



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕ ΘΕΜΑ

**Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή και προώθηση του
Μητρικού Θηλασμού-Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις**

Φοιτήτρια:

Ράπτου Μαρία

A.M. 15117

Υπεύθυνη της Πτυχιακής:

Λεοντάρη Μαρία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2016



Μητρότητα: όλη η αγάπη αρχίζει και τελειώνει εκεί.

Robert Browning

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά την καθηγήτρια μου Κυρία Λεοντάρη που δέχτηκε από την πρώτη στιγμή να κάνουμε μαζί την πτυχιακή, με εμπιστεύτηκε και με βοήθησε πολύ καθ' όλη την διάρκεια και κατάφερα να ολοκληρώσω ικανοποιημένη την πτυχιακή μου εργασία.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου που στάθηκαν όλα αυτά τα χρόνια δίπλα μου και μου έδιναν δύναμη για να παλέψω για τη σχολή μου και να μη το βάλω ποτέ κάτω. Κυρίως δε, τη μητέρα μου που προσφέρθηκε να φτιάξει την ζωγραφιά με την μητέρα και το μωρό που θηλάζει.

Έπειτα, θέλω να ευχαριστήσω τους φίλους μου γιατί πάντα με βοηθούσαν όλα αυτά τα χρόνια με τη σχολή και οπουδήποτε δυσκολευόμουν ήταν εκεί για να μου λύσουν κάθε απορία για κάθε μάθημα και κάθε εργασία.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω το ΤΕΙ Ιωαννίνων που μέσω αυτού έμαθα τι πραγματικά είναι η Νοσηλευτική και υπήρξαν άνθρωποι που μου δίδαξαν πράγματα που δεν θα τα ξεχάσω ποτέ, μου έμαθαν ν' αγαπώ το επάγγελμα μου, τους ασθενείς μου, να μάθω να συνεργάζομαι και να έχω υπομονή και επιμονή γιατί όλα αυτά δημιουργούν έναν επαγγελματία νοσηλεύτη, που δεν θα σταματήσει να εργάζεται, να γεμίζει και να μεταφέρει γνώσεις, βοήθεια και αλληλεγγύη στον κόσμο εντός και εκτός δουλειάς.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Abstract	6
Περίληψη	7
<i>ΜΕΡΟΣ Α'</i>	8
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	9
1.2. ΜΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	9
1.3. ΜΑΣΤΟΣ	9
1.4. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ	10
2. ΓΑΛΑΚΤΟΓΕΝΕΣΗ	12
3. Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ	13
4. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	15
5. ΔΡΑΓΜΟΣ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ	20
6. ΘΕΣΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	21
7. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	22
8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ	24
8.1. Η ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ	25
8.2. Η ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	28
8.3. ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ	32
8.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	33
9. Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	34
<i>ΜΕΡΟΣ Β'</i>	36
Εισαγωγή	37
1. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	38
2. ΣΥΝ-ΔΙΑΜΟΝΗ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΒΡΕΦΟΥΣ	39
3. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΘΗΛΑΖΟΥΣΑ ΜΗΤΕΡΑ	39
4. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	41
5. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ	41
6. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	42
7. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	43
8. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ (Baby Friendly Hospital)	43
9. Η ΤΡΑΠΕΖΑ ΓΑΛΑΚΤΟΣ	44
10. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΤΟΜΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ	45

11. Ο ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΣ UNICEF ΓΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ	49
12. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	50
13. Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	53

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	54
Εισαγωγή.....	55
Αποτελέσματα	56
Χρήσιμες ιστοσελίδες για τη θηλάζουσα μητέρα.....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

Abstract

Breastfeeding is the purest thing a woman intends to do as a mother. However, today, our society is still not prepared to see a mother breastfeeding in public, accusing her with misbehavior and the mother remains unable to deal with the situation. Health professionals, especially nurses should play an important role in promoting breastfeeding and society should be ready to accept it as something natural and expected, because it is a completely healthy and permissible practice for all mothers and their children.

Purpose: The nurse can assist in promoting and promote breastfeeding by supporting the mother.

Material and Method: Carried international literature review in electronic databases google scholar, pubmed. The material of the study contains articles that published mainly in the last decade in the English and Greek language.

Results: Unfortunately the rates of breastfeeding mothers decline and it is not only due to themselves or their families, but the society they live in might set their own rules. For this reason, nurses should ensure that appropriate interventions taken for the mothers, not only to breastfeed but to do it for as long as possible.

Conclusions: Mothers, particularly young ones, are surrounded by stress, which might affect their psychology and make unable to breastfeed. Breastfeeding should be part of our everyday lives and its importance should be taught from school and therefore society to understand its significance. Family and health professionals are the ones who could support the mother to breastfeed and should constantly stand by her. Nurses are the ones who would stay close to the mothers and their families and should alert society regarding their work.

Key words: *breastfeeding, nurse, promoting breastfeeding*

Περίληψη

Ο θηλασμός είναι το πιο αγνό πράγμα για το οποίο προορίζεται να κάνει ως μητέρα μία γυναίκα. Σήμερα όμως, η κοινωνία μας ακόμα δεν είναι σε θέση να δει μια μητέρα να θηλάζει δημοσίως, κατηγορώντας την για απρεπή συμπεριφορά και η μητέρα να μένει ανήμπορη στην αντιμετώπιση της κατάστασης. Οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι νοσηλευτές θα διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στην προώθηση του θηλασμού και η κοινωνία να είναι έτοιμη να το δεχτεί πλέον ως κάτι φυσικό και αναμενόμενο, γιατί είναι μία απολύτως υγιής και επιτρεπτή πράξη για όλες τις μητέρες και τα παιδιά τους.

Σκοπός: Ο νοσηλευτής να βοηθήσει στην προαγωγή και προώθηση του μητρικού θηλασμού στηρίζοντας την μητέρα.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων google scholar, pubmed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Δυστυχώς όλο και περισσότερο μειώνονται τα ποσοστά των μητέρων που θηλάζουν και αυτό δεν οφείλεται μόνο στις ίδιες ή στις οικογένειες τους, αλλά και στην κοινωνία την οποία ζούνε και έχει θέσει τους δικούς της κανόνες. Για το λόγο αυτό πρέπει να μεριμνήσουν οι νοσηλευτές με τις κατάλληλες παρεμβάσεις, όχι μόνο για να θηλάσουν, αλλά και για να το κάνουν για πολύ καιρό.

Συμπεράσματα: Οι μητέρες και ιδίως οι νέες περιβάλλονται από στρες, κάτι το οποίο τις επηρεάζει στην ψυχολογία και αδυνατούν να θηλάσουν. Ο θηλασμός πρέπει να μπει στην καθημερινότητα πλέον και αυτό μπορεί να ξεκινήσει και από τα σχολεία ως διδακτικό μάθημα για να καταλάβει σιγά σιγά η κοινωνία μας την μεγάλη σοβαρότητα του θέματος και το πόσο σπουδαίο είναι. Η οικογένεια και οι επαγγελματίες υγείας είναι αυτοί που θα στηρίξουν την μητέρα για να θηλάσει και πρέπει συνεχώς να είναι δίπλα της. Οι νοσηλευτές είμαστε αυτοί που θα μείνουμε δίπλα στην μητέρα και την οικογένεια και θα πρέπει να επαγρυπνήσουμε την κοινωνία στο έργο αυτό.

Λέξεις ευρητηρίου: μητρικός θηλασμός, νοσηλευτής, προώθηση μητρικού θηλασμού.

ΜΕΡΟΣ Α΄

1. ANATOMIA ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.2. ΜΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Η μαστική περιοχή βρίσκεται έξω από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και συγκρατεί το άνω άκρο πάνω στον κορμό. Η περιοχή αυτή αποτελείται από:

- ✓ Ένα επιπολής τμήμα που περιλαμβάνει Το δέρμα, την επιπολής σωματική περιτονία και τους μαστούς, και
- ✓ Ένα εν τω βάθει τμήμα που περιλαμβάνει μυς και συνοδά μορφώματα.

Τα νεύρα, αγγεία και λεμφαγγεία του επιπολής τμήματος αναδύονται από το θωρακικό τοίχωμα, τη μασχάλη και το λαιμό (Drake et al., 2005).

1.3. ΜΑΣΤΟΣ

Ο μαστός αποτελείται από τους μαστικούς αδένες, το δέρμα και συνδετικούς ιστούς. Οι μαστικοί αδένες είναι τροποποιημένοι ιδρωτοποιοί αδένες στην επιπολής σωματική περιτονία, μπροστά από τους θωρακικούς μυς και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα (Drake et al., 2005). Οι μαστικοί αδένες αποτελούνται από πόρους και εκκριτικούς λοβούς, οι οποίοι περιβάλλονται από ένα στρώμα συνδετικού ιστού. Τα στοιχεία αυτά αθροίζονται και σχηματίζουν 15 έως 20 γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι εκβάλλουν ξεχωριστά καθένας στη θηλή. Η θηλή περιβάλλεται από μια κυκλική σκουρόχρωμη περιοχή του δέρματος, που ονομάζεται θηλαία άλως (Drake et al., 2005). Σε ορισμένες περιοχές, το στρώμα, που περιβάλλει τους πόρους και τους λοβούς πυκνώνει και σχηματίζει τους κρεματήρες συνδέσμους του μαστού, οι οποίοι ενώνονται με το χόριο του δέρματος και συγκρατούν το μαστό (Drake et al., 2005).

Ο μαστός στηρίζεται πάνω στην εν τω βάθει σωματική περιτονία και σχετίζεται με τον μείζοντα θωρακικό και άλλους γειτονικούς μυς. Ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού (ο οπισθομαστικός χώρος ή διάστημα) χωρίζει το μαστό από την εν τω βάθει περιτονία και δίνει τη δυνατότητα κάποιας κινητικότητας σε σχέση με τα υποκείμενα μορφώματα (Drake et al., 2005).

Η βάση κάθε μαστού εκτείνεται κατακόρυφα από την δεύτερη μέχρι την έκτη πλευρά και εγκάρσια από το στήρνο και προς τα έξω μέχρι την μέση μασχαλιαία γραμμή (Drake et al., 2005).



1.4. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

Ο γυναικείος μαστικός αδένας αποτελείται από 15 έως 20 λοβούς που βρίσκονται στο λιπώδη και συνδετικό ιστό και περιλαμβάνουν αιμοφόρα αγγεία, λεμφαγγεία και νεύρα. Σε κάθε λοβό υπάρχει αδενικός ιστός αποτελούμενος από αδενοκυψέλες, τα γαλακτοπαραγωγά κύτταρα, που περιβάλλονται από μυοεπιθηλιακά κύτταρα, τα οποία όταν συσπώνται οδηγούν το γάλα προς τους εκφορητικούς πόρους της θηλής κατά τη διάρκεια της απέκκρισης του γάλακτος. Κάθε θηλή διαθέτει πολυάριθμους πόρους που μεταφέρουν το γάλα στο βρέφος που θηλάζει. Η αναλογία αδενικού λιπώδους ιστού στο μαστό της γυναίκας που θηλάζει είναι 2:1, συγκριτικά με την αναλογία 1:1 της μη θηλάζουσας μητέρας. Σε κάθε μαστό υπάρχουν οι γαλακτοφόροι πόροι που μεταφέρουν το γάλα από τις αδενοκυψέλες στη θηλή, οι οποίοι διαστέλλονται και διατείνονται κατά την απελευθέρωση του γάλακτος (Lowdermilk et al., 2010).

Το στήθος έχει σχήμα κυκλικό και διάμετρο 10-12cm, ο όγκος μπορεί να μεταβληθεί. Στις γυναίκες που δεν θηλάζουν το βάρος του μαστού μπορεί να είναι 150-225g, ενώ στις γυναίκες που θηλάζουν είναι 500g. Όσο μεγαλώνει η γυναίκα ο όγκος μειώνεται και παύει να είναι τόσο σταθερό (Macea & Fregnani, 2006). Το μέγεθος και

το σχήμα του μαστού δεν σχετίζονται με το πόσο γάλα θα παράγει μία γυναίκα. Όλες οι γυναίκες έχουν την ικανότητα να θηλάσουν, αλλά υπάρχουν και κάποιες που πάσχουν από ανεπαρκή ανάπτυξη του μαζικού αδένου, ώστε να αδυνατούν να προσφέρουν το γάλα στο νεογνό τους. Αυτές οι γυναίκες θα θηλάσουν ανάλογα με το γάλα που έχουν, αλλά θα χρειαστεί να δώσουν και συμπληρώματα στο νεογνό τους. Υπάρχουν συσκευές που έχουν δημιουργηθεί για να βοηθήσουν τη χορήγηση συμπληρώματος κατά την διάρκεια του θηλασμού (Lowdermilk et al., 2010).

Λόγω των επιδράσεων των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της ανθρώπινης πλακουντιακής γαλακτογόνου ορμόνης και άλλων ορμονών της κύησης, οι μαστοί μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας για τη γαλουχία. Όταν αυξάνεται ο αδενικός και λιπώδης ιστός, τότε αυξάνουν και σε μέγεθος. Οι μαστοί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν διπλάσιο αίμα, είναι πιο ευαίσθητοι και παρουσιάζουν φλεβική διάσταση. Η θηλή ανορθώνεται, η θηλαία άλωσ σκουραίνει. Κατά την διάρκεια της 16^{ης} εβδομάδας της εγκυμοσύνης, οι αδενοκυψέλες αρχίζουν να παράγουν το πύαρ (ή πρωτόγαλα) (Lowdermilk et al., 2010).

2. ΓΑΛΑΚΤΟΓΕΝΕΣΗ

Υπάρχουν κάποιες ορμόνες στις ωοθήκες, οι οποίες προετοιμάζουν το μαστό για να παράγει το γάλα. Όταν το μωρό ξεκινάει να θηλάζει θα σταλθεί μήνυμα στον εγκέφαλο για να εκκριθούν γαλακτογόνοι ορμόνες, οι οποίες δρουν στο αδενικό τμήμα, το οποίο φιλτράρει το αίμα στην περιοχή και μέσω αυτού παράγεται το γάλα (Καβαλιώτης, 2015).

Κατά την εγκυμοσύνη, η προλακτίνη προετοιμάζει τους μαστούς για την έκκριση γάλακτος και κατά τη διάρκεια της γαλουχίας για την παραγωγή και έκκριση γάλακτος. Μετά τον τοκετό, υπάρχει πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, με αποτέλεσμα να απελευθερώνεται η προλακτίνη από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Τα επίπεδα της προλακτίνης είναι υψηλότερα κατά τη διάρκεια των 10 πρώτων ημερών κατά τον τοκετό. Η παραγωγή προλακτίνης διεγείρεται με το θηλασμό και την κένωση του περιεχομένου του μαστού. Όταν η κένωση των μαστών είναι χαμηλή, τότε θα μειωθεί και η παραγωγή του γάλακτος.

Όταν διεγείρεται η θηλή (στην διάρκεια του θηλασμού), ενεργοποιείται η οπίσθια υπόφυση από τον υποθάλαμο για την παραγωγή ωκυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή διεγείρει το αντανεκλαστικό απέκκρισης γάλακτος. Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα που περιβάλλουν τις αδενοκυψέλες συσπώνται ως απάντηση στην ωκυτοκίνη, προωθώντας το γάλα διαμέσου των εκφορητικών πόρων προς τη θηλή. Το γάλα μπορεί να απελευθερωθεί με το κλάμα του μωρού, αλλά ακόμα μπορεί να απελευθερωθεί κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, εξαιτίας της έκκρισης ωκυτοκίνης κατά τον οργασμό, αντιθέτως αναστέλλεται από το φόβο, το στρες και την κατανάλωση αλκοόλ (Lowdermilk et al., 2010).

Επειδή η ωκυτοκίνη συμβάλλει στις συστολές της μήτρας κατά τον τοκετό, μπορεί να απελευθερωθεί γάλα και στη φάση αυτή. Η ωκυτοκίνη προκαλεί συσπάσεις της μήτρας και μετά τον τοκετό (για έλεγχο της αιμορραγίας της λοχείας και προαγωγή της παλινδρόμησης της μήτρας), οι οποίες ονομάζονται «υστερόπονοι» και μπορεί να πονάνε κατά τον θηλασμό από 3 έως 5 ημέρες μετά τον τοκετό, όμως υποχωρούν σε 1 εβδομάδα μετά τον τοκετό (Lowdermilk et al., 2010).

Η ανόρθωση της θηλής βοηθάει ώστε το γάλα να οδηγηθεί από τους γαλακτοφόρους πόρους στα στόμια των γαλακτοφόρων πόρων της θηλής. Το μέγεθος και το σχήμα των θηλών διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Μπορεί κάποιες γυναίκες να έχουν επίπεδες ή εισέχουσες θηλές και αυτό να μη βοηθάει στην ανόρθωση της θηλής. Ωστόσο, το γεγονός αυτό δεν επηρεάζει ιδιαίτερα στον θηλασμό του νεογνού (Lowdermilk et al., 2010).

3. Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Το μητρικό γάλα παρέχει στο νεογνό όλα τα συστατικά στις κατάλληλες ποσότητες για την ανάπτυξη του. Δεν παρουσιάζει διαφορές σε γυναίκες που έχουν διαφορετική καταγωγή. Ωστόσο, η σύσταση του μητρικού γάλακτος διαφοροποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε μωρού, ακόμη και με τις ώρες. Τις πρώτες 3 ημέρες μετά τον τοκετό παράγεται το πύαρ ή πρωτόγαλα (Κοτανίδου & Σαράντη 2012, Λεοντάρη, 2014, Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015). Το πύαρ είναι ένα παχύρευστο, κιτρινωπό υγρό, το χρώμα του οποίου οφείλεται στη Β-καροτίνη, μια πρόδρομη ουσία της βιταμίνης Α. Τα συστατικά του πύατος είναι ωφέλημα για την ανάπτυξη του γαλακτοβάκιλλου και της φιλικής εντερικής χλωρίδας του νεογνού (Σακλαμάκη-Κοντού, 2009). Επιπλέον περιέχει ολισακχαρίτες, λευκοκύτταρα, λακτοφερρίνη, επιδερμидικό αυξητικό παράγοντα, νάτριο, χλώριο και πρωτεΐνες (Κοτανίδου και συν, 2012, Λεκάκου, 2013, Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

Μεταξύ της 4^{ης} και 14^{ης} ημέρας η σύσταση του γάλακτος αλλάζει και τα επίπεδα του νατρίου και των πρωτεϊνών μειώνονται. Με το πέρας της 1^{ης} εβδομάδας έως και το τέλος της 3^{ης} η ποσότητα των πρωτεϊνών και των ανοσοσφαιρινών μειώνονται (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015). Παράλληλα παρατηρείται αύξηση της λακτόζης και του λίπους, συγκριτικά με τις τιμές που συγκεντρώνονται στο πύαρ. Το γάλα αυτό χαρακτηρίζεται ως μεταβατικό γάλα (Σακλαμάκη-Κοντού, 2009). Με την πάροδο της 3^{ης} εβδομάδας αρχίζει να παράγεται το ώριμο γάλα και διατηρείται μέχρι το τέλος της γαλουχίας (Σακλαμάκη-Κοντού, 2009, Κοτανίδου και συν, 2012,). Το γάλα που παράγεται από τους μαστούς είναι σχεδόν 600-900ml, του οποίου ο όγκος εξαρτάται από το βάρος του μωρού (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015). Συνήθεστερα η μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος παράγεται κατά τις βραδινές ώρες. Η σύσταση του ώριμου γάλακτος αποτελείται 87% από νερό και συνεισφέρει στην

ενυδάτωση του μωρού. Το υπόλοιπο 13% αποτελείται από πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λιπίδια, μέταλλα, ένζυμα, βιταμίνες, ορμόνες και αμυντικούς παράγοντες (Σακλαμάκη-Κοντού, 2009, Κοτανίδου και συν, 2012, Λεκάκου, 2013, Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

Στα λιπίδια εμπεριέχονται τα Ω-3 λιπαρά οξέα και άλλα λιπαρά τα οποία είναι απαραίτητα για την διαμόρφωση του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς. Τα λιπίδια είναι απαραίτητα για την διατήρηση της θερμοκρασίας τους γάλακτος.

