

**Β΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ Χ. ΜΠΑΚΟΥΛΑ**

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΥ ΑΝΑΡΓΥΡΟΥΛΑ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ - ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2013

*Epidemiological study
of breastfeeding
in Greece*

Αφιερώνεται

στους γονείς μου,

στους δασκάλους μου,

& στα παιδιά όλου του κόσμου,

που αποτελούν αστείρευτη πηγή έμπνευσης

& κίνητρο καταβολής της μέγιστης κάθε φορά

δυνατής προσπάθειας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
1. Εισαγωγή.....	4
2. Βιογραφικό Σημείωμα.....	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η σύσταση του μητρικού γάλακτος.....	25
2. Σύγκριση του ώριμου μητρικού γάλακτος με το τροποποιημένο γάλα αγελάδας.....	26
3. Το αμυντικό σύστημα του βρέφους που θηλάζει.....	31
4. Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.....	34
Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για το βρέφος που θηλάζει.....	34
Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα.....	39
5. Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού.....	42
6. Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.....	43
Παράγοντες που σχετίζονται με το Σύστημα Υγείας.....	44
Παράγοντες που σχετίζονται με τη μητέρα.....	46
Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος.....	50

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	53
--------------------	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σχεδιασμός της μελέτης.....	55
2. Διευκρινιστικοί ορισμοί.....	59
3. Στατιστική ανάλυση.....	62
4. Αποτελέσματα – Ερμηνεία.....	64
5. Συζήτηση.....	83
6. Περίληψη.....	100
7. Abstract.....	102
8. Βιβλιογραφία.....	103
9. Παράρτημα Πινάκων.....	121

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπεροχή του μητρικού θηλασμού στη διατροφή του βρέφους είναι αδιαμφισβήτητη. Το μητρικό γάλα είναι ότι πολυτιμότερο και ακριβότερο μπορεί να δώσει η μητέρα στο νεογέννητο βρέφος της στο ξεκίνημα της ζωής του. Είναι αναντικατάστατη τροφή, θεμέλιο της ψυχικής υγείας του παιδιού και ευοδώνει την ανάπτυξη ισχυρών συναισθηματικών δεσμών ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος.

Αν και προσπάθειες προώθησης του μητρικού θηλασμού γίνονται διεθνώς, τα ποσοστά του, παγκοσμίως, είναι χαμηλά.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση της μητέρας να θηλάσει, την επιτυχία και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού διαφέρουν πολύ από χώρα σε χώρα.

Στην Ελλάδα τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία καταγραφής της συχνότητας του μητρικού θηλασμού και των παραγόντων που την επηρεάζουν είναι ελλιπή και αφορούν μικρά μόνο δείγματα πληθυσμού.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αποτυπώσει τη συχνότητα και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού στον Ελλαδικό χώρο, να καταγράψει τους παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει, όσο και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Η στατιστική ανάλυση των παραπάνω στοιχείων θα οδηγήσει στην επιλογή των κατάλληλων μέτρων που απαιτούνται για την προώθησή του, στον Ελληνικό πληθυσμό.

Η μελέτη διεξήχθη κατά τη χρονική περίοδο 12-1999 ως 11-2000 σε επτά μαιευτήρια της Ελλάδας («Αλεξάνδρα», «Ελενα», «Ιαώ», νοσοκομείο Καλύμνου, «Μαγγίνειο», «Μητέρα», νοσοκομείο Τρικάλων) και συμμετείχαν 4325 ζεύγη μητέρας-βρέφους που γεννήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτού του διαστήματος.

Στις 28/7/2000 υποβλήθηκε αίτηση έγκρισης της διδακτορικής διατριβής με θέμα: «Επιδημιολογική μελέτη του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα». Στις 17/10/2000 κατόπιν συνεδριάσεως του Γ.Σ.Ε.Σ. της Ιατρικής Σχολής του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ορίστηκε η Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή που αποτελείται από τους καθηγητές κ.Θεμιστοκλή Καρπάθιο, κ.Πολυξένη Νικολαΐδου και τον κ.Εμμανουήλ Καβαζαράκη. Για την καθοδήγηση, την προθυμία και την εποπτεία τους κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής και της ολοκλήρωσης της μελέτης τους ευχαριστώ ολόψυχα.

Η άμεση επίβλεψη της μελέτης έγινε από τον καθηγητή κ. Θ. Καρπάθιο, κοντά στον οποίο είχα την εκλεκτή τύχη να ολοκληρώσω σχεδόν και τα τέσσερα χρόνια της ειδίκευσης μου ως παιδίατρος. Αισθάνομαι την ανάγκη να του εκφράσω τον θαυμασμό μου για το άτομό του και ταυτόχρονα την ευγνωμοσύνη μου για όσα μου δίδαξε ως καθηγητής, ως γιατρός και ως άνθρωπος. Τον ευχαριστώ επίσης ολόθερμα, για την ανάθεση της μελέτης, αλλά και την αμέριστη συμπαράστασή του σε όλα τα στάδια της μελέτης από τον προγραμματισμό και την εκπόνηση ως και τη συγγραφή της. Η εμπιστοσύνη που μου έδειξε με τιμά ιδιαίτερα, ενώ η επιμονή και η υπομονή του ήταν καταλυτικής σημασίας για την ολοκλήρωσή της.

Για την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφεραν κατά τη διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων και της συγγραφής της μελέτης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμότατα την καθηγήτρια κ.Χρύσσα Μπακούλα, την καθηγήτρια Πολυξένη Νικολαΐδου-Καρπαθίου, τη συνάδελφο Αλεξάνδρα Βέλτισστα, καθώς και τον κ. Γεώργιο Καβαδία που ανέλαβε την στατιστική ανάλυση της μελέτης.

Αισθάνομαι επίσης την υποχρέωση να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τη συνάδελφο, επιστημονική συνεργάτιδα της Γ΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Μαρία Μουστάκη για την καθοριστική συμβολή της στον προγραμματισμό και την ολοκλήρωση της μελέτης.

