



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

“ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ”

Της ΑΘΗΝΑΣ ΚΑΝΤΑΡΤΖΟΓΛΟΥ του ΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΑΛΕΤΡΑΣ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Αλετρά Βασίλειο, ο οποίος βρισκόταν δίπλα μου στην προσπάθεια περάτωσης της διπλωματικής μου εργασίας και τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής κα. Καραγιάννη Ρωξάνη και κ. Μιχαήλ Δημήτριο. Ακόμα, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλες τις μητέρες που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμά μου για συμμετοχή στην έρευνα. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου για τη συνεχή ηθική υποστήριξη και ενθάρρυνσή τους.

ABSTRACT

In every country in the world, breastfeeding offers a multitude of benefits to women and children as it saves lives, improves children's health and protects mothers from ovarian and breast cancer. Although breastfeeding has been taking place for centuries just recently, the scientific community has begun to fully understand the vital role in the health and development of children and maternal health.

The purpose of this thesis is to approach breastfeeding economically. Specifically, the aims of this work are to demonstrate the benefits of breastfeeding, to study the practice of breastfeeding in our country and, in particular, to evaluate the economic side of breastfeeding, while stressing the strategies implemented for breastfeeding informing women and supporting breastfeeding generally.

The methodology used for the study of the researching questions was the administration of a questionnaire based on a literature review. The sample participating in the research was 1.556 mothers, with children up to 2 years old. The methodology involved the presentation of frequencies and percentages and the computation of an estimate of costs related to breastfeeding. Results showed that the mothers are very aware of the benefits of breastfeeding and most of them have been exclusively breastfeeding for more than 12 months.

The total average cost of breastfeeding equipment per mother is € 372.22. The total cost of infant's milk for mothers who do not exclusively breastfeed their baby for the first six months varies depending on the type of the infant milk they choose. If it is an infant's milk in their early infant's age the cost comes up to € 241.55, while if it is an organic milk the cost is around € 234.70.

Keywords: breastfeeding, mother, infant, benefits, economy, Greece, strategies

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε κάθε χώρα του κόσμου, ο θηλασμός προσφέρει ένα πλήθος πλεονεκτημάτων για τις γυναίκες και τα παιδιά, καθώς σώζει ζωές, βελτιώνει την υγεία των παιδιών και προστατεύει τα μητέρες από τον καρκίνο των ωθηκών και του στήθους. Αν και ο θηλασμός λαμβάνει χώρα αιώνες μόλις πρόσφατα η επιστημονική κοινότητα ξεκίνησε να αντιλαμβάνεται πλήρως το ζωτικό ρόλο στην υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών και την υγεία της μητέρας.

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας αυτής είναι να προσεγγιστεί οικονομικά ο μητρικός θηλασμός. Ειδικότερα, οι στόχοι που τίθενται στην εργασία αυτή είναι να διερευνηθούν οι ωφέλειες που προκύπτουν από το μητρικό θηλασμό αλλά και λόγοι διακοπής του, να μελετηθεί η πρακτική του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας και κυρίως να αποτιμηθεί η οικονομική πλευρά του θηλασμού, ενώ παράλληλα τονίζονται και οι στρατηγικές που υλοποιούνται για την ενημέρωση των γυναικών και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

Για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι η χρήση ερωτηματολογίου το οποίο δημιουργήθηκε με βάση βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Το δείγμα που συμμετείχε είναι 1.556 μητέρες με παιδιά έως 2 ετών. Η μεθοδολογία της έρευνας περιλάμβανε την παρουσίαση συχνοτήτων και ποσοστών όπως επίσης και εκτιμήσεων του κόστους που σχετίζεται με τον θηλασμό.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι μητέρες του δείγματος είναι πάρα πολύ ενημερωμένες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και οι περισσότερες από αυτές έκαναν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για περισσότερους από 12 μήνες. Το συνολικό μέσο κόστος εξοπλισμού για τον μητρικό θηλασμό ανά μητέρα ανέρχεται σε **372,22€**. Το συνολικό κόστος βρεφικού γάλακτος για όσες μητέρες δε σιτίσουν το μωρό τους μόνο με αποκλειστικό θηλασμό τους πρώτους έξι μήνες, διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος του βρεφικού γάλακτος που θα επιλέξουν. Εάν είναι γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας το κόστος ανέρχεται σε **241,55€** ενώ αν είναι βιολογικό γάλα το κόστος κυμαίνεται σε **234,70€**.

Λέξεις κλειδιά: θηλασμός, μητέρα, βρέφος, οφέλη, οικονομία, Ελλάδα, στρατηγικές

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

i. Εξώφυλλο

ii. Ευχαριστίες

iii. Περίληψη

iv. Πίνακας Περιεχομένων

1. Εισαγωγή.....σελ.	11
2. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	
2.1: Οφέλη μητρικού θηλασμού	
2.1.1: Οφέλη μητρικού θηλασμού για το μωρό.....σελ.	12
2.1.2: Οφέλη μητρικού θηλασμού για τη μητέρα	σελ. 15
2.1.3: Οφέλη μητρικού θηλασμού για την κοινωνία	σελ. 16
2.1.4: Οφέλη μητρικού θηλασμού για το περιβάλλον.....σελ.	18
2.2: Μητρικός θηλασμός στην Ελλάδα	
2.2.1: Το νομικό πλαίσιο προστασίας του θηλασμού στην Ελλάδα.....σελ.	20
2.2.2: Συχνότητα και προσδιοριστικοί παράγοντες για το μητρικό θηλασμό...σελ.	22
2.2.3: Οικονομική κρίση και μητρικός θηλασμός στην Ελλάδα.....σελ.	24
2.2.4: Εβδομάδα μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα.....σελ.	25
2.3: Οικονομική αποτίμηση του μητρικού θηλασμού	
2.3.1: Τα οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού.....σελ.	27
2.3.2: Εργασία και θηλασμός.....σελ.	28
2.3.3: Επενδύσεις όσον αφορά το θηλασμό.....σελ.	30
2.3.4: Το κόστος της επιλογής του μη θηλασμού.....σελ.	31
2.3.5: Έξοδα νεογέννητου.....σελ.	33
2.3.6: Έξοδα μητέρας για το θηλασμό.....σελ.	34
2.3.7: Έξοδα για τεχνητή τροφή.....σελ.	35
2.3.8: Τράπεζες γάλακτος.....σελ.	36
2.3.9: Baby friendly νοσοκομεία.....σελ.	37

2.4: Στρατηγικές προώθησης του θηλασμού	
2.4.1: Ευρωπαϊκές στρατηγικές.....σελ. 37	
2.4.2: Κριτήρια για επιτυχημένη στρατηγική προώθησης θηλασμού.....σελ. 40	
2.4.3: Μάρκετινγκ και θηλασμός.....σελ. 41	
3. Μεθοδολογία	
3.1: Περιγραφή και δομή ερωτηματολογίουσελ. 42	
3.2: Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσηςσελ. 43	
4. Ανάλυση δεδομένων και ερμηνεία των ευρημάτων.....σελ. 44	
5. Κόστος μητρικού θηλασμού.....σελ. 81	
5.1 Ανάλυση κόστους εξοπλισμού.....σελ. 81	
5.2 Ανάλυση κόστους σίτισης νεογνών- βρεφών.....σελ. 89	
6. Συζήτηση και Προτάσειςσελ. 91	
Π. Βιβλιογραφίασελ. 98	
ΙΙΙ. Παράρτημασελ. 104	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 4.1- Ηλικία μητέρων	σελ. 44
Διάγραμμα 4.2- Επίπεδο μόρφωσης	σελ. 45
Διάγραμμα 4.3- Εθνικότητα	σελ. 45
Διάγραμμα 4.4- Οικογενειακή κατάσταση	σελ. 46
Διάγραμμα 4.5- Τόπος διαμονής	σελ. 46
Διάγραμμα 4.6- Είδος εργασίας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης	σελ. 47
Διάγραμμα 4.7- Μορφή εργασιακής σχέσης κατά την περίοδο εγκυμοσύνης ...	σελ. 48
Διάγραμμα 4.8- Είδος ασφαλιστικής κάλυψης	σελ. 49
Διάγραμμα 4.9- Ηλικία του τελευταίου παιδιού	σελ. 50
Διάγραμμα 4.10- Ο αριθμός των παιδιών συνολικά	σελ. 50
Διάγραμμα 4.11- Θηλασμός του προηγούμενου παιδιού	σελ. 51
Διάγραμμα 4.11.1- Διάρκεια θηλασμού προηγούμενου παιδιού	σελ. 52
Διάγραμμα 4.12- Μέρος γέννησης τελευταίου μωρού	σελ. 52
Διάγραμμα 4.13- Τρόπος γέννησης τελευταίου μωρού	σελ. 53
Διάγραμμα 4.14- Βάρος γέννησης τελευταίου μωρού	σελ. 53
Διάγραμμα 4.15- Εβδομάδα κύησης κατά την γέννηση του τελευταίου μωρού.....	σελ. 54
Διάγραμμα 4.16- Νοσηλεία του τελευταίου μωρού στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνού (MENN).....	σελ. 55
Διάγραμμα 4.17- Παρακολούθηση μαθημάτων και ενημέρωση για τα οφέλη και τις θέσεις του μητρικού θηλασμού	σελ. 56

Διάγραμμα 4.18- Βοήθεια του προσωπικού του μαιευτηρίου στην τοποθέτηση του μωρού στο στήθος την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό ή όταν ήταν σε θέση να το κάνουν	σελ. 57
Διάγραμμα 4.19- Τρόπος τοποθέτησης του μωρού στο στήθος την πρώτη φορά	σελ. 58
Διάγραμμα 4.20- Συγκατοίκηση με το μωρό μαζί 24 ώρες το 24ωρο (συγκατοίκηση / Rooming -in)	σελ. 58
Διάγραμμα 4.21- Βοήθεια του προσωπικού του μαιευτηρίου για διατήρηση της γαλουχίας στην περίπτωση που το μωρό θα έπρεπε να αποχωριστεί από τη μαμά..	σελ. 59
Διάγραμμα 4.22- Ποσοστά σίτισης του μωρού με άλλη τροφή εκτός από το μητρικό γάλα κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο	σελ. 60
Διάγραμμα 4.23- Ποσοστά συνταγής ή σημειώματος από παιδίατρο για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος φεύγοντας από το νοσοκομείο / κλινική.....	σελ. 61
Διάγραμμα 4.24- Ποσοστά θηλασμού του μωρού	σελ. 62
Διάγραμμα 4.25- Θηλασμούς του μωρού το πρώτο 24ωρο της ζωής του μωρού	σελ. 63
Διάγραμμα 4.26- Ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού δηλαδή μόνο μητρικό γάλα, στήθος ή θήλαστρο	σελ. 63
Διάγραμμα 4.26.1- Χρονικό διάστημα αποκλειστικού θηλασμού	σελ. 64
Διάγραμμα 4.27- Ποσοστά μεικτού θηλασμού συνδυασμού μητρικού γάλακτος και υποκατάστατων (ξένο γάλα)	σελ. 65
Διάγραμμα 4.27.1- Χρονικό διάστημα μεικτού θηλασμού	σελ. 65
Διάγραμμα 4.28- Βασικοί λόγοι θέλησης για θηλασμό	σελ. 66
Διάγραμμα 4.29- Ποσοστά πρόθεσης για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό	σελ. 67

Διάγραμμα 4.30- Ποσοστά ενημέρωσης για τα οφέλη του μητρικού θηλασμούσελ. 68	σελ. 68
Διάγραμμα 4.31- Πηγές ενημέρωσης για τα οφέλη του μητρικού θηλασμούσελ. 68	σελ. 68
Διάγραμμα 4.32- Ποσοστά δυσκολίας κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμούσελ 70	σελ 70
Διάγραμμα 4.33- Ποσοστά αιτιών δυσκολίας κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμούσελ. 71	σελ. 71
Διάγραμμα 4.34- Ποσοστά διακοπής θηλασμούσελ. 72	σελ. 72
Διάγραμμα 4.35- Λόγοι διακοπής αποκλειστικού ή μεικτού θηλασμούσελ. 73	σελ. 73
Διάγραμμα 4.36- Προτροπή διακοπής θηλασμούσελ. 74	σελ. 74
Διάγραμμα 4.37- Συνολικού κόστους εξοπλισμούσελ. 75	σελ. 75
Διάγραμμα 4.38- Γεύματα ξένου γάλακτος στο μωρόσελ. 76	σελ. 76
Διάγραμμα 4.39- Είδος βρεφικού γάλακτος πρώτης ηλικίας στο μωρό μέχρι να γίνει 6 μηνώνσελ. 77	σελ. 77
Διάγραμμα 4.40- Ποσότητα κουτιών βρεφικού γάλακτος που χρειαζόντουσαν περίπου την εβδομάδα ανά μήνα σίτισης (πρώτος μήνας, δεύτερος μήνας, τρίτος μήνας, τέταρτος μήνας, πέμπτος μήνας, έκτος μήνας)σελ. 78	σελ. 78
Διάγραμμα 4.41- Ποσοστά αύξησης του κόστους διατροφής των μητέρων κατά την περίοδο του θηλασμούσελ. 79	σελ. 79
Διάγραμμα 4.41.1- Ποσοστά ποσού αύξησης του μηνιαίου κόστους της διατροφής των μητέρωνσελ. 80	σελ. 80
Διάγραμμα 4.42- Ποσοστά προσπάθειας να κάνουν αποκλειστικό θηλασμό ή να θηλάσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εάν γνώριζαν πόσα χρήματα θα εξοικονομούσανσελ. 80	σελ. 80

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 5.1.1- Συχνότητα απαντήσεων ανά ποσότητα προϊόντων	σελ. 83
Πίνακας 5.1.2- Τιμές προϊόντων εξοπλισμού	σελ. 84
Πίνακας 5.1.3- Κόστος εξοπλισμού ανά προϊόν	σελ. 86
Πίνακας 5.1.4- Κόστος εξοπλισμού	σελ. 88
Πίνακας 5.2.1- Κόστος σίτισης γάλακτος πρώτης βρεφικής ηλικίας	σελ. 90
Πίνακας 5.2.2- Κόστος σίτισης βιολογικού γάλακτος	σελ. 90
Πίνακας 5.3.1- Ανάλυση κόστους διατροφής της μητέρας	σελ. 91

1. Εισαγωγή

Ο θηλασμός θεωρείται από τους επαγγελματίες υγείας ως η ιδανική πρακτική διατροφής για τα βρέφη, καθώς είναι η πρώτη οδός επικοινωνίας μεταξύ της μητέρας και του βρέφους. Οι μελέτες επιβεβαιώνουν ότι ο θηλασμός έχει πλεονεκτήματα τόσο για τα μωρά, όσο και για τις μητέρες, συμπεριλαμβανομένης της παροχής της απαραίτητης διατροφής για τα μωρά, την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος του μωρού, την απώλεια βάρους των μητέρων μετά την εγκυμοσύνη και την τόνωση της μήτρας για να επιστρέψει στην προηγούμενη θέση πριν από την εγκυμοσύνη (Chambers et al., 2007). Επιπλέον, τα βρέφη αποδεικνύεται ότι απορροφούν και αφομοιώνουν το μητρικό γάλα πιο εύκολα όταν θηλάζουν (Chambers et al., 2007). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συστήνει το θηλασμό ως την κύρια πηγή τροφής για τα μωρά για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους και ενθαρρύνει τις μητέρες να θεωρούν το θηλασμό ως τη μόνη τροφή που είναι κατάλληλη για τα βρέφη. Μεταξύ 6 μηνών και 2 ετών συνιστάται οι μητέρες να χρησιμοποιούν άλλες συμπληρωματικές πηγές για να ταΐσουν τα βρέφη μαζί με το θηλασμό (WHO, 2013). Οι άλλες τροφές που συστήνεται στις μητέρες να χρησιμοποιούν στη διατροφή των βρεφών μαζί με το θηλασμό είναι το νερό, άλλα υγρά ή στερεά παιδική τροφή (WHO, 2013).

Η προβληματική της έρευνας περιστρέφεται γύρω από την οικονομική πλευρά του μητρικού θηλασμού. Οι περισσότεροι προσεγγίζουν το ζήτημα από την οπτική της κοινωνικής και της επιστημονικής οπτικής, αλλά και η οικονομική οπτική του θηλασμού που προσεγγίζεται μέσα από την οικονομική επιστήμη είναι πολύ σημαντική για την προώθηση του θηλασμού. Η σημασία του θέματος είναι μεγάλη, αφού υπάρχουν στοιχεία που ποσοτικοποιούν τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους τόσο για τα βρέφη, όσο και για τις μητέρες τους όταν δε θηλάζουν. Οι λόγοι επιλογής του θέματος είναι η πρωτοτυπία του ζητήματος και η δυσχερής οικονομική κατάσταση που επηρεάζει την επιλογή του θηλασμού από τις μητέρες.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί αν ο θηλασμός προσφέρει οικονομικά οφέλη εκτός από κοινωνικά και να καταγραφούν τα σχετικά κόστη του (κόστος εξοπλισμού, κόστος σίτισης των βρεφών και των μητέρων). Επιμέρους στόχοι αυτής της εργασίας είναι: η εξακρίβωση του μαιευτικού ιστορικού της μητέρας, η ανίχνευση των πρακτικών που ακολουθούν τα μαιευτήρια για τη βοήθεια της μητέρας με το θηλασμό, η προβολή των δεικτών του θηλασμού, η περιγραφή των δυσκολιών κατά την έναρξη του θηλασμού και η προβολή των αιτιών διακοπής του θηλασμού.

Υπό αυτό το πρίσμα, η δομή της εργασίας περιέχει βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και ανάλυση δεδομένων. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση περιέχει τέσσερα κεφάλαια, όπου το πρώτο αναφέρεται στα οφέλη του θηλασμού με μια σφαιρική ματιά, καθώς παρουσιάζει τα οφέλη για τα μωρά, τη μητέρα, την κοινωνία και το περιβάλλον. Στο δεύτερο κεφάλαιο εκτίθεται η πρακτική του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα γίνεται λόγος για το νομικό πλαίσιο που προστατεύει το μητρικό θηλασμό. Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται και η συχνότητα που εμφανίζεται ο θηλασμός στη χώρα μας, ενώ παράλληλα αναλύεται και ο παράγοντας της οικονομικής κρίσης που επηρεάζει το μητρικό θηλασμό. Το τρίτο κεφάλαιο αποτελεί το κυριότερο μέρος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, γιατί αναφέρεται εκτενώς στην οικονομική προσέγγιση του μητρικού θηλασμού και αναφέρεται στις επενδύσεις που αφορούν το θηλασμό, το κόστος της επιλογής του μη θηλασμού και τα έξοδα που συνοδεύουν τα νεογέννητα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ξεχωριστή θέση καταλαμβάνουν στο τρίτο κεφάλαιο οι τράπεζες γάλακτος και τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία (baby friendly hospitals). Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο εκθέτει τις στρατηγικές που ακολουθούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση για την προώθηση του θηλασμού και τα κριτήρια που στέφουν με επιτυχία τη στρατηγική του θηλασμού, ενώ παράλληλα εξετάζεται και η μέθοδος του μάρκετινγκ που χρησιμοποιείται για το θηλασμό.

Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας αναφέρεται ότι στην έρευνα συμμετείχαν 1.556 μητέρες με παιδιά ηλικίας κάτω των 2 ετών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις το οποίο δημιουργήθηκε με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, απαντήθηκε μέσω διαδικτύου και τα αποτελέσματα πάρθηκαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

2.1. Οφέλη μητρικού θηλασμού.

2.1.1. Οφέλη μητρικού θηλασμού για το μωρό.

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μια πανάρχαια τεχνική και αποτελεί δικαίωμα του κάθε βρέφους. Ωστόσο, η ελλιπής ενημέρωση οδηγεί πολλές μητέρες στην επιλογή να μη θηλάσουν και αυτό έχει ως συνέπεια τη στέρηση από τα βρέφη της πιο σημαντικής τροφής τους.

Πριν ξεκινήσουμε να εκθέτουμε τα οφέλη του θηλασμού είναι κρίσιμης σημασίας να αναλύσουμε τη σημασία του θηλασμού. Αυτή απεικονίζεται θεωρητικά και αριθμητικά. Την τελευταία δεκαετία ο ρυθμός θηλασμού στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξήθηκε από 35% το 2000 στο 49% το 2010 (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Ο στόχος που είχε τεθεί είναι η αύξηση του ποσοστού των βρεφών που θα θηλάζουν μέχρι το 2020 να ανέλθει σε 81,9% για βρέφη που δε θήλαζαν ποτέ, στο 60,6% για τα παιδιά που θήλαζαν για 6 μήνες, στο 34,1% για τα παιδιά που θήλαζαν για 12 μήνες, στο 46,2% για τα παιδιά που θήλαζαν αποκλειστικά για 3 μήνες και στο 25,5% για τα παιδιά που θήλαζαν αποκλειστικά για 6 μήνες (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Ο θηλασμός έχει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη για τα βρέφη, τις μητέρες και την κοινότητα. Τα συστατικά του μητρικού γάλακτος αξίζει να σημειωθεί ότι αποτελούν την απαραίτητη διατροφή για τα μωρά, καθώς ενισχύουν το ανοσοποιητικό τους σύστημα (Powe et al., 2011). Αυτά τα συστατικά του μητρικού γάλακτος είναι ευκολότερο να απορροφούνται από το μωρό, επειδή εμπεριέχουν παράγοντες ανάπτυξης, ορμόνες και ένζυμα που το βοηθούν εύκολα να τα αφομοιώσει (Powe et al., 2011). Η σύνθεση του γάλακτος αρχίζει ως πρωτόγαλα και στη συνέχεια μεταβάλλεται σε ώριμο γάλα, το οποίο δίνει στο παιδί την κατάλληλη διατροφή για τη διαδικασία ανάπτυξής του από νεογέννητο έως και τη βρεφική ηλικία (Powe et al., 2011).

Ένα από τα σημαντικότερα οφέλη του μητρικού γάλακτος είναι ότι περιέχει ζωντανά συστατικά, όπως τα αντισώματα που καταπολεμούν μολύνσεις, τα λευκά αιμοσφαίρια, τα ερυθρά αιμοσφαίρια και τους αντιϊικούς παράγοντες (Powe et al., 2011). Στις ΗΠΑ έχει διαπιστωθεί ότι τα βρέφη που θηλάζουν έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σύγκριση με τα βρέφη που δε θηλάζουν (Chen & Rogan, 2004).

Επίσης, ο θηλασμός σχετίζεται με μείωση των οξειών ασθενειών, όπως οι γαστρεντερικές λοιμώξεις, οι ασθένειες του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και η οξεία ωτίτιδα (Chen & Rogan, 2004). Στη βάση αυτών των στοιχείων, οι ερευνητές ανεπτυγμένων χωρών διαπίστωσαν ότι τα βρέφη που δεν είχαν θηλάσει κινδύνευαν 6 φορές περισσότερο να πεθάνουν από μολυσματικές ασθένειες στον πρώτο μήνα της ζωής τους (Chen & Rogan, 2004). Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι

υπάρχει τριπλάσια πιθανότητα να νοσηλευτεί κάποιο βρέφος για ασθένεια της αναπνευστικής οδού που δεν είχε θηλάσει σε σύγκριση με ένα βρέφος που είχε θηλάσει έστω και για τέσσερις μήνες (Virginia et al. , 2003).

Άλλα οφέλη του θηλασμού εντοπίζονται στη μείωση των ποσοστών παιδικής παχυσαρκίας, στη μείωση της εμφάνιση λευχαιμίας (Collins et al, 2004), την ελάττωση κινδύνου υπέρβαρου μωρού (Thomas et al, 2005), καθώς ακόμη διαπιστώνεται ότι υπάρχει χαμηλότερος κίνδυνος για διαβήτη τύπου II και οριακά χαμηλότερες συγκεντρώσεις ινσουλίνης στη μετέπειτα ζωή του παιδιού (Christopheretal, 2006). Επιπρόσθετα, τα βρέφη που θηλάζουν έχουν χαμηλότερες συγκεντρώσεις γλυκόζης αίματος και ινσουλίνης στον ορό κατά τη βρεφική ηλικία σε σχέση με εκείνα που δε θήλασαν (Christopher et al., 2006). Όσον αφορά στην παχυσαρκία των παιδιών έχει αποδειχτεί ότι ο θηλασμός συνδέεται αντιστρόφως με την παιδική παχυσαρκία, ανεξάρτητα από την κατάσταση του μητρικού διαβήτη ή το βάρος της μητέρας (Mayer-Davis et al., 2006).

Σε όλα αυτά δεν μπορεί να μην προστεθεί και το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι προστατευτικός ενάντια στο σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου και αυτό το αποτέλεσμα είναι ισχυρότερο όταν ο θηλασμός είναι αποκλειστικός (Hauck et al, 2011). Κατά τους Michael et al. (2007) υπάρχουν συσχετισμοί μεταξύ της διάρκειας και της αποκλειστικότητας του θηλασμού με τα συμπτώματα αλλεργιών και σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπίστωσαν μείωση του ιστορικού των εκζεμάτων.

Πέραν αυτών, πρέπει να προστεθεί ότι τα βρέφη απολαμβάνουν την αναλγητική δράση που προσφέρει το γάλα τη μητέρας (Salmon, 2015). Επιπλέον, με το μητρικό θηλασμό μειώνεται η πιθανότητα του παιδικού καρκίνου και θεμελιώνεται η ψυχική υγεία του παιδιού σε πιο γερές βάσεις (Salmon, 2015).

Ο μητρικός θηλασμός είναι ωφέλιμος στα μωρά, αφού «το νεογνό προσλαμβάνει το πρωτόγαλα ως πρώτη τροφή, που είναι πλούσιο σε ενεργά ανοσολογικά κύτταρα, αντισώματα, προστατευτικές πρωτεΐνες και βιταμίνη Α, η οποία βοηθά στην προστασία των οφθαλμών και περιορίζει τις οφθαλμολογικές λοιμώξεις, αλλά περιέχει και ουσίες που προκαλούν συσπάσεις στα έντερα του βρέφους και τα βοηθούν έτσι να ενεργοποιηθούν και να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, αποτρέποντας αλλεργιογόνους και λοιπούς μικροοργανισμούς να διαπεράσουν τον οργανισμό του βρέφους» (Χαραμή και συν., 2014, σελ. 245).

Τέλος, ο θηλασμός έχει και μακροπρόθεσμα οφέλη για τα βρέφη, όπως είναι η υψηλότερη γνωστική λειτουργία σε βρέφη πλήρους θηλασμού, χαμηλότερη καρδιαγγειακή θνησιμότητα κατά την ενήλικη ζωή και χαμηλότερη αρτηριακή πίεση ενηλίκων (Powe et al., 2011). Συνοπτικά, ο θηλασμός έχει καλά εδραιωμένα μακροπρόθεσμα οφέλη, ιδίως στη μείωση της νοσηρότητας και του θανάτου λόγω λοιμώδους νόσου στην παιδική ηλικία. Οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε μεσαίες / χαμηλού εισοδήματος χώρες έδειξαν ότι ο θηλασμός μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο θανάτου από μολυσματικούς παράγοντες κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών (Horta, Victora, 2013).

2.1.2. Οφέλη μητρικού θηλασμού για τη μητέρα.

Ο θηλασμός ήταν πάντοτε ένα θέμα ενδιαφέροντος και πρακτικότητας για τις γυναίκες ανά την υφήλιο. Με τη δημιουργία του κόσμου ξεκινώντας με τον πρώτο άνθρωπο και τη γυναίκα, ο θηλασμός ήταν ο μόνος τρόπος να δοθεί στα νεογέννητα η κατάλληλη ποσότητα και η ποιότητα των θρεπτικών συστατικών που χρειάζονται για να αναπτυχθούν. Ο μητρικός θηλασμός είναι ένα αναφαίρετο δικαίωμα για τη γυναίκα και το καλύτερο γάλα για κάθε βρέφος είναι το γάλα της μητέρας του. Ο ΠΟΥ προτείνει τον αποκλειστικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του βρέφους (WHO, 2020).

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για τις μητέρες συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- η περίοδος της λοχείας δεν είναι τόσο επώδυνη για τη μητέρα, διότι η ψυχική υγεία της μητέρας υποβοηθείται από το θηλασμό
- ο θηλασμός είναι φυσική μέθοδος αντισύλληψης
- η μήτρα της μητέρας επανέρχεται πιο γρήγορα στην αρχική της κατάσταση (Baker et al., 2008)
- η απώλεια βάρους και το σχήμα του μαστού επανέρχονται στην αρχική τους κατάσταση
- ο καρκίνος του μαστού και των γεννητικών οργάνων των μητέρων μειώνεται σημαντικά. Συγκεκριμένα, οι μελέτες αυτές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που θηλάζουν είχαν 21% μικρότερο κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν θηλάζουν ποτέ (Powe et al., 2011)

- οι μητέρες που δεν θηλάζουν ή που απογαλακτίζουν νωρίς τα βρέφη είναι επιρρεπείς στην κατάθλιψη μετά τον τοκετό
- παρατηρείται μειωμένη αιμορραγία μετά τον τοκετό και γενικότερα μειωμένη εμμηνόρροια
- η οστεοπόρωση δεν είναι πιθανή ως μελλοντική πάθηση για τη μητέρα (Anatolitu, 2012).

Η σημασία του μητρικού θηλασμού φαίνεται και μέσα από τους κινδύνους που παραμονεύουν στην περίπτωση του μη θηλασμού. Αρχικά, η μεταβολή της στοματικής κοιλότητας είναι ένας υπαρκτός κίνδυνος και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η χρήση του μπουκαλιού παρεμβαίνει στην ωρίμανση των στοματικών λειτουργιών όσο το βρέφος μεγαλώνει (Brahm, Valdes, 2017). Ειδικότερα, όταν τα βρέφη πίνουν γάλα από το μπουκάλι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος άτυπης κατάποσης, δυσλειτουργία στο μάσημα και πιθανή αλλοίωση της στάσης του σώματος, μεταξύ άλλων (Brahm, Valdes, 2017). Επιπλέον, όσες γυναίκες δε θηλάζουν θέτουν σε κίνδυνο το βρέφος, αφού υπάρχει το ενδεχόμενο για αλλοιωμένη θωρακική στάση του μωρού και ενδέχεται να αλλάξει η γναθοπροσωπική ανάπτυξη του βρέφους (Brahm, Valdes, 2017). Ακόμη, άλλος κίνδυνος από το μη θηλασμό είναι η αλλαγή της οξυγόνωσης και της θερμορύθμισης, καθώς ο κορεσμός του οξυγόνου και η θερμοκρασία του σώματος ήταν σημαντικά υψηλότερα σε βρέφη που δε θηλάζουν (Brahm, Valdes, 2017). Καταγράφονται επίσης επεισόδια άπνοιας και είκοσι επεισόδια αποκορεσμού οξυγόνου σε λιγότερο από το 90%, κατά τη διάρκεια της σίτισης των βρεφών από μπουκάλια (Brahm, Valdes, 2017).

Η έρευνα και η πρακτική έχουν δείξει ότι ο θηλασμός και το γάλα μπορούν να προσφέρουν σημαντικά διατροφικά και μη διατροφικά οφέλη για το βρέφος και τη μητέρα και να θέσουν τα θεμέλια για τη βέλτιστη ποιότητα υγείας των παιδιών και των ενηλίκων. Ως εκ τούτου, η υποστήριξη του θηλασμού θα πρέπει να θεωρηθεί ως σημαντική για τη δημόσια υγεία και οι παρεμβάσεις για την ενίσχυσή του είναι σχετικά απλές και ανέξοδες (Anatolitu, 2012).

2.1.3. Οφέλη μητρικού θηλασμού για την κοινωνία.

Σε μια εποχή που η υγεία θεωρείται το ύψιστο αγαθό και πολλές ασθένειες ακόμη μένουν χωρίς θεραπεία, ο μητρικός θηλασμός θωρακίζει το παιδί από πολλές επικίνδυνες ατραπούς για την υγεία του. Όταν ο πληθυσμός μιας κοινωνίας είναι υγιής

είναι φυσικό αποτέλεσμα να αυξάνεται το βιοτικό επίπεδο και η παραγωγικότητα μιας οικονομίας (Weimer, 2001).

Επιπρόσθετα, ο μητρικός θηλασμός είναι ένα οικολογικό μέσο διατροφής των νεογνών, καθώς τα αναλώσιμα προϊόντα για την παραγωγή τη τροφής των μωρών δεν είναι φιλικά προς το περιβάλλον (Weimer, 2001). Έτσι, εξοικονομούνται οικονομικοί πόροι για την οικογένεια και ασφαλώς εξοικονομούνται και φυσικοί πόροι που προέρχονται από το περιβάλλον (Weimer, 2001).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο θηλασμός έχει πολλά οφέλη για την κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων:

- του μητρικού γάλακτος που δεν περιέχει βλαβερά στοιχεία (όπως μικροοργανισμούς)
- προγραμμάτων υποστήριξης διατροφής που θα μπορούσαν να μειώσουν το κόστος μέσω της ενθάρρυνσης του θηλασμού,
- οι μητέρες που θηλάζουν έχουν υγιή μωρά, επομένως δε θα επηρεάζεται η εργασιακή τους απόδοση, επειδή δε θα χρειάζεται να παραμείνουν σπίτι τόσο συχνά, επειδή τα παιδιά τους θα είναι πιο υγιή (The Office on Women's Health, 2012). Στο πλαίσιο αυτό εκπονήθηκε μια έρευνα η οποία διαπίστωσε ότι η κυβέρνηση των ΗΠΑ θα μπορούσε να εξοικονομήσει περίπου 478 εκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ, αν τα βρέφη θηλάζονταν αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους (Montgomery & Splett, 1997).

Εντούτοις, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε και τους παράγοντες που δρουν βοηθητικά ή ανασταλτικά στο θηλασμό. Αρχικά, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι πολύ σημαντική πηγή ενημέρωσης των γυναικών, αφού ένα ευρύ δίκτυο που τους περιβάλλει είναι διαθέσιμο και οι γυναίκες συνήθως ενημερώνονται για το θηλασμό από ιατρούς, βιβλία ή άρθρα σχετικά με το θηλασμό, το Διαδίκτυο και από εμπειρίες από άλλες μητέρες και τη δική τους μητέρα (Chambers et al., 2007). Ακόμη, τα δημογραφικά στοιχεία είναι εκείνα που παίζουν σπουδαίο ρόλο στην επιλογή και υποστήριξη του θηλασμού, διότι η ηλικία της μητέρας, η εκπαίδευση και το εισόδημα είναι παράγοντες που οδηγούν στο θηλασμό ή όχι (Chambers et al., 2007). Οι μεγαλύτερες μητέρες είναι πιο πιθανό να επιλέξουν το θηλασμό από τις νεαρές μητέρες και οι έρευνες αποδεικνύουν ότι το χαμηλό επίπεδο της μητρικής εκπαίδευσης έχει βρεθεί να συνδέεται με χαμηλά ποσοστά θηλασμού (Bertini et al., 2003). Επίσης, τα ποσοστά θηλασμού ήταν υψηλότερα μεταξύ των μητέρων, οι οποίες διαθέτουν υψηλά

οικογενειακά εισοδήματα από ό, τι για τις μητέρες με μικρότερα (McDowell et al., 2010). Ασφαλώς, μεγάλη ευθύνη για την υιοθέτηση του θηλασμού φέρουν και οι μονάδες υγείας (WHO, 2013).

Παράλληλα με όλα τα προηγούμενα λειτουργούν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι αφορούν την εργασία της μητέρας. Το ποσοστό απασχόλησης των γυναικών στα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη καθώς και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής αυξήθηκε τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, από 47,7% το 1980 σε 53,6% το 2010 (Gibbs, 2010). Με βάση τη μελέτη των Vinses και Kennedy (1997) προκύπτει σύνδεση μεταξύ της επιστροφής στην εργασία των μητέρων που θηλάζουν με το νωρίτερο απογαλακτισμό για τα μωρά τους. Τέλος, οι βιοϊατρικοί παράγοντες συμβάλλουν στο θηλασμό ή μη του βρέφους και ο ΠΟΥ παρέχει μια λίστα ιατρικών καταστάσεων τόσο για τις μητέρες, όσο και για τα μωρά που επηρεάζουν τη διαδικασία του θηλασμού (WHO, 2009). Για παράδειγμα, υπάρχει μόνιμη αποφυγή του θηλασμού για μητέρες που έχουν HIV και προσωρινή αποφυγή του θηλασμού για μητέρες που έχουν έρπητα (HSV-1) (WHO, 2009). Άλλες ασθένειες που εμποδίζουν τις μητέρες να φροντίζουν τα μωρά τους, είναι η σήψη, καθώς και η λήψη φαρμάκων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την υγεία των βρεφών (WHO, 2009). Ο ΠΟΥ παρέχει, επίσης, έναν κατάλογο των συνθηκών υγείας, όπως απόστημα στήθους, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C, μαστίτιδα, και φυματίωση αναφέροντας ότι οι μητέρες που υποφέρουν από αυτές τις παθήσεις θα μπορούσαν να συνεχίσουν το θηλασμό (WHO, 2009). Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι παράγοντες προωθητικοί για θηλασμό είναι βρέφη με συγκεκριμένες ιατρικές παθήσεις συμπεριλαμβανομένης της κλασικής γαλακτοζαιμίας, νόσοι των ούρων και της φαινυλοκετονουρίας, διότι τα βρέφη αυτά δεν πρέπει να λαμβάνουν γάλα εκτός από το γάλα που δίδεται σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών (WHO, 2009). Από την άλλη πλευρά, άλλες συνθήκες, συμπεριλαμβανομένων των βρεφών που γεννήθηκαν και ζυγίζουν λιγότερο από 1.500gr. (πολύ χαμηλό βάρος γέννησης), βρέφη που γεννήθηκαν σε ηλικία μικρότερη των 32 εβδομάδων της κύησης (πολύ πριν από τη λήξη) και τα νεογνά που διατρέχουν κίνδυνο υπογλυκαιμίας ενδέχεται να χρειαστούν και άλλα τρόφιμα εκτός από το μητρικό γάλα για περιορισμένο χρονικό διάστημα (WHO, 2009).

2.1.4. Οφέλη μητρικού θηλασμού για το περιβάλλον.

Το περιβάλλον ωφελείται επιπλέον από το θηλασμό, γιατί ο θηλασμός είναι η πλέον οικολογική μορφή τροφής για το βρέφος και αποτελεί μια πολύ θρεπτική ουσία για το μωρό, η οποία όμως παραμελείται από τις νέες μητέρες (Konkel, 2017). Όταν οι βιομηχανίες παράγουν γάλα αναγκάζονται να δαπανήσουν πολλούς πόρους (ενέργεια) και δημιουργείται περισσότερη ρύπανση για το περιβάλλον (Konkel, 2017).

Πιο συγκεκριμένα, οι επιβαρυντικοί παράγοντες από τη χρήση υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος εντοπίζονται στη χρήση υλικών, όπως το αλουμίνιο, το χαρτί, το πλαστικό και το καουτσούκ για θηλές (Konkel, 2017). Είναι αλήθεια ότι πολλά υλικά για τη χρήση της σκόνης γάλακτος για τα βρέφη δεν ανακυκλώνονται και έτσι η ρύπανση εξαιτίας των σκουπιδιών αυξάνεται, μιας που τα απορρίμματα θάβονται σε χώρους υγειονομικής ταφής (Konkel, 2017). Επίσης, το νερό που χρησιμοποιείται για την αποστείρωση είναι ένα μέσο σπατάλης νερού και τα βρεφικά γάλατα είναι το τελικό προϊόν που έχει περάσει από ειδική επεξεργασία (Konkel, 2017). Η επεξεργασία αυτή προκαλεί μακροπρόθεσμα όξινη βροχή και συμβάλλει στο φαινόμενο του θερμοκηπίου (Konkel, 2017).

Αντίθετα, ο μητρικός θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη για το περιβάλλον, αφού το γάλα της μητέρας είναι στην κατάλληλη θερμοκρασία και δε χρειάζεται προετοιμασία, ενώ παράλληλα η ενέργεια που απαιτείται είναι η μικρότερη δυνατή από τη μητέρα (Neifert, Bunik, 2013). Ακόμη, το μητρικό γάλα δε χρειάζεται υλικά αποθήκευσης και από τα αντισώματα που παίρνει το βρέφος από τη μητέρα είναι μια πολύ καλή διέξοδος για τη μείωση των νοσοκομειακών εξόδων και των φαρμάκων, καθώς όπως περιγράφηκε παραπάνω, τα βρέφη αποκτούν ανοσία και καλύτερη υγεία όταν θηλάζουν (Neifert, Bunik, 2013). Δεν πρέπει να παραβλέπεται και το γεγονός ότι το γάλα σε σκόνη που λαμβάνουν μερικά βρέφη περιέχει μόλυβδο και αλουμίνιο και άλλες τοξικές ουσίες, με αποτέλεσμα τα βρέφη να μην τρέφονται σωστά και υγιεινά (Mead, 2008).

