών</u>	50
<u>Διάγραμμα 4.11 Προηγούμενος θηλασμός</u>	50
<u>Διάγραμμα 4.12 Διάρκεια θηλασμού τελευταίου παιδιού</u>	51
<u>Διάγραμμα 4.13 Τόπος γέννησης</u>	52
<u>Διάγραμμα 4.14 Τρόπος τοκετού</u>	52
<u>Διάγραμμα 4.15 Βάρος γέννησης τελευταίου μωρού</u>	53
<u>Διάγραμμα 4.16 Εβδομάδα κήσης γέννησης τελευταίου μωρού</u>	54
<u>Διάγραμμα 4.17 Ανάγκη νοσηλείας του τελευταίου νεογνού στη ΜΕΝΝ</u>	54
<u>Διάγραμμα 4.18 Παρακολούθησατε μαθήματα και ενημερωθήκατε για τα οφέλη, τις θέσεις και τις στάσεις του μητρικού θηλασμού;</u>	56
<u>Διάγραμμα 4.19 Το προσωπικό του μαιευτηρίου σας βοήθησε να τοποθετήσατε το μωρό στο στήθος την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό ή όταν ήσασταν σε θέση να το κάνετε;</u>	56
<u>Διάγραμμα 4.20 Πώς τοποθετήσατε το μωρό στο στήθος την πρώτη φορά;</u>	57
<u>Διάγραμμα 4.21 Είχατε το μωρό μαζί σας 24 ώρες το 24ωρο (συγκατοίκηση/Rooming -in);</u>	58
<u>Διάγραμμα 4.22 Το προσωπικό του μαιευτηρίου σας βοήθησε να διατηρήσετε τη γαλουχία σας στην περίπτωση που το μωρό σας θα έπρεπε να αποχωριστεί από κοντά σας;</u>	58
<u>Διάγραμμα 4.23 Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο δώσατε στο μωρό σας άλλη τροφή εκτός από το μητρικό γάλα;</u>	59
<u>Διάγραμμα 4.24 Φεύγοντας από το νοσοκομείο /κλινική σας δόθηκε συνταγή ή σημείωμα για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος;</u>	60
<u>Διάγραμμα 4.25 Θηλάσατε το μωρό σας το πρώτο 24ωρο της ζωής του;</u>	61
<u>Διάγραμμα 4.26 Κάνατε/κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό δηλαδή μόνο μητρικό γάλα, στήθος ή θήλαστρο;</u>	61
<u>Διάγραμμα 4.27 Για πόσο χρονικό διάστημα κάνατε/κάνετε αποκλειστικό θηλασμό;</u>	62
<u>Διάγραμμα 4.28 Κάνατε/κάνετε μεικτό θηλασμό δηλαδή συνδυασμό μητρικού γάλακτος και υποκατάστατων (ξένο γάλα);</u>	63
<u>Διάγραμμα 4.29 Για πόσο χρονικό διάστημα κάνατε/κάνετε μεικτό θηλασμό;</u>	64

<u>Διάγραμμα 4.30 Ποιοί είναι οι βασικοί λόγοι για τους οποίους θέλατε/ θέλετε να θηλάσετε το μωρό σας;</u>	65
<u>Διάγραμμα 4.31 Είχατε την πρόθεση να κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό;</u>	65
<u>Διάγραμμα 4.32 Ήσασταν ενημερωμένη για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;</u>	66
<u>Διάγραμμα 4.33 Από που είχατε ενημερωθεί για τα οφέλη;</u>	67
<u>Διάγραμμα 4.34 Είχατε δυσκολίες κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού;</u>	68
<u>Διάγραμμα 4.35 Πού οφείλονται οι δυσκολίες;</u>	69
<u>Διάγραμμα 4.36 Για ποιό λόγο διακόψατε τον αποκλειστικό μητρικό ή μεικτό θηλασμό;</u>	70
<u>Διάγραμμα 4.37 Σας προέτρεψε κάποιος/α να σταματήσετε τον μητρικό θηλασμό;</u>	70

Εισαγωγή

Ο μητρικός θηλασμός είναι ο φυσικός τρόπος για να μπορέσει η μητέρα να θρέψει το βρέφος της. Έχει την ικανότητα να προσφέρει οφέλη τόσο στο μωρό, όσο και στην οικογένεια και την κοινωνία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) θηλασμός είναι ο φυσικός τρόπος παροχής των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών που χρειάζονται τα βρέφη για την υγιή ανάπτυξη τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2015; UNICEF, 2010) όλες οι μητέρες είναι σε θέση να θηλάσουν, αρκεί να είναι ενημερωμένες και να δέχονται υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, την οικογένεια τους, και τον κοινωνικό τους περίγυρο. Ο θηλασμός θα πρέπει να ξεκινάει από την πρώτη ώρα που έρχεται στον κόσμο το μωρό (WHO, 2015; UNICEF, 2010).

Ο θηλασμός στην ξένη βιβλιογραφία αποδίδεται με δύο όρους: breastfeeding και lactation. Κυρίως ο όρος “breastfeeding” χρησιμοποιείται περισσότερο και ο λόγος είναι προφανής, καθότι προέρχεται από τα συνθετικά breast (που σημαίνει στήθος) και feeding (που σημαίνει τάισμα). Ο δεύτερο όρος “lactation” στα ελληνικά μεταφράζεται ως γαλουχία. Προέρχεται από το ρήμα lactate που έχει τον εξής ορισμό: to product milk (of a woman or female mammal), δηλαδή: η παραγωγή γάλακτος από μία γυναίκα ή ένα θηλυκό θηλαστικό ζώο. Το μητρικό γάλα είναι η αποκλειστική τροφή των βρεφών για μεγάλο χρονικό διάστημα. Είναι ικανό ώστε να βοηθήσει στη σωματική ανάπτυξη του βρέφους, αλλά και να το προφυλάξει από τυχόν μολυσματικές ασθένειες. Έχει την ικανότητα να μεταβάλλεται σε διάφορες χρονικές περιόδους και σε εξωγενείς παράγοντες (Καβαλιώτης, 2015).

Ο αποκλειστικός θηλασμός σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι τους έξι (6) πρώτους μήνες ζωής του μωρού (WHO, 2015, UNICEF, 2010). Ο μικτός θηλασμός είναι συνδυασμός του μητρικού γάλακτος μαζί με ξένο γάλα που ενδέχεται να δώσει η μητέρα στο βρέφος (Lowdermilk & Perry, 2006).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2018) το 94% των μητέρων θηλάζει το μωρό τους το πρώτο 24ωρο της ζωής τους, αλλά έως τον 6^ο μήνα το ποσοστό μειώνεται στο 0,8%. Επίσης, μία μελέτη που αφορά την διερεύνηση των γυναικών στην Βόρεια Ελλάδα κατά το 2011 με 2012 για τις θηλάζουσες μητέρες που νοσηλευόταν στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, απέδειξε πως οι Ελληνίδες μητέρες διακόπτουν νωρίτερα τον μητρικό

θηλασμό. Στο Ιπποκράτειο έπειτα από παρέμβαση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού αυξήθηκε το ποσοστό των μητέρων που θηλάζαν (Ευθυμιάδου & Αντωνάκου, 2013, Αθανασοπούλου, Καϊτελίδου, Ζύγα, Μαλλιαρού& Καλοκαιρινού, 2013).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της στάσης που έχουν οι Ελληνίδες μητέρες να θηλάσουν. Γίνεται μέτρηση και καταγραφή της συχνότητας του μητρικού θηλασμού και των δεικτών του μητρικού θηλασμού όπως έχουν οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 963 μητέρες, των οποίων τα παιδιά τους ήταν έως 2 ετών.

Η εργασία χωρίζεται σε 2 μέρη. Το θεωρητικό και ερευνητικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος έχουμε 2 κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στα οφέλη του μητρικού θηλασμού για την μητέρα, το νεογνό, την οικογένεια, την κοινωνία και την οικονομία. Το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην στήριξη που πρέπει να λαμβάνει κάθε μητέρα που θηλάζει.

Το δεύτερο μέρος αφορά το ερωτηματολόγιο, το οποίο χωρίζεται σε τέσσερα (4) κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά την μεθοδολογία και την δομή του ερωτηματολογίου. Η δομή του ερωτηματολογίου χωρίζεται σε τέσσερα (4) μέρη. Το πρώτο μέρος μας δίνει πληροφορίες για το ιστορικό της μητέρας, το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις πρακτικές των μαιευτηρίων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό, το τρίτο μέρος αναφέρεται στους δείκτες μητρικού θηλασμού, το τέταρτο μέρος αναφέρεται στις δυσκολίες κατά την έναρξη και αιτίες διακοπής του θηλασμού, και τέλος, γίνεται αναφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις που έδωσαν οι μητέρες στις ερωτήσεις σχετικά με τον θηλασμό που έκαναν στο τελευταίο τους μωρό.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνονται συσχετίσεις κυρίως με τα δημογραφικά στοιχεία των μητέρων και του θηλασμού για να δούμε τα ποσοστά συσχέτισης στην ηλικία, την μόρφωση, την εργασία, την εθνικότητα και τον τόπο διαμονής της μητέρας έναντι του μητρικού θηλασμού.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα σε σχέση με την έρευνα το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και δίνονται προτάσεις για να γίνει ο μητρικός θηλασμός βίωμα στη ζωή κάθε μητέρας που πρόκειται να φέρει στον κόσμο το παιδί της και να λάβει την ενημέρωση, την στήριξη και την αυτοπεποίθηση που χρειάζεται για τον αγώνα της αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1.1 Αρχαία περίοδος

Μέχρι να εισέλθει η βιομηχανία στις κοινωνίες, οι μητέρες μπορούσαν να θρέφουν το βρέφος τους με μητρικό γάλα, είτε με το δικό τους, είτε με ξένο. Οι Αιγύπτιοι έδωσαν στο μητρικό γάλα ιερή φύση, μέσα από αναπαραστάσεις και αγαλματίδια θεοτήτων της αρχαίας Αιγύπτου (η θεά Ίσις θηλάζει το γιό της Ωρο κατά τη γέννηση, τη στέψη και τον επίγειο θάνατο του, το μητρικό γάλα θα λειτουργήσει σαν πνευματική τροφή και θα του χαρίσει την αθανασία), της αρχαίας Ελλάδας (η θεά Δήμητρα, η Γαία και η Ήρα) και ο μύθος που θέλει τους ιδρυτές της Ρώμης, Ρωμύλο και Ρέμο, να έχουν θηλάσει μια λύκαινα προκειμένου να επιζήσουν (Σολωμού, 2014, f-thilasmos, 2020).

Οι μητέρες στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα προσλάμβαναν τροφούς, τις λεγόμενες παραμάνες, οι οποίες παρείχαν στο βρέφος το δικό τους μητρικό γάλα, ενώ στις μεσαίες και κατώτερες κοινωνικές τάξεις οι μητέρες παρείχαν το δικό τους γάλα (Αντωνίου, 2001). Πιο συγκεκριμένα, στην αρχαία Αίγυπτο οι Φαραώ έπαιρναν στην υπηρεσία τους παραμάνες για να εξασφαλίσουν τη θρέψη των παιδιών τους, ενώ τα παιδιά τους θεωρούνταν αδέρφια εκ γάλακτος με τους γόνους των Φαραώ. Το ίδιο έκαναν και στην αρχαία Ελλάδα, οι γυναίκες των ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων. Εκείνες που ανήκαν στα μεσαία και κατώτερα στρώματα θήλαζαν μόνες τα παιδιά τους. Αναφέρεται πως στη Σπάρτη οι βασίλισσες θήλαζαν μόνο τον πρωτότοκο γιο τους, που θα διαδεχόταν το θρόνο, ενώ τα επόμενα παιδιά τα θήλαζαν κοινές θνητές (Σολωμού, 2014). Σύμφωνα με τον Πλάτωνα στο έργο του “Πολιτεία” η υπακοή απέναντι στο κράτος γινόταν με τη μάζωξη των βρεφών σε δημόσιους βρεφονηπιακούς σταθμούς, που θα τρέφονταν από τροφούς. Οι Ρωμαίοι είχαν ως συνήθεια να τρέφουν τα παιδιά τους χρησιμοποιώντας τις Ελληνίδες και στην συνέχεια χριστιανές σκλάβους (f-thilasmos, 2020).

Ο Αριστοτέλης, ο Πλούταρχος, ο Κικέρωνας και ο Τάκιτος τόνιζαν πως ήταν υποχρέωση της μητέρας να θηλάσει τα παιδιά της, καθότι ο θηλασμός συμβόλιζε την πρώτη αγάπη μέσα στην οικογένεια, που δημιουργούσε την αγάπη για την πατρίδα και εν συνεχεία την επιθυμία να την υπηρετήσει. Αν αρνούταν μια μητέρα να θηλάσει, θεωρούταν παρακμή (f-thilasmos, 2020).

1.1.2 Βυζαντινή περίοδος

Κατά την Βυζαντινή εποχή οι γιατροί παρουσίασαν την τεχνική του θηλασμού και τα πλεονεκτήματα που φέρει. Κυρίως δε, αναφέρθηκαν στα πλεονεκτήματα απέναντι στα νεογνά που είχαν χαμηλό βάρος, τα λεγόμενα «ισχνά τικτόμενα». Παρά ταύτα δεν ενισχύθηκε ιδιαίτερα η προαγωγή του μητρικού θηλασμού (Πουλάκου-Ρεμπελάκου, 2000). Οι γιατροί υποστήριζαν τον αποκλειστικό θηλασμό για 20-24 μήνες, χωρίς να εντάσσεται άλλη τροφή στην διατροφή των βρεφών (f-thilasmus, 2020). Σε περιπτώσεις όμως που ένα βρέφος αρρώσταινε, έπρεπε να συνεχίσει τον θηλασμό έως ότου να γίνει καλά. Κατά την εκκλησία, ο θηλασμός απαγορευόταν μόνο σε περίπτωση που η μητέρα ήταν άρρωστη. Κατά τον Αέτιο και τον Ορειβάσειο το πύαρ δεν θεωρούταν κατάλληλο, ο θηλασμός θα έπρεπε να ξεκινά την 3η με 5η ημέρα ζωής και ως βασική τροφή είχαν το μέλι (Πουλάκου-Ρεμπελάκου, 2000). Ο θηλασμός στο βυζάντιο είχε άμεση σύνδεση τόσο με το κοινωνικό όσο και με το οικονομικό επίπεδο της μητέρας. Οι μητέρες που ανήκαν στην αριστοκρατία είχαν μία ή και περισσότερες τροφούς για να θηλάσουν τα παιδιά τους (f-thilasmus, 2020). Η επιλογή της τροφού γινόταν σύμφωνα με κάποια κριτήρια (Πουλάκου Ρεμπελάκου, 2000: Μαντάς, 1991). Σύμφωνα με την βιβλιογραφία αναφέρεται, πως οι γιατροί στο Βυζάντιο ακολουθούσαν κάποιους κανόνες για να καταλήξουν στην τροφό. Αρχικά, η τροφός έπρεπε να έχει μια καλή υγιεινή κατάσταση, για να αποφευχθεί τυχόν μετάδοση ασθένειας. Επίσης, η ατομική υγιεινή, η διατροφική της συνήθεια, η ψυχική της κατάσταση και οι ηθικές της αξίες, επιπλέον, η συναναστροφή της ερωτικά με άλλους συντρόφους, ήταν κύριοι κανόνες. Σημαντικό ήταν και η ηλικία της τροφού, συνήθως έπρεπε να είναι κοντά στην ηλικία της μητέρας αν και η ιδανική ηλικία είναι από 20 έως 40 ετών (Αντωνίου, 2001).

Στα τέλη τους 13^{ου} αιώνα βρίσκεται απεικόνιση της Παρθένου Μαρίας, στον πίνακα του Ελ Γκρέκο «Η Αγία Οικογένεια και η Αγία Άννα» η επονομαζόμενη «Maria Lactans» (= Θηλάζουσα Μητέρα), στην οποία εικόνα απεικονίζεται η Παναγία με το ένα στήθος εκτεθειμένο θηλάζοντας τον Ιησού. Ο Ελ Γκρέκο προσπάθησε μέσα από τα έργα του να διαπαιδαγωγήσει τους ανθρώπους και της νέες μητέρες της Αναγεννησιακής περιόδου (Σολωμού, 2014, f-thilasmus, 2020).

Στην εποχή των βυζαντινών χρόνων γίνεται και η εμφάνιση της τεχνητής μεθόδου σίτισης. Ο πατέρας του Αγίου Θεοδώρου, αφότου πέθανε η γυναίκα του και δυσκολεύοντας να βρει τροφό, επινόησε την τεχνητή σίτιση για αναθρέψει το γιό του,

όπως αναφέρεται στο «Βίος και ανατροφή του Αγίου Θεοδώρου» (Σολωμού, 2014). Για να επιτύχει τη σίτιση εφηύρε ένα «αγγείον υελούν έχον εκτύπωμα τιθίου», δηλαδή ένα γυάλινο σκεύος στο σχήμα του γυναικείου μαστού, ενώ η τροφή που παρασκεύασε περιείχε μείγμα αλεσμένων δημητριακών και υδρόμελο (Πουλάκου-Ρεμπελάκου, 2000).

Ο Φραντσέσκο Μπάρμπαρο και ο Εράσμους ενθάρρυναν τις μητέρες να θηλάσουν τα βρέφη τους. Οι ζωγράφοι Τιντορέτο και Ρούμπενς ζωγράφιζαν μητέρες να θηλάζουν. Σταδιακά οι μητέρες με την παιδεία ξεκίνησαν να κάνουν διάλογο για τον θηλασμό (f-thilasmus, 2020).

1.1.3 Νεώτερη περίοδος

Το 17ο αιώνα έγιναν προσπάθειες προαγωγής του μητρικού θηλασμού με την κοντέσα του Λίνκολν να καλεί τις μητέρες για να θηλάσουν τα παιδιά τους. Όμως τον 18ο αιώνα ο Ζαν Ζακ Ρουσσώ προσπαθεί να επηρεάσει την κοινή γνώμη για το μητρικό θηλασμό με επίθεση που κάνει στους αριστοκράτες που προσλάμβαναν τροφούς για να αναθρέψουν τα παιδιά τους (Σολωμού, 2014). Κατά την γαλλική επανάσταση έρχονται στο προσκήνιο νέες αξίες, όπως η ισότητα των δύο φύλων και ο μητρικός θηλασμός. Πλέον οι γυναίκες θηλάζαν γιατί ήταν δικαίωμα τους και όχι για όσα πρόσφερε το μητρικό γάλα στα παιδιά τους (Σολωμού, 2014).

Στο έργο του Ονορέ Ντομιέ θα δούμε την απεικόνιση της Γαλλικής Δημοκρατίας, που είναι μια ισχυρή γυναίκα, που κρατώντας την Γαλλική σημαία, θηλάζει τα δύο της παιδιά και το τρίτο κάθεται στα πόδια της, διαβάζοντας ένα βιβλίο. Με τον τρόπο αυτό παρουσιάζει την Γαλλική Δημοκρατία όπως την μητέρα, δηλαδή *«θρέφει με το γάλα της και με τη γνώση το σώμα και το μυαλό των ποτών της»* (f-thilasmus, 2020). Η Μαρία Βόλστονκραφτ θα δημοσιεύσει το «Υπεράσπιση των Δικαιωμάτων της Γυναίκας» που ανήκει στα κείμενα του φεμινισμού. Η ίδια υποστηρίζει την γυναίκα που θηλάζει γιατί έτσι θα *«αποδείξει ην πολιτική της αρετή»* αλλά και το δικαίωμα που έχει για να το κάνει (f-thilasmus, 2020).

Η βιομηχανική επανάσταση ώθησε τις γυναίκες να εργάζονται πολλές ώρες εκτός σπιτιού. Η συνέπεια που έφερε αυτό ήταν να βρεθεί τρόπος σίτισης των βρεφών. Έτσι, η παραγωγή ζωικού γάλακτος μεγάλωσε και η διατροφή των νεογνών περιελάμβανε κυρίως την τυποποιημένη φόρμουλα, δηλαδή γάλα σε σκόνη

(Σολωμού, 2014). Αξίζει να σημειωθεί πως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και στη Μεγάλη Βρετανία οι γιατροί εκτός από το τυποποιημένο γάλα που έδιναν στα νεογνά, χορηγούσαν στις μητέρες αντί γαλακταγωγά φάρμακα με αποτέλεσμα τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού να μειωθούν κατακόρυφα (Σολωμού, 2014).

1.1.4 Σύγχρονη περίοδος

Κατά τον 20^ο αιώνα οι γυναίκες ίδρυσαν οργανισμούς, που στόχο είχαν να προάγουν τον θηλασμό, τονίζοντας τα πλεονεκτήματά του (Σολωμού, 2014). Το 1956 θα έρθουν από το Ιλινόις γυναίκες που θα ιδρύσουν το La Leche League, εξαιτίας της μείωση του θηλασμού και θα αποτελέσει διεθνή οργανισμό που στηρίζουν τις γυναίκες που θέλουν να θηλάσουν. Το 1979 γίνεται η ίδρυση Διεθνές Δίκτυο Δράσης για την Βρεφική Διατροφή (IBFAN) που τίθεται κατά των υποκατάστατων γάλακτος. Το 1981 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF θα δημιουργήσουν τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος προστατεύοντας τα βρέφη (f-hilasmus, 2020).

Στις μέρες μας οι υποστηρικτικές ομάδες αναλαμβάνουν δράση στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ενώ υπάρχουν και τηλεφωνικές γραμμές στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν οι μητέρες αλλά και το οικογενειακό τους περιβάλλον, ώστε να ζητήσουν υποστήριξη και βοήθεια για την επίλυση τυχόν προβλημάτων ή και διευκρινήσεις που αφορούν το θηλασμό (Μασάκη, 2012).

1.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

1.2.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΒΡΕΦΗ

Οφέλη στην υγεία

Οι μητρικός θηλασμός προσφέρει στα νεογνά ιδιότητες στο άμεσο και στο έμμεσο μέλλον του. Μειώνει την εμφάνιση λοιμωδών νοσημάτων τόσο στο γαστρεντερικό, όσο στο αναπνευστικό και ουροποιητικό σύστημα του βρέφους (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., 2015: Schanler et al., 2013: WHO, 2014). Στα βρέφη η υπολειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος εγκυμονεί την ανάπτυξη λοιμώξεων και παρά την πρόοδο της επιστήμης η παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα εξακολουθεί να έχει υψηλά ποσοστά (Rowe, Shelnutt & Kauwell, 2012: Λαδομένου, Καλμαντή & Γαλανάκης, 2009: Αντωνιάδου Κουμάτου και συν., 2015). Ανάμεσα στα λοιμώδη νοσήματα στα οποία το μητρικό γάλα επιφέρει μείωση στην εμφάνιση ή τη βαρύτητά τους συγκαταλέγονται η ωτίτιδα αλλά και η νεκρωτική εντεροκολίτιδα. Επιπλέον το μητρικό γάλα συμβάλει στην ελάττωση της βακτηριαμίας, της σηπαιμίας και της συχνότητας του αιφνιδίου βρεφικού θανάτου. Παρατηρείται, επίσης, ελάττωση στη συχνότητα εμφάνισης οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας και της νόσου Hodgkin (Σακλαμάκη-Κοντού, 2009: Ηλιάδη και συν., 2009).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε, απεδείχθη πως το μητρικό γάλα βοηθάει τα βρέφη να έχουν καλύτερο κορεσμό οξυγόνου, εν αντιθέτως με όσα σιτίζονται με ξένο γάλα. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στο πιπίλισμα που κάνουν τα μωρά για να τραφούν, ενώ τα μωρά με το μπιμπερό δεν έχουν αυτή την ωφελιμότητα. Επιπλέον, τα βρέφη που θηλάζουν έρχονται σε επαφή με το σώμα της μητέρας τους και έχουν μια σταθερή καλή θερμοκρασία. Τα πρόωρα μωρά έχουν χαμηλό καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό και χαμηλό κορεσμό οξυγόνου, έτσι τα βρέφη που θηλάζουν εμφανίζουν σπάνια άπνοια και βραδυκαρδία σε σχέση με αυτά που έχουν ως μέσω τροφής το μπιμπερό (Chen et al., 2000). Τα πρόωρα νεογνά που θηλάζουν βοηθούν ώστε η μητέρες να έχουν αύξηση του όγκου παραγωγής γάλακτος. Αυτό ως συνέπεια φέρει να αυξάνονται τα αντισώματα του γάλακτος για να προστατεύσει το νεογνό από μικροοργανισμούς του περιβάλλοντος (Buckley & Charles, 2006).

Επιπρόσθετα, λιγοστεύει η εμφάνιση κοιλιοκάκης, αυτοάνοσων νοσημάτων (π.χ. νόσος του Crohn, ρευματοειδούς αρθρίτιδας) και διαβήτη τύπου I και II (Lissauer et al., 2012). Προστατεύει από αλλεργίες, ασθματικά επεισόδια, αλλεργική ρινίτιδα, δερματίτιδα και έκζεμα (Rowe et al., 2012). Επιπλέον, λόγω της λεπτίνης και της γρελίνης, δεν υπάρχουν μεγάλα ποσοστά παχυσαρκίας. Πέρα απ' όσα αναφέραμε, μειώνεται η εμφάνιση καρδιακών νοσημάτων, υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας όντας ως ενήλικας (Σακλαμάκη-Κοντού, 2009: Ηλιάδη & Παλάσκα, 2009).

Ακόμη, το μητρικό γάλα έχει το πλεονέκτημα της χώνεψης μέσα σε τρεις ώρες χωρίς να επιβαρύνει τα νεφρά και το συκώτι. Η σύνθεση του μητρικού γάλακτος βοηθάει στην ανάπτυξη γαλακτοβακίλλων στο έντερο του μωρού, με αποτέλεσμα τα μωρά να εμφανίζουν λιγότερους κωλικούς και δερματικούς ερεθισμούς στην πάνα (Καβαλιώτης, 2015).

Αυτό φέρει ως αποτέλεσμα το pH των κοπράνων του μωρού να είναι όξινο και να μην ερεθίζεται η επιδερμίδα του. Το βρέφος προφυλάσσεται και από στεφανιαία νόσο, παχυσαρκία και σκλήρυνση κατά πλάκας. Στα πρόωρα νεογνά μειώνεται το ποσοστό εμφάνισης νεογνικού ίκτερου και προστατεύεται από αναιμίες.

Οι ειδικοί υποστηρίζουν το μητρικό γάλα ως την ιδανική τροφή για ένα βρέφος. Το μητρικό γάλα έχει την ικανότητα να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε βρέφους. Επομένως, η σύστασή του είναι διαφορετική το πρωί και το βράδυ και αλλάζει κάθε ημέρα και κάθε μήνα (Καβαλιώτης, 2015).

Επαφή δέρματος μητέρας και βρέφους

Έρευνες δηλώνουν πως τα βρέφη που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη ασφάλεια και αυτοπεποίθηση εν συνεχεία, καθότι έχουν την ευκαιρία να απολαμβάνουν περισσότερο την αγκαλιά της μητέρας τους. Η μητέρα είναι σε θέση να αντιληφθεί τις ανάγκες του παιδιού της και να ανταποκριθεί σε αυτές. Επομένως, η μητέρα θα πρέπει να είναι σε θέση να θηλάζει το παιδί της όποτε εκείνο το έχει ανάγκη, γιατί με τον τρόπο αυτό μετέπειτα θα μπορεί να καλύψει τις ανάγκες που έχει το βρέφος και η ίδια (Καβαλιώτης, 2015).

Η ανάπτυξη του στόματος του βρέφους

Ο θηλασμός έχει θετικές επιπτώσεις και στην ανάπτυξη των δοντιών. Ο θηλασμός εξυπηρετεί στην ανάπτυξη της κάτω γνάθου κυρίως, να δυναμώσουν οι μύες του σαγονιού και να αυξηθεί ο χώρος της ρινικής κοιλότητας (όπου στο μέλλον θα βοηθήσει το παιδί να μην παρουσιάζει άπνοια). Αποφεύγεται έτσι να γίνει ατελής σύγκληση των γνάθου και κακή διάταξη των δοντιών (Lowdermilk et al., 2010; Perry & Cashion, 2010). Στη φάση του θηλασμού η γλώσσα, το κάτω χείλος και η κάτω γνάθος συνεργάζονται να τραβήξει γάλα το βρέφος και ο ουρανίσκος να γίνει σκληρός, ώστε στα δόντια μην υπάρξει κάποια ανώμαλη διαμόρφωση (Palmer In Buckley & Charles, 2006).

1.2.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Η αντανάκλαση του θηλασμού στη μητέρα είναι εξαιρετικά επωφελής. Ο θηλασμός βοηθά με τη συστολή που δέχεται το στήθος στην παλινδρόμηση της μήτρας και μειώνει την απώλεια αίματος μετά τον τοκετό. Επιπλέον, συμβάλλει στην παροδική μείωση της γονιμότητας εξαιτίας της αμηνόρροιας, κάτι βέβαιο που δεν μπορεί να θεωρηθεί μέτρο αντισύλληψης (Moura et al., 2011). Η γυναίκα επανέρχεται στο κανονικό της βάρος, καθότι αποθηκεύεται λίπος που θα χρησιμοποιηθεί στο θηλασμό (Σακλαμάκη-Κοντού, 2009., Lowdermilk et al., 2010., Σιώζου, 2013).