Αισθάνομαι επίσης την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους μου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», όπου εργάζομαι τώρα, για την κατανόηση, τις διευκολύνσεις και γενικότερα τη συμπαράσταση που μου παρείχαν καθόλη τη διάρκεια της συγγραφής της μελέτης.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να εκφράσω την αγάπη μου και την ευγνωμοσύνη μου στους γονείς, αλλά κυρίως στα παιδιά όλου του κόσμου, που μας διδάσκουν καθημερινά, μας τροφοδοτούν διαρκώς με ερεθίσματα και μας ωθούν να γινόμαστε συνεχώς καλύτεροι ως γιατροί και κυρίως ως άνθρωποι.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ - ΕΠΩΝΥΜΟ: Αναργυρούλα Πρεζεράκου

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : 03 / 11 / 1968

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : Χαραυγής 26 - Ίλιον - Τ.Κ. 13122

ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 210-2626056, κινητό: 6978683165

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤ. : Άγαμη

ΣΠΟΥΔΕΣ – ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ

- **Ιατρική Σχολή Αθηνών (1986-1993)**
- **1993:** Πτυχίο Ιατρικής Σχολής με βαθμό «Λίαν Καλώς»
- **1993-1995:** Υπηρεσία Υπαίθρου Κ.Υ. Νεάπολης Λακωνίας
- **1996-1998 :** Ιατρός σε ιδιωτική κλινική «Λευκός Σταυρός» Πειραιώς
- **1998-2002:** Ειδικευόμενη στην Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών (Νοσοκομείο Παιδών «Αγλαΐας Κυριακού»)
- **5/2002:** Αποκτήση τίτλου Ειδικότητας Παιδιατρικής
- **17/7/2002 - 16/7/2004:** Εξειδίκευση στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»
- **20/7/2004 – 28/7/2006:** Επιμελήτρια στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, του μαιευτηρίου «Μητέρα».
- **10/1/2007 – 30/11/2007:** Επιμελήτρια στη Μ.Ε.Θ. «Ιατρικού Κέντρου Αθηνών».

- **01/12/2007 – 20/8/2008:** Επιμελήτρια στη Β΄ Παιδιατρική Κλινική του «Ιατρικού Κέντρου Αθηνών».
 - **10/2007:** Απόκτηση τίτλου εξειδίκευσης Μ.Ε.Θ.
 - **1/9/2008 – σήμερα:** Επιμελήτρια Α΄ στην Μ.Ε.Θ. του νοσοκομείου παιδών «Π. & Α. Κυριακού».
 - **Μεταπτυχιακό πρόγραμμα:** «Στατιστικές Μέθοδοι στην Ιατρική και Φαρμακευτική» στο τμήμα Στατιστικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών. Είναι στο στάδιο συγγραφής της μεταπτυχιακής εργασίας.
 - **Advanced Pediatric Life Support Course (APLS), 2004**
 - **Ξένες γλώσσες:** α) Αγγλικά (Lower) β) Γαλλικά (Certificate)
- Γνώσεις Η/Υ:** α) Πιστοποιητικό CoreLevel: «Αυτοματισμός και οργάνωση ιατρικού γραφείου με την χρήση Η/Υ». β) Πιστοποιητικό ExpertLevel: «Οργάνωση ιατρείου & ιατρικού φακέλου ασθενή σε περιβάλλον access».

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Α) ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- 1) Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Μουστάκη Μαρία, Κλημεντοπούλου Αλεξάνδρα, Σαμαρτζή Θεοδώρα, Προϊστάκη Φωτεινή, Καβαζαράκης Εμμανουήλ **«Η αντιπυρετική δράση της ιβοπροφαίνης»** -37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο Θεσσαλονίκη, 1999.
- 2) Δημητρίου Ελισάβετ, Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Ντονάς Ευστάθιος, Μασούρα Δέσποινα, Βουγιούκα Όλγα, Μαθιουδάκης Ιωάννης, Καρπάθιος Θεμιστοκλής. **«Θεραπευτική αντιμετώπιση της σπλαχνικής λεϊσμανίασης με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη β»** -38^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο Κως, 2000.

- 3) .Μαθιουδάκης Ιωάννης, Τσολιά Μαρία, Δημητρίου Ελισάβετ, Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Σπυρίδης Παναγιώτης, Σινανιώτης Κωνσταντίνος. **«Βρογχολίτιδα και οξεία μέση ωτίτιδα»** - 38^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κως, 2000
- 4) Κατσαλούλη Μαρίνα, .Βούδρης Κωνσταντίνος, Κατσαρού Ευσταθία, Σκαρδούτσου Αγγελική, Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Πιστεύος Γεώργιος, Μαυρο-μάτης Παναγιώτης. **«Κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα από το ΚΝΣ παιδιών με συγγενή αρθρογρύπωση»** - 38^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κως, 2000.
- 5) Βούδρης Κωνσταντίνος, .Κατσαλούλη Μαρίνα, Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Κατσαρού Ευσταθία, Σκαρδούτσου Αγγελική, Μαρκούρη Μαργαρίτα, Σαλαπάτα Μαριλένα, Σινανιώτης Κωνσταντίνος. **«Παραυτοκτονία με λήψη ουσιών στα παιδιά :«Προδιαθεσικοί παράγοντες, χρησιμοποιούμενες ουσίες και συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή»** - 38^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κως, 2000.
- 6) Καραγιάννη Χριστίνα, Λάμπρου Ιωάννα, Σταμπουλή Στέλλα, Ρουμελιώτου Αικατερίνη, Traeger- Συνοδινού Joanne, Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Καβαζαράκης Εμμανουήλ **«Σοβαρή υπερτριγλυκεριδαιμία σε κορίτσι με διαβητική κετοξέωση: Κλινική και γενετική μελέτη.»** 39^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη, 2001.
- 7) Κωστάκη Μαρία, Ηλία Μαρία, Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Μπόνου Πιπίνα, Καρπάθιος Θεμιστοκλής : **«Γαστρεντερική πρωτεϊνόρροια από διαταραχή της βακτηριακής χλωρίδας του εντέρου.»** - 39^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη, 2001.
- 8) Πρεζεράκου Αναργυρούλα*, Μπόνου Πατρίτσια, Πατσούρα Αριστέα, Δράκου Χριστίνα, Κοσκίνας Ιωάννης, Παπαδάτος Ιωάννης **«Νόσος**

Wilson με κλινική προβολή οξείας κοιλίας» - 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος, 2003.

9) Πρεζεράκου Αναργυρούλα*, Πατσούρα Αριστέα, Ουρανή Ευαγγελία, Τσιβτανίδου Τάλια, Παπαδάτος Ιωάννης **«Σύνδρομο αποφολιδωτικής δερματίτιδας με πολυοργανική συμμετοχή»** - 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος, 2003.