Από την άλλη μεριά, οι γαλακτοβιομηχανίες επιδιώκουν την παραγωγή και την αγορά του γάλακτος, καθώς η κερδοφορία τους είναι ο λόγος ύπαρξης τους. Αυτό συνεπάγεται ότι πολλές δασικές εκτάσεις αποψιλώνονται, ώστε να μετατραπούν σε βοσκοτόπια και έτσι η μόλυνση του περιβάλλοντος από τα τοξικά απόβλητα αυξάνεται (Mead, 2008). Επίσης, οι αγελάδες παράγουν πολλά απόβλητα όπως για παράδειγμα μεθάνιο, χρησιμοποιούνται χημικά λιπάσματα για τις ζωοτροφές και τη γαλακτοπαραγωγή και έτσι το περιβάλλον επιβαρύνεται πολλαπλά (Mead, 2008).

Συμπερασματικά, από όλα τα παραπάνω συνάγεται ότι οι γνώσεις που έχουν οι μητέρες για τα οφέλη του θηλασμού, η αυτοπεποίθηση τους σχετικά με την τεχνική αυτή και η αποτελεσματικότητα του θηλασμού που παρέχεται από τις μητέρες προς τα βρέφη αποκαλύπτει ότι κανένα από τα υπάρχοντα μέτρα δεν πληροί όλα τα κριτήρια για ένα ιδανικό θηλασμό (Chambers et al., 2007). Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναπτύχθηκαν νέα μέτρα τα οποία ανταποκρίνονταν σε διαφορετικά είδη πληθυσμών με σκοπό να υποστηριχθούν νέες παρεμβάσεις στο θηλασμό (Chambers et al., 2007). Αυτό που προέκυψε είναι ότι για να υποστηριχθούν παρεμβάσεις στο θηλασμό υπάρχει ανάγκη για δημιουργία διάφορων εκστρατειών θηλασμού με αντικειμενικό, αξιόπιστο και έγκυρο υλικό που θα μπορεί να κατευθύνει τις μητέρες προς την υιοθέτηση του θηλασμού (Chambers et al., 2007).

2.2. Μητρικός θηλασμός στην Ελλάδα.

2.2.1. Το νομικό πλαίσιο προστασίας του θηλασμού στην Ελλάδα.

Κατά τη διακήρυξη Innocenti η μητέρα έχει το δικαίωμα να θηλάσει σε κατάλληλο περιβάλλον το οποίο θα είναι υποστηρικτικό προς το θηλασμό (UNICEF, 1990). Στη χώρα μας, το άρθρο 21 του Συντάγματος (παρ.1) αναφέρεται στη μητρότητα και την παιδική ηλικία και θεσπίζει την υποχρέωση του Κράτους να φροντίζει για την υγεία του πληθυσμού μέσω της θεραπείας και πρόληψης.

Το 1992 η Ελλάδα υπέγραψε τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του ΟΗΕ αναγνωρίζοντας έτσι την ανάγκη για πληροφόρηση και υποστήριξη των μητέρων και των παιδιών σε θέματα διατροφής και υγείας (Πιτσάκη, Τσεβρεμέτζη, 2015). Οι γαλακτοβιομηχανίες στη χώρα μας χρησιμοποιούν διάφορους τρόπους για να προωθήσουν τις πωλήσεις γάλακτος για τα βρέφη, όπως για παράδειγμα αφίσες, δώρα – δείγματα στους επαγγελματίες, πληρωμή εξόδων για συνέδρια και διαφημίσεις σε εγκύους (Πιτσάκη, Τσεβρεμέτζη, 2015). Στη χώρα μας η νομοθεσία για τον έλεγχο της διαφήμισης που αφορά το μητρικό θηλασμό και ιδιαίτερα την προβολή των υποκατάστατων του γάλακτος δεν είναι τόσο αυστηρή και έτσι ο διεθνής κώδικας παραβιάζεται στη χώρα μας όσον αφορά το ζήτημα αυτό (Πιτσάκη, Τσεβρεμέτζη, 2015).

Το 1995 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκδίδει εγκύκλιο που αναφέρεται στην προστασία του μητρικού θηλασμού και προστατεύει το δικαίωμα όλων των

γυναικών να επιλέγουν τον τρόπο διατροφής των παιδιών τους (Εγκύκλιος Υ3γ/ 3618/ 9.10.1995). Ακόμη, με βάση αυτή την εγκύκλιο θεσπίζονται τα ακόλουθα:

- *«Να επιτρέπεται και να συστήνεται στην μητέρα να έχει το νεογέννητο μαζί της στο μαιευτήριο.*
- *να καθοδηγούνται και να βοηθούνται οι μητέρες για την έναρξη του θηλασμού μέσα στο πρώτο ημίωρο από τον τοκετό.*
- *να εκπαιδεύονται οι μητέρες στην τέχνη του θηλασμού και τη διατήρηση της γαλουχίας σε περίπτωση αποχωρισμού από τα παιδιά τους π.χ. προωρότητα ή άλλα προβλήματα.*
- *να απαγορεύεται η παροχή στα νεογέννητα ξένου γάλακτος ή υγρών οποιασδήποτε μορφής εκτός από το μητρικό γάλα.*
- *να επιτρέπεται άλλο είδος τροφής μόνο σε περίπτωση που ο θηλασμός αντενδείκνυται για ιατρικούς λόγους και μόνο με ιατρική γνωμάτευση.*
- *να αποφεύγονται οι πιπίλες και τα λαστιχένια αντικείμενα για το στόμα στα παιδιά που θηλάζουν.*
- *απαγορεύεται η δωρεάν διανομή και παρακαταθήκη υποκαταστάτων μητρικού γάλακτος στα μαιευτήρια» (Εγκύκλιος Υ3γ/ 3618/ 9.10.1995).*

Το 2000 το Προεδρικό Διάταγμα 95/2000 ορίζει ότι αρμοδιότητα του Τμήματος Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας είναι η μελέτη, η προστασία και η προαγωγή του θηλασμού και γενικότερα η προστασία της διατροφής σε εθνικό επίπεδο. Η ΕΕ έχει εκδώσει και κανονισμούς που αφορούν στην προστασία τροφίμων και φαρμάκων και την προστασία του καταναλωτή από την παραπλανητική διαφήμιση (ΕΟΚ 141/2006, ΕΟΚ 1924/ 2006 ΕΟΚ 1169/2011).

Προς αυτή την κατεύθυνση λειτουργεί και το Υπουργείο Υγείας, το οποίο στα πλαίσια του Προγράμματος του ΕΣΠΑ κατά τα έτη 2007-2013 δημιούργησε το έργο «Δημιουργία και ευρεία διάχυση γενικού και ειδικών διατροφικών οδηγιών- ευ δια ...τροφών» (Γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας, 2018). Στο έργο αυτό περιλαμβάνονται και συστάσεις για τη διατροφή των βρεφών και ο μητρικός θηλασμός προωθείται πολύ, αφού οι μητέρες προτρέπονται να θηλάσουν τα βρέφη για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους (Γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας, 2018).

Ωστόσο, οι πρακτικές που καταγράφονται στην καθημερινότητα στην Ελλάδα δείχνουν ότι οι νέες μητέρες καθοδηγούνται από ενημερωτικά έντυπα για το θηλασμό και πολλές φορές ο πρόωρος απογαλακτισμός είναι αποτέλεσμα μη ιατρικών και

ενημερωμένων πράξεων (Theofilogiannakou et al., 2006). Τα ποσοστά θηλασμού αποδεικνύουν την ασυνέπεια νόμων και πράξεων, αφού παρ' όλο που το 90% των νεογνών έλαβε υποκατάστατο μητρικού γάλακτος μία ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 ημερών στο νοσοκομείο, το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού την τελευταία ημέρα της νοσηλείας έφτασε το 85% (Theofilogiannakou et al., 2006). Τα ποσοστά θηλασμού και αποκλειστικού θηλασμού μειώθηκαν σε 55% και 35%, αντίστοιχα, στις 40 ημέρες μετά τον τοκετό και σε 16% και 12%, αντίστοιχα, σε 6 μήνες μετά τον τοκετό (Theofilogiannakou et al., 2006). Ενώ στο νοσοκομείο, το 3% των μητέρων άρχισαν να θηλάζουν μέσα σε μία ώρα, μόνο το 34% ενημερώθηκε για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού από τους επαγγελματίες υγείας και το 42% ήταν εκπαιδευμένο να θηλάσουν από τις μαιές (Theofilogiannakou et al., 2006).

Γενικότερα, όσες μητέρες εργάζονται στο δημόσιο τομέα είναι περισσότερο ευνοημένες στο ζήτημα του θηλασμού. Ωστόσο, στη χώρα μας συστήνεται από τον ΠΟΥ να εντατικοποιηθεί τις προσπάθειες για την ενημέρωση του θηλασμού στις γυναίκες, ώστε οι μητέρες να θηλάζουν τα βρέφη ως την ηλικία των 6 πρώτων μηνών της ζωής τους (Πιτσάκη, Τσεβρεμέτζη, 2015). Τέλος, είναι απαραίτητο να γίνουν περισσότερο συχνοί οι έλεγχοι στα υποκατάστατα γάλακτος που αφορούν τις νέες μητέρες και τα βρέφη, ώστε η υγεία των βρεφών να διασφαλιστεί (Πιτσάκη, Τσεβρεμέτζη, 2015).

2.2.2. Συχνότητα και προσδιοριστικοί παράγοντες για το μητρικό θηλασμό.

Θα ήταν παράλειψη αν δεν αναφερόμασταν στη συχνότητα και τους παράγοντες θηλασμού στην Ελλάδα, καθώς μέσα από αυτό τον τρόπο ολοκληρώνεται η εικόνα που έχουμε για την πρακτική που ακολουθείται στην Ελλάδα σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Σε έρευνα που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού το 2018, το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίηση του δείγματος ήταν 870 βρέφη και 549 μητέρες (ποσοστό απόκρισης 63%).

Το ποσοστό των γυναικών που θηλάσαν αποκλειστικά το πρώτο 24ώρο μετά τη γέννηση ανήλθε σε 66% και μειώθηκε σε 51% στο τέλος της πρώτης εβδομάδας (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018). Είναι αξιοσημείωτο ότι στο τέλος του επόμενου μήνα μόνο το 40% συνέχισε να θηλάζει και στο τέλος του τέταρτου μήνα το ποσοστό αυτό έπεσε στο 25% (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018). Ο σχεδόν αποκλειστικός θηλασμός ανήλθε σε 4% στον 3^ο και 4^ο συμπληρωμένο μήνα ζωής του

βρέφους και το 51% των νεογνών θήλαζαν μητρικό γάλα χωρίς να έχουν πάρει υποκατάστατο μητρικού θηλασμού (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018). Η εισαγωγή των στερεών/ ημιστερεών τροφών ξεκίνησε από τον 3^ο μήνα και αυξήθηκε κατακόρυφα από τον 3^ο μήνα ζωής του μωρού (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018). Το 51% των μητέρων θήλασαν εντός της πρώτης ώρας μετά τον τοκετό και η συνδιαμονή (rooming in) του νεογνού με τη μητέρα ανήλθε σε 63% του δείγματος (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018).

Η εγκατάλειψη του θηλασμού την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό οφείλεται στη μη τήρηση των βημάτων που πρέπει να ακολουθηθούν για την εφαρμογή του μητρικού θηλασμού και το διαπιστωμένο έλλειμμα εκπαίδευσης και γνώσης των ειδικών υγείας σχετικά με το θηλασμό (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018). Η ανεπάρκεια γάλακτος είναι η βασικότερη αιτία που διακόπτεται ο θηλασμός και πολλές φορές η καισαρική τομή και η καθυστερημένη επαφή της μητέρας με το μωρό είναι άλλα αίτια για τη διακοπή του θηλασμού νωρίς (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018).

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια του θηλασμού των νεογνών είναι οι ακόλουθοι:

- ιατρικοί λόγοι
- μαστίτιδα
- επιστροφή στην εργασία
- τραυματισμένες θηλές
- παρεμπόδιση των μαστικών αγωγών (Tavoulari et al., 2016).

Επίσης, η εθνικότητα της μητέρας βρέθηκε να είναι σημαντική για την πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Οι μητέρες μετανάστριες είχαν 0,35 φορές μικρότερη πιθανότητα για πρόωρη διακοπή θηλασμού σε σύγκριση με τις Ελληνίδες μητέρες και παρόμοια τάση παρατηρήθηκε και στην εκπαιδευτική κατάσταση της μητέρας (Tavoulari et al., 2016). Η ύπαρξη μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών συνεισέφερε στην αποφυγή της παύσης του θηλασμού νωρίς σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν λάβει μόνο υποχρεωτική εκπαίδευση (Tavoulari et al., 2016). Ακόμη, η ψυχολογική κατάσταση της μητέρας, αντανακλά την επικράτηση σχετικών ψυχολογικών προβλημάτων μετά τον τοκετό (συμπεριλαμβανομένης της διάχυτης διάθεσης, της ευμετάβλητης διάθεσης, της κακής διάθεσης, του άγχους) και αυτό συνδέθηκε αντιστρόφως ανάλογα με τη διάρκεια του θηλασμού (Tavoulari et al., 2016). Τέλος,

άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν αρνητικά στο θηλασμό των βρεφών από τις περιλαμβάνουν την αρνητική εμπειρία προηγούμενου θηλασμού, την έλλειψη κατοικίας, την έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον της μητέρας, το μεταναστευτικό ζήτημα, το χαμηλό βάρος γέννησης του βρέφους και η προωρότητα των νεογνών (Tavoulari et al., 2016).

2.2.3. Οικονομική κρίση και μητρικός θηλασμός στην Ελλάδα.

Η συνεισφορά του μητρικού θηλασμού στην οικονομία δεν είναι ένα θέμα που έχει μελετηθεί επαρκώς, διότι δεν έχει αναλυθεί στατιστικά σε μεγάλη έκταση. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί πάνω στο μητρικό θηλασμό και τα οφέλη του είναι πολλά τονίζοντας τη σημασία του τόσο για το παιδί, όσο και για τη μητέρα και την οικονομία (Πανταζή, 2012). Στην περίοδο της κρίσης ασφαλώς και οι γεννήσεις μειώθηκαν εξαιτίας των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετώπιζαν οι νέες οικογένειες. Όσοι γέννησαν παιδιά εκείνη την περίοδο, έπρεπε να αντιμετωπίσουν και το ζήτημα της οικονομικής διαρροής σε περίπτωση μη θηλασμού του βρέφους.

Χαρακτηριστικά πρέπει να αναφερθεί ότι το κόστος των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος στις μέρες μας ανέρχεται σε 1.500- 2.500 ευρώ ετησίως (Πανταζή, 2012). Σε μια χειμαζόμενη οικονομία όπως η ελληνική τα τελευταία χρόνια θα έπρεπε ο θηλασμός να προωθείται περισσότερο, διότι οι δαπάνες για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μειώνεται, καθώς τα βρέφη που θηλάζουν αρρωσταίνουν 25%- 50% λιγότερες φορές σε σύγκριση με τα παιδιά που δε θηλάζουν (Πανταζή, 2012). Τα βρέφη που θα νοσηλευτούν περισσότερο είναι εκείνα τα βρέφη δε θηλάζουν (Πανταζή, 2012). Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι η αύξηση του μητρικού θηλασμού είναι ικανή να εξοικονομήσει 800.000 ευρώ ετησίως στα κρατικά ταμεία που εξοικονομούνται από τα έξοδα νοσηλείας (Πανταζή, 2012). Γενικότερα, τα έξοδα της οικογένειας για τη σίτιση του βρέφους που δε θηλάζει και χρειάζεται να τραφεί με γάλα σκόνη είναι τριπλάσια σε σύγκριση με τα έξοδα σίτισης των οικογενειών των βρεφών που θηλάζουν (Πανταζή, 2012).

Στην επιλογή του θηλασμού παίζουν σπουδαίο ρόλο οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση της ικανοποίησης των νέων μητέρων με τη μεταγεννητική τους φροντίδα ανταποκρινόμενοι στις ανάγκες και τις

προσδοκίες τους (Panagoroulou et al., 2018). Συνιστάται οι επαγγελματίες υγείας να περνούν ποιοτικό χρόνο με τις γυναίκες μετά τη γέννηση παρέχοντας τους φροντίδα και συμβουλές με επίκεντρο την υγεία της μητέρας, τη φροντίδα του μωρού και τη διατροφή του νεογνού (θηλασμός) (Panagoroulou et al., 2018). Υπάρχει βεβαίως περιθώριο βελτίωσης της κλινικής πρακτικής, καθώς η μεταγεννητική φροντίδα που παρέχεται δεν είναι ιδανική και όμως υπάρχει σαφής ανάγκη για πιο ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα (Panagoroulou et al., 2018). Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να προσφέρουν ολιστική φροντίδα και να προσπαθούν όχι μόνο να αντιμετωπίζουν προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν μετά τον τοκετό, αλλά οφείλουν να εκπαιδεύουν τις νέες μητέρες για τις γονικές δεξιότητες που χρειάζονται για τη φροντίδα του μωρού τους (θηλασμός, υγιεινή) και να υποστηρίζουν τις μητέρες στο θηλασμό των βρεφών τους (Panagoroulou et al., 2018).

2.2.4. Εβδομάδα μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα.

Η εβδομάδα μητρικού θηλασμού σε παγκόσμιο επίπεδο έχει εδραιωθεί μεταξύ 1- 7 Νοεμβρίου κάθε χρόνο και οι στόχοι της είναι η προβολή των ωφελειών και των κινδύνων που έχει ο θηλασμός, η αξιοποίηση της ενημέρωσης της παγκόσμιας ιατρικής και νοσηλευτικής κοινότητας που θα συμβάλλει στη βοήθεια της μητέρας στο θηλασμό (Γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας, 2018). Ακόμη, η εβδομάδα μητρικού θηλασμού επιδιώκει την πιστή εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος, ώστε να διασφαλίζεται η ανώτερη ποιότητα του γάλακτος με το οποίο τρέφονται τα βρέφη και όλα τα παραπάνω αποσκοπούν στη δημιουργία ισχυρού συνασπισμού με άλλους φορείς που υποστηρίζουν το δικαίωμα στην υγεία και τη σωστή διατροφή (Γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας, 2018).

Ειδικότερα, οι στόχοι της ενημερωτικής εκστρατείας αφορούν την πληροφόρηση του κοινού για την επισιτιστική ασφάλεια, την υγιεινή διατροφή, το μητρικό θηλασμό ως θεμέλιο λίθο της διατροφής του βρέφους και είναι μια δράση που αφορά την προώθηση του θηλασμού (Γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας, 2018). Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθούμε ότι στο άρθρο 3 του Ν. 4316/2014 θεσπίζεται η ίδρυση χώρων θηλασμού για το κοινό και στο χώρο εργασίας, ιδρύονται τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία, οι Τράπεζες Γάλακτος και διαμορφώνεται το Μητρώο

Επιμορφωτών για την Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού (Γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας, 2018).

Το 2019 η εβδομάδα θηλασμού ήταν από τις 1- 7 Αυγούστου και ο ΠΟΥ συνεργάστηκε με την UNICEF και τους υπόλοιπους εταίρους για να προωθήσει τη σημασία των φιλικών προς την οικογένεια πολιτικών που θα επιτρέψουν τον θηλασμό και θα βοηθήσουν τους γονείς να γαλουχήσουν και να δεσμευτούν με τα παιδιά τους στην πρώιμη ζωή, όταν έχει μεγαλύτερη σημασία (WHO, 2019). Αυτό περιλαμβάνει τη θέσπιση άδειας μητρότητας για περίοδο τουλάχιστον 18 εβδομάδων (WHO, 2019). Ταυτόχρονα, ο ΠΟΥ θεωρεί ότι και οι άδειες πατρότητας είναι απαραίτητες ώστε να υπάρξει κοινή ευθύνη για τη φροντίδα των παιδιών της οικογένειας σε ισότιμη βάση (WHO, 2019).

Ακόμη, οι χώροι εργασίας όπου εργάζονται οι μητέρες πρέπει να είναι φιλικό προς το θηλασμό, με στόχο να υποστηρίξουν την ικανότητά των μητέρων να συνεχίσουν τον θηλασμό κατά την επιστροφή στην εργασία (WHO, 2019). Αυτό σημαίνει ότι οι μητέρες πρέπει να έχουν διαλείμματα θηλασμού και ένα ασφαλές, ιδιωτικό και υγιεινό περιβάλλον για την αποθήκευση του μητρικού γάλακτος (WHO, 2019).

Στη χώρα μας το πρόγραμμα Αλκυόνη είναι εκείνο που οργάνωσε διάφορες εκδηλώσεις για την ενημέρωση των γυναικών για το μητρικό θηλασμό. Ειδικότερα, η εβδομάδα θηλασμού 2019 είχε το σύνθημα «Ενδυναμώνουμε τους γονείς, διευκολύνουμε το θηλασμό» (Σύνδεσμος θηλασμού Ελλάδας, 2019). Η συγκεκριμένη προσπάθεια αποτυπώθηκε και γραφικά με στόχο να δοθεί έμφαση στην οικογένεια ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του θηλασμού (Σύνδεσμος θηλασμού Ελλάδας, 2019)¹.

¹ <http://www.lllgreece.org/waba---pankosmia-ebdomada-metrikou-thelasmou>

2.3. Οικονομική αποτίμηση του μητρικού θηλασμού.

2.3.1. Τα οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού.

Οι οικονομολόγοι σπάνια εξέτασαν τις οικονομικές πτυχές του μητρικού θηλασμού, διότι εστίαζαν την προσοχή τους στην Αγορά. Τα τελευταία χρόνια η σημασία της άμισθης εργασίας έγινε πιο ορατή συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας των μητέρων (Kuma, 2015). Έχει γίνει επίσης εμφανές ότι η πολιτική παρέμβαση είναι επιβεβλημένη για να ληφθεί υπόψη η μη αμειβόμενη οικογενειακή οικονομία και για να αποφευχθούν ανεπιθύμητες επιπτώσεις στο έργο που προσφέρουν οι οικογένειες όσον αφορά το «ανθρώπινο κεφάλαιο» (Kuma, 2015). Ο θηλασμός είναι ένα καλό παράδειγμα συνέχισης της εργασίας των γυναικών που δεν είναι ούτε ορατή μορφή εργασίας, ούτε αξιολογημένη εργασία από τις υπάρχουσες οικονομικές στατιστικές (Kuma, 2015). Επειδή δεν είναι ούτε ορατή μορφή εργασίας, ούτε ακριβώς έχει εκτιμηθεί η πρακτική του θηλασμού και επειδή ανταγωνίζεται την αγορά με άνισους όρους, ο θηλασμός παρέμεινε απροστάτευτος από την πίεση της κοινωνικό-οικονομικής αλλαγής (Kuma, 2015).

Χρησιμοποιώντας τις τιμές των τραπεζών γάλακτος στην Ευρώπη, η αξία του μητρικού γάλακτος που παράγεται εκτιμάται σε περίπου 2 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως (Holla- Bhar et al., 2015). Η ετήσια λιανική αξία του γάλακτος σε σκόνη για τα βρέφη είναι σημαντικά μικρότερη στα 135 εκατομμύρια δολάρια (Holla- Bhar et al., 2015). Αντίθετα, το γάλα του μητρικού θηλασμού έχει αξία που αντιστοιχεί σε περίπου 0,5% του ΑΕΠ, ή αποτελεί το 6% της παγκόσμιας κατανάλωσης τροφίμων (Holla- Bhar et al., 2015).

Ο χρόνος που επενδύεται στο θηλασμό από τις μητέρες είναι σημαντικός και οι μητέρες που θηλάζουν στα συνιστώμενα επίπεδα ξοδεύουν περίπου 16- 17 ώρες την εβδομάδα για αυτή τη δραστηριότητα για τους πρώτους 3-6 μήνες (McGovern, 2018). Ενώ το βρέφος ωφελείται αναμφίβολα από το θηλασμό και τις αλληλεπιδράσεις του, αυτή η χρονοβόρα απλήρωτη φροντίδα από την πλευρά της μητέρας δεν αναγνωρίζεται από οικονομική άποψη (McGovern, 2018).

Η επιτυχής προώθηση και στήριξη του θηλασμού συντείνουν, ώστε τουλάχιστον 3,6 δισ. δολάρια να εξοικονομηθούν εάν η τεχνική του αποκλειστικού θηλασμού αυξηθεί και αυτή η εξοικονόμηση θα ήταν αποτέλεσμα από τη μείωση τόσο των άμεσων δαπανών (όπως το κόστος φόρμουλας και ο γιατρός, η κλινική, οι νοσοκομειακές, εργαστηριακές και διαδικαστικές αμοιβές), όσο και των έμμεσων

δαπανών, όπως για παράδειγμα μισθών που χάνονται από τους γονείς που έχουν ένα άρρωστο παιδί (Weimer, 2001).

Η μελέτη του Weimer (2001) δείχνει ότι 3,6 δισεκατομμύρια δολάρια θα εξοικονομηθούν αν ο επιπολασμός του αποκλειστικού θηλασμού αυξηθεί από τα τρέχοντα ποσοστά σε αυτά που συνιστώνται από τον ΠΟΥ. Ο αριθμός αυτός αφορά σε περίπου 3,1 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ που αποδίδονται στην αποτροπή πρόωρων θανάτων (Weimer, 2001). Επιπλέον εξοικονομείται ένα ποσό ύψους 0,5 δισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ ετησίως που συνδέεται με τη μείωση των παραδοσιακών ιατρικών δαπανών (για παράδειγμα, επισκέψεις γιατρών ή νοσοκομείων, εργαστηριακές εξετάσεις, μεταξύ άλλων) και τις έμμεσες δαπάνες, όπως τα χαμένα κέρδη των γονέων (Weimer, 2001).

2.3.2. Εργασία και θηλασμός.

Το ποσοστό των γυναικών που εργάζονται στις ΗΠΑ αυξήθηκε σταδιακά από 47,7% το 1980 σε 53,6% το 2010 και το ποσοστό απασχόλησης των γυναικών ανήλθε στο 57,5% το 2000 και στη συνέχεια μειώθηκε κατά 3,9% σε 53,6% το 2010 (Gibbs, 2010). Το ποσοστό απασχόλησης των ανδρών μειώθηκε σταθερά κατά την τελευταία εικοσαετία και ειδικότερα το 1989, η απασχόληση των ανδρών έφθασε στο ανώτατο όριο του 72,5%, ενώ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και ως τα μέσα της δεκαετίας του 2000, τα ποσοστά απασχόλησης παρέμειναν σχετικά σταθερά (Gibbs, 2010). Από το 2008, παρατηρήθηκε μια απότομη γραμμική πτωτική κάμψη στο ποσοστό απασχόλησης των ανδρών (Gibbs, 2010).

Το ζήτημα της εργασίας των γυναικών σχετίζεται με ο θηλασμό, καθώς ένα δυσμενές εργασιακό περιβάλλον, ιδιαίτερα για τις εργαζόμενες μητέρες μπορεί να κάνει δυσκολότερη την εφαρμογή του θηλασμού (Meek, 2001). Με τους επαγγελματίες υγείας να τονίζουν ότι ο θηλασμός είναι πολύ σημαντικός για τη βρεφική υγεία, κρίνεται απαραίτητο ο χώρος εργασίας να σέβεται τον αναπαραγωγικό ρόλο της γυναίκας και την τεχνική του θηλασμού (Meek, 2001). Ταυτόχρονα, όμως, ο εργασιακός χώρος της γυναίκας δεν πρέπει να παραβλέπει και τον παραγωγικό της ρόλο, ο οποίος μπορεί να συνδυαστεί με το θηλασμό (Meek, 2001).

Παρά τις προσπάθειες που έγιναν για την υποστήριξη του θηλασμού, τα ποσοστά θηλασμού στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες παραμένουν σε μεγάλο βαθμό κάτω από τους προτεινόμενους στόχους (Del Bono, Pronzato, 2012). Για παράδειγμα, το 2002 περίπου το 70% των μητέρων στις ΗΠΑ άρχισε το θηλασμό στο νοσοκομείο, αλλά μόνο το 33% των μωρών θηλάζονταν ακόμη και μετά από 6 μήνες (Del Bono, Pronzato, 2012). Τα εμπόδια στο χώρο εργασίας επιδεινώνουν το πρόβλημα συμβάλλοντας στην απόφαση πολλών γυναικών να σταματήσουν το θηλασμό πολύ πριν από την ελάχιστη συνιστώμενη περίοδο (Del Bono, Pronzato, 2012).

Από οικονομικής άποψης, η αρνητική σχέση μεταξύ του θηλασμού και της μητρικής απασχόλησης είναι το αποτέλεσμα του γεγονότος ότι ο θηλασμός είναι μια εντατική δραστηριότητα και επομένως σε άμεσο ανταγωνισμό με άλλες ασχολίες δεν μπορεί να συνδυαστεί με την εργασία της μητέρας (Del Bono, Pronzato, 2012). Αυτό σημαίνει ότι το κόστος ευκαιρίας του θηλασμού μπορεί να μετρηθεί με βάση το κόστος της απουσίας από την εργασία (Del Bono, Pronzato, 2012). Μέσα σε ένα τυπικό νεοκλασικό πλαίσιο, η βέλτιστη ποσότητα θηλασμού θα επιλεγεί έτσι ώστε το οριακό του όφελος να ισούται με το οριακό κόστος (Del Bono, Pronzato, 2012).

Τα οριακά οφέλη του θηλασμού μειώνονται με την πάροδο του χρόνου, ενώ το οριακό κόστος της αποχής από την εργασία αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου και έτσι υπάρχει μια απλή θεωρητική αιτιολόγηση της παρατηρούμενης αρνητικής σχέσης μεταξύ της διάρκειας του θηλασμού και της διάρκειας της άδειας μητρότητας (Del Bono, Pronzato, 2012). Ο θηλασμός συνεπάγεται ορισμένα πάγια έξοδα, όπως το κόστος αγοράς ειδικών ρούχων, παρακολούθηση μαθημάτων, και ψυχολογικές προσαρμογές και έτσι μια αρνητική σχέση μεταξύ μητρικής εργασίας και έναρξης του θηλασμού ενδέχεται επίσης να προκύψουν (Del Bono, Pronzato, 2012).

Καθώς οι μητέρες με υψηλή μόρφωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους από τις υπόλοιπες μητέρες, η διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων θηλασμού πρέπει να υφίσταται στο χώρο εργασίας (Marinelli et al., 2013). Οι ανεπαρκώς μορφωμένες μητέρες έχουν λιγότερες επιλογές όσον αφορά το θηλασμό σε σχέση με τη διάρκεια της άδειας μητρότητας τους, ίσως λόγω εισοδηματικών απολαβών (Marinelli et al., 2013). Συνεπώς, η διαθεσιμότητα ή όχι των εγκαταστάσεων θηλασμού στο χώρο εργασίας τους είναι πιθανό να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην απόφασή τους για επιστροφή στην εργασία (Marinelli et al., 2013).

Η μελέτη των Marinelli et al. (2013) συντείνει στην άποψη ότι ο αποχωρισμός της μητέρας και του παιδιού με την απασχόληση μπορεί να βλάψει το θηλασμό και να οδηγήσει σε δυσμενή αποτελέσματα της υγείας των μητέρων και των βρεφών. Όποτε είναι δυνατόν, η αυξημένη επαφή της μητέρας με το βρέφος κατά τη διάρκεια της ημέρας θα πρέπει να ενθαρρύνεται και έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το βρέφος πρέπει να βρίσκεται σε κοντινή απόσταση από το χώρο εργασίας της μητέρας (Marinelli et al., 2013). Επίσης, η επαρκής άδεια μητρότητας έχει καθοριστική σημασία για το θηλασμό, την παροχή και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων του θηλασμού για τους απασχολούμενους (Marinelli et al., 2013). Ως εκ τούτου, όλες οι χώρες θα πρέπει να υποστηρίζουν τις πολιτικές αδειών μητρότητας και δεν πρέπει να μειωθούν τα ποσοστά θηλασμού μεταξύ των γυναικών που εργάζονται ή πηγαίνουν στο σχολείο ακόμη (Marinelli et al., 2013).

2.3.3. Επενδύσεις όσον αφορά το θηλασμό.

Ο θηλασμός δεν είναι μόνο μια επένδυση για τη βελτίωση της υγείας των παιδιών και την προστασία των ζώων της μητέρας και του βρέφους, αλλά αποτελεί επίσης μια επένδυση στην ανάπτυξη ανθρώπινου κεφαλαίου που μπορεί να ωφελήσει την οικονομία μιας χώρας (D'Alimonte et al., 2017). Επιπλέον, αποτελεί μια από τις καλύτερες επενδύσεις στην παγκόσμια υγεία, καθώς κάθε 1 δολάριο ΗΠΑ που επενδύεται στον θηλασμό, παράγει 35 δολάρια ΗΠΑ σε οικονομικές αποδόσεις (D'Alimonte et al., 2017). Για να επιτευχθεί ο στόχος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας όσον αφορά στην αύξηση του ποσοστού των παιδιών ηλικίας κάτω των 6 μηνών που θηλάζουν αποκλειστικά σε τουλάχιστον 50% έως το 2025 απαιτούνται επιπλέον 5,7 δισ. δολάρια ΗΠΑ (D'Alimonte et al., 2017).

Αυτή η επένδυση μεταφράζεται σε μόλις 4,70 δολάρια ΗΠΑ ανά νεογέννητο (D'Alimonte et al., 2017).

Ειδικότερα, οι επενδύσεις που πρέπει να γίνουν για το μητρικό θηλασμό εστιάζονται στην εφαρμογή της εθνικής πολιτικής, στην ανάπτυξη φιλικών προς τα βρέφη νοσοκομείων και την εφαρμογή του Κώδικα του ΠΟΥ για τα υποκατάστατα της βρεφικής διατροφής (Smith et al., 2002). Ακόμη, περισσότερες επενδύσεις πρέπει να στραφούν προς την προστασία της μητέρας και την πληροφόρησή της για το θηλασμό

(Smith et al., 2002). Τέλος, είναι ανάγκη να επενδυθούν κονδύλια για την εφαρμογή μηχανισμού που θα καταγράφει τα ποσοστά θηλασμού (Smith et al., 2002).

Ποιο είναι όμως το κόστος του μη θηλασμού; Αυτό το ζήτημα είναι αντικείμενο του επόμενου υποκεφαλαίου.

2.3.4. Το κόστος της επιλογής του μη θηλασμού.

Τα εμπειρικά ευρήματα δείχνουν ότι ο θηλασμός έχει πολλά θετικά για την υγεία, το ανθρώπινο κεφάλαιο και τα μελλοντικά οικονομικά οφέλη για τα μικρά παιδιά, τις μητέρες και τις χώρες τους ως οικονομίες. Με το θηλασμό η νοσηρότητα των νεογνών μειώνεται κατά πολύ και αυτό το επίπεδο αποφυγής νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταφράζεται σε εξοικονόμηση κόστους παγκόσμιας υγειονομικής περίθαλψης ύψους 1,1 δισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ ετησίως (Walters et al., 2019). Οι οικονομικές απώλειες ενός πρόωρου παιδιού και της θνησιμότητας των γυναικών εκτιμάται ότι θα ανέλθουν σε 53,7 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ στο μέλλον (Walters et al., 2019). Η συγκέντρωση αυτών των δαπανών υπολογίζονται ως παγκόσμιες οικονομικές απώλειες και ανέρχονται σε 341,3 δισεκατομμύρια δολάρια ή 0,70% του παγκόσμιου ΑΕΠ (Walters et al., 2019). Σε παγκόσμιο επίπεδο, 595, 379 θάνατοι στην παιδική ηλικία αποδίδονται σε μη θηλασμό ετησίως και ο βέλτιστος θηλασμός έχει επίσης τη δυνατότητα για την πρόληψη επιπλέον 98, 243 θανάτων μητέρων από καρκίνο και διαβήτη τύπου II κάθε χρόνο (Walters et al., 2019). Οι συνολικές ετήσιες παγκόσμιες οικονομικές ζημιές εκτιμάται ότι κυμαίνονται μεταξύ 257 δισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ και 341 δισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ ή 0,37% και 0,70% του συνολικού ΑΕΠ (Walters et al., 2019). Άρα, το κόστος μη θηλασμού είναι σημαντικό και πρέπει να αναγκάσει τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής να επενδύσουν στην κλιμάκωση των παρεμβάσεων για το θηλασμό, τη διατροφή των παιδιών και των μητέρων τους, με στόχο την ενίσχυση του ανθρώπινου κεφαλαίου και της ανάπτυξης.

Ακόμη, αν ο μητρικός θηλασμός δεν επιλεγεί ή διακοπεί πρόωρα το κόστος του μη θηλασμού ανεβαίνει αισθητά, καθώς με την εξασφάλιση του βέλτιστου θηλασμού, οι χώρες θα μπορούσαν ενδεχομένως να εξαλείψουν τη διάρροια και την πνευμονία στα βρέφη που προκαλείται από ανεπαρκή θηλασμό και έτσι να εξοικονομηθούν

περισσότερα από 293 εκατομμύρια δολάρια σε δαπάνες ιατρικής περίθαλψης ετησίως (Walters et al., 2016). Όταν τα βρέφη εκδηλώνουν διάρροια ή πνευμονία που οφείλονται στον ανεπαρκή θηλασμό, τότε οι γονείς επιβαρύνονται με υπέρογκες δαπάνες όσον αφορά στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, διότι ως γονείς οφείλουν να αναζητήσουν και να βρουν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για τα βρέφη (Walters et al., 2016). Για παράδειγμα, μελέτες στο Τιμόρ και την Ινδονησία δείχνουν ότι οι οικογένειες των βρεφών που έχουν διακόψει το θηλασμό νωρίς, ενδέχεται να επωμιστούν την απώλεια που καταγράφεται από την απουσία από την εργασία τους και τα μεταφορικά έξοδα για τη μεταφορά του βρέφους στο νοσοκομείο, ώστε να αντιμετωπιστεί η διάρροια ή η πνευμονία (Walters et al., 2016). Οι επιπλέον επιβαρύνσεις που μπορεί να επωμιστούν οι γονείς των βρεφών που διέκοψαν νωρίς το θηλασμό και εκδήλωσαν διάρροια ή πνευμονία ανέρχεται σε 25% του πραγματικού κόστους θεραπείας της διάρροιας και της πνευμονίας (Walters et al., 2016).

Επίσης, η πρόωρη διακοπή του θηλασμού έχει αρνητικές επιπτώσεις στη γνωστική ικανότητα του βρέφους στη μετέπειτα ζωή του ως παιδί (Walters et al., 2016). Για παράδειγμα, από έρευνες που διεξήχθησαν σε χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας διαπιστώθηκε ότι οι χαμηλές γνωστικές ικανότητες των παιδιών είχαν ένα μεγάλο κόστος για τις χώρες τους (Walters et al., 2016). Το κόστος αυτό ανέρχεται σε 1.630.200.000 δολάρια ΗΠΑ και η πρόωρη διακοπή του θηλασμού των βρεφών φέρει μερίδιο της ευθύνης στις απώλειες που υπολογίζονται παραπάνω (Walters et al., 2016).

Στο ίδιο μήκος κύματος κινούνται και οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε 125 χώρες και αναφέρονται στις απώλειες που δημιουργούνται στην οικονομία εξαιτίας της παιδικής θνησιμότητας (Walters et al., 2019). Οι απώλειες αυτές είναι αποτέλεσμα των κερδών που δε δημιουργήθηκαν και οφείλονται στο μη θηλασμό των βρεφών, τα οποία καταλήγουν στο θάνατο (Walters et al., 2019). Τα στατιστικά δεδομένα υπολογίζουν ότι περισσότερο από μισό εκατομμύριο παιδιά πεθαίνουν πρόωρα εξαιτίας της διακοπής του θηλασμού και αυτό μεταφράζεται σε απώλεια ύψους 53,7 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως (Walters et al., 2019). Όσον αφορά τα αντίστοιχα στατιστικά δεδομένα για την υποσαχάρια Αφρική, οι συνολικές απώλειες υπολογίζεται ότι ξεπερνούν τα 23,6 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως, ενώ 10,6 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως είναι οι απώλειες από τον πρόωρο θάνατο των βρεφών στην Νότιο και Ανατολική Ασία (Walters et al., 2019). Όσον αφορά τις απώλειες βρεφών που καταγράφονται στον Ειρηνικό εξαιτίας της διακοπής του

θηλασμού, οι απώλειες φτάνουν τα 10,4 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως (Walters et al., 2019).