Ένα πλεονέκτημα για την μητέρα που θηλάζει είναι πως εξοικονομεί χρόνο κατά την σίτιση. Στο στήθος υπάρχει πάντα γάλα και στην κατάλληλη θερμοκρασία. Με τον θηλασμό το βρέφος μαθαίνει να θηλάζει με σωστό τρόπο και να τρώει. Τέλος, με τον θηλασμό εξοικονομούνται χρήματα, καθότι δε θα χρειαστεί η μητέρα να δώσει λεφτά για να αγοράσει ξένο γάλα (Buckley & Charles, 2006). Η διαθεσιμότητα του μητρικού γάλακτος σε συνδυασμό με την ασηψία και τη σωστή θερμοκρασία που διαθέτει κάνει ευκολότερη τη χρήση του από της μητέρες, καθώς δεν απαιτεί ιδιαίτερη προετοιμασία (αποστείρωση μπιμπερό, μπιμπίλας και βρασμός γάλακτος), όπως συμβαίνει με το γάλα του εμπορίου (Henderson et Macdonald, 2004, Σιώζου, 2013).

Η έλλειψη του μητρικού θηλασμού είναι κίνδυνος για την υγεία των μητέρων

Οι θηλάζουσες μητέρες θα τρέφουν για μωρά τους για όσο καιρό έχουν τη δυνατότητα. Οι θηλάζουσες μητέρες μειώνουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη τύπου 2 (Buckley & Charles, 2006, Σακλαμάκη- Κοντού, 2009, Lowdermilk et al., 2010, Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., 2015, Σιώζου, 2013, Rowe et al., 2012).

Επί προσθέτως, η μητέρα προστατεύεται από την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, καθώς και από τον καρκίνο των ωοθηκών και του ενδομητρίου. Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε 47 επιδημιολογικές χώρες στις 30 που οι μητέρες θήλαζαν, το ποσοστό που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού μειώθηκε στο 4,3%. Με τον μητρικό θηλασμό δεν έχει φόβο για την εμφάνιση οστεοπόρωσης, καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης και του ισχίου, κυρίως μετά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο (Σακλαμάκη-Κοντού, 2009, Lowdermilk et al., 2010, Ηλιάδη και συν. 2009, Σιώζου, 2013, Rowe et al., 2012).

Ψυχολογικές επιδράσεις του θηλασμού

Πραγματοποιήθηκε έρευνα ανάμεσα σε μητέρες που θηλάζουν και όσες τρέφουν το μωρό τους με τεχνητό γάλα. Από την έρευνα απεδείχθη πως οι μητέρες που θηλάζουν έχουν το πλεονέκτημα να εκκρίνουν ωκυτοκίνη, η οποία μειώνει τα επίπεδα άγχους, πράγμα που δεν συμβαίνει στις μητέρες που θηλάζουν. Επιπλέον, οι μητέρες που θηλάζουν δεν έχουν τον φόβο της επιλόχειας κατάθλιψης, καθότι συνδέονται περισσότερο με το μωρό τους (Mezzacappa et Katkin, 2002).

Οι μητέρες που θηλάζουν είχαν μεγαλύτερη ευαισθησία, αντιθέτως με όσες δεν θήλασαν. Ακόμη, και οι μητέρες που ήταν έγκυες και σκόπευαν να θηλάσουν ήταν πιο ευαίσθητες μετά τον 3^ο μήνα της εγκυμοσύνης τους (Britton et al., 2006).

Τέλος, η Gribble (2006) έκανε σύγκριση ανάμεσα στη σχέση θετής μητέρας και βρέφους μέσω θηλασμού. Η ερευνήτρια τονίζει πως τα μωρά όχι μόνο τρέφονται με τον θηλασμό, αλλά νιώθουν ασφάλεια και έρχονται πιο κοντά με τη θετή τους μητέρα (Gribble, 2006).

1.2.3 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Όσον αφορά την οικογένεια και την κοινωνία τα οφέλη του θηλασμού είναι σημαντικά, καθώς μειώνεται το κόστος υγειονομικής περίθαλψης και οι δαπάνες. Οι μητέρες επιστρέφουν πιο γρήγορα στις δουλειές τους και δεν κάνουν απουσίες. Με τον θηλασμό δεν ξοδεύονται χρήματα για σκεύη. Εφόσον ο θηλασμός προστατεύει την υγεία του μωρού, μειώνονται τα έξοδα για την υγεία. Τέλος, μειώνεται η επιβάρυνση του περιβάλλοντος από τον εξοπλισμό του τυποποιημένου γάλακτος (Gartner et al., 2005; Lissauer et al., 2012).

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού συνεχίζουν και μετά την οικογένεια. *“Ο θηλασμός είναι η πιο οικολογική μορφή ταΐσματος”*. Έχει την ικανότητα μείωσης μόλυνσης του αέρα, του νερού και του εδάφους από την διαδικασία να παραχθεί και να παρασκευαστεί το τεχνητό γάλα. Σε αντίθεση με το τεχνητό γάλα, *“δεν καταναλώνει πηγές ενέργειας, όπως η προετοιμασία του ξένου γάλακτος και η αποστείρωση του μπιμπερό”*. Εάν οι μητέρες θηλάζαν περισσότερο θα είχαμε μεγάλη εξοικονόμηση στη χώρα, καθότι δεν θα δαπανούσαμε χρήματα για να παρέχουμε τις πρώτες ύλες που θα χρειαζόταν το τυποποιημένο γάλα (www.homeopathy.gr, Λεοντάρη, 2016).

1.2.4 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης έχουν γίνει κάποιοι οικονομικοί υπολογισμοί, οι οποίοι έχουν διαφορετικές διατιμήσεις. Για παράδειγμα, τα οφέλη που παρέχει ο μητρικός θηλασμός μπορούμε να τα δούμε από την κοινωνική μεριά και από την μεριά της θηλάζουσας μητέρας. Η πολιτική ανάπτυξη και η αξιολόγηση που γίνεται εξαρτάται από την κοινωνία. Με τον τρόπο αυτό λαμβάνονται υπόψη τα έξοδα και τα αποτελέσματα, ανεξαρτήτως ποιος έχει την ευθύνη για τα κόστη και ποιος θα αναλάβει τα οφέλη (Buchner and Hoekstra, 2007).

Το κόστος του θηλασμού έχεις επιπτώσεις στην κοινωνία και χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες (Buchner and Hoekstra, 2007):

Άμεσες δαπάνες: εντός της υγειονομικής περίθαλψης: οι δαπάνες αυτές με τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης αφορούν τις ασθένειες που υπάρχουν τώρα και αυτές που θα εμφανιστούν στο μέλλον.

Έμμεσες δαπάνες: εντός της υγειονομικής περίθαλψης: οι δαπάνες αυτές αφορούν την υγειονομική περίθαλψη και τις ασθένειες που εμφανίζονται κατά την περίοδο του μητρικού θηλασμού, αλλά μπορεί να εμφανιστούν και στο μέλλον.

Άμεσες δαπάνες εκτός υγειονομικής περίθαλψης: τις δαπάνες που επιβαρύνουν άλλους φορείς, όπως ασθενείς, εργοδότες.

Έμμεσες δαπάνες εκτός υγειονομικής περίθαλψης: περιλαμβάνεται το κόστος που χάνεται λόγω απουσίας της μητέρας και της παραγωγής λόγω κάποιας ασθένειας.

Ο Cattaneo et al (2006) ανέφερε πως το κόστος στις υπηρεσίες υγείας σε έκτακτα περιστατικά μειώνεται 20 ευρώ για κάθε βρέφος που θηλάζει και 120 ευρώ για τις νοσοκομειακές δαπάνες. Μία ανάλυση που έγινε πάνω στο παιδιατρικό κόστος κατέληξε στο συμπέρασμα πως αν το 90% των μητέρων στις ΗΠΑ θηλάζει αποκλειστικά για έξι (6) μήνες, τότε θα υπάρξει εξοικονόμηση 13 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο και θα προλάβαναν 911 θανάτους, κατά τους οποίους το μεγαλύτερο ποσοστό θα ήταν οι θάνατοι βρεφών (Bartick & Reinhold, 2010).

Συγκρίνοντας το κόστος του τεχνητού γάλακτος και του μητρικού, το πρώτο φτάνει τα 178,60 δολάρια, ενώ το δεύτερο τα 175,80 δολάρια (Bartric, 2011). Έρευνα έδειξε πως στις ΗΠΑ τα μωρά που τρεφόντουσαν με μπιμπερό έφεραν περισσότερα κόστη σε σχέση με εκείνα που θηλάζαν εξ' αρχής. Όσες μητέρες θηλάζουν έξι (6) μήνες θα μπορούσαν να εξοικονομήσουν 6,5 εκατομμύρια δολάρια το μήνα σε σχέση με αυτά με το μπιμπερό. Αυξημένα ήταν τα κόστη και σε κάποιες ασθένειες τον πρώτο καιρό ζωής. Όπως έδειξαν κάποιες έρευνες, 1000 βρέφη που δεν θηλάσαν είχαν πάει σε γιατρούς 2033 φορές, νοσηλεύτηκαν 212 ημέρες και πήραν 609 συνταγές σε αντίθεση με 1000 βρέφη που θηλάσαν αποκλειστικά λιγότερο ή έως 3 μήνες. Το κόστος που φέρει κάθε βρέφος που δεν θηλάζει και έχει ανάγκη την υγειονομική περίθαλψη κυμαίνεται από 331 έως 475 δολάρια στις ΗΠΑ (Bonuck et al., 2002) .

Όσον αφορά την οικονομία στις ΗΠΑ, το κόστος θα μειωνόταν κατά 90%. Δηλαδή το άμεσο παιδιατρικό κόστος θα μειωθεί στα 2,5 δισεκατομμύρια δολάρια και το έμμεσο 1,2 δισεκατομμύρια δολάρια. Στη συνέχεια ο πρόωρος θάνατος που οφείλεται σε ασθένεια του παιδιού θα μειωθεί στα 10,1 δισεκατομμύρια δολάρια. Τέλος, σχετικά με το κόστος της υγείας της μητέρας, αλλά και τον αιφνίδιο θάνατο του βρέφους λόγω ασθένειας της μητέρας, καθώς και το τεχνητό γάλα που

λαμβάνει το μωρό, κοστολογείται στα 3,94 δισεκατομμύρια δολάρια. Υπάρχουν και περιπτώσεις όμως που το κόστος θα αυξανόταν κατά 90%. Στις περιπτώσεις αυτές οι αυξήσεις έχουν ως εξής Το επιπρόσθετο φαγητό για τις μητέρες που θηλάζουν θα φτάσει από 1,67 έως 2,08 δισεκατομμύρια δολάρια. Όσον αφορά την άδεια θα φτάσει τα 0,95 δισεκατομμύρια δολάρια σε σχέση με το 100% της αμοιβής την βδομάδα και τα 0,52 δισεκατομμύρια δολάρια σε σχέση με το 50% της αμοιβής την βδομάδα. Το κόστος των γεννήσεων στα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία θα φτάσει τα 0,145 δισεκατομμύρια δολάρια (Bartric, 2011).

1.3. Η ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

Υπάρχουν εμπόδια στον θηλασμό που προέρχονται από την μητέρα, χωρίς όμως να το έχει προκαλέσει η ίδια. Παρόλο που υπάρχουν αυτές οι δυσκολίες, ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται καθότι μπορεί να παρέμβει η επιστήμη για να τις αντιμετωπίσει (Καβαλιώτης, 2015).

Το σπάργωμα ή ευρέως γνωστό ως «πέτρωμα στήθους»

Το σπάργωμα εμφανίζεται κατά την τρίτη μέρα μετά τον τοκετό.

Ο λόγος εμφάνισής του οφείλεται στις ορμόνες γιατί ο οργανισμός συγκεντρώνει μεγάλη ποσότητα αίματος στο στήθος της μητέρας. Από αυτό το αίμα θα δημιουργηθεί το γάλα, το οποίο μπορεί να λάβει το μωρό αν θηλάζει συχνά και σωστά. Αν το μωρό δεν καταφέρει να θηλάσει, τότε από το μαστό βγαίνουν υγρά. Αυτό σημαίνει πως ένα μέρος του αίματος περνάει από το εσωτερικό των αγγείων στον συνδετικό ιστό του μαστού. Ως αποτέλεσμα έχουμε να δημιουργείται ένα λεμφικό οίδημα στον μαστό, το οποίο θα σκληραίνει το μαστό. Η μητέρα πονάει σε όλο το μαστό και το μωρό αδυνατεί να συλλάβει το μαστό για να θηλάσει (Mohrbacher & Stock, 2005).

Η μαστίτιδα

Στην μαστίτιδα υπάρχουν μικρόβια, τα οποία μολύνουν κάποιον από τους λοβούς του αδένου του στήθους. Το σημείο του μαστού που θα μολυνθεί είναι κόκκινο, ζεστό και

σκληρό. Κύριο αίτιο της εμφάνισης της μαστίτιδας είναι η σωματική κόπωση της μητέρας (Mohrbacher & Stock, 2005).

Η ανεπάρκεια γάλακτος

Συχνά οι μητέρες σταματούν τον θηλασμό γιατί δεν έχουν αρκετό γάλα. Όταν οι μητέρες βλέποντας το μωρό τους να ζητάει συνεχώς να θηλάσει, θεωρεί πως δεν δίνει στο μωρό το γάλα που χρειάζεται. Όπως έχει αναφερθεί, το στήθος της μητέρας αλλάζει από μέρα σε μέρα τόσο σε μορφή, όσο και σε μέγεθος. Τα παραπάνω δεν έχουν αποδείξει την μείωση του γάλακτος. Το μητρικό γάλα μπορεί να μειωθεί είτε επειδή το μωρό δεν τρώει σωστά, είτε δεν τρώει συχνά. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει το άγχος, η κούραση και η κακή διατροφή για να μειωθεί το μητρικό γάλα (Καβαλιώτης, 2015).

Η υπερεπάρκεια του γάλακτος και η ταχύτερη ροή του

Υπερεπάρκεια ονομάζεται όταν μια μητέρα “παράγει” μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος από το στήθος σε σχέση με το σύνηθες ποσοστό, με αποτέλεσμα το μωρό να μην θρέφεται σωστά, μη μπορώντας να “προλάβει” να πει το γάλα του. Το αντίκτυπο που φέρει στα μωρά είναι να αυξάνεται γρήγορα το βάρος τους (Butte, 2007).

Οι ραγάδες

Ως ραγάδες εννοούνται οι ραγάδες που δημιουργούνται στο στήθος. Οι πληγές αυτές μπορεί να δημιουργηθούν όταν το μωρό δεν θηλάζει σωστά, και αυτό φέρει ως αποτέλεσμα να είναι δυσάρεστη η διαδικασία του θηλασμού για την μητέρα νιώθοντας πόνο. Επίσης, οι πληγές μπορεί να προκληθούν εάν δεν απομακρύνεται σωστά το μωρό από το στήθος ή από τον τρόπο που αντλεί το γάλα (Mohrbacher & Stock, 2005).

Η ιδιομορφία των θηλών

Το στήθος, όπως και οι θηλές διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα. Κάθε μητέρα όμως, είναι σε θέση να θηλάσει το μωρό της ανεξάρτητα από το μέγεθος του στήθους και της θηλής. Όμως, μπορεί μια μητέρα να μην είναι σε θέση να θηλάσει εξαιτίας της ιδιομορφίας που παρουσιάζουν οι θηλές της, δηλαδή να είναι επίπεδες και εισέχουσες. Επίπεδες είναι η θηλές, οι οποίες δεν προεξέχουν από το δέρμα της θηλαίας άλω. Εισέχουσες είναι οι θηλές που βρίσκονται προς τα μέσα ή στρέφονται προς τα μέσα, όταν ερεθιστούν. Αυτό οφείλεται σε μικρούς συνδέσμους οι οποίοι συνδέουν τη θηλή με τους υποκειμενικούς ιστούς. Αν η μητέρα μπορέσει να θηλάσει, τότε οι σύνδεσμοι αυτοί επιμηκύνονται και καθώς δεν είναι ελαστικοί, δεν επανέρχονται, οπότε μακροπρόθεσμα οι θηλές εξέχουν μόνιμα (Lawrence & Lawrence, 2011).

1.4. ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες είναι απαγορευμένος ο θηλασμός. Αυτό θα οφείλεται σε κάποιο πρόβλημα υγείας που μπορεί να έχει η μητέρα και είναι βαριάς μορφής, ακόμη και εάν έχει υποστεί κάποια χειρουργική επέμβαση ή λόγω χρήσης ουσιών που ενδείκνυται βλαβερές για το μωρό.

Μεταδοτικές ασθένειες όπως:

- ✓ HIV
- ✓ Ηπατίτιδα
- ✓ Φυματίωση

Βαριάς μορφής ασθένειες όπως:

- ✓ Καρδιοπάθειες
- ✓ Νεφροπάθειες
- ✓ Διαβήτης
- ✓ Η αναιμία

- ✓ Σηψαιμία
- ✓ Τύφος
- ✓ Έλκος
- ✓ Έρπητας στη θηλαία άλω
- ✓ Σοβαρός υποσιτισμός

Τέλος, αν η μητέρα κάνει εγχείρηση στους μαστούς και αφαιρέθηκε η θηλαία άλως, ή εάν η κυκλοφορία στους μαστούς είναι μειωμένη, ή εάν το δίκτυο των αγωγών μέσα στον μαστό έχει αλλοιωθεί από τη χειρουργική επέμβαση, τότε ίσως δεν είναι ικανή να θηλάσει επιτυχώς (Bronner, 2006).

Η επιλόχεια κατάθλιψη:

Η επιλόχεια κατάθλιψη αφορά την ψυχική υγείας της μητέρας και κατά την εμφάνισή του αντενδείκνυται ο θηλασμός. Είναι συχνό φαινόμενο μητέρες να παθαίνουν επιλόχεια κατάθλιψη μετά την γέννα. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά είναι ήπιας μορφής και υποχωρούν μόνα τους. Υπάρχει όμως ένα 10% των γυναικών που εμφανίζουν έντονα συμπτώματα και χρειάζονται θεραπεία για την αντιμετώπισή τους (Nicolson, 2001).

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζονται με τις ορμονικές αλλαγές μετά τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας, όπως επίσης και με συναισθηματικές διαταραχές από το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό. Το κύριο μέλημα είναι η ψυχοσύνθεση της μητέρας, καθώς την περιβάλλει ο φόβος πως δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει ευθύνες και καταστάσεις πρωτόγνωρες για την ίδια. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο αποτελεί και η σχέση του πατέρα με την μητέρα. Τέλος, η ψυχολογία της μητέρας μπορεί να επηρεαστεί από οικονομικούς παράγοντες και κοινωνικούς (Καβαλιώτης, 2015).

Συνήθως η επιλόχεια κατάθλιψη διαταράσσει τη σχέση μητέρας-μωρού αποτέλεσμα η πρώτη να μην ανταποκρίνεται στις ανάγκες του μωρού και εν συνεχεία αυτό να επηρεάσει το μωρό ψυχολογικά, αλλά και αναπτυξιακά.

Λόγω της επιλόχειας κατάθλιψης η μητέρα μπορεί να οδηγηθεί σε κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, όπως η μητέρα να αυτοκτονήσει ή να σκοτώσει το ίδιο της το παιδί. Μοναδική λύση αποτελεί η ψυχοθεραπεία και τα

φάρμακα. Υπάρχουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν στην θηλάζουσα μητέρα χωρίς να υπάρξει κίνδυνος για το βρέφος, υπάρχουν όμως και αντικαταθλιπτικά φάρμακα που είναι επικίνδυνα για τη ζωή των βρεφών και απαγορεύονται. Η επιστήμη εστιάζει περισσότερο στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης, η οποία έχει ενδείξεις κατά την προγεννητική περίοδο, που αποτελεί “συναγερμό” για μελλοντική επιλόχεια κατάθλιψη και στη συνέχεια θα ασχοληθούν με την αντιμετώπισή της (Καβαλιώτης, 2015).

Ναρκωτικά και θηλασμός:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των φαρμακευτικών ουσιών που μπορεί να λάβει μια μητέρα χορηγείται αυτομάτως στο έμβρυο, αλλά και στη συνέχεια στο μωρό που θηλάζει.

Η ποσότητα έκκρισης των φαρμάκων στο μητρικό γάλα εξαρτάται από την διαλυτότητα τους και από τον μηχανισμό μεταφοράς, τον βαθμό ιοντισμού και την αλλαγή του pH πλάσματος. Όταν οι τιμές διαλυτότητας των φαρμάκων είναι μεγαλύτερες σημαίνει πως η συγκέντρωσή τους στο μητρικό γάλα θα είναι υψηλότερη. Η ποσότητα των μεταφερόμενων ελεύθερων ουσιών εξαρτάται από τη σύνδεση πρωτεϊνών του pH πλάσματος (O'Donnell et al., 2009). Σημασία έχει και πότε γίνεται η λήψη των φαρμάκων. Τις πρώτες μέρες του θηλασμού τα ευδιάλυτα φάρμακα εισέρχονται πολύ πιο εύκολα στο στήθος της μητέρας σε σχέση με τις επόμενες, όπου έχει αρχίσει η παραγωγή γάλακτος (Καβαλιώτης, 2015):.

Αμφεταμίνες	Μορφίνη
Ινδική κάνναβη	Κωδεΐνη
Χασίς	Ηρωίνη
Κοκαΐνη	Μεθαδόνη
Το λεγόμενο κρακ	Ψυχοδελωτικά
Όπιο και τα παράγωγά του	Φυσικού ή χημικού τύπου, όπως είναι τα λεγόμενα «μαγικάμανιτάρια»

Οπιούχα	Ο καρπός του κάκτου
Οπιοειδή PCP και τα συνθετικά του, όπως MDM	LSD Κεταμίνη.

Όσον αφορά ουσίες που δεν γνωρίζουμε μακροπρόθεσμα τι συνέπειες θα επιφέρουν η επιστήμη απαγορεύει τη χρήση από την μητέρα κατά την διάρκεια του θηλασμού π.χ. μαριχουάνα, η οποία μπορεί στον πρώτο μήνα του θηλασμού να αναστείλει την ανάπτυξη και την εξέλιξη των μυϊκών κινήσεων του μωρού. Η κοκαΐνη προκαλεί ταχυκαρδία στο μωρό και σπασμούς. Η ηρωΐνη επιφέρει εξάρτηση και μετέπειτα τον σύνδρομο στέρησης. Δυσλειτουργίες που εμφανίζει ένα μωρό, που αφορά σωματικές ή νοητικές αναπηρίες μπορούν να συνδέονται άμεσα με φαρμακευτικές ουσίες που έχει λάβει η μητέρα (Schaefer et al., 2007).

Αλκοολισμός:

Η επιστήμη απαγορεύει το αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, καθότι επηρεάζει την ανάπτυξη του μωρού.

Η αλκοόλη είναι τοξική απέναντι στα έμβρυα και μάλιστα μπορεί να είναι πιο τοξική και από κάποιες ναρκωτικές ουσίες. Η επιστήμη χρησιμοποιεί τον όρο “Foetal Alcohol Spectrum Disorder” (FASD) για να θέσει σε σειρά προβλήματα τα οποία αφορούν το σώμα και την συμπεριφορά των παιδιών που έχουν προέλθει από μητέρα που έκανε χρήση αλκοόλ. Η ταξινόμηση αυτή αφορά τον εμβρυικό αλκοολισμό, τον μερικό εμβρυικό αλκοολισμό, τις αλκοολικές συγγενείς ανωμαλίες και τις νευρολογικές αλκοολικές διαταραχές (Albertsen et al., 2004).

Το αλκοόλ κατά την διάρκεια του θηλασμού μειώνει την παραγωγή γάλακτος. Έχει αποδειχθεί πως το οινόπνευμα που καταναλώνει μια μητέρα χρειάζεται μία (1) ώρα μέχρι να φτάσει στο γάλα (Ho et al, 2001).

Τα μωρά που θηλάζουν και οι μητέρες τους καταναλώνουν αλκοόλ έχουν τα εξής προβλήματα:

- ✓ Μειωμένη ανάπτυξη
- ✓ Διέγερση

- ✓ Σπασμούς
- ✓ Υπνηλία
- ✓ Εκδήλωση μέθης
- ✓ Σύνδρομο στέρησης (Little et al., 2002).

Επειδή δεν υπάρχουν συγκεκριμένες έρευνες για το θέμα αυτό, όλα τα προβλήματα έχουν ανιχνευθεί τυχαία και κυρίως όταν η μητέρα έχει καταναλώσει υπερβολική ποσότητα αλκοόλ, πέρα από τα φυσιολογικά όρια (Mennella, 2001).

Είναι λοιπόν σαφές πως το αλκοόλ φέρει κινδύνους σε κάθε οργανισμό. Σαφώς ο κίνδυνος αυξάνεται στα νεογνά που αναπτύσσονται. Η αλκοολική μητέρα γίνεται κατανοητό πως απαγορεύεται να θηλάσει, γιατί θα επιφέρει προβλήματα στην υγεία του μωρού της είτε άμεσα, είτε αργότερα στο μέλλον (Mennella, & Gerrish, 2001).

1.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Απότερος σκοπός σήμερα είναι η ενημέρωση των μητέρων για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, δεν είναι λίγες οι μητέρες που σταματούν νωρίτερα τον θηλασμό, με αποτέλεσμα μόνο το 4% να θηλάζει ως τον 6^ο μήνα και αυτό οφείλεται στην ελλιπή στήριξη που έχει η μητέρα και στις εταιρείες που παράγουν τεχνητό γάλα και το διαφημίζουν. Οι εταιρίες αυτές έχουν άμεσο αντίκτυπο στις μητέρες, λόγω της δωρεάν προώθησης του τεχνητού γάλακτος στις μητέρες κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα είτε να μη ξεκινήσουν οι μητέρες τον θηλασμό, είτε να τον δακόψουν. Αν η μητέρα ξεκινήσει από το νοσοκομείο να τρέφει το παιδί της με τροποποιημένο γάλα, το ίδιο θα κάνει και στο σπίτι. Ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει μια μητέρα αν θα θηλάσει είναι πως ο θηλασμός δεν αποτελεί “παράδοση”, δηλαδή εφόσον δεν έχουν θηλάσει οι μητέρες, στη συνέχεια αυτό θα γίνει και στις κόρες τους. Βασικό είναι πως οι μητέρες δεν βλέπουν άλλες μητέρες να θηλάζουν. Επιπλέον, οι σύγχρονες μητέρες θηλάζουν με βάση το δικό τους πρόγραμμα και όχι σύμφωνα με την ανάγκη του μωρού. Ακόμη, υπάρχουν άνθρωποι που δεν στηρίζουν την σημασία του θηλασμού, πράγμα που επηρεάζει την

μητέρα που έχει σκοπό να θηλάσει. Τέλος, η υποστήριξη της μητέρας να θηλάσει είναι ανύπαρκτη στο νοσοκομείο ή στο μαιευτήριο (Καβαλιώτης, 2015).

Το Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού έπειτα από έρευνα το 2009 αναφέρει παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τον μητρικό θηλασμό. Αυτοί είναι:

δημογραφικά χαρακτηριστικά	κάπνισμα
η τοποθέτηση του μωρού στο στήθος	η συν-διαμονή μητέρας-βρέφους στο δωμάτιο του νοσοκομείου-μαιευτήριο
η διαφήμιση του τροποποιημένου γάλατος αγελάδας από τα νοσοκομεία.	

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει προτείνει την καταγραφή δεικτών, οι οποίοι αφορούν το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού στα νοσοκομεία, αλλά και τα ποσοστά της κατανάλωσης του ξένου γάλακτος. Έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα (Γάκη και συν, 2009) απέδειξε πως ο μητρικός θηλασμός επηρεάζεται από συγκεκριμένους παράγοντες, όπως την ηλικία της μητέρας, εάν μένει σε αστική περιοχή ή σε πόλη, η εκπαίδευση που έχει λάβει, το εισόδημα της οικογένειας, εάν εργάζεται μητέρα, τυχόν εμπειρία με προηγούμενο θηλασμό και εάν γέννησε πρόωρα.

Για να θηλάσει μια μητέρα σηματικός παράγοντας είναι εάν γέννησε φυσιολογικά ή με καισαρική. Όσες μητέρες γέννησαν φυσιολογικά τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού στον πρώτο μήνα έως και τον τρίτο ήταν 1,5 φορά περισσότερα από τις αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή (Γάκη και συν, 2009).

Οι λόγοι διακοπής του μητρικού θηλασμού είναι η ανεπάρκεια γάλακτος, η επιστροφή της μητέρας στην εργασία της, τυχόν προβλήματα με το στήθος, η κούραση που ενδέχεται να έχει, το άγχος, εάν πάσχει από κατάθλιψη, εάν το μωρό δεν παίρνει βάρος, φάρμακα που μπορεί να παίρνει η μητέρα και εάν είναι άρρωστο το μωρό (Ruowei et al., 2008).