10) Πρεζεράκου Αναργυρούλα*, Πατσούρα Αριστέα, Σφακιανός Γεώργιος, Γκιώνης Δημήτριος, Παπαδάτος Ιωάννης **«Απόφραξη κοιλιοπεριτοναϊκής βαλβίδας με φυσιολογικό απεικονιστικό έλεγχο»** - 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος, 2003

11) Α.Πρεζεράκου, Α.Πατσούρα, Ε.Στέφος, Δ. Γεωργακόπουλος, Ε. Ουρανή, Δ. Γκιώνης, Ι. Παπαδάτος **«Μυοκαρδίτιδες-μυοκαρδοπάθειες: εμπειρία 15 ετών στη ΜΕΘ»** - 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα, 2003.

12) Α.Πρεζεράκου, Α.Πατσούρα, Α. Γεωργιάδης, Δ. Γκιώνης, Θ. Αϊβάζογλου, Ι. Παπαδάτος **«Ρήξη οισοφάγου και μεσοθωρακίτιδα μετά από ήπιο τραυματισμό τραχηλικής γλώσσας»** - 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα, 2003.

13) Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Πατσούρα Αριστέα, Σιδερή Γεωργία, Νικολάου Φιλίππια, Γκιώνης Δημήτριος, Παπαδάτος Ιωάννης **« Σταφυλοκοκκική πνευμονία – Πείρα πέντε ετών στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας»** - 42^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη, 2004.

14) Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Πατσούρα Αριστέα, Μπόνου Πατρίτσια, Ηλιάδης Αντρέας, Γκιώνης Δημήτριος, Παπαδάτος Ιωάννης **«Προγνωστικοί παράγοντες πολυοργανικής ανεπάρκειας- Εμπειρία πέντε ετών»** - 42^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη, 2004.

- 15) Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Πατσούρα Αριστέα, Στέφος Ευστάθιος, Ουρανή Εύα, Γκιώνης Δημήτριος, Παπαδάτος Ιωάννης **«Παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία – Εμπειρία πέντε ετών στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου μας »** - 42^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη, 2004.
- 16) Σιδερή Γεωργία, Μπόνου Πατρίτσια, Νικολάου Φιλίππια, Ηλιάδης Αντρέας, Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Βασιλόπουλος Αθανάσιος **«Μεθαιμοσφαιριναιμία και αιμολυτική αναιμία οφειλόμενες σε έλλειψη G-6PD μετά από χορήγηση urateoxidase (uricozyme) σε 3 παιδιά με λεμφοκυτταρική κακοήθεια»** - 42^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη, 2004.
- 17) Α.Πρεζεράκου, Μ. Ταμιωλάκη: **«Status epilepticus»** Ενημερωτικό συνέδριο «Η παιδιατρική στην πράξη», Αθήνα, 2008 (πλήρες κείμενο για το βιβλίο του συνεδρίου)
- 18) Α. Πρεζεράκου, Μ. Ταμιωλάκη: **«Κώμα»** Ενημερωτικό συνέδριο «Η παιδιατρική στην πράξη», Αθήνα, 2008 (πλήρες κείμενο για το βιβλίο του συνεδρίου)
- 19) Α.Πρεζεράκου, Κ.Παπάζογλου, Δ.Γκιώνης, Ε.Ουρανή, Φ.Νικολάου, Ι.Παπαδάτος **«Βρέφος με σοβαρή εκδήλωση κοκκύτη και θανατηφόρα κατάληξη»** 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα, 2009
- 20) Α.Πρεζεράκου, Κ.Παπάζογλου, Χ.Τζορμπατζάκης, Π.Μπόνου, Α.Πατσούρα, Ι.Τάσσιου, Ι.Παπαδάτος **«Αξιολόγηση των κλήσεων εκτίμησης νοσηλευόμενων παιδιών από ιατρούς παιδιατρικής ΜΕΘ σε τριτοβάθμιο Νοσοκομείο»** 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα, 2009
- 21) Αναργυρούλα Πρεζεράκου, Αριστούλα Πατσούρα, Μαριάννα Γρηγοράκου, Γεωργία Σιδερή, Ι.Παπαδάτος **«Νοσηλεία Παιδιών με**

ToxicShockSyndrome (TSS) στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) Νοσοκομείου μας την τελευταία πενταετία» 15thStateoftheArt, Αθήνα, 2011

22) Α.Πρεζεράκου, Π.Μπόνου, Ι.Τάσσιου, Φ.Νικολάου, Ι.Παπαδάτος «Νοσηλεία παιδιών με επεισόδιο «παρολίγον πνιγμού» σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας την τελευταία εξαετία» 15thStateoftheArt, Αθήνα, 2011

23) Αναργυρούλα Πρεζεράκου, Φιλίππια Νικολάου, Αριστούλα Πατσούρα, Ιωάννα Τάσσιου, Ι. Παπαδάτος «Νοσηλεία παιδιών με Παροξυσμική Υπερκοιλιακή Ταχυκαρδία (ΠΥΤ) στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του Νοσοκομείου μας την τελευταία εξαετία», 15thStateoftheArt, Αθήνα, 2011

24) Αναργυρούλα Πρεζεράκου, Φιλίππια Νικολάου, Πατρικία Μπόνου, Αριστούλα Πατσούρα, Ιωάννα Τάσσιου, Ι. Παπαδάτος «Νοσηλεία παιδιών με Ουραιμικό Αιμολυτικό Σύνδρομο (ΟΑΣ) στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του Νοσοκομείου μας την τελευταία πενταετία», 15thStateoftheArt, Αθήνα, 2011

B) ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- 1) K. Voudris, M. Markouris, M. Katsaloulis, O. Grafakou, M. Salapata, A.Prezerakou, E. KatsarouandP. Mavromatis«Shortspellsofunknownetiologyninfancy» - 4thEuropeanCongressonEpileptologyFirenze, Florence, 2000.**
- 2) M Katsaloulis, C. Voudris, E.Katsarou, M. Salapata, M. Markouris, A. Skardoutsou, A. Prezerakou, G. Pistevos, P. Mavromatis “Epileptic seizures in a child with neurogenic arthrogryposis multiplex congenital”- 7th European Conference, Epilepsy and Society 2000, Athens 2000.**

- 3) Anargyroula Prezerakou, Aristeia Patsoura, E. Stefos, D. Gionis, J. Papadatos **“Severe cutaneous reactions in children – A review of 15 years in our PICU”** - 14th ESPNIC Medical & Nursing Annual Congress, Athens 2003.