Αντίστοιχα, οι οικονομικές απώλειες από τη θνησιμότητα των μητέρων υπολογίζεται ότι ανέρχονται σε 1,26 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο (Walters et al., 2019). Το συνολικό κόστος που είναι αποτέλεσμα του μη θηλασμού αγγίζει τα 119 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως στην Κίνα, την Ινδία, την Ινδονησία, το Μεξικό και τη Νιγηρία (Walters et al., 2019). Αυτές οι απώλειες αντιστοιχούν σε συνολικά 282,645 ζωές μητέρων ετησίως στην Κίνα, την Ινδία, την Ινδονησία, το Μεξικό και τη Νιγηρία (Walters et al., 2019). Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε σχετίζεται με την προσοχή που πρέπει να δώσουν οι πολιτικοί των αναπτυσσόμενων χωρών στην ασιτία (Walters et al., 2019).

Το παγκόσμιο κόστος μη θηλασμού αγγίζει τα 694, 322 ζωές που χάνονται κάθε χρόνο και οι οικονομικές απώλειες από τη θνησιμότητα του μη θηλασμού ανέρχονται σε 341,3 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ (Walters et al., 2019). Το συμπέρασμα που απορρέει από όλα τα παραπάνω υποστηρίζει ότι η σημασία της δημιουργίας κουλτούρας υποστήριξης και προώθησης του θηλασμού είναι επιβεβλημένη παγκοσμίως (Walters et al., 2019).

2.3.5. Έξοδα νεογέννητου.

Η οικογένεια του βρέφους που έρχεται στη ζωή μεγαλώνει και οι γονείς του νιώθουν ολοκλήρωση και μεγάλη χαρά. Ωστόσο, οι ευθύνες και τα έξοδα των βρεφών πολλές φορές είναι υπέρογκα και για το λόγο αυτό αποτελούν αντικείμενο έρευνας.

Έρευνες δείχνουν ότι η μέση δαπάνη ανά οικογένεια για το νεογέννητο βρέφος ανέρχεται σε 243 δολάρια ΗΠΑ την εβδομάδα και οι περισσότερες δαπάνες αφορούσαν τα έξοδα μεταφοράς και τρόφιμα (Argus et al., 2009). Τα έξοδα που σχετίζονται με την αποθήκευση του μητρικού γάλακτος και τη στέγαση της οικογένειας είναι μεγάλα, καθώς καλύπτουν το 11% -14% των εβδομαδιαίων δαπανών της οικογένειας (Argus et al., 2009). Ειδικότερα, από τις 23 οικογένειες που ερευνήθηκαν και είχαν μειωμένο εισόδημα, το μέσο ποσό που δαπανήθηκε για την αποθήκευση του μητρικού γάλακτος και τη στέγαση ανήλθε σε 324 δολάρια ΗΠΑ (Argus et al., 2009).

Στα παραπάνω πρέπει να υπολογιστούν τα έξοδα που γίνονται για την απόκτηση της προίκας του μωρού. Για παράδειγμα, καρότσι, κρεβάτι, κούνια,

αλλαξιάρα, κάθισμα αυτοκινήτου είναι τα απαραίτητα για το βρέφος κατά τους πρώτους μήνες ζωής του, επομένως η οικογένεια του βρέφους δαπανά μεγάλο ποσό για την απόκτηση αυτού του εξοπλισμού (Canstar, 2017). Τα έξοδα που εκτιμώνται ότι γίνονται για αυτές τις αγορές υπολογίζονται σε περισσότερο από 500 ευρώ και οι πάνες του μωρού στοιχίζουν 40 ευρώ το μήνα (Canstar, 2017).

Αν υπολογίσουμε τα έξοδα που γίνονται για το νεογέννητο πρέπει να υπολογιστούν στη συνέχεια και τα έξοδα που έχει η μητέρα για το θηλασμό, ώστε να προκύψει μια πληρέστερη εικόνα για τα έξοδα που επωμίζεται μια νέα οικογένεια με τον ερχομό ενός παιδιού.

2.3.6. Έξοδα μητέρας για το θηλασμό

Τα έξοδα που κάνει η μητέρα για το θηλασμό είναι αρκετά, διότι αν υπολογιστεί ότι μια γυναίκα που επιθυμεί να θηλάσει αλλά δεν της το επιτρέπουν οι εργασιακές της συνθήκες, τότε η γυναίκα αυτή πολλές φορές καταφεύγει στην επιλογή να μην εργαστεί (Riprey, Noonan, 2011). Η μελέτη των Riprey, Noonan (2011) υποστηρίζει ότι μια γυναίκα που θηλάζει και δεν εργάζεται δαπανά 20.000 δολάρια ΗΠΑ μέσα σε ένα εξάμηνο. Αναλυτικότερα, το κόστος για την απόκτηση μπιμπερό κυμαίνεται από 60-180 ευρώ ετησίως και η αγορά θηλών μπορεί να φτάσει ακόμη και τα 288 ευρώ (Riprey, Noonan, 2011).

Αν υπολογιστεί ότι οι δαπάνες που γίνονται για το θηλασμό είναι μεγάλες, τότε πρέπει να αναλογιστεί κανείς το γεγονός ότι ο θηλασμός προστατεύει τη μητέρα και το βρέφος από προβλήματα υγείας και έτσι το κόστος των δαπανών αντισταθμίζεται (Pugh et al., 2002). Αυτή η παρατήρηση αναφέρεται περισσότερο σε οικογένειες που έχουν χαμηλό εισόδημα και σε μητέρες που δεν έχουν υγειονομική κάλυψη (Pugh et al., 2002). Επομένως, όταν τα βρέφη είναι άρρωστα πρέπει να καλυφθούν από ιδιωτικές δαπάνες το κόστος θεραπείας των βρεφών (Pugh et al., 2002).

Ωστόσο, με τη στροφή των μητέρων προς το θηλασμό, τα έξοδα μειώνονται. Τα έξοδα που γίνονται αφορούν κυρίως τη σίτιση των βρεφών (Πανταζή, 2012). Οι μητέρες που δε θηλάζουν αγοράζουν συσκευασίες για την παρασκευή και την αποθήκευση των υποκατάστατων του γάλακτος, με αποτέλεσμα ο οικογενειακός προϋπολογισμός να επιβαρύνεται (Πανταζή, 2012). Γενικότερα, όταν μια γυναίκα

θηλάζει τα έξοδα για την αγορά φαρμάκων είναι μειωμένα (Πανταζή, 2012). Καθώς, οι γυναίκες υιοθετούν ολοένα και περισσότερο το θηλασμό και ο θηλασμός αυξάνεται, η εισαγωγή των βρεφικών γαλάτων μειώνεται (Πανταζή, 2012).

Στην επόμενη ενότητα αναλύονται τα έξοδα για τεχνητή τροφή. Η έρευνα μας πρέπει να στραφεί προς αυτή την κατεύθυνση, διότι το κομμάτι αυτό συμπληρώνει πληρέστερα την εργασία μας.

2.3.7. Έξοδα για τεχνητή τροφή.

Το ετήσιο κόστος για την αγορά γάλακτος σε μορφή σκόνης εκτιμάται ότι φτάνει σε 1.700 ευρώ ετησίως (Πανταζή, 2012). Με άλλα λόγια, ένα βρέφος χρειάζεται 22 κιλά σκόνη γάλακτος το πρώτο εξάμηνο της ζωής του και αυτό αντιστοιχεί σε 115 κουτιά βρεφικού γάλακτος, τα οποία αποτελούν ένα μεγάλο έξοδο για τους γονείς (Πανταζή, 2012). Το υψηλό κόστος του γάλακτος σε σκόνη οφείλεται στο γεγονός ότι πολλά από τα βρεφικά γάλατα δεν είναι ελληνικής προέλευσης (Πανταζή, 2012). Οι χώρες από τις οποίες εισάγονται κυρίως τα βρεφικά γάλατα είναι η Γερμανία και η Ελβετία (Πανταζή, 2012).

Οι τιμές του γάλακτος που είναι συσκευασμένο μπορεί να αγγίζουν τα 15 ευρώ, ενώ πολλές φαρμακευτικές εταιρείες προωθούν στην αγορά γάλατα που περιορίζουν τους κολικούς των βρεφών ή περιέχουν σόγια και έτσι το κόστος μπορεί να φτάσει τα 19 ευρώ ανά κουτί (Πανταζή, 2012). Αν υπολογιστεί ότι το κόστος για τη διατροφή του βρέφους ανέρχεται σε 2.600 ευρώ ετησίως και το εισόδημα της μητέρας είναι 12.000 ευρώ ετησίως, τότε τα έξοδα για τη διατροφή του βρέφους αποτελούν το 21% του εισοδήματος της μητέρας (Πανταζή, 2012).

Από τον απογαλακτισμό των βρεφών υπολογίζεται ότι τα έξοδα νοσηλείας θα αυξηθούν κατά 1- 2 εκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ ετησίως (Smith et al., 2002). Αυτή η αύξηση των εξόδων οφείλεται στο γεγονός ότι θα αυξηθούν τα έξοδα νοσηλείας για γαστρεντερολογικές παθήσεις των βρεφών και για άλλες ασθένειες που πλήττουν τα βρέφη όταν σταματήσουν να θηλάζουν, όπως η ωτίτιδα και το έκζεμα (Smith et al., 2002).

Ως λύση στο πρόβλημα των εξόδων για την εξασφάλιση μητρικού γάλακτος σε βρέφη των οποίων οι μητέρες δε θηλάζουν, φαίνεται να είναι οι τράπεζες γάλακτος (Unger, 2010). Οι τράπεζες γάλακτος δίνουν την ευκαιρία στα βρέφη να τραφούν με

μητρικό γάλα ακόμη και αν αυτό το γάλα δεν προέρχεται από την ίδια τους τη μητέρα (Unger, 2010). Αυτή η οπτική παρουσιάζεται και αναλύεται παρακάτω.

2.3.8. Τράπεζες γάλακτος.

Η αποστολή της τράπεζας γάλακτος είναι η συλλογή, η αποθήκευση, η επεξεργασία και η διανομή του γάλακτος από γυναίκες δωρητές προς βρέφη που σε άλλη περίπτωση δε θα μπορούσαν να απολαύσουν τα οφέλη του μητρικού θηλασμού (Unger, 2010). Οι γυναίκες που δωρίζουν το γάλα τους είναι συνήθως μητέρες των οποίων το γάλα επαρκεί για τη διατροφή των δικών τους βρεφών και η ποσότητα του γάλακτος που διαθέτουν υπερβαίνει τις ανάγκες των βρεφών τους, με αποτέλεσμα να μπορούν να δωρίσουν γάλα (Unger, 2010).

Υπό αυτό το πρίσμα, οι τράπεζες γάλακτος ακολουθούν πολύ αυστηρά κριτήρια για την αποθήκευση, την επεξεργασία και τη διανομή του γάλακτος, με στόχο η ποιότητα του γάλακτος να είναι υψηλή (Hassiotou et al., 2013). Είναι μια οικονομικά αποδοτική πηγή διατροφής των βρεφών, ενώ παράλληλα η διανομή γάλακτος μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ασθενειών που προσβάλλουν τα βρέφη (Hassiotou et al., 2013).

Η τράπεζα γάλακτος όμως έχει ένα κόστος για την επεξεργασία του μητρικού γάλακτος που προσφέρεται (Gibble, 2013). Το κόστος αυτό ανέρχεται σε 6-7 δολάρια ΗΠΑ ανά 100 ml γάλακτος ανά δόση και οι έρευνες στρέφονται προς την εξεύρεση της σχέσης μεταξύ του οφέλους που προέρχεται από το μητρικό γάλα και την εξοικονόμηση πόρων (Gibble, 2013). Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η χρήση γάλακτος από τράπεζα γάλακτος είναι οικονομικά αποδοτική, διότι σώζει ζωές και μειώνονται οι δαπάνες για τη διατροφή των παιδιών (Gibble, 2013).

Πολλές μητέρες επιλέγουν να αγοράσουν γάλα για τα βρέφη τους από το Διαδίκτυο ή μέσα από άτυπες συμφωνίες και αυτές οι πρακτικές είναι πολύ επικίνδυνες (Gibble, 2013). Η επικινδυνότητα έγκειται στο γεγονός ότι δεν υπάρχει έλεγχος των δωρητών γάλακτος και της ποιότητας του γάλακτος που δωρίζεται (Gibble, 2013). Επιπλέον, δεν τηρούνται οι προδιαγραφές αποστολής του γάλακτος προς τον παραλήπτη και το αποτέλεσμα είναι τα βρέφη να τρέφονται με γάλα που ενδεχομένως είναι ακατάλληλο για τη διατροφή τους (Gibble, 2013).

2.3.9. Baby - friendly νοσοκομεία

Τα Baby -friendly νοσοκομεία είναι ένα παγκόσμιο πρόγραμμα που προέρχεται από τον ΠΟΥ και τη UNICEF όπου ξεκίνησε το 1991 μετά τη διακήρυξη Innocenti που αφορά στην προώθηση του θηλασμού (Gomez- Pomar, Blubaugh, 2017). Αποτελούν μια πρωτοβουλία που στοχεύει στην προώθηση καλύτερης ζωής στα βρέφη και η ποιότητα ζωής των βρεφών θα αυξηθεί αν οι μητέρες στραφούν περισσότερο προς το θηλασμό (Gomez- Pomar, Blubaugh, 2017).

Τα Baby- friendly νοσοκομεία υποστηρίζουν το θηλασμό των βρεφών για το μεγαλύτερο δυνατό διάστημα. Η έρευνα που διεξήχθη σε Αλάσκα, Μείν, Νεμπράσκα, Οχάιο και Ουάσιγκτον υποστηρίζει ότι το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν τα βρέφη τους αυξάνεται κατά 3,8 ποσοστιαίες μονάδες όταν οι μητέρες γεννούν σε Baby -friendly νοσοκομεία (Hawkins et al., 2015). Αυτό το ποσοστό αφορά μητέρες με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και δεν παρουσιάζεται σε μητέρες που έχουν λάβει υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευση (Hawkins et al., 2015). Κατάφεραν να παρατείνουν το θηλασμό για περισσότερες από 4 εβδομάδες κατά 4,5 ποσοστιαίες μονάδες σε μητέρες με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης (Hawkins et al., 2015).

Το κόστος για να δημιουργηθεί ένα Baby- friendly νοσοκομείο υπολογίζεται ότι ανέρχεται σε 9.450 δολάρια ΗΠΑ για εγκαταστάσεις με λιγότερες από 500 γεννήσεις ανά έτος (Hughes, 2015). Σε μαιευτήρια που έχουν περισσότερους τοκετούς από 500 ανά έτος, η υιοθέτηση της Baby friendly πρωτοβουλίας ανέρχεται σε 12.150 δολάρια ΗΠΑ (Hughes, 2015). Ωστόσο, τα έσοδα από τα Baby -friendly νοσοκομεία ανέρχονται σε 13 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ που θα εισρεύσουν στα ταμεία από τις θετικές επιδράσεις του θηλασμού στη βρεφική υγεία (Hughes, 2015).

2.4. Στρατηγικές προώθησης του θηλασμού.

2.4.1. Ευρωπαϊκές στρατηγικές.

Η διατροφή είναι μείζον θέμα και όταν γίνεται λόγος για τη διατροφή των βρεφών, τότε οι μητέρες πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένες για να επιλέξουν το

θηλασμό των βρεφών τους (DelliFraine et al., 2010). Ωστόσο, όλες οι χώρες του κόσμου δεν έχουν τη δυνατότητα να στηρίζουν την προσπάθεια των μητέρων σχετικά με το θηλασμό (DelliFraine et al., 2010). Οι αιτίες που μερικές χώρες αδυνατούν να στηρίξουν το θηλασμό εντοπίζεται σε οικονομικές δυσκολίες, έλλειψη εκπαίδευσης και ανεπάρκεια υποδομών (DelliFraine et al., 2010).

Η παγκόσμια στρατηγική για τη διατροφή των βρεφών και των παιδιών υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη- μέλη του ΠΟΥ το Μάιο του 2002 (European Commission, 2008). Η στρατηγική αυτή υποστηρίζει ανοικτά το θηλασμό και το Σχέδιο Δράσης αυτής της στρατηγικής δείχνει ποια βήματα πρέπει να ακολουθήσει μια χώρα για να εφαρμοστεί ο θηλασμός (European Commission, 2008). Αντίθετα όμως με τις προσδοκίες των πολιτικών και θέλοντας να κρίνουμε την ευρωπαϊκή στρατηγική του θηλασμού, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι δράσεις είναι ασυντόνιστες (European Commission, 2008). Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουμε, διότι όλα τα κράτη- μέλη της ΕΕ δεν έλαβαν μέτρα για την προστασία του θηλασμού. Πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι μερικές φορές όπου ελήφθησαν μέτρα για την προστασία του θηλασμού, τα μέτρα αυτά δεν ήταν συμβατά με τις παγκόσμιες συστάσεις (European Commission, 2008).

Αναλυτικότερα, όλες οι χώρες τις ΕΕ (εκτός από την Ιρλανδία και τη Λιθουανία) έχουν συμπεριλάβει την 18ωρη εκπαίδευση της UNICEF για τις πρακτικές θηλασμού (European Commission, 2008). Παρ' όλα αυτά, σε ορισμένες χώρες όπως για παράδειγμα η Δανία, η Σουηδία και η Νορβηγία οι ώρες των μαθημάτων θηλασμού θεωρούνται λίγες και αυξάνονται (European Commission, 2008). Η αύξηση των ωρών των μαθημάτων που γίνονται στις μητέρες σχετικά με το θηλασμό υποδηλώνει την ανάγκη ύπαρξης ειδικών συμβούλων γαλακτοπαραγωγής (European Commission, 2008).

Όσον αφορά το Διεθνή Κώδικα, οι περισσότερες χώρες εφαρμόζουν την οδηγία της ΕΕ του 1991/38, η οποία δεν καλύπτει όλες τις διατάξεις για τις προμήθειες γάλακτος (European Commission, 2008). Γενικότερα, με βάση τις πολιτικές θηλασμού που εφαρμόζονται στην Ευρώπη, τα ποσοστά γυναικών που θηλάζουν τα βρέφη είναι μικρότερα από τους στόχους που τέθηκαν από τον ΠΟΥ και την εκάστοτε κυβέρνηση (European Commission, 2008). Ακόμη και οι μητέρες που επιλέγουν να θηλάσουν το βρέφος από τη γέννηση του, το ποσοστό θηλασμού μειώνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου της ζωής των βρεφών (European Commission, 2008).

Για τα παραπάνω δεδομένα ευθύνεται ίσως το γεγονός ότι δεν υπάρχει εθνικός συντονιστής για τη στρατηγική του θηλασμού (European Commission, 2008). Ακόμη, οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για να στηρίξουν το θηλασμό (European Commission, 2008). Επιπλέον, η εργασιακή νομοθεσία δεν προστατεύει το θηλασμό στο χώρο εργασίας (European Commission, 2008). Τέλος, οι μητέρες αδυνατώντας να βρουν την κατάλληλη θεσμική υποστήριξη στρέφονται προς εθελοντικές οργανώσεις για την ενημέρωσή τους (European Commission, 2008).

Η ΕΕ έχει υιοθετήσει την παγκόσμια Ημέρα Θηλασμού και την Εβδομάδα Θηλασμού, καθώς η ΕΕ ενθαρρύνει το θηλασμό (World Breastfeeding Week, 2019). Εντούτοις, οι ανισότητες στο χώρο εργασίας αποτελούν τροχοπέδη στο θηλασμό καθώς οι μητέρες δεν υποστηρίζονται να θηλάσουν στο χώρο εργασίας τους (World Breastfeeding Week, 2019). Είναι αλήθεια ότι περισσότερες από 830 εκατομμύρια εργαζόμενες μητέρες δεν έχουν την επαρκή προστασία μητρότητας (World Breastfeeding Week, 2019). Είναι αξιοπρόσεκτο ότι το 61,2% των μητέρων που εργάζονται απασχολούνται σε θέσεις αδήλωτης εργασίας, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να απολαύσουν τις παροχές της μητρότητας που θεσπίζονται από το νομικό πλαίσιο της εκάστοτε χώρας (World Breastfeeding Week, 2019). Επομένως, όταν οι μητέρες εργάζονται σε θέσεις αδήλωτης εργασίας αντιμετωπίζουν δυσκολίες με ανυπολόγιστο κίνδυνο (World Breastfeeding Week, 2019). Για παράδειγμα, πολλές ώρες εργασίας χωρίς διάλειμα και τα επικίνδυνα περιβάλλοντα εργασίας είναι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας στις οποίες εκτίθενται οι μητέρες προκειμένου να εργαστούν σε θέσεις αδήλωτης εργασίας (World Breastfeeding Week, 2019).

Αν όλα αυτά αφορούν την ΕΕ, οι ΗΠΑ έχουν καλύτερες επιδόσεις στο ζήτημα του θηλασμού. Τα ποσοστά του θηλασμού συνεχίζουν να αυξάνονται κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες στην έναρξη του θηλασμού (Breastfeeding Repost Card, 2012). Η έναρξη του θηλασμού αυξήθηκε από 74,6% το 2008 σε 76,9% το 2009 στις ΗΠΑ (Breastfeeding Repost Card, 2012). Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε επίσης επιτάχυνση στο ποσοστό των βρεφών που γεννιούνται σε Baby-friendly νοσοκομεία στις ΗΠΑ και τα τελευταία τέσσερα χρόνια ο αριθμός αυτός έχει τριπλασιαστεί (Breastfeeding Repost Card, 2012).

Οι επιδιώξεις του ΠΟΥ και της UNICEF για το 2030 στοχεύουν στην αύξηση του αριθμού των βρεφών που θηλάζουν από την πρώτη ώρα της γέννησής τους

(UNICEF, WHO, 2018). Το ποσοστό αυτό επιδιώκεται να ανέλθει από 42% σε 70% των νεογέννητων βρεφών (UNICEF, WHO, 2018).

2.4.2. Κριτήρια για επιτυχημένη στρατηγική προώθησης θηλασμού

Η πολιτική, οι υπηρεσίες υγείας, τα σχέδια δράσης και η κουλτούρα της κάθε γυναίκας είναι οι βασικότερες παράμετροι που την ωθούν να επιλέξει το θηλασμό ή να τον απορρίψει (Charman, Perez-Escamilla, 2012). Τα κριτήρια που λαμβάνονται σοβαρά υπόψη για το θηλασμό του βρέφους είναι τα ακόλουθα: η ηλικία της μητέρας, η υγεία, ο τρόπος ζωής της μητέρας, η εκπαίδευση, η απασχόληση, η κοινωνική τάξη, ο πολιτισμός και η εθνικότητα, η στάση απέναντι στο θηλασμό, η οικογενειακή κατάσταση και το μέγεθος της οικογένειας (Charman, Perez-Escamilla, 2012).

Μια επιτυχημένη στρατηγική θηλασμού περιλαμβάνει τη στήριξη των μητέρων πριν και μετά τον τοκετό, την κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού και τη διάθεση έντυπου υλικού που αφορά στο θηλασμό (Stuebe, 2009). Ακόμη, δεν πρέπει να παραβλέπεται και η κατάλληλη νομοθεσία που επιτρέπει το θηλασμό στο χώρο εργασίας (Stuebe, 2009). Το βασικότερο στοιχείο που θα οδηγήσει στην αύξηση του θηλασμού και την υιοθέτηση των κατάλληλων μέτρων είναι η μελέτη των προγραμμάτων υγείας της τοπικής κοινότητας (Stuebe, 2009). Η μελέτη των προγραμμάτων υγείας της τοπικής κοινότητας οδηγεί σε πληρέστερη αποτίμηση της παρούσας κατάστασης και στη λήψη των κατάλληλων μέτρων που ταιριάζουν με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και το προφίλ υγείας του (Stuebe, 2009).

Ο θηλασμός αποτελεί ένα παγκόσμιο σύστημα παραγωγής τροφής με υψηλή διατροφική αξία και οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από την πρόωρη διακοπή του είναι πολλοί και επιβλαβείς για την υγεία του βρέφους. Οι μητέρες διακόπτουν το θηλασμό πρόωρα με αποτέλεσμα την αύξηση των κερδών των εμπόρων, οι οποίοι επιδιώκουν την αύξηση της πώλησης του αγελαδινού γάλακτος σε παγκόσμιο επίπεδο (Smith, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, ο ΠΟΥ ερευνά τις βλαβερές επιπτώσεις που μπορούν να προκύψουν από τη σίτιση των βρεφών με αγελαδινό γάλα (Smith, 2015).

Επομένως, είναι αλληλένδετο το θέμα του μάρκετινγκ και του θηλασμού, καθώς αν δεν τιθασευτεί η προβολή και η άκριτη χρήση σκευασμάτων γάλακτος για τα βρέφη, τότε οι στρατηγικές προώθησης θηλασμού δε θα προοδεύουν.

2.4.3. Μάρκετινγκ και θηλασμός

Οι μητέρες επενδύουν ουσιαστικά στο θηλασμό, αλλά η σημερινή πολιτική που είναι γνωστή ως ‘χάσμα μεταξύ των δύο φύλων’ αποτυγχάνει να αναγνωρίσει την οικονομική αξία του θηλασμού (Labbok et al., 2008). Είναι αλήθεια ότι δε δίνονται οικονομικά κίνητρα για τις μητέρες να θηλάζουν και πολλές μελέτες που διεξάγονται από γαλακτοβιομηχανικές εταιρείες υποστηρίζουν ότι η πρόωρη διακοπή του θηλασμού συμβάλλει στην αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας (Labbok et al., 2008).

Υπό αυτές τις συνθήκες, είναι πιθανό να εισαχθούν νέα φορολογικά μέτρα που φορολογούν την πώληση του γάλακτος (Labbok et al., 2008). Μέσω αυτών των εσόδων που προκύπτουν από τη φορολογία, το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται (Labbok et al., 2008). Επομένως, η επιρροή του μάρκετινγκ είναι μεγάλη, διότι οι παγκόσμιες πωλήσεις υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος έφτασαν τα 40 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ το 2013 (Piwoz, Huffamn, 2015). Η αύξηση των πωλήσεων υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος υπερβαίνει το 10% ετησίως σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Piwoz, Huffamn, 2015). Οι καταναλωτές μπορούν εύκολα να ενημερωθούν για τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και πολλές φορές στα πλαίσια του μάρκετινγκ γίνονται προωθήσεις προϊόντων υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος ακόμη και μέσα στα νοσοκομεία (Piwoz, Huffamn, 2015). Στο πλαίσιο αυτό δεν μπορεί να μην αναφερθεί και το Διαδίκτυο, το οποίο αποτελεί πηγή ενημέρωσης των καταναλωτών και το μάρκετινγκ χρησιμοποιεί το Διαδίκτυο κατά κόρον για την προώθηση των προϊόντων του (Piwoz, Huffamn, 2015).

Σε αριθμούς, οι συνολικές πωλήσεις όλων των παιδικών τροφών ανήλθε σε 58 εκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ το 2013 (Piwoz, Huffamn, 2015). Είναι αλήθεια ότι η αγορά παιδικών τροφών ανθεί κυρίως στις χώρες όπου οι κάτοικοι της έχουν υψηλά εισοδήματα (Piwoz, Huffamn, 2015). Παρ’ όλα αυτά, η ανάπτυξη της συγκεκριμένης αγοράς έχει επεκταθεί στην Ασία, τη Μέση Ανατολή και την Αφρική λόγω του μάρκετινγκ (Piwoz, Huffamn, 2015). Στις περιοχές της Ασίας, της Μέσης Ανατολής και της Αφρικής, οι παιδικές τροφές γνωρίζουν άνθηση της τάξης του 14%-18% (Piwoz, Huffamn, 2015).

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μεθοδολογία

3.1 Περιγραφή και δομή ερωτηματολογίου

Για την επίτευξη αυτής της μελέτης χρειάστηκε η δειγματοληπτική προσέγγιση με ερωτηματολόγιο κλειστών ερωτήσεων. Έγινε χρήση της εφαρμογής Google Forms και ο ιστότοπος διανεμήθηκε σε ομάδες μέσω κοινωνικών διαδικτύων όπου είχαν σχέση με το μητρικό θηλασμό. Απευθυνόταν σε μητέρες που το τελευταίο τους παιδί ήταν μέχρι δύο ετών και διέμεναν σε διάφορα μέρη της Ελλάδος. Πραγματοποιήθηκε τους μήνες Νοέμβρη και Δεκέμβρη το έτος 2018 με εμπιστευτικότητα και τήρηση κανόνων προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Πριν από την ανάρτηση δοκιμάστηκε πιλοτικά από 11 μητέρες για εκτίμηση βαθμού κατανόησης, αλληλουχίας των ερωτήσεων, διαδικτυακός έλεγχος για πιθανόν δυσλειτουργία στην ηλεκτρονική πλατφόρμα ενώ ακόμα πραγματοποιήθηκε τροποποίηση ασαφειών και έπειτα οριστικοποιήθηκε.

Η σχεδίαση του ερωτηματολογίου έγινε με βάση των Phelps,2011 , Dulon et al, 2003 , Zakarija-Grkovic et al, 2012 , Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, 2018 και Styliou, 2016. Απαρτίζεται συνολικά από 33 ερωτήσεις και η έκταση των ερωτήσεων που τέθηκαν περιλαμβάνουν τις ακόλουθες ενότητες:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Πληροφορίες για το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας
- Πληροφορίες για τις πρακτικές των μαιευτηρίων για το θηλασμό
- Δείκτες μητρικού θηλασμού
- Δυσκολίες κατά την έναρξη του θηλασμού- αιτίες διακοπής του θηλασμού
- Οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού.

Κάποιες από τις ερωτήσεις ή μητέρες μπορούσαν να δώσουν περισσότερες από μία απαντήσεις ή ακόμα να γράψουν συμπληρωματική πληροφορία που δε δίνονταν σαν επιλογή.

Στόχος ήταν η βελτίωση τεχνικών για θηλασμό , καταγραφή και μέτρηση ποσοστών θηλασμού, η σύγκριση κοστολόγησης του αποκλειστικού θηλασμού με του μεικτού, καταγραφή παραγόντων που επηρεάζουν τη στάση των γυναικών για αποκλειστικό θηλασμό , τα πλεονεκτήματα αυτού , οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μητέρες , οι λόγοι διακοπής του, ενώ ακόμη να διερευνηθούν τα αίτια που οι γυναίκες δεν κάνουν αποκλειστικό θηλασμό αλλά και να ερευνηθεί εάν γνωρίζουν οι μητέρες σχετικά με το θηλασμό και από πού ενημερώνονται.

3.2 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

Η μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS και τα διαγράμματα με τη χρήση του excel Microsoft. Με τη δημιουργία πινάκων επιτυγχάνεται η καλύτερη κατανόηση συχνοτήτων για τις μεταβλητές που μας αφορά.

Ακόμα ,η ενότητα με τα οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού απαρτίζεται από πληροφορίες σχετικά με τον εξοπλισμό που χρειάζεται κάθε μανούλα προκειμένου να θηλάσει είτε αποκλειστικά είτε μεικτά. Το συνολικό κόστος προέκυψε από το πλήθος των απαντήσεων και την τιμή κάθε προϊόντος. Επίσης, υπάρχει ερώτηση σχετικά με την ποσότητα του βρεφικού γάλακτος που χρειάστηκε να σιτίσουν τα βρέφη τους κατά το πρώτο εξάμηνο της ζωής τους ανά εβδομάδα, το οποίο το ξεχωρίσαμε σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη είναι σίτιση βιολογικού γάλακτος και η δεύτερη σίτιση με γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας. Αρχικά βρήκαμε την αξία του γάλακτος στα 400 γρ. και έπειτα υπολογίσαμε το συνολικό κόστος σίτισης για το πρώτο εξάμηνο σίτισης τους.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Ανάλυση δεδομένων και ερμηνεία των ευρημάτων

Αφού η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέλυσε όλες τις πτυχές που αφορούν το θέμα μας που σχετίζεται με το μητρικό θηλασμό και την οικονομική του οπτική, ακολούθησε η περιγραφή της μεθοδολογίας όπου περιεγράφηκε η μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση των ευρημάτων της έρευνας μας, στο σημείο αυτό

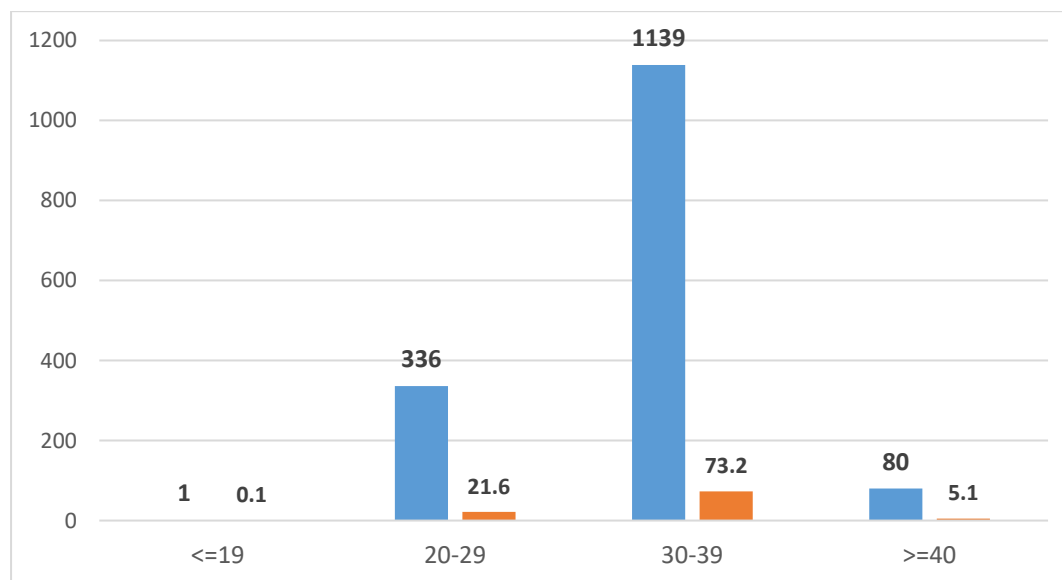
της εργασίας σειρά έχει η παράθεση της ανάλυσης των δεδομένων και η ερμηνεία των ευρημάτων. Τα αποτελέσματα που έχουν εξαχθεί προέκυψαν μέσα από τη χρήση ερωτηματολογίου και η ανάλυση δεδομένων όπου ακολουθεί προκύπτει μέσα από τις στατιστικές πίτες που προέκυψαν.

4.1 Ανάλυση του ερωτηματολογίου

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 1556 γυναίκες με ηλικίες μικρότερες ή ίσες των 19 ετών έως και μεγαλύτερες ή ίσες των 40 ετών οι οποίες είχαν γεννήσει τα δύο τελευταία έτη.