Έπειτα από τις 6 πρώτες εβδομάδες θηλασμού η ποσότητα των πρωτεϊνών μειώνεται. Παρατηρείται πως η συγκέντρωση των πρωτεϊνών στις μητέρες που γέννησαν πρόωρα είναι μεγαλύτερη από εκείνες που γέννησαν στην καθορισμένη ώρα. Από την άλλη δε, πρέπει να σημειωθεί πως οι γυναίκες με μεγαλύτερο βάρος και εκείνες που θηλάζουν συχνότερα έχουν μικρότερη συγκέντρωση πρωτεϊνών (Gathwala, Singh & Singh, 2010).

Ο Επιδερμικός Αυξητικός Παράγοντας (EGF), το αμινοξύ ταυρίνη, τα νουκλεοτίδια και η καρτινίνη ανήκουν στα αζωτούχα άλατα και συμβάλουν στην ανάπτυξη του εντερικού επιθηλίου, καθώς και το προστατεύουν. Αξίζει να σημειωθεί πως ο Επιδερμικός Αυξητικός Παράγοντας είναι απαραίτητος για τα πρόωρα νεογνά, καθώς βοηθάει στην ανάπτυξη του εντερικού σωλήνα και στην πρόληψη της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015, Schanler et al., 2013).

Η λακτόζη αποτελεί το 72% των υδατανθράκων. Στους υδατάνθρακες όμως συναντούμε και τους ολιγοσακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και τις γλυκοπρωτεΐνες που περιβάλλουν τον παράγοντα bifidus, ο οποίος προστατεύει την διείσδυση των εντεροπαθογόνων μικροοργανισμών (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

Όσον αφορά τον σίδηρο, συνδέεται με την λακτοφερρίνη και μαζί βοηθούν στην απορρόφηση του γάλακτος από το έντερο. Η λακτοφερρίνη έχει την ικανότητα να σκοτώνει τους παθογόνους μικροοργανισμούς και να εμποδίζει την επαφή τους με τον σίδηρο απορροφώντας τον. Έτσι επιδιώκεται η αναστολή του πολλαπλασιασμού των παθογόνων (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015, Schanler et al., 2013).

Τα μέταλλα του γάλακτος είναι το νάτριο, το κάλιο, το μαγνήσιο, το ασβέστιο, ο φώσφορος και το χλώριο. Το ένζυμο που περιλαμβάνει το μητρικό γάλα είναι η αμυλάση και η διαστάση που διασπούν τους υδατάνθρακες καθώς και τις λιπάσες (γαστρική, παγκρεατική και BSSL) που διασπούν τα λίπη. Το μητρικό γάλα περιέχει επίσης μια μεγάλη ποικιλία ορμονών. Μερικές από αυτές είναι η θυρεοειδική, η λεπτίνη και η γαστρίνη που συμμετέχουν στην εύρυθμη λειτουργία του μεταβολισμού και της όρεξης του βρέφους (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015, Schanler et al., 2013). Στο μητρικό γάλα υπάρχουν επίσης σε μεγάλες συγκεντρώσεις οι βιταμίνες Α και Ε. σχετικά με τις βιταμίνες Κ και D η περιεκτικότητά τους είναι σε χαμηλά ποσοστά και το μωρό πρέπει να τις χορηγηθεί είτε per-os είτε με ένεση. Ο Transforming Growth Factor (TGF-β) είναι ένα ανοσοποιητικός παράγοντας, ο οποίος ενεργοποιείται όταν η μητέρα εκτεθεί σε κάποιο αλλεργιογόνο. Το γεγονός αυτό προστατεύει το βρέφος από μια επικείμενη επαφή του με κάποιο τροφικό αλλεργιογόνο (Schanler et al., 2013).

4. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Φυσιολογικά οφέλη για τα βρέφη:

Δεν είναι λίγοι αυτοί που υποστηρίζουν το θηλασμό ως το σωστότερο τρόπο να πει ένα μωρό το γάλα του. Το γάλα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του κάθε βρέφους και αλλάζει σύμφωνα με αυτές. Το μητρικό γάλα είναι αλλιώς το πρωί και αλλιώς το βράδυ και διαφέρει από μήνα σε μήνα (Καβαλιώτης, 2015).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε, απεδείχθη πως τα βρέφη που θηλάζουν έχουν υψηλότερο κορεσμό οξυγόνου, αντίθετα με τα βρέφη που χρησιμοποιούν μπιμπερό. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο πιπίλισμα των βρεφών, μπορούν και καταπίνουν καλύτερα έχουν καλύτερη αναπνοή από τα μωρά που έχουν μπιμπερό για τάισμα. Επιπλέον, τα βρέφη που θηλάζουν έχουν καλύτερη θερμοκρασία του σώματος και σε αυτό βοηθάει η επαφή στην οποία έρχεται το δέρμα του βρέφους με αυτό της μητέρας και η θερμοκρασία του γάλατος. Τα πρόωρα μωρά έχουν χαμηλό καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό και χαμηλό κορεσμό οξυγόνου, έτσι τα βρέφη που θηλάζουν εμφανίζουν σπάνια άπνοια και βραδυκαρδία σε σχέση με αυτά που έχουν ως μέσω τροφής το μπιμπερό. Σημαντικό ρόλο στη φάση αυτή παίζει η ικανότητα του βρέφους να ρυθμίζει την αναπνοή του όταν θηλάζει (Chen et al., 2000).

Επαφή δέρμα με δέρμα:

Τα νεογνά που θηλάζουν νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και αυτοπεποίθηση γιατί “χορταίνουν” την αγκαλιά της μητέρας τους και για το λόγο αυτό κλαίνε λιγότερο. Η μητέρα μπορεί να καταλάβει καλύτερα τις ανάγκες του παιδιού της και να ανταποκριθεί σε αυτές. Επομένως, η μητέρα θα πρέπει να αφήνει το παιδί της να θηλάσει κάθε φορά που κλαίει γιατί θα βοηθήσει μετέπειτα και την ίδια και το παιδί της να καλύψουν τις ανάγκες τους (Καβαλιώτης, 2015).

Διατροφικά και ανοσολογικά οφέλη:

Οι μητέρες που θρέφουν τα πρόωρα νεογνά τους παρουσιάζουν αύξηση του όγκου παραγωγής γάλακτος. Αυτό ως συνέπεια φέρει να αυξάνονται τα αντισώματα του γάλακτος για να προστατεύσει το νεογνό από μικροοργανισμούς του περιβάλλοντος (Buckley & Charles, 2006).

Στις ανεπτυγμένες χώρες είναι συχνό φαινόμενο η μόλυνση που υφίσταται το περιβάλλον, έτσι ο θηλασμός βοηθάει τα βρέφη να επιβιώσουν και τα προστατεύει από γαστρεντερικές λοιμώξεις. Επίσης ο θηλασμός μειώνει τα ποσοστά νεκρωτικής εντεροκολίτιδας στα πρόωρα βρέφη. Επιπλέον, ο θηλασμός μειώνει την εμφάνιση φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου και την πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά όταν μεγαλώσουν (Lissauer et al., 2012).

Επιπτώσεις στην ανάπτυξη του βρέφους στο στόμα:

Ο θηλασμός έχει θετικές επιπτώσεις και στην ανάπτυξη των δοντιών. Ο θηλασμός εξυπηρετεί στην ανάπτυξη της κάτω γνάθου κυρίως, να δυναμώσουν οι μύες του σαγονιού και να αυξηθεί ο χώρος της ρινικής κοιλότητας (όπου στο μέλλον θα βοηθήσει το παιδί να μην ροχαλίζει και να μην παρουσιάζει άπνοια). Στη φάση του θηλασμού η γλώσσα, το κάτω χείλος και η κάτω γνάθος συνεργάζονται να τραβήξει γάλα το βρέφος και ο ουρανίσκος να γίνει σκληρός, ώστε τα δόντια να βγούνε σε ευθεία σειρά και να μην υπάρξει κάποια ανώμαλη διαμόρφωση (Palmer In Buckley & Charles, 2006).

Αποτελεσματικότητα της σίτισης:

Το μητρικό γάλα μπορεί το μωρό να το χωνέψει μέσα σε τρεις ώρες χωρίς να επιβαρυνθούν τα νεφρά και το συκώτι του. Τα μωρά έχουν λιγότερους κωλικούς και δερματικούς ερεθισμούς στην περιοχή της πάνας, καθότι η σύνθεσή τους βοηθάει στην ανάπτυξη γαλακτοβακίλλων στο έντερο του μωρού (Καβαλιώτης, 2015).

Αυτό φέρει ως αποτέλεσμα το pH των κοπράνων του μωρού να είναι όξινο και να μην ερεθίζεται η επιδερμίδα του. Το μωρό θα προφυλαχθεί και από στεφανιαία νόσο, παχυσαρκία και σκλήρυνση κατά πλάκας. Στα πρόωρα νεογνά μειώνεται το ποσοστό εμφάνισης νεογνικού ίκτερου και προστατεύεται από αναιμίες. Ο θηλασμός προστατεύει το μωρό και από αλλεργίες, ιδίως δε αν ένας από τους γονείς είναι αλλεργικός. Το μωρό δεν πρέπει να πίνει γάλα αγελάδας καθώς πολλές από τις πρωτεΐνες ευθύνονται για τις αλλεργίες που αποκτά. Ακόμη και το ξένο γάλα μπορεί να του προκαλέσει κάποια αλλεργία (Καβαλιώτης, 2015).

Το γάλα περιέχει και σίδηρο, ψευδάργυρο και ασβέστιο πράγμα που προστατεύει το μωρό από στερητικά νοσήματα. Τα λίπη του γάλακτος βοηθάνε στην πνευματική ανάπτυξη του μωρού. Έρευνες έχουν αποδείξει πως τα παιδιά που έπιναν γάλα τις πρώτες βδομάδες της ζωής τους έχουν αυξημένους δείκτη νοημοσύνης (Καβαλιώτης, 2015).

Μειωμένος κίνδυνος τραυματισμού της θηλής:

Οι ηλεκτρικές αντλίες του μαστού μπορούν να δημιουργήσουν πρόβλημα στο μαστό, όπως να είναι μικρή η εκκένωση του μαστού. Υπάρχουν ερευνητές που πιστεύουν πως αν η αντλία δεν λειτουργεί σωστά μπορεί να προκαλέσει και μαστίτιδα. Τέλος, πρόβλημα μπορεί να επιφέρει και στη θηλή αν το επίπεδό της είναι πάνω από 200mmHg ή στην αναρρόφηση αν είναι κάτω από 150 mmHg (Buckley & Charles, 2006).

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

Είναι σαφές πως όσες μητέρες μπορούν να θηλάσουν θα το κάνουν για αρκετό καιρό. Οι μητέρες που θηλάζουν μειώνουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη τύπου 2. Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε 47 επιδημιολογικές χώρες στις 30

που οι μητέρες θήλαζαν, το ποσοστό που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού μειώθηκε στο 4,3% (Buckley & Charles, 2006).

Ψυχολογικές επιδράσεις του θηλασμού:

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε γυναίκες που θηλάζουν και όσες ταΐζουν με το μπιμπερό για να δουν τις ψυχολογικές επιδράσεις. Το στρες και το άγχος μειώθηκε αρκετά στις γυναίκες που θήλαζαν και αυτό οφείλεται στα επίπεδα της ωκυτοκίνης που απελευθερώνονται κατά τον θηλασμό. Επίσης οι μητέρες που θηλάζουν συνδέονται περισσότερο συναισθηματικά με το μωρό τους, πράγμα που μειώνει το ενδεχόμενο επιλόχειας κατάθλιψης (Mezzacappa et Katkin, 2002).

Από την άλλη εξετάστηκε ευρέως η σχέση μητέρας-παιδιού που θηλάζουν από το στήθος και αυτών που χρησιμοποιούν το θήλαστρο. Τα μωρά που θηλάζουν αναπτύσσουν μια αλληλεπίδραση με τη μητέρα τους, έχουν στοματική ευχαρίστηση, αποκτούν δράση και μάθηση, την δική τους προσωπικότητα. Όλα αυτά αυξάνονται ή μειώνονται σύμφωνα με τον θηλασμό (αν αυξάνεται ή μειώνεται η διάρκειά του). Αν ο θηλασμός σταματήσει απότομα, τότε αυτό θα επηρεάσει την ψυχολογία του βρέφους. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί πως με τον θηλασμό το άγχος της μητέρας μεταφέρεται και στο βρέφος (Καβαλιώτης, 2015).

Όσον αφορά την επιρροή που φέρει ο θηλασμός όταν τα βρέφη μεγαλώνουν και φτάσουν στην εφηβεία, διαπιστώθηκε πως οι σχέσεις μητέρα-παιδιού ήταν δυνατές, η μητέρα φρόντιζε το παιδί της αλλά δεν ήταν και υπερπροστατευτική μαζί του. Επίσης τα παιδιά είναι μακριά από ουσίες. Όσον αφορά τις μητέρες, αυτές που θήλαζαν ήταν σε μεγάλη ηλικία, μορφωμένες, είχαν στήριγμα στο μέγαλωμα του παιδιού, δεν κάπνιζαν πολύ και προέρχονταν από υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Καβαλιώτης, 2015).

Στη συνέχεια, πρέπει να κάνουμε λόγο απέναντι στην ευαισθησία των μητέρων έδειξε πως οι μητέρες που θήλαζαν είχαν μεγαλύτερη ευαισθησία απέναντι στα παιδιά τους από εκείνες που δεν θήλαζαν. Ακόμη και όσες ήταν έγκυος και σκόπευαν να θηλάσουν ήταν πιο ευαίσθητες μετά τον 3^ο μήνα του τοκετού (Britton et al., 2006).

Τέλος, η Gribble (2006) αναφέρθηκε στη σχέση μεταξύ θετής μητέρας και βρέφους μέσω θηλασμού. Η ερευνήτρια πιστεύει πως ο θηλασμός βοηθάει για μια δυνατή σχέση και δεν όχι μόνο για να τραφεί το μωρό. Το μωρό νιώθει ασφάλεια και αυτό συμβαίνει όσο συνεχίζεται ο θηλασμός (Gribble, 2006).

Πρακτικά πλεονεκτήματα για τις μητέρες:

Ένα πλεονέκτημα για την μητέρα που θηλάζει είναι πως εξοικονομεί χρόνο κατά την σίτιση. Οι μητέρες στο μαστό διαθέτουν πάντα γάλα και στην κατάλληλη θερμοκρασία. Ο θηλασμός βοηθάει και το νεογνό να μάθει να θηλάζει σωστά. Τέλος, ο θηλασμός αποτελεί και εξοικονόμηση χρημάτων, εφόσον η μητέρα έχει το γάλα δεν θα αγοράσει ή δεν θα χρειαστεί να πάρει κάποιο ξένο (Buckley & Charles, 2006).

Τα οφέλη του θηλασμού στην κοινωνία:

Όσον αφορά την κοινότητα συναντάμε και εκεί κάποια οφέλη. Αρχικά μειώνεται το κόστος την υγειονομικής περίθαλψης και οι δαπάνες. Οι γονείς και ιδίως οι μητέρες επιστρέφουν πιο γρήγορα στις δουλειές τους και δεν κάνουν απουσίες. Παύουν να αγοράζονται μπουκάλια μπιμπερού και μειώνεται η χρήση τεχνητής τροφής. Ο θηλασμός αποτελεί οικονομικά οφέλη και στις πλούσιες και στις φτωχές οικογένειες. Το μητρικό γάλα συμβάλει στη διατήρηση της υγείας και στη σωστή σωματική και πνευματική ανάπτυξη του βρέφους και για αυτό απαιτείται να γίνεται ο θηλασμός τους έξι πρώτους μήνες. Επίσης, ο θηλασμός βοηθάει και στην υγεία της μητέρας. Η μητέρα προστατεύεται από καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών, και καθυστερεί μία επόμενη εγκυμοσύνη (Gartner et al., 2005).

Τα πλεονεκτήματα του θηλασμού ξεπερνούν τα όρια της οικογένειας. Ο θηλασμός είναι η πιο οικολογική μορφή ταΐσματος. Μειώνει την μόλυνση του αέρα, του νερού και του εδάφους από την παραγωγή και τις συσκευασίες του τυποποιημένου γάλακτος. Δεν καταναλώνει πηγές ενέργειας, όπως η προετοιμασία του ξένου γάλακτος και η αποστείρωση του μπιμπερό. Όταν οι περισσότερες μητέρες θηλάζουν, η οικονομία της χώρας εξοικονομεί τεράστια ποσά που διαφορετικά θα ξοδεύονταν για την εισαγωγή πρώτων υλών και έτοιμων προϊόντων τυποποιημένου γάλακτος (Λεοντάρη, 2016).

5. ΔΡΑΓΜΟΣ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ

Ο δραγμός της θηλής είναι η τοποθέτηση του στόματος του μωρού στο στήθος της μητέρας, με σκοπό να “πιάσει” τη θηλαία άλω της μητέρας για να θηλάσει. Ο τρόπος που θα περί-κυκλώσει το μωρό το στήθος είναι το βασικότερο βήμα για να ξεκινήσει ο θηλασμός. Αν το μωρό δεν τοποθετήσει σωστά το στόμα του ενδεχομένως να μη λάβει αρκετό γάλα, να τραυματιστεί η θηλή της μητέρας και στο τέλος να απογαλακτιστεί γρήγορα. Η μητέρα όταν προετοιμάζεται να θηλάσει μπορεί με τα χέρια της να βοηθήσει το στήθος για να γίνει λίγη έκκριση γάλακτος, ώστε έτσι θα βοηθήσει το μωρό με τη μυρωδιά να φτάσει στο επιθυμητό σημείο για να θηλάσει (Lowdermilk et al., 2010, Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

Η μητέρα θα βοηθήσει στη διαδικασία του δραγμού κρατώντας με τον αντίχειρά της τον πάνω μέρος του στήθους και στηρίζοντας με τα δάχτυλα την θηλαία άλω. Η μητέρα στη συνέχεια συμπιέζει το στήθος για να μπορέσει να ληφθεί σωστά ο μαστός από το μωρό. Κατά την πρώτη περίοδο οι μητέρες είναι καλό να συγκρατούν τον μαστό ώσπου μπορέσει το μωρό να “πιάνει” σωστά από μόνο του το στήθος (Lowdermilk et al., 2010).

Έπειτα η μητέρα θα ερεθίσει το πάνω χείλος του μωρού ή την μύτη τους φέρνοντας το στήθος της κοντά. Στο μωρό θα δημιουργηθεί το ένστικτο της αναζήτησης και το μωρό θα ανοίξει το στόμα για να συλλάβει τη θηλή (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

Το μωρό έχει συλλάβει σωστά τη θηλή, όταν η μύτη, το μάγουλο και το πηγούνι ακουμπάνε το μαστό. Αν η μητέρα έχει φόβο πως το μωρό δεν αναπνέει καλά, μπορεί να σηκώσει το ισχίο του μωρού για να αλλάξει γωνία το κεφάλι του, όμως αν το μωρό δεν αναπνέει καλά αντιδρούν τα αντανακλαστικά του και πηγαίνει από μόνο του το κεφάλι προς τα πίσω (Lowdermilk et al., 2010).