Σύμφωνα με τον Παπαβέντση Σ., μόνο το 80% των Ελληνίδων θηλάζει για 6 μήνες και έπειτα δίνουν το επεξεργασμένο γάλα. Το γεγονός αυτό συνδέεται με τα μαιευτήρια, τους επαγγελματίες υγείας που δεν είναι καταλλήλως ενημερωμένοι ώστε

να στηρίζουν τις μητέρες, όπως και οι διαφημίσεις που γίνονται συνεχώς για το τεχνητό γάλα. Δυστυχώς η Ελλάδα δεν στηρίζει την μητέρα και το παιδί. Δεν υποστηρίζει τον μητρικό θηλασμό, και ενισχύει την τροφή με το επεξεργασμένο γάλα. Υπάρχουν εμπόδια απέναντι στη θηλάζουσα μητέρα κατά την εγκυμοσύνη που δεν την αφήνουν να θηλάσει, όπως η μη ενημέρωση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και τις αντενδείξεις του επεξεργασμένου γάλακτος. Δεν ενημερώνονται για την τεχνική του θηλασμού. Δεν ενημερώνονται για τους επαγγελματίες υγείας και τους ειδικούς που μπορούν να τους δείξουν τη σωστή τεχνική του θηλασμού, καθώς και για τους χώρους που προάγουν τον μητρικό θηλασμό.

Παράγοντες που εμποδίζουν τον θηλασμό είναι:

Ηλικία της μητέρας: Όσο μεγαλύτερη σε ηλικία είναι η μητέρα, τόσο λιγότερο θα θηλάσει.

Χώρα καταγωγής της μητέρας: Η καταγωγή της μητέρας έχει άμεση σύνδεση με το πόσο θα θηλάσει η μητέρα. Για παράδειγμα στην Αλβανία οι μητέρες έως τον 6^ο μήνα θηλάσαν το 51%, ενώ στην Ελλάδα το 19%.

Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας: Μητέρες που έχουν σπουδάσει είναι μεγαλύτερο το ποσοστό να θηλάσει αποκλειστικά του έξι (6) πρώτους μήνες, εν αντιθέσει με όσες μητέρες έχουν τελειώσει δημοτικό.

Οικογενειακό εισόδημα: Το εισόδημα στην οικογένεια συνδέεται με τον θηλασμό, καθότι όσο μεγαλύτερο είναι, τόσες αυξάνονται οι πιθανότητες να θηλάσει αποκλειστικά η μητέρα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Κάπνισμα: Το κάπνισμα έχει αρνητική επίδραση στον θηλασμό.

Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού: Η εμπειρία που είχε μια μητέρα σε προηγούμενη γέννηση σχετίζεται με τον θηλασμό, επειδή οι μητέρες που δεν θηλάσαν τουλάχιστον για 1 μήνα το πρώτο τους παιδί δεν θα θηλάσουν και το δεύτερο.

Χαρακτηριστικά του παιδιού:

Τα πρόωρα και τα νεογνά κάτω των 2,5 κιλών στην χώρα μας θηλάζουν σπάνια. Όσα νεογνά εισέρχονται στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) εμφανίζουν μειωμένα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού.

Ενδονοσοκομειακά:

Ο τρόπος με τον οποίο θα γεννήσει η μητέρα επηρεάζει αν θα θηλάσει. Οι μητέρες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό τείνουν να θηλάσουν αποκλειστικά και με μεγαλύτερο διάστημα, αντιθέτως με όσες γέννησαν με καισαρική.

Όσες γυναίκες έκαναν τοπική αναισθησία στην καισαρική, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θηλάσουν αποκλειστικά και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απ' ό,τι οι μητέρες που δέχτηκαν γενική αναισθησία.

Οι γυναίκες που θηλάσαν μέσα στην πρώτη ώρα ζωής του βρέφους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θηλάσουν αποκλειστικά τον πρώτο μήνα και έως τον 6^ο.

Η συνδιαμονή της μητέρας με το μωρό παίζει σημαντικό ρόλο στον αποκλειστικό θηλασμό, όπως και οι διαφημίσεις του τροποποιημένου γάλακτος.

ΜΗ χρήση πιπίλας: Η μη χρήση της πιπίλας είναι σημαντικός παράγοντας. Το 33% των βρεφών που δεν χρησιμοποίησαν πιπίλα θηλάζαν αποκλειστικά τον 1^ο μήνα, ενώ από αυτά που χρησιμοποίησαν πιπίλα μόνο το 17%. Επιπλέον, όσα μωρά συνέχισαν να χρησιμοποιούν πιπίλα έως τον 3^ο μήνα το 64% δεν θηλάσε. Το ίδιο ισχύει και έως τον 6^ο μήνα, που δεν θηλάσε το 46% (f-thilasmos, 2020).

1.6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού κατά τους έξι (6) πρώτους μήνες ζωής του βρέφους, σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι η προτεινόμενη ιδανική περίοδος για να θηλάσει μια μητέρα, διαφέρουν από χώρα σε χώρα στην Ευρώπη.

Στην Νορβηγία οι μητέρες είναι πρώτες καθότι θηλάζουν αποκλειστικά 100% και έως τους 12 μήνες φτάνουν στο 40%. Εν αντιθέτως, στην Ελλάδα, τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού είναι χαμηλά, με αποτέλεσμα η Ελλάδα να βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις.

Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού το 89% των εγκών μητέρων αποφάσισαν να θηλάσουν πριν γεννηθεί το μωρό τους, ενώ το 88% των νέων μητέρων ξεκινά τον θηλασμό του παιδιού μετά την γέννηση του.

Σχετικά με τον αποκλειστικό θηλασμό την πρώτη ημέρα της ζωής θήλασε αποκλειστικά το 41% των νέων μητέρων. Στο τέλος του 1ου μήνα συνέχιζε τον αποκλειστικό θηλασμό το 20,7%. Στο τέλος του 3ου μήνα συνέχιζε τον αποκλειστικό θηλασμό το 11,1% και στο τέλος του 6ου μήνα συνέχιζε τον αποκλειστικό θηλασμό το 0,9%

Όσον αφορά τον θηλασμό συνολικά, ανεξάρτητα αν αυτός είναι αποκλειστικός ή μη, την πρώτη ημέρα της ζωής θήλασε το 87,9% των νέων μητέρων. Στο τέλος της 1ης εβδομάδας συνέχιζε τον θηλασμό το 82,9%. Στο τέλος του 1ου μήνα συνέχιζε τον θηλασμό το 60,2%. Στο τέλος του 3ου μήνα συνέχιζε τον θηλασμό το 39,4%, ενώ στο τέλος του 6ου μήνα συνέχιζε τον θηλασμό το 22,0%.

Συνοψίζοντας βλέπουμε πως το ποσοστό των Ελληνίδων μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά για έξι (6) μήνες είναι ελάχιστο. Εν συνεχεία, γενικότερα ο θηλασμός (μικτός, δηλαδή μητρικό και ξένο γάλα), έφτασε το 22% για τους 6 πρώτους μήνες και 6% για τους 12 μήνες (f-thilasmos, 2020).

1.7. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Για να επιτευχθεί σωστά ο θηλασμός χρειάζεται προετοιμασία και ενημέρωση από την προγεννητική περίοδο ακόμα. Η οικογένεια πρέπει να ενημερωθεί για τα οφέλη του θηλασμού και τη σπουδαιότητα του απέναντι στο βρέφος και την οικογένεια. Η οικογένεια είναι απαραίτητο να εκπαιδευτεί πάνω στον θηλασμό για να είναι έτοιμη να αντιμετωπίσει τυχόν πρόβλημα που μπορεί να εμφανιστεί (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

- Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το ποσοστό ενημερωμένων μητέρων για τον θηλασμό από επαγγελματίες υγείας άγγιξε το 16% μόνο. Είναι αναγκαίο να σημειωθεί πως οι γυναίκες που είχαν κάποια ενημέρωση και στήριξη προγεννητικά είχαν θηλάσει το μωρό τους ή είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν.
- Στην υποστήριξη του θηλασμού προγεννητικά η Academy of Breastfeeding Medicine προτείνει αρχικά να υπάρχει ένα γραφείο, στο οποίο οι έγκυος θα

απευθύνονται για να παρακολουθούνται και θα ενημερώνονται για τον θηλασμό.

- Στη συνέχεια να υπάρχει στήριξη για τις μητέρες και τις οικογένειές τους για τα οφέλη του θηλασμού και την σπουδαιότητα του αποκλειστικού θηλασμού. Δεν θα πρέπει να παραληφθεί η εκπαίδευση των γονέων για να αντιλαμβάνονται την πείνα του μωρού τους και τις θέσεις θηλασμού.
- Σε γυναίκες που έχουν ήδη θηλάσει θα πρέπει να ζητείται τυχόν ιστορικό σχετικά με τον θηλασμό, όπως πόσο καιρό θηλάσαν, γιατί σταμάτησαν να θηλάζουν κ.λπ..
- Για να είναι σωστός ο θηλασμός πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η καταγωγή της μητέρας και αυτό γιατί θα βοηθηθεί και η μητέρα και όλη η οικογένεια για τον τρόπο που θηλάζεται ένα μωρό.
- Τέλος, αν έχει υπάρξει κάποια χειρουργική επέμβαση στον μαστό ή στην θηλή πιθανά να επηρεάσει τώρα τον θηλασμό (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

1.8. ΣΥΝ-ΔΙΑΜΟΝΗ ΜΗΤΕΡΑΣ ΒΡΕΦΟΥΣ

Η συν-διαμονή είναι η διαμονή της μητέρας με το μωρό της στο δωμάτιο που νοσηλεύεται 24 ώρες το 24ωρο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF υπογραμμίζουν την σημασία που έχει η συν-διαμονή της μητέρας με το μωρό της, ως το 7^ο βήμα από τα 10 βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό.

Η συν-διαμονή της μητέρας και του βρέφους στοχεύει για να ενισχύσει τον δεσμό που δημιουργείται ανάμεσά τους σε συναισθηματικό επίπεδο. Επίσης, βοηθά να συνεχίσει η μητέρα με επιτυχία τον μητρικό θηλασμό (Elliott-Carter N., et Harper J., 2012).

Σύμφωνα με μελέτες ακόμη έχει αποδειχθεί πως το Rooming-in συμβάλλει μακροπρόθεσμα και στη σχέση της μητέρας με του βρέφους. Οι μητέρες που μένουν μαζί με το μωρό τους έχουν μικρότερα ποσοστά να εμφανίσουν στο μέλλον κάποια κακοποίηση ή και παραμέληση απέναντι στα μωρά τους (Crenshaw J., 2007).

Οι μελέτες απέδειξαν πως οι μητέρες που διέμεναν με το βρέφος στο ίδιο δωμάτιο ένιωθαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση πηγαίνοντας στο σπίτι και έτοιμες για να θηλάσουν, εν αντιθέσει με όσες δεν ήταν στο ίδιο δωμάτιο με το μωρό τους.

Συμπερασματικά, η διαδικασία που γίνεται στο νοσοκομείο όσον αφορά την συνδιαμονή της μητέρας με το βρέφος αποτελεί κύριο συστατικό για να επιτύχει ο μητρικός θηλασμός (Gubler T., et all 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Για να γίνει προαγωγή του μητρικού θηλασμού θα πρέπει να δημιουργηθούν χώροι τόσο σε δημόσιους, όσο και ιδιωτικούς χώρους και θα μπορεί η μητέρα να θηλάσει το μωρό της. Δηλαδή, η θηλάζουσα μητέρα θα πρέπει να έχει στον χώρο που εργάζεται ένα δωμάτιο στο οποίο θα μπορεί να αντλήσει το γάλα της.

Στα δημόσια νοσοκομεία και στις κλινικές θα πρέπει να γίνεται προώθηση η ανάπτυξη της Πρωτοβουλίας “Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία”. Επιπλέον θα πρέπει στους χώρους αυτούς να δημιουργηθούν οι χώροι “Τράπεζα Γάλακτος”.

Η Πρωτοβάθμια Υγεία θα πρέπει να φροντίζει να παραμένει ενήμερη η μητέρα για τον θηλασμό αφότου φύγει από το μαιευτήριο και θα συνεχίσει τον θηλασμό στο σπίτι. Βεβαίως ένα τέτοιο βήμα θα επιτευχθεί και με την σωστή μόρφωση που θα λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας (Νόμος 4613).

2.1.1. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΠΟΥ ΘΗΛΑΖΟΥΝ

Υποστήριξη επιβάλλεται να έχουν όλες οι μητέρες, είτε θηλάζουν, είτε όχι. Είναι αποδεκτό μια μητέρα να μην θηλάσει, εφόσον έχει ενημερωθεί πλήρως για τον μητρικό θηλασμό και στη συνέχεια να γίνει απολύτως σεβαστή η απόφασή της και να λάβει την κατάλληλη υποστήριξη. Οι οικογένειες πρέπει επίσης να ενημερωθούν από τους επαγγελματίες υγείας για το πότε ένα μωρό θα χρειαστεί να λάβει τεχνητή τροφή και το πώς. Υπάρχουν χώρες που ενώ έχουν μεγάλα ποσοστά στην έναρξη του μητρικού θηλασμού, κατά την διάρκεια του θηλασμού τα ποσοστά αυτά μειώνονται. Ο αποκλειστικός θηλασμός μειώνεται όταν επιστρέφει η μητέρα στο σπίτι της και αυτό οφείλεται και στην επιστροφή της στην δουλειά. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση λίγες είναι οι μητέρες που θηλάζουν αποκλειστικά για ένα (1) χρόνο. Οι μητέρες πρέπει να υποστηρίζονται από την κοινωνία με την ένταξή τους σε ομάδες που στηρίζουν τον μητρικό θηλασμό και σε ομάδες που συμμετέχουν μητέρες στηρίζοντας η μία την άλλη. Για τις μητέρες που διέκοψαν τον μητρικό θηλασμό θα πρέπει να ερωτηθούν τους λόγους που το έκαναν. Οι ερωτήσεις θα είναι με τρόπο που θα απαλλάξουν την μητέρα από τύψεις που το έκανε και να μην διστάσει να κάνει θηλασμό σε επόμενο παιδί (Catteneo et al., 2004).

2.1.2. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο τομέας της υγείας, η κοινωνία, θα πρέπει να διασφαλίσουν το προσωπικό των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, και οι εθελοντές να έχουν τα εφόδια για αποτελεσματική υποστήριξη απέναντι στις μητέρες που θηλάζουν. Το υγειονομικό προσωπικό να έχει την κατάλληλη γνώση για να στηρίζει την θηλάζουσα μητέρα. Να είναι σε θέση να ενθαρρύνουν την μητέρα να θηλάσει και να έχουν πρόσβαση στην τράπεζα γάλακτος, καθώς και να παρέχουν τα μέσα μεταφοράς στις μητέρες που χρειάζεται να μετακινηθούν για να δώσουν το γάλα τους στο μωρό τους που βρίσκεται στο νοσοκομείο. Να δημιουργηθούν έντυπα για τον μητρικό θηλασμό ως πηγές αναφοράς για τους επαγγελματίες υγείας και τις μητέρες, καθώς και ελεύθερη πρόσβαση σε πηγές του διαδικτύου (Catteneo et al., 2004).

2.1.3 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Να παρέχεται υποστήριξη και κατάλληλη ενημέρωση τόσο στους γονείς, όσο και στη οικογένεια από τους επαγγελματίες υγείας, την κοινωνία και από ομάδες μητέρων. Να δίνεται προσοχή στις μητέρες που έχουν ανάγκες, σε όσες είναι μετανάστριες, έφηβες, ανύπαντρες, σε όσες αδυνατούν να θηλάσουν ή θηλάζουν για πρώτη φορά. Τέλος, να ενθαρρύνουν τον μητρικό θηλασμό σε δημόσιους χώρους, με προστασία πάντα της μητέρας (Catteneo et al., 2004).

2.2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ (Baby Friendly Hospital)

Ένας ακόμη παράγοντας που ενισχύει την προαγωγή του θηλασμού για τα νεογνά είναι τα “Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη”. Η UNICEF και World Health Organization πραγματοποίησαν την ιδέα αυτή το 1991. Ένα νοσοκομείο για να έχει το τίτλο του “Baby Friendly Hospital” πρέπει να λειτουργεί με βάση τα BFGI Guidelines. Οι κανονισμοί που έχουν δημιουργηθεί δηλαδή με βάση τους οργανισμούς UNICEF, World Health Organization και Well start International το 1992. Τα νοσοκομεία αυτά στηρίζουν τις μητέρες στον θηλασμό, ιδίως στον αποκλειστικό θηλασμό (έξι μήνες). Στην Ελλάδα “Φιλικά προς τα βρέφη” είναι τα Νοσοκομεία “Έλενα Βενιζέλου” και “Αττικών” από το 2011, το ιδιωτικό Μαιευτήριο “Μητέρα” και σύντομα το “Αρεταίειο” (UNICEF et al., 2009).

Οι προϋποθέσεις που πρέπει να τηρούνται είναι γνωστές ως «Τα δέκα βήματα του επιτυχή θηλασμό», που εγκρίθηκαν στη Γενεύη το 1989 από τη UNICEF και το World Health Organization.

Σύμφωνα με τους UNICEF και συν. (2009) τα “Baby Friendly Hospitals” αποτελούν τα καταλληλότερα νοσηλευτικά ιδρύματα και για τα πρόωρα νεογνά καθώς αναγκαία θεωρούνται και «Τα δέκα βήματα του επιτυχή θηλασμού». Ειδικότερα αναφέρουν πως δεν πρέπει να χορηγείται ξένο γάλα στα πρόωρα νεογνίδια αντιθέτως η καλύτερη τροφή γι’ αυτά τα βρέφη είναι αδιαμφισβήτητο το μητρικό γάλα, όπως επίσης και η πρακτική του “rooming-in” είναι ιδιαίτερα ευεργετική για το δεσμό μητέρας-νεογνού. Είναι δε κύριο μέλημα πως τα “Baby Friendly Hospitals” επαναξιολογούνται με εσωτερική και εξωτερική αξιολόγηση κάθε πενταετία (Labbok, Taylor & Nickel, 2013).

2.3. Η ΤΡΑΠΕΖΑ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Η τράπεζα γάλακτος είναι κατάλληλη για τα νεογνά που αδυνατούν να θηλάσουν και δεν μπορούν να επιβιώσουν χωρίς το μητρικό γάλα. Έτσι, τα νεογνά μπορούν να λάβουν το μητρικό γάλα από δότρια μητέρα μέσω της τράπεζας γάλακτος. Το γάλα από τράπεζα γάλακτος είναι κατάλληλο να δοθεί και σε πρόωρα νεογνά ή σε άρρωστα νεογνά, καθότι το μητρικό γάλα καταπολεμά λοιμώξεις. Επίσης, μπορεί να δοθεί σε νεογνά μετά από χειρουργική επέμβαση, νεογνά που πάσχουν από συγγενείς καρδιοπάθειες ή ανεπάρκεια στο ανοσοποιητικό τους σύστημα και στα νεογνά που υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας. Είναι τόση η σπουδαιότητα του μητρικού γάλακτος που προορίζεται και για μεταμοσχεύσεις (f-thilasmus, 2016, Lowdermilk et al., 2010).

Οι τράπεζες έχουν εξειδικευτεί:

- Να προάγουν και να προστατεύουν τον μητρικό θηλασμό
- Να συλλέγουν γάλα από θηλάζουσες δότριες μητέρες
- Να επεξεργάζονται το γάλα που έχουν λάβει
- Να ελέγχουν το γάλα που έχουν λάβει
- Να γίνεται δωρεά του μητρικού γάλακτος σε βρέφη που το έχουν ανάγκη

Όλες οι μητέρες μπορούν να δωρίσουν το γάλα τους, όμως υπάρχουν και κάποιες εξαιρέσεις:

- Όσες καπνίζουν, καταναλώνουν αλκοόλ, είναι χρήστες ναρκωτικών ουσιών, καταναλώνουν φάρμακα
- Έχουν προσβληθεί από χρόνιες νόσους, από τον ιό HIV, ηπατίτιδα
- Παρουσιάζουν ενεργή σεξουαλική ζωή

Όλα τα μωρά έχουν δικαίωμα να λάβουν το μητρικό γάλα, υπάρχουν όμως κάποια που επιβάλλεται να μπου σε προτεραιότητα. Τα μωρά αυτά έχουν:

- Πρόβλημα με το ανοσοποιητικό σύστημα
- Πρέπει να προστατευτούν από νεκρωτική εντεροκολίτιδα και λοιμώξεις
- Πρέπει να λάβουν θρεπτικούς παράγοντες για την ανάπτυξή τους
- Τα πρόωρα νεογνά που παρέμειναν στο νοσοκομείο
- Νεογνά που δέχτηκαν χειρουργείο
- Νεογνά που έχουν προσβληθεί από καρδιοπάθειες
- Νεογνά με οικογενειακή ατοπική δερματίτιδα

Για την τράπεζα γάλακτος θα πρέπει η μητέρα που είναι η δότρια τους γάλακτος της πρέπει να υποβληθεί σε ορολογικές εξετάσεις, να απαντήσει σε ένα ερωτηματολόγιο και να υπογράψει το συναινετικό έγγραφο. Στη συνέχεια η αίτησή της θα εξετασθεί από την τράπεζα γάλακτος και θα αποφασίσει αν θα εγκριθεί ή όχι. Για τις μητέρες που έχει εγκριθεί η αίτησή τους, είτε θα αντλήσουν το γάλα τους την ίδια ώρα στην τράπεζα, είτε θα γίνει η άντληση του γάλακτος στο σπίτι και σύμφωνα με τις οδηγίες που έχουν λάβει θα το προφυλάσσουν και θα φροντίσουν να το στείλουν στην τράπεζα γάλακτος. Το γάλα που έχει ληφθεί θα παστεριωθεί και στη συνέχεια καταψύχεται. Τέλος, όταν χρήζει αναγκαίο να λάβει γάλα άμεσα ένα βρέφος, που βρίσκεται στην ίδια νοσοκομειακή δομή, αποψύχεται και χρησιμοποιείται την ίδια στιγμή, εάν όμως το βρέφος πρόκειται να λάβει γάλα που θα έρθει από άλλο μέρος, τότε το γάλα αποστέλλεται κατεψυγμένο και αποψύχεται πριν καταναλωθεί (f-thilasmos, 2020).

2.4. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Η εβδομάδα του μητρικού θηλασμού γιορτάζεται από 1 έως 7 Νοεμβρίου.

Στόχοι της Παγκόσμιας Εβδομάδας θηλασμού:

- Να αναγνωρίσει τους κινδύνους, αλλά και τις ευκαιρίες που παρέχει η παγκοσμιοποίηση για τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού.
- Να αξιοποιήσει την σημασία της προσφοράς που έχει η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και της κοινωνίας σε σχέση με τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και τα μειονεκτήματα των υποκατάστατων γάλακτος. Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού και η πραγματοποίηση δράσεων στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Στρατηγικής για τη διατροφή του νεογνού και του νηπίου.
- Η πιστή εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων του Μητρικού Γάλακτος και υλοποίηση των σχετικών Αποφάσεων της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας.
- Η κινητοποίηση για να υπάρχει παγκοσμίως δικαιοσύνη, ειρήνη, προάσπιση των δικαιωμάτων και της υγείας όλων. Η πλήρης ενημέρωση και συμμετοχή της κοινωνίας, προκειμένου να αναλάβουν δράση στην κοινότητα για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού (Υπουργείο Υγείας, 2020).

2.7. Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

1. Η ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το θηλασμό και η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας του ιδρύματος.
2. Η εκπαίδευση του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να είναι ικανοί να εφαρμόσουν την πολιτική.
3. Η ενημέρωση όλων των εγκύων για τα ευεργετικά οφέλη και το χειρισμό του Μητρικού Θηλασμού.
4. Παροχή βοήθειας στις μητέρες να ξεκινήσουν το θηλασμό μέσα σε μισή ώρα από τον τοκετό.
5. Επίδειξη στις μητέρες για το πως θα θηλάσουν και πως θα εδραιώσουν τη γαλουχία ακόμη και αν πρέπει να αποχωριστούν το νεογέννητο τους.
6. Η απαγόρευση χορήγησης οποιασδήποτε άλλης τροφής εκτός του Μητρικού Γάλακτος, εκτός και αν ενδείκνυται από τους θεράποντες γιατρούς.

7. Εφαρμογή της πρακτικής “rooming-in”, να επιτρέπεται δηλαδή η παραμονή μητέρας και νεογνού 24 ώρες την ημέρα.
8. Ενθάρρυνση για θηλασμό όποτε το αναζητά το νεογνό.
9. Να μη δίνονται πιπίλες ή άλλου είδους θηλές στα θηλάζοντα νεογνά.
10. Ενδυνάμωση και δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες κατά την αποχώρηση από το νοσηλευτικό ίδρυμα που νοσηλεύονταν (UNICEF, 2014: UNICEF, WHO, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1.Περιγραφή και δομή ερωτηματολογίου

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε αποσκοπούσε στην καταγραφή της στάσης των Ελληνίδων μητέρων απέναντι στον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και στην μέτρηση των μητέρων που ήταν ενημερωμένες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Το ερωτηματολόγιο αφορούσε μητέρες που είχαν γεννήσει τα τελευταία δύο (2) έτη. Η έρευνα αποτελείται από 963 συμπληρωμένα ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου ερωτήσεων. Η επιλογή των κλειστών ερωτήσεων έγινε για να μπορούσαμε να επεξεργαστούμε και να ταξινομήσουμε ευκολότερα τις απαντήσεις και να εξάγουμε ασφαλέστερα συμπεράσματα (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Η μελέτη διεξήχθη μέσω του διαδικτύου με την χρήση της εφαρμογής Google Forms. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στο διαδίκτυο και συγκεκριμένα σε ομάδες του Facebook, όπως: βρεφική- παιδική διατροφή, Μάμα Μία, Εγκυμοσύνη-Μητρότητα και Βρέφος και Ελληνίδες μαμάδες.

Η διανομή και συλλογή των ερωτήσεων έγινε τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο 2020. Για την συμπλήρωση των ερωτήσεων έγινε επισήμανση στις μητέρες για την τήρηση του απορρήτου στις απαντήσεις που θα κληθούν να δώσουν, καθώς και η τήρηση προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων.

Για το ερευνητικό μέρος της εργασίας χρησιμοποιήθηκε το διαμορφωμένο και σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα ερωτηματολόγιο των Στύλιου (2017) και Νησιούδη (2019) κατόπιν αδείας τους. Οι ερωτήσεις ήταν συνολικά 25 και χωρίζονται σε 4 ενότητες:

- Το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας
- Πρακτικές των μαιευτηρίων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό
- Δείκτες μητρικού θηλασμού
- Δυσκολίες κατά την έναρξη- Αιτίες διακοπής του θηλασμού.

Ερωτήσεις 1-8 : Πληροφορίες για το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας.

Ερωτήσεις 9-15 : Πληροφορίες για τις πρακτικές των μαιευτηρίων που αφορούν τον μητρικό θηλασμό.

Ερωτήσεις 16-22 : Δείκτες μητρικού θηλασμού.

Ερωτήσεις 23-25 : Δυσκολίες κατά την έναρξη του θηλασμού και αιτίες διακοπής του θηλασμού.