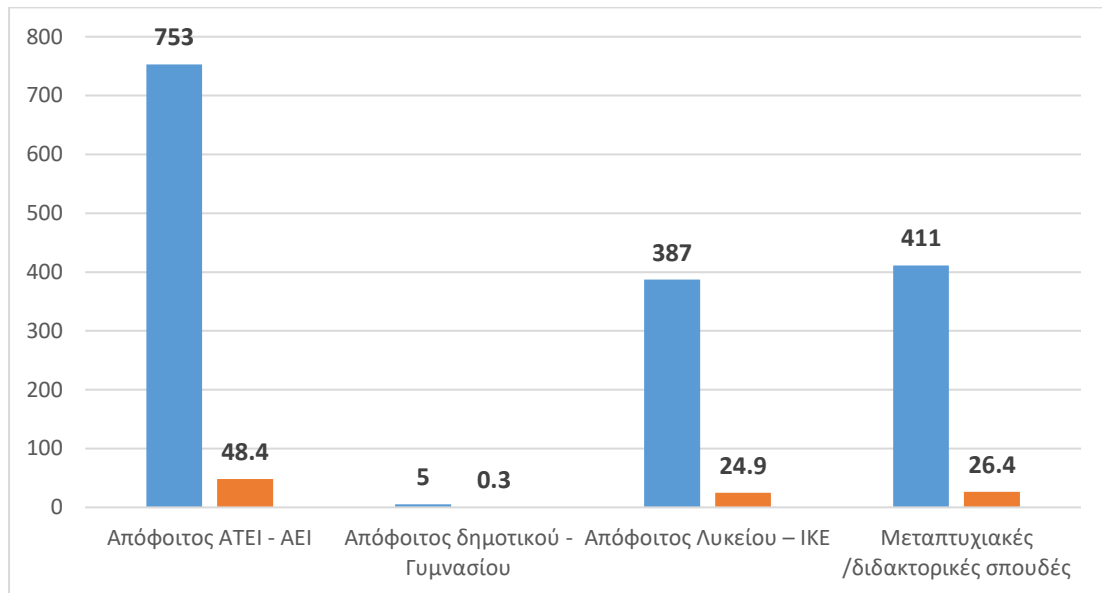
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 4.1, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα συμμετοχής στις ηλικίες 30 έως 39 ετών με ποσοστό 73,2% (1139 μητέρες), εν συνεχεία 20 έως 29 ετών με ποσοστό 21,6% (336 μητέρες), πολύ λιγότερο το ποσοστό ηλικίας από 40 ετών και μεγαλύτερες με 5,1% (80 μητέρες) και τέλος, το υπόλοιπο 0,1% (1 μητέρα) κάτω των 19 ετών. (Διάγραμμα 4.1)



Διάγραμμα 4.1: Ηλικία μητέρων

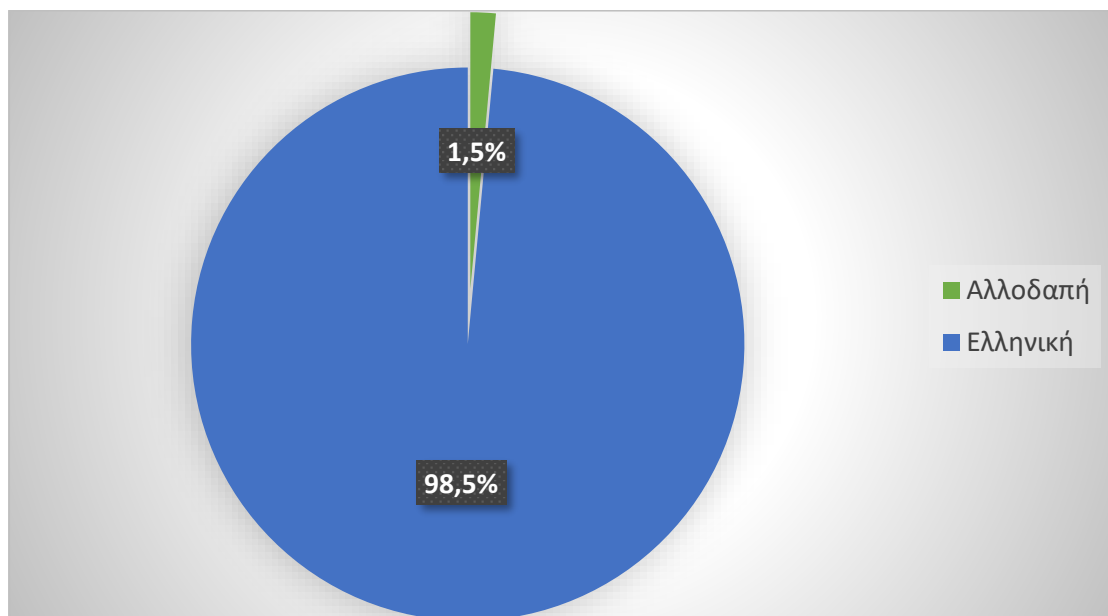
Για το επίπεδο μόρφωσης συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος με 48,4% (753 μητέρες) είναι απόφοιτες ΑΤΕΙ – ΤΕΙ. Ακολουθεί με 26,4%

(411 μητέρες) όσες έχουν πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές – διδακτορικές σπουδές. Έπειτα με 24,9% (387 μητέρες) απόφοιτες Λυκείου – ΙΚΕ, και τέλος το υπόλοιπο 3% (5 μητέρες) απόφοιτες Δημοτικού – Γυμνασίου. (Διάγραμμα 4.2)



Διάγραμμα 4.2: Επίπεδο μόρφωσης

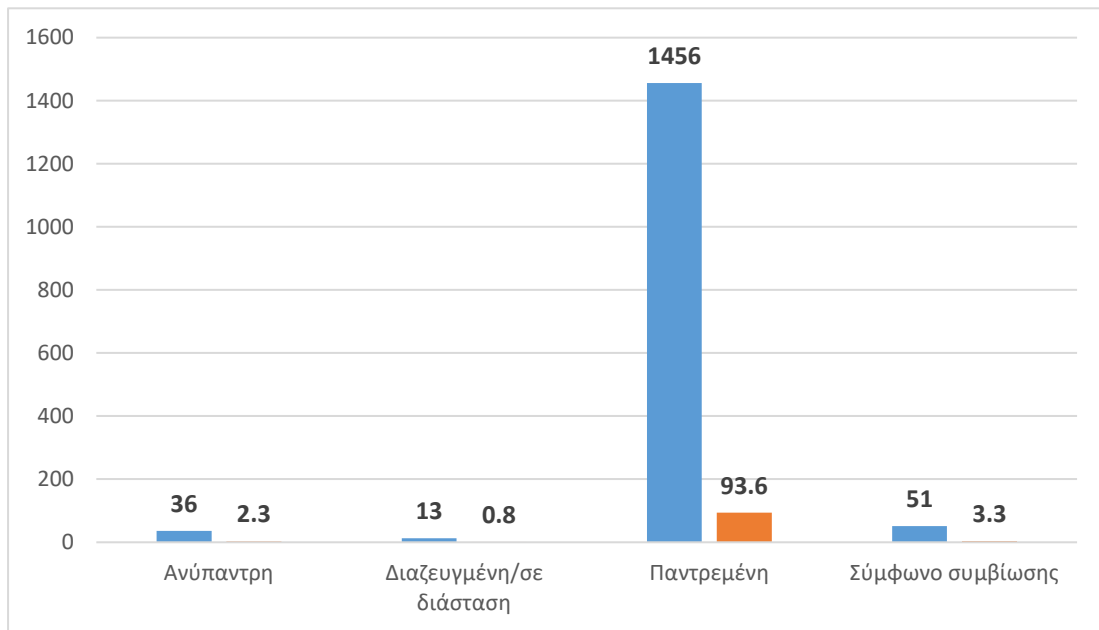
Η πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό 98,5% (1533 μητέρες) έχουν ελληνική εθνικότητα, ενώ το υπόλοιπο 1,5% (23 μητέρες) αλλοδαπή. (Διάγραμμα 4.3)



Διάγραμμα 4.3: Εθνικότητα

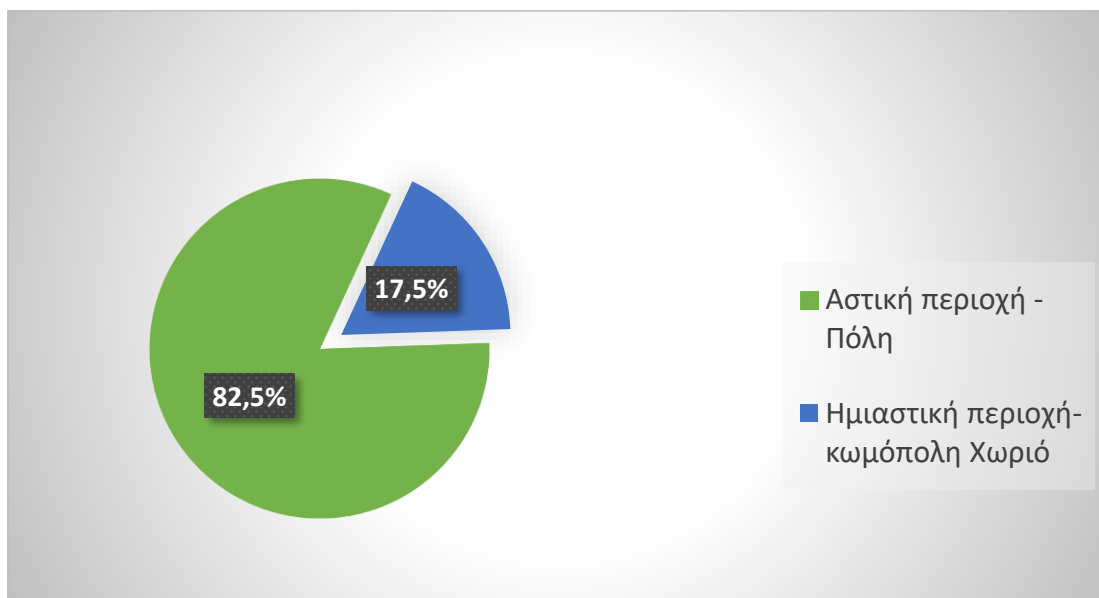
Η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 93,6% (1456 μητέρες) δήλωσε παντρεμένη, το 3,3% (51 μητέρες) δήλωσε πως έχει κάνει σύμφωνο συμβίωσης, το 2,3% (36 μητέρες) ανύπαντρη, και τέλος το υπόλοιπο 0,8% (13 μητέρες) δήλωσε

διαζευγμένη ή σε διάσταση. (Διάγραμμα 4.4)



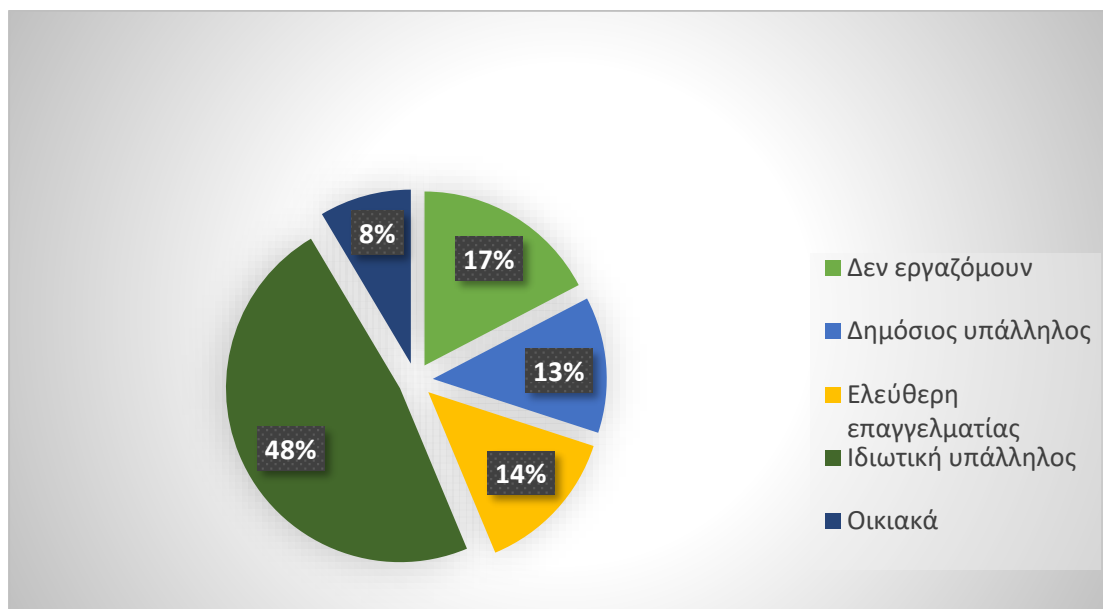
Διάγραμμα 4.4: Οικογενειακή κατάσταση

Ο τόπος διαμονής της πλειοψηφίας, με ποσοστό 82,5% που αναλογεί σε 1275 μητέρες, βρίσκεται σε αστική περιοχή – πόλη και το υπόλοιπο 17,5% δηλαδή 280 μητέρες βρίσκεται σε ημιαστική περιοχή, κωμόπολη ή χωριό. (Διάγραμμα 4.5)



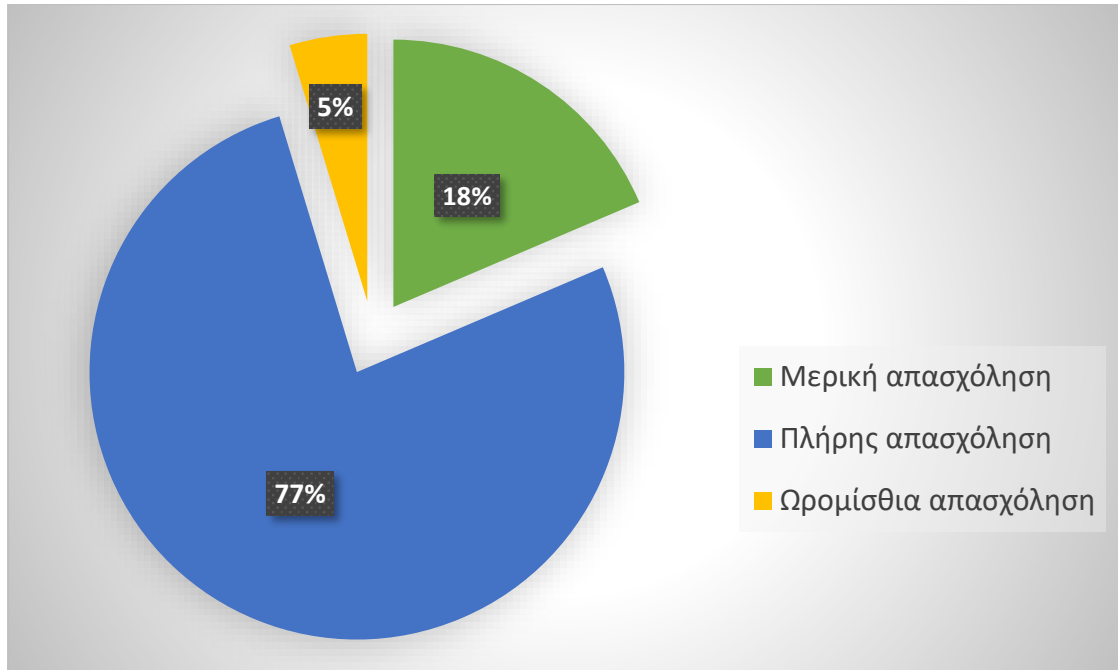
Διάγραμμα 4.5: Τόπος διαμονή

Σχετικά με την ερώτηση ποια ήταν η εργασία σας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης οι γυναίκες του δείγματος σε ποσοστό 47,8% (743 μητέρες) δήλωσαν ιδιωτικοί υπάλληλοι, σε 17,4% (270 μητέρες) δεν εργάζονταν, 13,7% (213 μητέρες) ελεύθεροι επαγγελματίες, 12,7% (197 μητέρες) δημόσιοι υπάλληλοι και τέλος 8,4% (133 μητέρες) ασχολούνταν με οικιακά. (Διάγραμμα 4.6)



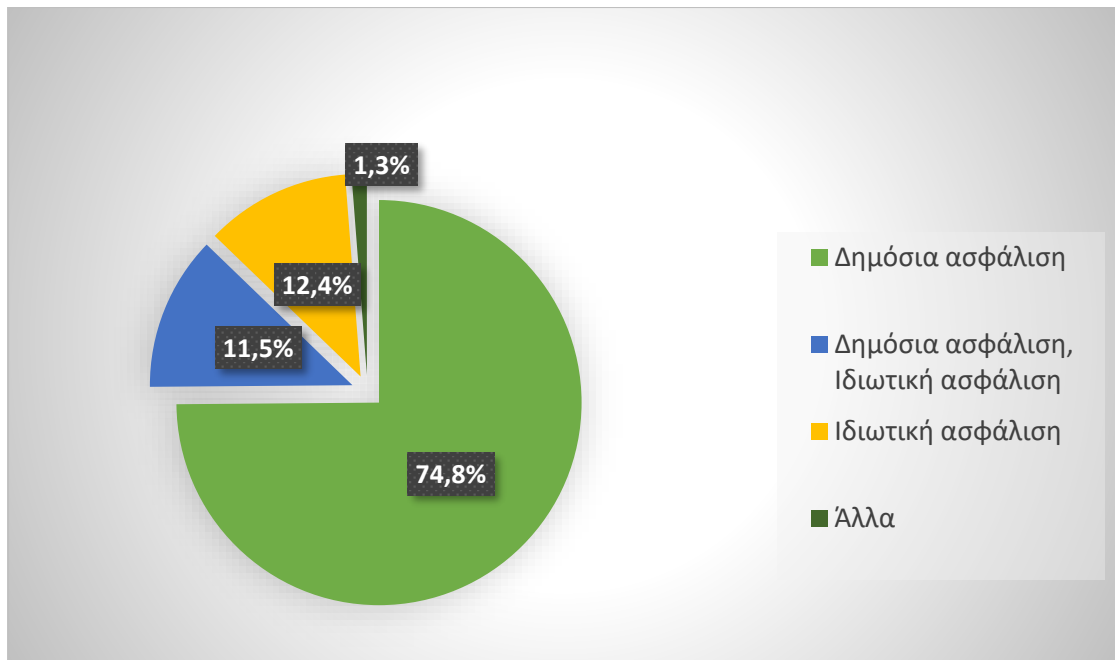
Διάγραμμα 4.6: Είδος εργασίας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης

Στην ερώτηση που αφορούσε τη μορφή εργασίας τους κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους, απάντησαν 1173 μητέρες όπου το 76,7% (900 μητέρες) δήλωσε πλήρη απασχόληση, το 18,6% (218 μητέρες) δήλωσε μερική απασχόληση και το υπόλοιπο 4,7% (55 μητέρες) ωρομίσθια απασχόληση. (Διάγραμμα 4.7)



Διάγραμμα 4.7: Μορφή της εργασιακής σχέσης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης

Όσον αφορά το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης βρέθηκε ότι, το 74,8% (1165 μητέρες) είχαν δημόσια ασφάλιση. Το 12,4%(180 μητέρες) ιδιωτική και δημόσια Το 11,5 (192 μητέρες) ιδιωτική και το υπόλοιπο 1,3% (19 μητέρες) έδωσε άλλες απαντήσεις όπως για παράδειγμα εξωτερική ασφάλιση, ασφάλεια ευρωπαϊκής ένωσης ή ακόμα και πως είναι ανασφάλιστες. (Διάγραμμα 4.8)

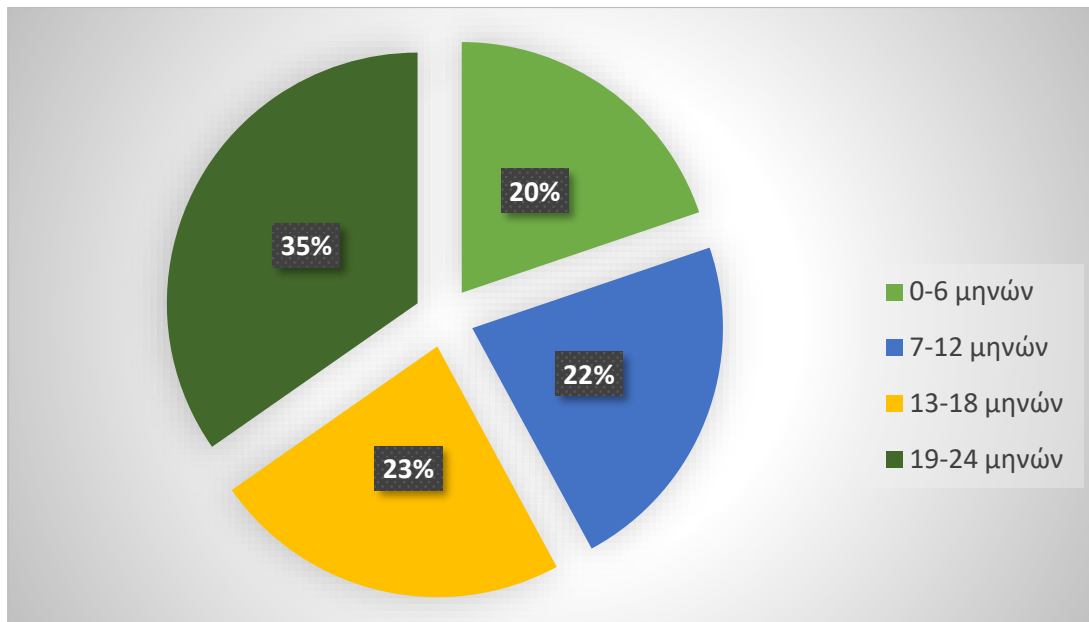


Διάγραμμα 4.8: Είδος ασφαλιστικής κάλυψης

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

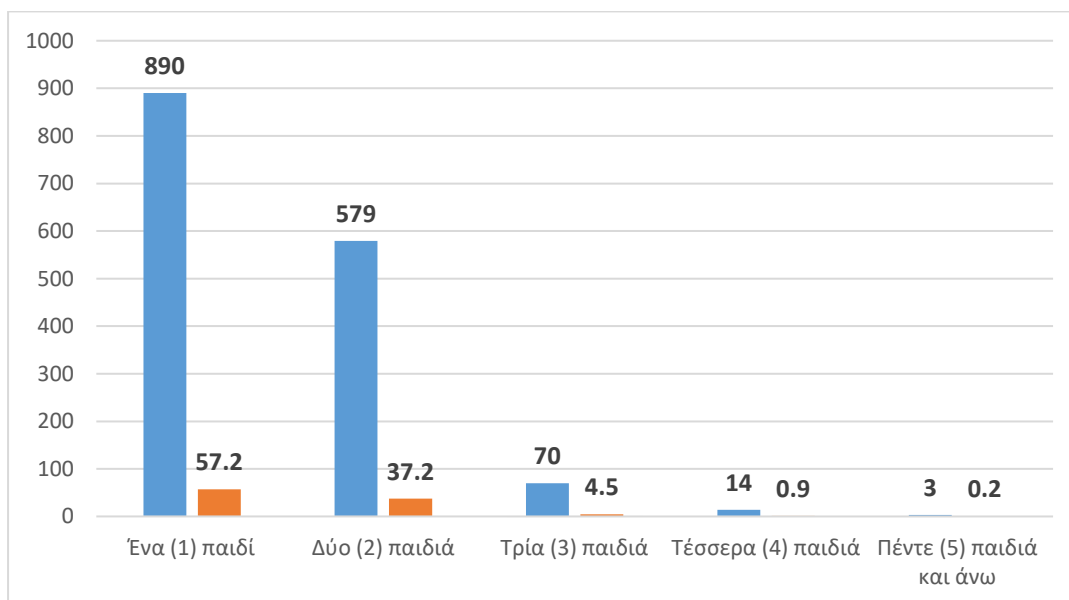
Οι ερωτήσεις 1-8 αφορούν τις πληροφορίες σχετικά με το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας. Οι πληροφορίες είναι σχετικές με την ηλικία του τελευταίου παιδιού, τον αριθμό των παιδιών που έχει η μητέρα συνολικά, την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, το βάρος γέννησης του τελευταίου μωρού, την εβδομάδα κύησης, τον τόπο και τον τρόπο του τοκετού, καθώς και το αν το τελευταίο μωρό νοσηλεύτηκε στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνού (MENN).

Στην παρακάτω ερώτηση σχετικά με την ηλικία του τελευταίου παιδιού, το 34,7% απάντησε πως το τελευταίο τους μωρό είναι 19-24 μηνών, το 23,2% 13-18 μηνών, το 22,3% 7-12 μηνών και το 19,8% 0-6 μηνών. (Διάγραμμα 4.9)



Διάγραμμα 4.9: Ηλικία του τελευταίου παιδιού

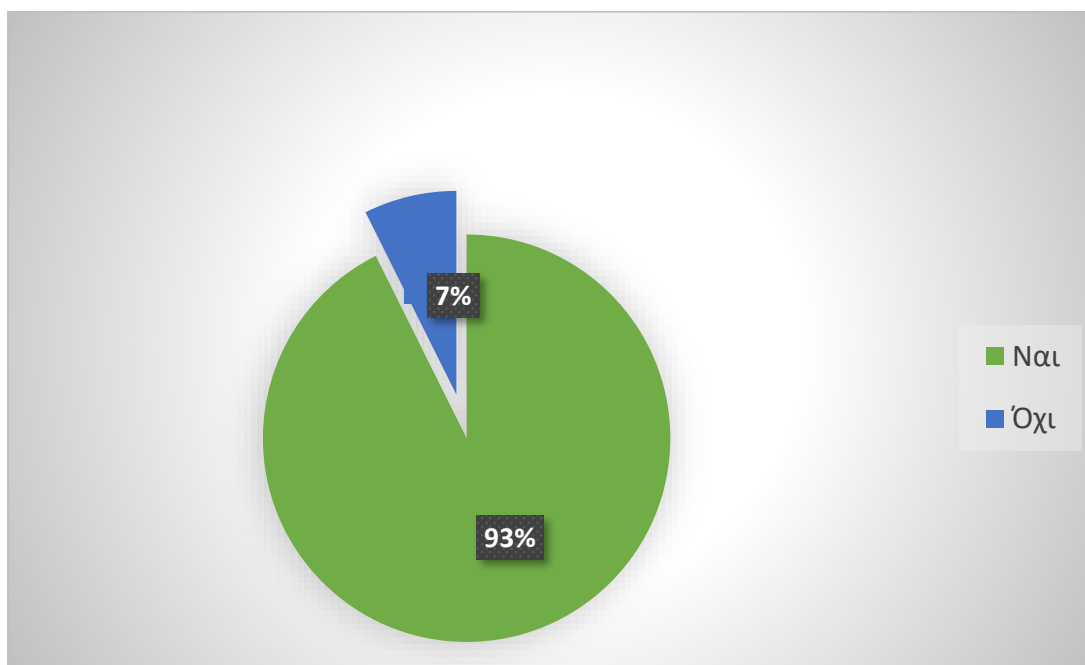
Όσο αφορά το σύνολο των παιδιών τους, το 57,2% (890 μητέρες) απάντησε ότι η οικογένεια του είχε 1 παιδί, το 37,2% (579 μητέρες) απάντησε 2 παιδιά, το 4,5% (70 μητέρες) απάντησε 3 παιδιά, το 0,9% (14 μητέρες) 4 παιδιά και το 0,2% (3 μητέρες) 5 παιδιά. (Διάγραμμα 4.10)



Διάγραμμα 4.10: Αριθμός των παιδιών

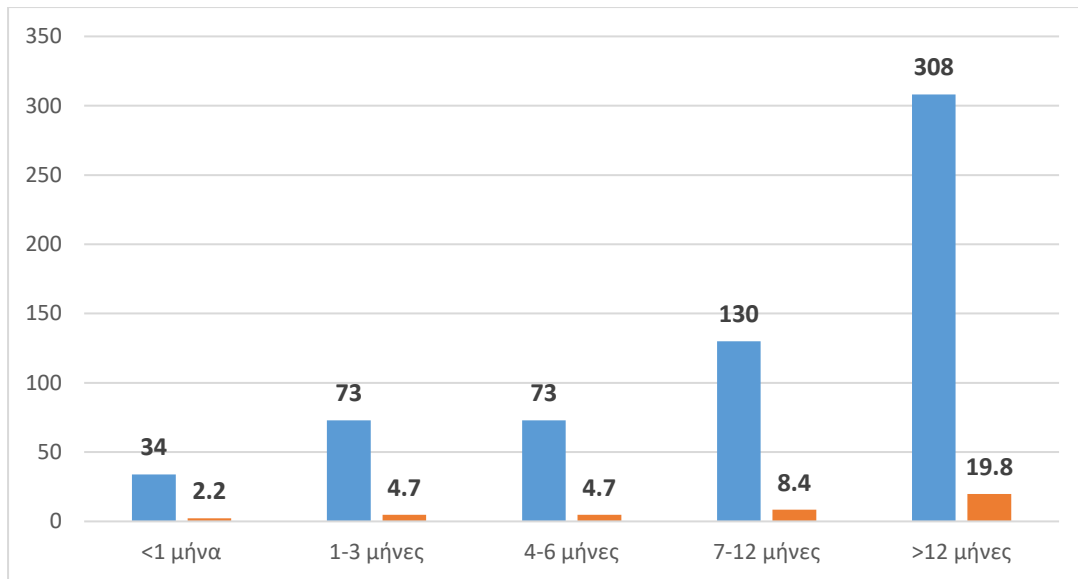
Αναφορικά με την προηγούμενη εμπειρία του θηλασμού, το ποσοστό του δείγματος που απάντησε σε αυτή την ερώτηση ήταν 42,8% που αντιστοιχεί σε 666

μητέρες. Οι 618 με ποσοστό 39,7% απάντησαν πως είχαν θηλάσει το προηγούμενο παιδί τους. Οι 48 με ποσοστό 3,1%, απάντησαν ότι δεν το είχαν θηλάσει. Οι υπόλοιπες 890 μητέρες, δεν απάντησαν διότι δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με το θηλασμό. (Διάγραμμα 4.11)



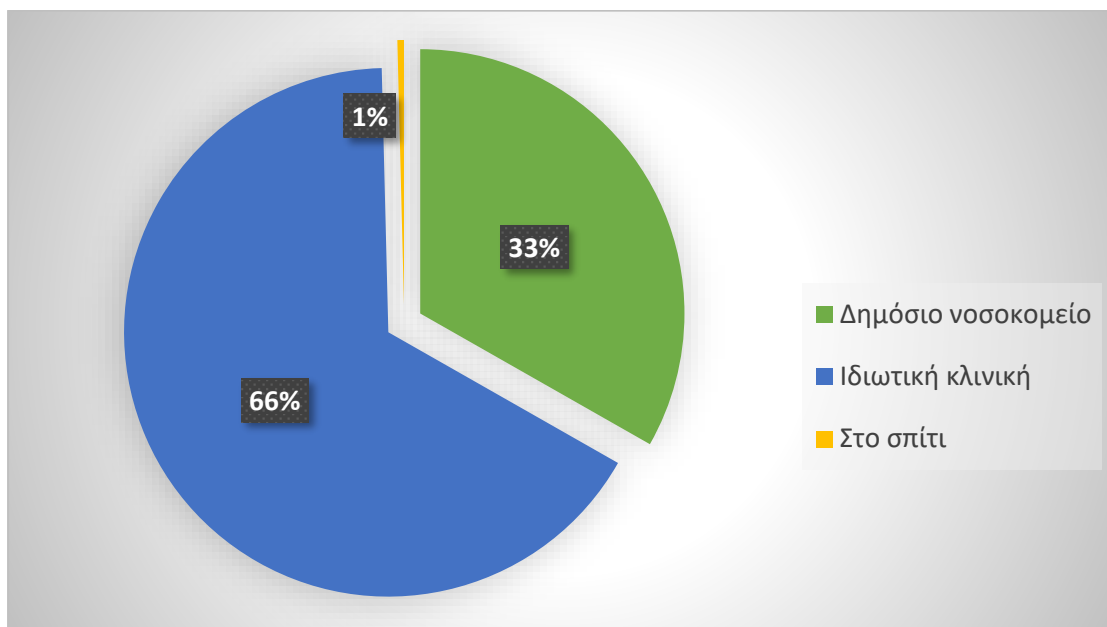
Διάγραμμα 4.11: Θηλασμός προηγούμενου παιδιού

Στην παρακάτω ερώτηση απάντησαν 618 μητέρες (39,7% δείγματος), οι οποίες θηλάσαν το προηγούμενο παιδί τους. Από αυτές, το 19,8% θηλάσε το προηγούμενο παιδί για περισσότερους από 12 μήνες, το 8,4% για 7 έως 12 μήνες, το 4,7% για 4 έως 6 μήνες, το 4,7% για 1 έως 3 μήνες, και το υπόλοιπο 2,2% για λιγότερο από 1 μήνα. (Διάγραμμα 4.11.1)



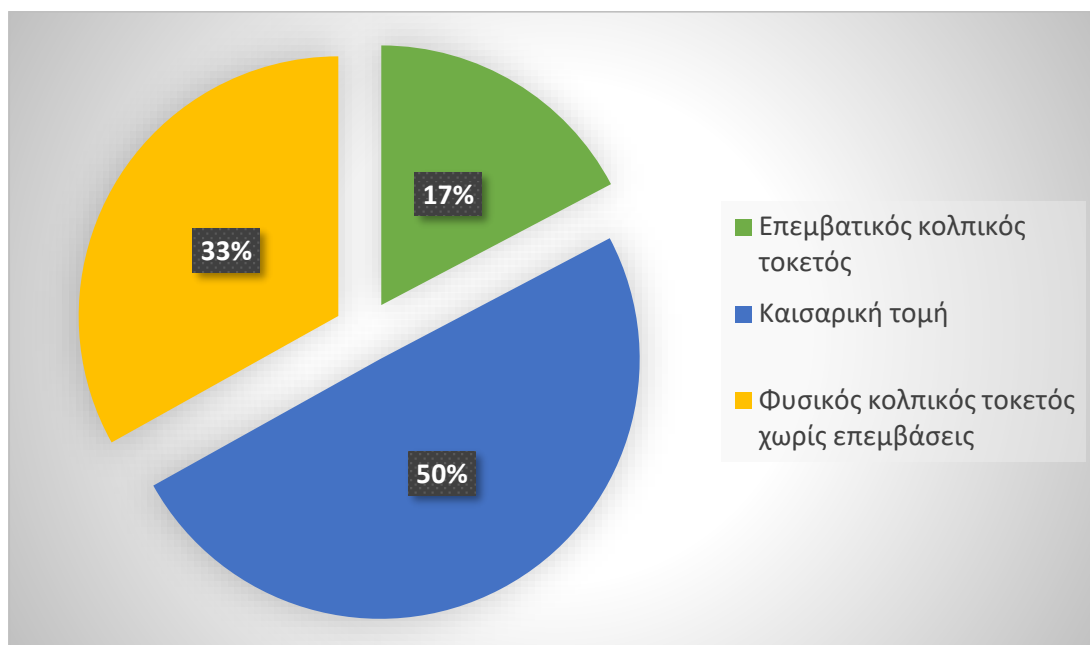
Διάγραμμα 4.11.1: Διάρκεια θηλασμού προηγούμενου παιδιού

Από τις μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 1032 με ποσοστό 66,3% επέλεξαν να γεννήσουν το τελευταίο τους παιδί σε ιδιωτική κλινική. Οι 517 με ποσοστό 33,2% σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ οι υπόλοιπες 7 με ποσοστό 0,4% επέλεξαν στο σπίτι. (Διάγραμμα 4.12)



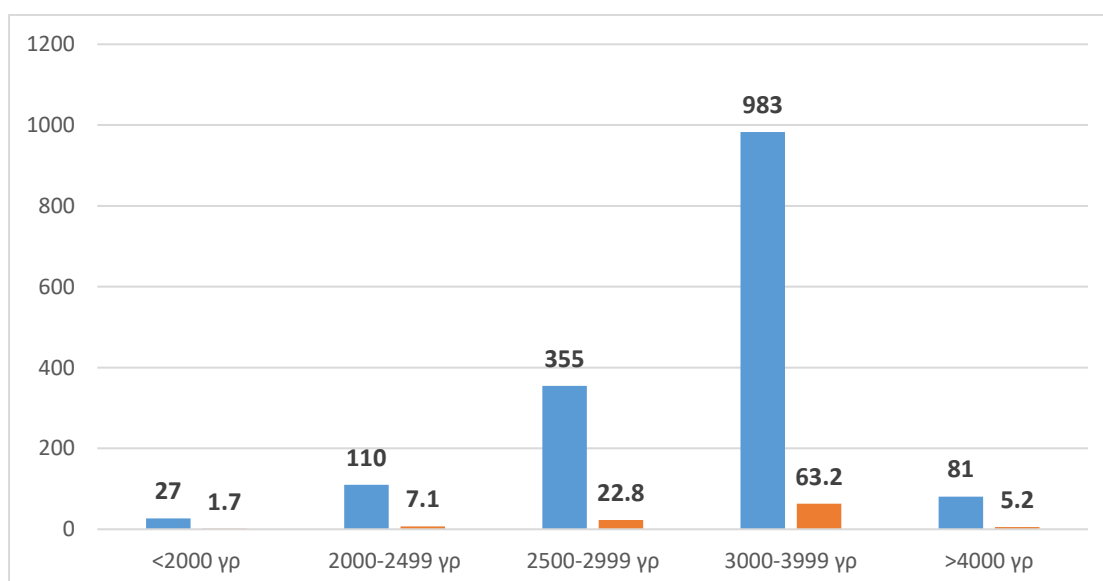
Διάγραμμα 4.12: Γέννηση τελευταίου μωρού

Σχετικά με τον τρόπο που γέννησαν το τελευταίο τους παιδί, οι 772 μητέρες (ποσοστό 49,6%) γέννησαν με καισαρική τομή, οι 515 μητέρες (ποσοστό 33,1%) με φυσικό κολπικό τοκετό χωρίς επεμβάσεις, και οι υπόλοιπες 269 μητέρες (ποσοστό 17,3%) με επεμβατικό κολπικό τοκετό. (Διάγραμμα 4.13)



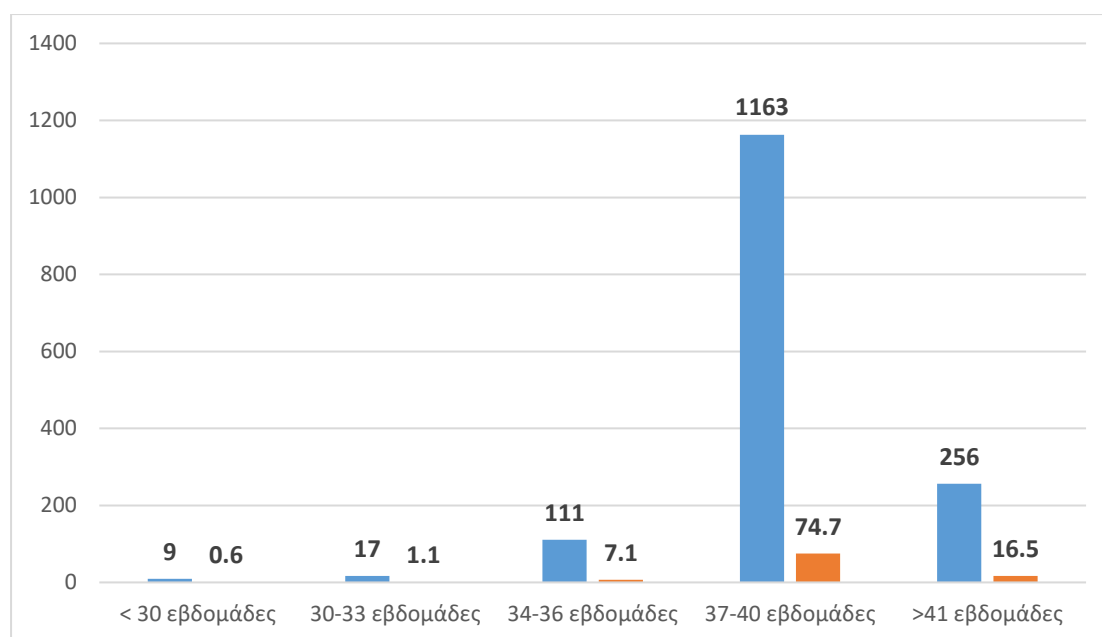
Διάγραμμα 4.13: Τρόπος γέννησης τελευταίου παιδιού

Στην παρακάτω ερώτηση, το 63,2% απάντησε 3000 – 3999 γρ , το 22,8% 2500 – 2999 γρ., το 7,1% απάντησε 2000 – 2499 γρ., το 5,2% περισσότερο από 4000γρ., και το υπόλοιπο 1,7% απάντησε λιγότερο από 2000 γρ. (Διάγραμμα 4.14)



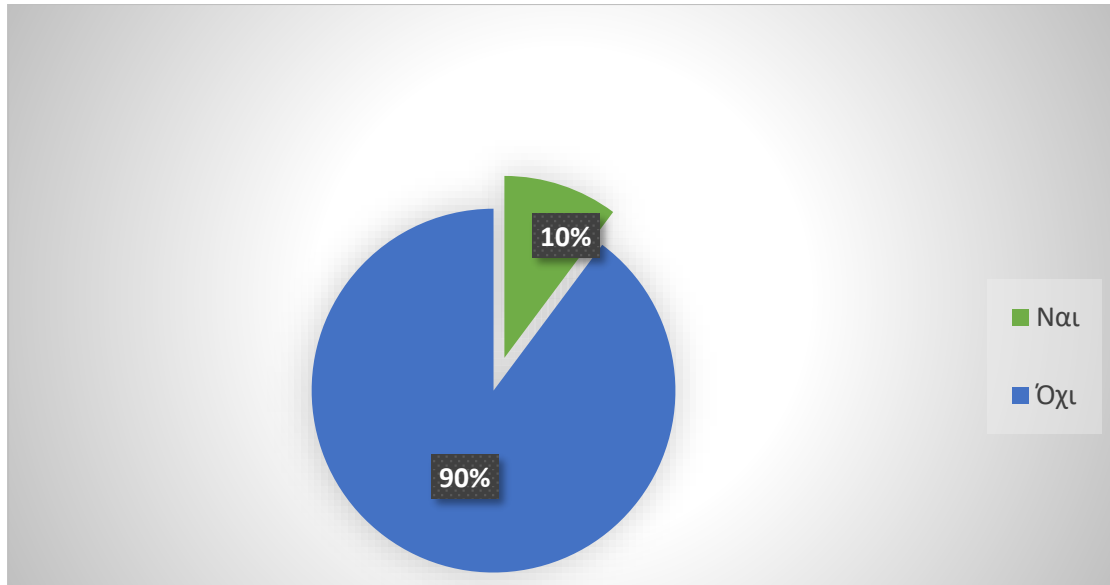
Διάγραμμα 4.14: Βάρος γέννησης τελευταίου μωρού

Στην ερώτηση σχετικά με την εβδομάδα κύησης που γέννησαν το τελευταίο τους μωρό, οι 1163 μητέρες (ποσοστό 74,7%) απάντησαν 37 – 40 εβδομάδες. Οι 256 (ποσοστό 16,5%) απάντησαν περισσότερο από 41 εβδομάδες. Οι 111 μητέρες (ποσοστό 7,1%) απάντησαν 34 – 36 εβδομάδες. Οι 17 μητέρες (ποσοστό 1,1%) απάντησαν 30 - 33 εβδομάδες και τέλος, οι υπόλοιπες 9 (ποσοστό 0,6%) απάντησαν λιγότερες από 30 εβδομάδες. (Διάγραμμα 4.15)



Διάγραμμα 4.15: Εβδομάδα κύησης γέννησης του τελευταίου μωρού

Στην ερώτηση εάν χρειάστηκε το μωρό σας να νοσηλευτεί στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN), οι 1398 μητέρες (ποσοστό 89,8%) απάντησαν πως δε χρειάστηκε, ενώ οι υπόλοιπες 158 μητέρες (ποσοστό 10,2%) απάντησαν ότι χρειάστηκε. (Διάγραμμα 4.16)



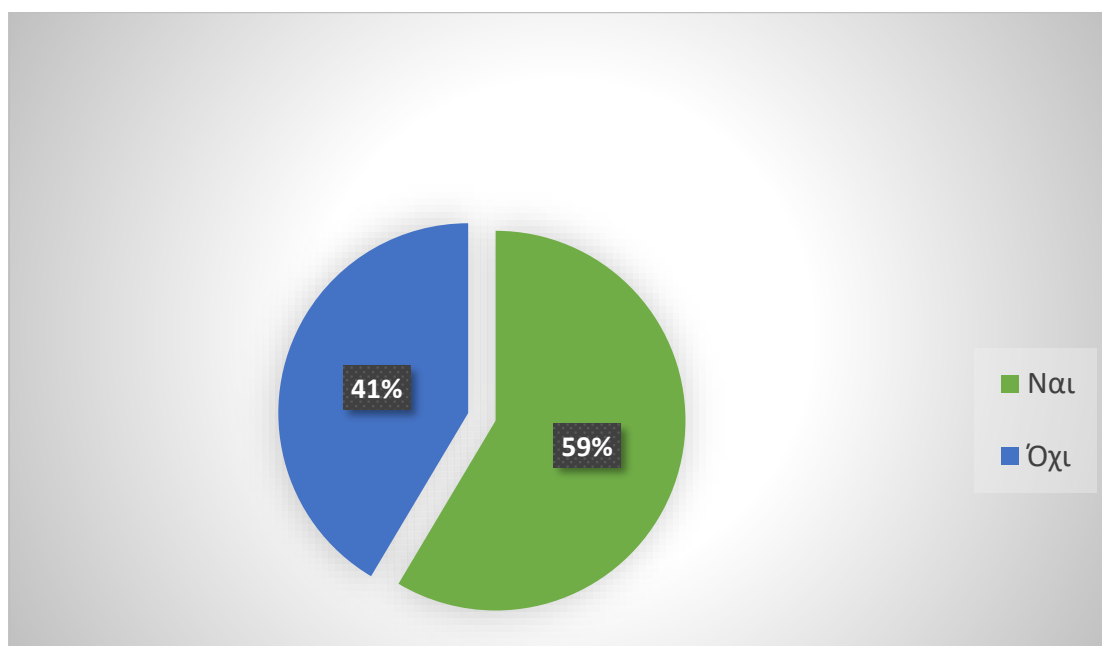
Διάγραμμα 4.16: Νοσηλεία του τελευταίου μωρού στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN)