Για να βεβαιωθούμε πως το μωρό έχει συλλάβει τη θηλή πρέπει:

- Το πάνω και το κάτω χείλος του μωρού να έχουν μεγάλη γωνία
- Το μωρό να έχει καταφέρει να συλλάβει και τη θηλαία άλω του μαστού
- Τα χείλη του μωρού είναι προς τα έξω με τρόπο ώστε ασκείται αρνητική πίεση και εκκρίνεται το γάλα
- Το πηγούνι του μωρού ακουμπάει το στήθος

- Όταν το μωρό θηλάζει σωστά γίνεται αντιληπτό και από τις κινήσεις της κάτω γνάθου. Στην αρχή το μωρό έχει γρήγορες κινήσεις για να πάρει το γάλα και στη συνέχεια είναι πιο αργές και με ρυθμό (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

6. ΘΕΣΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Δεν υπάρχουν κανόνες για τον τρόπο που θα γίνει ο θηλασμός γιατί είναι κάτι φυσικό. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια βοηθήματα για να είναι ένας θηλασμός πιο εύκολος.

- Καλή ώρα για να θηλάσει μια μητέρα είναι όταν το μωρό ετοιμάζεται να κοιμηθεί ή μόλις έχει ξυπνήσει.
- Όταν το μωρό κλαίει θα πρέπει η μητέρα πρώτα να το ηρεμήσει και μετά να το θηλάσει.
- Η μητέρα θα πρέπει να κάθεται άνετα κατά την διάρκεια του θηλασμού και να μη πέφτει το σώμα της στο μωρό.
- Η μητέρα πριν ξεκινήσει τον θηλασμό να φροντίζει να στηρίζει το κεφάλι του μωρού από τον αυχένα και να οδηγεί το μωρό στο στήθος και όχι το αντίθετο.
- Είναι καλό για μητέρα και βρέφος να έρχονται κοντά δέρμα με δέρμα κατά την διάρκεια του θηλασμού.
- Για να στηρίζει καλά το μωρό της η μητέρα μπορεί να χρησιμοποιήσει μαξιλάρια κάτω από το σωματάκι του μωρού και να φροντίζει η μύτη του να ακουμπάει τη θηλή της (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

7. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Υπάρχουν τέσσερις προτεινόμενες θέσεις θηλασμού.

1. Η ξαπλωτή θέση
2. Η θέση αγκαλιάς ή κλασική θέση
3. Η θέση αντίστροφης αγκαλιάς
4. Η πλαϊνή θέση

Καλό είναι να πραγματοποιείται η θέση που είναι εύκολη για το μωρό να πιάσει τη θηλή και η μητέρα είναι άνετα (Lowdermilk et al., 2010, Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

- Η ξαπλωτή θέση: προτιμάται τις πρώτες ημέρες για να βλέπει η μητέρα το σώμα του μωρού και να το φέρνει στο στήθος της. Επίσης είναι η θέση που βοηθάει να θηλάσουν οι μητέρες μετά από καισαρική (Lowdermilk et al., 2010, Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).
- Η θέση αγκαλιάς ή κλασική θέση: η θέση που προτιμούν οι μητέρες. Το κεφάλι του μωρού στηρίζεται στο μπράτσο της μητέρας (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).
- Θέση αντίστροφης αγκαλιάς: είναι κατάλληλη για τις πρωτοτόκες μητέρες, καθώς στηρίζουν με το χέρι τους το κεφάλι του μωρού και το φέρνουν στο στήθος (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).
- Πλαϊνή θέση: το μωρό τοποθετείται κάτω από τον βραχίονα της μητέρας. Η στάση αυτή είναι καλή για μητέρες μετά από καισαρική ή όσες έχουν μεγάλο στήθος (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015). Επίσης, η μητέρα δεν κουράζεται και την βοηθάει σε περίπτωση που πονάει στο περίνεο ή έχει οίδημα (Lowdermilk et al., 2010).
- Τέλος, υπάρχει και η θέση για τα δίδυμα: σε κάθε μωρό η μητέρα τοποθετεί ένα μαξιλάρι από κάτω από το σώμα τους και με τα χέρια της υποστηρίζει τις πλάτες τους και τον αυχένα (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

Η μητέρα πριν φύγει από το νοσοκομείο θα πρέπει να έχει δοκιμάσει όλες τις θέσεις για να δει ποια της ταιριάζει και να μπορεί να ανταπεξέλθει στον θηλασμό στο σπίτι (Lowdermilk et al., 2010).

ΘΕΣΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ:

Άνετες Στάσεις Θηλασμού



Fig. 1 Cradle Position

Στάση Αγκαλιάς



Fig. 3 Cross-Cradle or "Transition" Hold

Στάση Αγκαλιά-Χιαστί



Fig. 4 Clutch or Side Position

Στάση Κάτω από τη Μασχάλη



Side-Lying Position

Ξαπλωτή Στάση



Στάση με το μωρό μπρούμυτα
(για ρύθμιση έντονης ροής)

Για περισσότερες πληροφορίες:

<http://www.llli.org/faq/positioning.html> (Αγγλικά)

<http://www.lllgreece.org/sychnes-eroteseis> (Ελληνικά)

Copyright (c) 2015 Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδος - La Leche League Greece. Απαγορεύεται η αναπαραγωγή ή αναδημοσίευση του κειμένου - παρακαλούμε χρησιμοποιείτε παραπομπή στην ιστοσελίδα μας www.lllgreece.org ή στη σελίδα μας στο Facebook [La Leche League Greece](https://www.facebook.com/LaLecheLeagueGreece).

Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδος-La Leche League Greece
www.lllgreece.org
www.facebook.com/LaLecheLeagueGreece



8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

Κύριο ζήτημα σήμερα αποτελεί η ενημέρωση των μητέρων για τον θηλασμό, κατά πόσο είναι ελεύθερες για να θηλάσουν και η πρακτική που θα ακολουθήσουν. Πολλές μητέρες παύουν να θηλάζουν γρήγορα, με αποτέλεσμα μόνο το 4% να θηλάζει ως τον 6^ο μήνα και αυτό οφείλεται στην ελλιπή στήριξη της οικογένειας, της κοινωνίας και στις εταιρίες γάλακτος, διότι προσπαθούν να διαφημίσουν το γάλα σε σκόνη. Οι εταιρίες αυτές έχουν άμεσο αντίκτυπο στις μητέρες, επειδή θα επηρεαστούν εξαιτίας της δωρεάν διανομής, με αποτέλεσμα είτε να μη ξεκινήσουν τον θηλασμό, είτε να τον διακόψουν. Αν η μητέρα ξεκινήσει από το νοσοκομείο να τρέφει το παιδί της με τροποποιημένο γάλα, το ίδιο θα κάνει και στο σπίτι. Άλλα στοιχεία που κυρίως δεν βοηθάνε για να επιτευχθεί ο θηλασμός είναι:

1. Ο θηλασμός δεν αποτελεί από τις γενεές μια κληροδοτημένη υποστήριξη, δηλαδή πολλές γιαγιάδες δεν έχουν θηλάσει και κατά εξακολούθηση οι κόρες τους.
2. Οι μητέρες δεν βλέπουν άλλες μητέρες να θηλάζουν.
3. Οι σύγχρονες μητέρες θηλάζουν με βάση το δικό τους πρόγραμμα και όχι απαραίτητα τότε το έχει ανάγκη το μωρό.
4. Όσοι υποβαθμίζουν την έννοια του θηλασμού αυτόματα μειώνουν την θέληση της μητέρας να θηλάσει και δημιουργούνται λανθασμένες απόψεις περί του θέματος.
5. Κύριο δε μέλημα είναι η ανύπαρκτη υποστήριξη της μητέρας να θηλάσει στο νοσοκομείο ή στο μαιευτήριο, πράγμα που συνεχίζεται και στην οικεία (Καβαλιώτης, 2015).

Άλλη έρευνα που διεξήχθη στη Μαλαισία απέδειξε πως οι μητέρες αγροτικής περιοχής θηλάζαν συχνότερα από εκείνες που ήταν αστικής περιοχής. Επίσης, οι μητέρες από την Κίνα θηλάζαν λιγότερο από τις μητέρες εθνικών ομάδων στη Μαλαισία. Αυτό γίνεται καθότι στην Κίνα οι μητέρες προσλαμβάνουν για να φροντίζει κάποιος το μωρό τους από τον πρώτο μήνα. Αντιθέτως οι μητέρες που δεν εργάζονται θηλάζουν αποκλειστικά τα παιδιά τους. Από την άλλη, στη Μαλαισία οι μητέρες που εργάζονται δικαιούνται άδεια μητρότητας μόνο δύο μήνες και απαγορεύεται ο θηλασμός μέσα στην εργασία. Το κάπνισμα είναι ένα ακόμα εμπόδιο στον θηλασμό, γιατί η έρευνα απέδειξε πως οι μητέρες που κάπνιζαν θηλάζαν λιγότερο από εκείνες

που δεν ήταν καπνίστριες. Όσον αφορά τις πρωτοτόκες μητέρες είναι διστακτικές, ενώ όσες είναι πολύτεκνες θα θηλάσουν περισσότερο. Τέλος, ένα μεγάλο πλεονέκτημα για τον θηλασμό αποτελεί το μέρος που κοιμάται το μωρό, γιατί τα μωρά που κοιμούνται με την μητέρα τους θηλάσουν περισσότερο από εκείνα που κοιμούνται μόνα τους (Tan, 2011).

8.1. Η ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

Μια άλλη διάσταση του όλου ζητήματος είναι αυτή των δυσκολιών του θηλασμού οι οποίες προέρχονται από την μητέρα, χωρίς όμως να είναι υπαίτια αυτή. Παρόλο που υπάρχουν αυτές οι δυσκολίες, ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται καθότι μπορεί να παρέμβει η επιστήμη για να τις αντιμετωπίσει (Καβαλιώτης, 2015).

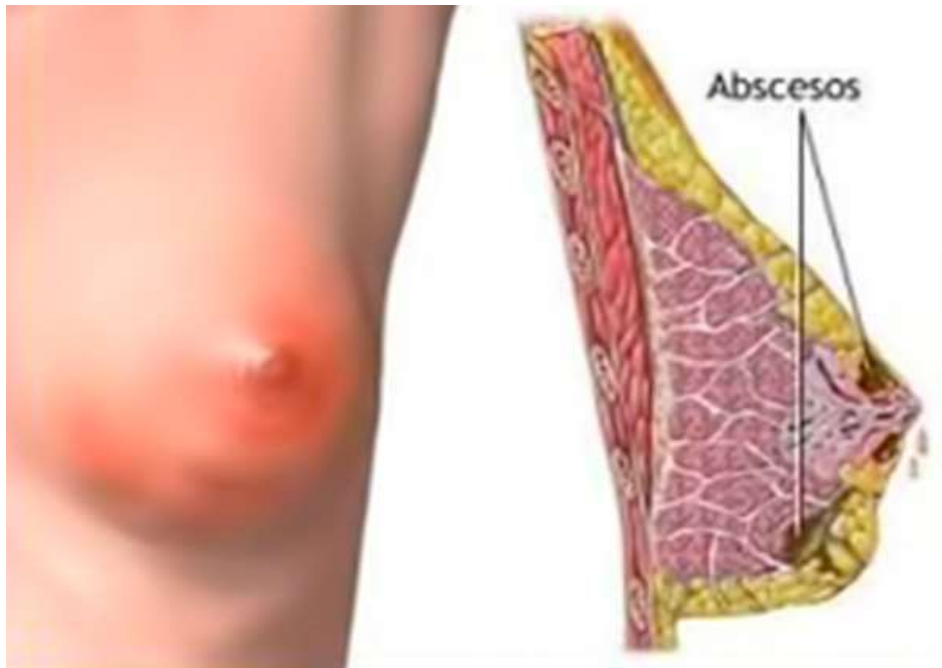
- Το σπάργωμα ή ευρέως γνωστό ως «πέτρωμα στήθους»

Το σπάργωμα εμφανίζεται κατά την τρίτη μέρα μετά τον τοκετό.

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

- Η μαστίτιδα

Στην μαστίτιδα υπάρχουν μικρόβια, τα οποία μολύνουν κάποιον από τους λοβούς του αδένου του στήθους. Το σημείο του μαστού που μολύνθηκε είναι κόκκινο, ζεστό και σκληρό. Κύριο αίτιο της εμφάνισης της μαστίτιδας είναι η σωματική κόπωση της μητέρας (Mohrbacher & Stock, 2005).



- Η ανεπάρκεια γάλακτος

Είναι συχνό φαινόμενο πως οι μητέρες σταματούν να θηλάζουν γιατί όπως ισχυρίζονται οι ίδιες δεν είχαν επαρκές γάλα. Οι μητέρες όμως, εκτός από κάποιες εξαιρέσεις παρέχουν αρκετή ποσότητα γάλακτος. Οι μητέρες ανησυχούν όταν βλέπουν πως το μωρό τους ζητάει συνέχεια το στήθος και θέλει κι άλλο γάλα, με αποτέλεσμα να θεωρούν πως δεν πήραν το γάλα που τους χρειαζόνταν. Επιπλέον, το στήθος με το πέρασμα των ημερών δεν έχει το ίδιο μέγεθος και προκαλείται η ανασφάλεια στην μητέρα πως μειώθηκε το γάλα της. Τα παραπάνω δεν έχουν αποδείξει την μείωση του γάλακτος. Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι για τους οποίους μπορεί να μειωθεί το γάλα είναι όταν το μωρό δεν θηλάζει σωστά ή συχνά. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει το άγχος, η κούραση και η κακή διατροφή για να μειωθεί το μητρικό γάλα (Καβαλιώτης, 2015).

- Η υπερεπάρκεια του γάλακτος και η ταχύτερη του φυσιολογικού ροή του

Πρόκειται για την αντίθετη κατάσταση από την ανεπάρκεια του γάλακτος και οφείλεται σε παθολογικό αίτιο της μητέρας. Όταν μια μητέρα θηλάζει το μωρό της σύμφωνα με τις ανάγκες του, τότε θα προσαρμοστεί σε αυτές και η παραγωγή γάλακτος. Όμως, είναι σύνηθες φαινόμενο η μητέρα να παράγει μεγάλη ποσότητα γάλακτος, ή το γάλα να τρέχει γρήγορα, με αποτέλεσμα το μωρό να μην προλαβαίνει να θηλάσει όταν το χρειάζεται. Το αντίκτυπο στα μωρά είναι να παίρνουν γρήγορα βάρος και να αναπτύσσονται σωστά. Ωστόσο, μπορεί να συμβεί και το αντίθετο, δηλαδή τα μωρά να μη παίρνουν το σωστό βάρος, επειδή δεν θήλασαν σωστά (Butte, 2007).

- Οι ραγάδες

Με τον όρο «ραγάδα» εννοούμε τις πληγές που δημιουργούνται στις θηλές. Τις πληγές αυτές μπορεί να τις αποκτήσει η μητέρα επειδή το μωρό δεν θηλάζει σωστά, με αποτέλεσμα όχι μόνο να μη της αρέσει η διαδικασία του θηλασμού, αλλά να υποφέρει και από τον πόνο. Επίσης, η μητέρα μπορεί να εμφανίζει πληγές και από τη λάθος απομάκρυνση του μωρού στο στήθος, ή από την λανθασμένη τεχνική άντλησης του γάλακτος (Mohrbacher & Stock, 2005).

- Η ιδιομορφία των θηλών

Είναι γνωστό πως η κάθε γυναίκα έχει διαφορετικό σήμα στήθους και θηλών. Κάθε μητέρα μπορεί να θηλάσει το μωρό της ανεξάρτητα από το μέγεθος του στήθους και της θηλής. Όμως, υπάρχει η περίπτωση η μητέρα αν αδυνατεί να θηλάσει εξαιτίας της ιδιομορφίας των θηλών. Στην περίπτωση αυτή οι θηλές είναι επίπεδες και εισέχουσες. Επίπεδες είναι η θηλής, οι οποίες δεν προεξέχουν από το δέρμα της θηλαίας άλω. Εισέχουσες είναι οι θηλές που βρίσκονται προς τα μέσα ή στρέφονται προς τα μέσα, όταν ερεθιστούν. Αυτό οφείλεται σε μικρούς συνδέσμους οι οποίοι συνδέουν τη θηλή με τους υποκειμενικούς ιστούς. Αν η μητέρα μπορέσει να θηλάσει, τότε οι σύνδεσμοι αυτοί επιμηκύνονται και καθώς δεν είναι ελαστικοί, δεν επανέρχονται, οπότε μακροπρόθεσμα οι θηλές εξέχουν μόνιμα (Lawrence & Lawrence, 2011, Mohrbacher & Stock, 2005, Πατσούρου, 2007).

8.2. Η ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Το ζήτημα αυτό αφορά τις μητέρες, των οποίων απαγορεύεται να θηλάσουν είτε λόγω προβλήματος υγείας, είτε λόγω επαφής μητέρας με βλαπτικές ουσίες. Από τα κυριότερα προβλήματα είναι:

- Τα απαγορευτικά εμπόδια στον θηλασμό, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής υγείας της μητέρας.

Οι περιπτώσεις κατά των οποίων η μητέρα δεν πρέπει να θηλάσει λόγω σωματικής υγείας αφορά ασθένειες οι οποίες μεταδίδονται ή είναι βαριάς μορφής, αλλά και επακόλουθα χειρουργικών επεμβάσεων. Εν συντομία οι πιο βαριές ασθένειες είναι :

- ✓ όταν η μητέρα λαμβάνει μεγάλες ποσότητες φαρμάκων, όπως φάρμακα χημειοθεραπείας.

Μεταδοτικές ασθένειες όπως:

- ✓ HIV
- ✓ Ηπατίτιδα
- ✓ Φυματίωση

Βαριάς μορφής ασθένειες όπως:

- ✓ Καρδιοπάθειες
- ✓ Νεφροπάθειες
- ✓ Διαβήτης
- ✓ Η μεγάλη αναιμία
- ✓ Σηψαιμία
- ✓ Τύφος
- ✓ Έλκος
- ✓ Έρπητας στη θηλαία άλω
- ✓ Σοβαρός υποσιτισμός

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

- Η επιλόχεια κατάθλιψη:

Στην επιλόχεια κατάθλιψη ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται, αλλά μπορεί κάποιες φορές να πρέπει να ανασταλεί και αυτό γιατί η μητέρα μπορεί να νιώθει ανίκανη για να ανταπεξέλθει στον ρόλο της. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι ήπιας μορφής και υποχωρούν μόνα τους. Σε άλλες περιπτώσεις όμως, το πρόβλημα είναι σοβαρό και χρειάζεται θεραπεία για να αντιμετωπιστεί (Nicolson, 2001).

Η επιλόχεια κατάθλιψη φέρει βαρύ αντίκτυπο προς την οικογένεια. Οι παράγοντες που ευθύνονται για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι οι ορμονικές αλλαγές μετά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας, όπως επίσης και το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό σχετικά με συναισθηματικές διαταραχές. Βέβαια μεγάλο ρόλο παίζει η ψυχοσύνθεση της μητέρας, καθώς την περιβάλλει ο φόβος απέναντι στην καινούρια της ζωή που πρέπει να ανταποκριθεί, γιατί αλλάζει όλη της η ζωή, οι προτεραιότητες της, η ρουτίνα της. Σαφώς σημαντικό ρόλο έχει η μεταξύ της σχέση με τον πατέρα τους παιδιού και τέλος, θέματα που αφορούν κοινωνικοοικονομικό χαρακτήρα, όπως η ανεργία, αν η εγκυμοσύνη έγινε οικειοθελώς κ.λπ. (Καβαλιώτης, 2015).

Λόγω της επιλόχειας κατάθλιψης η μητέρα μπορεί να “πέσει” στο αλκοόλ ή σε διάφορες ουσίες. Σε κάποιες περιπτώσεις η μητέρα μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκτονία ή ακόμη να σκοτώσει το ίδιο της το παιδί. Τη μόνη λύση του προβλήματος ορισμένες φορές μπορεί να αποτελεί η ψυχοθεραπεία και τα φάρμακα. Κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν στην θηλάζουσα μητέρα με μικρό κίνδυνο για το βρέφος, υπάρχουν όμως και κάποια που απαγορεύονται. Οι επιστήμονες εστιάζουν περισσότερο στην πρόληψη του φαινομένου για να μπορέσει μετέπειτα να θηλάσει με ασφάλεια το μωρό, και στη συνέχεια θα ασχοληθούν με την επιλόχεια κατάθλιψη (Καβαλιώτης, 2015).