- 4) Sideri G, Basilopoulos A, Urani E, Nikolaou F, Stefos E, Hliadis A, Bonou P, Patsoura A, Prezerakou A, Papadatos J, **« Electrolyte levels at patients’ admission suffering from severe traumatic brain injury in children»** 15th ESPNIC Medical & Nursing Annual Congress, London, 2004

- 5) G Sideri, A. Prezerakou, A.Patsura, D. Tzira, I. Tassiou, J. Papadatos **“Sepsis and Meningitis in Pediatric Intensive Care Unit – Clinical and Laboratory features and outcome”** 23th ESICM Annual Congress, Barcellona, 2010

- 6) D. Tzira, K. Papazoglou, A. Patsura, P.Bonos, A.Prezerakou, J.Papadatos **“Perinatal Cytomegalovirus infection in an infant with Cystic Fibrosis Disease”** 6th World Congress on Pediatric Critical Care, Sidney, Australia, 2011

- 7) I.Tassiou, K.Papazoglou, P.Bonos, A.Prezerakou., A.Patsura, J.Papadatos **“High Frequency Oscillatory Ventilation in Pediatric Intensive Care Unit”** 6th World Congress on Pediatric Critical Care, Sidney, Australia, 2011

- 8) D.Tzira, A.Patsoura, P.Bonos, A.Prezerakou, I.Tassiou, J.Papadatos **“The incidence of complicated pneumonia in a Pediatric Intensive Care Unit”** 6th World Congress on Pediatric Critical Care, Sidney, Australia, 2011

- 9) F.Petropoulou, A.Prezerakou, P.Bonos, I.Tassiou, G.Sideri, A.Patsoura, A.Mitsioni J.Papadatos **“Acute Renal Failure in children admitted in Pediatric Intensive Care Unit- Main Causes, Treatment and Outcome”** 6th World Congress on Pediatric Critical Care, Sidney, Australia, 2011

- 10) I.Tassiou, A.Prezerakou, K.Papazoglou, A.Patsura, P.Bonos., J.Papadatos
“A Severe Pneumococcal Pneumonia and purulent pericarditis in an immunocompetent child”, 6th World Congress on Pediatric Critical Care, Sidney, Australia, 2011
- 11) F.Nikolaou, M.A.Grigorakou, A.Patsura, A.Prezerakou, G.Sideri, I.Papadatos **“Pediatric Tracheostomies: A recent experience from a PICU in Greece”**, ESPNIC, 22nd Annual Congress of the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care, Annover, 2011
- 12) G. Sideri, F. Petropoulou, A. Prezerakou, A. Vasilopoulos, K. Papazoglou **“Sepsis and Multiple organ dysfunctions in children in our PICU”** 24th Annual Congress, Berling, Germany, 2011

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (σε Ελληνικά Συνέδρια)

- 1) Μπόνου Πιπίνα, Λάμπρου Ιωάννα, Πρεζεράκου Αναργυρούλα, Λιάσκου Αικατερίνη, Ρίζου Σοφία, Γρηγοριάδου Γεωργία, Μαγιάκου Αλεξάνδρα Μαρία, Μαθιουδάκης Ιωάννης. **«Νόσος Kawasaki: Θεμιτή η υπερδιάγνωση;»** -39^ο- Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη, 2001.
- 2) Αναργυρούλα Πρεζεράκου*, Πατρίτσια Μπόνου, Αριστέα Πατσούρα, Κλεονίκη Παπάζογλου, Δημήτρης Γκιώνης, Ιωάννης Παπαδάτος **«Οξεία ηπατική ανεπάρκεια ως πρώτη εκδήλωση νόσου Wilson – υπερεπείγουσα μεταμόσχευση με θετική έκβαση»** - 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα, 2003.
- 3) Ανδριανή Βαζαίου, Δ.Γκιώνης, Αναργυρούλα Πρεζεράκου, Αλεξάνδρα Τσίαλα, Τερψιχόρη Κόρπα, Χ.Σκαλούμπακας, Ι.Παπαδάτος **« Κορίτσι με Νεοδιαγνωσμένο Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου Ι, Εγκεφαλικό Οίδημα και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία»** 12^ο Πανελλήνιο Διαβητολογικό Συνέδριο, Αθήνα, 2011

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (σε Διεθνή Συνέδρια)

1. Anargyroula Prezerakou,* Aristeia Patsura, E. Stefos, D.Gionis, J. Papadatos
“**Multiple organ dysfunction syndrome in children – A review of five years in our PICU**” - 14th ESPNIC Medical & Nursing Annual Congress, Athens 2003.
2. Sideri, A. Basilopoulos, E. Ourani, F. Nikolaou, E. Stefos, A. Hliadis, P. Bonou, A. Patsoura, A. Prezerakou, J. Papadatos. “**Electrolytes levels on admission in patients with severe head injury**” 15th ESPNIC Medical & Nursing Annual Congress, London, 2004.
3. I.Tassiou, K.Papazoglou, P.Bonos, A.Prezerakou, D.Tzira “ **High Frequency Oscillatory Ventilation in a Pediatric Intensive Care Unit**” ESICM, 23rd Annual Congress, Barcelona, 2010
4. G.Sideri, A.Prezerakou, A.Patsura, D.Tzira, I.Tassiou, J.Papadatos “**Sepsis and Meningitis in Pediatric Intensive Care. Clinical, Laboratory features and outcome**” ESICM, 23rd Annual Congress, Barcelona, 2010
5. G.Sideri, F.Petropoulou, A.Prezerakou, A.Basilopoulos, K.Papazoglou, E.Panagiotopoulou,, J.Papadatos “**Sepsis and Multiple Organ Dysfunction Syndrome in our PICU**” ESICM, 24th Annual Congress, Berlin, 2011

ΟΜΙΛΙΕΣ

- 1) «**Βρέφος με υπερτονία και επεισόδια πνιγμονής**», Επιστημονικές εκδηλώσεις Τρίτης, Νοσοκομείου Παίδων «Π.& Α. Κυριακού», 2000.
- 2) «**Κορίτσι 11 ετών με ίκτερο και κοιλιακό άλγος**», Επιστημονικές εκδηλώσεις Τρίτης, Νοσοκομείου Παίδων «Π.& Α. Κυριακού», 2003.