Από το πρώτο σετ ερωτήσεων που έχουν πραγματοποιηθεί, παρατηρείται ότι οι γυναίκες επιλέγουν να τεκνοποιήσουν σε μεγαλύτερη ηλικία απ' ότι τα παλαιότερα χρόνια. Σε αυτό παίζει ρόλο το γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες διαθέτουν υψηλού επιπέδου μόρφωση και παράλληλα η τεκνοποίηση αργεί, διότι η οικονομική κρίση και η ανασφάλεια που νιώθουν οι νέοι στη δημιουργία οικογένειας καθυστερούν τα νέα ζευγάρια στην απόκτηση ενός παιδιού και την ανάληψη περισσότερων ευθυνών. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες γυναίκες που ερωτήθηκαν ήταν παντρεμένες και αυτό συνάδει με την παραπάνω πεποίθηση ότι οι νέοι άνθρωποι θέλουν να μοιραστούν τις ευθύνες ενός παιδιού, καθώς οι μονογονεϊκές οικογένειες είναι ζήτημα ταμπού στην ελληνική κοινωνία ακόμη και στον 21^ο αιώνα. Ως προς το εργασιακό καθεστώς που απολάμβανε η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται από τις παραπάνω πίτες ότι η πλειοψηφία των γυναικών ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και η ασφαλιστική κάλυψη που είχαν ήταν δημόσια (Ταμεία υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης), ενώ οι συμβάσεις τους ήταν πλήρους ωραρίου. Επομένως, το θέμα της οικονομικής ασφάλειας επιβεβαιώνεται στην περίπτωση αυτή.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

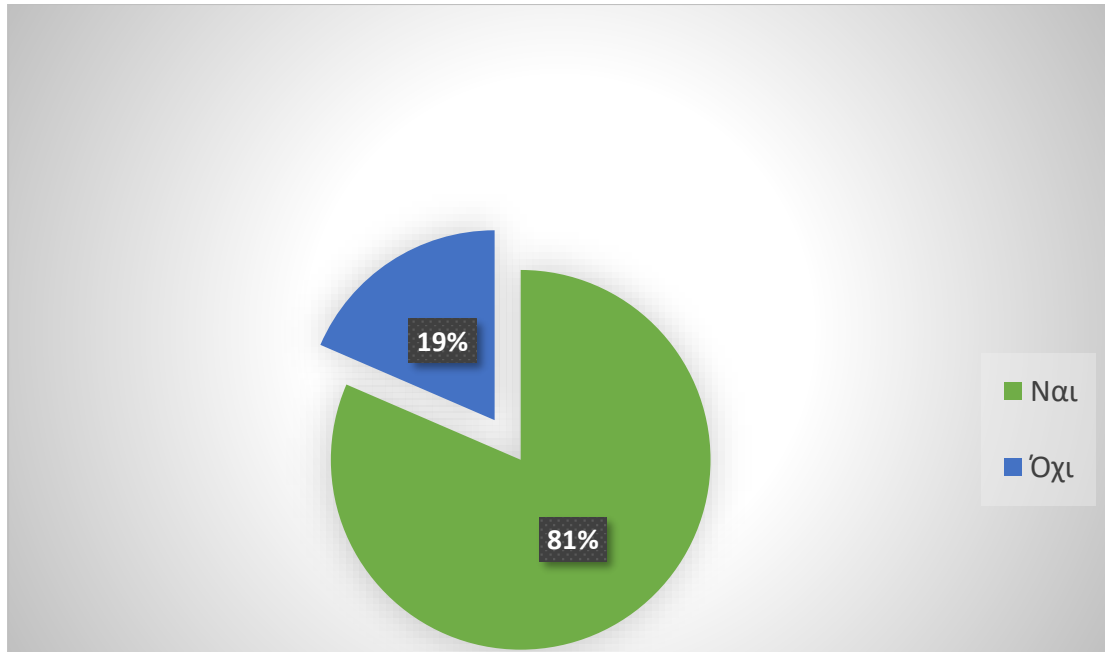
Οι ερωτήσεις 9-15 αφορούν τις πρακτικές των μαιευτηρίων που αφορούν τον μητρικό θηλασμό. Μας δίνουν πληροφορίες σχετικά με το εάν οι μητέρες παρακολούθησαν μαθήματα και ενημερώθηκαν για τα οφέλη και τις θέσεις του μητρικού θηλασμού, για το πότε και το πώς τοποθετήθηκε το μωρό στο στήθος της μητέρας την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, για το εάν η μητέρα είχε το βρέφος μαζί της 24ώρες το 24ωρο δηλαδή κάνανε συγκατοίκηση, εάν το προσωπικό του μαιευτηρίου βοήθησε τις μητέρες να διατηρήσουν τη γαλουχία τους, εάν δόθηκε άλλη τροφή εκτός από το μητρικό γάλα, και εάν φεύγοντας από νοσοκομείο δόθηκε συνταγή για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος από τον παιδίατρο

Από τις μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 911 (ποσοστό 58,5%) είχαν παρακολουθήσει μαθήματα και ήταν ενημερωμένες για τα οφέλη και τις θέσεις του μητρικού θηλασμού, ενώ οι υπόλοιπες 645 (ποσοστό 41,5%) δεν ήταν ενημερωμένες. (Διάγραμμα 4.17)



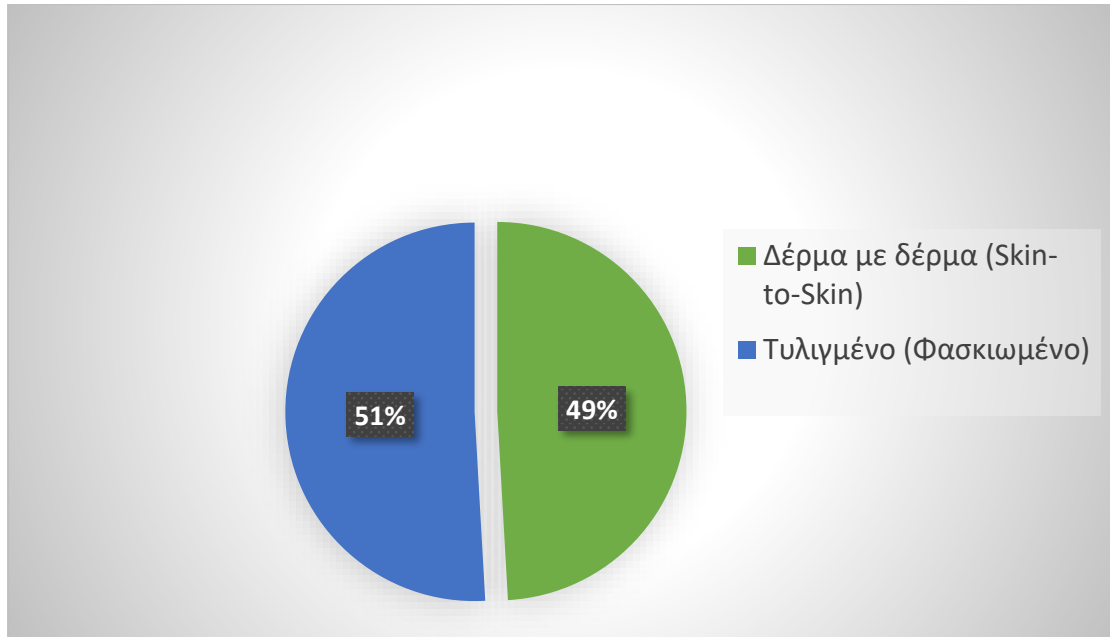
Διάγραμμα 4.17: Παρακολούθηση μαθημάτων και ενημέρωση για τα οφέλη και τις θέσεις του μητρικού θηλασμού

Όσον αφορά τη βοήθεια του προσωπικού του μαιευτηρίου στην τοποθέτηση του μωρού στο στήθος την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό ή όταν ήταν σε θέση να το κάνουν, η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 81,5% (1268 μητέρες) απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 18,5% (288 μητέρες) αρνητικά. (Διάγραμμα 4.18)



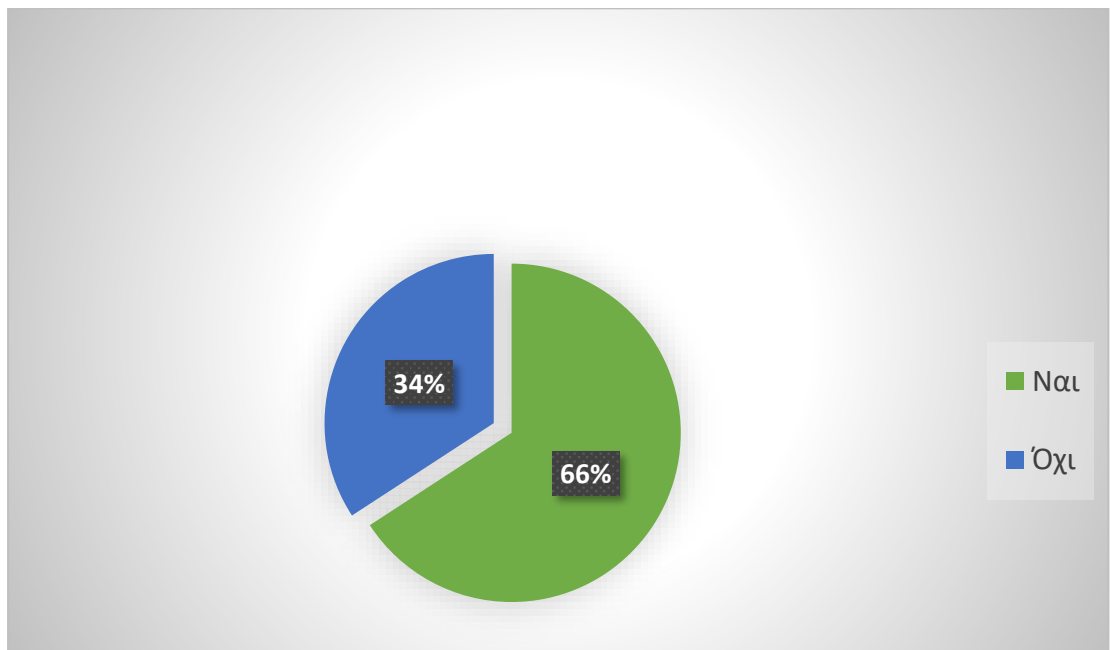
Διάγραμμα 4.18: Βοήθεια του προσωπικού του μαιευτηρίου στην τοποθέτηση του μωρού στο στήθος την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό ή όταν ήτανε σε θέση να το κάνουν

Από τις μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα ,στην ερώτηση για το πως τοποθέτησαν το μωρό τους στο στήθος την πρώτη φορά οι 792 μητέρες (ποσοστό 50,9%) απάντησαν τυλιγμένο. Οι υπόλοιπες 764 (ποσοστό 49,1%) απάντησαν δέρμα με δέρμα. (Διάγραμμα 4.19)



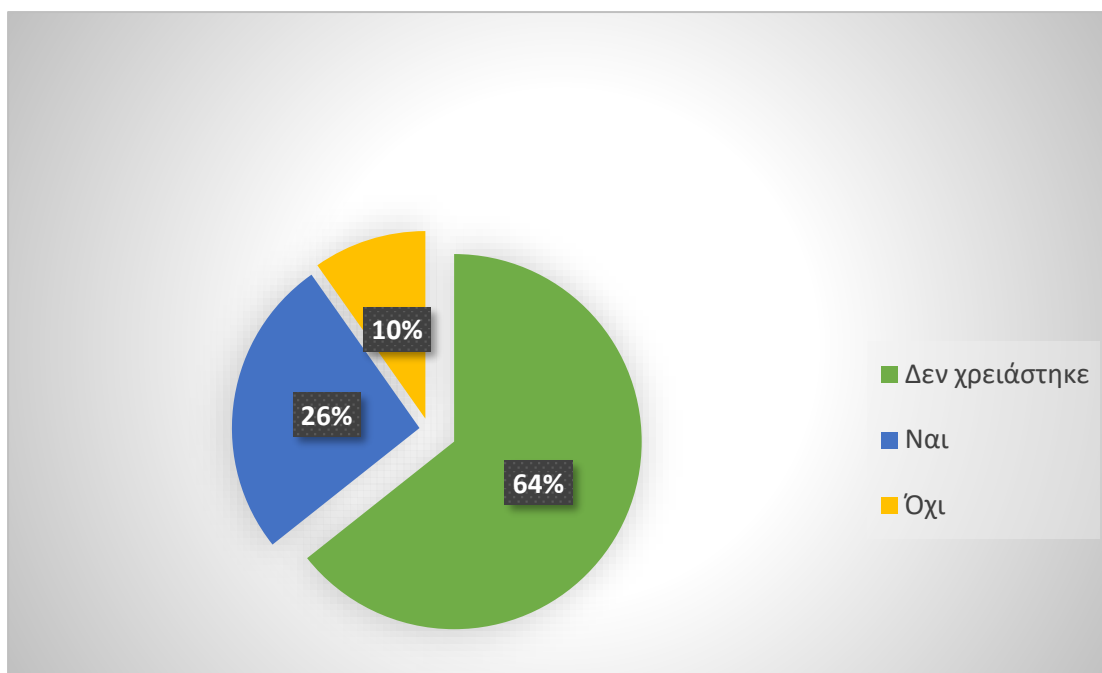
Διάγραμμα 4.19: Τρόπος τοποθέτησης του μωρού σας στο στήθος τη πρώτη φορά

Σε ότι αφορά για το εάν είχαν το μωρό μαζί τους 24 ώρες το 24ώρο, η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 65,8% (1024 μητέρες) απάντησε θετικά, ενώ και το υπόλοιπο 34,2% (532 μητέρες) απάντησε αρνητικά. (Διάγραμμα 4.20)



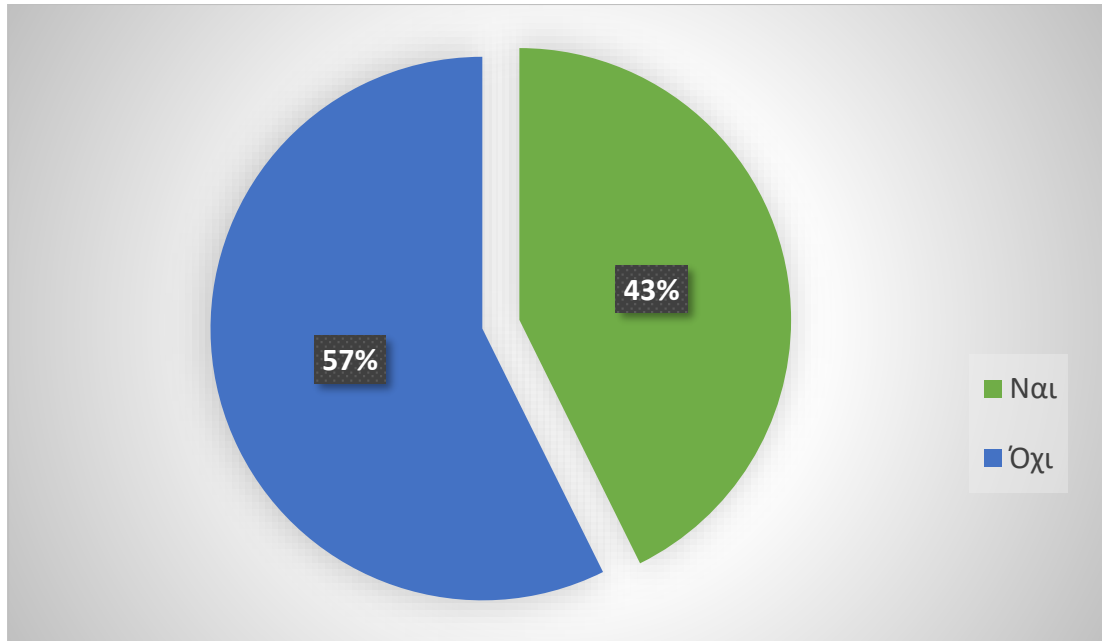
Διάγραμμα 4.20: Συγκατοίκηση με το μωρό μαζί 24 ώρες το 24ώρο

Στην παρακάτω ερώτηση σχετικά με το εάν το προσωπικό του μαιευτηρίου τους παρείχε βοήθεια για τη διατήρηση της γαλουχίας σε περίπτωση που το μωρό θα έπρεπε να αποχωριστεί από τη μαμά του, η πλειοψηφία του δείγματος 1001 μητέρες (ποσοστό 64,3%) απάντησε πως δεν χρειάστηκε. Οι 403 μητέρες (ποσοστό 25,9%) απάντησαν πως τους βοήθησαν, ενώ οι υπόλοιπες 152 μητέρες (ποσοστό 9,8%) απάντησαν πως δεν τις βοήθησαν. (Διάγραμμα 4.21)



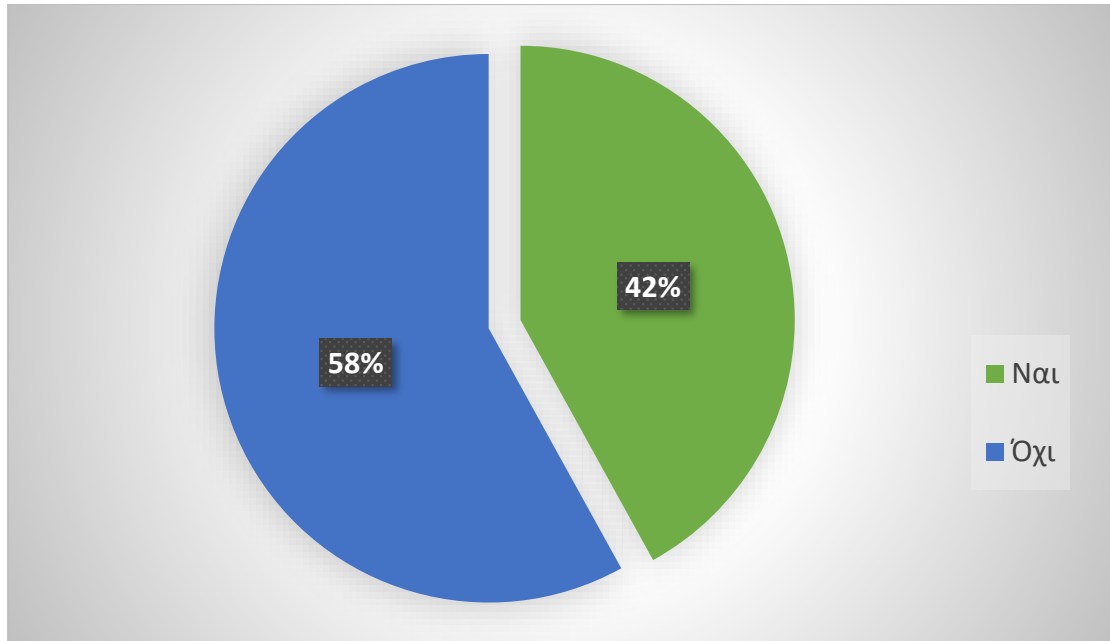
Διάγραμμα 4.21: Βοήθεια του προσωπικού του μαιευτηρίου για τη διατήρηση της γαλουχίας στην περίπτωση που το μωρό θα έπρεπε να αποχωριστεί από τη μαμά

Όταν ρωτήθηκαν οι μητέρες εάν κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο έδωσαν άλλη τροφή σίτισης εκτός από το μητρικό γάλα, οι 892 μητέρες (ποσοστό 57,3%) απάντησαν αρνητικά. Οι υπόλοιπες 664 μητέρες (ποσοστό 42,7%) απάντησαν πως σίτισαν το μωρό τους με άλλη τροφή εκτός από μητρικό γάλα. (Διάγραμμα 4.22)



Διάγραμμα 4.22: Ποσοστά σίτισης του μωρού με άλλη τροφή εκτός από το μητρικό γάλα κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο

Από τις 1556 συνολικά μητέρες οι οποίες πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο οι 903 μητέρες (ποσοστό 58%) δήλωσαν φεύγοντας από το μαιευτήριο/κλινική δεν τους δόθηκε συνταγή ή σημείωμα με υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος. Ενώ οι 653 μητέρες (ποσοστό 42%) δήλωσαν πως τους δόθηκε. (Διάγραμμα 4.23)



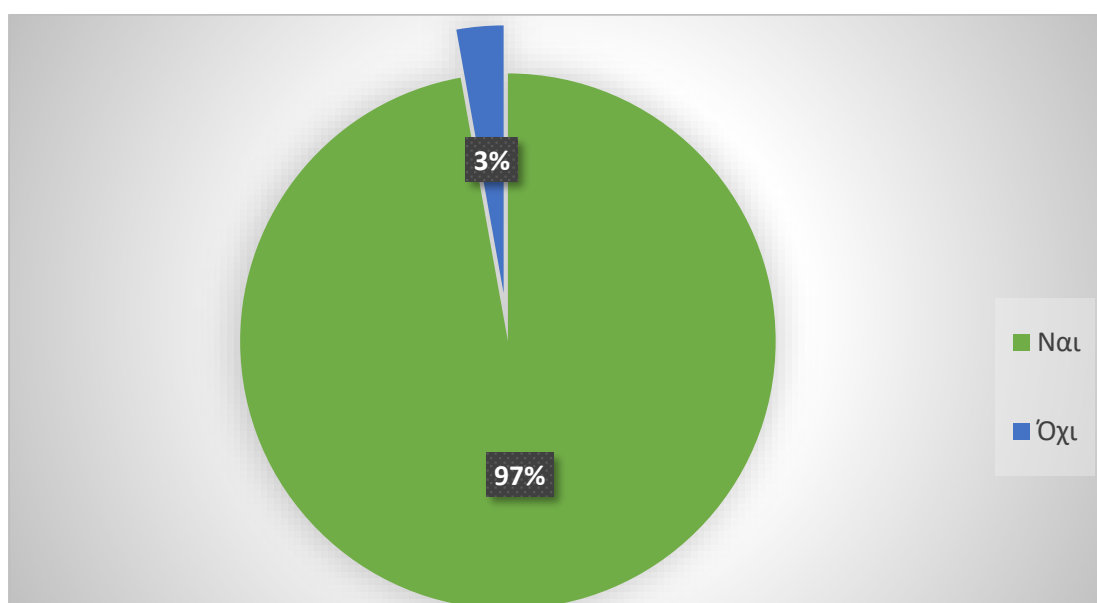
Διάγραμμα 4.23: Ποσοστά συνταγής ή σημειώματος από παιδίατρο για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος φεύγοντας από το μαιευτήριο/κλινική

Στην ενότητα αυτή των ερωτήσεων διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των γυναικών είχαν κάνει μαθήματα θηλασμού και ήταν ενημερωμένες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού πριν γεννήσουν. Φαίνεται πως οι μαίες κατέβαλλαν προσπάθεια να βοηθήσουν τις λεχωίδες να θηλάσουν το μωρό τους καθώς ακόμη το τοποθέτησαν από την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό στο στήθος της μητέρας. Ακόμη, οι περισσότερες μητέρες επέλεξαν τη συγκατοίκηση 24 ώρες το 24ωρο με το μωρό (65,8%) από την πρώτη μέρα (rooming in) και ο αποκλειστικός θηλασμός ήταν η επιλογή των περισσότερων από αυτών. Επίσης, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων με ελάχιστη διαφορά σε σίτισαν το μωρό τους με άλλη τροφή εκτός του μητρικού γάλακτος (57,3%) ενώ ακόμα εξίσου μικρή διαφορά υπάρχει σε αυτές που δε δόθηκε συνταγή από παιδίατρο για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος φεύγοντας από το μαιευτήριο/κλινική. Επομένως, από όλα αυτά συμπεραίνεται ότι αν και οι μητέρες έχουν θέληση για αποκλειστικό θηλασμό η φιλοσοφία του Baby friendly νοσοκομείου δεν προωθείται έντονα στη χώρα μας. Παράλληλα οι παιδίατροι συνταγογραφούν ξένο γάλα στις μητέρες όταν φεύγουν από το μαιευτήριο και αυτό φανερώνει τη μη σθεναρή υποστήριξη τους για το μητρικό θηλασμό.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

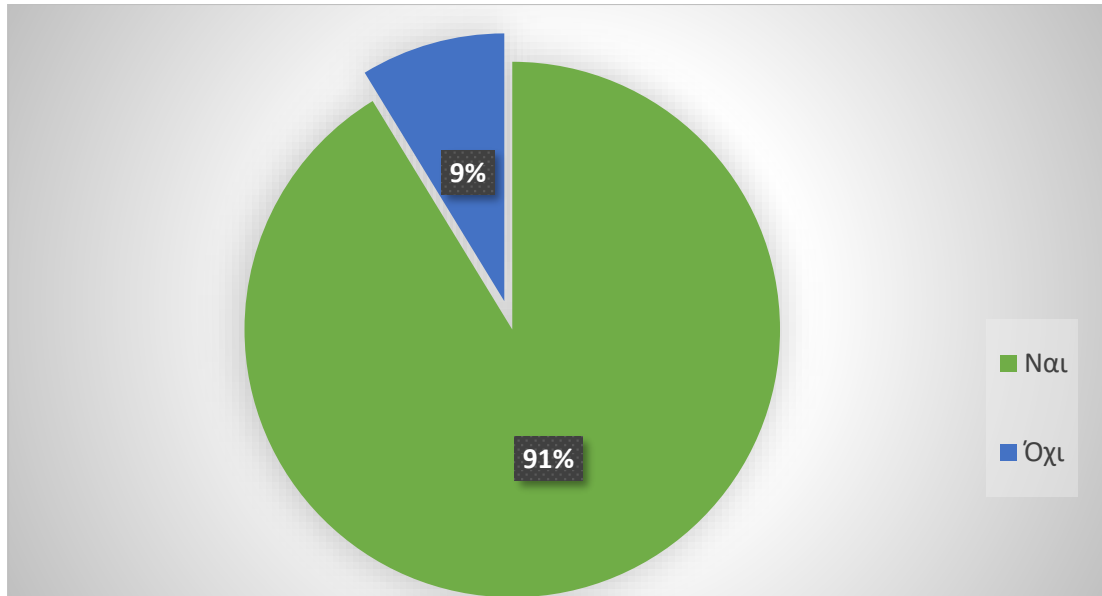
Οι ερωτήσεις 16- 23 μας πληροφορούν για τους δείκτες του μητρικού θηλασμού. Για την πρόθεση των μητέρων να θηλάσουν τα μωρά τους το πρώτο 24ωρο της ζωής τους, για το είδος και την διάρκεια του μητρικού θηλασμού, τους βασικούς λόγους για τους οποίους οι μητέρες θηλάζουν τα μωρά τους καθώς και για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού.

Στην ερώτηση σχετικά με το εάν θήλασαν το μωρό τους, η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 97,2% δηλαδή 1512 γυναίκες, απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 2,8% που αντιστοιχεί σε 44 γυναίκες απάντησε αρνητικά. (Διάγραμμα 4.24)



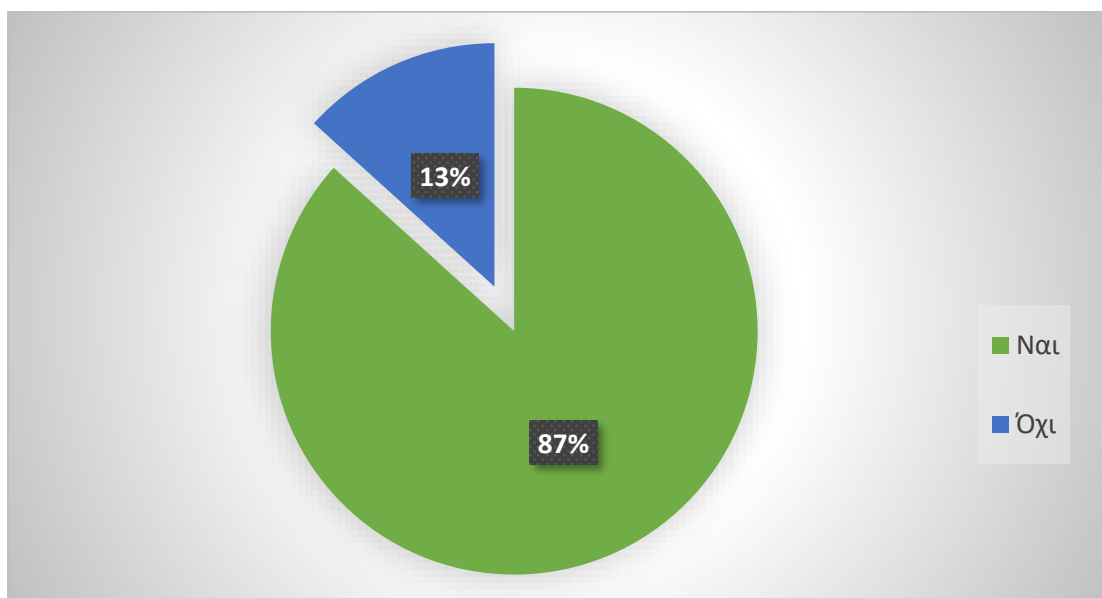
Διάγραμμα 4.24: Ποσοστά θηλασμού

Όσον αφορά το θηλασμό του μωρού τους το πρώτο 24ωρο της ζωής τους, απάντησαν μόνο οι γυναίκες που θήλασαν οι οποίες ήταν 1512 μητέρες. 1380 μητέρες (ποσοστό 88,7%) του δείγματος δήλωσαν πως θήλασαν το μωρό τους το πρώτο 24ωρο της ζωής του, ενώ οι 132 (ποσοστό 8,5%) δήλωσαν πως δε θήλασαν. (Διάγραμμα 4.25)



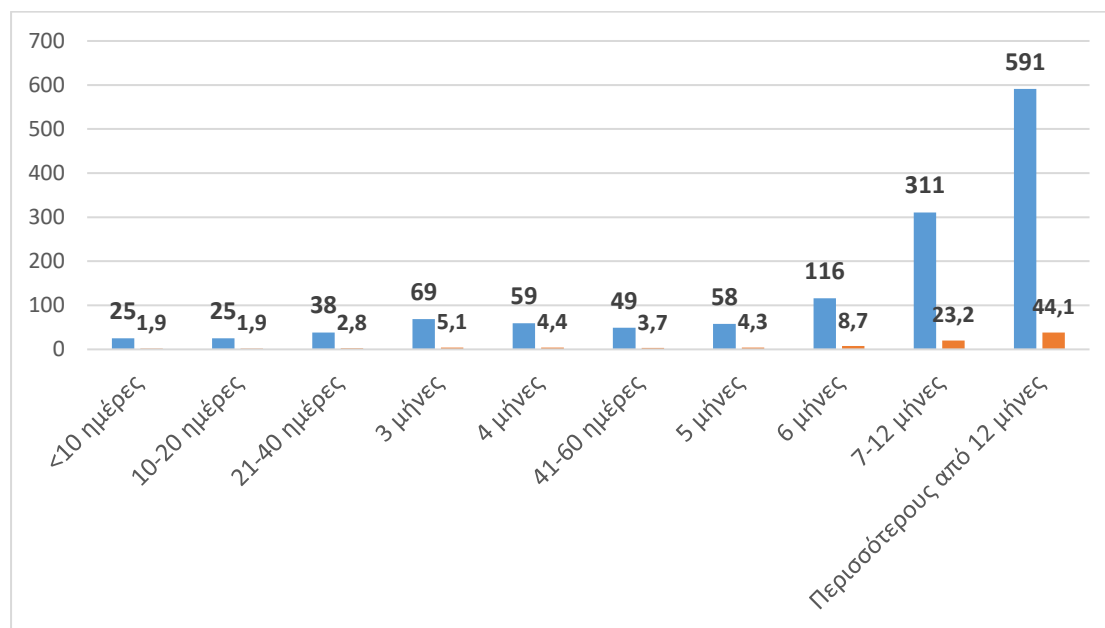
Διάγραμμα 4.25: Ποσοστά θηλασμού το πρώτο 24ωρο της ζωής τους

Εξίσου και στην παρακάτω ερώτηση σχετικά με το εάν οι μητέρες τους δείγματος μας έκαναν αποκλειστικό θηλασμό, απάντησαν μόνο οι γυναίκες που θήλασαν. Η πλειοψηφία του δείγματος με 1311 μητέρες απάντησαν πως έκαναν αποκλειστικό θηλασμό, ενώ οι υπόλοιπες 201 μητέρες απάντησαν αρνητικά. (Διάγραμμα 4.26)



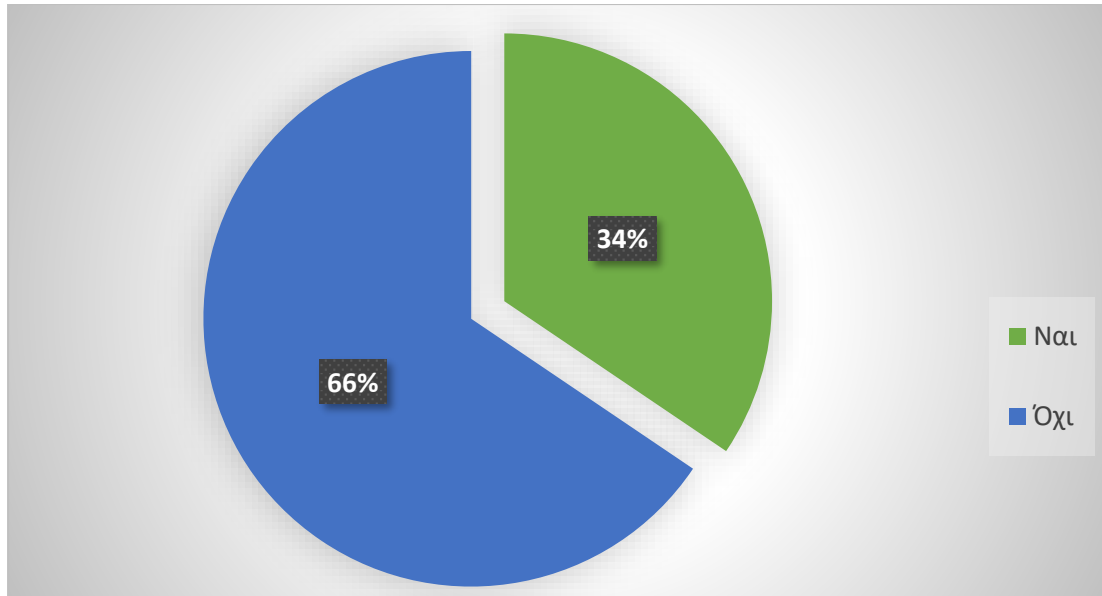
Διάγραμμα 4.26: Ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού δηλαδή μόνο γάλα, στήθος ή θήλαστρο

Όταν οι μητέρες ρωτήθηκαν για το χρονικό διάστημα που έκαναν αποκλειστικό θηλασμό, οι 591 απάντησαν ότι έκανα αποκλειστικό θηλασμό για περισσότερους από 12 μήνες, 311 μανούλες 7 – 12 μήνες, 116 μητέρες 6 μήνες, 69 απάντησαν 3 μήνες, 58 θήλασαν 5 μήνες, 59 μανούλες 4 μήνες, 49 απάντησαν 41 – 60 ημέρες, 38 από αυτές 21 – 40 ημέρες, 25 μητέρες από 10 – 20 ημέρες οι οποίες ήταν από 25 μητέρες στην κάθε επιλογή. (Διάγραμμα 4.26.1)



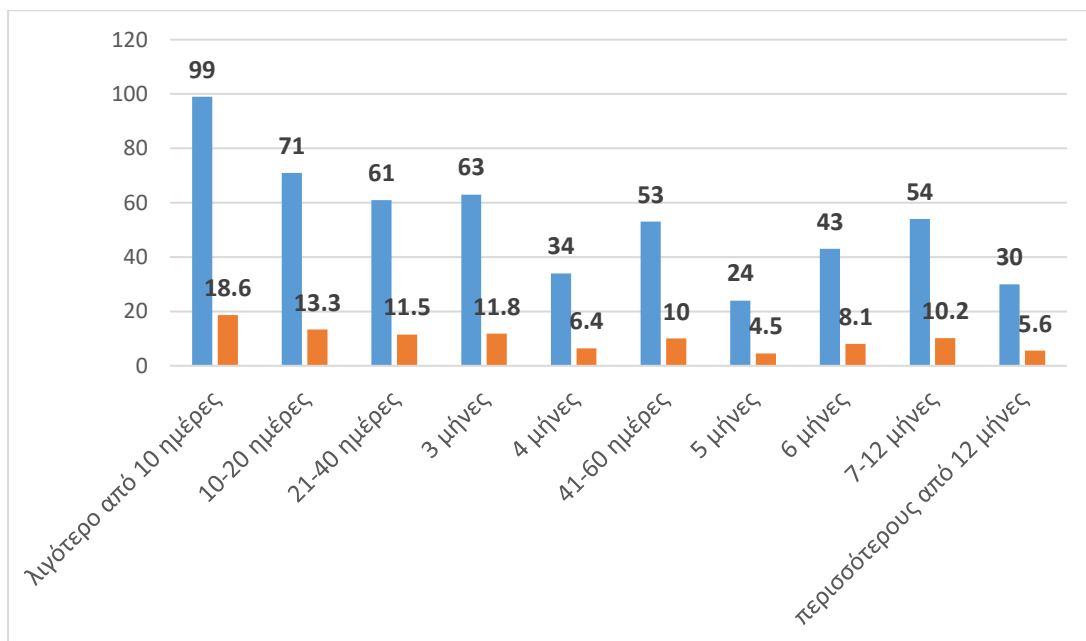
Διάγραμμα 4.26.1: Χρονικό διάστημα αποκλειστικού θηλασμού

Όσον αφορά για το εάν έκαναν μεικτό θηλασμό δηλαδή συνδυασμό μητρικού γάλακτος και υποκατάστατων (ξένο γάλα), απάντησαν οι 1512 μητέρες. Οι 991 απάντησαν πως δεν έκανα μεικτό θηλασμό, ενώ οι υπόλοιπες 521 μητέρες απάντησαν πως έκανα μεικτό θηλασμό. (Διάγραμμα 4.27)