- Ναρκωτικά και θηλασμός: μια απαγορευμένη σχέση

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

Η ποσότητα που θα μεταφερθεί στο μητρικό γάλα εξαρτάται από την διαλυτότητα του φαρμάκου και από τον μηχανισμό μεταφοράς, τον βαθμό ιοντισμού και την αλλαγή του pH πλάσματος. Τα φάρμακα οι τιμές διαλυτότητας είναι μεγαλύτερες σημαίνει πως

η συγκέντρωσή τους στο μητρικό γάλα θα είναι υψηλότερη. Η ποσότητα των μεταφερόμενων ελεύθερων ουσιών εξαρτάται από τη σύνδεση πρωτεϊνών του pH πλάσματος (O'Donnell et al., 2009). Σημαντικό ρόλο έχει και τότε λαμβάνονται τα φάρμακα. Κατά τις πρώτες μέρες που θηλάζει το μωρό τα ευδιάλυτα φάρμακα εισέρχονται πολύ πιο εύκολα στο στήθος της μητέρας σε σχέση με τις επόμενες, όπου έχει αρχίσει η παραγωγή γάλακτος (Καβαλιώτης, 2015).

Οι πιο επικίνδυνες ουσίες είναι οι εξής:

- ✓ Αμφεταμίνες
- ✓ Ινδική κάνναβη
- ✓ Χασίς
- ✓ Κοκαΐνη
- ✓ Το λεγόμενο κρακ
- ✓ Όπιο και τα παράγωγά του
- ✓ Οπιούχα
- ✓ Οπιοειδή
- ✓ Μορφίνη
- ✓ Κωδεΐνη
- ✓ Ηρωΐνη
- ✓ Μεθαδόνη
- ✓ Ψυχοδηλωτικά
- ✓ Φυσικού ή χημικού τύπου, όπως είναι τα λεγόμενα «μαγικάμανιτάρια»
- ✓ Ο καρπός του κάκτου
- ✓ LSD
- ✓ PCP και τα συνθετικά του, όπως MDMA
- ✓ Κεταμίνη.

Όσων αφορά ουσίες που δεν είναι γνωστό η επίδραση που θα επιφέρουν στο μέλλον η επιστήμη απαγορεύει τη χρήση από την μητέρα κατά την διάρκεια του θηλασμού π.χ. μαριχουάνα, η οποία μπορεί στον πρώτο μήνα του θηλασμού να αναστείλει την ανάπτυξη και την εξέλιξη των μυϊκών κινήσεων του μωρού (Schaefer et al., 2007).

- Αλκοολισμός: ένα ακόμη πρόβλημα στο οποίο ο θηλασμός αντενδείκνυται

Η αλκοόλη είναι τοξική απέναντι στα έμβρυα και μάλιστα μπορεί να είναι πιο τοξική και από κάποιες ναρκωτικές ουσίες. Η επιστημονική κοινότητα χρησιμοποιεί τον όρο

“Foetal Alcohol Spectrum Disorder” (FASD) για να ταξινομήσει τα σωματικά προβλήματα, όπως και τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών που προέρχονται από την χρήση αλκοόλ από την μητέρα. Η ταξινόμηση αυτή αφορά τον εμβρυικό αλκοολισμό, τον μερικό εμβρυικό αλκοολισμό, τις αλκοολικές συγγενείς ανωμαλίες και τις νευρολογικές αλκοολικές διαταραχές (Albertsen et al., 2004).

Το αλκοόλ κατά την διάρκεια του θηλασμού αναστέλλει την παραγωγή γάλακτος αρκετά με αποτέλεσμα το γάλα να είναι σχεδόν ανύπαρκτο. Οι συνέπειες που φέρει το αλκοόλ είναι δύσκολο να διερευνηθούν και συνήθως δεν αναφέρονται στο ιστορικό της ασθενούς, όμως δεν υπάρχουν και μέθοδοι ανίχνευσής του (Ho et al, 2001).

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

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

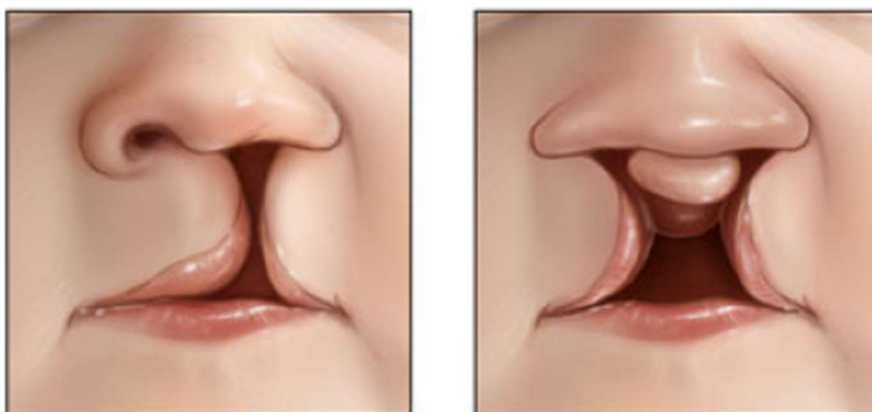
Επειδή δεν υπάρχουν συγκεκριμένες έρευνες για τα θέμα αυτά, όλα τα προβλήματα έχουν ανιχνευθεί τυχαία και κυρίως όταν η μητέρα έχει καταναλώσει υπερβολική ποσότητα αλκοόλ, πέρα από τα φυσιολογικά όρια (Mennella, 2001).

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

8.3. ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

- Η περίπτωση βρεφών με σχιστίες χείλους ή υπερώας

Η περίπτωση σχιστίες χείλους ή υπερώας εμφανίζεται 1 στις 600 γεννήσεις. Μωρά που πάσχουν από σχιστίες χείλους συνήθως μπορούν να θηλάσουν, αντιθέτως τα μωρά με σχιστίες υπερώας δεν μπορούν να πιάσουν σωστά το στήθος. Για τα μωρά που δυσκολεύονται θα χρησιμοποιηθούν μαλακά κυπελάκια, αντί για θήλαστρο για να μπορέσει να θηλάσει. Οι σχιστίες υπερώας έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργήσουν στο μωρό ωτίτιδες και ασθένειες στο άνω αναπνευστικό. Το γάλα προστατεύει από αυτές τις ασθένειες. Για να μπορέσει το μωρό να θηλάσει τοποθετούνται στο μαστό τεχνητές θηλές για να καλύψουν την έλλειψη υπερώας. Έτσι, το νεογνό μπορεί να κάνει αρνητική πίεση και να θηλάσει φυσιολογικά. Μπορεί βέβαια το βρέφος να προβεί σε χειρουργείο για να αποκατασταθεί η υπερώα, αφού όμως περάσει τους 3 πρώτους μήνες (O’Rahilly & Muller, 2000, Newman & Pitman, 2006).



- Άλλες δυσχέρειες στον θηλασμό

Επιγραμματικά άλλες δυσχέρειες που εμποδίζουν τον θηλασμό είναι:

- ✓ Ίκτερος
- ✓ Διάφορες λοιμώξεις του ανώτερου και του κατώτερου αναπνευστικού
- ✓ Λοιμώξεις του γαστρεντερικού
- ✓ Μηνιγγίτιδα
- ✓ Νευρολογικά προβλήματα
- ✓ Μικρογναθία
- ✓ Εσωγναθία

- ✓ Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο
- ✓ Συγγενείς καρδιοπάθειες
- ✓ Προωρότητα
- ✓ Πολυδυμία κ.λπ. (Πατσούρου, 2007, Newman & Pitman, 2006, Gromada, 2007).

8.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού 2009 (Γάκη και συν, 2009) οι παράγοντες που επηρεάζουν εκτός από κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι το κάπνισμα, η εφαρμογή ή όχι της άμεσης τοποθέτησης του μωρού στο στήθος, η διαμονή μητέρας-βρέφους στο νοσοκομείο-μαιευτήριο, η προώθηση του τροποποιημένου γάλα αγελάδας από τα νοσοκομεία. Ο Π.Ο.Υ. έχει προτείνει να υπάρξουν δείκτες, σύμφωνα με τους οποίους να καταγράφονται σε κάθε χώρα και μαιευτήριο τα ποσοστά που αφορούν τον αποκλειστικό θηλασμό και την συμπληρωματική διατροφή. Η έρευνα που έγινε στην Ελλάδα (Γάκη και συν, 2009) απέδειξε πως ο θηλασμός επηρεάζεται είτε θετικά είτε αρνητικά από την ηλικία της μητέρας, την γεωγραφική περιοχή που έμεναν, την εκπαίδευση, το εισόδημα, την εργασία της μητέρας, προηγούμενη ή μη εμπειρία της μητέρας με τον θηλασμό και η προωρότητα. Σημαντικός παράγοντας είναι και το είδος του τοκετού. Όσες μητέρες γέννησαν φυσιολογικά τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού στον πρώτο μήνα έως και τον τρίτο ήταν 1,5 φορά περισσότερα από τις αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή (Γάκη και συν, 2009).

Οι λόγοι διακοπής του θηλασμού είναι διάφοροι με τους κυριότερους το ανεπαρκές γάλα και η επιστροφή της μητέρας στην εργασία. Άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι το στήθος, η κούραση, το άγχος, η κατάθλιψη, η έλλειψη πρόσληψης βάρους του μωρού, φάρμακα που μπορεί να παίρνει η μητέρα και κάποια πιθανή αρρώστια του μωρού. Τα ίδια αποτελέσματα φέρει και μια έρευνα του εξωτερικού (Ruowei et al., 2008) με βασικούς λόγους διακοπής του θηλασμού να είναι το στήθος και το εισόδημα κυρίως σε μητέρες Ισπανικής καταγωγής. Περίπου μία στις δέκα γυναίκες δεν θήλασε καθόλου. Επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν τον

θηλασμό είναι η πολύδυμη κύηση, η νοσηλεία του νεογνού σε μονάδα εντατικής νοσηλείας και προσωπικοί λόγοι (Γάκη και συν, 2009).

9. Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

- Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι επικίνδυνο γενικότερα για την ζωή του ανθρώπου, κυρίως δε όταν σχετίζεται με ένα μωρό. Το κάπνισμα επιβάλλεται να σταματήσει από την εγκυμοσύνη. Κατά την διάρκεια του θηλασμού, το τσιγάρο μειώνει την έκκριση του γάλακτος και συνάμα “φροντίζει” στον πρόωρο απογαλακτισμό (Καβαλιώτης, 2015).

Είναι δε αποδεδειγμένο πως τα παιδιά που θηλάζουν ενώ οι μητέρες τους καπνίζουν θα εμφανίσουν αναπνευστικά προβλήματα και κινδυνεύουν από τον σύνδρομο «αιφνίδιο βρεφικό θάνατο» (SIDS) (Lawrence & Lawrence, 2011).

Στις μητέρες που θηλάζουν βρίσκουμε σε χαμηλά επίπεδα την προλακτίνη, τα οποία στη συνέχεια μπορεί να μειώσουν την διάρκεια του θηλασμού. Επίσης, τα επίπεδα της βιταμίνης C είναι και αυτά χαμηλά σε αντίθεση με τις θηλάζουσες μητέρες που δεν καπνίζουν. Όσον αφορά την νικοτίνη, όσο περισσότερο καπνίζει η θηλάζουσα τόσο αυξάνεται και η νικοτίνη στο γάλα, όμως η έκθεση του βρέφους στη νικοτίνη είναι περιορισμένη (Dahlstrom et al., 2004).

Γίνεται λοιπόν, κατανοητό πως οι μητέρες πρέπει να σταματήσουν αμέσως το κάπνισμα για το καλό του μωρού τους. Σε περιπτώσεις που η μητέρα είναι βαριά εθισμένη σε αυτό και δεν μπορεί να το κόψει θα πρέπει να καπνίζει τσιγάρα μόνο με χαμηλή σε περιεκτικότητα νικοτίνη και όταν καπνίζουν να θηλάζουν ύστερα από 2 ώρες (Batstra et al., 2003, Agostoni et al., 2003).

- Η λήψη καφεΐνης

Είναι σύνηθες φαινόμενο να πίνει καφέ μια μητέρα που θηλάζει, όμως ο καφές δεν είναι βλαβερός αν υπάρχει μέτρο, αν μια θηλάζουσα πίνει έως και δύο φλιτζάνια καφέδες την ημέρα. Η ποσότητα καφεΐνης που υπάρχει σε ένα φλιτζάνι καφέ μπορεί να εισέλθει στο γάλα, αλλά σε χαμηλά ποσοστά. Το βρέφος δε τους 3 με 4 πρώτους

μήνες της ζωής του δεν μπορεί να μεταβολίσει την καφεΐνη, με αποτέλεσμα αυτή να συσσωρεύεται στον οργανισμό του (Καβαλιώτης, 2015).

Τα συμπτώματα που επιφέρει στα μωρά η καφεΐνη είναι αϋπνία, υπερένταση και ζωνρότητα, όμως υποχωρούν μετά την διακοπή της από την μητέρα. Τα περισσότερα μωρά δεν φέρουν συμπτώματα απέναντι στην καφεΐνη κατά την διάρκεια του θηλασμού, εφόσον η πρόσληψη είναι σε φυσιολογικά πλαίσια (750 ml/ 24ωρο), άλλα μωρά είναι πιο ευαίσθητα (Wen et al., 2001).

ΜΕΡΟΣ Β΄

Εισαγωγή:

Όπως γίνεται φανερό από τις έρευνες, οι μητέρες χρήζουν να είναι ενημερωμένες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Θα πρέπει να λαμβάνουν πλήρης ενημέρωση για τις στρατηγικές που φέρει ο θηλασμός και σε αυτό θα συνεισφέρει ο νοσηλευτής. Σημαντικό ρόλο για να ξεκινήσει μια μητέρα τον θηλασμό έχει εξαρχής η διαμονή της μητέρας με το μωρό της στο ίδιο δωμάτιο, ώστε να έρθει κοντά και η μητέρα με το παιδί, πράγμα που θα την βοηθήσει για να το θηλάξει και όποτε πεινάει το μωρό της Η κάθε μητέρα θα πρέπει να έχει τον νοσηλευτή που θα την συμβουλεύσει σχετικά με τον θηλασμό, πώς να θηλάσει σωστά και πότε, να μάθει να αναγνωρίζει πότε πεινάει το μωρό της, να γνωρίζει πως θα απομακρύνει το μωρό της κάθε φορά από το στήθος της και να είναι ο νοσηλευτής δίπλα της για να της λύσει κάθε απορία.

Για να προαχθεί ο θηλασμός συνέβαλε με μεγάλη επιρροή τα “φιλικά νοσοκομεία προς τα βρέφη”, η οποία στηρίζει τις μητέρες ενεργά στο να θηλάζουν κι η “τράπεζα γάλακτος” που βοηθούν μητέρες που δεν μπορούν να θηλάσουν και τα μωρά τους χρειάζονται μητρικό γάλα να λάβουν γάλα από δότρια θηλάζουσα μητέρα.

Όλα αυτά, συνάμα με τον δεκάλογο του μητρικού θηλασμού υποστηρίζουν την προώθηση και στηρίζουν τις μητέρες, κυρίως τις νέες, να θηλάσουν χωρίς δισταγμό και να στηρίζουν την άποψή τους αυτή.

1. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

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

- Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το ποσοστό ενημερωμένων μητέρων για τον θηλασμό από επαγγελματίες υγείας άγγιξε το 16% μόνο. Είναι αναγκαίο να σημειωθεί πως οι γυναίκες που είχαν κάποια ενημέρωση και στήριξη προγεννητικά είχαν θηλάσει το μωρό τους ή είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν.
- Στην υποστήριξη του θηλασμού προγεννητικά η Academy of Breastfeeding Medicine προτείνει αρχικά να υπάρχει ένα γραφείο, στο οποίο οι έγκυος θα απευθύνονται για να παρακολουθούνται και θα ενημερώνονται για τον θηλασμό.
- Στη συνέχεια να υπάρχει στήριξη για τις μητέρες και τις οικογένειές τους για τα οφέλη του θηλασμού και την σπουδαιότητα του αποκλειστικού θηλασμού. Δεν θα πρέπει να παραληφθεί η εκπαίδευση των γονέων για να αντιλαμβάνονται την πείνα του μωρού τους και τις θέσεις θηλασμού.
- Σε γυναίκες που έχουν ήδη θηλάσει θα πρέπει να ζητείται τυχόν ιστορικό σχετικά με τον θηλασμό, όπως πόσο καιρό θηλάσαν, γιατί σταμάτησαν να θηλάζουν κ.λπ..
- Για να είναι σωστός ο θηλασμός πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η καταγωγή της μητέρας και αυτό γιατί θα βοηθηθεί και η μητέρα και όλη η οικογένεια για τον τρόπο που θηλάζεται ένα μωρό.
- Τέλος, αν έχει υπάρξει κάποια χειρουργική επέμβαση στον μαστό ή στην θηλή πιθανά να επηρεάσει τώρα τον θηλασμό (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

2. ΣΥΝ-ΔΙΑΜΟΝΗ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΒΡΕΦΟΥΣ

Η συν-διαμονή, rooming-in στα αγγλικά, είναι η παραμονή της μητέρας στο δωμάτιο με τα το μωρό της καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας και της νύχτας. Ο σκοπός της συν-διαμονής είναι η μητέρα να έρθει κοντά με τα μωρό της και να δημιουργηθεί μια συναισθηματική σχέση μεταξύ τους. Επίσης, βοηθάει για να συνεχιστεί κανονικά θηλασμός (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

Οι μητέρες που μένουν στο ίδιο δωμάτιο με τα μωρά τους έχουν το πλεονέκτημα ότι θηλάζουν από την αρχή και είναι σε θέση να μάθουν το μωρό τους και να αντιλαμβάνονται κάθε πότε πεινάει, ώστε να το ταΐζουν. Από την άλλη τα μωρά που έμεναν μακριά από την μητέρα τους τις πρώτες μέρες κατανάλωσαν αρκετό τεχνητό ξένο γάλα ή διάλυμα γλυκόζης. Όσα μωρά θήλασαν πήραν αμέσως βάρος, ενώ εκείνα που δεν θήλασαν έχασαν αρκετό από το βάρος τους και πολλοί θεωρούν πως λόγω της πείνας το μωρό εξαντλεί ενέργεια καθώς κινείται γιατί αναζητεί το γάλα. Μελέτες τα τελευταία χρόνια έχουν αποδείξει πως οι μητέρες που μένουν στο ίδιο δωμάτιο με το μωρό τους μετά τον τοκετό τις βοηθάει ψυχολογικά να είναι πιο σίγουρες για τον εαυτό τους απέναντι στην φροντίδα του μωρού. Τέλος, η συν-διαμονή είναι ένα “κλειδί” για να έρθει πιο κοντά η μητέρα με το μωρό της (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015).

3. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΘΗΛΑΖΟΥΣΑ ΜΗΤΕΡΑ

Ο νοσηλευτής έχει καθήκοντα απέναντι στην μητέρα που θηλάζει. Αρχικός του ρόλος είναι να βάλει το μωρό να θηλάσει αμέσως μετά τον θηλασμό. Στη συνέχεια θα πρέπει να ενημερώσει την μητέρα να μη δώσει κανένα συμπλήρωμα διατροφής στο μωρό της και να μη του δώσει πιπίλα τουλάχιστον έως ότου σαραντίσει (Μαλλιαρού, 2010).

Ο νοσηλευτής οφείλει να δώσει θάρρος στην μητέρα να θηλάζει συχνά, ιδίως μέχρι να σαραντίσει τα μωρό της και να προσπαθεί συνέχεια να το βάζει στο στήθος της για να θηλάσει (Μαλλιαρού, 2010).