- 3) « **Μητρικός θηλασμός**» Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής «Οι ειδικευόμενοι στο Προσχήνιο», 2001, Αθήνα.
- 4) « **Σταφυλοκοκκική πνευμονία**» 17^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2003, Αθήνα.
- 5) «**Εγκεφαλίτιδες και μεταλοιμώδη σύνδρομα**» 23^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2009, Αθήνα.
- 6) «**Παρουσίαση σεναρίου παιδιού με αναπνευστική δυσχέρεια-Αντιμετώπιση**», 8^η Ημερίδα Ανάνηψης, 2009, Αθήνα
- 7) «**Προβολή άλλων παθολογικών καταστάσεων στο αναπνευστικό σύστημα**» 24^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2010, Αθήνα.
- 8) «**Βρέφος 2 μηνών με αναπνευστική δυσχέρεια**» Επιστημονικές Συγκεντρώσεις Τρίτης – Παρουσίαση Περιστατικών Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», 2010
- 9) «**Παρουσίαση περιστατικού: Βρέφος 4 μηνών με αναπνευστική δυσχέρεια**» 48^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 2010, Μύκονος.
- 10) «**Οξεία Νεκρωτική Εγκεφαλοπάθεια στα Παιδιά**» 13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, 2010, Αθήνα
- 11) «**Παιδική κακοποίηση – Το φαινόμενο σε Μ.Ε.Θ. Παίδων**» Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των παιδιών και των εφήβων», 2010, Αθήνα
- 12) «**Βρέφος 3 μηνών με επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια**» Επιστημονικές Συγκεντρώσεις Τρίτης – Παρουσίαση Περιστατικών Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», 2010

- 13) **«Μυοκαρδίτιδες»** 25^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2011, Αθήνα.
- 14) **«Περίπτωση βαριάς κακοποίησης βρέφους και ενδοοικογενειακής βίας»** Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής «Κακοποίηση - Παραμέληση Παιδιών: Σε αναζήτηση της επιστημονικής γνώσης. Το σοκ του πραγματικού. Η επιστροφή του συμβολικού», 2011, Αθήνα
- 15) **«Περιστατικό ύποπτης κακοποίησης σε παιδί που προσκομίσθηκε νεκρό στα ΕΙ Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου»** Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής «Κακοποίηση - Παραμέληση Παιδιών: Σε αναζήτηση της επιστημονικής γνώσης. Το σοκ του πραγματικού. Η επιστροφή του συμβολικού», 2011, Αθήνα
- 16) **«Βρέφος 18 μηνών με πολλαπλά επεισόδια σπασμών»** Επιστημονικές Συγκεντρώσεις Πέμπτης – Παρουσίαση Περιστατικών Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α Κυριακού», 2011, Αθήνα
- 17) **«Κορίτσι 3 ετών με ημιπάρεση»** Επιστημονικές Συγκεντρώσεις Πέμπτης – Παρουσίαση Περιστατικών Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α Κυριακού», 2012
- 18) **«Βρέφος με ωχρότητα και άρνηση λήψης τροφής»** Επιστημονικές Συγκεντρώσεις Πέμπτης – Παρουσίαση Περιστατικών Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α Κυριακού», 2012, Αθήνα
- 19) **«Παιδική Κακοποίηση»** 25^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, Νοσοκομείο Παίδων «Π & Α Κυριακού», 2012, Αθήνα
- 20) **« Μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στα παιδιά»** 15^ο Θεματικό Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας & Επείγουσας Ιατρικής Μηχανική Υποστήριξη Οργανικών Συστημάτων, 2012, Αθήνα

- 21) «Μεταλοιμώδεις εγκεφαλίτιδες στα παιδιά- Διάγνωση και θεραπεία» 14^ο
Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, 2012, Αθήνα.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

A) ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- 1) Κ. Βούδρης, Μ. Μαρκούρη, Μ. Κατσαλούλη, Ο. Γραφάκου, Μ. Σαλαπάτα, Α. Πρεζεράκου, Ε. Κατσαρού, Π. Μαυρομάτης. **«Βραχείας διάρκειας επεισόδια αγνώστου αιτιολογίας στη βρεφική ηλικία»** Νευρολογία, 9: 177, 2000.
- 2) Μ. Κατσαλούλη, Μ. Σαλαπάτα, Α. Πρεζεράκου, Κ. Βούδρης, Ε. Κατσαρού, Μ. Μαρκούρη, Ο. Γραφάκου, Π. Μαυρομάτης **«Μαθησιακές διαταραχές σε παιδιά με νυχτερινά επεισόδια σπασμών.»** Νευρολογία, 9: 181, 2000
- 3) Κ. Βούδρης, Ο. Γραφάκου, Μ.Μαρκούρη, Μ. Σαλαπάτα, Μ. Κατσαλούλη, Α. Πρεζεράκου, Ε. Κατσαρού, Π.Μαυρομάτης: **«Πολλαπλά επεισόδια πυρετικών σπασμών στα παιδιά»** Νευρολογία, 9: 176, 2000.
- 4) Φ. Κακαβά, Σ. Στέφος, Α. Πρεζεράκου, Α. Δαρζέντας, Α. Βασιλόπουλος: **«Βρέφος με βαριά σταφυλοκοκκική πνευμονία»** Παιδιατρική, Τόμος 67, τεύχος 4, 2004.
- 5) Α. Πρεζεράκου, Δ. Γκιώνης, Π. Μπόνου, Κ. Στεφανίδης, Ι. Παπαδάτος **«Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο σε βρέφος με πνευμονιοκοκκική πνευμονία: περιγραφή περίπτωσης»** Παιδιατρική, 72: 216-220, 2009

B) ΞΕΝΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- 1) M.Katsaloulis, C.Voudris, E.Katsarou, M. Salapata, M. Markouris, A. Skardoutsou, A. Prezerakou, G. Pistevos, P. Mavromatis: **“Epilepticseizuresinachildwithneurogenicarthrogryposismultiplexcongenital”** - Seizure, 9: 524, 2000.

- 2) Papadopoulos NG, Moustaki M, Tsolia M, Bossios A, Astra E, Prezerakou A, Gourgiotis D, Kafetzis D. **“Association of rhinovirus infection with increased disease severity in acute bronchiolitis.”** Am. J Respir Crit Care Med 2002 May 1;165 (9) 1285-9.
- 3) C. Bakoula, A. Veltsista, A. Prezerakou, M. Moustaki, A. Fretzayas, P. Nicolaidou **“Working mothers breastfeed more than housewives”** Acta Paediatrica 2007 (96) pp 510-515
- 4) C. Bakoula, P. Nicolaidou, A. Veltsista, A. Prezerakou, M. Moustaki, G. Kavadias et al **“Does exclusive breastfeeding increase after hospital discharge? A Greek study”** J Hum Lact 23 (2) : 165-173, 2007

Εκπαιδευτική Δραστηριότητα

Ως εκπαιδευόμενη

- Εξειδίκευση εντατικολογίας
- Παρακολουθήσεις παρουσιάσεων σπανίων περιστατικών κάθε Τρίτη στο Αμφιθέατρο του νοσοκομείου παιδών «Π.& Α. Κυριακού», από την έναρξη της ειδικότητας ως σήμερα
- Παρακολουθήσεις Μαθημάτων Μ.Ε.Θ. κάθε Τετάρτη στο νοσοκομείο παιδών «Π.& Α. Κυριακού», από την έναρξη της εξειδίκευσης ως σήμερα
- Παρακολουθήσεις 71 συνεδρίων

Ως εκπαιδύτρια

1. Εκπαίδευση φοιτητών και ειδικευόμενων και εξειδικευομένων κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης τους, στο νοσοκομείο παιδών «Π.& Α. Κυριακού».