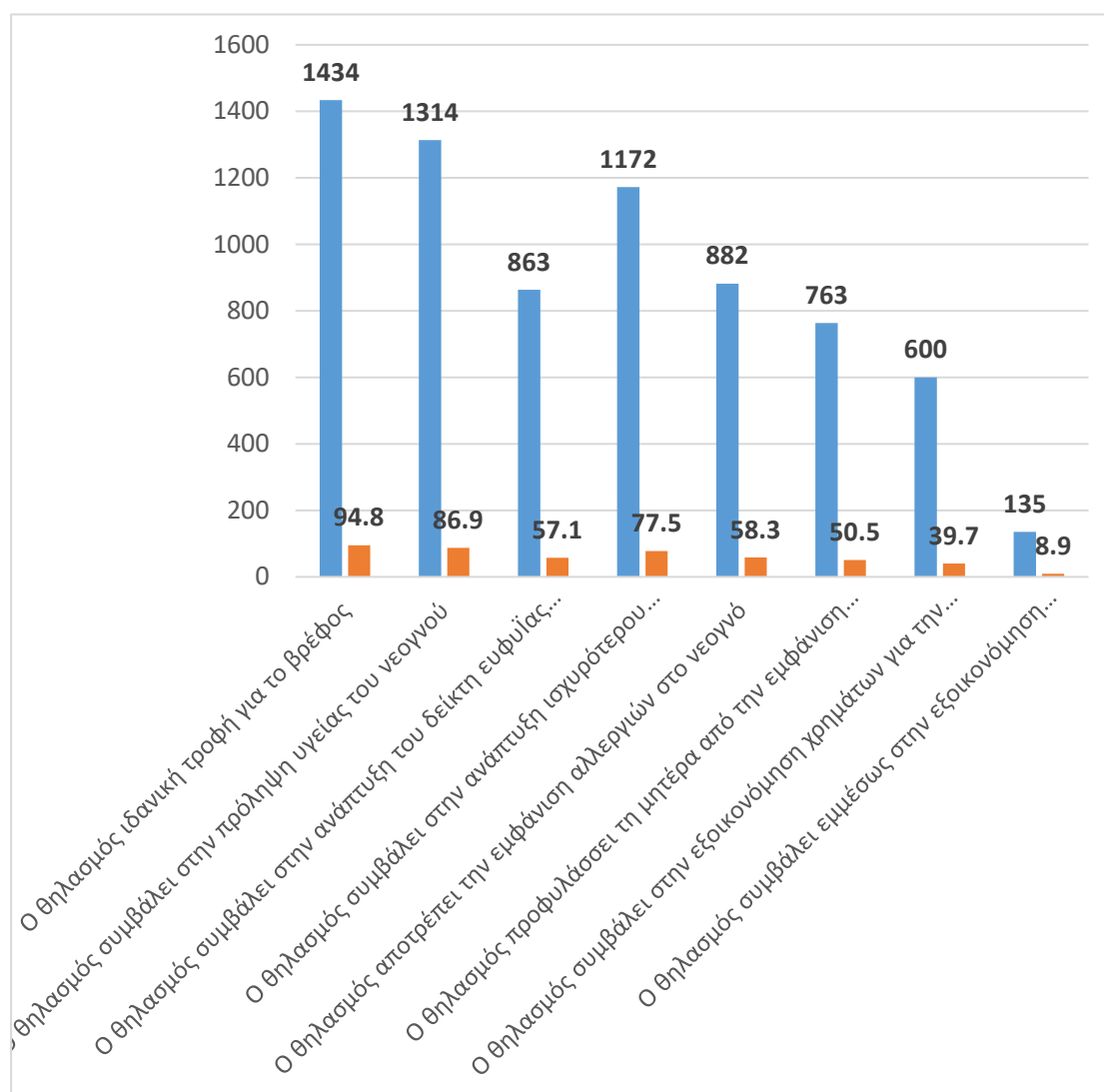
Διάγραμμα 4.27: Ποσοστά μεικτού θηλασμού συνδυασμού μητρικού γάλακτος και υποκατάστατων (ξένο γάλα)

Για το χρονικό διάστημα που έκαναν μεικτό θηλασμό, απάντησαν 532 μητέρες δηλαδή 34,2% όλου του δείγματος. Από αυτές, 99 μητέρες απάντησαν λιγότερο από 10 ημέρες, 71 μητέρες 10-20 ημέρες, 63 έκαναν 3 μήνες, 61 απάντησαν 21-40 ημέρες, 54 μανούλες 7-12 μήνες, 53 μητέρες 41-60 ημέρες, 43 από αυτές 6 μήνες, 34 έκαναν 4 μήνες, 30 μητέρες περισσότερους από 12 μήνες και τέλος 24 απάντησαν 5 μήνες. (Διάγραμμα 4.27.1)



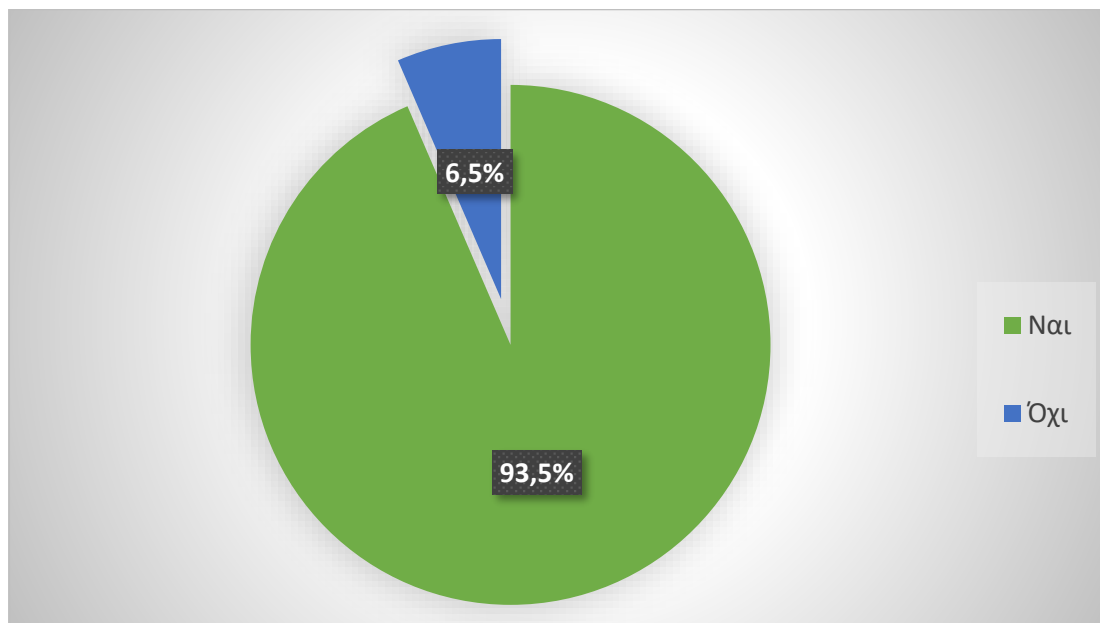
Διάγραμμα 4.27.1 :Χρονικό διάστημα μεικτού θηλασμού

Στην ερώτηση που αφορά στους βασικούς λόγους για τους οποίους οι μητέρες αποφάσισαν να θηλάσουν απάντησαν 1512 μητέρες, δηλαδή 97,1% του συνολικού δείγματος. Εδώ τους δινότανε η επιλογή να επιλέξουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Κατά φθίνουσα σειρά επέλεξαν: το 94,8% "Ο θηλασμός ιδανική τροφή για το βρέφος", το 86,9% "Ο θηλασμός συμβάλει στην πρόληψη υγείας του νεογνού", το 77,5% "Ο θηλασμός συμβάλει στην ανάπτυξη ισχυρότερου συναισθηματικού δεσμού μεταξύ μητέρας- παιδιού", το 58,3% "Ο θηλασμός αποτρέπει την εμφάνιση αλλεργιών στο νεογνό", το 57,1% "Ο θηλασμός συμβάλλει στην ανάπτυξη του δείκτη ευφυΐας του παιδιού", το 50,5% "Ο θηλασμός προφυλάσσει τη μητέρα από την εμφάνιση γυναικολογικών καρκίνων", το 39,7% "Ο θηλασμός συμβάλει στην εξοικονόμηση χρημάτων για την οικογένεια" και το 8,9% "Ο θηλασμός συμβάλει εμμέσως στην εξοικονόμηση χρημάτων για το κράτος". (Διάγραμμα 4.28)



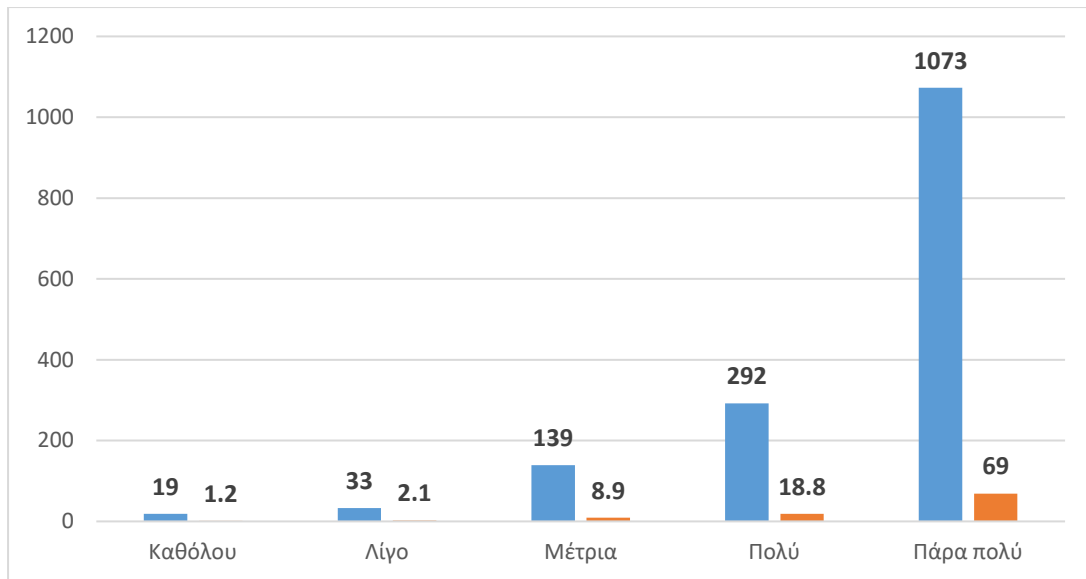
Διάγραμμα 4.28: Βασικοί λόγοι θέλησης για τους οποίους ήθελαν να θηλάσουν το μωρό τους

Σχετικά με την πρόθεση να κάνουν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 93,5% που αντιστοιχεί σε 1455 μητέρες απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 6,5% που αναλογεί σε 101 απάντησε αρνητικά.



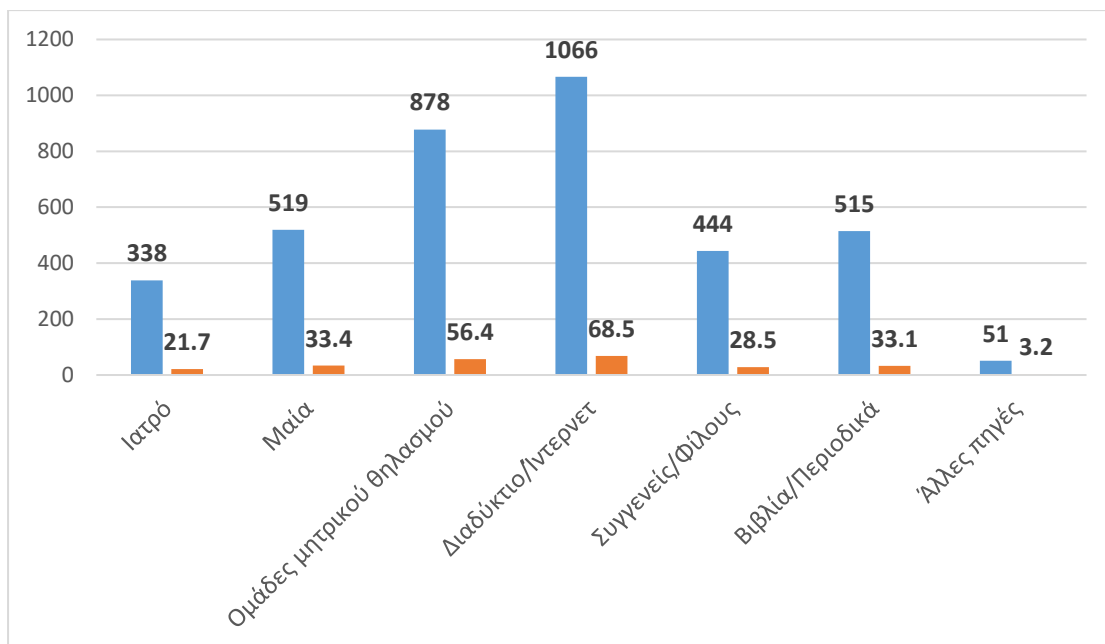
Διάγραμμα 4.29: Ποσοστά πρόθεσης για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό

Σε ότι αφορά την ενημέρωση των γυναικών για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 69% (1073 γυναίκες) απάντησε πάρα πολύ, το 18,8% (292 γυναίκες) πολύ, το 8,9% (139 γυναίκες) μέτρια, το 2,1% λίγο (33 γυναίκες) και το υπόλοιπο 1,2% (19 γυναίκες) απάντησε καθόλου. (Διάγραμμα 4.30)



Διάγραμμα 4.30: Ποσοστά ενημέρωσης για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού

Στην παρακάτω ερώτηση σχετικά με τις πηγές που είχαν ενημερωθεί οι μητέρες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού τους παρέχονταν η επιλογή να δώσουν παραπάνω από μία απαντήσεις όπου, το 68,5% επέλεξε πως είχαν ενημερωθεί από το διαδίκτυο/ ίντερνετ, το 56,4% από ομάδες μητρικού θηλασμού, το 33,4% από μαία, το 33,1% από βιβλία/περιοδικά, το 28,5% από συγγενείς/φίλους, το 21,7% από ιατρό, ενώ ακόμα ένα ποσοστό της τάξεως 3,2 % συμπλήρωσε άλλες πηγές όπως για παράδειγμα το σχετικό με το αντικείμενο επάγγελμα τους. (Διάγραμμα 4.31)



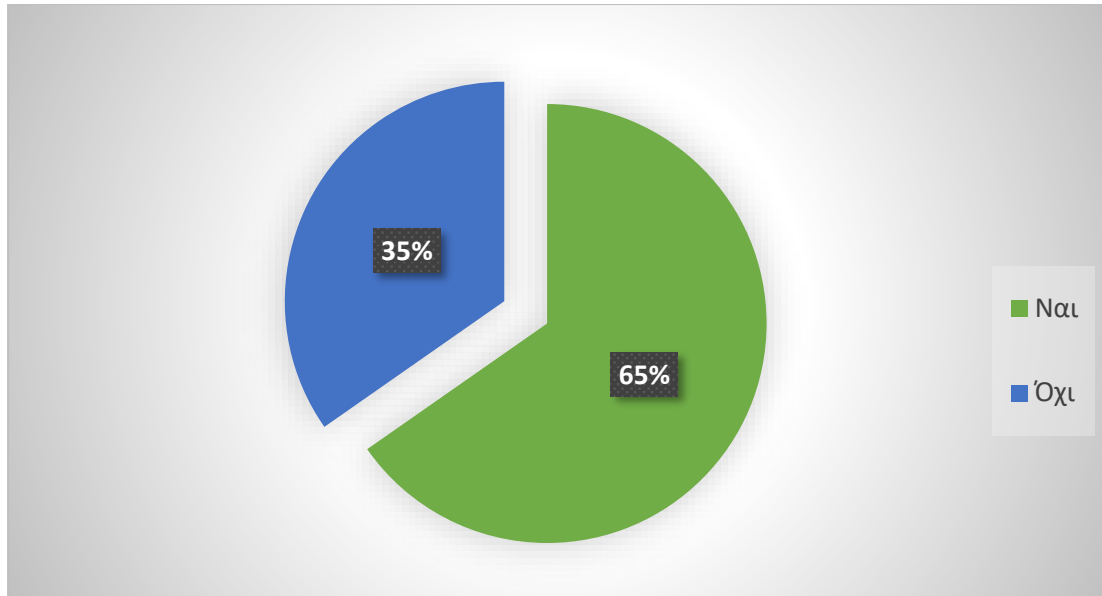
Διάγραμμα 4.31: Πηγές ενημέρωσης για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού

Από αυτήν την ενότητα των ερωτήσεων συμπεραίνουμε ότι οι μητέρες είναι πολύ υποστηρικτικές προς το θηλασμό στην πλειοψηφία τους, διότι γνωρίζουν τα οφέλη του θηλασμού και ειδικότερα γνωρίζουν ότι το μητρικό γάλα είναι πολύ σημαντική τροφή για το βρέφος, με αποτέλεσμα οι περισσότερες ερωτηθείσες να έχουν επιλέξει τον αποκλειστικό θηλασμό κατά τους 3 πρώτους μήνες του παιδιού. Όσες μητέρες επέλεξαν ή οδηγήθηκαν στο μεικτό θηλασμό, αυτός ξεπέρασε τις 10 μέρες και σε αυτό παίζει ρόλο το γεγονός ότι το γάλα της μητέρας αργεί να παραχθεί. Γενικότερα, οι γυναίκες εμφανίζονται πολύ ενημερωμένες για το μητρικό θηλασμό και σε αυτό συνέβαλλε το Ίντερνετ, αφού αποτελεί πηγή άντλησης των πληροφοριών.

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ - ΑΙΤΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

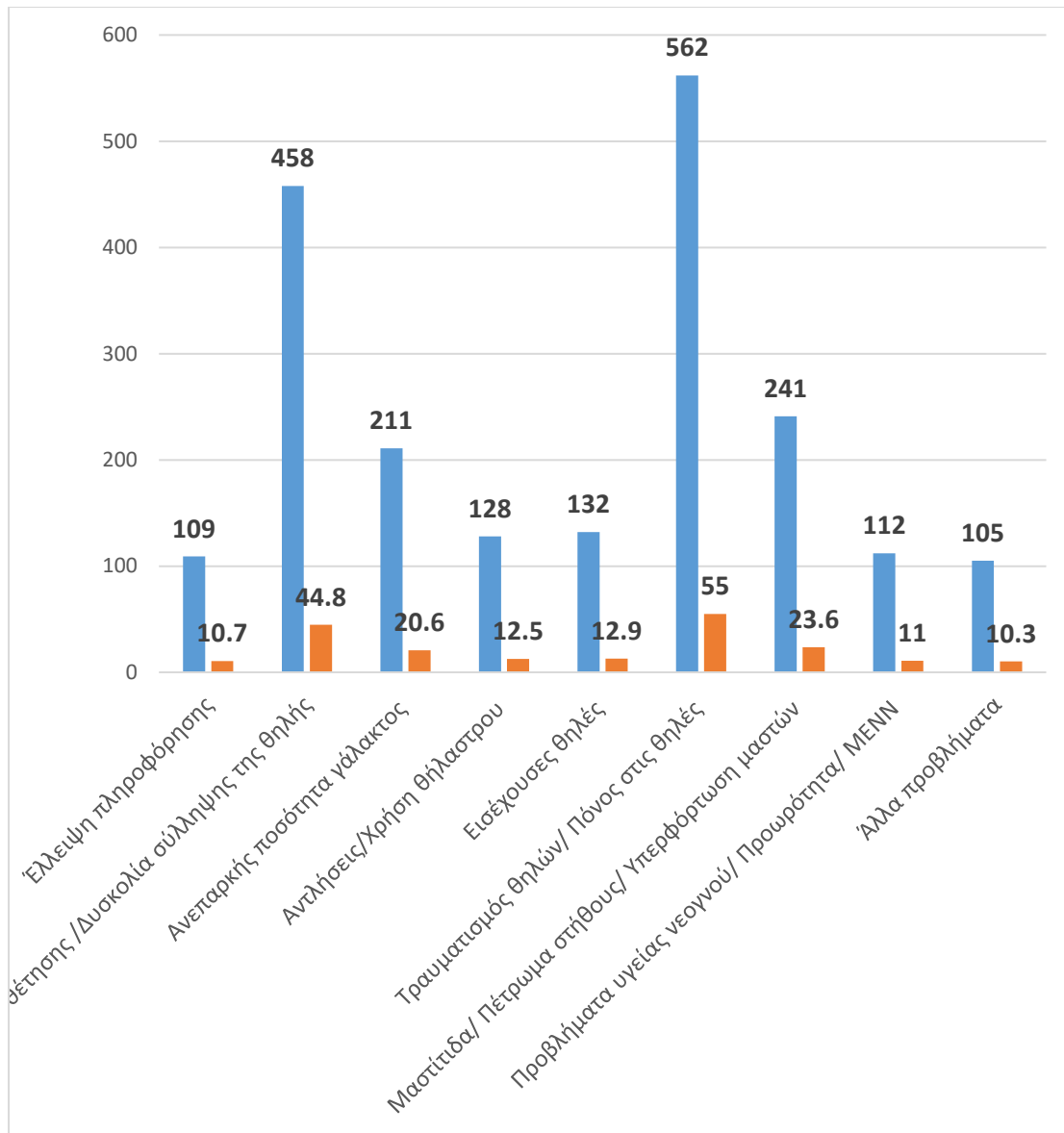
Από τις ερωτήσεις 24-26 μας δίνουν πληροφορίες για τις δυσκολίες κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού αλλά και για τις αιτίες διακοπής του θηλασμού. Επιπλέον γνωρίζουμε που οφείλονται οι δυσκολίες, αλλά και τον λόγο της διακοπής του αποκλειστικού μητρικού ή μεικτού θηλασμού, καθώς επίσης ποιος προέτρεψε τις μητέρες να σταματήσουν τον μητρικό θηλασμό.

Στην πρώτη ερώτηση αυτής της κατηγορίας οι μητέρες απαντούν εάν είχαν δυσκολίες κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού. Η πλειοψηφία του δείγματος ήτοι 1016 γυναίκες (ποσοστό 65,3%) απάντησαν πως είχαν δυσκολίες κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού, ενώ οι υπόλοιπες 540 (ποσοστό 34,7%) απάντησαν αρνητικά. (Διάγραμμα 4.32)



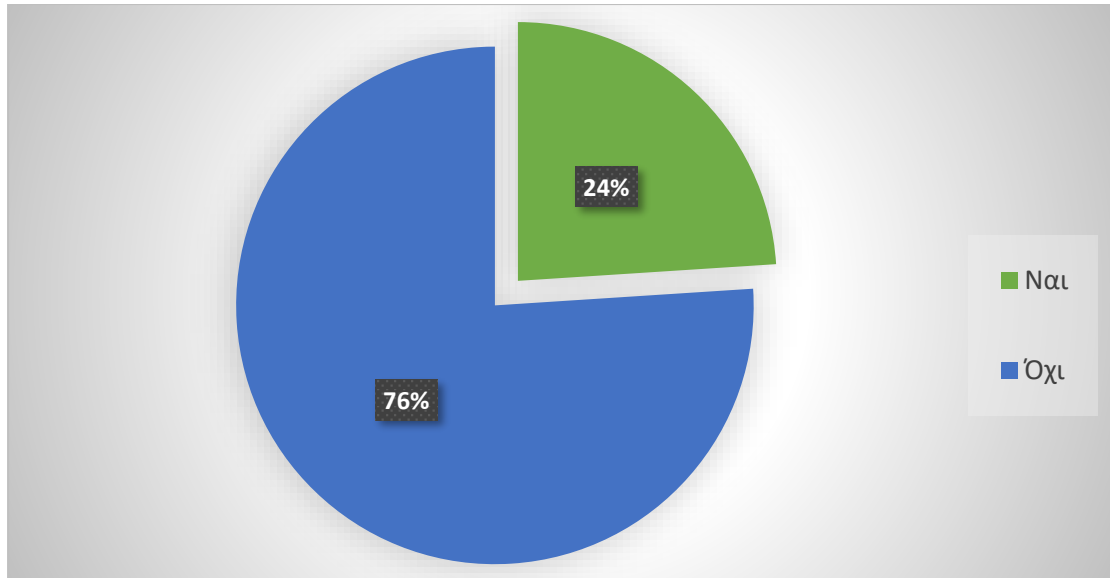
Διάγραμμα 4.32: Ποσοστά δυσκολίας κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού

Στην παρακάτω ερώτηση σχετικά με τις αιτίες δυσκολίας έναρξης του μητρικού θηλασμού απάντησαν 1016 μητέρες με ποσοστό δείγματος 65,2% όπου τους παρέχονταν η επιλογή να διαλέξουν παραπάνω από μία επιλογές. Το αποτέλεσμα από τις απαντήσεις τους βγάζουν πρώτη αιτία με ποσοστό 55% Τραυματισμός θηλών/Πόνος στις θηλές, το 44,8% επέλεξε Δυσκολία τοποθέτησης /Δυσκολία σύλληψης της θηλής, το 23,6% Μαστίτιδα/ Πέτρωμα στήθους/ Υπερφόρτωση μαστών, το 20,6% Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος, το 12,9% Εισέχουσες θηλές, το 12,5% Αντλήσεις/Χρήση θήλαστρου, το 11% Προβλήματα υγείας νεογνού/ Προωρότητα/ MENN και το 10,3% Άλλα προβλήματα όπως για παράδειγμα κοντός χαλινός, λήθαργος του μωρού λόγω ίκτερου, άγχος μητέρας, μυκητίαση. (Διάγραμμα 4.33)



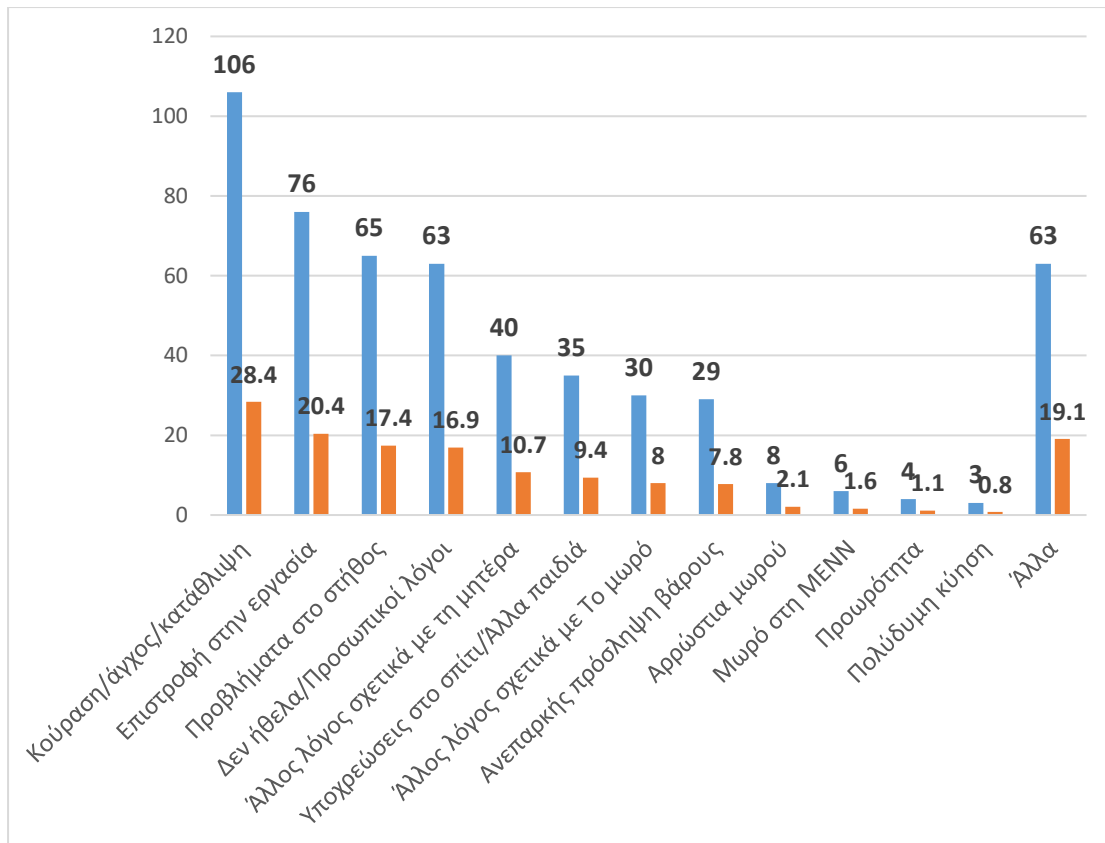
Διάγραμμα 4.33: Ποσοστά αιτιών δυσκολίας κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού

Όταν ρωτήθηκαν εάν έκαναν διακοπή του θηλασμού, από το σύνολο των μητέρων οι 1.183 (ποσοστό 76%) απάντησαν πως δεν έκαναν διακοπή θηλασμού, ενώ οι υπόλοιπες 373 (ποσοστό 24%) απάντησαν πως έκαναν διακοπή. (Διάγραμμα 4.34)



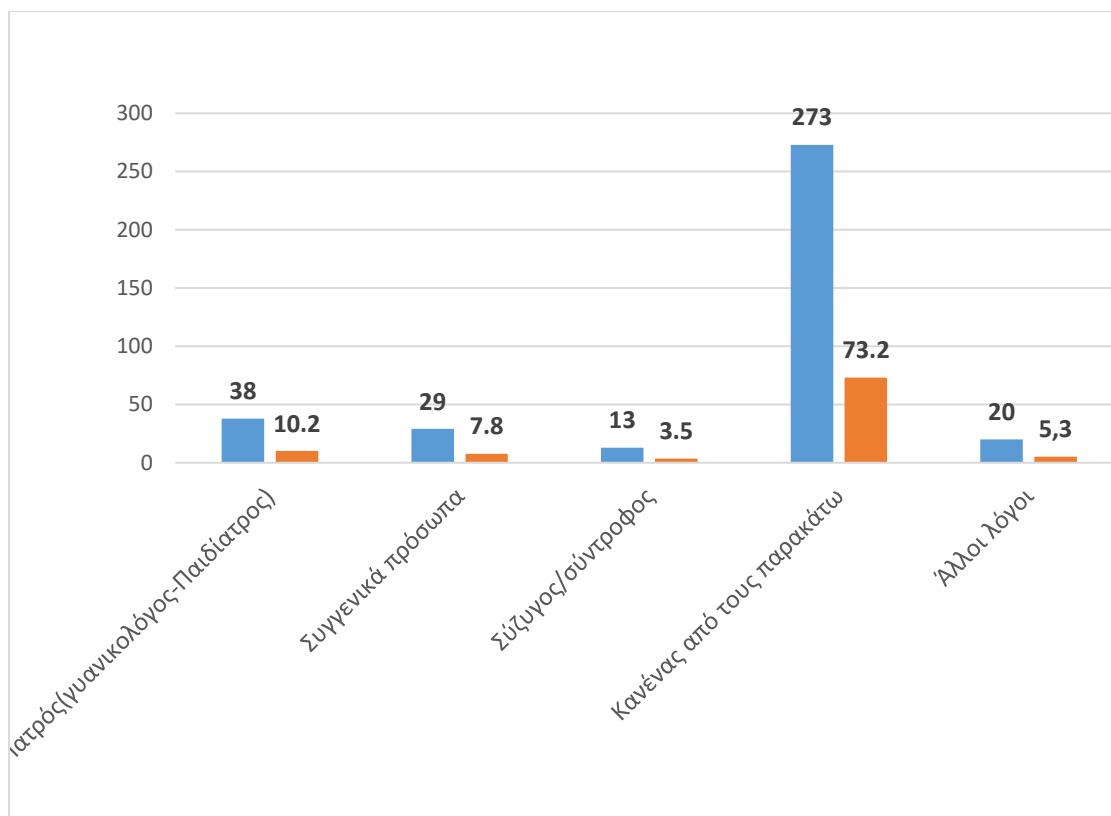
Διάγραμμα 4.34: Ποσοστά διακοπής θηλασμού

Σχετικά με το λόγο που διέκοψαν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ή τον μεικτό θηλασμό, απάντησαν 373 μητέρες καλύπτοντας ποσοστό του δείγματος 23,9%. Το 28,2% απάντησε λόγω κούρασης/άγχους/κατάθλιψης, το 20,4% λόγω επιστροφής στην εργασία, το, 19,1% σχολίασαν άλλους λόγους όπως για παράδειγμα λόγω πένθους, ότι δεν έμενε το μωρό στο στήθος, ότι υπήρχε νέα εγκυμοσύνη, σακχαρώδη διαβήτη της μητέρας. Εν συνεχεία το 17,4% λόγω προβλημάτων στον στήθος, το 16,9% δεν ήθελαν/προσωπικοί λόγοι, το 10,7% άλλος λόγος σχετικά με τη μητέρα, το 9,4% λόγω υποχρεώσεων στο σπίτι/ άλλα παιδιά, το 8% άλλος λόγος σχετικά με το μωρό, το 7,8% λόγω ανεπαρκής πρόσληψη βάρους, το 2,1% λόγω αρρώστια μωρού, το 1,6% λόγω μωρού στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, το 1,1% λόγω προωρότητας και το 0,8% λόγω πολύδημης κήσης. (Διάγραμμα 4.35)



Διάγραμμα 4.35: Λόγοι διακοπής αποκλειστικού ή μεικτού θηλασμού

Στην τελευταία ερώτηση αυτής της κατηγορίας, ζητήθηκε από τις μητέρες να δηλώσουν εάν τους προέτρεψε κάποιος/α να σταματήσουν τον μητρικό θηλασμό. Απάντησαν μονάχα όσες διέκοψαν τον μητρικό θηλασμό, καθώς ακόμα τους δινόταν η επιλογή να διαλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις ή ακόμα και να συμπληρώσουν. Επομένως, από τις 373 απαντήσεις που δόθηκαν, το 73,2% απάντησε κανένας από τους παραπάνω, το 10,2% του δείγματος απάντησε ο ιατρός, το 7,8% απάντησε συγγενικά πρόσωπα, το 3,5% απάντησε σύζυγος/σύντροφος, ενώ 5,3% έδωσε δικές του απαντήσεις όπως μαστολόγος, καρδιολόγος, ορθοπεδικός, σύμβουλος μητρικού θηλασμού ή ότι το αποφάσισαν οι ίδιες, κάποιος φίλος-η, λόγω πόνου και πληγών στις θηλές και ο εργοδότης. (Διάγραμμα 4.36)



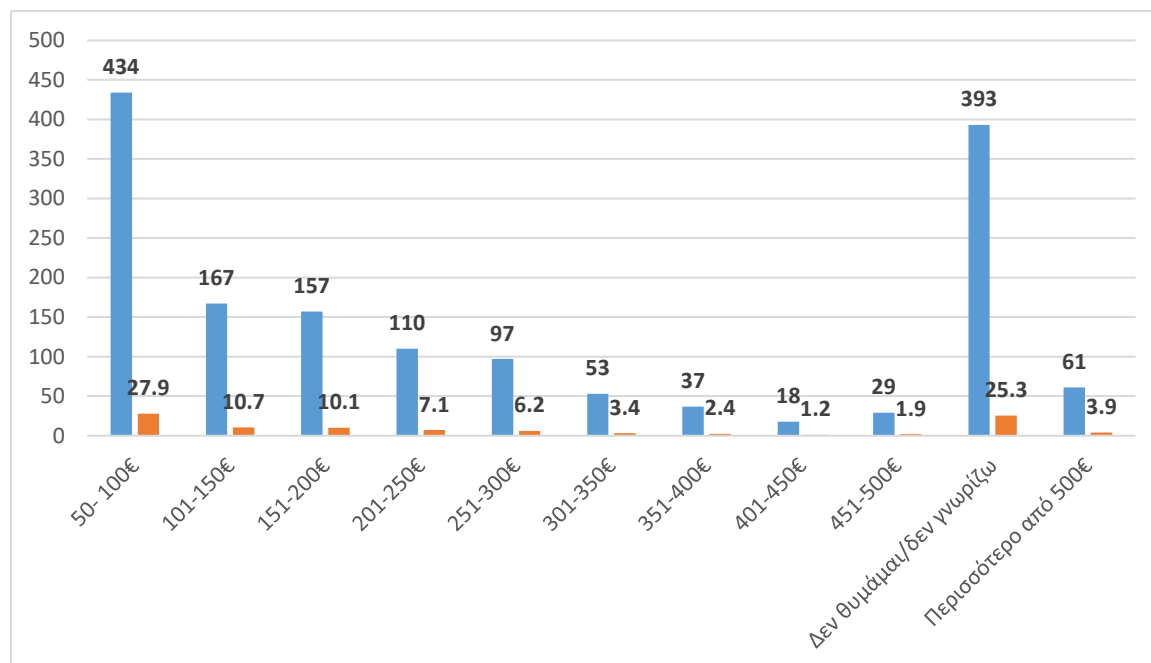
Διάγραμμα 4.36: Προτροπή διακοπής θηλασμού

Από αυτήν την ενότητα συμπεραίνουμε ότι οι δυσκολίες του θηλασμού έκαμψαν τη θέληση της μητέρας για το θηλασμό και οι περισσότερες μητέρες παρουσίασαν τραυματισμό των θηλών. Επομένως, η διακοπή του θηλασμού ήταν μονόδρομος και όχι μόνο εξαιτίας των τραυματισμών. Σημαντικός παράγοντας ήταν και η κούραση και η επιστροφή στην εργασία. Έτσι, οι σύγχρονες γυναίκες παρουσιάζονται μεν υπέρ του θηλασμού, αλλά δεν είναι έτοιμες να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που εμφανίζονται κατά τη διαδικασία του θηλασμού. Οι περισσότερες ερωτηθείσες παραδέχονται ότι κανένας δεν τους παρότρυνε να διακόψουν το θηλασμό. Επομένως, η απόφαση ήταν καθαρά προσωπική.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

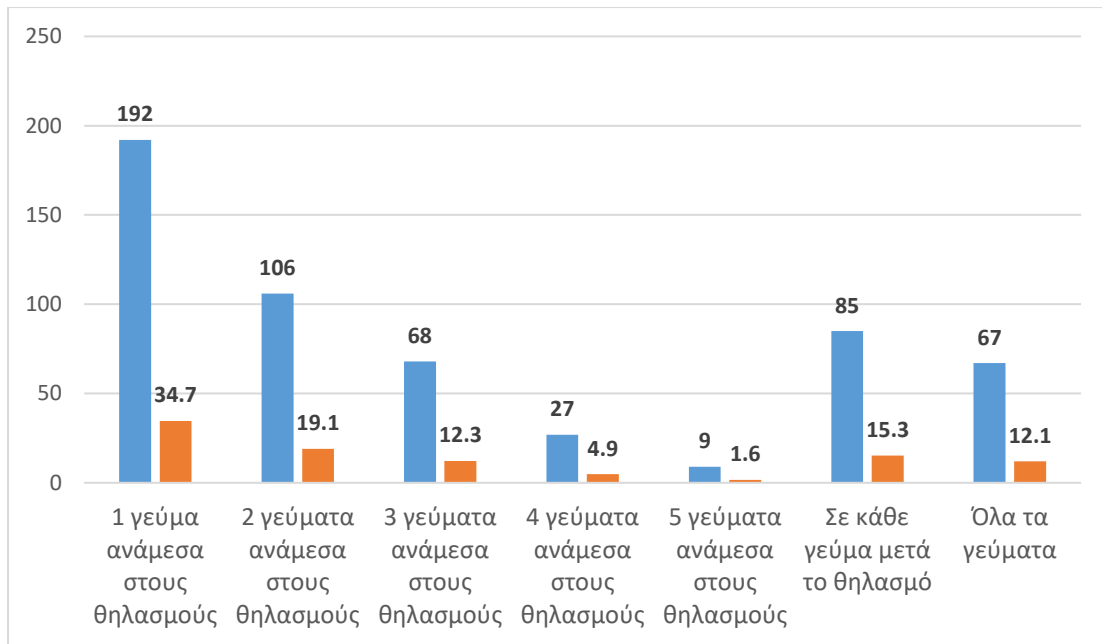
Στην παρακάτω ερώτηση που αφορά το συνολικό κόστος του εξοπλισμού, κατά φθίνουσα σειρά οι 434 το υπολόγισαν περίπου στα 50-100€ , οι 393 απάντησαν δεν θυμάμαι, οι 167 από 101 – 150 €, οι 157 από 151 – 200 €, οι 110 από 201 – 250 , οι 97 από 251 – 300 €, 61 μητέρες απάντησαν περισσότερο από 500 €, 53 από 301 –

350 €, 37 από 351 – 400 €, 29 από 451 – 500 € και τέλος 18 μητέρες από 401 – 450 €. (Διάγραμμα 4.37)



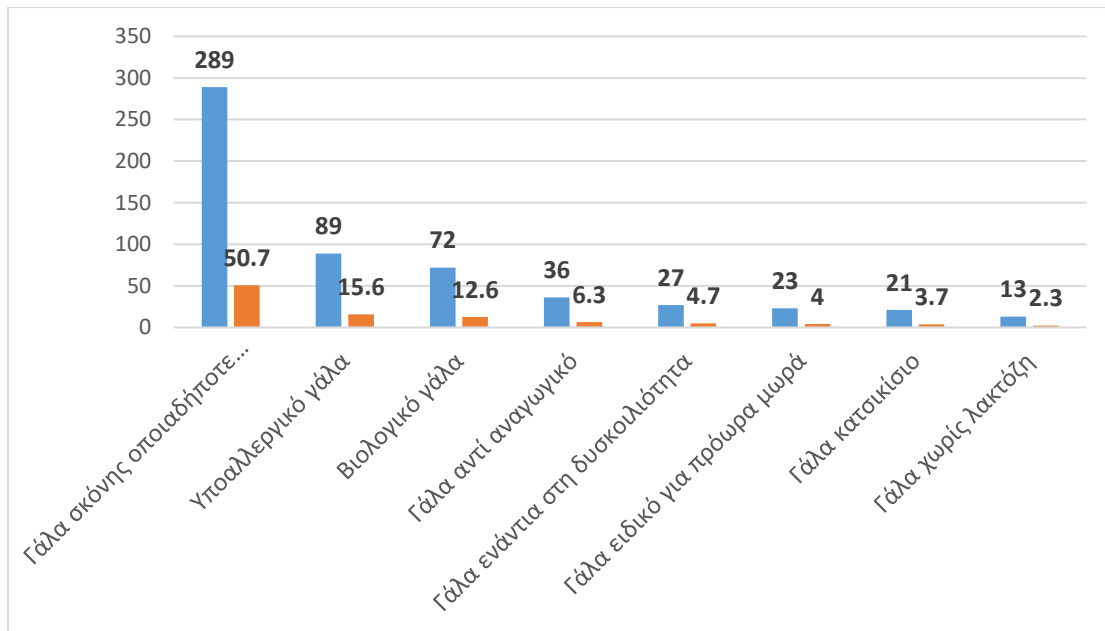
Διάγραμμα 4.37: Συνολικό κόστος εξοπλισμού