Η μητέρα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη τις πρώτες 15 ημέρες για να ξενυχτίσει για το μωρό της. Ο θηλασμός θα πρέπει να γίνεται κάθε 2 ώρες μέχρι να

φτάσει το μωρό τα 200 γραμμάρια και την νύχτα να θηλάσει κάθε 3 ώρες και αν δεν ξυπνήσει από μόνο του να φροντίσει να το ξυπνήσει η μητέρα για να φάει (Taveras et al., 2007).

Συχνή απορία των μητέρων είναι αν έχουν αρκετό γάλα για το νεογνό τους. Έτσι λοιπόν, ο νοσηλευτής θα μάθει την μητέρα να καλύπτει μόνη της την ερώτηση αυτή. Όταν το μωρό της φαίνεται ικανοποιημένο και η ίδια νιώθει αφυδατωμένη σημαίνει πως το μωρό της ήπια τόσο γάλα όσο χρειαζόταν. Επίσης, η μητέρα θα πρέπει να ελέγχει το πάνε του μωρού, δηλαδή όταν θα χρειαστεί να αλλάξει πάνα 6-8 φορές την ημέρα. Καθότι όμως, οι πάνε απορροφάνε τα υγρά, ο νοσηλευτής συμβουλεύει την μητέρα να βάζει ένα χαρτί κάθε φορά που βάζει καινούρια πάνα για να δει πόσα ούρα έβγαλε το μωρό της (Taveras et al., 2007).

Άλλη μια αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι να φροντίζει η μητέρα και το μωρό της να είναι πάντα καθαρά σε κάθε νέο θηλασμό. Αυτό συνεπάγεται ότι η μητέρα στον θηλασμό μπορεί να λερωθεί από γάλα στο ρούχο της κι αυτό μπορεί να επιφέρει μικρόβια στη συνέχεια για το μωρό, οπότε θα πρέπει να φροντίζει να φοράει καθαρά ρούχα και το μωρό της, γιατί αν είναι βρεγμένο και αυτό θα δυσκολευτεί να θηλάσει (Μαλλιαρού, 2010).

Η μητέρα θα διδαχθεί από τον νοσηλευτή τις στάσεις θηλασμού και να μάθει ποια είναι αυτή που αρμόζει σε αυτήν και στο μωρό της (Taveras et al., 2007). Στη συνέχεια ο νοσηλευτής θα μάθει στην μητέρα πώς να αφαιρεί το στόμα του μωρού όταν αυτό δεν μπορεί να θηλάσει και τον τρόπο με τον οποίο η ίδια θα βοηθήσει το στήθος της να προκληθεί έκκριση του γάλακτος (Taveras et al., 2007).

Τα καθήκοντα όμως του νοσηλευτή, δε σταματούν μόνο στη διασφάλιση του σωστού θηλασμού, αλλά και στη περαιτέρω προαγωγή του πέρα από τα στενά πλαίσια του σπιτιού.

4. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

1. Για διευκόλυνση της θηλάζουσας μητέρας
 - α) Δημιουργία χώρου θηλασμού σε δημόσιους χώρους, όπως αθλητικά κέντρα, εμπορικά κέντρα, μουσεία, αρχαιολογικούς χώρους, καθώς και σε φορείς παροχής υγείας.
 - β) Οι θηλάζουσες μητέρες έχουν το δικαίωμα να αντλούν το γάλα τους και να το αποθηκεύουν κατά την διάρκεια της εργασίας τους, σε χώρους που θηλασμού, είτε ανήκουν στο δημόσιο, είτε στον ιδιωτικό τομέα.
 - γ) Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού και γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής για το Μητρικό Θηλασμό, κάτω από τις κατάλληλες προϋποθέσεις δημιουργούνται οι χώροι θηλασμού στον χώρο εργασίας. Αρμόδια υπηρεσία για την εφαρμογή των ανωτέρω είναι η Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας.
2. Στο πλαίσιο ανάπτυξης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας οργανώνονται προγράμματα και δράσεις υπέρ της προαγωγής του μητρικού θηλασμού, με στόχο την ενημέρωση των μητέρων και των επαγγελματιών υγείας, ώστε να παρέχεται η στήριξη που αρμόζει στο θέμα αυτό.
3. Συνίσταται στο Υπουργείο Υγείας «Μητρώο Επιμορφωτών για την Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού». Με απόφαση του Υπουργού Υγείας εφαρμόζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις σύστασης και λειτουργίας του Μητρώου, με σκοπό οι επαγγελματίες υγείας να λάβουν την κατάλληλη μόρφωση επί του θέματος και να είναι σε θέση να συμμετέχουν στην προαγωγή του θηλασμού (www.neognologiki.gr).

5. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ

Υποστήριξη πρέπει να λαμβάνουν οι μητέρες που θηλάζουν, αλλά και όσες μητέρες επιθυμούν να μην θηλάσουν. Οι μητέρες είναι καλό να πάρουν την απόφαση να μην θηλάσουν εφόσον έχουν ενημερωθεί πλήρως για τα οφέλη του θηλασμού απέναντι στα μωρά τους και εν συνεχεία να γίνουν απόλυτα σεβαστές και να έχουν όλη την υποστήριξη που χρειάζεται. Οι οικογένειες πρέπει επίσης να ενημερωθούν από τους ειδικούς για το πότε το μωρό θα χρειαστεί τεχνητή διατροφή και πώς θα τη λάβει. Στις χώρες όπου τα ποσοστά έναρξης του μητρικού θηλασμού είναι υψηλά, τα ποσοστά διάρκειας του συχνά είναι μικρότερα από τα ιδανικά και ιδιαίτερα αυτά του

αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τυπικά πέφτουν αμέσως μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και περίπου τέσσερις μήνες μετά που συμπίπτει με την επιστροφή της μητέρας στην δουλειά, ή την λάθος άποψη ή πληροφόρηση που έχει λάβει για το πότε πρέπει να σταματήσει να θηλάζει το μωρό της. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση λίγες είναι οι μητέρες που θηλάζουν για παρά πάνω από 12 μήνες. Η υποστήριξη που πρέπει να λάβει κάθε μητέρα απαιτεί κοινωνική κινητοποίηση και επιστροφή σε κοινωνικό περιβάλλον φιλικό προς τον μητρικό θηλασμό σε όλα τα επίπεδα. Σε ατομικό επίπεδο, σημαίνει πως οι μητέρες θα έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και θα συμμετέχουν σε ομάδες, στις οποίες η κάθε μητέρα θα υποστηρίζει την άλλη. Όσον αφορά τις μητέρες που διέκοψαν τον θηλασμό νωρίς πριν πραγματικά το θέλησαν οι ίδιες θα πρέπει να ερωτηθούν τους λόγους που το έπραξαν. Ο λόγος των ερωτήσεων θα βοηθήσει την μητέρα να μη νιώθει τύψεις ή ενοχές και εάν αποκτήσει και άλλο παιδί να είναι έτοιμη να θηλάσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Catteneo et al., 2004).

6. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι αρμόδιες υγειονομικές και κοινωνικές αρχές, επαγγελματίες υγείας και εθελοντικοί οργανισμοί θα πρέπει να διασφαλίσουν το προσωπικό των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, και οι εθελοντές, να έχουν τα εφόδια για αποτελεσματική υποστήριξη ότι οι μητέρες που θηλάζουν αποκτούν αυτοπεποίθηση. Να ενθαρρύνεται το προσωπικό για να λάβει τη σωστή γνώση, ώστε να βοηθάει τη μητέρα στα προβλήματα που αφορούν τον θηλασμό. Να διασφαλίζουν ότι οι υπηρεσίες που υποστηρίζουν τον μητρικό θηλασμό είναι προσιτές από όλες τις μητέρες. Να παρέχουν συγκεκριμένη βοήθεια, όταν χρειάζεται, στις μητέρες που πρέπει να δώσουν γάλα για πρόωρα ή άρρωστα νεογέννητα, πρόσβαση σε τράπεζα γάλακτος και βοήθεια για την μετακίνηση και την διαμονή τους, αν το βρέφος νοσηλεύεται σε απομακρυσμένο ειδικό τμήμα νεογνών. Να δημιουργηθούν εθνικά έντυπα κέντρων μητρικού θηλασμού που θα χρησιμεύουν σαν πηγές αναφοράς για τους επαγγελματίες υγείας και τις μητέρες, καθώς και ελεύθερη πρόσβαση σε πηγές του διαδικτύου (Catteneo et al., 2004).

7. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι αρμόδιες υγειονομικές και κοινωνικές αρχές, επαγγελματίες υγείας, ειδικοί σύμβουλοι, ομάδες υποστήριξης από μητέρα-σε-μητέρα να παρέχουν κατάλληλες πληροφορίες και υποστήριξη στις μητέρες που θηλάζουν, στους συντρόφους και στην οικογένειά τους και οδηγίες για να μπορούν να προβούν σε αναγνωρισμένα Κέντρα που υποστηρίζουν τον μητρικό θηλασμό, είτε κρατικά, είτε εθελοντικά. Να υποστηρίζουν την οικογένεια. Να μπορούν να αναγνωρίσουν και να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πρωτοτόκων, μεταναστών, εφήβων, ανύπαντρων, λιγότερο μορφωμένων μητέρων και όσων είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν, καθώς και των μητέρων με δυσκολίες και εμπειρίες χωρίς επιτυχία στον μητρικό θηλασμό. Τέλος, να ενθαρρύνουν τον μητρικό θηλασμό σε δημόσιους χώρους, προστατεύοντας το δικαίωμα της μητέρας να θηλάσει όποτε και όπου θέλει (Catteneo et al., 2004).

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

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

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

Σύμφωνα με τους UNICEF και συν. (2009) τα “Baby Friendly Hospitals” αποτελούν τα καταλληλότερα νοσηλευτικά ιδρύματα και για τα πρόωρα νεογνά καθώς αναγκαία θεωρούνται και «Τα δέκα βήματα του επιτυχή θηλασμού». Ειδικότερα

αναφέρουν πως δεν πρέπει να χορηγείται ξένο γάλα στα πρόωρα νεογνήτα αντιθέτως η καλύτερη τροφή γι' αυτά τα βρέφη είναι αδιαμφισβήτητα το μητρικό γάλα, όπως επίσης και η πρακτική του “rooming-in” είναι ιδιαίτερα ευεργετική για το δεσμό μητέρας-νεογνού. Είναι δε κύριο μέλημα πως τα “Baby Friendly Hospitals” επαναξιολογούνται με εσωτερική και εξωτερική αξιολόγηση κάθε πενταετία (Labbok, Taylor & Nickel, 2013).



Πόλεις της Ελλάδας που συμμετέχουν στη δωρεά Μητρικού Γάλακτος

9. Η ΤΡΑΠΕΖΑ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

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

Οι τράπεζες είναι υπεύθυνες:

- Να προάγουν και να προστατεύουν τον μητρικό θηλασμό
- Να λαμβάνουν γάλα από μητέρες που θηλάζουν και επιθυμούν να είναι δότριες
- Να επεξεργάζονται και να ελέγχουν το γάλα που έχει συλλεχθεί
- Να δωρίζουν το μητρικό γάλα σε νεογνά που το χρειάζονται

Οι μητέρες που δεν πρέπει να δωρίζουν το γάλα τους είναι:

- Καπνίστριες, πίνουν αλκοόλ, είναι ναρκομανείς, παίρνουν πολλά χάπια
- Πάσχουν από χρόνιες νόσους, ή έχουν προσβληθεί από AIDS, ηπατίτιδα
- Έχουν δραστήρια σεξουαλική ζωή

Κατευθυντήριες οδηγίες τραπεζών γάλακτος:

- Η μητέρα που θα δωρίσει το γάλα της πρέπει να απαντήσει σε ένα ερωτηματολόγιο και να υπογράψει το συναινετικό έγγραφο
- Στη συνέχεια η τράπεζα γάλακτος θα εξετάσει την αίτηση της θηλάζουσας μητέρας και θα αποφασίσει αν θα γίνει δότρια ή όχι
- Έπειτα οι μητέρες που εγκρίθηκε η αίτησή τους, είτε θα δωρίσουν το γάλα τους την ίδια στιγμή στην τράπεζα, είτε θα το αντλήσουν στο σπίτι και θα το προστατεύουν και θα το στείλουν στη συνέχεια στην τράπεζα γάλακτος.
- Το ληφθέν γάλα θα παστεριωθεί και στη συνέχεια θα μπει στην κατάψυξη
- Τέλος, όταν επιβάλλεται να χορηγηθεί γάλα σε βρέφος, που βρίσκεται στην ίδια νοσοκομειακή δομή, αποψύχεται και χρησιμοποιείται επί τόπου, εάν όμως το μωρό δεν βρίσκεται στην ίδια νοσοκομειακή δομή, τότε το γάλα αποστέλλεται κατεψυγμένο και αποψύχεται προτού καταναλωθεί από το βρέφος (f-thilasmos, 2016).

10. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΤΟΜΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Συλλογή μητρικού γάλακτος

Προσέχουμε το γάλα και τηρούμε τους κανόνες υγιεινής. Όλα τα δοχεία και ο εξοπλισμός θηλάστρου πρέπει να πλένονται σε ζεστό νερό με σαπούνι και στη συνέχεια να ξεπλένονται καλά. Έπειτα αποστειρώνονται είτε σε αποστειρωτήρα, είτε σε ζεστό νερό. Η διαδικασία αυτή βοηθάει για να διατηρηθεί το γάλα (Taveras et al., 2007).

Η μητέρα φροντίζει να έχει καθαρό στήθος και χέρια και να χορηγήσει το γάλα της στα αποστειρωμένα δοχεία του θηλάστρου. Έπειτα, αν δεν δώσει το γάλα αμέσως

στο μωρό, το τοποθετεί σε αποστειρωμένα δοχεία (πλαστικά ή γυάλινα που κλείνουν αεροστεγώς) ή σε ειδικές σακούλες από φαρμακεία (Taveras et al., 2007).

Κάθε μαστός χρειάζεται 10-15 λεπτά για να αντλήσει το γάλα. Η άντληση του γάλακτος γίνεται με το θήλαστρο. Το θήλαστρο κρατείται με το δεξί χέρι και εφαρμόζεται στο μαστό, ο οποίος υποστηρίζεται με το αριστερό χέρι ώστε η θηλή να είναι στο κέντρο. Η αποθήκη είναι στραμμένη προς τα κάτω και το θήλαστρο δεν πρέπει να μετακινείται όταν αντλεί γιατί προκαλεί πόνο. Κατά την άντληση ο μαστός μαλάσσεται με το αριστερό χέρι και όταν γεμίζει αντλεί το γάλα του σε αποστειρωμένο μπουκάλι (Taveras et al., 2007).

Το γάλα απαγορεύεται να τοποθετείται σε:

- Δοχεία χωρίς καπάκι, διότι μπορεί να μολυνθεί από τον αέρα, αλλά θα είναι και δύσκολη η απόψυξή του μετά.
- Σε παγοκύστες που τις πιάνουμε με τα χέρια.
- Σε σακούλες για παγάκια καθότι δεν είναι αποστειρωμένα (Taveras et al., 2007).

Διατήρηση του μητρικού γάλακτος

Σε θερμοκρασία περιβάλλοντος. Το μητρικό γάλα μπορεί να διατηρηθεί για κάποιες ώρες σε θερμοκρασία περιβάλλοντος. Στους 18-22ο C διατηρείται 3-6 ώρες (πιθανόν και περισσότερες) αντιστρόφως ανάλογα με τη θερμοκρασία. Όμως, με τον τρόπο αυτό το γάλα δεν διατηρείται και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να ξινίσει (mitrikosthilasmos, 2009).

Στο ψυγείο

Το μητρικό γάλα μπορεί να διατηρηθεί στο ψυγείο 2 ημέρες. Αν το ψυγείο μας δουλεύει σταθερά στους +1 έως +4 βαθμούς, μπορούμε να διατηρήσουμε το γάλα μέχρι 8 ημέρες σε ψηλό ράφι και προς τα πίσω που είναι καλύτερη η ψύξη. Όμως, λόγω του ότι το ψυγείο στα σπίτια χρησιμοποιείται συχνά, το μητρικό γάλα θα συντηρηθεί 3-7 ημέρες (mitrikosthilasmos, 2009).

Στην κατάψυξη

Σε ψυγείο που έχει μία πόρτα και η θερμοκρασία του καταψύκτη παραμένει στους -15°C το γάλα διατηρείται μέχρι και 2 εβδομάδες. Σε ψυγείο με δύο πόρτες και με θερμοκρασία κατάψυξης στους -18°C , το γάλα διαρκεί τουλάχιστον 3 μήνες. Σε ψυγείο πάλι με δύο πόρτες και θερμοκρασία του καταψύκτη που φτάνει έως -20°C και μπορεί να φτάσει τους -32°C , τότε το γάλα διατηρείται 6 μήνες και μπορεί και λίγο παραπάνω. Αν αποθηκεύσουμε το γάλα σε γυάλινο δοχείο, τότε το γεμίζουμε μέχρι τα $2/3$. Αυτό το κάνουμε επειδή κατά την ψύξη μπορεί να σπάσει το δοχείο, οπότε φροντίζουμε για την ασφάλεια του γάλακτος.

- ~ Αν βάλουμε το γάλα σε πλαστικό δοχείο θα πρέπει να εξετάσουμε κατά πόσο είναι κατάλληλο για ψύξη και αντιστοίχως για βρασμό.
- ~ Όσον αφορά την αποθήκευση του μητρικού γάλακτος σε σακούλες φαρμακείου πρέπει να ελέγχεται η ημερομηνία λήξης και στη συνέχεια να προσέχουμε να μη σκιστεί η σακούλα.
- ~ Σε όποιο δοχείο κι αν καταψύξουμε μητρικό γάλα, φροντίζουμε να σημειώσουμε την ημέρα του το καταψύξαμε για να ξέρουμε ποιο θα πάρουμε κάθε φορά.
Στο ήδη κατεψυγμένο γάλα δεν προσθέτουμε το καινούριο που αντλήσαμε για να μη ξεπαγώσει και χαλάσει το παλιό.
- ~ Είναι δυνατόν να βάλουμε στην κατάψυξη γάλα που υπάρχει ήδη στο ψυγείο μετά από ένα 24ωρο.
- ~ Είναι καλό για να μη χαλάει το γάλα να αποθηκεύουμε μικρές ποσότητες, δηλαδή από 30 έως 80ml.
- ~ Δεν αναμιγνύουμε γάλατα που έχουν διαφορετική θερμοκρασία, πχ ζεστό με κρύο γάλα που ήταν στο ψυγείο (mitrikosthilasmos, 2009).

Απόψυξη μητρικού γάλακτος

Το γάλα πρέπει να το αποψύξουμε σταδιακά, δηλαδή το βάζουμε πρώτα στο ψυγείο από την προηγούμενη ημέρα (γιατί μπορεί να χρειαστεί έως και 16 ώρες για απόψυξη) και αν το θέλουμε αμέσως βάζουμε το δοχείο κάτω από νερό. Το αποψυγμένο γάλα διατηρείται ένα 24ωρο στο ψυγείο μετά την απόψυξη (αν έχει γίνει σωστά). Αν ζεσταθεί μια φορά και δεν χρησιμοποιηθεί μετά το πετάμε! Ποτέ δεν το ξαναβάζουμε στην κατάψυξη (mitrikosthilasmos, 2009).

Ζέσταμα του μητρικού γάλακτος

Για να ζεστάνουμε το αποψυγμένο γάλα το τοποθετούμε σε μπιμπερό και μετά το βάζουμε να ζεσταθεί σε ζεστό νερό.

Αφού ζεσταθεί, το ανακινούμε με απαλές κυκλικές κινήσεις. Μετά την απόψυξη το γάλα θα χωριστεί και θα πάει προς τα πάνω το λίπος και προς τα κάτω το νερό, οπότε το κουνάμε για να γίνει ένα.

Απαγορεύεται το ζέσταμα στο φούρνο μικροκυμάτων.