2. Μαθήματα των νοσηλευτών των Τ.Ε.Ι. κατά την ειδίκευση τους στην παιδιατρική ειδικότητα

3. Μαθήματα Μεταπτυχιακού Ιατρικής και Νοσηλευτικής Σχολής (5 ομιλίες με θέματα: «Αναφυλακτικό σοκ», «Δήγματα επικίνδυνα για τη ζωή», «Νευρολογική εκτίμηση παιδιατρικού ασθενους και αντιμετώπιση», «Σπασμοί – Status epilepticus» , «Πολυοργανική ανεπάρκεια»)

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΣΩΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

1. **8^η Ημερίδα Ανάνηψης της ΜΕΘ**, Νοσοκομείο Παίδων «Π & Α Κυριακού», 2009
2. **23^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής**, Νοσοκομείο Παίδων «Π & Α Κυριακού», 2009
3. **24^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής**, Νοσοκομείο Παίδων «Π & Α Κυριακού», 2010
4. **25^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής**, Νοσοκομείο Παίδων «Π & Α Κυριακού», 2011

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

- 1) 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, 1993, Αθήνα.
- 2) 8^ο Σεμινάριο Επείγουσας και Εντατικής Παιδιατρικής, με θέμα « Επείγοντα Προβλήματα και Εντατική Θεραπεία», 1994, Αθήνα.
- 3) 5^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο με θέμα «Το μεταβαλλόμενο φάσμα των λοιμώξεων στο κατώφλι του 2000», 1994, Αθήνα.
- 4) 9^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 1995, Αθήνα.

- 5) 4^η Επιστημονική Ημερίδα Παιδιατρικών Αναπνευστικών Παθήσεων με θέμα «Κυστική ίνωση – Νυκτερινό άσθμα», 1995, Αθήνα.
- 6) 2^ο Ειδικό Μεταπτυχιακό Σεμινάριο «Λοιμώξεις Νεογνών», 1995, Αθήνα.
- 7) 28^η Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, 1995, Αθήνα.
- 8) 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο (και τα τέσσερα κλινικά φροντιστήρια), 1996, Αθήνα.
- 9) 29^η Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, 1996, Αθήνα.
- 10) 10^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, με θέμα «Καρδιοαναπνευστική ανάνηψη στα παιδιά», 1996, Αθήνα.
- 11) Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής, 1997, Αθήνα.
- 12) 17^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής, 1997, Αθήνα.
- 13) 6^η Ημερίδα Παιδιατρικών Αναπνευστικών Παθήσεων με θέμα «Λοιμώξεις του αναπνευστικού – Το δύσκολο άσθμα», 1997, Αθήνα.
- 14) 30^η Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, 1997, Αθήνα.
- 15) 11^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 1997, Αθήνα.
- 16) 3^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συμπόσιο « Ενδοκρινολογικά Προβλήματα του Παιδιού και του Εφήβου», 1998, Αθήνα.
- 17) 6^ο Ειδικό Μεταπτυχιακό Σεμινάριο « Παιδιατρική Γαστρεντερολογία », 1999 Αθήνα.
- 18) 32^η Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, 1999, Αθήνα.

- 19)** 12^η Επιστημονική Ημερίδα Παιδιατρικής Αιματολογίας / Ογκολογίας, με θέμα « Σύνδρομα Μυελικής Απλασίας», 1999, Αθήνα.
- 20)** Επιστημονική Ημερίδα Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας, με θέμα «Μέθοδοι – Τεχνικές – Ποιοτικός έλεγχος διαταραχών ερυθρού αιμοσφαιρίου», 1999, Αθήνα.
- 21)** 13^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 1999, Αθήνα
- 22)** 9^η Επιστημονική Διημερίδα Παιδιατρικών Αναπνευστικών Λοιμώξεων, με θέμα «Παιδικός Πνεύμονας και Περιβάλλον», 2000, Αθήνα.
- 23)** 38^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 2000, Κως.
- 24)** 14^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2000, Αθήνα.
- 25)** 33^η Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, 2000, Αθήνα.
- 26)** Μετεκπαιδευτική Ημερίδα «Το αλλεργικό παιδί στην κλινική πράξη», 2000, Αθήνα.
- 27)** 21^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής, 2001, Αθήνα.
- 28)** 39^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 2001, Κρήτη.
- 29)** Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής «Οι ειδικευόμενοι στο προσκήνιο», 2001, Αθήνα.
- 30)** 10^η Επιστημονική Διημερίδα Παιδιατρικών Αναπνευστικών Παθήσεων, με θέμα «Συνέπειες θεραπευτικών παρεμβάσεων στον αναπτυσσόμενο πνεύμονα», 2001, Αθήνα.
- 31)** 34^η Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, 2001, Αθήνα.

- 32) 15^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2001, Αθήνα.
- 33) 40^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 2002, Θεσσαλονίκη.
- 34) 7^ο Διατομεακό Μεταπτυχιακό Σεμινάριο «Αναπνευστική Ανεπάρκεια : Επίκαιρα Θέματα», 2002, Αθήνα.
- 35) Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Εντατικής Θεραπείας, 2002, Ιωάννινα.
- 36) 22^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής, 2002, Αθήνα.
- 37) 16^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2002, Αθήνα.
- 38) 17^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2003, Αθήνα.
- 39) 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, 2003, Αθήνα.
- 40) 1^η Ημερίδα: «Η ανάνηψη στα παιδιά», 2003, Αθήνα
- 41) 23^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής, 2003, Αθήνα
- 42) 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 2003, Ρόδος
- 43) 14th Medical and Nursing Annual Congress “Evidence – based Medicine in Pediatric & Neonatal Intensive Care”, 2003, Athens.
- 44) 8th State of the Art interdisciplinary Review Course on Thoracic Clinical Care and Emergency Medicine, 2004, Athens.
- 45) 42^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 2004, Κρήτη.
- 46) Advanced Pediatric Life Support Course (APLS), 2004, Ρόδος.