Τέλος, υπάρχουν οκτώ (8) ερωτήσεις που αφορούν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων, αναλυτικότερα:

- Ηλικία,
- Επίπεδο μόρφωσης,
- Εθνικότητα,
- Οικογενειακή κατάσταση,
- Τόπος διαμονής,
- Εργασία κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης,
- Μορφή της εργασιακής σχέσης και
- Ασφαλιστική κάλυψη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

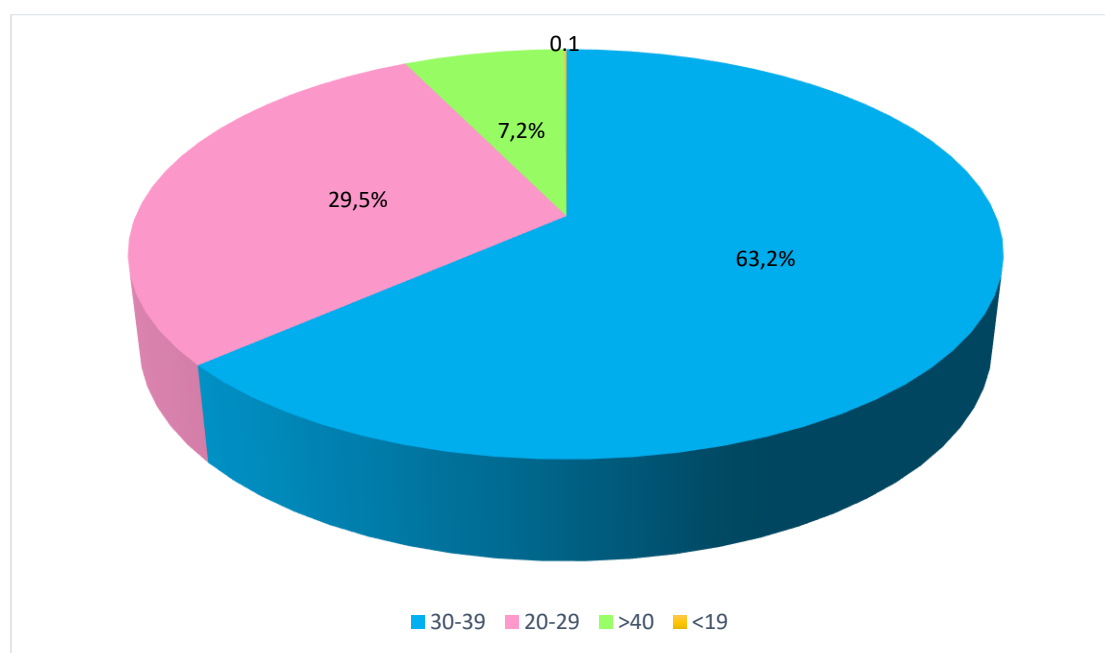
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Ανάλυση ερωτηματολογίου

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

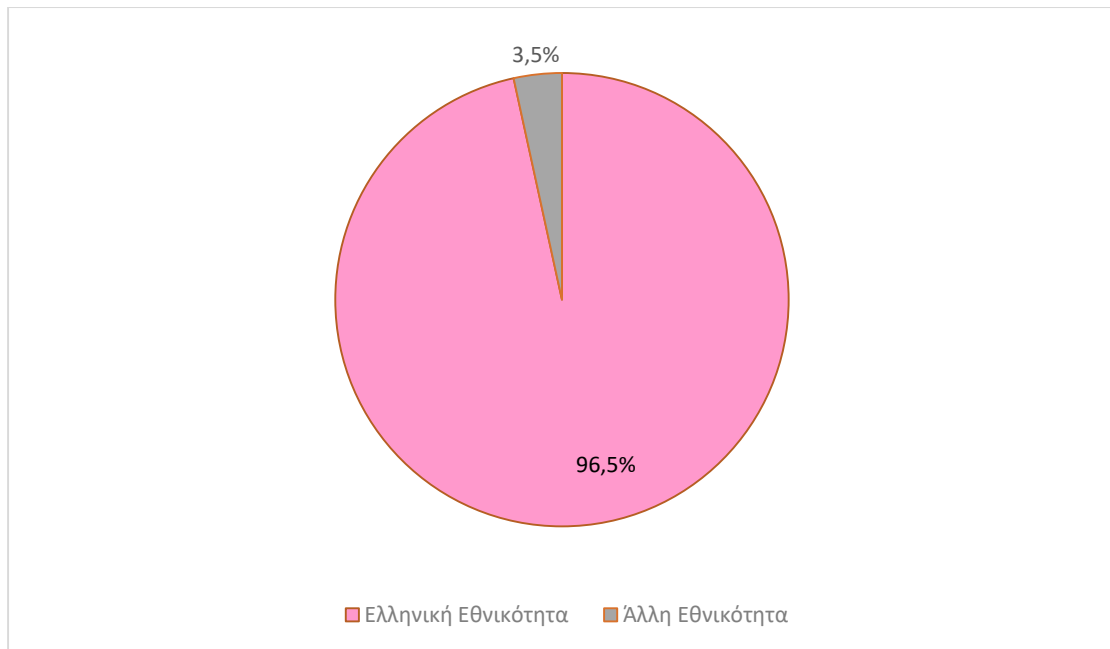
Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν 963 μητέρες, οι οποίες είχαν γεννήσει τα τελευταία δύο (2) χρόνια.

Σε ότι αφορά την ηλικία της μητέρας, οι 610 (ποσοστό 63,2%) ανήκε στις ηλικίες 30-39 ετών, όπου και παρατηρείται η μεγαλύτερη συγκέντρωση του δείγματος. Στη συνέχεια ακολουθούν οι μητέρες ηλικίας 20-29 και είναι 283 στο σύνολο (ποσοστό 29,5%). Έπειτα, οι μητέρες ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 40 ετών ήταν 69 (ποσοστό 7,2%). Τέλος, μητέρες ίσης ή μικρότερης ηλικίας των 19 ετών απάντησε μόνο 1 (ποσοστό 0,1%). (Διάγραμμα 3.1)



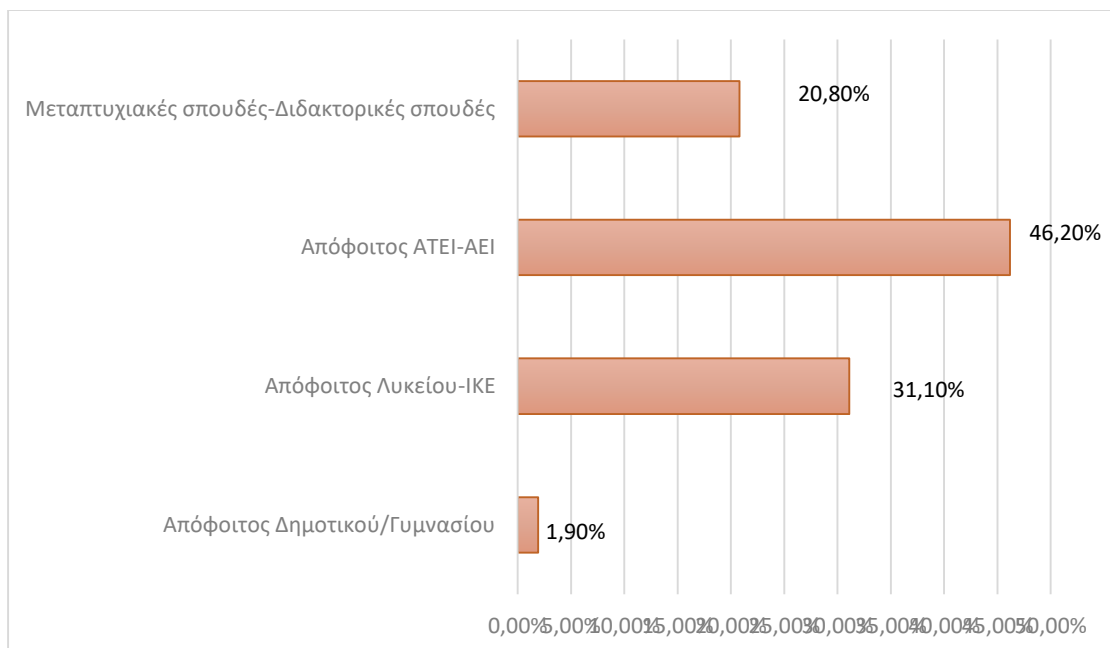
Διάγραμμα 4.1 Ηλικία μητέρας

Σε σχέση με την εθνικότητα της μητέρας, από τις 963 οι 930 ήταν ελληνικής καταγωγής (ποσοστό 96,5%) και οι 33 ανήκαν σε άλλη εθνικότητα (ποσοστό 3,5%).



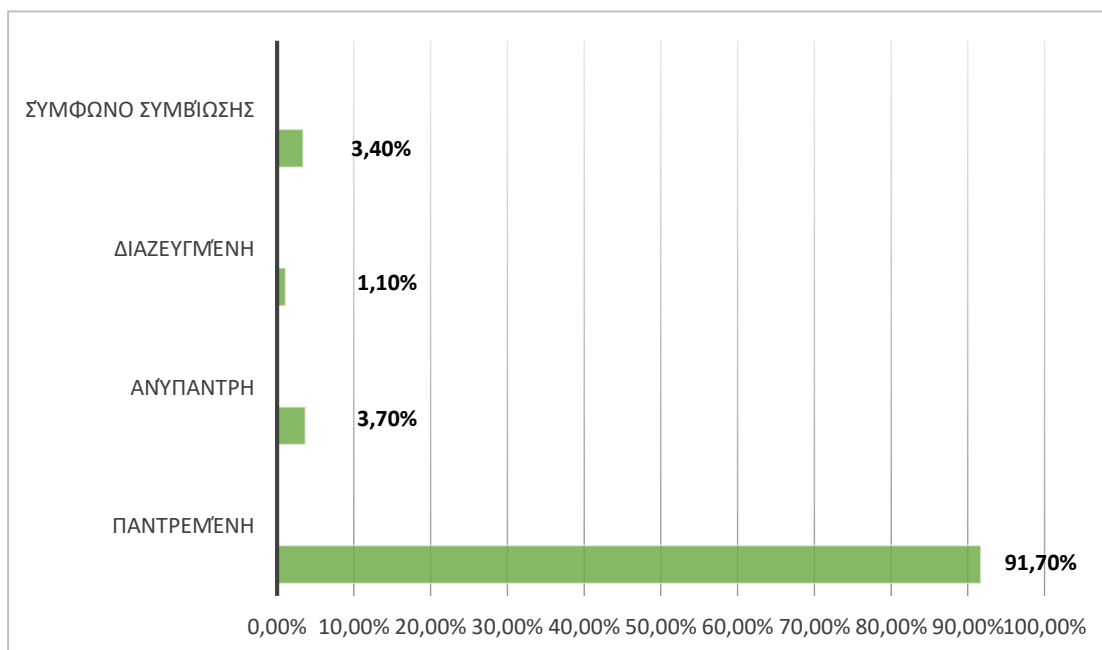
Διάγραμμα 4.2 Εθνικότητα

Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας από τις 963 οι 446 (ποσοστό 46,2%) ήταν οι μητέρες που αποφοίτησαν από ΑΕΙ ή ΤΕΙ και ήταν το μεγαλύτερο ποσοστό. Οι μητέρες που τελείωσαν το Λύκειο αντιστοιχούσαν στις 298 (ποσοστό 31,1%). Έπειτα, μητέρες που ολοκλήρωσαν Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές σπουδές ήταν 201 (ποσοστό 20,8%). Τέλος, οι μητέρες που ολοκλήρωσαν Δημοτικό/Γυμνάσιο ήταν 18 (ποσοστό 1,9%).



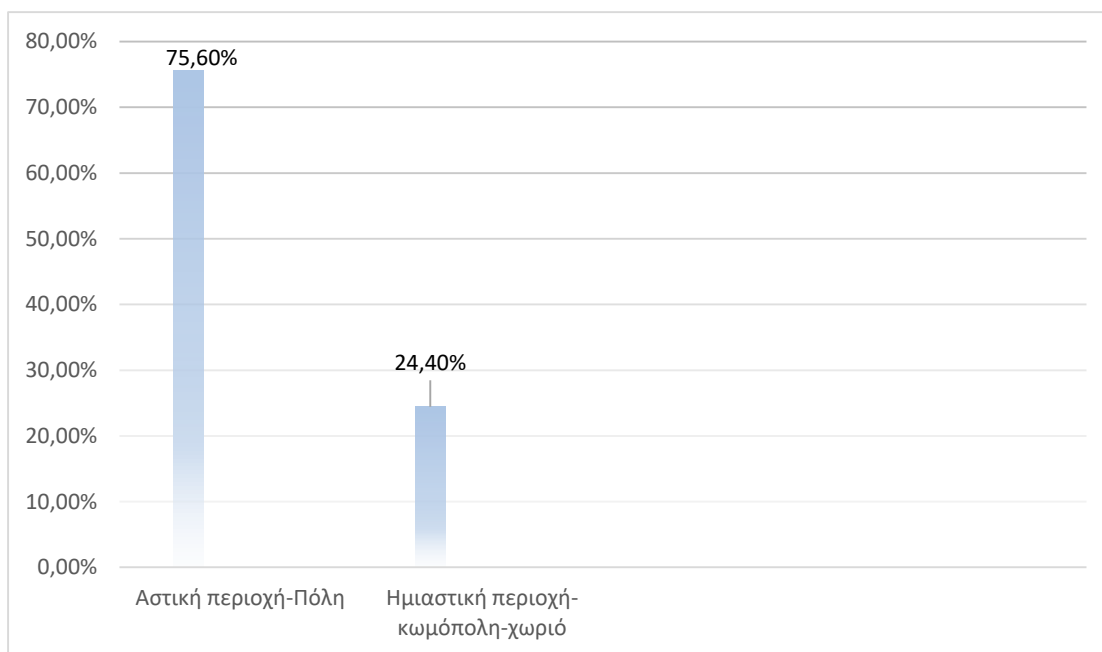
Διάγραμμα 4.3 Επίπεδο μόρφωσης

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την οικογενειακή κατάσταση των μητέρων είναι: οι 883 είναι παντρεμένες (ποσοστό 91,7%). Οι ανύπαντρες είναι 35 (ποσοστό 3,7%). Με σύμφωνο συμβίωσης είναι 33 γυναίκες (ποσοστό 3,4%). Τέλος, διαζευγμένες μητέρες είναι 11 (1,1%).



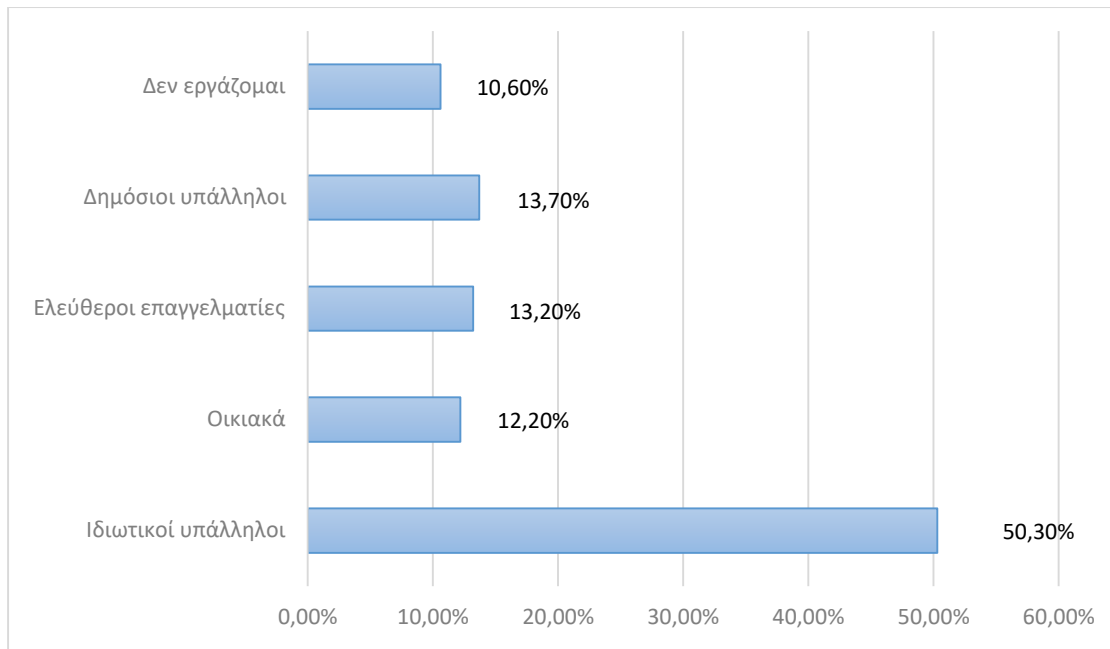
Διάγραμμα 4.4 Οικογενειακή κατάσταση

Στη συνέχεια γίνεται ερώτηση σχετικά με τον τόπο διαμονής των μητέρων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων έμενε σε αστική περιοχή – πόλη, δηλαδή 729 μητέρες (ποσοστό 75,6%). Το υπόλοιπο ποσοστό των μητέρων έμενε σε ημιαστική περιοχή – κωμόπολη – χωριό, δηλαδή οι 234 (ποσοστό 24,4%).



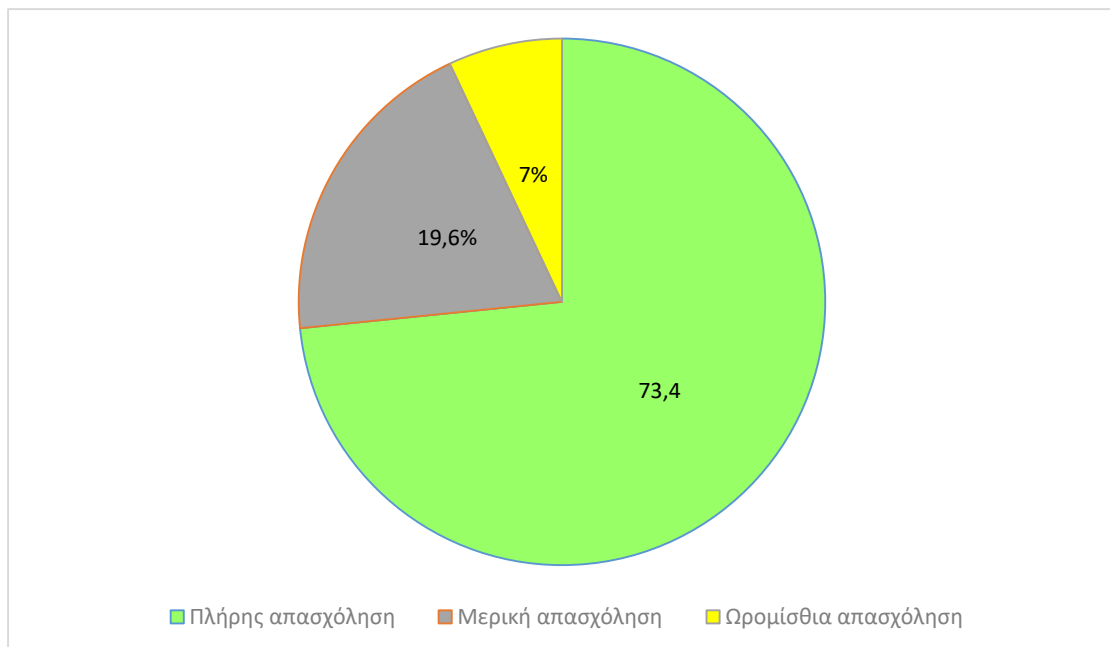
Διάγραμμα 4.5 Τόπος διαμονή

Στην συνέχεια οι μητέρες ερωτούνται για την εργασία τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Από τις 963 οι 484 μητέρες (ποσοστό 50,3%) εργάστηκαν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι. Στη συνέχεια είναι οι μητέρες που ασχολήθηκαν με τα οικιακά και ήταν 131 μητέρες (ποσοστό 12,2%). Ως ελεύθεροι επαγγελματίες εργάστηκαν 128 μητέρες (ποσοστό 13,7%). Το σύνολο των 118 μητέρων αντιστοιχούσε στις μητέρες που εργάστηκαν ως δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 13,2%). Τέλος, οι μητέρες που εργάζονταν ήταν 102 (ποσοστό 10,6%).



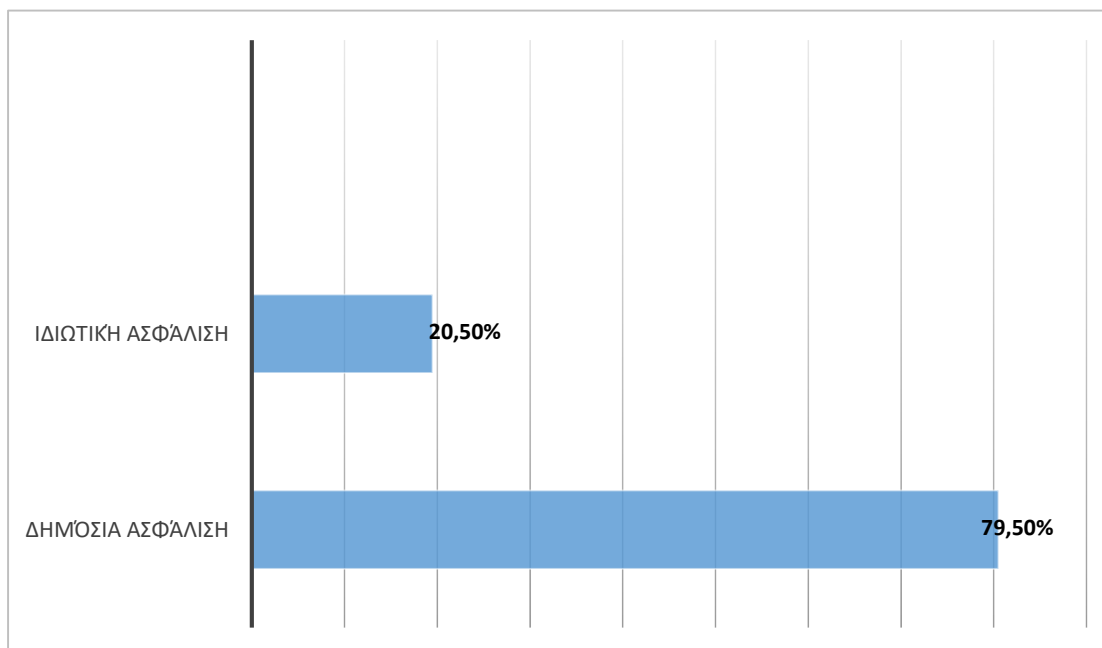
Διάγραμμα 4.6 Εργασία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Σχετικά με την μορφή της εργασίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι 562 μητέρες εργάστηκαν με πλήρη απασχόληση (ποσοστό 73,4%). Στη συνέχεια είναι οι μητέρες με μερική απασχόληση που είναι 149 (ποσοστό 19,6%). Τελευταίες είναι οι μητέρες με ωρομίσθια απασχόληση που είναι 53 (ποσοστό 7,0%).



Διάγραμμα 4.7 Μορφή εργασιακής σχέσης

Το τελευταίο ερώτημα αφορά την ασφαλιστική κάλυψη που είχαν οι μητέρες. Οι 775 είχαν δημόσια ασφάλιση (ποσοστό 79,5%). Με ιδιωτική ασφάλιση ήταν 188 μητέρες (ποσοστό 20,5%).



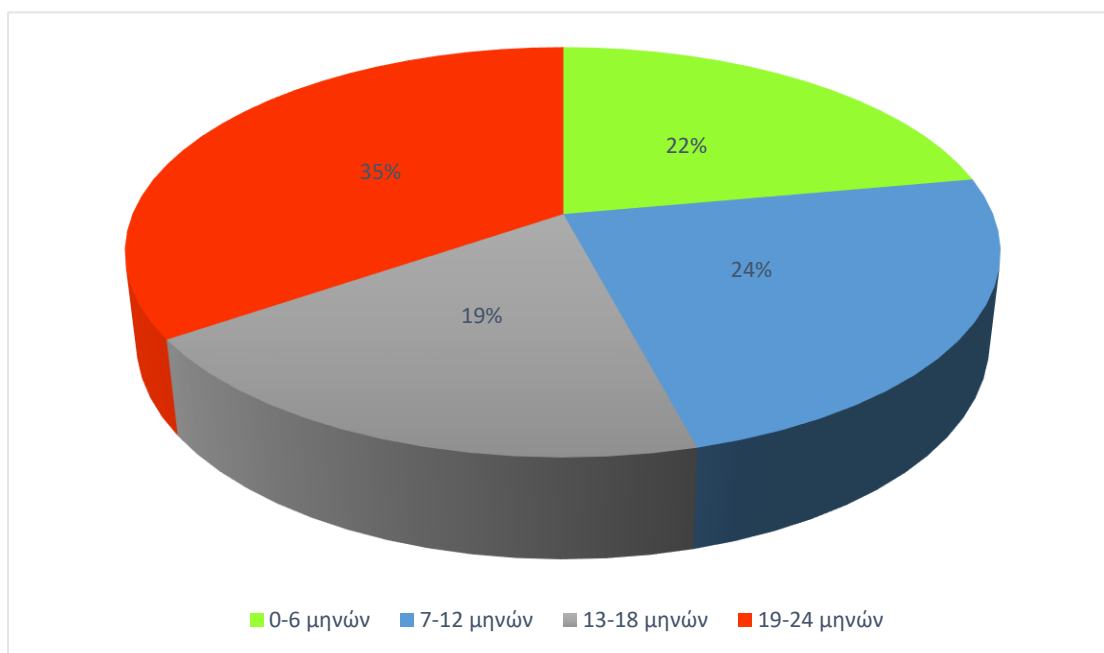
Διάγραμμα 4.8 Ασφαλιστική κάλυψη

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Στο μέρος για το μαιευτικό ιστορικό για την μητέρα οι ερωτήσεις αφορούν:

- Την ηλικία του τελευταίου της παιδιού
- Πόσα παιδιά έχει η μητέρα
- Εάν θήλασε το προηγούμενο παιδί της
- Τον τόπο που γέννησε το τελευταίο της παιδί
- Τον τρόπο που γέννησε το τελευταίο της μωρό
- Το βάρος του τελευταίου της μωρού
- Την εβδομάδα κύησης που βρισκόταν η μητέρα και γέννησε το τελευταίο της μωρό
- Εάν χρειάστηκε να νοσηλευτεί στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) το τελευταίο της μωρό.

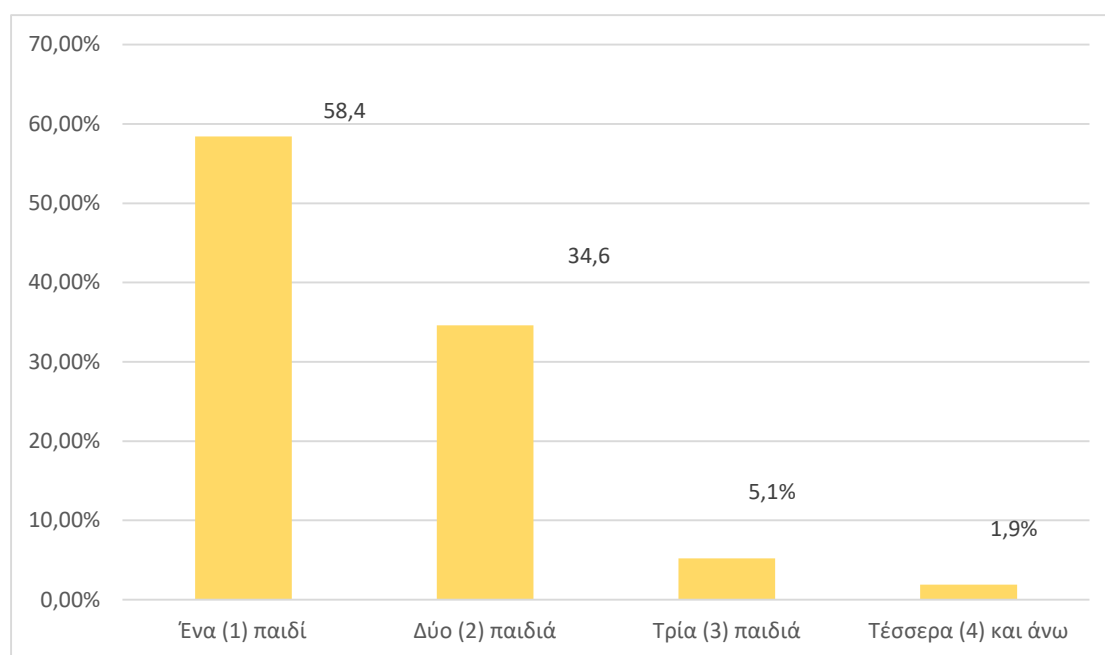
Η πρώτη ερώτηση που τέθηκαν να απαντήσουν οι μητέρες ήταν η ηλικία του τελευταίου τους παιδιού. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων απάντησε 19-24 μηνών και ήταν 331 στο σύνολο (ποσοστό 34,6%). Οι 230 μητέρες (ποσοστό 23,8%) είχαν παιδιά από 7 έως 12 μηνών. Οι 212 μητέρες (ποσοστό 22,1%) είχαν παιδιά από 0 έως 6 μηνών. Τέλος, οι 190 μητέρες (ποσοστό 19,5%) είχαν παιδιά από 13 έως 18 μηνών.



Διάγραμμα 4.9 Ηλικία τελευταίου παιδιού

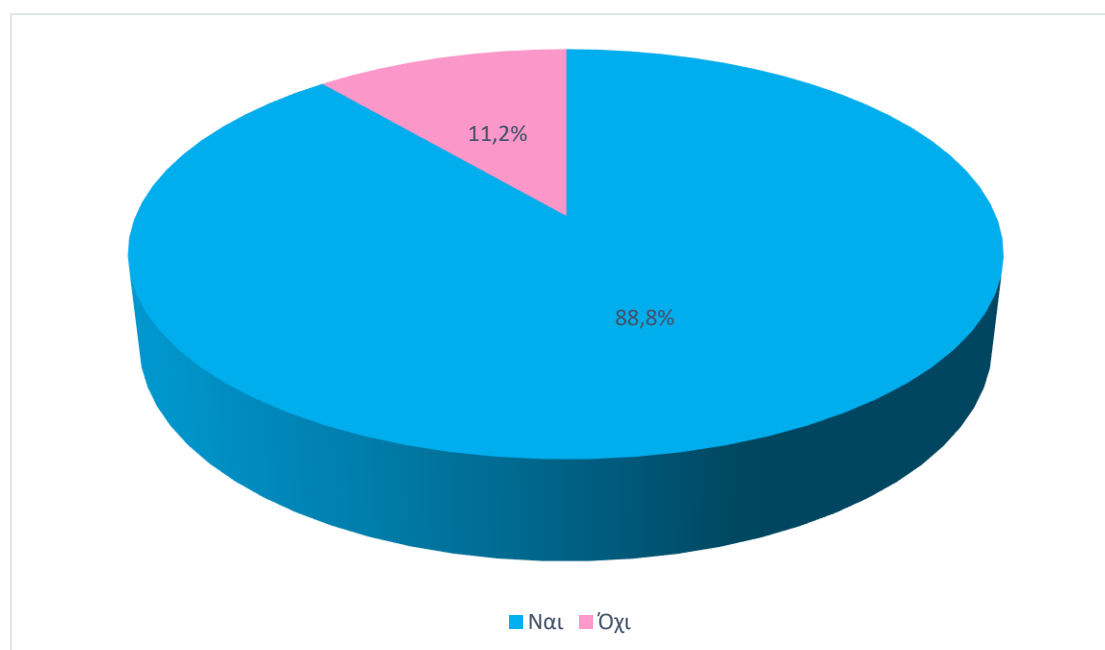
Η επόμενη ερώτηση αφορά για τον αριθμό των παιδιών που έχει η μητέρα. Οι 559 μητέρες απάντησαν πως είχαν ένα (1) παιδί (ποσοστό 58,4%). Οι 336 μητέρες είχαν δύο (2) παιδιά (ποσοστό 34,6%). Οι 50 μητέρες είχαν τρία (3) παιδιά (ποσοστό

5,1%). Τέλος, τέσσερα (4) παιδιά και άνω είχαν 18 μητέρες (ποσοστό 1,9%).