Σχετικά με τα ποσά γεύματος ξένου γάλακτος που έδιναν στο μωρό τους, απάντησαν μόνο όσες μητέρες έκαναν είτε μεικτό θηλασμό. Από τις 554 μητέρες που απάντησαν κατά φθίνουσα σειρά, 192 (ποσοστό 34,7%) απάντησαν 1 γεύμα ανάμεσα στους θηλασμούς, 106 (ποσοστό 19,1%) απάντησαν 2 γεύματα ανάμεσα στους θηλασμούς, 85 μητέρες (ποσοστό 15,3%) απάντησαν σε κάθε γεύμα μετά τον θηλασμό, 68 μητέρες (ποσοστό 12,3%) 3 γεύματα ανάμεσα στους θηλασμούς, 67 (ποσοστό 12,1%) όλα τα γεύματα, εν συνεχεία 27 μητέρες (ποσοστό 4,9%) απάντησαν 4 γεύματα ανάμεσα στους θηλασμούς, και τέλος οι υπόλοιπες 9 (ποσοστό 1,6%) απάντησαν 5 γεύματα ανάμεσα στους θηλασμούς. (Διάγραμμα 4.38)



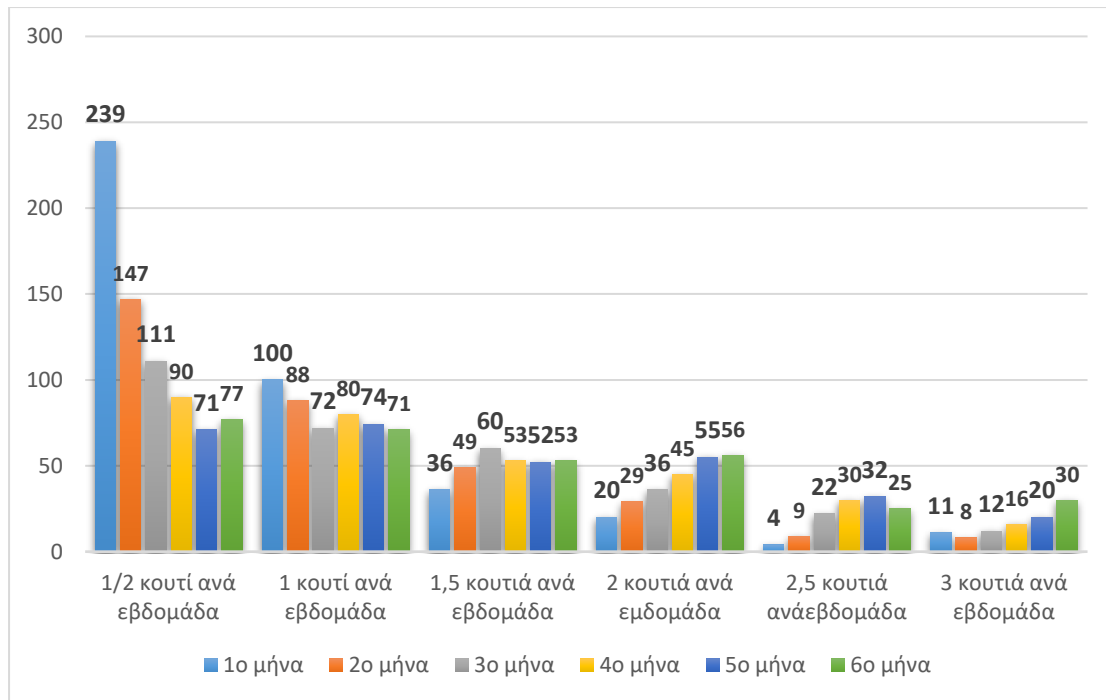
Διάγραμμα 4.38: Ποσότητα γευμάτων ξένου γάλακτος που έδιναν στο μωρό τους

Όσον αφορά το είδος του βρεφικού γάλακτος που έδιναν οι μητέρες στο μωρό τους μέχρι να γίνει 6 μηνών, απάντησαν μόνο όσες έκαναν είτε μεικτό θηλασμό είτε δε θήλασαν καθόλου. Από τις 570 απαντήσεις που δόθηκαν, 289 (ποσοστό 50,7%) απάντησε γάλα σκόνη οποιασδήποτε εταιρείας, 89 (ποσοστό 15,6%) υποαλλεργικό γάλα, 72 (ποσοστό 12,6%) βιολογικό γάλα και 36 μητέρες (ποσοστό 6,3%) γάλα αντί αναγωγικό. Επίσης 27 (ποσοστό 4,7%) επέλεξαν γάλα ενάντια στην δυσκοιλιότητα, 23 (ποσοστό 4%) γάλα ειδικό για πρόωρα μωρά, 21 (ποσοστό 3,7%) κατσικίσιο και τέλος, οι υπόλοιπες 13 (ποσοστό 2,3%) απάντησε γάλα χωρίς λακτόζη. (Διάγραμμα 4.39)



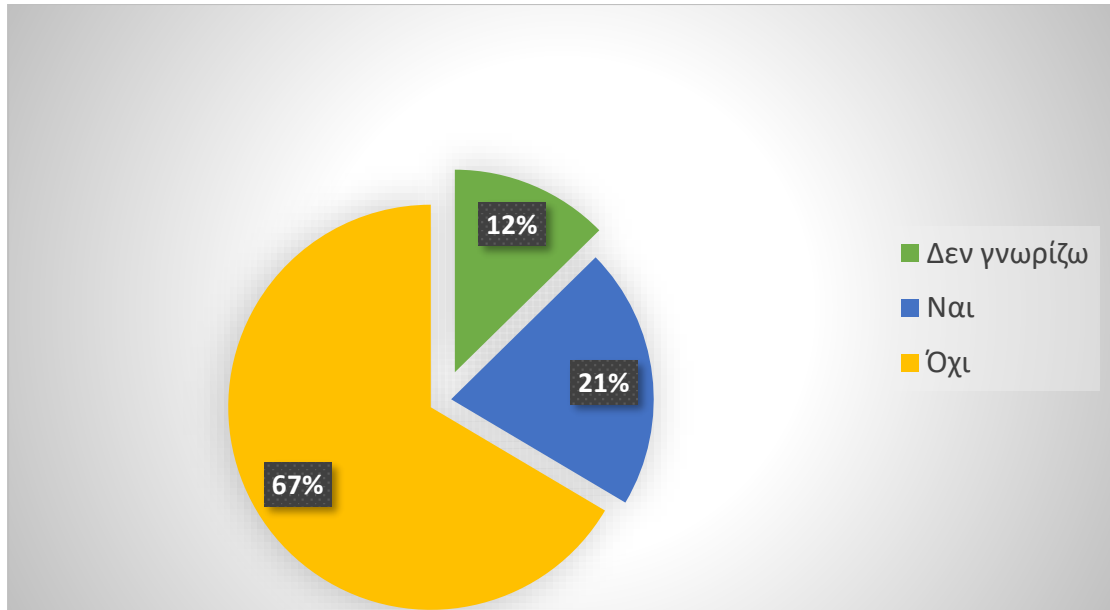
Διάγραμμα 4.39: Είδος βρεφικού γάλακτος πρώτης ηλικίας που έδιναν στο μωρό μέχρι να γίνει 6 μηνών

Όταν ρωτήθηκαν για την ποσότητα των κουτιών του βρεφικού γάλακτος που χρειάζοντουσαν περίπου την εβδομάδα ανά μήνα σίτισης, απάντησαν μόνο όσες δε θήλασαν καθόλου ή έκαναν μεικτό θηλασμό δίνοντας τα ξένο γάλα. Σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα, 239 μητέρες έδωσαν μισό κουτί ανά εβδομάδα σίτισης τον 1^ο μήνα, 147 το 2^ο μήνα, 111 τον 3^ο μήνα, 90 τον 4^ο μήνα, 71 τον 5^ο μήνα και 77 τον 6^ο μήνα. Έπειτα, 100 μητέρες έδωσαν 1 κουτί ανά εβδομάδα σίτισης ξένου γάλακτος τον 1^ο μήνα, 88 το 2^ο μήνα, 71 τον 3^ο μήνα, 80 τον 4^ο μήνα, 74 τον 5^ο μήνα και 71 τον 6^ο μήνα. Στην συνέχεια, 36 μητέρες έδωσαν ενάμιση κουτί ανά εβδομάδα σίτισης το 1^ο μήνα, 49 το 2^ο μήνα, 60 τον 3^ο μήνα, 53 τον 4^ο μήνα, 52 τον 5^ο μήνα και 53 τον 6^ο μήνα. Ακόμα, 2 κουτιά ξένου γάλακτος ανά εβδομάδα σίτισης έδωσαν 20 μητέρες τον 1^ο μήνα, 29 το 2^ο μήνα, 36 τον 3^ο μήνα, 45 τον 4^ο μήνα, 55 τον 6^ο μήνα και 56 τον 6^ο μήνα. Τέλος, 11 μητέρες σίτιζαν τα βρέφη τους 3 κουτιά ανά εβδομάδα τον 1^ο μήνα, 8 το 2^ο μήνα, 12 τον 3^ο μήνα, 16 τον 4^ο μήνα, 20 τον 5^ο μήνα και 30 τον 6^ο μήνα. Όσο μεγαλώνει το βρέφος είναι απολύτως φυσιολογικό να υπάρχει αύξηση των κουτιών και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αλλάζουν οι διατροφικές του ανάγκες. Τέλος, η ποσότητα της σκόνης εξαρτάται από το βάρος του βρέφους. (Διάγραμμα 4.40)



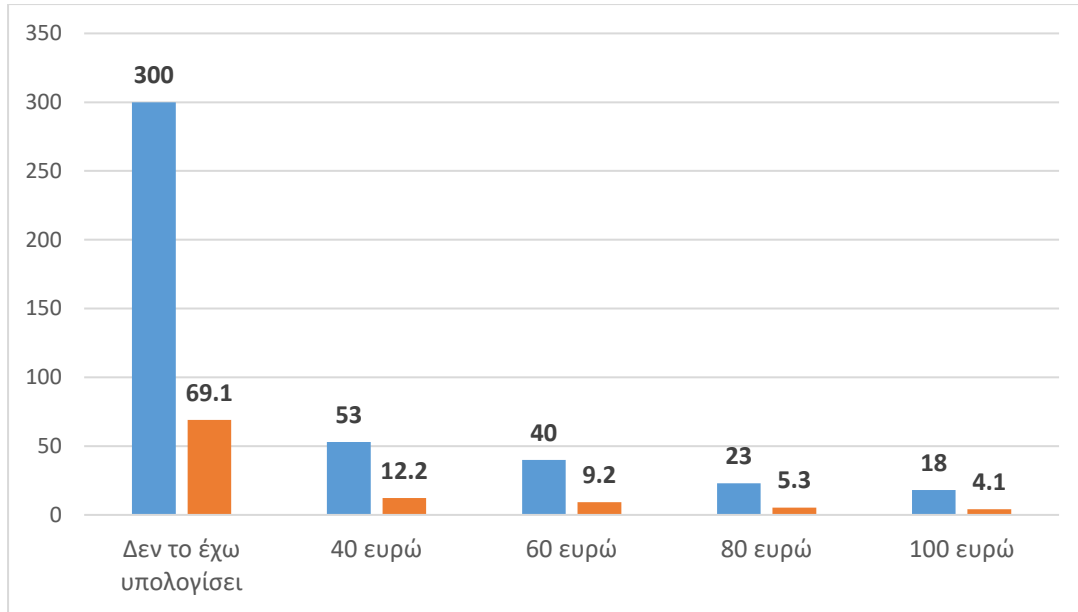
Διάγραμμα 4.40: Ποσότητα κουτιών βρεφικού γάλακτος που χρειαζόντουσαν περίπου την εβδομάδα ανά μήνα σίτισης

Στην ερώτηση σχετικά με το εάν οι μητέρες θεωρούν ότι αυξήθηκε το κόστος της διατροφής τους κατά την περίοδο του θηλασμού, συμμετείχαν μόνο όσες θήλασαν είτε με μεικτό είτε με αποκλειστικό θηλασμό. Στο σύνολο ήταν 1432 που η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 66,5% δηλαδή 952 μητέρες απάντησε αρνητικά, το 20,9% που αντιστοιχεί σε 299 μητέρες απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 12,6% δηλαδή 181 μητέρες απάντησε δεν γνωρίζω. (Διάγραμμα 4.41)



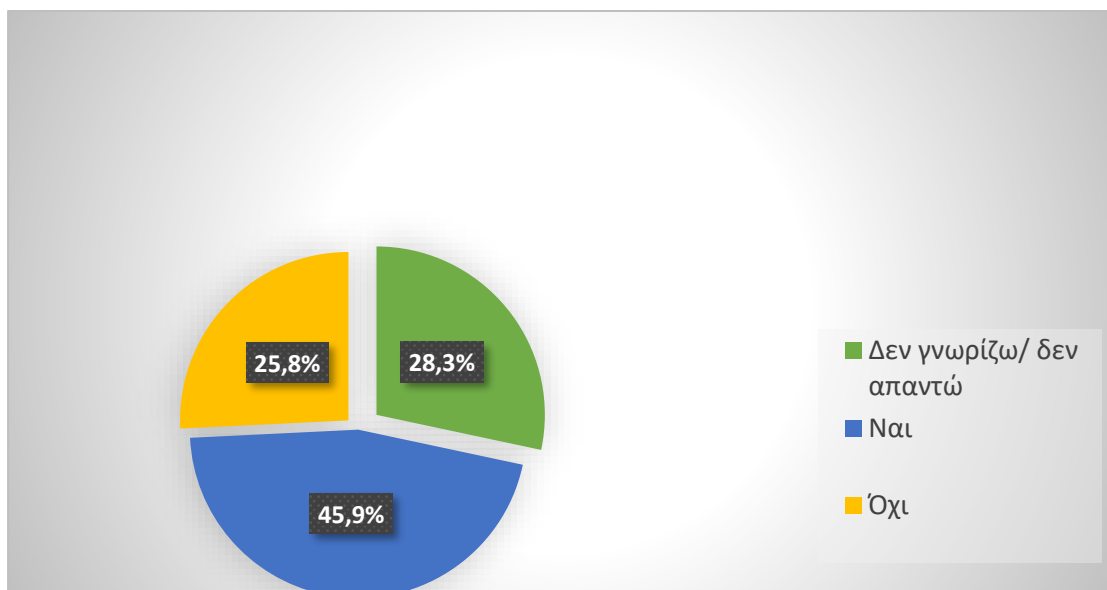
Διάγραμμα 4.41: Ποσοστά αύξησης του κόστους διατροφής των μητέρων κατά την περίοδο του θηλασμού

Όταν ρωτήθηκαν για το αν γνώριζαν πόσο περίπου αυξήθηκε το κόστος της διατροφής τους μηνιαίως, απάντησαν μόνο όσες θήλασαν είτε αποκλειστικά είτε έκαναν μεικτό οι οποίες ήταν 434. Από τις οποίες, οι 300 μητέρες με ποσοστό στο 69,1% απάντησαν δεν το έχω υπολογίσει, 53 μητέρες με ποσοστό 12,2% απάντησαν 40 ευρώ, 40 μητέρες που αντιστοιχεί σε 9,2% απάντησαν 60 ευρώ, 23 μανούλες επέλεξαν 100 ευρώ όπου αναλογεί σε 5,3 % και τέλος το 4,1% δηλαδή 18 μητέρες απάτησαν 80 ευρώ. (Διάγραμμα 4.41.1)



Διάγραμμα 4.41.1 Ποσοστά ποσού αύξησης του μηνιαίου κόστους της διατροφής των μητέρων

Στην παρακάτω ερώτηση που τους έγινε σχετικά με το εάν γνώριζαν ότι θα εξοικονομούσαν χρήματα από τον αποκλειστικό θηλασμό, αν θα προσπαθούσαν να θηλάσουν περισσότερο ή αν θα έκαναν αποκλειστικό θηλασμό, 714 μητέρες (45,9%) γυναίκες δήλωσαν θετικά, 441 γυναίκες (28,3%) απάντησαν δεν γνωρίζω και τέλος, οι υπόλοιπες 401(25,8%) απάντησαν αρνητικά. (Διάγραμμα 4.42)



Διάγραμμα 4.42: Ποσοστά προσπάθειας να κάνουν αποκλειστικό θηλασμό ή να

θηλάσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εάν γνώριζαν πόσα χρήματα θα εξοικονομούσαν

Σ' αυτό το σετ ερωτήσεων φαίνονται οι δαπάνες που έγιναν για τις ανάγκες του μωρού και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη διατροφή του. Οι περισσότερες μητέρες είχαν προετοιμαστεί εγκαίρως με τον εξοπλισμό του μωρού που σχετίζεται με τη σίτιση του η οποία όμως θα προέκυπτε από το θηλασμό και όχι από ξένο γάλα (ηλεκτρικό θήλαστρο, ασκοί μητρικού γάλακτος, κρέμες για το στήθος, επιθέματα, αποστειρωτής και μπιμπερό και βούρτσες καθαρισμού). Τα έξοδα που δαπανήθηκαν για την πλειοψηφία των γυναικών ανήλθαν στα 50-100 ευρώ. Η ποσότητα με επιπλέον γάλα που χρειάστηκε να δώσει η πλειοψηφία των μητέρων στο μωρό της εκτός από το μητρικό θηλασμό, ήταν 1 γεύμα ξένου γάλακτος ανάμεσα στους θηλασμούς και αυτό αφορούσε γάλα σε σκόνη οποιαδήποτε εταιρείας. Συνεπώς, οι μητέρες που στράφηκαν προς τον αποκλειστικό θηλασμό είχαν λιγότερα έξοδα και περιορίστηκαν μόνο στα απαραίτητα εφόδια για τη διατροφή του μωρού, με αποτέλεσμα η οικονομία του θηλασμού να προωθείται προς όφελος του οικογενειακού προϋπολογισμού.

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Κόστος μητρικού θηλασμού

5.1 Ανάλυση κόστους εξοπλισμού

Στην ερώτηση 27 του ερωτηματολογίου διατυπώσαμε τα απαραίτητα προϊόντα που χρειάστηκε να αγοράσουν ώστε οι μητέρες να είναι σε θέση να υποστηρίξουν τη σίτιση των μωρών τους. Απάντησαν μόνο οι μητέρες που θήλασαν είτε αποκλειστικά είτε με ξένο γάλα καθώς τους ζητήθηκε να επιλέξουν στο ερωτηματολόγιο τα προϊόντα και τις ποσότητες που αγόρασαν. Στον παρακάτω πίνακα (5.1.1) παρουσιάζονται οι συχνότητες των απαντήσεων ανά μονάδα ποσότητας για τα προϊόντα που επέλεξαν ακόμα και αν τελικά δεν τα χρησιμοποίησαν.

ΥΛΙΚΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ
--------------	------------------

	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Επαγγελματικό θήλαστρο	1303(83,7%)	208(13,4%)	8(0,5%)	10(0,6%)	27(1,7%)
Ηλεκτρικό θήλαστρο	734(47,2%)	780(50,1%)	9(0,6%)	12(0,8%)	21(1,3%)
Χειροκίνητο θήλαστρο	1363(87,6%)	174(11,2%)	10(0,6%)	4(0,3%)	5(0,3%)
Φιάλες μητρικού γάλακτος	1197(76,9%)	159(10,2%)	55(3,5%)	46(3%)	99(6,4%)
Ασκοί φύλαξης μητρικού γάλακτος	833(53,5%)	326(21%)	75(4,8%)	28(1,8%)	294(18,9%)
Ειδική συσκευή σίτισης	1484(95,4%)	44(2,8%)	11(0,7%)	6(0,4%)	11(0,7%)
Ποτηράκι σίτισης νεογνών	1464(94,1%)	61(3,9%)	15(1%)	8(0,5%)	8(0,5%)
Κρέμα για το στήθος	442(28,4%)	868(55,8%)	132(8,5%)	52(3,3%)	62(4%)
Επιθέματα υγρής γέλης	1389(89,3%)	120(7,7%)	19(1,2%)	12(0,8%)	16(1%)
Επιθέματα θηλασμού μιας χρήσης	482(31%)	478(30,7%)	116(7,5%)	62(4%)	418(26,%)
Διαμορφωτές θηλών	1423(91,5%)	97(6,2%)	18(1,2%)	6(0,4%)	12(0,8%)
Προστατευτικά θηλών	1303(83,7%)	194(12,5%)	32(2,1%)	9(0,6%)	18(1,2%)
Κελύφη συλλογής μητρικού γάλακτος	1308(84,1%)	182(11,7%)	32(2,1%)	8(0,5%)	26(1,7%)
Ψευδοθήλες	1153(74,1%)	287(18,4%)	70(4,5%)	16(1%)	30(1,9%)
Στηθόδεσμο θηλασμού	270(17,4%)	408(26,2%)	311(20%)	255(16,4%)	312(20,1%)
Ισοθερμικό τσαντάκι μεταφοράς	1210(77,8%)	293(18,8%)	26(1,7%)	13(0,8%)	14(0,9%)

Αποστειρωτής για μπιμπερό	666(42,8%)	800(51,4%)	32(2,1%)	19(1,2%)	39(2,5%)
Μπιμπερό	441(28,3%)	480(30,8%)	225(14,5%)	125(8%)	285(18,3%)
Βούρτσα καθαρισμού για μπιμπερό	565(36,3%)	790(50,8%)	108(6,9%)	40(2,6%)	53(3,4%)
Θηλές σιλικόνης για μπιμπερό	77(24,6%)	71(22,7%)	53(16,9%)	56(17,9%)	25(8%)
Πιπίλες	628(40,4%)	415(26,7%)	202(13%)	85(5,5%)	226(14,5%)
Δοχείο φύλαξης των θηλών μετά την αποστείρωση	877(56,3%)	568(36,5%)	64(4,1%)	20(1,3%)	27(1,7%)
Θερμό-δοχεία διατήρησης του νερού	1074(69%)	381(24,5%)	56(3,6%)	15(1%)	30(1,9%)
Τσάντα μεταφοράς για μπουκάλια	1265(81,3%)	233(15%)	21(1,3%)	20(1,3%)	17(1,1%)

Πίνακας 5.1.1: Συχνότητα απαντήσεων ανά ποσότητα προϊόντων

Ο παρακάτω πίνακας (5.1.2) αφορά της τιμές του εξοπλισμού, ο οποίος δημιουργήθηκε με βάση τις ελάχιστες τιμές που υπάρχουν στην αγορά έπειτα από αναζήτηση τους σε φυσικά καταστήματα όπως φαρμακεία, είδη βρεφών αλλά και μέσω διαδικτύου. Προκύπτει ότι τα επαγγελματικά θήλαστρα (67,47 ευρώ/ μήνα) προς ενοικίασή τους είναι τα ακριβότερα και για το λόγο αυτό οι μητέρες δεν τα προτιμούν, ενώ το αμέσως ακριβότερο προϊόν είναι το ηλεκτρικό θήλαστρα (31,00 ευρώ) . Τα υπόλοιπα προϊόντα είναι πιο προσιτά και έτσι οι καταναλωτές μπορούν να τα αποκτήσουν ευκολότερα, ώστε η σίτιση του μωρού να είναι πλήρης. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι σε ορισμένα προϊόντα η ελάχιστη τιμή που βρέθηκε αναφέρεται σε πακέτα με δύο ή περισσότερα τεμάχια ,όπως τα επιθέματα υγρής γέλης, τα προστατευτικά θηλών, οι χευδοθηλές τα επιθέματα θηλασμού, τα κελύφη συλλογής μητρικού γάλακτος και οι ασκοί φύλαξης του μητρικού γάλακτος.

Επαγγελματικό θήλαστρο	67,47
Ηλεκτρικό θήλαστρο	31,00
Χειροκίνητο θήλαστρο	9,99
Φιάλες μητρικού θήλαστρου/αντλία μίας ημέρας	8,53
Ασκοί φύλαξης μητρικού γάλακτος	7,00
Ειδική συσκευή σίτισης	24,63
Ποτηράκι σίτισης νεογνών	1,10
Κρέμα για το στήθος	9,74
Επιθέματα υγρής γέλης	13,52
Επιθέματα θηλασμού μίας χρήσης	2,70
Διαμορφωτές θηλών	6,74
Προστατευτικά θηλών	4,90
Κελύφη συλλογής μητρικού γάλακτος	15,10
Ψευδοθηλές	3,90
Στηθόδεσμο θηλασμού	9,90
Ισοθερμικό τσαντάκι μεταφοράς	7,88
Αποστειρωτής για μπιμπερό	16,45
Μπιμπερό	2,85
Βούρτσα καθαρισμού για μπιμπερό	2,47
Θηλές σιλικόνης για μπιμπερό	1,50
Πιπίλες	1,19
Δοχείο φύλαξης των θηλών μετά την αποστείρωση	1,50
Θερμό δοχείο διατήρησης του νερού	6,23
Τσάντα μεταφοράς για μπουκάλια	5,90

Πίνακας 5.1.2: Τιμές προϊόντων εξοπλισμού (σε ευρώ)

Έπειτα, στον παρακάτω πίνακα (5.1.3) υπολογίστηκε το κόστος εξοπλισμού για κάθε ποσότητα ανά προϊόν ξεχωριστά, ως το γινόμενο της τιμής τεμαχίου και της ποσότητας εξοπλισμού. Όσον αφορά το επαγγελματικό θήλαστρο, οι απαντήσεις σχετιζόντουσαν με την ενοικίασή του. Μετά από αναζήτηση η πιο οικονομική προσφορά για την ενοικίασή του ήταν, 50 ευρώ/ μήνα συν 25 ευρώ για τα απαραίτητα εξαρτήματα (2 χοάνες, 2 μπουκάλια, τα συνδετικά, τις βαλβίδες, τις μεμβράνες, τα cups και τα σωληνάκια για ταυτόχρονη άντληση) τα οποία είναι απαραίτητα για τη λειτουργία της συσκευής, επομένως 75 ευρώ σύνολο. Τις επόμενες φορές για την ενοικίαση του θα χρειαζότανε να πληρώσουν μόνο το θήλαστρο, δηλαδή 50 ευρώ/ μήνα, αφού τα εξαρτήματα τα είχαν αγοράσει από την πρώτη τους ενοικίαση και είναι πολλαπλών χρήσεων.

ΥΛΙΚΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ			
	1	2	3	4 ή περισσότερα
Επαγγελματικό θήλαστρο	15600	1000	1750	6075
Ηλεκτρικό θήλαστρο	24180	558	1116	2616
Χειροκίνητο θήλαστρο	1738,26	199,8	119,88	199,8
Φιάλες μητρικού γάλακτος	1356,27	938,3	1177,14	3377,88
Ασκοί φύλαξης μητρικού γάλακτος	2282	1050	588	8232
Ειδική συσκευή σίτισης	1083,72	541,86	443,34	1083,72

Ποτηράκι σίτισης νεογνών	67,1	33	26,4	35,2
Κρέμα για το στήθος	8454,32	2571,36	1519,44	2415,52
Επιθέματα υγρής γέλης	1622,4	513,76	486,72	865,28
Επιθέματα θηλασμού μιας χρήσης	1290,6	626,4	502,2	4514,4
Διαμορφωτές θηλών	653,78	242,64	121,32	323,52
Προστατευτικά θηλών	950,6	313,6	132,3	352,8
Κελύφη συλλογής μητρικού γάλακτος	2748,2	966,4	362,4	1570,4
Ψευδοθήλες	1119,3	546	187,2	468
Στηθόδεσμο θηλασμού	4039,2	6157,8	7573,5	12355,2
Ισοθερμικό τσαντάκι μεταφοράς	2308,84	409,76	307,32	441,28
Αποστειρωτής για μπιμπερό	13.160	1052,8	937,65	2566,2
Μπιμπερό	1.368	1282,5	1068,75	3249,12
Βούρτσα καθαρισμού για μπιμπερό	1951,3	533,52	296,4	523,64
Θηλές σιλικόνης για μπιμπερό	106,5	159	252	150
Πιπίλες	493,85	480,76	303,45	1075,76
Δοχείο φύλαξης των θηλών μετά την αποστείρωση	852	192	90	162
Θερμό-δοχεία διατήρησης του νερού	2373,63	697,76	280,35	747,6
Τσάντα μεταφοράς για μπουκάλια	1374,7	247,8	354	401,2

Πίνακας 5.1.3: Κόστος εξοπλισμού ανά προϊόν

Εν συνεχεία, με βάση το πλήθος των απαντήσεων ανά ποσότητα προϊόντων (πίνακας 5.1.1) και το κόστος του εξοπλισμού (πίνακας 5.1.2), υπολογίστηκε το συνολικό κόστος το οποίο διαιρέθηκε με το σύνολο των μητέρων για κάθε προϊόν ξεχωριστά και έτσι προκύπτει το μέσο κόστος του εξοπλισμού που αναλογεί σε **372,22** ευρώ ανά μητέρα.

ΠΡΟΙΟΝΤΑ	ΜΗΤΕΡΕΣ	ΤΙΜΗ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ	ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ
Επαγγελματικό θήλαστρο	253	67,47	362	24425	96,54
Ηλεκτρικό θήλαστρο	822	31,00	918	28458	34,63
Χειροκίνητο θήλαστρο	193	9,99	226	2257,74	11,69
Φιάλες μητρικού γάλακτος	359	8,53	809	6849,59	19,07
Ασκοί φύλαξης μητρικού γάλακτος	723	7,00	1736	12.152	16,80
Ειδική συσκευή σίτισης	72	24,63	128	3152,64	43,78
Ποτηράκι σίτισης νεογνών	92	1,10	147	161,7	1,75
Κρέμα για το στήθος	1114	9,74	1436	14.960,64	13,42
Επιθέματα υγρής γέλης	167	13,52	258	3488,16	20,88
Επιθέματα θηλασμού μιας χρήσης	1074	2,70	2568	6933,6	6,45
Διαμορφωτές θηλών	133	6,74	199	1341,26	10,08
Προστατευτικά θηλών	253	4,90	357	1749,3	6,91

Κελύφη συλλογής μητρικού γάλακτος	248	15,10	374	5647,4	22,77
Ψευδοθήλες	403	3,90	595	1820,5	4,51
Στηθόδεσμο θηλασμού	1286	9,90	3043	30.125,7	23,42
Ισοθερμικό τσαντάκι μεταφοράς	346	7,88	440	3467,2	10,02
Αποστειρωτής για μπιμπερό	890	16,45	1077	17.716,65	19,90
Μπιμπερό	1115	2,85	2445	6968,37	6,24
Βούρτσα καθαρισμού για μπιμπερό	991	2,47	1338	3304,86	3,33
Θηλές σιλικόνης για μπιμπερό	205	1,50	445	667,5	3,25
Πιπίλες	928	1,19	1978	2353,82	2,53
Δοχείο φύλαξης των θηλών μετά την αποστείρωση	679	1,50	864	1296	1,90
Θερμό-δοχεία διατήρησης του νερού	403	6,23	658	4099,34	10,17
Τσάντα μεταφοράς για μπουκάλια	291	5,90	403	2377,7	8,17
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ					372,22

Πίνακας 5.1.4: Κόστος εξοπλισμού (σε ευρώ)

5.2 Ανάλυση κόστους σίτισης νεογνών-βρεφών

Στους παρακάτω πίνακες 5.2.1 και 5.2.2 όσο αφορά το κόστος σίτισης γάλακτος των νεογνών/βρεφών μέχρι την ηλικία των έξι μηνών απάντησαν συνολικά 454 μητέρες, Συγκεκριμένα για τον πρώτο μήνα 410 μητέρες, το δεύτερο μήνα 330, τον τρίτο μήνα 313, τον τέταρτο μήνα 233, τον πέμπτο μήνα 304 και τέλος τον έκτο μήνα απάντησαν 312. Αναλυτικότερα, ½ κουτί ανά εβδομάδα σίτισης τον 1ο μήνα έδιναν 239 μανούλες, τον 2^ο μήνα 147, τον 3^ο μήνα 111, τον 4^ο μήνα 90, τον 5^ο μήνα 71 και τον 6^ο μήνα 77. 1 κουτί ανά εβδομάδα σίτισης τον 1^ο μήνα έδιναν 100 μητέρες, το 2^ο μήνα 88, τον 3^ο μήνα 72, τον 4^ο μήνα 80, τον 5^ο μήνα 74 και τον 6^ο μήνα 71. Έπειτα, 1,5 κουτιά ανά εβδομάδα σίτισης έδιναν τον 1^ο μήνα 36 μητέρες, το 2^ο μήνα 49, τον 3^ο μήνα 60, τον 4^ο μήνα 53, τον 5^ο μήνα 52 και τον 6^ο μήνα 53. 2 κουτιά ανά εβδομάδα σίτισης έδιναν τον 1^ο μήνα 20 μανούλες, το 2^ο μήνα 29, τον 3^ο μήνα 36, τον 4^ο μήνα 45, τον 5^ο μήνα 55 και τον 6^ο μήνα 56. Εν συνεχεία 2,5 κουτιά ανά εβδομάδα σίτισης έδιναν τον 1^ο μήνα 4 μητέρες, το 2^ο μήνα 9, τον 3^ο μήνα 22, τον 4^ο μήνα 30, τον 5^ο μήνα 32 και τον 6^ο μήνα 25. Τέλος, 3 κουτιά ανά εβδομάδα σίτισης έδιναν τον 1^ο μήνα 11 μητέρες, το 2^ο μήνα 8, τον 3^ο μήνα 12, τον 4^ο μήνα 16, τον 5^ο μήνα 20 και τον 6^ο μήνα 30.

Υπολογίστηκε για τον κάθε μήνα ξεχωριστά πόσα κουτιά χρειάστηκαν και στη συνέχεια αθροίστηκαν. Για παράδειγμα τον 1^ο μήνα ½ κουτί ανά εβδομάδα σίτισης έδωσαν 239 μητέρες, δηλαδή το μήνα έδωσαν 2 κουτιά, επομένως $239 \times 2 = 478$ σύνολο κουτιών. Έπειτα το σύνολο των κουτιών πολλαπλασιάστηκε με την ελάχιστη, τη μέγιστη και τη μέση τιμή για το κάθε γάλα ξεχωριστά. Σχετικά με τις τιμές του γάλακτος μετά από αναζήτησή τους μέσω του διαδικτύου, βρέθηκαν για το βιολογικό γάλα ανά 400 gr η ελάχιστη τιμή ήταν 8,33 ευρώ, η μέγιστη 14,39 ευρώ και η μέση τιμή 15,52, ενώ για το γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας η ελάχιστη τιμή ήταν 8,28/ 400 gr, η μέγιστη 15,20 ευρώ και η μέση τιμή 11,74 ευρώ ανά 400 gr. Τέλος, το άθροισμα των μέσων τιμών διαιρέθηκε με το σύνολο των μητέρων που απάντησαν στην ερώτηση για το πόσα κουτιά βρεφικού γάλακτος χρειαζόντουσαν να δίνουν στο μωρό τους την εβδομάδα ένα μήνα σίτισης. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν αφορά όσες θήλασαν είτε μόνο με ξένο γάλα είτε μικτά, το οποίο είναι **242,55** ευρώ ανά μητέρα που επέλεξε να δώσει στο παιδί της γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας, ενώ για όσες επέλεξαν να το σιτίσουν με βιολογικό υπολογίστηκε **234,70** ευρώ ανά μητέρα για το πρώτο εξάμηνο της ζωής τους.

ΚΟΥΤΙΑ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1 ^ο μήνα	2 ^ο μήνα	3 ^ο μήνα	4 ^ο μήνα	5 ^ο μήνα	6 ^ο μήνα	Σύνολο κουτιών	Μέγιστη τιμή γάλακτος	Ελάχιστη τιμή γάλακτος	Μέση τιμή /μητέρα
½ κουτί ανά εβδομάδα	478	294	222	180	142	154	1.470	22.344	12.171	17.257
1 κουτί ανά εβδομάδα	400	352	288	160	296	284	1.780	27.056	14.738	20.897
1,5 κουτιά ανά εβδομάδα	216	294	360	318	312	318	1.818	27.633	15.053	21.343
2 κουτιά ανά εβδομάδα	160	232	288	360	440	448	1.928	29.305	15.963	22.634
2,5 κουτιά ανά εβδομάδα	40	90	220	300	320	250	1.220	18.544	10.101	14.322
3 κουτιά ανά εβδομάδα	132	96	144	192	240	360	1.164	17.692	9.637	13.665
Σύνολο	1.426	1.358	1.522	1.510	1.750	1.814	9.380	142.574	77.663	242,55

Πίνακας 5.2.1: Κόστος σίτισης γάλακτος πρώτης βρεφικής ηλικίας

ΚΟΥΤΙΑ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1 ^ο μήνα	2 ^ο μήνα	3 ^ο μήνα	4 ^ο μήνα	5 ^ο μήνα	6 ^ο μήνα	Σύνολο κουτιών	Μέγιστη τιμή γάλακτος	Ελάχιστη τιμή γάλακτος	Μέση τιμή /μητέρα
½ κουτί ανά εβδομάδα	478	294	222	180	142	154	1.470	21.153	12.245	16.699
1 κουτί ανά εβδομάδα	400	352	288	160	296	284	1.780	25.614	14.827	20.220
1,5 κουτιά ανά εβδομάδα	216	294	360	318	312	318	1.818	26.161	15.143	20.652
2 κουτιά ανά εβδομάδα	160	232	288	360	440	448	1.928	27.743	16.060	21.902
2,5 κουτιά ανά εβδομάδα	40	90	220	300	320	250	1.220	17.555	10.162	13.859
3 κουτιά ανά εβδομάδα	132	96	144	192	240	360	1.164	16.749	9.696	13.223
Σύνολο	1.426	1.358	1.522	1.510	1.750	1.814	9.380	134.975	78.130	234,70

Πίνακας 5.2.2: Κόστος σίτισης βιολογικού γάλακτος

5.3 Ανάλυση κόστους διατροφής της μητέρας

Όσο αφορά το κόστος διατροφής των μητέρων κατά την περίοδο του θηλασμού απάντησαν μόνο όσες θήλασαν είτε αποκλειστικά είτε μεικτά οι οποίες ήταν 434 μητέρες εκ των οποίων οι 300 επέλεξαν πως δεν το έχουν υπολογίσει. Οι υπόλοιπες 134 που απάντησαν υπολόγισαν πως η διατροφή τους την περίοδο του θηλασμού τους αυξήθηκε ανά μήνα κατά 40 ευρώ οι 53 μητέρες, οι 40 κατά 60 ευρώ, οι 18 κατά 80 ευρώ και τέλος 23 κατά 100 ευρώ. Υπολογίστηκε ότι το μέσο κόστος αύξησης της διατροφής τους την περίοδο του θηλασμού είναι **61,64** ευρώ/ μήνα.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ * ΕΥΡΩ
40 ευρώ	53	2120
60 ευρώ	40	2400
80 ευρώ	18	1440
100 ευρώ	23	2300
ΣΥΝΟΛΟ	134	8260
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ/ΑΝΑ ΜΗΤΕΡΑ		61,64

Πίνακας 5.3.1: Ανάλυση κόστους διατροφής της μητέρας

6° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Συζήτηση και Συμπεράσματα

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι να προσεγγιστεί οικονομικά ο μητρικός θηλασμός, να διερευνηθούν οι ωφέλειες που προκύπτουν από αυτόν αλλά και λόγοι διακοπής του. Να μελετηθεί η πρακτική του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας και κυρίως να αποτιμηθεί η οικονομική πλευρά του θηλασμού, ενώ παράλληλα τονίζονται και οι στρατηγικές που υλοποιούνται για την ενημέρωση των γυναικών και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Ακόμη, να διερευνηθεί αν ο θηλασμός προσφέρει οικονομικά οφέλη εκτός από κοινωνικά και να καταγραφούν τα σχετικά κόστη του (κόστος εξοπλισμού, κόστος σίτισης των βρεφών και των μητέρων). Επιμέρους στόχοι αυτής της εργασίας είναι: η εξακρίβωση του μαιευτικού ιστορικού της μητέρας, η ανίχνευση των πρακτικών που ακολουθούν τα μαιευτήρια για τη βοήθεια της μητέρας με το θηλασμό, η προβολή των δεικτών του θηλασμού, η περιγραφή των δυσκολιών κατά την έναρξη του θηλασμού και η προβολή των αιτιών

διακοπής του θηλασμού. Στη μελέτη απαντήθηκαν συνολικά 33 ερωτήσεις που αφορούν τις ακόλουθες ενότητες: Δημογραφικά χαρακτηριστικά, Πληροφορίες για το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας, Πληροφορίες για τις πρακτικές των μαιευτηρίων για το θηλασμό, Δείκτες μητρικού θηλασμού, Δυσκολίες κατά την έναρξη του θηλασμού- αιτίες διακοπής του θηλασμού, Οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού.