Η κατάλληλη θερμοκρασία είναι 38-40 βαθμούς. Για να βεβαιωθούμε για την καλή θερμοκρασία μπορούμε να δοκιμάσουμε το γάλα με λίγες σταγόνες στο χέρι μας

Αν ζεστάνουμε γάλα αλλά δεν το χρησιμοποιήσουμε μπορούμε να το διατηρήσουμε στο ψυγείο 4-5 ώρες και αν έχει αντληθεί πρόσφατα μπορούμε να το διατηρήσουμε στο ψυγείο παραπάνω.

Αν το γάλα έχει χαλάσει θα το καταλάβουμε από το χρώμα του και την οσμή (mitrikosthilasmos, 2009).

11. Ο ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΣ UNICEF ΓΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Ο «Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Θηλασμού» εφαρμόζεται στην Ελλάδα υποστηρίζοντας το δικαίωμα του θηλασμού για τις μητέρες και τα μωρά τους. Ο κώδικας αυτός πραγματοποιήθηκε το 1981 και υποστηρίζει τα εξής:

- Απαγόρευση των διαφημίσεων υπέρ των υποκατάστατων του μητρικού θηλασμού.
- Απαγόρευση διαφημίσεων δωρεάν δηγμάτων υποκατάστατων.
- Απαγόρευση προώθησης υποκατάστατων στις υγειονομικές υπηρεσίες.
- Να μην έρχονται σε επαφή το προσωπικό που προωθεί τα προϊόντα με τις θηλάζουσες μητέρες.
- Να μην πραγματοποιούνται δωρεές των δηγμάτων των προϊόντων στις οικογένειες και στους επιστήμονες υγείας.
- Στις ετικέτες οι αναφορές που γίνονται στα υποκατάστατα να είναι γραμμένα στην επιθυμητή γλώσσα της χώρας και να μην εξιδανικεύεται ο τεχνητός θηλασμός.
- Οι επιστήμονες υγείας να λαμβάνουν επιστημονική και τεκμηριωμένη πληροφόρηση.
- Κάθε κυβέρνηση να τηρεί όλες τις προϋποθέσεις που αφορούν την ενημέρωση για την σπουδαιότητα του θηλασμού.
- Όταν πρόκειται για τεχνητή διατροφή θα πρέπει να γίνεται ενημέρωση για τα οφέλη τους μητρικού θηλασμού και τις αντενδείξεις της τεχνητής τροφής.
- Απαγόρευση διαφήμισης γάλακτος που είναι ακατάλληλα για τα μωρά.
- Όσον αφορά τα προϊόντα να είναι άριστης ποιότητας και να αναφέρεται το κλίμα και ο χώρος που είναι κατάλληλα για αποθήκευση.
- Οι εταιρίες που κατασκευάζουν και προωθούν τα προϊόντα οφείλουν να ακολουθούν τον κώδικα (UNICEF, 2006).

12. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ



Πώς ξεκίνησε η βδομάδα παγκόσμιου θηλασμού:

Η παγκόσμια βδομάδα μητρικού θηλασμού ξεκινάει την ιστορία της από το 1990 μετά από τη συγκέντρωση στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι από όλα τα κράτη. Πάρθηκε λοιπόν, η απόφαση να κυριεύσει ο μητρικός θηλασμός και όχι το γάλα εμπορίου ως μέσω θρέψης για το μωρό. Η βδομάδα αυτή γιορτάζεται 1-7 Αυγούστου, ενώ στην Ελλάδα 1-7 Νοεμβρίου από το 1992. Την παγκόσμια βδομάδα θηλασμού υποστηρίζουν οι οργανισμοί:

- UNICEF
- Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)
- Διεθνή Οργάνωση Τροφίμων και Γεωργίας (FAO)
- Υπουργεία Υγείας σε πολλές χώρες (UNICEF, 2016, WABA, 2016).

Στόχος της παγκόσμιας βδομάδας θηλασμού:

Στόχος η βδομάδα αυτή είναι να αφυπνίσει την κοινωνία για την σπουδαιότητα του θηλασμού. Φέτος, το 2016 το σύνθημα για την παγκόσμια βδομάδα είναι “θηλασμός: κλειδί στην αειφόρο ανάπτυξη” και σχετίζεται με τους 17 Στόχους, που αφορά τη Βιώσιμη Ανάπτυξη με ορίζοντα το 2030 (WABA, 2016)



Ο αποκλειστικός θηλασμός είναι 6 μήνες σύμφωνα με την UNICEF και τον Π.Ο.Υ., κατά τους οποίους το μωρό δεν πρέπει να λάβει οποιαδήποτε άλλη είδους τροφή και να συνεχιστεί έως 2 ετών και παρά πάνω μαζί με την κατάλληλη διατροφή. Όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα σε επαρκή διατροφή. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού υπογραμμίζει τη βασική ανάγκη της σωστής διατροφής και διασαφηνίζει την υποχρέωση που έχει η πολιτεία απέναντι στην κοινωνία για να ενημερώσει για τα οφέλη του θηλασμού και να προσφέρει στις μητέρες την κατάλληλη περίθαλψη πριν και μετά τον θηλασμό.

- Ο Μητρικός Θηλασμός είναι μέρος των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη διατροφή και στην υγεία
- Το μητρικό γάλα είναι η καλύτερη τροφή για τα βρέφη. Είναι η συνέχεια της διατροφής μετά από το κόψιμο του δεσμού του μωρού και της μητέρας μέσω του ομφάλιου λώρου. Δρα ως ένα εμβόλιο εμποδίζοντας το μωρό να ασθενήσει από κάποιες ασθένειες.
- Ο θηλασμός συμμετέχει στην υγιή σωματική και ψυχική ανάπτυξη του μωρού.
- Μέσω του θηλασμού η μητέρα (όπως προ είπαμε) προστατεύεται από καρκίνο του μαστού, των ωοθηκών και από οστεοπόρωση (UNICEF, 2016).

Το σύνθημα του μητρικού θηλασμού:



Το λογότυπο του παγκόσμιου οργανισμού για το 2016 παρουσιάζει τους γονείς που αγκαλιάζουν το μωρό τους. Με αυτό τον τρόπο φαίνεται η ισότητα ανάμεσα σε πατέρα και μητέρα και ο δεσμός και η συνεργασία που πρέπει να έχουν μεταξύ τους για να μεγαλώσουν το μωρό τους σωστά. Το λογότυπο, όπως ζήτησε η WABA, δημιουργήθηκε από τον Ammar Khalifa, καθότι είναι και αυτή που έχει τα πνευματικά δικαιώματα (WABA, 2016).

13. Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ο δεκάλογος του μητρικού θηλασμού περιλαμβάνει τα εξής 10 σημεία:

1. Η ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού
2. Η υποστήριξη για άμεση τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας, εάν είναι δυνατό, το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό. Όσο πιο γρήγορα μετά τον τοκετό, και όσο πιο συχνά θηλάζει το μωρό, τόσο γρηγορότερα κι ευκολότερα ξεκινάει η παραγωγή του μητρικού γάλακτος.
3. Η τήρηση της συχνότητας του θηλασμού ανάλογα με τις απαιτήσεις του νεογνού.
4. Το κάθε μωρό είναι διαφορετικό από το άλλο και την ίδια ποσότητα γάλακτος την παίρνει σε διαφορετικό χρόνο. Το μωρό έχει την ικανότητα να ρυθμίζει μόνο του την ποσότητα που του χρειάζεται. Είναι πιο σωστό σε κάθε θηλασμό το μωρό να θηλάζει από τον ένα μαστό και στον επόμενο από τον άλλον, για να πετύχουμε την ομοιόμορφη κένωση των μαστών.
5. Η εκπαίδευση της μητέρας στην τέχνη του θηλασμού και στη διατήρηση της γαλουχίας.
6. Η χορήγηση στο νεογέννητο μόνο μητρικού γάλακτος και η αποφυγή συμπληρώματος ξένου γάλακτος, εκτός και αν συντρέχει ειδικός ιατρικός λόγος, που το επιβάλλει.
7. Η αυστηρή τήρηση κανόνων καθαριότητας, όπως πλύσιμο της θηλής και των χεριών της μητέρας, πριν το θηλασμό, προστατεύει από επιπλοκές, που μπορεί να επηρεάσουν τον θηλασμό
8. Η δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος Θα πρέπει η ατμόσφαιρα να είναι ήρεμη και ευχάριστη.
9. Η προσοχή πρέπει να είναι συγκεντρωμένη στο μωρό. Άγχος και κούραση είναι ανασταλτικοί παράγοντες για την ικανοποιητική παραγωγή γάλακτος. Ξεκούραση, ηρεμία και αυτοπεποίθηση επηρεάζουν θετικά για την επιτυχία του θηλασμού.
10. Η σωστή στάση τόσο της μητέρας, όσο και του παιδιού (UNICEF, 2014, UNICEF, WHO, 2009).

ΜΕΡΟΣ Γ΄
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή

Οι μητέρες χρειάζονται στήριξη στην προσπάθεια τους κατά την διάρκεια του θηλασμού. Αυτή η στήριξη θα δοθεί από την οικογένειά τους, το περιβάλλον και φυσικά τους επαγγελματίες υγείας, ιδίως τους νοσηλευτές. Η υποστήριξη πρέπει να διδαχθεί και να ξεκινήσει και από τα σχολεία ως βασικό μάθημα. Ο θηλασμός πρέπει να είναι στη ζωή της μητέρας και του βρέφους και να διαρκέσει 6 μήνες σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. και αν επιθυμεί η μητέρα και παρά πάνω, ώστε να μην υφίσταται πρόωρος απογαλακτισμός.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η προαγωγή του θηλασμού τόσο για της μητέρες, όσο και το περιβάλλον στο οποίο ζούνε και οι παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν την μητέρα για να θηλάσει.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία, το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «μητρικός θηλασμός» (Breastfeeding), νοσηλευτής (nurse) και προαγωγή του θηλασμού (promoting breastfeeding).

Αποτελέσματα

1. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?

(Rollins, Bhandari, Hajeebhoy, Horton, Lutter, Martines, Piwoz, Richter, Victora, 2016)

Summary: Despite its established benefits, breastfeeding is no longer a norm in many communities. Multifactorial determinants of breastfeeding need supportive measures at many levels, from legal and policy directives to social attitudes and values, women's work and employment conditions, and health-care services to enable women to breastfeed. When relevant interventions are delivered adequately, breastfeeding practices are responsive and can improve rapidly. The best outcomes are achieved when interventions are implemented concurrently through several channels. The marketing of breastmilk substitutes negatively affects breastfeeding: global sales in 2014 of US\$44.8 billion show the industry's large, competitive claim on infant feeding. Not breastfeeding is associated with lower intelligence and economic losses of about \$302 billion annually or 0.49% of world gross national income. Breastfeeding provides short-term and long-term health and economic and environmental advantages to children, women, and society. To realise these gains, political support and financial investment are needed to protect, promote, and support breastfeeding.

Μετάφραση

Γιατί να επενδύσουμε, και τι χρειάζεται για να βελτιωθούν οι πρακτικές του μητρικού θηλασμού;

Περίληψη

Παρότι έχουν εγκαθιδρυθεί τα οφέλη, ο θηλασμός δεν αποτελεί πλέον κανόνα σε πολλές κοινότητες. Οι πολυπαραγοντικοί καθοριστικοί παράγοντες του μητρικού θηλασμού χρειάζονται υποστηρικτικά μέτρα σε πολλά επίπεδα, από νομικές και πολιτικές οδηγίες για τις κοινωνικές στάσεις και αξίες, τις συνθήκες εργασίας και απασχόλησης των γυναικών, καθώς και τις υπηρεσίες υγείας ώστε να καθιστούν δυνατόν στις γυναίκες να θηλάζουν. Όταν οι σχετικές παρεμβάσεις παραδίδονται επαρκώς, οι πρακτικές θηλασμού είναι ευέλικτες και μπορούν να

βελτιωθούν γρήγορα. Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται όταν οι παρεμβάσεις υλοποιούνται ταυτόχρονα μέσω διαφόρων διαύλων. Η εμπορία των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος επηρεάζει αρνητικά τον θηλασμό: οι παγκόσμιες πωλήσεις το 2014 44,8 δισεκατομμυρίων δολαρίων US δείχνουν το μεγάλο, ανταγωνιστικό αίτημα του κλάδου για τη διατροφή των νεογνών. Ο θηλασμός δεν συνδέεται με τη χαμηλότερη νοημοσύνη και τις οικονομικές απώλειες περίπου 302 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως ή 0 · 49% του παγκόσμιου ακαθάριστου εθνικού εισοδήματος. Ο θηλασμός παρέχει βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη υγεία και οικονομικά και περιβαλλοντικά πλεονεκτήματα στα παιδιά, τις γυναίκες, και την κοινωνία. Για την επίτευξη αυτών των κερδών, η πολιτική υποστήριξη και οικονομική επένδυση είναι απαραίτητη για την προστασία, προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

2. Support needs of breast-feeding women: views of Australian midwives and health nurses.

(McLelland, Hall, Gilmour, Cant, 2015)

Abstract

Objective: To explore the views of midwives and maternal-child health nurses regarding factors that influence breast feeding initiation and continuation, focusing on how support for women could be improved to increase breast feeding duration.

Design: A focus group study.

Setting: Hospital or domiciliary (home-visiting) midwives and community-based maternal and child health (MCH) nurses in one region of Victoria, Australia.

Method: Twelve MCH nurses and five midwives who provided supportive services to women in the immediate postnatal period attended one of three audio-recorded focus groups. Thematic findings were identified.

Findings: Four key themes were: 'Guiding women over breast-feeding hurdles', 'Timing, and time to care'; 'Continuity of women's care' and 'Imparting

professional knowledge'. Given the a pattern of hospital discharge of mother and infant on day one or day two after birth, participants thought the timing of immediate postnatal breast-feeding support was critical to enable women to initiate and continue breast feeding. Community-based MCH nurses reported time gaps in uptake of new mother referrals and time-pressured face-to-face consultations. Both groups perceived barriers to continuity of women's care.

Conclusions: Health services subscribe to the Baby Friendly Health Initiative and government policies which support breast feeding, however providers described time pressures and a lack of continuity of women's care, including during transition from hospital to community services.

Implications for practice: There is a need to examine administration of service delivery and how domiciliary and community nurses can collaborate to establish and maintain supportive relationships with breast feeding women.

Μετάφραση

Ανάγκες υποστήριξης των γυναικών που θηλάζουν: απόψεις μαιών και νοσηλευτών υγείας στην Αυστραλία.

Περίληψη

Σκοπός: Να διερευνηθούν οι απόψεις μαιών και νοσηλευτών υγείας για τη μητέρα και το παιδί σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού, εστιάζοντας στο πως θα μπορούσαν να υποστηρίξουν τις μητέρες να αυξήσουν την διάρκεια του θηλασμού.

Σχέδιο: Μια ομάδα που εστιάζει στην μελέτη.

Σύνθεση: Νοσοκομείο ή κατ' οίκον (σπίτι-επίσκεψη) μαιών και με βάση την κοινότητα μητρικής και παιδικής υγείας (MCH) που συμμετέχουν νοσηλεύτες σε μια περιοχή της Βικτόρια, Αυστραλία.

Μέθοδος: Δώδεκα MCH νοσοκόμες και πέντε μαιές που παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες στις γυναίκες στην άμεση μεταγεννητική περίοδο παρακολούθησε μία από τις τρεις ομάδες εστίασης καταγράφοντας τον ήχο. Τα ευρήματα που εντοπίστηκαν ήταν θεματικά.

Διαπιστώσεις: Τα βασικά θέματα ήταν τέσσερα: «Κατευθυντήριες οδηγίες στις γυναίκες να ξεπεράσουν τα εμπόδια του θηλασμού», «Συγχρονισμός, και

ο χρόνος για τη φροντίδα», «Συνεχόμενη φροντίδα για τις γυναίκών» και «Μετάδοση επαγγελματικών γνώσεων». Ένα δεδομένο πρότυπου εξόδου από το νοσοκομείο για τη μητέρα και το βρέφος είναι την ίδια ημέρα ή δύο ημέρες μετά τη γέννηση, οι συμμετέχοντες πίστευαν ότι ο συγχρονισμός της άμεσης μεταγεννητική υποστήριξης του θηλασμού ήταν κρίσιμη για να επιτρέπουν στις γυναίκες να ξεκινήσουν και να συνεχίσουν το θηλασμό. Οι νοσοκόμοι που συμμετέχουν στην μητρική και παιδική υγεία έχουν αναφέρει το χάσμα των χρόνων στις παραπομπές των προσλήψεων νέων μητέρα και διαβουλεύσεις στη πίεση χρόνου πρόσωπο με πρόσωπο. Και οι δύο ομάδες αντιλήφθηκαν τα εμπόδια για τη συνέχεια της φροντίδας των γυναικών.

Συμπεράσματα: Εγγραφή στις υπηρεσίες υγείας στην Πρωτοβουλία ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΒΡΕΦΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ και τις κυβερνητικές πολιτικές που υποστηρίζουν το θηλασμό, ωστόσο οι πάροχοι περιγράφουν τη πίεση χρόνου και την έλλειψη συνέχειας της φροντίδας των γυναικών, ακόμη και κατά τη μετάβαση από το νοσοκομείο στην κοινότητα των υπηρεσιών.

Συνέπειες στη πρακτική: Υπάρχει ανάγκη να εξεταστεί η χορήγηση της παροχής υπηρεσιών και πως οι κατ' οίκον και νοσοκόμες στην κοινότητα μπορούν να συνεργαστούν για να καθιερώσουν και να διατηρήσουν υποστηρικτικές σχέσεις με τις γυναίκες του θηλασμού.

3. Clinical practice breastfeeding recommendations for primary care: applying a tri-core breastfeeding conceptual model.

(Busch, Logan & Wilkinson, 2014).

Promotional practice efforts are needed in primary care to support and foster breastfeeding as the first and natural choice of nutrition for all infants regardless of race, ethnicity, educational, or income demographics in the United States. Societal awareness is increasing with regard to the significant protective qualities that human milk bestows upon public health. An estimated 75% of American mothers attempt to breastfeed, but according to the Centers for Disease Control and Prevention, just 13% are able to exclusively breastfeed by 6 months. Early identification of lactation issues is crucial to establishing and

sustaining breastfeeding for the first 6 to 12 months of the child's life and beyond. We propose a set of primary care guidelines, applying a Tri-Core Model approach, to promote and foster breastfeeding efforts in the postpartum period. Breastfeeding promotion is a fundamental public health endeavor, and pediatric nurse practitioners and other advanced practice registered nurses (APRNs) are uniquely qualified to become specialists and experts in lactation care and management. Lactation support, which should be an integral facet of an APRN's practice and education, will aid in improving national breastfeeding rates and patient care outcomes. Application of the Tri-Core Model approach will help APRNs develop and implement evidence-based practice efforts that incorporate the mother-baby dyad and other multiprofessionals who are vested in successful breastfeeding outcomes. The goal of pediatric health care is provide safe and effective health care to all infants, children, and adolescents, and lactation care is an integral and crucial component of this effort.

Μετάφραση

Κλινικές συστάσεις για την πρακτική του θηλασμού στην πρωτοβάθμια υγεία: εφαρμόζοντας ένα εννοιολογικό τρίπτυχο μοντέλο θηλασμού .

Περίληψη

Χρειάζονται προσπάθειες προώθησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα για να στηρίξουν και να προωθήσουν τον θηλασμό ως την πρώτη και φυσική επιλογή θρεπτικών συστατικών διατροφής για όλα τα βρέφη ανεξαρτήτως φυλής, εθνικότητας, εκπαίδευσης ή δημογραφικού εισοδήματος στις Η.Π.Α. Η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας αυξάνεται. Εκτιμώντας το 75% των Αμερικανών μητέρων δοκιμάζουν τον θηλασμό, αλλά σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, μόνο το 13% είναι σε θέση να θηλάσουν αποκλειστικά για 6 μήνες. Ο έγκαιρος εντοπισμός των θεμάτων της γαλουχίας είναι ζωτικής σημασίας για την ίδρυση και τη διατήρηση του θηλασμού για τους πρώτους 6-12 μήνες της ζωής του παιδιού και πέρα. Προτείνεται ένα σύνολο κατευθυντήριων γραμμών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, το τρίπτυχο μοντέλο, με το οποίο θα προωθήσουμε και θα υποστηρίξουμε τις προσπάθειες

του θηλασμού. Οι νοσηλευτές και οι παιδίατροι πρέπει να έχουν στόχο την προώθηση του θηλασμού, το οποίο έχει οφέλη στα παιδιά, στις μητέρες και στους ενήλικες.