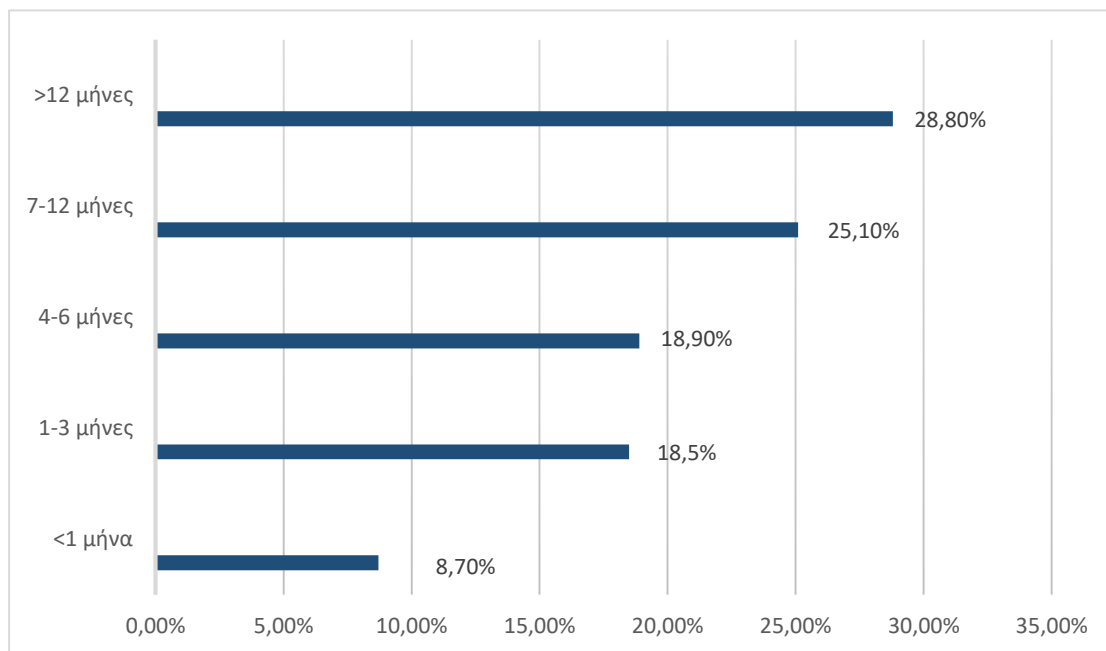
Διάγραμμα 4.10 Αριθμός παιδιών

Στη επόμενη ερώτηση οι μητέρες ερωτούνται εάν θήλασαν το προηγούμενο παιδί τους. Οι περισσότερες μητέρες 358 απάντησαν “ναι” (ποσοστό 88,8%). Οι μητέρες που απάντησαν “όχι” ήταν 45 (ποσοστό 11,2%).



Διάγραμμα 4.11 Προηγούμενος θηλασμός

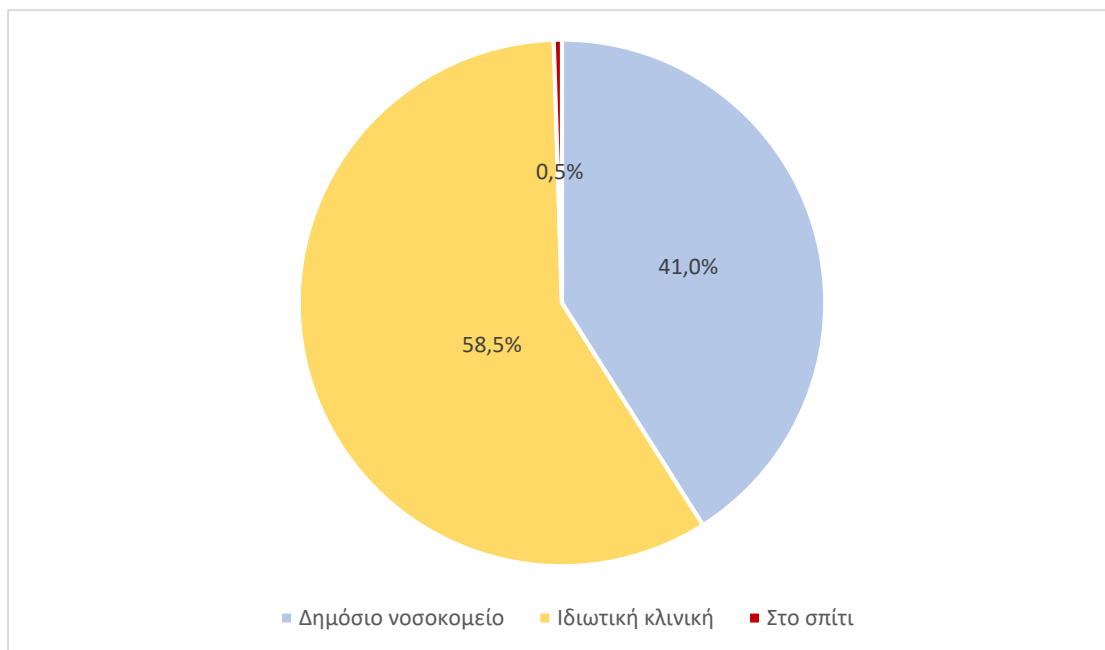
Στην επόμενη ερώτηση κλήθηκαν να απαντήσουν για το διάστημα που θήλασαν το τελευταίο τους παιδί. Οι 116 μητέρες ανέφεραν πως θήλασαν πάνω από 12 μήνες (ποσοστό 28,8%). Οι μητέρες που θήλασαν 7-12 μήνες ήταν 101 (ποσοστό 25,1%). Οι μητέρες που θήλασαν 1-3 μήνες ήταν 76 (ποσοστό 18,9%). Οι μητέρες που θήλασαν 4-6 μήνες ήταν 75 (ποσοστό 18,5%). Τέλος, λιτότερο από ένα (1) μήνα θήλασαν 53 μητέρες (ποσοστό 8,7%).



Διάγραμμα 4.12 Διάρκεια θηλασμού τελευταίου παιδιού

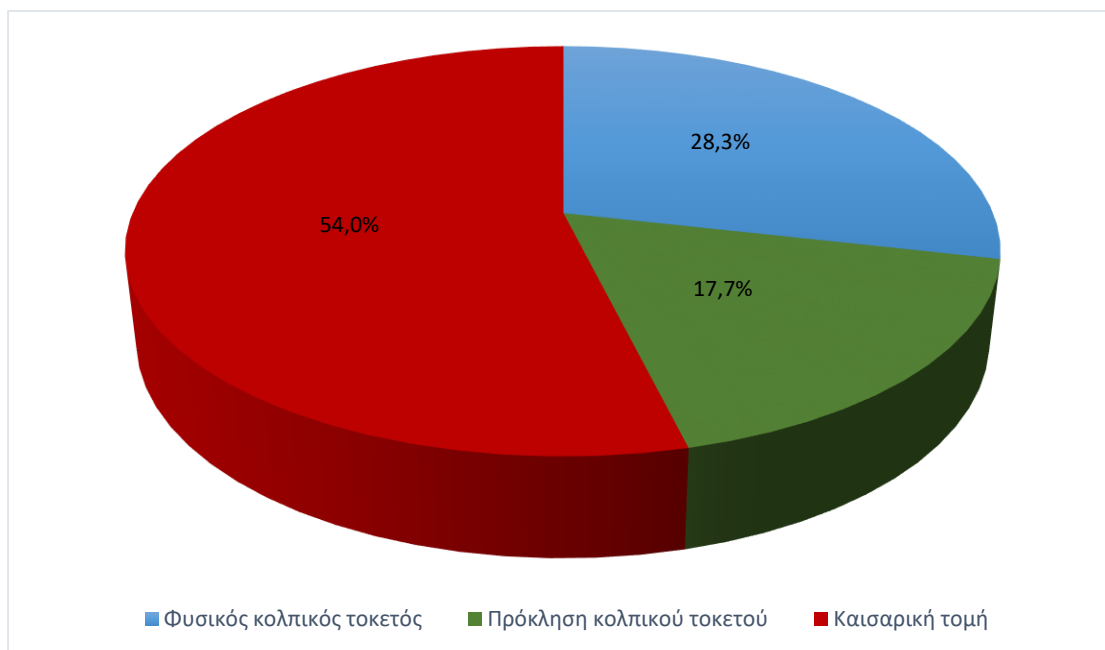
Στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε οι 565 μητέρες γέννησαν σε ιδιωτική κλινική (ποσοστό 58,5%). Σε δημόσιο νοσοκομείο γέννησαν 393 μητέρες (ποσοστό 41,0%).

Στο σπίτι τους θέλησαν να γεννήσουν 5 μητέρες (ποσοστό 0,5%).



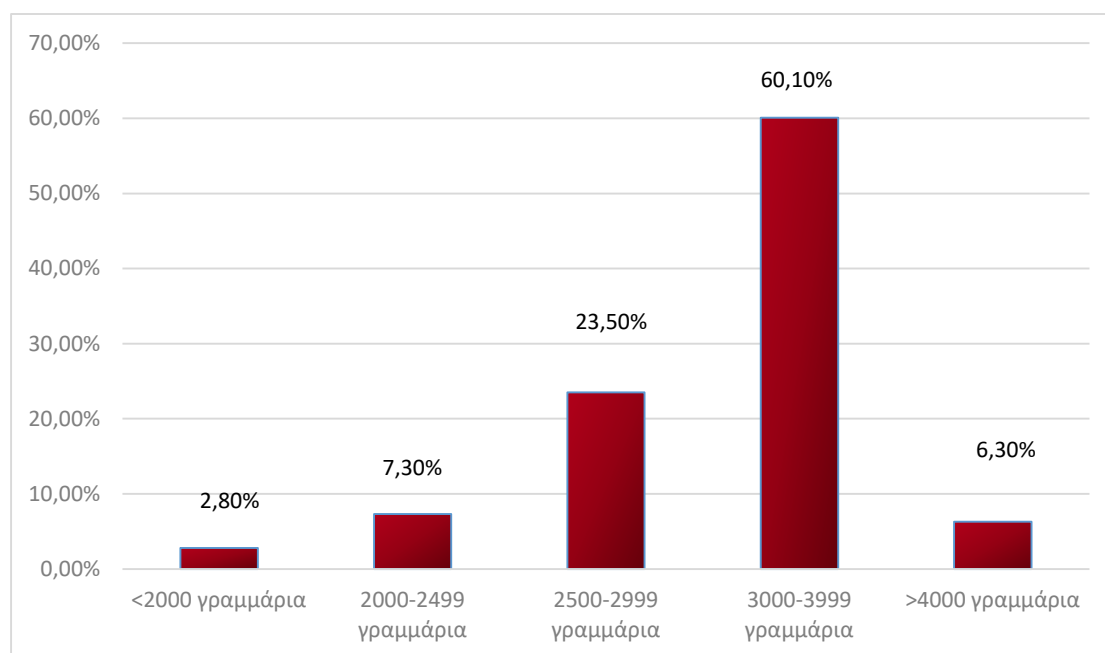
Διάγραμμα 4.13 Τόπος γέννησης

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τον τρόπο που γεννήσαν οι μητέρες. Οι 518 μητέρες γεννήσαν με καισαρική τομή (ποσοστό 54,0%). Οι 275 μητέρες γεννήσαν με φυσικό κολπικό τοκετό (ποσοστό 28,3%). Τέλος, με πρόκληση κολπικού τοκετού γεννήσαν 170 μητέρες (ποσοστό 17,7%).



Διάγραμμα 4.14 Τρόπος τοκετού

Η αμέσως επόμενη ερώτηση αφορά το βάρος που είχε το τελευταίο μωρό στην γέννησή του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων απάντησε 3000-3999 γραμμάρια και ήταν 579 μητέρες (ποσοστό 60,1%). Οι απαντήσεις για τα γραμμάρια 2500-2999 ήταν 227 (ποσοστό 23,5%). Οι απαντήσεις για 2000-2499 γραμμάρια ήταν 70 (ποσοστό 7,2%). Οι 60 μητέρες ήταν όσες τα μωρά τους ήταν πάνω από 4000 γραμμάρια (ποσοστό 6,3%). Οι 28 μητέρες απάντησαν πως τα μωρά τους ήταν κάτω από 2000 γραμμάρια (ποσοστό 2,8%).

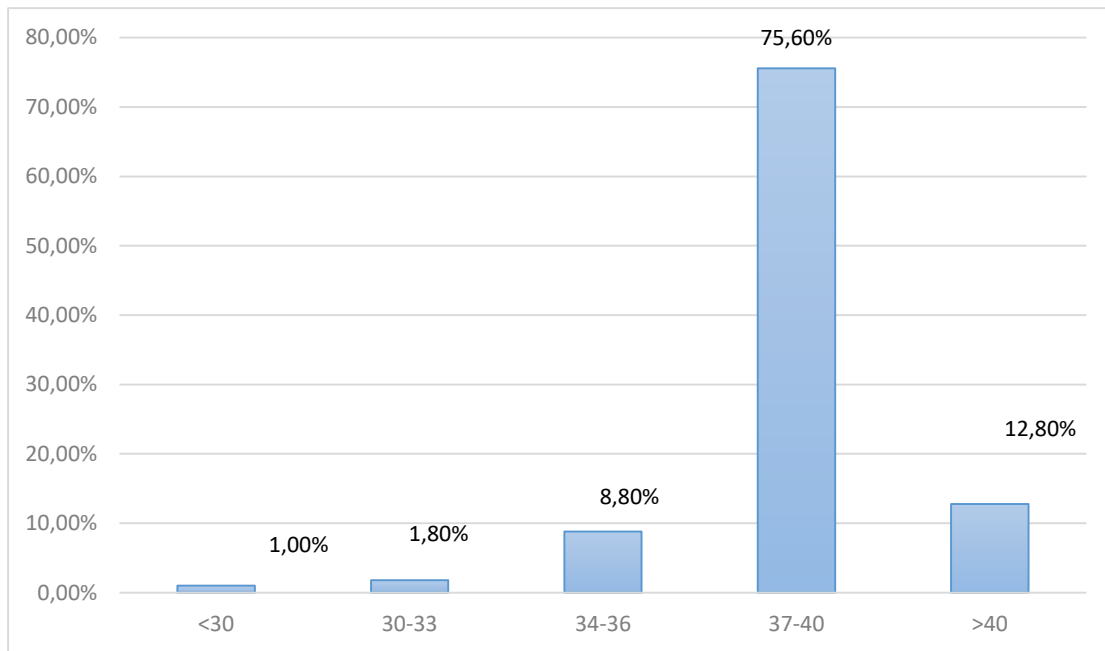


Διάγραμμα 4.15 Βάρος γέννησης τελευταίου μωρού

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων 728 γέννησαν στις 37-40 εβδομάδες (ποσοστό 75,6%). Στη συνέχεια 123 μητέρες γέννησαν μετά από 41 εβδομάδες (ποσοστό 12,8%). Οι μητέρες που γέννησαν στις 34-36 εβδομάδες ήταν 85 (ποσοστό 8,8%). Επόμενες είναι οι μητέρες που γέννησαν στις 30-33 εβδομάδες και ήταν 17 (ποσοστό 1,8%). Τέλος, 11 μητέρες γέννησαν πριν τις 30 εβδομάδες

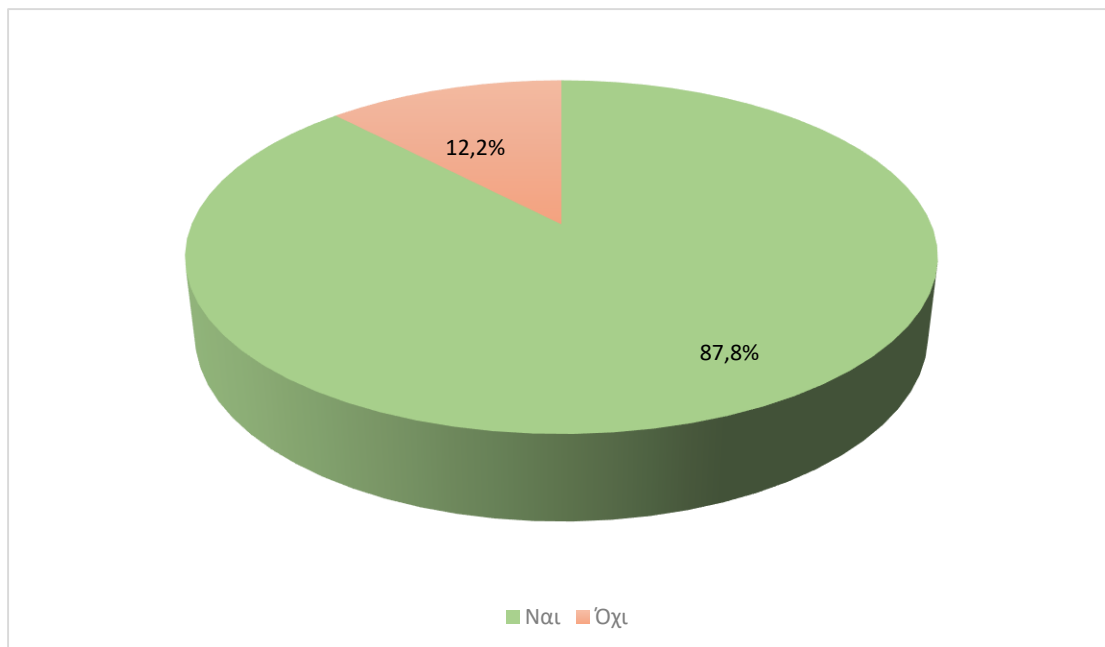
(ποσοστό

1,0%).



Διάγραμμα 4.16 Εβδομάδα κύησης γέννησης τελευταίου μωρού

Η τελευταία ερώτηση όσον αφορά το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας αφορά το τελευταίο της μωρό εάν χρειάστηκε να νοσηλευτεί στη ΜΕΝΝ. Οι 846 μητέρες απάντησαν “όχι” (ποσοστό 87,8%). Οι 117 μητέρες απάντησαν “ναι” (12,2%).



Διάγραμμα 4.17 Ανάγκη νοσηλείας του τελευταίου νεογνού στη ΜΕΝΝ

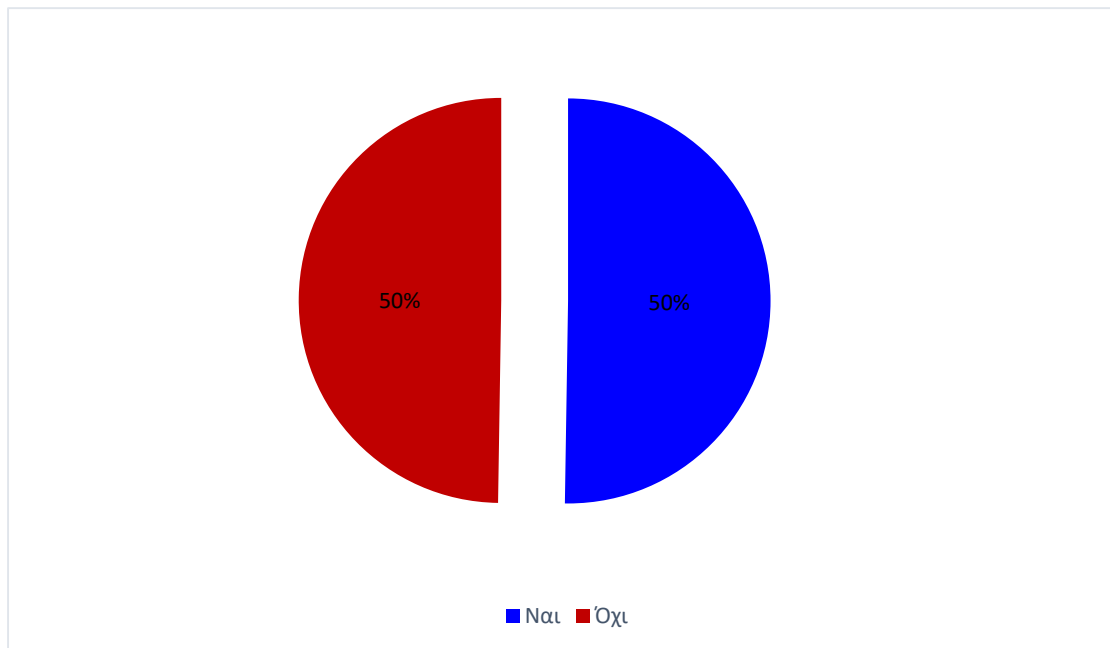
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Οι ερωτήσεις στο μέρος αυτό αφορούν τις πρακτικές των μαιευτηρίων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν ήταν οι εξής:

- Παρακολούθησατε μαθήματα και ενημερωθήκατε για τα οφέλη, τις θέσεις και τις στάσεις του μητρικού θηλασμού;
- Το προσωπικό του μαιευτηρίου σας βοήθησε να τοποθετήσατε το μωρό στο στήθος την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό ή όταν ήσασταν σε θέση να το κάνετε;
- Πώς τοποθετήσατε το μωρό στο στήθος την πρώτη φορά;
- Είχατε το μωρό μαζί σας 24 ώρες το 24ωρο (συγκατοίκηση/Rooming -in);
- Το προσωπικό του μαιευτηρίου σας βοήθησε να διατηρήσετε τη γαλουχία σας στην περίπτωση που το μωρό σας θα έπρεπε να αποχωριστεί από κοντά σας;
- Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο δώσατε στο μωρό σας άλλη τροφή εκτός από το μητρικό γάλα;
- Φεύγοντας από το νοσοκομείο /κλινική σας δόθηκε συνταγή ή σημείωμα για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος;

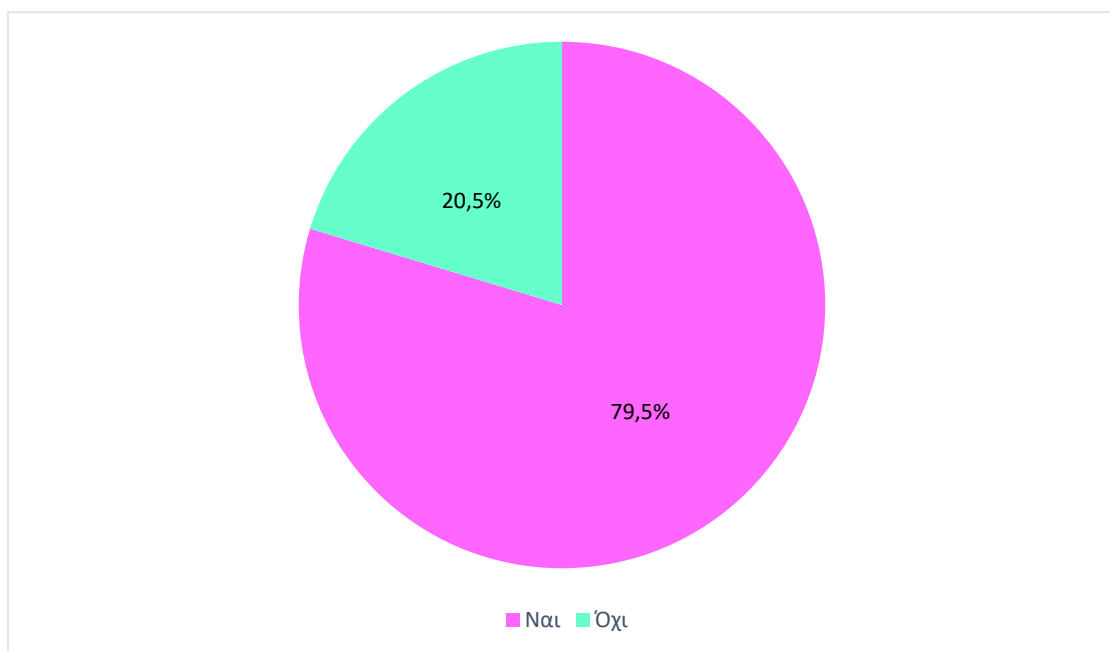
Στην ερώτηση εάν παρακολούθησαν μαθήματα και ενημερώθηκαν για τον θηλασμό οι 482 απαντήσεις που έδωσαν οι μητέρες ήταν “ναι” (ποσοστό 50,2%). Οι μητέρες

που απάντησαν “όχι” ήταν 481 (ποσοστό 49,8%).



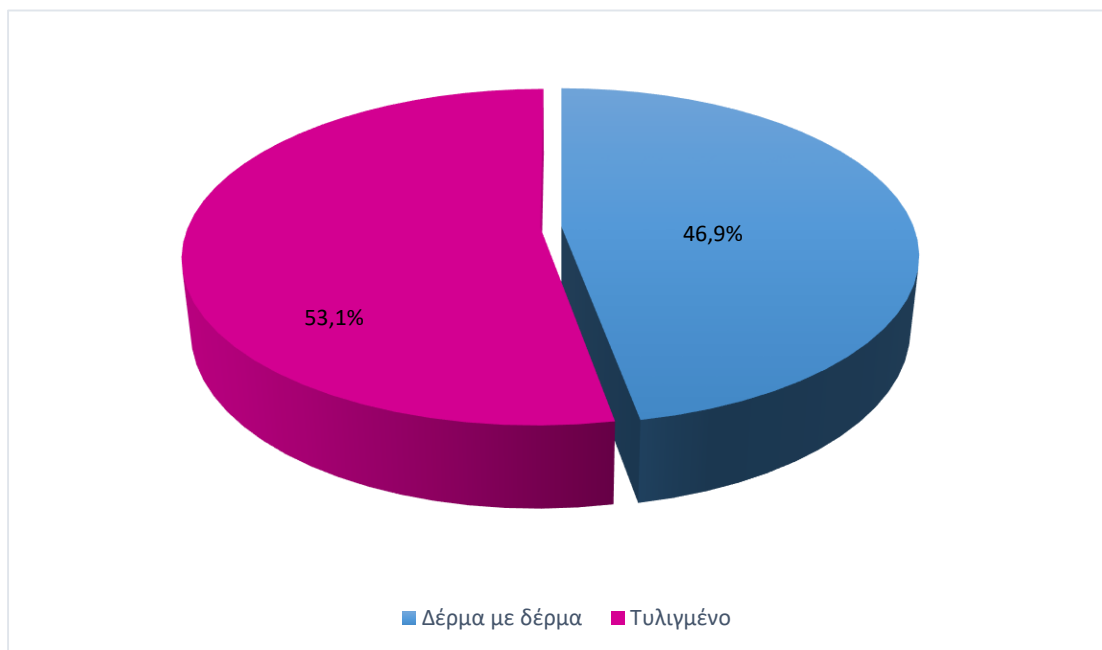
Διάγραμμα 4.18 Παρακολουθήσατε μαθήματα και ενημερωθήκατε για τα οφέλη, τις θέσεις και τις στάσεις του μητρικού θηλασμού;

Στην συνέχεια οι μητέρες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν τους βοήθησε το προσωπικό στο μαιευτήριο για να τοποθετήσουν την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό το μωρό στο στήθος για να θηλάσουν. Οι μητέρες που έδωσαν θετική απάντηση ήταν 767 (ποσοστό 79,5%). Οι μητέρες που έδωσαν αρνητική απάντηση ήταν 196 (ποσοστό 20,5%).