- 47) 18^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2004, Αθήνα.
- 48) 26^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής, 2006, Αθήνα
- 49) 20^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2006, Αθήνα
- 50) 21^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2007, Αθήνα.
- 51) « Η παιδιατρική στην πράξη », 2007, Αθήνα
- 52) 4^ο Ετήσιο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής « Ημέρες Παιδιατρικής Ενημέρωσης », 2008, Αθήνα
- 53) 13^ο Διατομεακό Μεταπτυχιακό σεμινάριο « Αναπνευστική ανεπάρκεια: Διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση» 2008, Αθήνα
- 54) « Η παιδιατρική στην πράξη», 2008, Αθήνα
- 55) 22^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, 2008, Αθήνα
- 56) 11^ο Θεματικό συνέδριο Εντατικής Θεραπείας και Επείγουσας Ιατρικής: « Κλινικές περιπτώσεις και σπάνια νοσήματα», 2008, Αθήνα
- 57) Μετεκπαιδευτική Ημερίδα Παιδιατρικών Λοιμώξεων: «Αντιμικροβιακά φάρμακα. Από τη Θεωρία στην Κλινική Πράξη», 2009, Αθήνα
- 58) 23^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, Αθήνα 2010
- 59) 13th State of the Art: Interdisciplinary Review Course om Pulmonary Diseases, Critical Care, Emergency Medicine & Nursing Care, 2009, Athens
- 60) 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα, 2009
- 61) 13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα, 2010

- 62)** 24^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, Αθήνα 2010
- 63)** 48^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Μύκονος, 2010
- 64)** Κλινικό Φροντιστήριο Φυματίωσης, Αθήνα, 2010
- 65)** « Η Υπέρηχογραφία Σήμερα», Αθήνα, 2010
- 66)** 25^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, Αθήνα 2011
- 67)** “BLS / AED Provider Course, Athens, 2011
- 68)** 15th State of the Art, Athens, 2011
- 69)** 25^ο Σεμινάριο Επείγουσας & Εντατικής Παιδιατρικής, Αθήνα, 2012
- 70)** 15^ο Θεματικό Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας & Επείγουσας Ιατρικής
Μηχανική Υποστήριξη Οργανικών Συστημάτων, 2012, Αθήνα
- 71)** 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, 2012, Αθήνα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Ο μητρικός θηλασμός είναι ο μόνος φυσικός και ταυτόχρονα ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος σίτισης του βρέφους. Το μητρικό γάλα είναι άμεσα διαθέσιμο, στη επιθυμητή θερμοκρασία, ελεύθερο παθογόνων μικροοργανισμών και απόλυτα προσαρμοσμένο στις ανάγκες του. Του παρέχει όλα τα απαιτούμενα συστατικά, σε αναλογίες κατάλληλες για τη διάρκεια κύησης του βρέφους (πρόωρο ή τελειόμηνο) και την ηλικία του.

Τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, το γάλα που παράγεται είναι υποκίτρινο με πυκνή υφή και ειδική σύθεση και ονομάζεται πύαρ ή πρωτόγαλα. Την 7^η-10^η ημέρα παράγεται το μεταβατικό γάλα και από τη 14^η ημέρα το γάλα αρχίζει να ωριμάζει, για να πάρει τελικά την οριστική του σύσταση προς το τέλος του πρώτου μήνα ζωής.

Το **πύαρ** συγκρινόμενο με το ώριμο μητρικό γάλα είναι πλουσιότερο σε πρωτεΐνες^{1,2} και πτωχότερο σε λακτόζη,³ λίπος και θερμίδες (67kcal/dl έναντι 75kcal/dl). Είναι επίσης πλουσιότερο σε κύτταρα (λεμφοκύτταρα, πολυμορφοπύρηνα και μακροφάγα), ανοσοσφαιρίνες⁴, ιδίως εκκριτική IgA και άλλους αντιμικροβιακούς παράγοντες που προστατεύουν το νεογνό από ιογενείς και μικροβιακές λοιμώξεις. Το πύαρ διευκολύνει τη δίοδο του μηκωνίου^{1,2} και περιέχει παράγοντα που ευνοεί την ανάπτυξη του δισχιδούς γαλακτοβάκιου (*Lactobacillus bifidus*), ο οποίος αποικίζει το έντερο του νεογνού και ενισχύει την άμυνά του.

Το **μητρικό γάλα που παράγεται μετά από πρόωρο τοκετό** είναι ακόμη πτωχότερο² σε λακτόζη (15%) και λίπος (40-50%) και πλουσιότερο σε πρωτεΐνες (15-20%) που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του πρόωρου νεογνού.

Είναι επίσης πλουσιότερο στα εννέα απαραίτητα για τον άνθρωπο αμινοξέα, καθώς επίσης και σε ταυρίνη, γλυκίνη, λευκίνη και κυστίνη που θεωρούνται απαραίτητα για τα πρόωρα νεογνά και πτωχότερο σε μεθειονίνη, κυστεΐνη, φαινυλαλανίνη και τυροσίνη, αμινοξέα για τα οποία τα πρόωρα δεν έχουν την απαιτούμενη ενζυμική επάρκεια για να τα μεταβολίσουν σε μεγάλες ποσότητες.

Το μητρικό γάλα μετά από πρόωρο τοκετό² είναι επίσης πλουσιότερο σε:

- Ω-3 λιπαρά οξέα, λινολεϊκό, λινολενικό και μακράς αλυσού λιπαρά οξέα που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη και τη μυελίνωση των νευρικών ινών του εγκεφάλου.
- Λιπάσες (λιποπρωτεϊνική, παγκρεατική, εντερική, κ.λ.π.) και ένζυμα που διευκολύνουν την απορρόφηση και πέψη του μητρικού γάλακτος.
- Λευκοκύτταρα, ανοσοσφαιρίνες και κυρίως εκκριτική IgA, λακτοφερρίνη που παρέχουν μεγαλύτερη ανοσολογική προστασία στο βρέφος. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι ανοσοσφαιρίνες του μητρικού γάλακτος παραμένουν αυξημένες ως και τρεις μήνες μετά από πρόωρο τοκετό, ενώ οι υπόλοιπες διαφορές ουσιαστικά εκμηδενίζονται με τη συμπλήρωση του πρώτου μήνα της ζωής.
- Αντιοξειδώσες π.χ. καρωτένια και ινοσιτόλη. Η τελευταία, αυξάνει την επιβίωση των πρόωρων νεογνών και ελαττώνει τη συχνότητα της βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας και της αμφιβληστροειδοπάθειας της προωρότητας.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΩΡΙΜΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΓΑΛΑ ΑΓΕΛΑΔΑΣ

Το ώριμο μητρικό γάλα περιέχει:

Α) ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ: Το μητρικό γάλα περιέχει σαφώς μικρότερη ποσότητα πρωτεϊνών⁵ συγκριτικά με το γάλα αγελάδας (0,9g/dl έναντι 3,5g/dl).