Σύμφωνα με την έρευνα μας που διερευνήθηκε συμπεραίνουμε πως οι γυναίκες εάν γνώριζαν ότι θα εξοικονομούσαν χρήματα από τον αποκλειστικό θηλασμό, θα συνέβαλαν μεγαλύτερη προσπάθεια να τον επιτύχουν αλλά και να κάνουν περισσότερο χρονικό διάστημα σε ποσοστό 45,9%. Σημαντικό εύρημα ήταν ότι οι γυναίκες σε ποσοστό 69% (1073 μητέρες) ασχέτως ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου ήταν πάρα πολύ ενημερωμένες για τα οφέλη του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία του δείγματος είχαν εκπαιδευτικό επίπεδο ΑΤΕΙ-ΑΕΙ (753 μητέρες) πράγμα που δείχνει ότι το μορφωτικό επίπεδο δε σχετίζεται με την ενημέρωσή τους σχετικά με τον μητρικό θηλασμό, διότι το διαδίκτυο ήταν η βασική πηγή πληροφόρησής τους με ποσοστό 68,5% (1066 μητέρες).

Ειδικότερα για τον εξοπλισμό, βλέπουμε ότι ενώ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους έχουν πρόθεση να κάνουν αποκλειστικό θηλασμό με ποσοστό 93,5% (1455 μητέρες) οι γυναίκες ανεξάρτητα με το αν θηλάσουν ή όχι εφοδιάζονται με τον ίδιο εξοπλισμό. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει γιατί είτε πληροφορούνται λανθασμένα είτε από ανασφάλεια για μια ξαφνική διακοπή θηλασμού.

Επίσης, η τοποθέτηση του βρέφους στο στήθος από την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό (81%) έχει πιθανή ερμηνεία με το γεγονός ότι θηλάσαν από την πρώτη ώρα 1380 μητέρες (ποσοστό 88,7%). Επιπλέον, η πρακτική της συν διαμονής μητέρας – νεογνού ίσως ενίσχυσε την προαγωγή του μητρικού θηλασμού (ποσοστό 66 %), με 1512 μητέρες (ποσοστό 97,2%) να έκαναν αποκλειστικό θηλασμό.

Από τα αποτελέσματα μας διαπιστώθηκε ότι ενώ το 65% είχαν δυσκολίες κατά το θηλασμό, μόλις το 1/3 τελικά τον διέκοψε και αυτό φαίνεται στο ότι το 93,5 % είχε μεγάλη πρόθεση και επιθυμία να κάνει αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Τα αίτια διακοπής αναφέρονται κυρίως λόγω τραυματισμού θηλών/πόνου στις θηλές, κούρασης/άγχους/κατάθλιψης και επιστροφής στην εργασία, ενώ η πλειοψηφία αναφέρει πως ήταν δική τους η απόφαση χωρίς να τους προτρέψει κάποιος.

Χαρακτηριστικό είναι ότι από τις γυναίκες που ρωτήθηκαν αν φεύγοντας από το μαιευτήριο/ κλινική τους δόθηκε σημείωμα/ συνταγή με υποκατάστατο γάλα, σε

ποσοστό 42% δήλωσαν πως τους δόθηκε. Παράγοντας που εμποδίζει την εδραίωση και τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού με αποτέλεσμα να μειώνονται τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στη χώρα μας.

Τέλος, στη μελέτη μας εξετάσαμε το οικονομικό κόστος και βρήκαμε το μέσο κόστος εξοπλισμού που αναλογεί για κάθε μητέρα το οποίο είναι **372,22** ευρώ. Παράλληλα υπολογίσαμε το κόστος γάλακτος για το πρώτο εξάμηνο όσων μητέρων δεν σίτισαν τα βρέφη τους με αποκλειστικό μητρικό γάλα. Τα ξεχωρίσαμε σε δύο κατηγορίες εκ των οποίων η μία αφορά τη σίτιση με γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας το οποίο ανέρχεται στα **241,55** ευρώ και η άλλη τη σίτιση με βιολογικό γάλα το οποίο ανέρχεται στα **234,70** ευρώ.

Η έρευνα των Πιτσάκη και Τσεβρεμετζή (2015) διεξήχθη μέσα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων (500 ερωτηματολόγια εκ των οποίων επιστράφηκαν τα 469 ερωτηματολόγια). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από μητέρες που προσήλθαν σε παιδιατρικά κέντρα και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου της Πτολεμαΐδας και των Σερρών. Το ερωτηματολόγιο που συντάχθηκαν περιλαμβάνει τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθεισών (ηλικία, εθνικότητα, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο, εργασία και τύπος απασχόλησης). Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν στην ηλικία του παιδιού, την ενημέρωση των μητέρων για τα οφέλη του θηλασμού και τη βοήθεια που έχουν οι μητέρες από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Το τρίτο μέρος των ερωτήσεων περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν στο κόστος του εξοπλισμού, τη διάρκεια του θηλασμού των μητέρων, ενώ παράλληλα υπάρχουν και ερωτήσεις που αφορούν τη διατροφή των μητέρων και τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Η έρευνα της Στύλιου (2015) προκύπτει μέσα από στοιχεία που αντλήθηκαν από 180 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε βρεφονηπιακούς σταθμούς των νομών Έβρου, Ιωαννίνων και Θεσσαλονίκης. Επιπλέον, στοιχεία συλλέχθηκαν από 650 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν μέσω διαδικτύου. Οι ερωτήσεις έρευνας είναι 30 και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη ενότητα οι ερωτήσεις χωρίζονται σε οκτώ ομάδες και αφορούν σε: στοιχεία των παιδιών και των τοκετών των μητέρων, στην αντιμετώπιση και την πληροφόρηση για το θηλασμό στο μαιευτήριο, στην πληροφόρηση σχετικά με το είδος του θηλασμού, την ποσότητα και το είδος του θηλασμού, την ποσότητα και το είδος του βρεφικού γάλακτος πρώτης ηλικίας, το

κόστος διατροφής της μητέρας, την ενημέρωση για τα οφέλη του θηλασμού και την προσωπική γνώση της μητέρας για τα οφέλη του θηλασμού για την οικογένεια και το κράτος. Στη δεύτερη ενότητα οι ερωτήσεις αφορούν σε δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εθνικότητα, τόπο διαμονής, εκπαίδευση, εργασία, μορφή εργασιακής απασχόλησης).

Συγκρίνοντας τη δική μας έρευνα με άλλες δύο έρευνες των Πιτσάκη, Τσεβρεμετζή (2015) και Στύλιου (2017), αποτυπώνονται πληρέστερα οι αλλαγές που σχετίζονται με το θηλασμό όσον αφορά την επιλογή αυτής της τεχνικής και τα έξοδα που την ακολουθούν.

Ξεκινώντας από τον αριθμό των μητέρων που θηλάζουν, η έρευνα μας καταλήγει ότι το 97,2% των ερωτηθεισών μητέρων θήλασαν το βρέφος τους. Από την έρευνα της Στύλιου (2017), το ποσοστό των μητέρων που θήλασαν τα βρέφη τους ανήλθε σε 95%. Κατά την έρευνα των Πιτσάκη και Τσεβρεμετζή (2015), το 94,8% των μητέρων που έλαβαν μέρος στην έρευνα θήλασε το βρέφος από την αρχή της γέννησης του. Παρατηρείται ότι οι διαφορές στα ποσοστά δε διαφέρουν πολύ μεταξύ τους.

Στην έρευνα μας, οι μητέρες ήταν ενημερωμένες πάρα πολύ για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού (69%) και το Ίντερνετ ήταν η βασική πηγή ενημέρωσης των μητέρων (68,5%). Κατά την έρευνα των Πιτσάκη και Τσεβρεμετζή (2015), ο θηλασμός εξαρτάται από την ηλικία της μητέρας, το μορφωτικό της επίπεδο και την ενημέρωση της σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού. Από την έρευνα της Στύλιου (2017) προκύπτει ότι οι νεότερες μητέρες (ηλικία 31-34 ετών) είναι περισσότερο ενημερωμένες σε σύγκριση με τις μητέρες που είναι μεγαλύτερης ηλικίας (40-50 ετών), διότι το Ίντερνετ είναι πιο εύκολο στη χρήση του από τις μητέρες νεότερης ηλικίας.

Το προσωπικό του μαιευτηρίου βοήθησε τις μητέρες να θηλάσουν τα βρέφη τους όπως προκύπτει από την έρευνα μας σε ποσοστό 81% των ερωτηθεισών μητέρων. Από την έρευνα της Στύλιου (2017), το προσωπικό του μαιευτηρίου βοήθησε τις μητέρες να θηλάσουν σε ποσοστό 72%. Επομένως, ίσως παρατηρείται μία βελτίωση στις πρακτικές που ακολουθούνται από το προσωπικό των μαιευτηρίων. Για παράδειγμα πολλά μαιευτήρια προσφέρουν την επιλογή της συγκατοίκησης της μητέρας και του βρέφους από τη στιγμή της γέννησης του βρέφους (rooming in). Φυσικά, οι όποιες διαφορές μπορεί να οφείλονται στα διαφορετικά δείγματα μητέρων (άρα και κλινικών) μεταξύ των μελετών.

Οι μητέρες που επέλεξαν να μένουν μαζί με το μωρό στο ίδιο δωμάτιο (rooming in) κατά την έρευνα μας ανέρχονται σε ποσοστό 66% των ερωτηθεισών. Το αντίστοιχο ποσοστό στην έρευνα της Στύλιου (2017) ήταν λίγο υψηλότερο και ανέρχεται σε 73% των μητέρων που επέλεξαν τη συγκατοίκηση.

Όταν οι μητέρες ρωτήθηκαν σχετικά με την ύπαρξη συνταγής για υποκατάστατα γάλακτος από κάποιον επαγγελματία υγείας, η έρευνα μας δείχνει ότι οι μητέρες δεν είχαν πάρει τέτοια συνταγή σε ποσοστό 58% του δείγματος. Στην έρευνα της Στύλιου (2017), το αντίστοιχο ποσοστό ανήλθε σε 46% των ερωτηθεισών μητέρων. Αυτό ίσως δείχνει ότι τα ευεργετικά αποτελέσματα του θηλασμού εκτιμώνται περισσότερο από την ιατρική κοινότητα πλέον και η ενημέρωση των μητέρων τις ωθούν να μην παρασυρθούν από το ξένο γάλα. Ενδεχομένως όμως να οφείλεται και σε άλλες διαφορές στα δύο δείγματα.

Όσον αφορά την εργασία των μητέρων που θηλάζαν, η έρευνα μας δείχνει ότι το 20,4% των ερωτηθεισών μητέρων έκοψαν το θηλασμό πρόωρα εξαιτίας της επιστροφής στην εργασία τους. Στην έρευνα της Στύλιου (2017) φαίνεται ότι το 3,4% των μητέρων διέκοψαν το θηλασμό εξαιτίας της επιστροφής στην εργασία τους. Ωστόσο, στην ίδια έρευνα διαπιστώνεται ότι οι μητέρες που θηλάζαν τα βρέφη τους ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Από την έρευνα των Πιτσάκη και Τσεβρεμετζή (2015), οι γυναίκες που θηλάζουν και απασχολούνται σε θέσεις μισθωτής εργασίας είναι δύσκολο να συνεχίσουν το μητρικό θηλασμό. Το συμπέρασμα που απορρέει σχετίζεται με τη μη προστασία του θηλασμού στη χώρα μας μέσω του αντίστοιχου νομικού πλαισίου. Για το λόγο αυτό ίσως το ποσοστό των μητέρων που εργάζονται και διέκοψαν το θηλασμό είναι αυξημένο σε σύγκριση με το ποσοστό που αναφέρεται στην έρευνα της Στύλιου.

Σχετικά με το ζήτημα του κόστους εξοπλισμού του θηλασμού, από την έρευνα μας προκύπτει ότι 434 μητέρες εκτιμούν το κόστος εξοπλισμού του θηλασμού στα 50-100 ευρώ. Με τους υπολογισμούς της έρευνας της Στύλιου (2017), για 225 μητέρες το κόστος εξοπλισμού του θηλασμού ανερχόταν σε τιμές μεταξύ 50-100 ευρώ. Τα ακριβότερα προϊόντα για το θηλασμό είναι το επαγγελματικό θήλαστρο που στοιχίζει 67, 47 ευρώ και το αμέσως επόμενο ακριβότερο προϊόν είναι το ηλεκτρικό θήλαστρο που στοιχίζει 31 ευρώ. Στην ίδια έρευνα, η τιμή του ηλεκτρονικού θήλαστρου ανέρχεται στα 66.90 ευρώ. Στην έρευνα των Πιτσάκη και Τσεβρεμετζή (2015), αν το μέσο κόστος για ένα θήλαστρο είναι 216 ευρώ ο εξοπλισμός στοιχίζει στην κάθε

μητέρα 335,78 ευρώ, ενώ αν το μέσο κόστος θηλάστρου είναι τα 110 ευρώ, τότε ο εξοπλισμός στοιχίζει στην κάθε μητέρα 281,91 ευρώ.

Το κόστος για όσες δεν έκαναν αποκλειστικό θηλασμό ανέρχεται σε 242,55 ευρώ το εξάμηνο για κάθε μητέρα που επέλεξε για το βρέφος της γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας και 234,70 ευρώ/ εξάμηνο για κάθε μητέρα που επέλεξε βιολογικό γάλα για το πρώτο εξάμηνο της ζωής του βρέφους. Στην έρευνα της Στύλιου (2017), το κόστος για το γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας ανέρχεται σε 614,25 ευρώ το εξάμηνο ενώ σε εκείνη των Πιτσάκη και Τσεβρεμετζή (2015), το κόστος του μεικτού θηλασμού ανέρχεται σε 57,64 ευρώ το μήνα για κάθε μητέρα. Η διαφορά στα κόστη ενδεχομένως οφείλεται στην οικονομική κρίση και την αδυναμία των μητέρων να δαπανήσουν ένα μεγάλο ποσό για την αγορά του εξοπλισμού του θηλασμού.

Στην ερώτηση για τον αριθμό των γευμάτων ξένου γάλακτος που τρέφονταν τα βρέφη των οποίων οι μητέρες ακολουθούσαν μεικτό θηλασμό, η δική μας έρευνα έδειξε ότι 192 μητέρες από το δείγμα, έδιναν 1 γεύμα ξένου γάλακτος στα βρέφη τους ανάμεσα στους θηλασμούς. Στην έρευνα της Στύλιου (2017), η πλειονότητα των μητέρων έδιναν ομοίως ένα γεύμα ξένου γάλακτος στο βρέφος ανάμεσα στους θηλασμούς. Όσον αφορά το είδος του γάλακτος που έδιναν οι μητέρες που ακολουθούσαν μεικτό θηλασμό, η έρευνα μας δείχνει ότι το 50,7% των μητέρων που ερωτήθηκαν για το θέμα αυτό έδινε γάλα σκόνη στα βρέφη μέχρι την ηλικία των 6 μηνών. Από την έρευνα της Στύλιου (2017) προκύπτει ότι το ποσοστό των μητέρων που έδινε στα βρέφη του γάλα σκόνη ανήλθε σε 43,3% των ερωτηθεισών μητέρων. Συνεχίζοντας τη σύγκριση, η έρευνα μας δείχνει ότι η κάθε μητέρα χρειαζόταν περισσότερα κουτιά γάλακτος σε σκόνη όσο το βρέφος αναπτυσσόταν και το βάρος του αυξανόταν. Ειδικότερα, η έρευνα μας συμφωνεί με την προαναφερθείσα έρευνα, καθώς υποστηρίζεται ότι οι περισσότερες μητέρες στο πρώτο δίμηνο έδιναν μισό κουτί ξένο γάλα στα βρέφη τους την εβδομάδα.

Σε ερώτηση σχετικά με τη διατροφή των μητέρων και το κόστος της, η έρευνα μας υποστηρίζει ότι το 67% των ερωτηθεισών μητέρων δεν παρατήρησε αύξηση στο κόστος διατροφής τους. Στην εργασία της Στύλιου (2017), περίπου το ίδιο ποσοστό των ερωτηθεισών μητέρων (66%) δεν παρατήρησε μεταβολή στο κόστος διατροφής. Η έρευνα των Πιτσάκη και Τσεβρεμετζή (2015) υποστηρίζει ότι το 72, 27% του δείγματος των μητέρων δεν είχε αλλαγή στο κόστος διατροφής τους.

Άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να μελετηθούν στο μέλλον και είναι σχετικοί με το θέμα του θηλασμού, αλλά δεν άπτονται με το θέμα που αναλύεται στην παρούσα εργασία είναι οι ακόλουθοι:

- Μελέτη των έφηβων κοριτσιών σχετικά με την ενημέρωσή τους για το θηλασμό και την πρόθεσή τους να θηλάσουν τα βρέφη τους
- Δημιουργία μη κυβερνητικών οργανώσεων για την ενημέρωση και την προώθηση του θηλασμού
- Ο ρόλος του πατέρα στη διαδικασία του θηλασμού
- Συμβολή του Ίντερνετ στη διάδοση του θηλασμού
- Εύρεση μεθόδων και τρόπων για τη διάδοση του θηλασμού στις αναπτυσσόμενες χώρες
- Διερεύνηση κατά πόσο ο θηλασμός θα μπορούσε να επηρεαστεί από το τρύπημα της θηλής της μητέρας για αισθητικούς λόγους (για παράδειγμα body piercing).

Οι προτάσεις που συνδέονται με την περαιτέρω προώθηση του θηλασμού παρατίθενται παρακάτω:

- Καλύτερη ενημέρωση των γυναικών μέσω δημιουργίας κέντρων θηλασμού σε κεντρικά σημεία των πόλεων είναι επιβεβλημένη,
- Δημιουργία κρατικών ομάδων μαιών ειδικευμένες στο θέμα του θηλασμού που θα έχουν τη δυνατότητα να βοηθούν τις λεχωίδες στο σπίτι με το θηλασμό. Έτσι, κάμπτεται η ανεργία των νοσηλευτών και οι ωφέλειες του θηλασμού πολλαπλασιάζονται καθώς γίνονται ευρέως γνωστές στο κοινό
- Παροχή κινήτρων στους εργοδότες για την προστασία της θηλάζουσας μητέρας (μείωση των φορολογικών εισφορών, για παράδειγμα)
- Προστασία του δημόσιου θηλασμού μέσω του κατάλληλου νομικού πλαισίου.

Οι περιορισμοί της έρευνας αυτής έγκειται στο γεγονός ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μας δεν είναι γενικεύσιμα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η έρευνα διεξήχθη μέσω ιστοσελίδων του Διαδικτύου και είναι πιθανό τα χαρακτηριστικά των μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα να διαφέρουν από τα χαρακτηριστικά των μητέρων που δε συμμετείχαν στην έρευνα. Προτείνεται λοιπόν περαιτέρω έρευνα σε πανελλαδικό επίπεδο με πιο κατάλληλες δημοσκοπικές μεθόδους προκειμένου να

ελεγχθούν σε πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα μητέρων τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

II. Βιβλιογραφία

Anatolitou, F. (2012) Human milk benefits and breastfeeding. Human milk benefits and breastfeeding, *J Pediatr Neonat Individual Med.* 1(1). p. 11-8.

Argus B., Dawson, J., Wong, C., Morley, C., Davis, P. (2009) Financial costs for parents with a baby in a neonatal nursery, *J Paediatr Child Health.* 5(9). p. 514 -517.

Bachrach, V., Schwarz, E., Bachrach, L. (2003) Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 157 (3). p.237-243.

Baker, J., Cambor, M., Heitman, H., Lissner, L., Sorensen, T., Rasmussen, K. (2008) Breastfeeding reduces postpartum weight retention, *Am J Clin Nutr.* (6). p.1453-51.

Brahm, P., Valdes, V. (2017) Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding, *Rev Chil Pediatr.* 88(1). p.15-21.

Γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας (2018). Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού με θέμα «ΘΗΛΑΣΜΟΣ: Θεμέλιο Ζωής». [Online] Διαθέσιμο στο <http://isth.gr/images/uploads/files/mohgov31102018b.pdf> [Πρόσβαση: 4 Σεπτεμβρίου 2019].

Bertini, G., Perugi, S., Dani, C., Pezzati, M., Tronchin, M., & Rubaltelli, F. (2003) Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: A prospective study, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 4. p.447-452.

Canstar (2017). The hidden cost of having a baby. [Online] Διαθέσιμο στο <https://www.canstar.com.au/wp-content/uploads/2017/09/Canstar-Hidden-Costs-of-Having-a-Baby-Guide-2017.pdf> [Πρόσβαση: 7 Σεπτεμβρίου 2019].

CDC (2012). Breastfeeding Report Card- United States. [Online] Διαθέσιμο στο <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2012breastfeedingreportcard.pdf> [Πρόσβαση: 7 Σεπτεμβρίου 2019].

CDC Global Health Strategy, 2012. [Online] Διαθέσιμο στο <https://www.cdc.gov/globalhealth/strategy/pdf/CDC-GlobalHealthStrategy.pdf> [Πρόσβαση: 2 Σεπτεμβρίου 2019].

Chapman DJ, Perez-Escamilla R. (2012) Breastfeeding among minority women: Moving from risk factors to interventions, *Adv Nutr.* 3. p.95–104

Chambers, J., McInnes, R. J., Hoddinott, P., & Alder, E. M. (2007) A systematic review of measures assessing mothers' knowledge, attitudes, confidence and satisfaction towards breastfeeding, *Breastfeeding Review Journal.* 3. p. 17-25

Chen, A., & Rogan, W. J. (2004) Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States, *Journal of the American Academy of Pediatrics.* 113.p. 435-439

European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg (2008). EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). [Online] Διαθέσιμο στο https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf [Πρόσβαση: 2 Σεπτεμβρίου 2019].

D'Alimonte, M., Rogers, H., & de Ferranti, D. (2017) Financing the global nutrition targets. In M. Shekar, J. Kakietek, J. Eberwein & D. Walters (Eds.), *An investment framework for nutrition: Reaching the global targets for stunting, anemia, breastfeeding, and wasting.* (Directions in Development. ed., pp. 157-180). Washington D.C.: World Bank.320-451

DelliFraine, J. Langabeer, J., Williams, J., Gong, A., Delgado, R., Gill,S. (2010) Cost Comparison of Baby Friendly and Non–Baby Friendly Hospitals in the United States, *PEDIATRICS.* 127(4). pp. 989- 994.

Del Bono, E., Pronzato, Ch. (2012) *Does Breastfeeding Support at Work Help Mothers and Employers at the Same Time?* IZA: Torino

Εγκύκλιος Υ3γ/ 3618/ 9.10.1985

Fern R. Hauck, John M. D. Thompson, Kawai O. Tanabe, Rachel Y. Moon, Mechtild M. Vennemann, (2011) Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis, *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. 128 (1).

Gomez-Pomar, E., Blubaugh, R. (2017) The Baby Friendly Hospital Initiative and the ten steps for successful breastfeeding. a critical review of the literature, *Journal of Perinatology*

Gribble, K. (2013) Peer-to-peer milk donors' and recipients' experiences and perceptions of donor milk banks, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 42. pp. 451–461.

Gibbs L. (2010) Women's employment rate, 2010. [Online] Διαθέσιμο στο https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_123835.pdf [Πρόσβαση 3 Σεπτεμβρίου 2019]

Hassiotou ,F., Geddes D., Hartmann P. (2013) Cells in human milk: state of the science, *J Hum Lact*, 29. p. 171–182.

Horta, B., Victora, C. (2013) *Long-term effects of breastfeeding*. Geneva: WHO

Hughes, V. (2015) The Baby-Friendly Hospital Initiative in US Hospitals, *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*.. 7(4). p. 182-187

Holla- Bhar , R., Iellamo,A., Gupta,A., Smith, J., and Jai Prakash Dadhich, J. (2015) Investing in breastfeeding – the world breastfeeding costing initiative, *International Breastfeeding Journal*. 10:8.

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2018). Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα. [Online] Διαθέσιμο στο http://www.esdy.edu.gr/files/011_Ygeias_Paidiou/Ereunes/Meleti_Mitrikou_Thilasmou_%202018.pdf [Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2019]

Konkel, L. (2017) Mother's Milk and the Environment: Might Chemical Exposures Impair Lactation? *Environ Health Perspect*. 125(1). p. A17–A23.

Kuma, A. (2015) Economic and Health Benefits of Breastfeeding: A Review, 45, p. 39-46.

Labbok M., Smith P., Taylor E. (2008) Breastfeeding and feminism: a focus on reproductive health, rights and justice, *Int Breastfeed J*. 3(8)

Marinelli, K., Moren, K., Taylor, J., The Academy of Breastfeeding Medicine (2013) Breastfeeding Support for Mothers in Workplace Employment or Educational Settings: Summary Statement, *Breastfeeding medicine*. 8(1). p. 137- 142.

McGovern, M., Marra, G., Radice, R., & Rokicki, S. (2018) Breastfeeding Promotion as an Economic Investment. [Online] Διαθέσιμο στο <https://pure.qub.ac.uk/portal/files/157714717/mcgovern210318.pdf%EF%BB%BF> [Πρόσβαση 5 Σεπτεμβρίου 2019]

McDowell, M. M., Wang, C.-Y., & Kennedy-Stephenson, J. (2010). *Breastfeeding in the United States: Findings from the national health and nutrition examination survey, 1999-2006*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention CDC

Mead, N. (2008) Contaminants in Human Milk: Weighing the Risks against the Benefits of Breastfeeding, *Environ Health Perspect*. 116(10). p.A426–A434.

Meek, J.(2001) Breastfeeding in the workplace. *Pediatric Clinics of North America*. 48(2).p. 461-474.

Kramer, M., James McGill, J., Matush, L., Vanilovich, I., Platt, R., Bogdanovich, N., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shishko, G., Mazer, B. (2007) Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial, *British Medical Journal*. 335(815).

Mayer-Davis, E., Rifas-Shiman, S., Zhou, L., Hu, F., Colditz, Gr., Gillman, M. (2006). Breast-Feeding and Risk for Childhood Obesity: Does maternal diabetes or obesity status matter?, *Diabetes Care*. 29(10). p. 2231–2237.

Montgomer, D., Splett, P. (1997) Economic benefit of breast-feeding infants enrolled in WIC. *J AM Diet Assoc*. 97(4). p. 379-85.

Neifert M, Bunik M. (2013) Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding, *Pediatr Clin North Am*. 60(1). p. 115-45.

Owen, Chr., Martin, R., Whincup, P., Smith, G., Cook, D. (2006) Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence, *The American Journal of Clinical Nutrition*. 84 (5),p. 1043–1054.

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., Tziaferi, St., (2018) A survey of Greek women’s satisfaction of postnatal care, *Aims Pyblic Health*. 5(2). p. 158-172.

Πανταζή, Μ. (2012). Μητρικός Θηλασμός και οικονομική κρίση *Ελεύθεω*. 1. σελ. 25-31.

Perez-Escamilla, R. (2017) Breastfeeding Social Marketing: Lessons Learned from USDA's "Loving Support" Campaign, *Breastfeeding Medicine*. 7(5)

Πιτσάκη, Κ., Τσεβρεμέτζη, Αικ. (2015) *Οικονομική προσέγγιση του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα. Αδημοσίευτη Διπλωματική Εργασία*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. 32-36.

Piwoz, E., Huffamn, S. (2015) The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices, *Food and Nutrition Bulletin*. 36(4). P. 373-386.

Powe, C. E., Allen, M., Puopolo, K. M., Merewood, A., Worden, S., Johnson, L., Welt, C. K. (2011) Effects of recombinant human prolactin on breast milk composition, *American Academy of Pediatrics*. 127.p. 359-366.

Pugh, L., Milligan, R., Frick, K., Spatz, D., Bronner, Y. (2002) Breastfeeding Duration, Costs, and Benefits of a Support Program for Low-Income Breastfeeding Women, *BIRTH*. 29:2. p. 95-100.

Rippey, M., Noonan, Πη. (2011) The Economic Costs of Breastfeeding for Women, *Breastfeeding Medicine*. 6(5). p. 324- 327.

Salmon, L. (2015) Food security for infants and young children: an opportunity for breastfeeding policy?, *International Breastfeeding Journal*. 10(7). p. 1-13.

Smith, J. (2015) Markets, breastfeeding and trade in mothers' milk, *International Breastfeeding Journal*. 10 (9).

Smith J., Thompson J., Ellwood D. (2002) Hospital system costs of artificial infant feeding: estimates for the Australian Capital Territory, *Aust N Z J Public Health*. 26. p. 543-51.

Smoth, J., Thompson, J., Ellwood, D. (2001) Hospital system costs of artificial infant feeding: estimates for the Australian Capital Territory, *Australian and New Zealand journal of public health*, 26 (6). p. 543-551.

Stuebe, A. (2009) The risks of not breastfeeding for mothers and infants, *Rev Obstet Gynecol*. 2.p. 222-231.

Tavoulari , F., Benetou, V., Vlastarakos, P., Psaltopoulou, V., Chroussos, G., Kreatsas, G., Gryparis, G., Linos, A. (2016) Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important?, *World J Clin Pediatr.* 5(3). p. 349-357.

The Blueprint for Action on Breastfeeding in Europe (2017) Promoting, protecting and supporting breastfeeding: an action plan for Europe. [Online] Διαθέσιμο στο <https://iblce.org/wp-content/uploads/2017/05/eu-blueprint-short-english.pdf> [Πρόσβαση 5 Σεπτεμβρίου 2019]

Harder, Th., Bergmann, R., Kallischnigg, G., Plagemann, A. (2005) Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis, *American Journal of Epidemiology.* 162 (5). p. 397–403.

Theofiliogiannidou, M., Skouroliakou, M., Gounaris, A., Panagiotakos, D., (2006) *Breast-feeding in Athens*, [*Journal of pediatric gastroenterology and nutrition.*](#) 43(3). p. 379-84

UNICEF (1990). Innocenti Declaration. [Online] Διαθέσιμο στο https://www.unicef.org/nutrition/index_24807.html [Πρόσβαση 5 Σεπτεμβρίου 2019]

UNICEF, WHO (2017). *Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding*. New York, Geneva : UNICEF, WHO

UNICEF, WHO (2018). Enabling women to breastfeed through better policies and programmes. [Online] Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018/en/> [Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2019]

Unger, K. (2010) Human milk banking, *Paediatr Child Health.* 15 (9). p.595- 598.

United Nations Department of Economic and Social Affairs (2015). World Population Prospects. [Online] Διαθέσιμο στο <http://esa.un.org/unpd/wpp/> [Πρόσβαση 5 Σεπτεμβρίου 2019]

Vinse, C., Kennedy, K. (1997) The frequency of coitus during breastfeeding, *Birth.* 24(4). p. 253-7.

Walters, D., S. Horton, A.Y.M. Siregar, P. Pitriyan, N. Hajeebhoy, R. Mathisen, P.T.H. Linh, C. Rudert (2016). The Cost of Not Breastfeeding in Southeast Asia. [Online]

Διαθέσιμο στο <https://www.aliveandthrive.org/wp-content/uploads/2016/12/Cost-of-Not-Breastfeeding-Advocacy-Brief-Final.pdf> [Πρόσβαση 6 Σεπτεμβρίου 2019]

Walters, D., Phan, L., Mathisen, R. (2019) The cost of not breastfeeding: global results from a new tool, *Health Policy and Planning*.p. 1–11.

Weimer, J. (2001). The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13

WHO (2009). World Health Organization, WHO. (2009). *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. Geneva: World Health Organization

World health organization (2013). *Breastfeeding*. Retrieved from World Health Organization WHO. [Online] Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/> [Πρόσβαση 6 Σεπτεμβρίου 2019]

Χαραμή, Ε., Μαζαράκου, Χ., Τσορομώκος, Δ. (2014) Επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στην ψυχική υγεία των βρεφών, *Αρχαία ελληνικής ιατρικής*. 32(2). P. 245-249.

III. Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

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 .

Οι συνολικά 33 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου διαρθρώνονται σε 5 επιμέρους ενότητες: 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, οικονομικά οφέλη του μητρικού 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.

Δίπλα σε κάθε ερώτηση υπάρχει το αντίστοιχο τετράγωνο. Η απάντησή σας μπορεί να δοθεί τσεκάροντας με “√” το τετράγωνο που σας εκφράζει καλύτερα. Επιπλέον υπάρχουν ερωτήσεις στις οποίες μπορείτε, εάν θέλετε, να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις. .

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

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

Εάν έχετε περισσότερα από ένα (1) παιδιά, παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις 3 και 3.1. Εάν ΟΧΙ προχωρήστε στην ερώτηση 4.

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;

<2000γραμμάρια.

2000-2499γραμμάρια

2500-2999γραμμάρια

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

Ναι

Όχι

10. 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;

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

Δεν χρειάστηκε

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 έδωσε ο παιδίατρος συνταγή ή σημείωμα για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος;

Ναι

Όχι

3.ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

16. Θηλάσατε το μωρό σας;

Ναι

Όχι

Εάν ΝΑΙ, σας παρακαλούμε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις. Εάν ΟΧΙ, προχωρήστε στην ερώτηση 21.

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

Ναι

Όχι

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

Ναι

Όχι

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

<10 ημέρες

10-20 ημέρες

21-40 ημέρες

41-60ημέρες

3 μήνες

4 μήνες

5 μήνες

6 μήνες

7-12 μήνες

Περισσότερους από 12 μήνες

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

Ναι

Όχι

19.1. Εάν απαντήσατε Ναι στην προηγούμενη ερώτηση, για πόσο χρονικό διάστημα κάνατε/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

Περισσότερους από 12 μήνες

20. 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 εμμέσως στην εξοικονόμηση χρημάτων για το κράτος

21. Είχατε την πρόθεση να κάνετε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό;

Ναι

Όχι

22. Ήσασταν ενημερωμένη για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

23. 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
- Από άλλες πηγές
- Προσδιορίστε:.....

4. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ - ΑΙΤΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

24. Είχατε δυσκολίες κατά την έναρξη του μητρικού θηλασμού;

- Ναι
- Όχι

24.1. 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/MENN

Άλλα προβλήματα

Προσδιορίστε.....

.....

25. 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

Άλλος λόγος σχετικός με την μητέρα

Προσδιορίστε:.....

.....

Αρρώστια μωρού

Προωρότητα

Μωρό στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN)

Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους

Άλλος λόγος σχετικά με το μωρό

Προσδιορίστε:.....

.....

26. 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

5.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

27.Ποιά από τα παρακάτω προϊόντα και σε ποιές ποσότητες αγοράσατε για να υποστηρίξετε τη σίτιση του μωρού σας με μητρικό/ξένο γάλα;

(Απαντούν οι μητέρες που είτε κάνατε/κάνετε αποκλειστικό είτε μεικτό θηλασμό)

Υλικά	Ποσότητες				
	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Επαγγελματικό θήλαστρο	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Ηλεκτρικό θήλαστρο	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Χειροκίνητο θήλαστρο	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Φιάλες μητρικού γάλακτος	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Ασκοί φύλαξης μητρικού γάλακτος	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Ειδική συσκευή σίτισης	0	1	2	3	4 ή περισσότερα

Ποτηράκι σίτισης νεογνών	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Κρέμα για το στήθος	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Επιθέματα υγρής γέλης	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Επιθέματα θηλασμού μιας χρήσης	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Διαμορφωτές θηλών	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Προστατευτικά θηλών	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Κελύφη συλλογής μητρικού γάλακτος	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Ψευδοθήλες	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Στηθόδεσμο θηλασμού	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Ισοθερμικό τσαντάκι μεταφοράς	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Αποστειρωτής για μπιμπερό	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Μπιμπερό	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Βούρτσα καθαρισμού για μπιμπερό	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Θηλές σιλικόνης για μπιμπερό	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Πιπίλες	0	1	2	3	4 ή περισσότερα

Δοχείο φύλαξης των θηλών μετά την αποστείρωση	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Θερμό-δοχεία διατήρησης του νερού	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Τσάντα μεταφοράς για μπουκάλια	0	1	2	3	4 ή περισσότερα
Άλλο/ προσδιορίστε					

28. Ποιό ήταν περίπου το συνολικό κόστος του εξοπλισμού;

- 50- 100€
- 101-150€
- 151-200€
- 201-250€
- 251-300€
- 301-350€
- 351-400€
- 401-450€
- 451-500€
- Περισσότερο από 500€
- Δεν θυμάμαι/δεν γνωρίζω

29. Πόσα γεύματα ξένου γάλακτος δίνετε/δίνετε στο μωρό σας;

(Απαντούν μόνο οι μητέρες που έκαναν/κάνουν μεικτό θηλασμό ή δεν θήλασαν καθόλου)

- 1 γεύμα ανάμεσα στους θηλασμούς
- 2 γεύματα ανάμεσα στους θηλασμούς
- 3 γεύματα ανάμεσα στους θηλασμούς
- 4 γεύματα ανάμεσα στους θηλασμούς
- 5 γεύματα ανάμεσα στους θηλασμούς
- Σε κάθε γεύμα μετά τον θηλασμό
- Όλα τα γεύματα(δεν θηλάζω)

30. Τι είδους βρεφικό γάλα πρώτης ηλικίας δίνετε/θα δίνετε στο μωρό σας μέχρι να γίνει 6 μηνών; *(Απαντούν μόνο οι μητέρες που έκαναν/κάνουν μεικτό θηλασμό ή δεν θήλασαν καθόλου)*

- Γάλα σκόνη οποιαδήποτε εταιρείας
- Γάλα χωρίς λακτόζη
- Υποαλλεργικό γάλα
- Βιολογικό γάλα
- Γάλα ενάντια στην δυσκοιλιότητα
- Γάλα αντί αναγωγικό
- Γάλα ειδικό για πρόωρα μωρά
- Γάλα κατσικίσιο

31. Πόσα κουτιά βρεφικού γάλακτος χρειαζόσασταν περίπου την εβδομάδα ανά μήνα σίτισης; *(Απαντούν μόνο οι μητέρες που έκαναν/κάνουν μεικτό θηλασμό ή δεν θήλασαν καθόλου. Παρακαλώ βάλτε ένα √ στο αντίστοιχο κουτάκι)*

	1 ^{ος} μήνας	2 ^{ος} μήνας	3 ^{ος} μήνας	4 ^{ος} μήνας	5 ^{ος} μήνας	6 ^{ος} μήνας

1/2 κουτί ανά εβδομάδα						
1 κουτί ανά εβδομάδα						
2 κουτιά ανά εβδομάδα						
3 κουτιά ανά εβδομάδα						

32. Θεωρείτε ότι αυξήθηκε το κόστος της διατροφής σας κατά την περίοδο του θηλασμού; *(Απαντούν μόνο οι μητέρες που θηλάζουν /θήλασαν είτε με αποκλειστικό είτε με μεικτό θηλασμό)*

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω

32.1. Εάν απαντήσατε Ναι στην προηγούμενη ερώτηση, γνωρίζετε πόσο περίπου αυξήθηκε το κόστος μηνιαίως; *(Απαντούν μόνο οι μητέρες που θηλάζουν/θήλασαν είτε με αποκλειστικό θηλασμό είτε με μεικτό θηλασμό)*

40€

60€

80€

100€

Δεν το έχω υπολογίσει

33. Εάν γνωρίζατε πόσα χρήματα θα εξοικονομούσατε μηνιαίως από τον αποκλειστικό θηλασμό, θα προσπαθούσατε να κάνετε αποκλειστικό θηλασμό ή να θηλάσετε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ηλικία μητέρας:

≤ 19

20-29

30-39

≥40

Επίπεδο μόρφωσης

Απόφοιτος δημοτικού - Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου – ΙΚΕ

Απόφοιτος ΑΤΕΙ - ΑΕΙ

Μεταπτυχιακές /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 εργαζόμουν

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; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες της μίας απαντήσεις)

Δημόσια ασφάλιση

Ιδιωτική ασφάλιση