Διάγραμμα 4.19 Το προσωπικό του μαιευτηρίου σας βοήθησε να τοποθετήσετε το μωρό στο στήθος την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό ή όταν ήσασταν σε θέση να το κάνετε;

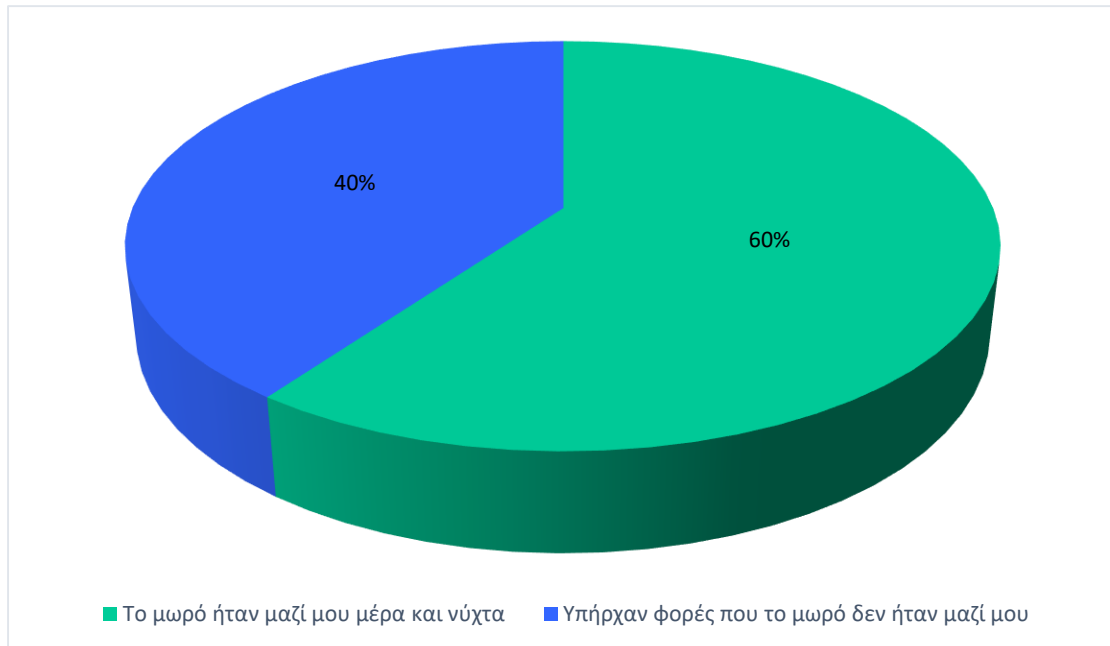
Η επόμενη ερώτηση αφορά τον τρόπο τοποθέτησης του μωρού στο στήθος. Οι 510 μητέρες απάντησαν πως ήταν τυλιγμένο (ποσοστό 53,1%). Οι 435 μητέρες απάντησαν δέρμα με δέρμα (ποσοστό 46,9%).



Διάγραμμα 4.20 Πώς τοποθετήσατε το μωρό στο στήθος την πρώτη φορά;

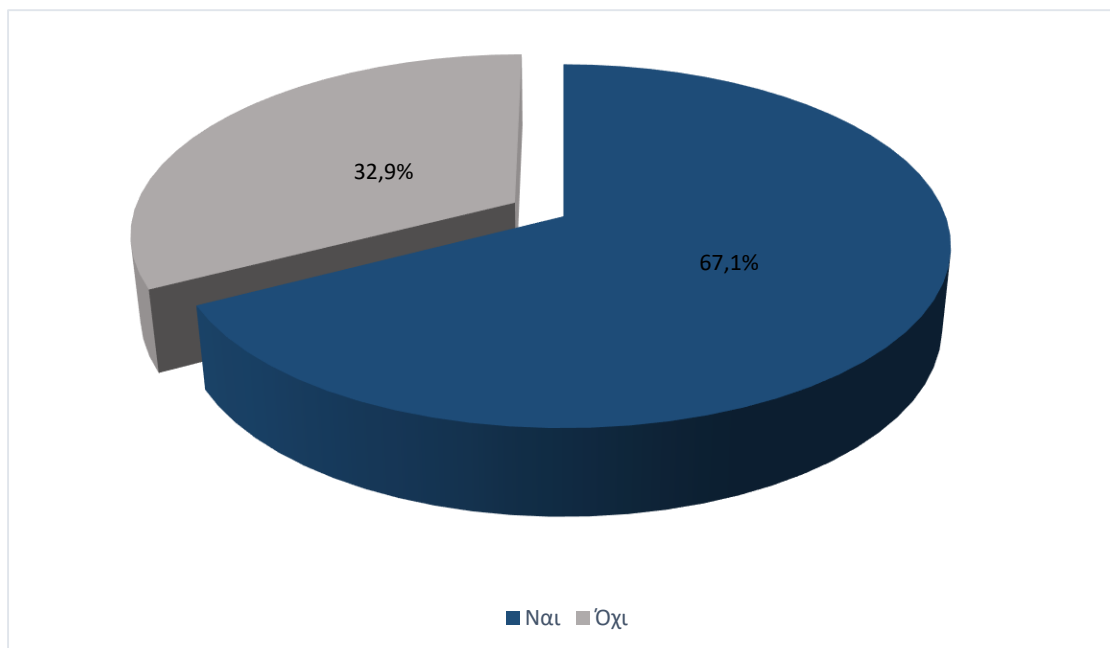
Η επόμενη ερώτηση που απάντησαν οι μητέρες ήταν έναν είχαν το μωρό τους 24 ώρες το 24ωρο μαζί τους (Rooming-in). Οι 577 μητέρες (ποσοστό 60,0%) απάντησαν πως είχαν το μωρό τους μαζί 24 ώρες το 24ωρο. Οι μητέρες που απάντησαν πως δεν

είχαν συνέχεια το μωρό μαζί τους ήταν 386 (ποσοστό 40,0%).



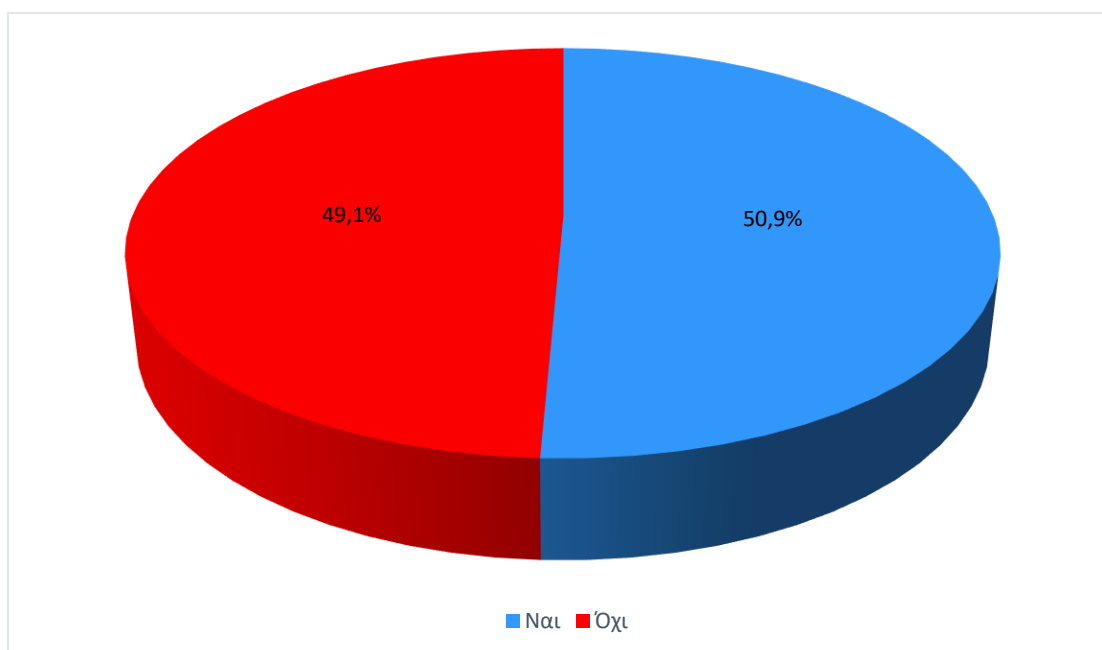
Διάγραμμα 4.21 Είχατε το μωρό μαζί σας 24 ώρες το 24ωρο (συγκατοίκηση/Rooming -in);

Στην ερώτηση εάν το προσωπικό του νοσοκομείου βοήθησε τις μητέρες να διατηρήσουν την γαλουχία τους στην περίπτωση που το μωρό θα έπρεπε να αποχωριζόταν από κοντά της, οι 648 μητέρες (ποσοστό 67,1%) απάντησε “ναι”. Οι 315 μητέρες στην ερώτηση αυτή απάντησαν “όχι” (ποσοστό 32,9%).



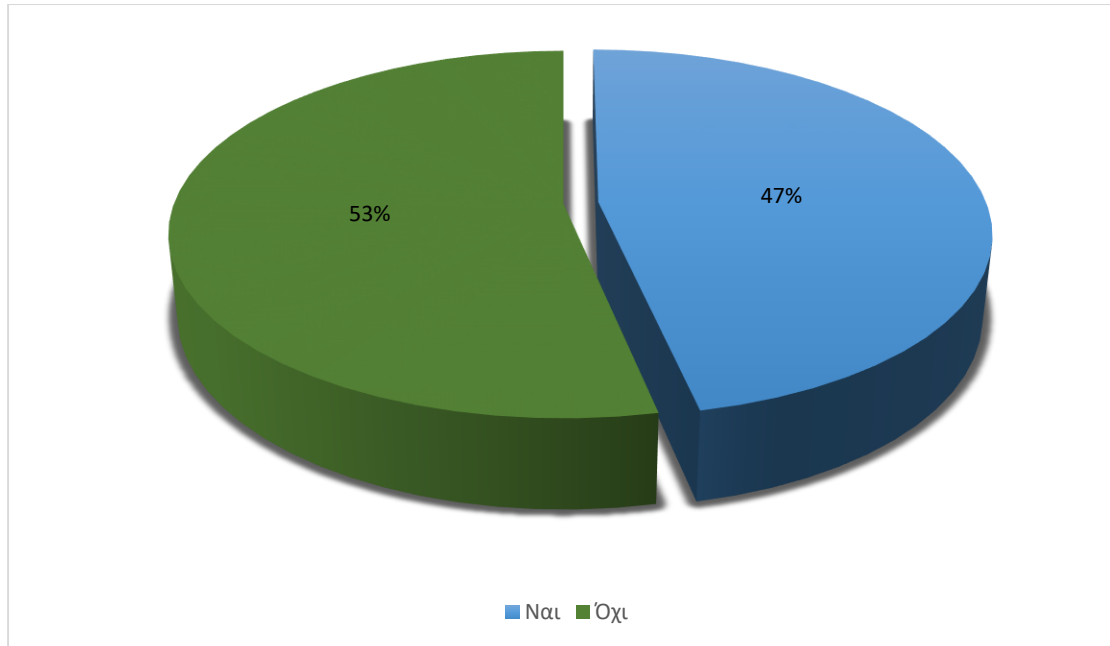
Διάγραμμα 4.22 Το προσωπικό του μαιευτηρίου σας βοήθησε να διατηρήσετε τη γαλουχία σας στην περίπτωση που το μωρό σας θα έπρεπε να αποχωριστεί από κοντά σας;

Στην ερώτηση εάν οι μητέρες κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο δώσανε στο μωρό τους άλλη τροφή εκτός από μητρικό γάλα οι 488 μητέρες απάντησαν “ναι” (ποσοστό 50,9%), ενώ οι 475 μητέρες απάντησαν “όχι” (ποσοστό 49,1%).



Διάγραμμα 4.23 Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο δώσατε στο μωρό σας άλλη τροφή εκτός από το μητρικό γάλα;

Η τελευταία ερώτηση που έγινε στο μέρος αυτό ήταν εάν φεύγοντας από το νοσοκομείο /κλινική δόθηκε συνταγή ή σημείωμα για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος στις μητέρες. Οι 513 μητέρες απάντησαν “όχι” (ποσοστό 53,0%). Οι 450 μητέρες απάντησαν “ναι” (ποσοστό 47,0%).



Διάγραμμα 4.24 Φεύγοντας από το νοσοκομείο /κλινική σας δόθηκε συνταγή ή σημείωμα για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος;

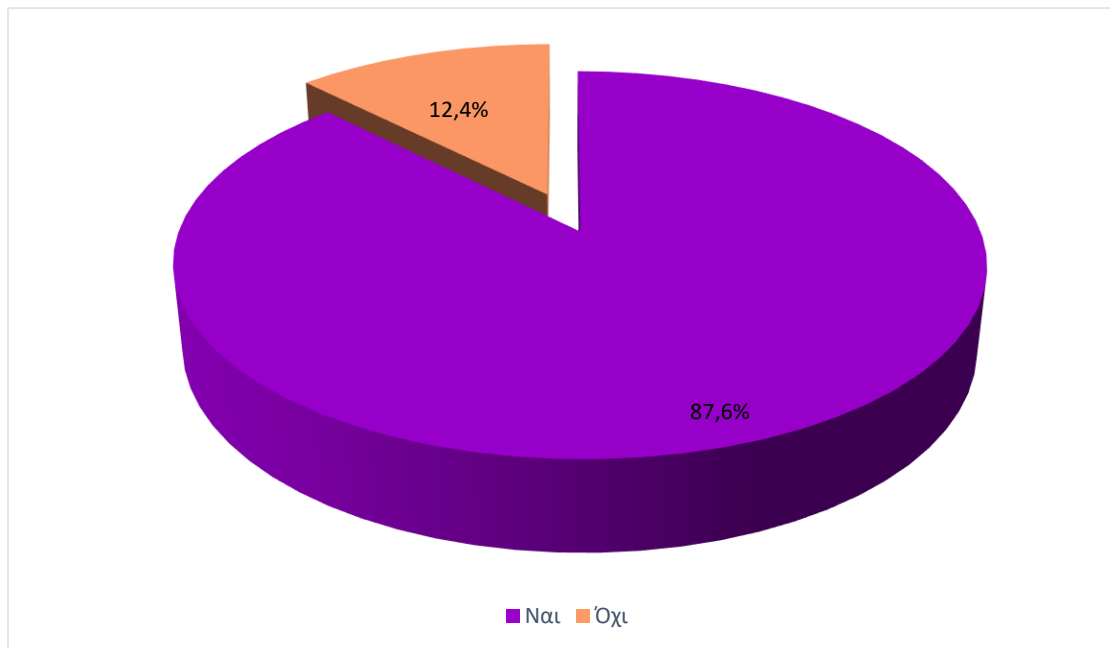
ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Στο μέρος αυτό οι μητέρες ερωτήθηκαν τα εξής:

- Θηλάσατε το μωρό σας το πρώτο 24ωρο της ζωής του;
- Κάνατε/κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό δηλαδή μόνο μητρικό γάλα, στήθος ή θήλαστρο;
- Κάνατε/κάνετε μεικτό θηλασμό δηλαδή συνδυασμό μητρικού γάλακτος και υποκατάστατων (ξένο γάλα);
- Ποίοι είναι οι βασικοί λόγοι για τους οποίους θέλατε/ θέλετε να θηλάσετε το μωρό σας;
- Είχατε την πρόθεση να κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό;
- Ήσασταν ενημερωμένη για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;
- Από που είχατε ενημερωθεί για τα οφέλη;

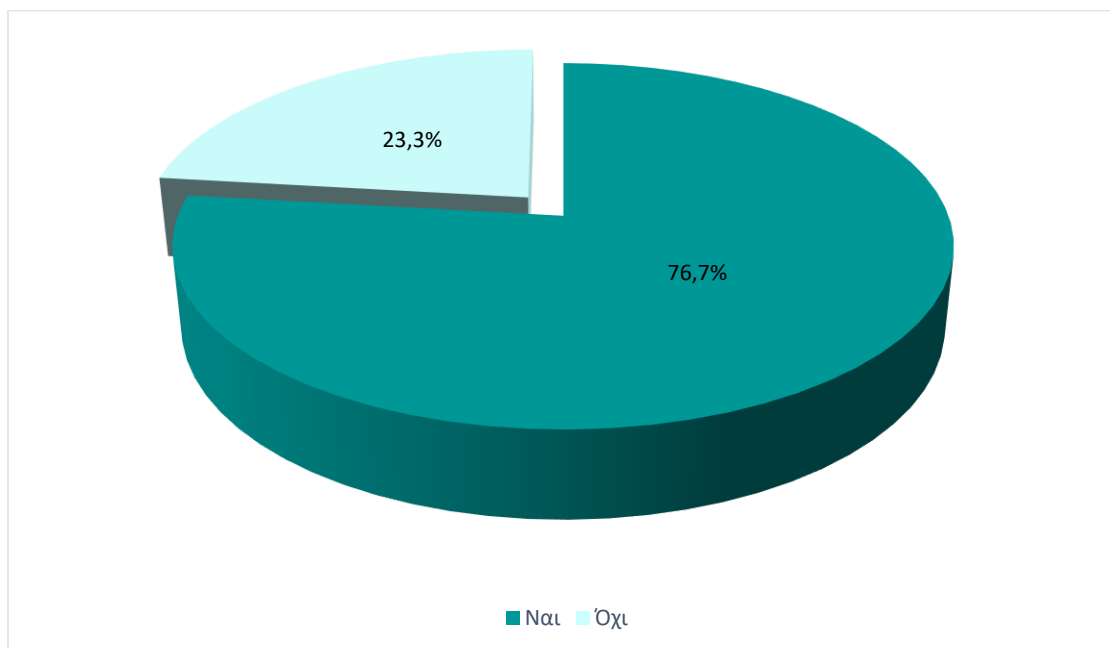
Στην πρώτη ερώτηση εάν θήλασαν το μωρό τους το πρώτο 24ωρο, 844 μητέρες απάντησαν “ναι” (ποσοστό 87,6%), ενώ 119 μητέρες απάντησαν “όχι” (ποσοστό

12,4%).



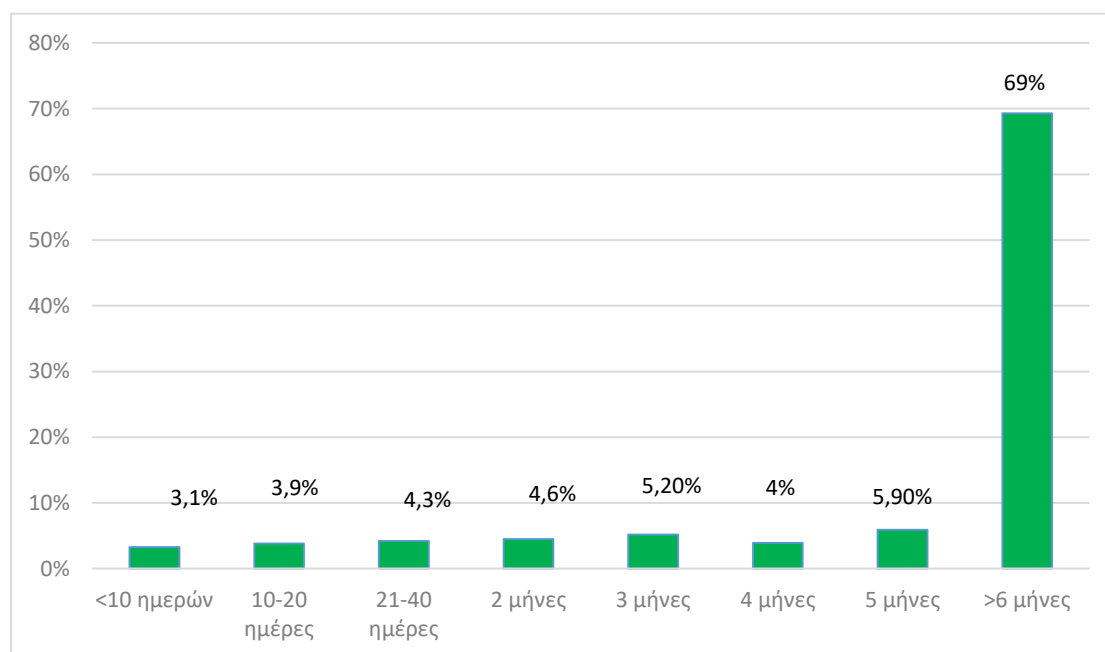
Διάγραμμα 4.25 Θηλάσατε το μωρό σας το πρώτο 24ωρο της ζωής του;

Στην επόμενη ερώτηση οι μητέρες έδωσαν απάντηση εάν έκαναν ή συνεχίζουν να κάνουν αποκλειστικό θηλασμό. Οι 740 μητέρες απάντησαν “ναι” (ποσοστό 76,7%), ενώ οι 223 απάντησαν “όχι” (ποσοστό 23,3%).



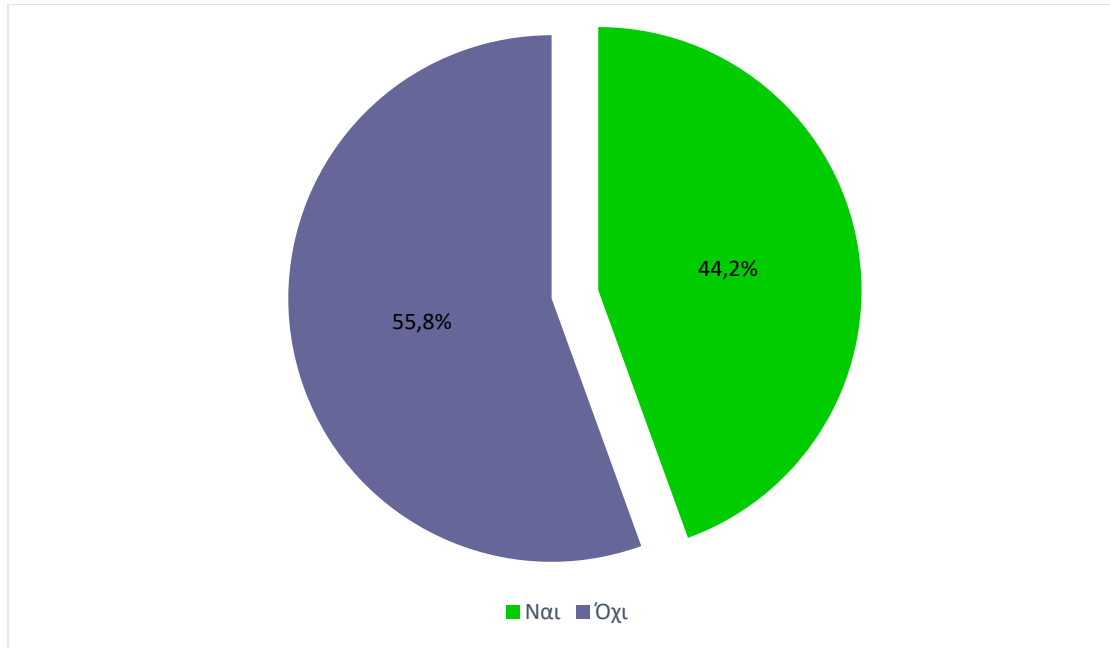
Διάγραμμα 4.26 Κάνετε/κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό δηλαδή μόνο μητρικό γάλα, στήθος ή θήλαστρο;

Για τις μητέρες που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, αμέσως μετά απάντησαν στην ερώτηση, για πόσο χρονικό διάστημα έκαναν αποκλειστικό θηλασμό. Αποκλειστικό θηλασμό πάνω από έξι (6) μήνες απάντησαν 514 μητέρες (ποσοστό 69,3%). Για πέντε (5) μήνες θήλασαν 43 μητέρες (ποσοστό 5,9%). Για δύο (2) μήνες θήλασαν 38 μητέρες (ποσοστό 5,2%). Για τρεις (3) μήνες θήλασαν 33 μητέρες (ποσοστό 4,6%). Για 21-40 ημέρες θήλασαν 31 μητέρες (ποσοστού 4,3). Για τέσσερις (4) μήνες θήλασαν 29 μητέρες (ποσοστό 4%). Για λιγότερο από δέκα (10) ημέρες θήλασαν 28 μητέρες (ποσοστό 3 %). Τέλος, για 10-20 ημέρες θήλασαν 24 μητέρες (ποσοστό 3,9%).



Διάγραμμα 4.27 Για πόσο χρονικό διάστημα κάνατε/κάνετε αποκλειστικό θηλασμό;

Σε επόμενη ερώτηση οι μητέρες απαντούν εάν έκαναν μεικτό θηλασμό, δηλαδή συνδυασμό μητρικού γάλακτος και υποκατάστατα (ξένο γάλα). Οι 535 μητέρες απάντησαν “όχι” (ποσοστό 55,8%). Οι 427 μητέρες απάντησαν “ναι” (ποσοστό 44,2%).



Διάγραμμα 4.28 Κάνετε/κάνετε μεικτό θηλασμό δηλαδή συνδυασμό μητρικού γάλακτος και υποκατάστατων (ξένο γάλα);

Η επόμενη ερώτηση αφορά τις μητέρες που έδωσαν θετική απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση και η ερώτηση είναι για το χρονικό διάστημα που έκαναν μεικτό θηλασμό. Για 21-40 ημέρες έκαναν 75 μητέρες (ποσοστό 17,1%). Για περισσότερο από έξι (6) μήνες έκαναν 73 μητέρες (ποσοστό 17,6%). Για λιγότερο από δέκα (10) ημέρες έκαναν 71 μητέρες (ποσοστό 16,6%). Για δύο (2) μήνες έκαναν 58 μητέρες (13,6%). Για 10-20 ημέρες έκαναν 48 μητέρες (ποσοστό 11,5%). Για τρεις (3) μήνες έκαναν 47 μητέρες (ποσοστό 11%). Για τέσσερις (4) μήνες έκαναν 30 μητέρες (ποσοστό 7%). Τέλος, για πέντε (5) μήνες έκαναν 24 μητέρες (ποσοστό

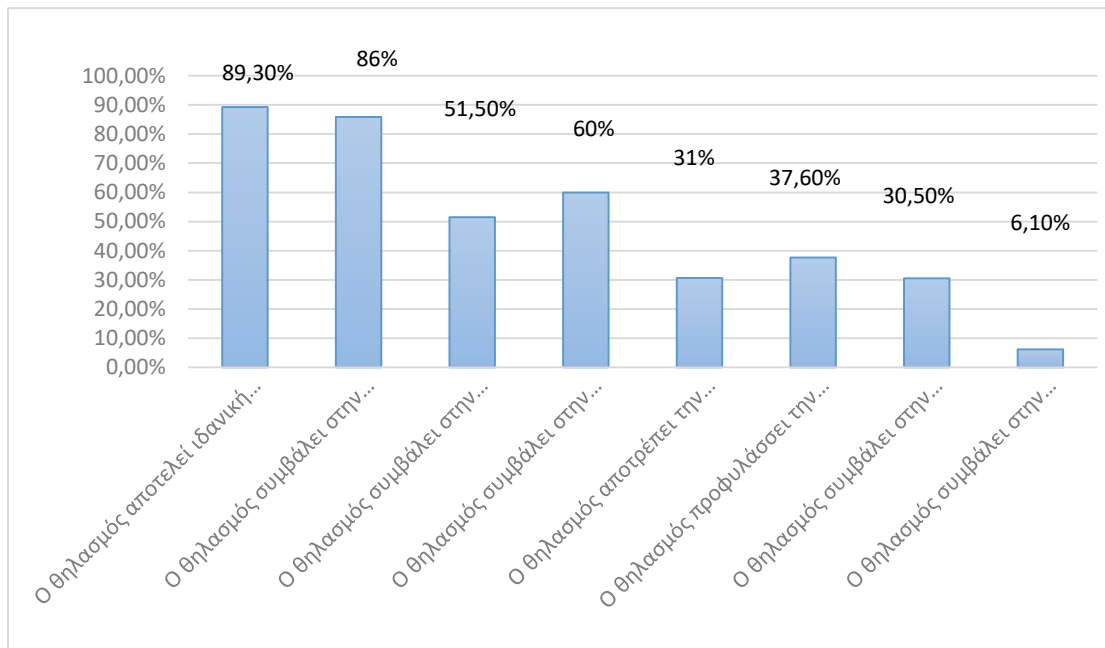
5,6%).