4. School nurses and teachers: attitudes regarding inclusion of breastfeeding education in school curricula.

(Spear, 2010)

Abstract

School nurses and middle and high school teachers (N = 107) participated in a survey that explored their attitudes and behaviors related to the inclusion of breastfeeding content to highlight the scientific and exceptional health advantages of breastfeeding and to promote a breastfeeding culture. Although some participants believed that breastfeeding content should not be part of school curriculum, the vast majority (86.9%) agreed that the benefits of breastfeeding should be taught to high school students; and over half (57.9%) supported teaching about the value of breastfeeding to middle school children. School nurses are well positioned to promote healthy lifestyle behaviors among student populations and play a pivotal and important role in the promotion of a breastfeeding culture and related positive behaviors.

Μετάφραση

Σχολικοί νοσηλευτές και εκπαιδευτικοί: στάσεις σχετικά με την ένταξη της εκπαίδευσης για το θηλασμό στα σχολικά προγράμματα.

Περίληψη

Ένα σχολείο νοσηλευτών και δασκάλων γυμνασίου και λυκείου έλαβαν μέρος σε μια έρευνα σχετικά με τον περιεχόμενο του θηλασμού και τα οφέλη του στην

υγεία. Ενώ κάποιои θεωρήσαν πως ο μητρικός θηλασμός δεν θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνεται στα σχολεία, η πλειονότητα (86.9%) υποστήριξαν την διδασκαλία του μητρικού θηλασμού στα γυμνάσια και λύκεια και πάνω από το 50%, δηλαδή το 57,9% υποστήριξαν την διδασκαλία της αξίας του μητρικού θηλασμού στα γυμνάσια.

5. Risk of Breastfeeding Cessation Among Low-Income Women, Infants, and Children: A Discrete Time Survival Analysis.

(Tenfelde, Sandi, Finnegan, Lorna; Miller, Arlene, Hill, Pamela, 2012)

Abstract

Background: Women who receive services from the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) often stop breastfeeding earlier than recommended. Little is known about maternal background and intrapersonal variables that predict the timing of breastfeeding cessation over the 12-month postpartum period.

Objectives: The aim of this study was to identify the maternal background and intrapersonal predictors associated with the timing of breastfeeding cessation in WIC participants over the course of the 12-month postpartum period.

Method: Existing longitudinal survey and administrative data from low-income breastfeeding WIC recipients ($n = 309$) were analyzed using discrete time survival analysis. Risk of breastfeeding cessation was the outcome, and self-reported items were used to derive predictor variables that corresponded to the background and intrapersonal variables of the Interaction Model of Client Health Behavior.

Results: Rates of breastfeeding were low (31% at 6 months and 6% at 12 months). In the best fitting discrete time survival analysis model, women who were older and of Mexican ethnicity, who had previous breastfeeding experience, and who had breastfeeding support from family or friends were at lowest risk for breastfeeding cessation at each monthly interval.

Discussion: Breastfeeding duration rates were lower than Healthy People 2020 benchmarks of 61% at 6 months and 34% at 12 months. Clinicians and researchers can use the findings from this study to develop interventions that are targeted to periods of greatest risk of premature breastfeeding cessation to prolong breastfeeding duration in this vulnerable population.

Μετάφραση

Ο κίνδυνος της παύσης του θηλασμού σε γυναίκες χαμηλού εισοδήματος, βρέφη και παιδιά: Μια διαχρονική ανάλυση.

Περίληψη

Ιστορικό: Οι γυναίκες που λαμβάνουν υπηρεσίες από ειδικό συμπληρωματικό πρόγραμμα διατροφής για τις γυναίκες, τα βρέφη και τα παιδιά (WIC) σταματούν να θηλάζουν νωρίτερα από ότι συνιστάται. Λίγα είναι γνωστά σχετικά με τη μητρότητα και τις μεταβλητές, οι οποίες προβλέπουν την διακοπή του θηλασμού μετά από 12 μήνες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν ο προσδιορισμός του μητρικού ιστορικού και ενδοσκοπικά τους προγνωστικούς παράγοντες που συνδέονται με την διακοπή του θηλασμού στο πρόγραμμα όσον αφορά τις γυναίκες, τα βρέφη και τα παιδιά, συμμετέχουν άτομα 12 μήνες μετά τον τοκετό.

Μέθοδος: Τα υπάρχοντα διαχρονικά ερευνητικά και διοικητικά δεδομένα από το θηλασμό με χαμηλό εισόδημα για τις γυναίκες, τα βρέφη και τα παιδιά (n = 309) αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τη διακριτική ανάλυση του χρόνου επιβίωσης. Το αποτέλεσμα ήταν ο κίνδυνος της παύσης του θηλασμού και τα αυτό-αναφερόμενα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό των μεταβλητών και ενδοσκοπικά μεταβλητές αλληλεπίδρασης στο Μοντέλο Συμπεριφοράς Υγείας του Πελάτη.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά τα αποτελέσματα τα ποσοστά του θηλασμού ήταν χαμηλά (31% στους 6 μήνες και 6% στους 12 μήνες). Στο καλύτερο διακεκριμένο μοντέλο ανάλυσης χρόνου επιβίωσης, οι γυναίκες που ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και που κατάγονταν από το Μεξικό, οι οποίες είχαν προηγούμενη εμπειρία του θηλασμού, και είχαν θηλάσει με υποστήριξη από

την οικογένεια ή τους φίλους διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο για τη διακοπή του θηλασμού σε κάθε μηνιαία διαστήματα.

Συζήτηση: Η διάρκεια θηλασμού ήταν μικρότερη στους υγιείς ανθρώπους 2020 σημεία αναφοράς του 61% στους 6 μήνες και 34% στους 12 μήνες. Οι γιατροί και οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα αποτελέσματα από τη μελέτη αυτή, ώστε να αυξηθούν οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στον κίνδυνο πρόωρης διακοπής του θηλασμού για να παραταθεί η διάρκεια του θηλασμού σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό.

6. Incentives to Promote Breastfeeding: A Systematic Review

(Moran, Morgan, Rothnie, MacLennan, Stewart, Thomson, Crossland, Tappin, Campbell, Hoddinott, 2015).

Abstract

Background and objective: Few women in industrialized countries achieve the World Health Organization's recommendation to breastfeed exclusively for 6 months. Governments are increasingly seeking new interventions to address this problem, including the use of incentives. The goal of this study was to assess the evidence regarding the effectiveness of incentive interventions, delivered within or outside of health care settings, to individuals and/or their families seeking to increase and sustain breastfeeding in the first 6 months after birth.

Methods: Searches of electronic databases, reference lists, and grey literature were conducted to identify relevant reports of published, unpublished, and ongoing studies. All study designs published in English, which met our definition of incentives and that were from a developed country, were eligible for inclusion. Abstract and full-text article review with sequential data extraction were conducted by 2 independent authors.

Results: Sixteen full reports were included in the review. The majority evaluated multicomponent interventions of varying frequency, intensity, and duration. Incentives involved providing access to breast pumps, gifts, vouchers, money, food packages, and help with household tasks, but little consensus in findings was revealed. The lack of high-quality, randomized controlled trials

identified by this review and the multicomponent nature of the interventions prohibited meta-analysis.

Conclusions: This review found that the overall effect of providing incentives for breastfeeding compared with no incentives is unclear due to study heterogeneity and the variation in study quality. Further evidence on breastfeeding incentives offered to women is required to understand the possible effects of these interventions.

Μετάφραση

Κίνητρα για την προώθηση του θηλασμού: Μια συστηματική ανασκόπηση.

Περίληψη

Ιστορικό και στόχοι: Λίγες γυναίκες στις βιομηχανικές χώρες καταφέρνουν τη σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας να θηλάζουν αποκλειστικά για 6 μήνες. Οι κυβερνήσεις αναζητούν ολοένα και περισσότερο νέες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, συμπεριλαμβανόμενα τα κίνητρα ως χρήση . Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, παραδίδοντας τα εντός ή εκτός των ρυθμίσεων φροντίδας υγείας, σε άτομα ή / και στις οικογένειές τους που επιδιώκουν να αυξήσουν και να διατηρήσουν το θηλασμό κατά τους πρώτους 6 μήνες μετά τη γέννηση.

Μέθοδος: Οι έρευνες βασίστηκαν στα ηλεκτρονικά δεδομένα, λίστες αναφοράς και ανεπίσημη βιβλιογραφία διεξήχθησαν για τον εντοπισμό σχετικών εκθέσεων που δημοσιεύθηκαν, τις αδημοσίευτες, και τις εν εξελίξει μελέτες. Όλα τα μελετημένα σχέδια που δημοσιεύθηκαν στην αγγλική γλώσσα, η οποία συνεδρίασε τα κίνητρα του ορισμού μας και τα οποία ήταν από μια ανεπτυγμένη χώρα, ήταν επιλέξιμες για ένταξη. Η περίληψη και το άρθρο πλήρες κείμενο αναθεωρήθηκαν με συνεχόμενη εξαγωγή δεδομένων διεξαγόμενα από 2 ανεξάρτητους συγγραφείς.

Αποτελέσματα: Δεκαέξι πλήρεις εκθέσεις περιλήφθηκαν στην αναθεώρηση. Η πλειοψηφία αξιολόγησε τις πολυσύνθετες παρεμβάσεις ποικίλης συχνότητας, έντασης και διάρκειας. Τα κίνητρα περιλάμβαναν την παροχή πρόσβασης σε

θήλαστρα, δώρα, κουπόνια, χρήματα, συσκευασίες τροφίμων, και βοήθεια με τις δουλειές του σπιτιού, αλλά λίγη συναίνεση στα ευρήματα αποκαλύφθηκαν. Η έλλειψη υψηλής ποιότητας, τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών που προσδιορίστηκαν από αυτή την αναθεώρηση και τον πολυσύνθετο χαρακτήρα των παρεμβάσεων απαγορεύτηκε η μετά-ανάλυση.

Συμπεράσματα: Αυτή η εξέταση διαπίστωσε ότι το συνολικό αποτέλεσμα της παροχής κινήτρων για το θηλασμό σε σύγκριση χωρίς κίνητρα είναι ασαφές, λόγω της ετερογενούς μελέτης και τη διακύμανση στην ποιότητα της μελέτης. Περαιτέρω στοιχεία σχετικά με τα κίνητρα του θηλασμού που προσφέρονται στις γυναίκες απαιτείται να κατανοήσουν τις πιθανές επιπτώσεις αυτών των παρεμβάσεων (Moran et al., 2015).

7. Awareness about "Ten Steps for Successful Breastfeeding" among Medical and Nursing Students.

(Karkani, Rathod-Waghela, Mammulwar & Bhawalkar, 2015)

Abstract

Background: Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) is a vital intervention supported by World Health Organization and UNICEF to reduce infant mortality and has been included as a part of the curriculum in nursing and medical courses. To know the extent of knowledge of students about BFHI along with its understanding and to find out the gap in their knowledge about BFHI steps.

Method: A descriptive cross sectional study was carried out among the nursing (4(th) year) and medical students (3(rd) year MBBS) about ten steps of BFHI by a pretested and predesigned questionnaire. After ethical clearance, information was collected about their awareness and correct understanding concerning ten steps.

Results: A total of 102 (51.6%) medical and 96 (48.4%) nursing students comprising of 57 (28.8%) males and 141 (71.2%) females were interviewed, had similar mean score about the ten steps of BFHI. Female respondents 82.3%

had best understood the step 2 (training), as compared to males 80.7%. About step 6 (no supplements) 94.3% females and 86% males had well understood the step. Step 7 (rooming in) was known to 85.8% females and 54.4% males respectively. Step 9 (no pacifiers) was known to 80.1% females while among males 56.1% were aware. There was statistically significant difference in their knowledge about the steps 2 and 4 (skin to skin), 5 (counseling), 7, and 9 as females were more aware about these steps than males. The least understood steps in medical and nursing students were step 1 (written policy) (15.7%, 15.6%), step 3 (prenatal education) (27.5%, 29.2%), step 8 (cues) (10.8%, 24%) and step ten (community support) (8.8%, 11.5%) respectively: BFHI is one of the successful international efforts undertaken to promote, protect and support breast feeding. Acquiring knowledge about the same by medical and nursing students is most crucial tool for better practices by them in the future. Continued medical education, workshops and seminars by lactation specialists in addition to the regular teaching about BFHI as part of the curriculum may be considered to ensure and update their knowledge about BFHI.

Μετάφραση

Ενημέρωση για "Τα δέκα βήματα για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό" σε φοιτητές Ιατρικής και Νοσηλευτικής.

Περίληψη:

Ιστορικό: Η Πρωτοβουλία για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία είναι σημαντική για την παράθεση υποστήριξης στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και στη UNICEF για τη μείωση της θνησιμότητας στα βρέφη και έχει συμπεριληφθεί ως μέρος της διδακτέας ύλης στα μαθήματα ιατρικής και νοσηλευτικής. Για να ξέρουν το βάθος της γνώσης των φοιτητών πάνω στη Πρωτοβουλία για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και επίσης να καταλάβουν και να βρουν το κενό στις γνώσεις τους για τα βήματά της.

Μέθοδος: Περιγραφική και παραστατική μελέτη διαξεύχθηκε ανάμεσα σε φοιτητές νοσηλευτικής (4^ο έτος) και ιατρικής (3^ο έτος) για τα δέκα βήματα της Πρωτοβουλίας για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία με τη χρήση ενός προκαταρκτικού και προσχεδιασμένου ερωτηματολογίου. Μετά από ηθική

εκκαθάριση, συλλέχτηκαν οι πληροφορίες για την ενημέρωση και τη σωστή κατανόηση των δέκα βημάτων.

Αποτελέσματα: Ερωτήθηκαν 102 (51,6%) φοιτητές ιατρικής και 96 (48,4%) φοιτητές νοσηλευτικής, σύνολο αποτελούμενο από 57 (28,8%) αγόρια και 141 (71,2%) κορίτσια, και ο μέσος βαθμός για τα δέκα βήματα της Πρωτοβουλίας για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία ήταν παρόμοιος. Τα ερωτηθέντα κορίτσια 82,3% κατανόησαν καλύτερα το 2^ο βήμα (πρακτική), σε σχέση με τα αγόρια 80,7%. Στο 6^ο βήμα (όχι συμπλήρωμα διατροφής) το 94,3% κοριτσιών και το 86% των αγοριών είχαν κατανοήσει καλά το βήμα. Στο 7^ο βήμα (συνδιαμονή) το κατάλαβε το 85,8% των κοριτσιών και το 54,4% των αγοριών. Το 9^ο βήμα (όχι πιπίλες) το κατάλαβε το 80,1% των κοριτσιών και το 56,1% των αγοριών. Υπήρχε μεγάλη διαφορά στην κατανόηση του 2^{ου} και του 4^{ου} (δέρμα με δέρμα) βήματος, 5^{ου} (συμβουλευτική), 7^{ου}, 9^{ου} καθώς τα κορίτσια ήταν πιο ενημερωμένα για τα βήματα αυτά σε σχέση με τα αγόρια. Τα λιγότερο κατανοητά βήματα στους φοιτητές της ιατρικής και της νοσηλευτικής ήταν το βήμα 1^ο (γραπτή πολιτική) (15,7%, 15,6%), το βήμα 3 (προγεννητική εκπαίδευση) (27,5%, 29,2%), το βήμα 8 (συνθήματα) (10,8%, 24%) και το βήμα 10 (κοινωνική υποστήριξη) (8,8%, 11,5%) αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η Πρωτοβουλία για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία είναι μια από τις πιο επιτυχημένες προσπάθειες που αναλαμβάνει να προωθήσει, να προστατέψει και να υποστηρίξει το Μητρικό Θηλασμό. Η απόκτηση γνώσης για το θέμα αυτό από τους φοιτητές της ιατρικής και της νοσηλευτικής είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την καλύτερή τους εξάσκηση στο μέλλον. Η συνεχόμενη ιατρική εκπαίδευση, εργαστήρια και σεμινάρια από ειδικούς στη γαλουχία και επιπλέον η εκμάθηση για τη Πρωτοβουλία για Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία ως κομμάτι των σπουδών τους μπορεί να θεωρηθεί ως εξασφάλιση και ανανέωση των γνώσεων τους στο θέμα αυτό.

8. Breastfeeding practices in a hospital-based study of Vietnamese women.

(Ramoo, Trinh, Hirst, Jeffery, 2014)

Abstract

Background: The benefits of breastfeeding to both maternal and infant health are vast and widely known. The aim of this study was to elicit the rates of exclusive breastfeeding, early initiation of breastfeeding, and colostrum feeding and to determine the attitudes, knowledge, and influences around breastfeeding in postpartum Vietnamese women.

Materials and Method: A cross-sectional study was conducted at the Hung Vuong Hospital in Ho Chi Minh City, Viet Nam, between December 2010 and January 2011. Postpartum women were randomly selected and interviewed within 48 hours of delivery.

Results: Of the 223 women interviewed, 86% had initiated breastfeeding at the time of the interview. Modes of feeding included exclusive breastfeeding (7%), mixed feeding (79%), which included breastmilk and formula or water, and exclusive formula feeding (14%). Of the breastfeeding women, 14% had initiated breastfeeding within 60 minutes of delivery, 92% had initiated within 24 hours, and 8% had initiated after 24 hours of delivery. Of women who had initiated breastfeeding, 37% had discarded their colostrum. Factors that positively influenced breastfeeding were knowledge that breastfeeding is good for the infant, advice obtained from "public information," and the influence of health professionals and family on the decision to breastfeed. Factors that influenced the decision not to initiate breastfeeding included pain or fever after cesarean section and perceived lack of breastmilk after delivery.

Conclusions: The rate of exclusive breastfeeding at Hung Vuong Hospital in this study was lower than the national average of 17%. Specific interventions targeting this must be formulated to increase these rates.

Μετάφραση

Πρακτικές θηλασμού σε μια έρευνα που διεξήχθη σε νοσοκομείο σε γυναίκες από το Βιετνάμ.

Περίληψη

Ιστορικό: Τα οφέλη του θηλασμού και για υγεία της μητέρας και για του βρέφους είναι τεράστια και ευρέως γνωστά. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αποσπάσει τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, την έγκαιρη έναρξη του θηλασμού και τη διατροφή με πρωτόγαλα και να καθορίσει τις στάσεις, τις γνώσεις και τις επιρροές γύρω από το θηλασμό μετά τον τοκετό γυναίκες από το Βιετνάμ.

Υλικό και μέθοδος: Μια σύγχρονη μελέτη διεξήχθη στο Hung Vuong Νοσοκομείο στη Ho Chi Minh City, Βιετνάμ, μεταξύ Δεκεμβρίου 2010 και Ιανουαρίου 2011. Μετά τον τοκετό έγινε τυχαία επιλογή των γυναικών και ερωτήθηκαν μέσα σε 48 ώρες από την γέννα.