Διάγραμμα 4.29 Για πόσο χρονικό διάστημα κάνατε/κάνετε μεικτό θηλασμό;

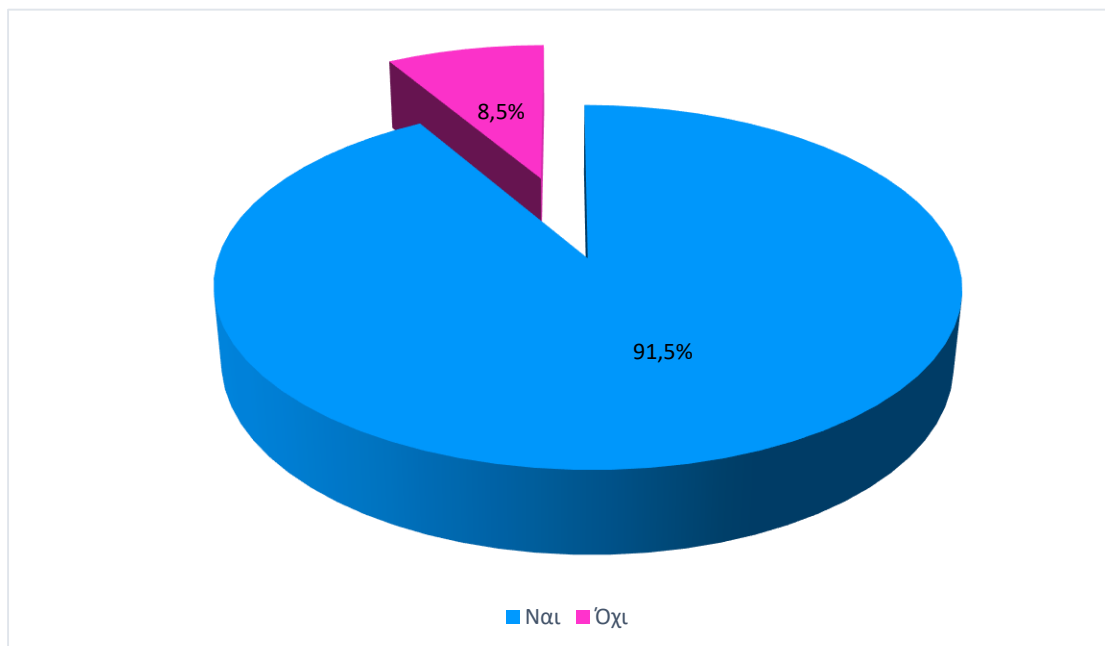
Σημαντική ήταν η ερώτηση που κλήθηκαν να απαντήσουν οι μητέρες που αφορούσε τους λόγους που επέλεξαν τον μητρικό θηλασμό. Στην ερώτηση αυτή είχαν την δυνατότητα να δώσουν παρά πάνω από μία (1) απάντηση. Οι 860 μητέρες απάντησαν πως ο θηλασμός αποτελεί ιδανική τροφή για το βρέφος (ποσοστό 89,3%). Οι 827 μητέρες πως ο θηλασμός συμβάλλει στην πρόληψη υγείας του παιδιού (ποσοστό 85,9%). Στη συνέχεια οι 577 μητέρες απάντησαν πως ο θηλασμός συμβάλλει στην ανάπτυξη ισχυρότερου συναισθηματικού δεσμού μεταξύ μητέρας –παιδιού (ποσοστό 59,9%). Η επόμενη απάντηση που έδωσαν οι 496 μητέρες ήταν ο θηλασμός συμβάλλει στην ανάπτυξη του δείκτη ευφυΐας του παιδιού (ποσοστό 51,5%). Στη συνέχεια οι 404 μητέρες απάντησαν πως ο θηλασμός αποτρέπει την εμφάνιση αλλεργιών στο νεογνό (ποσοστό 31,0%). Οι 362 μητέρες υποστήριξαν πως ο θηλασμός προφυλάσσει την μητέρα από την εμφάνιση γυναικολογικών καρκίνων (ποσοστό 37,6%). Ακόμη, 295 μητέρες πιστεύουν πως ο θηλασμός συμβάλλει στην εξοικονόμηση χρημάτων για την οικογένεια (ποσοστό 30,5%). Τέλος, 59 μητέρες υποστηρίζουν πως ο θηλασμός

συμβάλει στην εξοικονόμηση χρημάτων για το κράτος (ποσοστό 6,1%).



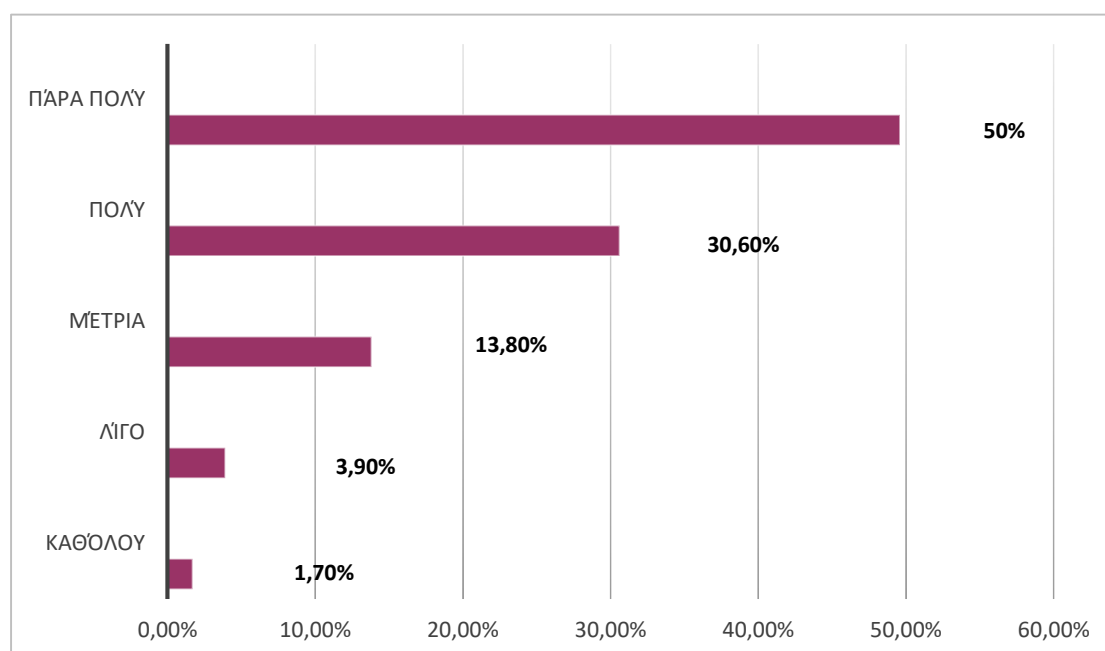
Διάγραμμα 4.30 Ποιοί είναι οι βασικοί λόγοι για τους οποίους θέλατε/ θέλετε να θηλάσετε το μωρό σας;

Στην επόμενη ερώτηση απάντησαν οι μητέρες εάν είχαν την πρόθεση να κάνουν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Οι 882 μητέρες έδωσαν θετική απάντηση (ποσοστό 91,5%). Αρνητική ήταν η απάντηση από 81 μητέρες (ποσοστό 8,5%).



Διάγραμμα 4.31 Είχατε την πρόθεση να κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό;

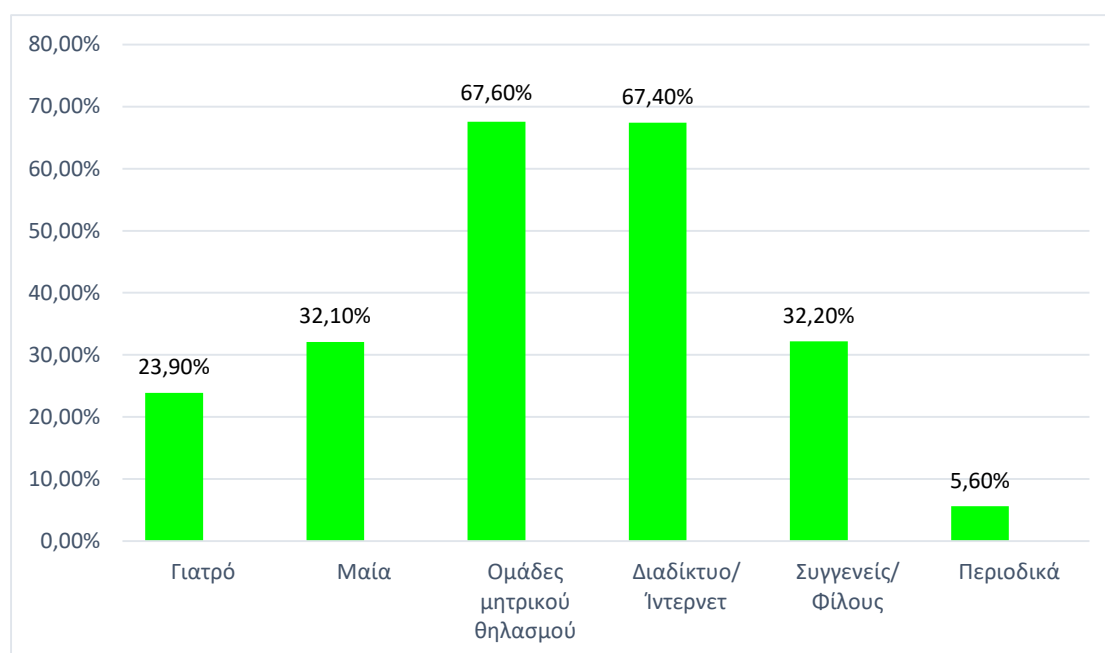
Άλλη ερώτηση που είχαν να απαντήσουν οι μητέρες ήταν εάν ήταν ενημερωμένες για τον μητρικό θηλασμό. Οι περισσότερες μητέρες που ήταν 481 απάντησαν “πάρα πολύ” (ποσοστό 50,0%). Οι 296 μητέρες απάντησαν “πολύ” (ποσοστό 30,6%). Μέτρια ήταν η απάντηση που έδωσαν 132 μητέρες (ποσοστό 13,8%). Οι μητέρες που ήταν λίγο ενημερωμένες ήταν 38 (ποσοστό 3,9%). Τέλος, “καθόλου” ενημερωμένες ήταν 16 μητέρες (ποσοστό 1,7%).



Διάγραμμα 4.32 Ήσασταν ενημερωμένη για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;

Όσον αφορά την ενημέρωση που έλαβαν οι μητέρες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού οι 651 ενημερώθηκαν από το διαδίκτυο (ποσοστό 67,4%). Οι 543 μητέρες ενημερώθηκαν από ομάδες μητρικού θηλασμού (ποσοστό 67,4%). Από την μαία τους ενημερώθηκαν 309 μητέρες (ποσοστό 32,2%). Από τον γιατρό τους ενημέρωση έλαβαν 230 μητέρες (ποσοστό 23,9%). Από τους συγγενείς και φίλους τους ενημερώθηκαν 310 μητέρες (ποσοστό 32,1%). Τέλος, ενημέρωση έλαβαν και από

περιοδικά σε σύνολο 54 μητέρες (ποσοστό 5,6%).



Διάγραμμα 4.33 Από που είχατε ενημερωθεί για τα οφέλη;

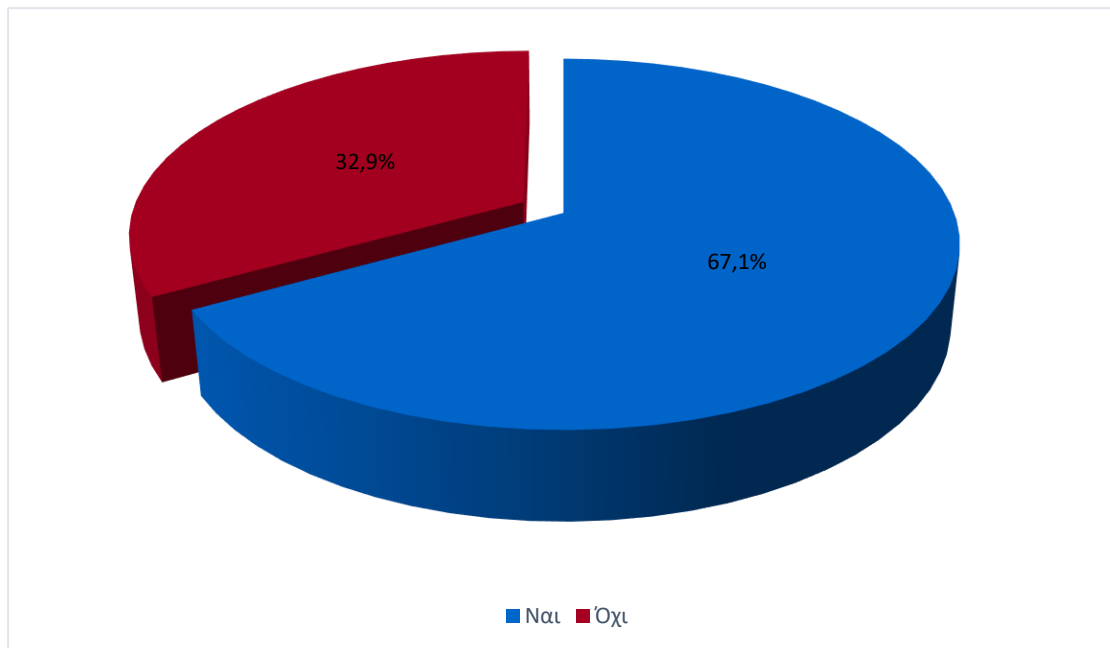
ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ - ΑΙΤΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Στο μέρος αυτό, που είναι και το τελευταίο, γίνεται αναφορά στις δυσκολίες έναρξης του θηλασμού και στους λόγους που διέκοψαν οι μητέρες τον θηλασμό. Συγκεκριμένα ρωτήσαμε:

- Είχατε δυσκολίες κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού;
- Για ποιό λόγο διακόψατε τον αποκλειστικό μητρικό ή μεικτό θηλασμό;
- Σας προέτρεψε κάποιος/α να σταματήσετε τον μητρικό θηλασμό;

Στην πρώτη ερώτηση οι μητέρες απάντησαν εάν είχαν δυσκολίες κατά την έναρξη το θηλασμού. Οι 643 μητέρες απάντησαν “ναι” (ποσοστό 76,1%). Οι υπόλοιπες 320

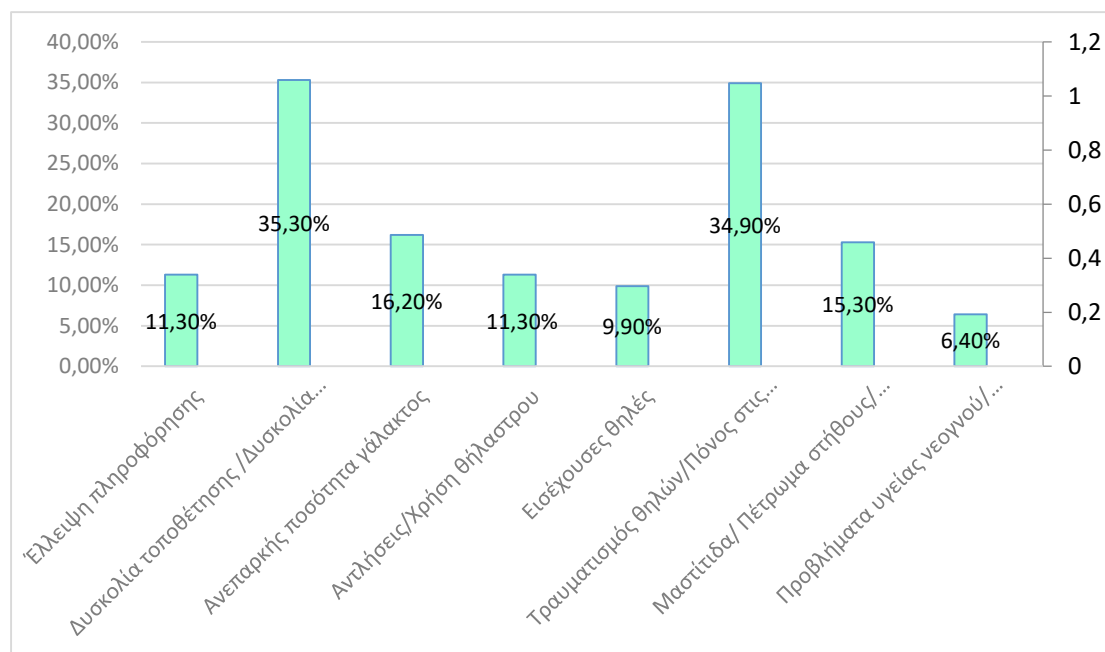
μητέρες απάντησαν “όχι” (ποσοστό 32,9%).



Διάγραμμα 4.34 Είχατε δυσκολίες κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού;

Για τις μητέρες που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, μετά απάντησαν ποιοι ήταν οι λόγοι δυσκολίας. Οι 340 μητέρες απάντησαν πως πρόβλημα είχαν στην τοποθέτηση/ σύλληψη της θηλής (ποσοστό 35,3%). Οι 336 μητέρες απάντησαν πως είχαν τραυματισμό ή πόνο στην θηλή (ποσοστό 34,9%). Οι 156 μητέρες ανέφεραν ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος (ποσοστό 16,2%). Οι 147 μητέρες ανέφεραν πως είχαν μαστίτιδα/ πέτρωμα στήθους ή υπερφόρτωση μαστών (ποσοστό 15,3%). Από 109 ήταν οι απαντήσεις για την έλλειψη πληροφόρησης, αλλά και για την άντληση ή την χρήση θήλαστρου (ποσοστό 11,3%). Για τις εισέρχουσες θηλές οι απαντήσεις ήταν 95 (ποσοστό 9,9%). Όσον αφορά τα προβλήματα υγείας νεογνού, την

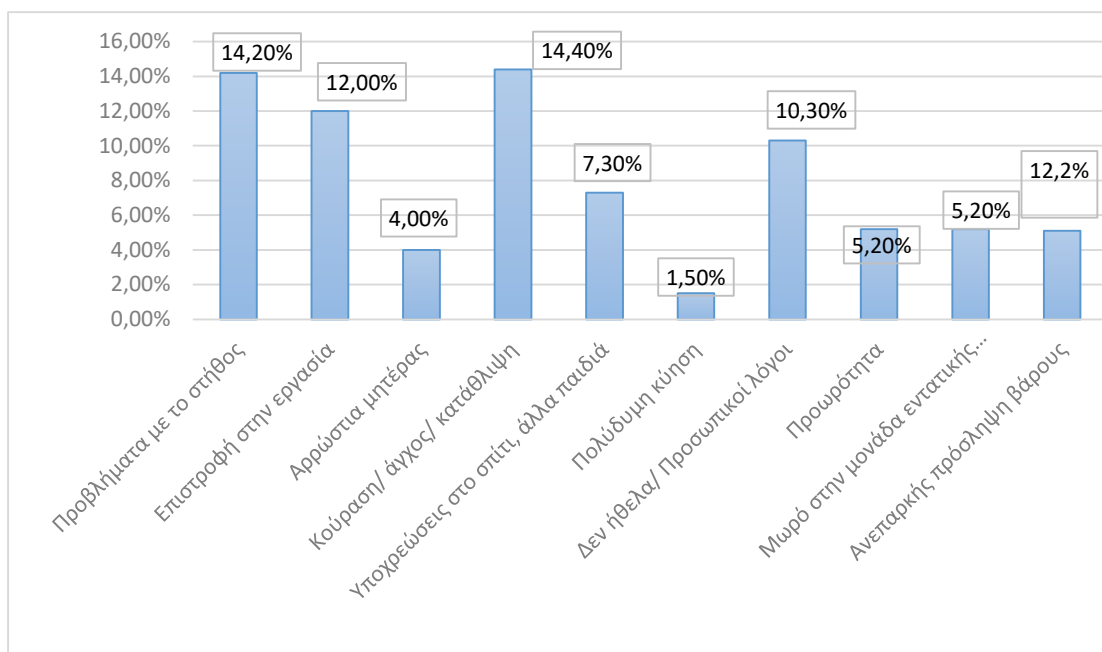
προωρότητα και την MENN οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν 62 (ποσοστό 6,4%).



Διάγραμμα 4.35 Πού οφείλονται οι δυσκολίες;

Βασική ερώτηση που είχαν να απαντήσουν οι μητέρες ήταν ο λόγος που διέκοψαν τον αποκλειστικό ή μεικτό θηλασμό. Λόγω κούρασης, άγχους ή κατάθλιψης οι 139 μητέρες διέκοψαν τον θηλασμό (ποσοστό 14,4%). Προβλήματα με το στήθος αντιμετώπισαν 137 μητέρες (ποσοστό 14,2%). Με την επιστροφή στην εργασία οι 116 μητέρες διέκοψαν τον θηλασμό (ποσοστό 12,0%). Για λόγους προσωπικούς οι 99 μητέρες έκοψαν τον θηλασμό (ποσοστό 10,3%). Εξαιτίας υποχρεώσεων στο σπίτι ή λόγω άλλων παιδιών 70 μητέρες διέκοψαν τον θηλασμό (ποσοστό 7,3%). Η ανεπαρκής πρόσληψη βάρους επηρέασε 49 μητέρες (ποσοστό 5,1%). Η αρρώστια σε 39 μητέρες στοίχισε για την διακοπή του θηλασμού (ποσοστό 4,0). Υπήρξαν 31 μητέρες που τα μωρά νοσηλεύτηκαν στην MENN σταμάτησαν τον θηλασμό (ποσοστό 5,2%). Επίσης, η προωρότητα οδήγησε 31 μητέρες να σταματήσουν τον θηλασμό (ποσοστό 5,2%). Ακόμη και η πολύδυμη κύηση ήταν εμπόδιο στον θηλασμό

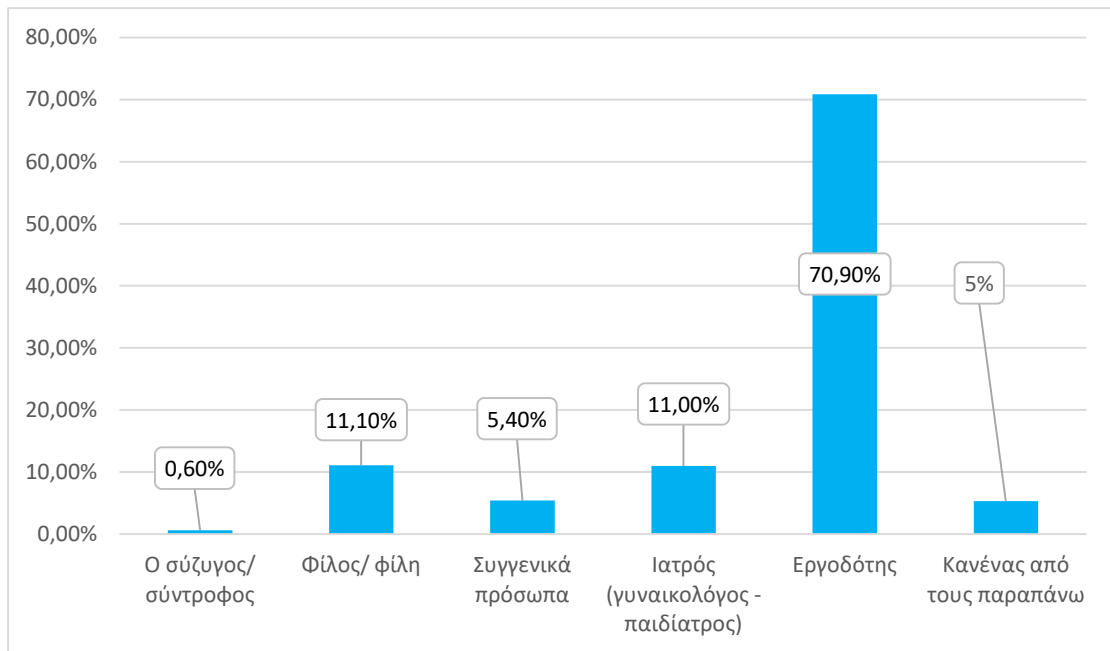
για 14 μητέρες (ποσοστό 1,5%).



Διάγραμμα 4.36 Για ποιά λόγο διακόψατε τον αποκλειστικό μητρικό ή μεικτό θηλασμό;

Στην τελευταία ερώτηση απάντησαν οι μητέρες εάν κάποιος τις προέτρεψε να σταματήσουν τον μητρικό θηλασμό. Ο εργοδότης τους επηρέασε να σταματήσουν οι 683 μητέρες (ποσοστό 70,9%). Λόγω του γιατρού διέκοψαν 187 μητέρες τον θηλασμό (ποσοστό 11,0%). Από συγγενείς επηρεάστηκαν 186 μητέρες (ποσοστό 5,4%). Από φίλους επηρεάστηκαν 107 μητέρες (ποσοστό 11,1%). Κανένας ήταν ο

λόγος για 51 μητέρες (ποσοστό 5,0%). Ο σύζυγος επηρέασε 6 μητέρες (0,6%).



Διάγραμμα 4.37 Σας προέτρεψε κάποιος/α να σταματήσετε τον μητρικό θηλασμό;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Στο τελευταίο κεφάλαιο έγινε η επεξεργασία των δεδομένων που λάβαμε από τα 963 ερωτηματολόγια. Εξετάσαμε την συσχέτιση που έχουν οι δημογραφικοί παράγοντες στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου και αυτό έγινε μέσα από τους πίνακες συνάφειας, τον υπολογισμό του κριτηρίου χ^2 του Pearson και όταν δεν ήταν έγκυρο έγινε η χρήση του Fisher exact test, αλλά και του μεγέθους συσχέτισης των μεταβλητών μέσω του δείκτη V του Cramer.

Ξεκινήσαμε από την συσχέτιση του βάρους του μωρού και την νοσηλεία του στην MENN. Βλέπουμε πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Η τιμή του Fisher's exact test είναι 15,563 και η τιμή είναι $p < 0,001$. Ο βαθμός Cramer's V είναι 0,127 χαμηλός.

Στη συνέχεια εξετάσαμε τη συσχέτιση μεταξύ της μόρφωσης της μητέρας και εάν παρακολούθησε μαθήματα θηλασμού. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση. Για το Fisher's exact test η τιμή είναι 70,858 και η τιμή είναι $p < 0,001$. Ο βαθμός Cramer's V είναι 0,268 επομένως χαμηλός.

Έπειτα έχουμε τη συσχέτιση με τον τόπο διαμονής και εάν έγινε παρακολούθηση μαθημάτων θηλασμού. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους. Για το Pearson χ^2 η τιμή του είναι 16,610 και η τιμή $p < 0,001$. Ο βαθμός Cramer's V είναι χαμηλός 0,131.

Εξετάσαμε στην διάρκεια τη συσχέτιση με τον θηλασμό στο πρώτο 24ωρο και τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι μητέρες κατά την έναρξη του θηλασμού. Έχουμε σημαντική συσχέτιση των μεταβλητών. Για το Pearson χ^2 η τιμή του είναι 3,623 και η τιμή $p < 0,001$. Ο βαθμός Cramer's V είναι χαμηλός 0,061.

Ακολούθως εξετάσαμε τη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας της μητέρας και την πρόθεση της μητέρας για να θηλάσει. Δεν βλέπουμε συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Η τιμή Fisher's exact test είναι 1,241 και η τιμή p είναι 0,848. Ο βαθμός Cramer's V είναι χαμηλός 0,022.

Έγινε εξέταση για την συσχέτιση με τη συνταγή υποκατάστατων γάλακτος που δόθηκαν στις μητέρες φεύγοντας από το νοσοκομείο και το βάρος του μωρού. Η τιμή

Fisher's exact test είναι 11,228 και η τιμή p είναι 0,925 επομένως δεν έχουμε συσχέτιση. Ο βαθμός Cramer's V είναι χαμηλός 0,108.

Έπειτα, έγινε συσχέτιση το επίπεδο μόρφωσης και το rooming-in. Εδώ δεν υπάρχει συσχέτιση, καθότι η τιμή Pearson χ^2 είναι 2,642 και η τιμή p είναι 0,450 μεγαλύτερη από το 0,05. Ο βαθμός Cramer's V είναι χαμηλός 0,053.

Εξετάσαμε επίσης τη συσχέτιση του μωρού στην MENN και συνταγή υποκατάστατων γάλακτος που δόθηκαν στις μητέρες φεύγοντας από το νοσοκομείο. Η τιμή Pearson χ^2 είναι 0,362 και η τιμή p 0,548, δεν έχουμε συσχέτιση. Ο βαθμός Cramer's V είναι χαμηλός 0,019.

Εν συνεχεία έγινε συσχέτιση σχετικά με την εθνικότητα της μητέρας και εάν πραγματοποιήθηκε θηλασμός το πρώτο 24ωρο. Δεν βλέπουμε κάποια συσχέτιση, εφόσον η τιμή Pearson χ^2 είναι 1,418 και η τιμή p είναι 0,492. Ο βαθμός Cramer's V είναι χαμηλός πάλι 0,038.

Τέλος, έγινε συσχέτιση με την ηλικία της μητέρας και εάν είχε βοήθεια από το προσωπικό για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος. Δεν έχουμε συσχέτιση, εφόσον, η τιμή Fisher's exact test είναι 2,280 και η τιμή p είναι 0,535. Ο βαθμός Cramer's V είναι χαμηλός 0,045.

		Pearson chi- Square	Asymptotic Significance (2-sided)	Fisher's Exact test	Exact Sig(2- sided)	Likelihood Ratio	Cramer's V	Approximate significance	Exact Significance
Βάρος μωρού	Μωρό στην MENN	15,566 ^a	0,000	15,563	0,000	16,166	0,127	0,000	0,000
Επίπεδο μόρφωσης μητέρας	Παρακολούθηση μαθημάτων θηλασμού	69,326 ^a	0,000	70,858	0,000	71,486	0,268	0,000	0,000
Τόπος διαμονής	Παρακολούθηση μαθημάτων θηλασμού	16,610 ^a	0,000	^b	0,000	16,727	0,131	0,000	0,000
Θηλασμός το πρώτο 24 ωρο	Δυσκολίες κατά την έναρξη	3,623 ^a	0,057	^b	0,061	3,771	0,061	0,057	0,061
Ηλικία μητέρας	Πρόθεση αποκλειστικού θηλασμού	0,471 ^a	0,925	1,241	0,848	0,555	0,022	0,925	0,848
Συνταγή για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος	Βάρος μωρού	11,265 ^a	0,024	11,228	0,871	0,023	0,108	0,024	0,023
Επίπεδο μόρφωσης μητέρας	Rooming-in	2,642 ^a	0,450	2,700	0,450	2,640	0,053	0,450	0,450
Μωρό στην MENN	Συνταγή για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος	0,362 ^a	0,548	^b	0,555	0,361	0,019	0,548	0,555
Εθνικότητα	Θηλασμός το πρώτο 24ωρο	1,418 ^a	0,492	1,623	0,390	1,791	0,038	0,492	0,390
Ηλικία μητέρας	Βοήθεια προσωπικού τοποθέτησης μωρού στο στήθος	1,977 ^a	0,577	2,280	0,535	2,140	0,045	0,577	0,535

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία επικεντρώνεται στην στάση που έχουν οι Ελληνίδες μητέρες απέναντι στον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Γίνεται αναφορά στους λόγους για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και τους λόγους που θηλάζουν οι μητέρες, δυσκολίες που αντιμετώπισαν κατά την διάρκεια του θηλασμού και τους λόγους που τις οδήγησαν να σταματήσουν τον θηλασμό, καθώς και η έγινε καταγραφή και μέτρηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού και των δεικτών του μητρικού θηλασμού όπως έχουν οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Διανεμήθηκε ερωτηματολογίου που αφορούσε το ιστορικό τη μητέρας, τις πρακτικές των μαιευτηρίων απέναντι στον μητρικό θηλασμό, τους δείκτες του μητρικού θηλασμού, τις τυχόν δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι μητέρες κατά την έναρξη του θηλασμού και τους λόγους που έφτασαν στην διακοπή του.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού οι μητέρες που θήλασαν την πρώτη μέρα ζωής του μωρού τους είναι 94%. Στην συνέχεια το πρώτο 24ωρο θήλασε το 66%, ενώ στην έρευνά μας το 87,6% ήταν το ποσοστό που θήλασε το πρώτο 24ωρο της ζωής του μωρού. Μέχρι και τον 6^ο μήνα το ποσοστό των μητέρων που συνέχισε τον θηλασμό στην έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού ήταν 0,6%, ενώ στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την εργασία, το ποσοστό έφτασε έως και 69%. Το 47% των μητέρων έλαβε συνταγή για υποκατάστατα, ενώ η εισαγωγή των υποκατάστατων γάλακτος έως και τους έξι (6) μήνες σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού έκανε το 97% των μητέρων, ενώ στην εργασία μας έκανε το 7,6%.

Στην συνέχεια στην έρευνα του Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού έγινε αναφορά για τις πρακτικές των νοσοκομείων. Σχετικά με τον θηλασμό το 51% των μητέρων θήλασε αμέσως μετά τον τοκετό. Στην εργασία μας το ποσοστό των μητέρων που θήλασε αμέσως μετά τον τοκετό ήταν 79,5%.

Όσον αφορά το Rooming-in στην εργασία θετική ήταν η απάντηση των μητέρων σε ποσοστό 60%. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού αναφέρει πως το 98% έκανε Rooming-in στο δημόσιο νοσοκομείο και 48% στο ιδιωτικό.

Τέλος, γίνεται αναφορά στις δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι μητέρες κατά την διάρκεια του θηλασμού και λόγους που διέκοψαν τον θηλασμό οι μητέρες. Δυσκολίες

κατά την έναρξη του θηλασμού αντιμετώπισαν 2 στις 5 γυναίκες όπως έδειξαν τα αποτελέσματα του Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και στην εργασία μας το ποσοστό άγγιξε το 76,1%. Και στις δύο έρευνες οι κύριοι λόγοι διακοπής του μητρικού θηλασμού ήταν προβλήματα με το στήθος που αντιμετώπισαν οι μητέρες και η ανεπάρκεια γάλακτος.

Όσον αφορά τις συσχετίσεις, είδαμε πως το βάρος του μωρού έχει συσχέτιση με την νοσηλεία του στην MENN. Αυτό όμως επηρεάζει τον αποκλειστικό θηλασμό, καθότι ενδέχεται το μωρό που νοσηλεύεται να χρειαστεί να λάβει συμπληρώματα ξένου γάλακτος και στο τέλος να μη θηλάσει.

Η παρακολούθηση για μαθήματα θηλασμού συσχετίζονται με το επίπεδο μόρφωσης των μητέρων, καθώς και με τον τόπο διαμονής τους, ειδικά το δεύτερο είναι σημαντικό, γιατί σε κάποια μη αστική περιοχή ενδέχεται να μην υπάρχουν χώροι που πραγματοποιούνται μαθήματα θηλασμού.

Η ηλικία δεν συσχετίζεται με την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει, καθώς και η εθνικότητα με τον θηλασμό το πρώτο 24ωρο.

Σύμφωνα με την έρευνα μας οι μητέρες που είχαν εμπειρία θηλασμού από προηγούμενο παιδί θήλασαν και το επόμενο παιδί τους. Αυτό οφείλεται στην εμπειρία που έχει βιώσει κάθε μητέρα και νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια και ικανότητα στην διαδικασία του θηλασμού.

Ο μητρικός θηλασμός το πρώτο 24ωρο είναι σημαντικό για την μητέρα και το μωρό και χρειάζεται τη βοήθεια του προσωπικού για να τοποθετηθεί σωστά το μωρό στο στήθος. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι μητέρες στο ερωτηματολόγιό μας, το μεγαλύτερο ποσοστό θήλασε το πρώτο 24ωρο και το προσωπικό του νοσοκομείου τις βοήθησε για να τοποθετηθεί το μωρό στο στήθος και να αντλήσει το γάλα.

Τέλος, στην Ελλάδα μεγάλο ποσοστό γυναικών γεννάν με καισαρική. Αυτό μπορεί να φέρει εμπόδιο στον μητρικό θηλασμό, καθότι η καισαρική είναι μια επέμβαση που ενδέχεται να φέρει πόνους στην μητέρα που γέννησε και λόγω αυτού να εμην είναι σε θέση να θηλάσει από την πρώτη στιγμή και να δυσκολευτεί αρκετά στη συνέχεια με αποτέλεσμα να μη θηλάσει ποτέ.

6.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι Ελληνίδες μητέρες θέλουν, προσπαθούν και επιδιώκουν τον αποκλειστικό θηλασμό. υπάρχουν όμως περιπτώσεις που είτε δυσκολεύτηκαν να τον ξεκινήσουν, είτε στην πορεία αναγκάστηκαν να τον διακόψουν για διάφορους λόγους. Θα πρέπει λοιπόν να γίνουν κάποιες δράσεις για να είναι οι μητέρες καταλλήλως ενημερωμένες, προετοιμασμένες για να ξεκινήσουν το έργο τους αυτό. Τα βήματα που πρέπει να γίνουν είναι τα εξής:

- Η εκπαίδευση του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με την μητέρα είναι απαραίτητη. Το προσωπικό θα πρέπει να έχει λάβει τις απαραίτητες γνώσεις και να είναι σε θέση να ενημερώσει και να “εκπαιδεύσει” με τη σειρά του την θηλάζουσα μητέρα.
- Οι μητέρες να λαμβάνουν τη σωστή πληροφόρηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να έρθει σε συνομιλία με την μητέρα για να δει τι γνωρίζει η ίδια και τι της είναι άγνωστο όσον αφορά τον θηλασμό. Ο επαγγελματίας οφείλει να ενημερώσει την μητέρα για τον θηλασμό και η ίδια να έχει μια ολοκληρωμένη, τεκμηριωμένη και σαφής εικόνα για τον θηλασμό.
- Η μητέρα να έχει βοήθεια μέσα στην πρώτη ώρα που γέννησε για να θηλάσει. Ο επαγγελματίας υγείας να φροντίζει να φέρει μητέρα και νεογνό “δέρμα με δέρμα” και να της δείξει τον τρόπο που θα τοποθετήσει το μωρό στο στήθος της.
- Να μη δίνονται διαφημιστικά υποκατάστατων γάλακτος στις νέες μητέρες. Να είναι πλήρως ενημερωμένες για τους κινδύνους που μπορεί να φέρουν τα υποκατάστατα γάλακτος. Να μην έρχονται σε επαφή οι διαφημιστές των εταιριών αυτών με τις μητέρες, καθώς και να μη τους δίνονται δωρεάν δείγματα.
- Το Rooming-in βοηθάει την μητέρα να θηλάσει. Η ίδια θα είναι με το μωρό της 24 ώρες το 24ωρο και εκπαιδεύεται σταδιακά για την διαδικασία του θηλασμού και θα είναι περισσότερο προετοιμασμένη μέχρι να φύγει για το σπίτι της.
- Οι μητέρες θα πρέπει να ξέρουν πως αυτό δεν είναι υποχρέωση τους απέναντι στα παιδιά τους. Το κάνουν και για τις ίδιες. Θα πρέπει να ενημερωθούν τα οφέλη που θα έχουν οι ίδιες μέσα από τον θηλασμό.

- Ο θηλασμός θα πρέπει να τονιστεί πως δεν είναι απλά μια τροφή. Είναι ο άμεσος τρόπος για να συνδεθεί η μητέρα με το μωρό της. Να έρθουν κοντά οι δύο τους και το μωρό να νιώθει την ασφάλεια και την αγάπη που του χρήζει.
- Σημαντικό είναι η πιστοποίηση Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων. Υποστηρίζουν την θηλάζουσα μητέρα και εφαρμόζουν τα δέκα (10) βήματα προς τον επιτυχή μητρικό θηλασμό.
- Τέλος, στον εργασιακό χώρο θα πρέπει να διαμορφωθούν χώροι στους οποίους η μητέρα θα μπορεί να αντλεί το γάλα της και θα μπορεί να το δώσει έπειτα στο παιδί της. Ακόμη, θα ήταν χρήσιμο να δημιουργηθούν χώροι στους οποίους η μητέρα θα μπορεί να θηλάσει το μωρό της.

Υποστηρικτικές Δομές

- LLL Ελλάδα
- Σύλλογος Συμβούλων IBCLC
- Τράπεζες Μητρικού Γάλακτος
- UNICEF
- IBFAN Ελλάδα

Γραμμές υποστήριξης:

Τηλεφωνική υποστήριξη θηλαζουσών μητέρων

Τηλεφωνικά στη «Γραμμή για το Θηλασμό» στο 10525 τις εργάσιμες ημέρες από τις 9:00-17:00 και το Σάββατο 9:00-14:00

Μέσω e-mail στα:

alkyoni.thilasmos@ich.gr

inchildh@otenet.gr

ΑΡΘΡΑ

Ξένη βιβλιογραφία

- 1) Albertsen, K., Andersen, A. M., Olsen, J., Gronbaek, M., 2004. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. *Am J Epidemiol*, 159 (2), p.155-161.
- 2) Bartric, M., 2011. Breastfeeding in the US Economy. *Breastfeeding Medicine*, 6 (5), p.313-8.
- 3) Bartric, M., and Reinhold, A., 2010. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 125 (5), p.1048-56.
- 4) Bonuck, K., et al., 2002. Breast-Feeding Promotion Interventions: Good Public Health and Economic Sense. *Journal of Perinatology*, 22, p.78-81.
- 5) Britton, J. R., Britton, H. L., and Gronwaldt, V., 2006. Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment, *Pediatrics*, 118 (5), p.1436-1443.
- 6) Bronner, F. 2006. *Nutritional and Clinical Management of Chronic Conditions and Diseases*. London, New York: Taylor & Francis Group.
- 7) Buchner F.I., and Hoekstra J., 2007. Health gain and economic. Evaluation of breastfeeding policies.
- 8) Buckley, K. M., & Chares, G. E., 2006. Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feedings. *International Breastfeeding Journal*, 1 (31), p.1746-4358.
- 9) Catteneo, A. et al., 2004. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. In: *EU Conference on Promotion of Breastfeeding in Europe*: Dublin Castle, Ireland 18th June. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.
- 10) Chen, C. H., Wang, T. M., Chang, H. M., Chi, C.S., 2000. The effect of breast- and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. *J Hum Lact*, 16 (1), p.21-27.
- 11) Crenshaw J. Care practice #6: no separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2007, 16(3) p. 39-43.
- 12) Elliott-Carter N, Harper J. Keeping mothers and newborns together after cesarean: how one hospital made the change. *Nurs Womens Health*. 2012, 16(4), p 290-5.
- 13) Gribble, K. D., 2006. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal*, 1 (5), 1-15.

- 14) Gubler T, Krähenmann F, Roos M, Zimmermann R, Ochsenbein-Kölble N. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. *J Perinat Med.* 2013, 41(3), p.331-9.
- 15) Henderson, C. & Macdonald, S., 2004. *Mayes' Midwifery.* 13th ed. London: Baillière Tindall.
- 16) Ho, YJ, McGrath, JM., 2016. Effectiveness of a Breastfeeding Intervention on Knowledge and Attitudes Among High School Students in Taiwan. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45 (1), p.71-77.
- 17) Lawrence, R. A. 2008. *Supporting Breastfeeding/Early Childhood Social and Emotional Development* [e-book] USA: Encyclopedia on Early Childhood Development. Available at: <http://www.childencyclopedia.com/documents/LawrenceANGxp.pdf>. Accessed [5
- 18) Lawrence, R. A., Lawrence R.M., 2011. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, 7th Edition, U.S.A: Elsevier.
- 19) Little, R. E., Northstone, K., Golding, J., 2007. Alcohol, breastfeeding, and development at 18 months. *Pediatrics*, 109 (5), p.72-72.
- 20) LLLI, 2020. La Leche League International. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.llli.org>. [Πρόσβαση 10 Ιανουαρίου 2020].
- 21) Meier, P., n.d.. medela. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.medelabreastfeedingus.com/tips-and-solutions/107/expressing-milk-for-your-premature-baby>.
- 22) Mennella, J, 2001. Alcohol's effect on lactation. *National institute of alcohol abuse and alcoholism*, 25 (3), p.230-234.
- 23) Mennella, J. A., 2001. Egluation of milk intake after exposure to alcohol in mothers' milk. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 25 (4), p.590-593.
- 24) Mezzacappa, E. S., Katkin, E. S., 2002. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers, *Health Psychol*, 21(2), p.187-193.
- 25) Moura, E., Freitas, G., Pinheiro, A., Machado, M., Silva, R. & Lopes, M., 2011. Lactational amenorrhea: nurses experience and the promotion of this alternative method of contraception. *Rev Esc Enferm USP*, 9 April, 1(45), pp. 39-45.
- 26) Rowe, C., Shelnut, K. & Kauwell, G., 2012. The Benefits of Breastfeeding. IFAS Extension, March. pp. 1-5.
- 27) Schaefer, C., Peters, P., Miller, R. K., 2007. *Drugs During Pregnancy and Lactation: Treatment options and risk assessment*, 3rd Edition, Amsterdam, Boston, Heidelberg,

London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Fransisco, Singapore, Sydney, Tokyo: Elsevier.

- 28) Schanler, Richard J., Krebs, Nancy F. & Mass, Sharon B., 2013. *Breastfeeding Handbook for Physicians*. 2nd ed. United States of America: American Academy of Pediatrics.
- 29) UNICEF, 2014. UNICEF. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.unicef.org/newsline/tenstps.htm> [Πρόσβαση 1 Μαρτίου 2020].
- 30) WHO, 2014. World Health Organization. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> [Πρόσβαση 16 Φεβρουαρίου 2020].
- 31) J. D. Crenshaw, R. D. Boyd, J. M. Campbell, L. E. Russell, R. L. Moser, M. E. 2007. *Wilson Journal of Animal Science*, 85(12), p. 3442–3453.

Ελληνική βιβλιογραφία

- 1) Αθανασοπούλου, Μ., Καϊτελίδου, Δ., Ζύγα, Σ., Μαλλιάρου, Μ. & Καλοκαιρινού, Α., 2013. Πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις του μητρικού θηλασμού..Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 5(1), pp. 13-18. Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι., Βασιλάκη, Ι., Εκίζογλου, Χ., Καπετάνιου, Κων., Ντέκα, Ε., Οικονομάκος, Δ., Σοφιανού, Αικ., Σπηλιωτοπούλου, Θ. & Χαντζή, Φ. Μ., 2015. Μητρικός Θηλασμός. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- 2) Αντωνίου, Α.-Φ., 2001. Επίσημα επαγγέλματα- λειτουργήματα της γυναίκας στην αρχαία Αθήνα, σ.λ.: s.n.
- 3) Γάκη, Ε., Παπαμυχαήλ., Δ., Σαραφίδου, Γ., Παναγιωτόπουλος,Τ. & Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι., 2009. Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παγόντων Μητρικού Θηλασμού, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγεία του Παιδιού. Ruowei, Sara B., Fein, Jian Chen and Laurence M. Grummer-Strawn. 2008. Why Mothers Stop Breastfeeding: Mother's Self-Reported Reasons for Stopping During the First Year. Pediatrics 12, p. 69-76.
- 4) Ελληνική εταιρία ομοιοπαθητικής ιατρικής [Ηλεκτρονικό] www.homeopathy.gr/homeopathy/breastfeeding_benefits. [Πρόσβαση 10 Μαρτίου 2020].
- 5) Ευθυμιάδου, Ευ. & Αντωνάκου, Α., 2013. Διερεύνηση της στάσης των γυναικών στη Βόρεια Ελλάδα ως προς το θηλασμό. Ελευθώ, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος, 18(1), pp. 183-190.
- 6) Ηλιάδη, Π. & Παλάσκα, Ε., 2009. Θηλασμός και Σύγχρονος Τρόπος Ζωής Η Ελληνική Πραγματικότητα. Νοσηλευτική, 28 Σεπτέμβριος, 48(4), pp. 352-357.
- 7) ΙΑΣΩ, 2012. Όμιλος ΙΑΣΩ. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.iaso.gr/el/ergastiria145/index.html>
- 8) Καβαλιώτης, Α.Α., 2015. *Ο θηλασμός ως παράγοντας ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης και μέσον πρόληψης της αναπηρίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ.
- 9) Λεοντάρη, Μ., 2014. *Θηλασμός*, Ιωάννινα: s.n.
- 10) Λεοντάρη, Μ., 2016. *Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού*, Ιωάννινα: s.n.
- 11) Μασάκη, Δ., 2012. Ομάδες υποστήριξης θηλασμο'υ. σ.λ., s.n.
- 12) Νησιούδη Α.: Ο μητρικός θηλασμός στην Ελλάδα, Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- 13) Πουλάκου-Ρεμπελάκου, Ε., 2000. Η παιδιατρική στο Βυζάντιο. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 3(17), pp. 326-331.

- 14) Σακλαμάκη-Κοντού, Μ., 2014. Ενημερωτικό δελτίο 2012-2013, Αθήνα: ΜΗΤΕΡΑ.
- 15) Σιώζου, Σ., 2013. Αναγκαιότητα του Μητρικού Θηλασμού. Ιωάννινα, s.n.
- 16) Σολωμού, Μ., 2014. Παιδιατρική Εταιρεία Κύπρου. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.child.org.cy/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%B7/tabid/62/articleType/ArticleView/articleId/394/Default.aspx> [Πρόσβαση 19 Φεβρουαρίου 2020].
- 1) Στύλιου Μ: Οικονομική μελέτη του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- 2) F-thilasmos [Ηλεκτρονικό] <http://www.f-thilasmos.gr/parartimata/brefika-galata/kindini/gia-to-oikosistima?id=125> [Πρόσβαση 20 Φεβρουαρίου 2020].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



<< Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ>>

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ερωτηματολόγιο μέτρησης της συχνότητας του μητρικού θηλασμού

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο καταγραφής και μέτρησης της συχνότητας του μητρικού θηλασμού καθώς και του υπολογισμού των δεικτών του μητρικού θηλασμού όπως έχουν οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ). Απευθύνεται σε μητέρες οι οποίες έχουν γεννήσει τα δύο (2) τελευταία έτη.

Η έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Δόθηκαν 26 ερωτήσεις να απαντήσουν οι μητέρες, οι οποίες αφορούν: πληροφορίες για το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας και τις πρακτικές των μαιευτηρίων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό, δείκτες μητρικού θηλασμού, δυσκολίες κατά την έναρξη και αιτίες διακοπής του θηλασμού και δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική, ωστόσο κρίνεται απαραίτητη καθώς τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για επιστημονικούς λόγους. Επισημαίνεται η αυστηρή τήρηση του απορρήτου των απαντήσεων ενώ σε καμία περίπτωση δεν θα αναγράφονται προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων στα έντυπα του ερωτηματολογίου.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση,

Ράπτου Μαρία

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

1. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

1. Ποιά είναι η ηλικία του τελευταίου παιδιού σας;

0-6 μηνών

7-12 μηνών

13-18 μηνών

19-24 μηνών

2. Ποιός είναι ο αριθμός των παιδιών σας συνολικά;

Ένα (1) παιδί

Δύο (2) παιδιά

Τρία (3) παιδιά

Τέσσερα (4) και άνω

3. Θηλάσατε το προηγούμενο παιδί σας;

Ναι

Όχι

3.1. Εάν απαντήσατε Ναι στην προηγούμενη ερώτηση, για πόσους μήνες

θηλάσατε το προηγούμενο παιδί σας;

- <1 μήνα
- 1-3 μήνες
- 4-6 μήνες
- 7-12 μήνες
- > 12 μήνες

4. Πού γεννήσατε το τελευταίο μωρό σας;

- Δημόσιο νοσοκομείο
- Ιδιωτική κλινική
- Στο σπίτι

5. Πως γεννήσατε το τελευταίο μωρό σας;

- Φυσικός κολπικός τοκετός χωρίς επεμβάσεις
- Επεμβατικός κολπικός τοκετός
- Καισαρική τομή

6. Ποιό ήταν το βάρος γέννησης του τελευταίου μωρού σας;

- <2000 γραμμάρια.
- 2000-2499 γραμμάρια
- 2500-2999 γραμμάρια
- 3000-3999 γραμμάρια
- >4000 γραμμάρια

7. Σε ποιά εβδομάδα κύησης γεννήσατε το τελευταίο μωρό σας;

- < 30 εβδομάδες
- 30-33 εβδομάδες
- 34-36 εβδομάδες
- 37-40 εβδομάδες
- >41 εβδομάδες

8. Χρειάστηκε το τελευταίο μωρό σας να νοσηλευτεί στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνού (MENN);

Ναι

Όχι

2.ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

9. Παρακολούθησατε μαθήματα και ενημερωθήκατε για τα οφέλη και τις θέσεις του μητρικού θηλασμού;

Ναι

Όχι

10. Το προσωπικό του μαιευτηρίου σας βοήθησε να τοποθετήσετε το μωρό στο στήθος την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό ή όταν ήσασταν σε θέση να το κάνετε;

Ναι

Όχι

11. Πως τοποθετήσατε το μωρό στο στήθος την πρώτη φορά;

Δέρμα με δέρμα (Skin- to-Skin)

Τυλιγμένο(Φασκιωμένο)

12. Είχατε το μωρό μαζί σας 24 ώρες το 24ωρο (συγκατοίκηση/Rooming -in);

Ναι

Όχι

13.Το προσωπικό του μαιευτηρίου σας βοήθησε να διατηρήσετε τη γαλουχία σας στην περίπτωση που το μωρό σας θα έπρεπε να αποχωριστεί από κοντά σας;

Ναι

Όχι

14. Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο δώσατε στο μωρό σας άλλη τροφή εκτός από το μητρικό γάλα;

Ναι

Όχι

15. Φεύγοντας από το νοσοκομείο /κλινική σας δόθηκε από τον παιδίατρο συνταγή ή σημείωμα για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος;

Ναι

Όχι

3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

16. Θηλάσατε το μωρό σας το πρώτο 24ωρο της ζωής του;

Ναι

Όχι

17. Κάνατε/κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό δηλαδή μόνο μητρικό γάλα, στήθος ή θήλαστρο;

Ναι

Όχι

17.1. Εάν απαντήσατε Ναι στην προηγούμενη ερώτηση, για πόσο χρονικό διάστημα κάνατε/κάνετε αποκλειστικό θηλασμό;

<10 ημέρες

10-20 ημέρες

21-40 ημέρες

41-60 ημέρες

3 μήνες

4 μήνες

5 μήνες

- 6 μήνες
- 7-12 μήνες
- <12 μήνες

18. Κάνετε/κάνετε μεικτό θηλασμό δηλαδή συνδυασμό μητρικού γάλακτος και υποκατάστατων (ξένο γάλα);

Ναι

Όχι

18.1. Εάν απαντήσατε Ναι στην προηγούμενη ερώτηση, για πόσο χρονικό διάστημα κάνετε/κάνετε μεικτό θηλασμό;

- <10 ημέρες
- 10-20 ημέρες
- 21-40 ημέρες
- 41-60 ημέρες
- 3 μήνες
- 4 μήνες
- 5 μήνες
- 6 μήνες
- 7-12 μήνες
- <12 μήνες

19. Ποιοί είναι οι βασικοί λόγοι για τους οποίους θέλατε/ θέλετε να θηλάσετε το μωρό σας; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Ο θηλασμός αποτελεί ιδανική τροφή για το βρέφος
- Ο θηλασμός συμβάλει στην πρόληψη υγείας του νεογνού
- Ο θηλασμός συμβάλει στην ανάπτυξη του δείκτη ευφυΐας του παιδιού
- Ο θηλασμός συμβάλει στην ανάπτυξη ισχυρότερου συναισθηματικού δεσμού μεταξύ μητέρας -παιδιού
- Ο θηλασμός αποτρέπει την εμφάνιση αλλεργιών στο νεογνό
- Ο θηλασμός προφυλάσσει την μητέρα από την εμφάνιση γυναικολογικών καρκίνων

Ο θηλασμός συμβάλει στην εξοικονόμηση χρημάτων για την οικογένεια

Ο θηλασμός συμβάλει στην εξοικονόμηση χρημάτων για το κράτος

20 Είχατε την πρόθεση να κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό;

Ναι

Όχι

21. Ήσασταν ενημερωμένη για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

22. Από που είχατε ενημερωθεί για τα οφέλη;

(Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

Γιατρό

Μαία

Ομάδες μητρικού θηλασμού

Διαδίκτυο/ Ιντερνέτ

Συγγενείς/Φίλους

Βιβλία/Περιοδικά

4. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ - ΑΙΤΙΕΣ

ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

23. Είχατε δυσκολίες κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού;

Ναι

Όχι

23.1. Εάν απαντήσατε Ναι στην προηγούμενη ερώτηση, που οφείλονται οι

δυσκολίες; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

Έλλειψη πληροφόρησης

Δυσκολία τοποθέτησης /Δυσκολία σύλληψης της θηλής

Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος

Αντλήσεις/Χρήση θήλαστρου

Εισέχουσες θηλές

Τραυματισμός θηλών/Πόνος στις θηλές

Μαστίτιδα/ Πέτρωμα στήθους/ Υπερφόρτωση μαστών

Προβλήματα υγείας νεογνού/ Προωρότητα/ ΜΕΝΝ

24. Για ποιό λόγο διακόψατε τον αποκλειστικό μητρικό ή μεικτό θηλασμό;

(Απαντούν μόνο οι μητέρες που διέκοψαν τον θηλασμό. Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

Προβλήματα με το στήθος

Επιστροφή στην εργασία

Κούραση/ άγχος/ κατάθλιψη

Υποχρεώσεις στο σπίτι, άλλα παιδιά

Πολύδυμη κύηση

Δεν ήθελα/ Προσωπικοί λόγοι

Αρρώστια μωρού

Προωρότητα

Μωρό στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (ΜΕΝΝ)

Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους

25. Σας προέτρεψε κάποιος/α να σταματήσετε τον μητρικό θηλασμό;

(Απαντούν μόνο οι μητέρες που διέκοψαν τον θηλασμό)

Ο σύζυγος/ σύντροφος

Φίλος/ φίλη

Συγγενικά πρόσωπα

Ιατρός (γυναικολόγος - παιδίατρος)

Εργοδότης

Κανένας από τους παραπάνω

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ηλικία μητέρας:

≤ 19

20-29

30-39

≥40

Επίπεδο μόρφωσης

Απόφοιτος δημοτικού - Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου – ΙΚΕ

Απόφοιτος ΑΤΕΙ - ΑΕΙ

Μεταπτυχιακές σπουδές/διδακτορικές σπουδές

Εθνικότητα:

Ελληνική

Αλλοδαπή

Οικογενειακή κατάσταση:

Παντρεμένη

Ανύπαντρη

Διαζευγμένη/σε διάσταση

Χήρα

Σύμφωνο συμβίωσης

Τόπος διαμονής:

Αστική περιοχή -Πόλη

Ημιαστική περιοχή- κωμόπολη χωριό

Ποιά ήταν η εργασία σας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης;

Ιδιωτική υπάλληλος

Δημόσιος υπάλληλος

Ελεύθερη επαγγελματίας

Οικιακά

Δεν εργάζομαι

Εάν εργαζόσασταν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, ποιά ήταν η μορφή της εργασιακής σας σχέσης;

Πλήρης απασχόληση

Μερική απασχόληση

Ωρομίσθια απασχόληση

Τι είδους ασφαλιστική κάλυψη είχατε/έχετε;

Δημόσια ασφάλιση

Ιδιωτική ασφάλιση