Αποτελέσματα: Από τις 223 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 86% είχε ξεκινήσει το θηλασμό την στιγμή της συνέντευξης. Οι τρόποι σίτισης περιλάμβαναν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (7%), μικτή διατροφή (79%), η οποία περιελάμβανε το μητρικό γάλα και το τυποποιημένο ή το νερό, και αποκλειστική φόρμουλα σίτιση (14%). Από τις γυναίκες που θηλάζουν, 14% είχε ξεκινήσει το θηλασμό εντός 60 λεπτών από την γέννα, το 92% είχε ξεκινήσει μέσα σε 24 ώρες, και 8% είχαν ξεκινήσει μετά από 24 ώρες από την γέννα. Οι γυναίκες που είχαν ξεκινήσει το θηλασμό, το 37% είχε απορριφθεί πρωτόγαλα τους. Παράγοντες που επηρέασαν θετικά το θηλασμό ήταν η γνώση ότι ο θηλασμός είναι καλό για το βρέφος, οι συμβουλές που προέρχονται από «ενημέρωση του κοινού», και την επιρροή των επαγγελματιών υγείας και της οικογένειας σχετικά στην απόφαση να θηλάσουν. Παράγοντες που επηρέασαν την απόφαση να μην ξεκινήσει το θηλασμό περιλάμβαναν πόνο ή πυρετό μετά από καισαρική τομή και αντιληπτή έλλειψη μητρικού γάλακτος μετά τον τοκετό.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στο Hung Vuong Νοσοκομείο σε αυτή τη μελέτη ήταν χαμηλότερο από τον παγκόσμιο μέσο όρο του 17%. Συγκεκριμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν σε αυτό πρέπει να διατυπωθούν για να αυξηθούν τα ποσοστά αυτά.

9. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations.

(Nyqvist, Häggkvist, Hansen, Kylberg, Frandsen, Maastrup, Ezeonodo, Hannyla & Haiek, 2013)

Abstract

In the World Health Organization/United Nations Children's Fund document Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care, neonatal care is mentioned as 1 area that would benefit from expansion of the original Ten Steps to Successful Breastfeeding. The different situations faced by preterm and sick infants and their mothers, compared to healthy infants and their mothers, necessitate a specific breastfeeding policy for neonatal intensive care and require that health care professionals have knowledge and skills in lactation and breastfeeding support, including provision of antenatal information, that are specific to neonatal care. Facilitation of early, continuous, and prolonged skin-to-skin contact (kangaroo mother care), early initiation of breastfeeding, and mothers' access to breastfeeding support during the infants' whole hospital stay are important. Mother's own milk or donor milk (when available) is the optimal nutrition. Efforts should be made to minimize parent-infant separation and facilitate parents' unrestricted presence with their infants. The initiation and continuation of breastfeeding should be guided only by infant competence and stability, using a semi-demand feeding regimen during the transition to exclusive breastfeeding. Pacifiers are appropriate during tube-feeding, for pain relief, and for calming infants. Nipple shields can be used for facilitating establishment of breastfeeding, but only after qualified support and attempts at the breast. Alternatives to bottles should be used until breastfeeding is well established. The discharge program should include adequate preparation of parents, information about access to lactation and breastfeeding support, both professional and peer support, and a plan for continued follow-up.

Μετάφραση

Διερεύνηση της πρωτοβουλίας για τα δέκα βήματα του επιτυχή θηλασμού στη Μονάδα Νεογνών: Συστάσεις από την ομάδα ειδικών.

Περίληψη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το Ταμείο Παιδιών του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών η πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία : αναθεωρείται και ανανεώνεται για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας αναφαίρετε ως η πρώτη περιοχή που θα ωφελήσει τα 10 βήματα για τον επιτυχή θηλασμό. Οι διαφορετικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν τα πρόωρα και άρρωστα νεογνά και οι μητέρες τους, συγκρίνονται με τα υγιή νεογέννητα και τις μητέρες τους. Η ανάγκη για ειδική πολιτική θηλασμού στη μονάδα νεογνών απαιτεί οι επιστήμονες υγείας να έχουν γνώσεις και δεξιότητες στη γαλουχία και την υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού, καθώς και την παροχή εξειδικευμένων πληροφοριών προγεννητικά. Η διευκόλυνση της έγκαιρης, συνεχούς και παρατεταμένης επαφής δέρμα με δέρμα, η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού και η υποστήριξη της μητέρας για θηλασμό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού είναι πολύ σημαντική. Το Μητρικό Γάλα της ίδιας της μητέρας ή το μητρικό Γάλα δότριας εφόσον υπάρχει αποτελεί την ιδανική διατροφή για το νεογνό. Πρέπει να γίνονται προσπάθειες για την ελαχιστοποίηση του αποχωρισμού του νεογνού από τους γονείς του και να ενθαρρύνεται η συν-διαμονή χωρίς περιορισμούς. Η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού θα πρέπει να καθοδηγείται από το νεογνό και την ικανότητα, σταθερότητα χρησιμοποιώντας την ημιδιατροφή κατά τη μετάβαση στον αποκλειστικό θηλασμό. Οι πιπίλες είναι κατάλληλες κατά τη διάρκεια της παρεντερικής σίτισης για να απαλλάσσετε το νεογνό από τον πόνο και να ηρεμεί. Οι θηλές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εδραίωση του θηλασμού αλλά μόνο μετά από ειδική υποστήριξη και προσπάθεια τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος. Εναλλακτικά μπιμπερό μπορούν να χρησιμοποιηθούν μέχρι να εδραιωθεί ο θηλασμός. Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο θα πρέπει οι γονείς να προετοιμαστούν, να πληροφορηθούν για τη γαλουχία και την υποστήριξη του θηλασμού από του επαγγελματίες υγείας και την αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των γονέων που έχουν νοσηλευόμενα νεογνά στη

μονάδα νεογνών και την ύπαρξη προγράμματος για τη συνεχή παρακολούθηση τους.

10. Effectiveness of a Breastfeeding Intervention on Knowledge and Attitudes Among High School Students in Taiwan.

(Ho & McGrath, 2016)

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of an educational intervention on the breastfeeding knowledge and attitudes of female high school students living in Taiwan.

Design: A prospective, two-group, quasi-experimental, repeated measure design.

Setting: A high school in Taichung, Taiwan.

Participants: Two hundred four female high school students.

Methods: Data were collected through a self-administered questionnaire at baseline, after the intervention, and 1 month later. After administration of the questionnaire at baseline, the experimental group (n = 103) received a 30-minute breastfeeding education; the control group (n = 101) did not.

Results: Findings showed that students in the experimental group had significantly greater breastfeeding knowledge immediately after the intervention and at 1 month post intervention. Also, compared with the control group, the experimental group had significantly greater positive breastfeeding attitudes after the intervention period, and the effect lasted at least 1 month.

Conclusions: Breastfeeding interventions in schools improve adolescents' knowledge and attitudes. School nurses are well positioned to promote breastfeeding as a healthy lifestyle behavior within the school setting.

Μετάφραση

Αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης θηλασμού σχετικά με την γνώση και τις στάσεις σε μαθητές λυκείου του Ταϊβάν.

Περίληψη

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη γνώση και τη στάση του θηλασμού των κοριτσιών μαθητριών λυκείου που ζουν στην Ταϊβάν.

Σχέδιο: Μια προοπτική, δύο ομάδων, η μη-πειραματικό, επαναλαμβανόμενο μέτρο σχεδιασμού.

Σύνθεση: Ένα γυμνάσιο στην Taichung, Ταϊβάν.

Συμμετέχοντες: Διακόσια τέσσερα κορίτσια μαθήτριες λυκείου.

Μέθοδος: Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με ένα αυτοσυμπληρώμενο ερωτηματολογίου στην έναρξη, μετά την παρέμβαση, και ένα μήνα αργότερα. Μετά τη χορήγηση του ερωτηματολογίου κατά την έναρξη, η πειραματική ομάδα ($n = 103$) πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση για το θηλασμού για 30 λεπτά, ενώ στην ομάδα ελέγχου ($n = 101$) όχι.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι μαθητές της πειραματικής ομάδας είχαν σημαντικά μεγαλύτερη γνώση του θηλασμού αμέσως μετά την παρέμβαση και σε ένα μήνα μετά την παρέμβαση. Επίσης, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η πειραματική ομάδα είχε σημαντικά πιο θετικές στάσεις απέναντι στο θηλασμό μετά την περίοδο παρέμβασης, και αυτό το αποτέλεσμα διήρκησε τουλάχιστον 1 μήνα.

Συμπεράσματα: Οι παρεμβάσεις για τον θηλασμό στα σχολεία βελτίωσαν τη γνώση και τη στάση των εφήβων. Οι σχολικές νοσοκόμες είναι καλά τοποθετημένες για να προωθήσουν το θηλασμό ως ένα υγιεινό τρόπο ζωής μέσα στο σχολικό περιβάλλον.

Χρήσιμες ιστοσελίδες για τη θηλάζουσα μητέρα

Φάρμακα κατά τη γαλουχία οι θηλάζουσες μπορούν να αναζητήσουν τους ιστοτόπους:

Lact Med

toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT

E-lactancia

www.e-lactancia.org/ingles/inicio.asp

ΕΠΙΛΕΓΩ ΘΗΛΑΣΜΟ

<https://www.facebook.com/epilegothilasmio?ref=bookmarks>

Πανελλήνιο Δίκτυο Εθελοντικών Ομάδων Μητρικού Θηλασμού και Μητρότητας

<https://www.facebook.com/thilazo?ref=bookmarks>

La Leche League Greece/ Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδος

<https://www.facebook.com/LaLecheLeagueGreece?ref=bookmarks>

Αγάπη όπως μαμά

<https://www.facebook.com/Αγάπη-όπως-μαμά-543457289194138/?fref=ts>

Γραμμές υποστήριξης

Τηλεφωνική υποστήριξη θηλαζουσών μητέρων

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

Μέσω e-mail στα:

alkyoni.thilasmos@ich.gr

inchildh@otenet.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Agostoni, C., Marangoni, F., Grrandi, F., Lammardo, A. M., Giovannini, M., Riva, E., 2003. Earlier smoking habits are associated with higher serum lipids and lower milk fat and polyunsaturated fatty acid content in the first 6 months of lactation. *Eur J Clin Nuts*, 57 (11), p.1466-1472.
- 2) Albertsen, K., Andersen, A. M., Olsen, J., Gronbaek, M., 2004. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. *Am J Epidemiol*, 159 (2), p.155-161.
- 3) Britton, J. R., Britton, H. L., and Gronwaldt, V., 2006. Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment, *Pediatrics*, 118 (5), p.1436-1443.
- 4) Bronner, F. 2006. *Nutritional and Clinical Management of Chronic Conditions and Diseases*. London, New York: Taylor & Francis Group.
- 5) Brown, ό.π., υποσημ. 71. Batstra, L., Neeleman J., Hadders Algra M, 2003. Can breast feeding modify the adverse effects of smoking during pregnancy on the child's cognitive development?, *J Epidemiol Community Health*, 57 (6), p.403-404.
- 6) Buckley, K. M., & Chares, G. E., 2006. Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feedings. *International Breastfeeding Journal*, 1 (31), p.1746-4358.
- 7) Busch, D.W., Logan, K., & Wilkinson, A., 2014. Clinical Practice Breastfeeding Recommendations for Primary Care: Applying a Tri-Core Breastfeeding Conceptual Model. *Journal of Pediatric Health Care*, 28 (6), p. 486-496.
- 8) Cattaneo, A. et al., 2004. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. In: *EU Conference on Promotion of Breastfeeding in Europe*: Dublin Castle, Ireland 18th June. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.
- 9) Chen, C. H., Wang, T. M., Chang, H. M., Chi, C.S., 2000. The effect of breast- and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. *J Hum Lact*, 16 (1), p.21-27.
- 10) Dahlstrom, A., Ebersjo, C., Lundell, B., 2004. Nicotine exposure in breastfed infant. *Acta Pediatric*, 93 (6), p.810-816.
- 11) Dennis, C. L., McQueen k., 2007. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. *Pediatrics*, 123, p.736-751.

- 12) Drake, L.R., Vogl, W., Mitchell, A.W. 2005. *Anatomy for Students*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Δ. Τουσίμης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 13) Gribble, K. D., 2006. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal*, 1 (5), 1-15,
- 14) Gromada, K. K., 2007. *Mothering Multiples: Breastfeeding and Caring for Twins or More! Revised Edition*, U.S.A: La Leche League International.
- 15) Ho, E., Collantes, A., Kapur, B. M., Moretti, M., Koren, G., 2001. Alcohol and breastfeeding: calculation of time to zero level in milk. *Biol Neonate*, 80 (3), p.219-222.
- 16) Ho, YJ, McGrath, JM., 2016. Effectiveness of a Breastfeeding Intervention on Knowledge and Attitudes Among High School Students in Taiwan. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45 (1), p.71-77.
- 17) Karkani, VA., Rathod-Waghela, HK., Mammulwar, Ms., Bhawalkar, JS., 2015. Awareness about "Ten Steps for Successful Breastfeeding" among Medical and Nursing Students. *International journal of preventive medicine*, 11 (6), p. 40.
- 18) Labbok, M., Taylor, E. & Nickel, N., 2013. Implementing the ten steps to successful breastfeeding in multiple hospitals serving low-wealth patients in the US: innovative research design and baseline findings. *International Breastfeeding Journal*, 102 (12), p.2262-2268
- 19) Lawrence, R. A., Lawrence R.M., 2011. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, 7th Edition, U.S.A: Elsevier.
- 20) Lawrence, R. A. 2008. *Supporting Breastfeeding/Early Childhood Social and Emotional Development* [e-book] USA: Encyclopedia on Early Childhood Development. Available at: <http://www.childencyclopedia.com/documents/LawrenceANGxp.pdf>. Accessed [5 Αυγούστου 2016]
- 21) Little, R. E., Northstone, K., Golding, J., 2007. Alcohol, breastfeeding, and development at 18 months. *Pediatrics*, 109 (5), p.72-72.
- 22) LLLI, 2014. *La Leche League International*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.llli.org/> [Πρόσβαση 10 Αυγούστου 2016].
- 23) Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., 2010. *Maternity Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Λυκερίδου & Α. Δελτσίδου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δημήτριος Λαγός.

- 24) McLelland, G., Hall, H., Gilmour, C., Cant, R., 2016. Support needs of breast-feeding women: views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery*, 31 (1), p.1-6.
- 25) Mennella, J., 2001. Alcohol's effect on lactation. *National institute of alcohol abuse and alcoholism*, 25 (3), p.230-234.
- 26) Mennella, J. A., 2001. Egulation of milk intake after exposure to alcohol in mothers' milk. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 25 (4), p.590-593.
- 27) Mezzacappa, E. S., Katkin, E. S., 2002. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers, *Health Psychol*, 21(2), p.187-193.
- 28) Moran, V.H., Morgan, H., Rothnie, K., MacLennan, G., Stewart, F., Thomson, G., Crossland, N., Tappin, D., Campbell, M., Hoddinott, P., 2015. Incentives to promote breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics*, 135 (3), p. 687-702.
- 29) Morton, J. A., 2002. The long road home. Strategies to support extended breastfeeding in the premature infant. *Adv Neonat Care*, 2 (5), p.267-282.
- 30) Newman, J., Pitman, T., 2006. *The Ultimate Breastfeeding Book of Answers: The Most Comprehensive Problem – Solution Guide to Breastfeeding from the Foremost Expert in North America*, Canada: Prima Lifestyles
- 31) Nicolson, P., 2001. *Postnatal Depression: facing the paradox of loss, happiness and motherhood*, Chichester, New York, Weinheim, Bristbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons, Ltd.
- 32) Nyqvist, K., Häggkvist, A., Hansen, M., Kylberg, E., Frandsen, A., Maastrup, R., Ezeonodo, A., Hannyla, L., Haiek, L., 2013. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: expert group recommendations. *Journal of human lactation*, August, 29(3), pp. 300-309.
- 33) O'Donnell, M., Nassar, N., Leonard, H., Hagan, R., Mathews, R., Patterson, Y., Stanley, F., 2009. Increasing Prevalence of Neonatal Withdrawal Syndrome: Population Study of Maternal Factors and Child Protection Involvement. *Pediatrics*, 123 (4), p.614-621.
- 34) O'Rahilly, R., Muller, F., 2000. *Εμβρυολογία και τερατολογία του ανθρώπου*, Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 35) Ramoo, S., Trinh, T.A., Hirst, J.E., Jeffery, H.E., 2014. Breastfeeding practices in a hospital-based study of Vietnamese women. *Breastfeed Med*, 9 (9), p. 479-85.
- 36) Rollins, N.C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C.K., Martines, J.C., Piwoz, E.G., Richter, L.M., Victora, C.G., 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *The Lancet*, 387 (10017), p.491-504.

- 37) Schaefer, C., Peters, P., Miller, R. K., 2007. *Drugs During Pregnancy and Lactation: Treatment options and risk assessment*, 3rd Edition, Amsterdam, Boston, Heidelberg, London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Fransisco, Singapore, Sydney, Tokyo: Elsevier.
- 38) Spear, H.J., 2014. School nurses and teachers: attitudes regarding inclusion of breastfeeding education in school curricula. *The Journal of School Nursing*, 26 (2), p. 137-46. 45.
- 39) Taveras E.M, Scanlon K.S, Birch L, Rifas-Shiman S.L, Rich-Edwards J.W, Gillman M.W. 2007. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year, *Pediatrics*, 114 (5), p.577–583.
- 40) Tenfelde, S.M., Tenfelde, L.F., Miller, A.M., Hill, P.D., 2012. Risk of Breastfeeding Cessation Among Low-Income Women, Infants, and Children: A Discrete Time Survival Analysis. *Research Nursing*, 61 (2), p. 86-95.
- 41) UNICEF, 2006 *UNICEF* [Ηλεκτρονικό].
<http://www.unicef.gr/bf06.php>. [Πρόσβαση 09 Αυγούστου 2016].
- 42) UNICEF, 2016 *UNICEF* [Ηλεκτρονικό].
<https://www.unicef.gr/bfweek> [Πρόσβαση 09 Αυγούστου 2016].
- 43) Wen, W., Shu, X. O., Jacoba, D. R., Brown, J. E., 2001. The associations of maternal caffeine consumption and nausea with spontaneous abortion. *Epidemiology*, 12 (1), p.38-42.
- 44) WHO, 2016. *World Health Organization*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>
[Πρόσβαση 20 Ιουλίου 2016].

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 45) Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι., 2013. *ΑΛΚΥΟΝΗ: Εθνική πρωτοβουλία Προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.mitrikosthilasmos.com/2012/07/blog-post-1515.html>
[Πρόσβαση 05 Αυγούστου 2016].
- 46) Γάκη, Ε., Παπαμηχαήλ, Δ., Σαραφίδου, Γ., Παναγιωτόπουλος, Τ.& Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι., 2009. *Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού*, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- 47) Ελληνική Νεογνολογική Εταιρία [Ηλεκτρονικό]
www.neognologiki.gr/images/h-proaggwgh-tou-mhtrikou-thilasmou.pdf [Πρόσβαση 20 Αυγούστου 2016].
- 48) Καβαλιώτης, Α.Α., 2015. *Ο θηλασμός ως παράγοντας ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης και μέσον πρόληψης της αναπηρίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ.
- 49) Κοτανίδου, Χ. & Σαράντη, Β., 2012. *Μητρικός Θηλασμός*. Ιωάννινα: s.n.
- 50) Λεκάκου, Α., 2013. *Μητρικό Γάλα*, Αθήνα: s.n.
- 51) Λεοντάρη, Μ., 2014. *Θηλασμός*, Ιωάννινα: s.n.
- 52) Λεοντάρη, Μ., 2016. *Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού*, Ιωάννινα: s.n.
- 53) Μαλλιαρού Μ.Α., 2010. *Οδηγίες για την προώθηση του μητρικού θηλασμού*.
[Ηλεκτρονικό] <http://www.pediatrics-uoa.edu.gr> [Πρόσβαση 10 Αυγούστου 2016].
- 54) Πουλάκου-Ρεμπελάκου, Ε., 2000. Η παιδιατρική στο Βυζάντιο. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 3 (17), pp. 326-331.
- 55) Σακλαμάκη-Κοντού, Μ., 2014. Ενημερωτικό δελτίο 2012-2013, Αθήνα: ΜΗΤΕΡΑ.