Επίσης και η σύσταση των πρωτεϊνών διαφέρει. Το μητρικό γάλα περιέχει **70% πρωτεΐνες ορού** και 30% καζεΐνη. Κύρια πρωτεΐνη του μητρικού γάλακτος είναι η α-λακταλβουμίνη που ρυθμίζει τη σύνθεση της λακτόζης στο μαζικό αδένα, ενώ σε μικρότερα ποσά βρίσκονται η λακτοφερρίνη, η λυσοζύμη, η αλβουμίνη, κ.λ.π.

Κύρια πρωτεΐνη του αγελαδινού γάλακτος είναι η καζεΐνη (80%), ενώ οι πρωτεΐνες του ορού αποτελούν μόλις το 20%. Να σημειωθεί ότι η καζεΐνη καθιζάνει στο όξινο pH του στομάχου, δημιουργώντας δυσδιάλυτα πήγματα.

Η **λακτοφερρίνη**^{1,2} είναι η δεύτερη σε ποσότητα πρωτεΐνη του μητρικού γάλακτος, ενώ βρίσκεται σε ίχνη μόνο στο αγελαδινό γάλα. Δεσμεύει το σίδηρο και αναστέλλει την ανάπτυξη ορισμένων βακτηριδίων στο γαστρεντερικό σωλήνα.

Το μητρικό γάλα συγκρινόμενο με το γάλα αγελάδας περιέχει πολύ μικρότερες ποσότητες φαινυλαλανίνης και τυροσίνης και πολύ μικρότερη αναλογία μεθειονίνης/κυστίνης, αμινοξέα που το νεογέννητο δεν μπορεί να μεταβολίσει εύκολα, λόγω ενζυμικής έλλειψης⁸.

Το μητρικό γάλα περιέχει **ανοσοσφαιρίνες** IgM, IgG, IgA και IgD, οι οποίες συντίθενται στο μαζικό αδένα, εκκρίνονται στο μητρικό γάλα και προστατεύουν το νεογνό από λοιμώξεις.

Το 18-30% του συνολικού αζώτου του μητρικού γάλακτος βρίσκεται με τη μορφή **μη πρωτεϊνικών αζωτούχων ενώσεων**^{6,7} ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του αγελαδινού γάλακτος είναι μόλις 3-5%. Οι σημαντικότερες² από αυτές και η σημασία τους είναι:

- Η **N-ακέτυλογλυκοζαμίνη** ελέγχει τον αποικισμό του εντέρου και αποτελεί δομικό συστατικό των γαγγλιοσιδίων που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του εγκεφάλου.
- Το **N-ακέτυλονευραμινικό οξύ** αποτελεί υπόστρωμα του εντερικού επιθηλίου.
- Ο **επιδερμικός αυξητικός παράγοντας** προάγει την ωρίμανση του εντερικού επιθηλίου, διεγείρει τη σύνθεση DNA και τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων, ενισχύει τη δραστηριότητα της λακτάσης και αναστέλλει την έκκριση γαστρικού οξέος από την ισταμίνη και την πενταγαστρίνη.
- Η **σωματομεδίνη-C** διεγείρει τη σύνθεση του DNA και την κυτταρική διαίρεση στον εντερικό βλεννογόνο.
- Το **δέλτα-πεπτιδίο** ευωδώνει την εισαγωγική φάση του ύπνου και βρίσκεται στο μητρικό γάλα σε μεγαλύτερες ποσότητες τις απογευματινές και τις βραδινές ώρες.
- Η **ταυρίνη** βρίσκεται σε 40πλάσια ποσότητα στο μητρικό γάλα συγκριτικά με το γάλα αγελάδας και παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και σταθερότητα

των κυτταρικών μεμβρανών, στην ωρίμανση του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδή. Επιπλέον η σύζευξη των χολικών οξέων στα νεογνά γίνεται σχεδόν αποκλειστικά με την ταυρίνη.

- Η **γλουταμίνη** και το **γλουταμινικό οξύ** ενισχύουν την απορρόφηση του ψευδαργύρου και αποτελούν πρόδρομες ουσίες των γλουταμινικών αλάτων του εγκεφάλου.
- Οι **πολυαμίνες** (σπερμίνη, σπερμιδίνη) ευωδώνουν την ωρίμανση του εντέρου και προστατεύουν από αλλεργίες.
- Τα **νουκλεοτίδια** προάγουν την ανάπτυξη των εντερικών λαχνών, την ωρίμανση των T-λεμφοκυττάρων, τη σύνθεση HDL και τη βιοδιαθεσιμότητα του σιδήρου.

Β) ΛΙΠΗ: Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος¹ σε λίπη είναι 3,5%, τα οποία παρέχουν το 50% των θερμίδων του γάλακτος. Το 90% του λίπους του μητρικού γάλακτος αποτελείται από τριγλυκερίδια και χαρακτηρίζεται από υψηλή περιεκτικότητα σε α) κορεσμένα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου (π.χ. παλμιτικό, στεατικό) και ακόρεστα (π.χ. λινολεϊκό, λινολενικό) και β) λιπαρά οξέα μέσης αλύσου. Η εισαγωγή στο διαιτολόγιο της μητέρας φυτικών ελαίων μπορεί να αυξήσει σημαντικά την περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε ακόρεστα λιπαρά οξέα. Αντιθέτως το λίπος του αγελαδινού γάλακτος είναι πλούσιο σε κορεσμένα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου.

Το λινολεϊκό² και το λινολενικό οξύ είναι απαραίτητα για τη σύνθεση προσταγλαδινών, προστακυκλινών, θρομβοξανών, λευκοτριενών, λιπαρών οξέων ω-3 μακράς αλύσου και ιδίως του αραχιδονικού οξέος και του DHA (docosahexanoic acid) που είναι σημαντικότερα δομικά συστατικά των βιολογικών μεμβρανών και απαραίτητα για την ανάπτυξη του αμφιβληστροειδή και του εγκεφάλου.

Το λινολεϊκό και το λινολενικό οξύ έχουν μεγάλη σημασία για την ποιότητα της μυελίνης που συντίθεται. Από μελέτες φαίνεται ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι σπανιότερη σε χώρες που ο μητρικός θηλασμός είναι συχνός. Πιθανολογείται ότι ίσως η καλύτερη ποιότητα της μυελίνης που συνετέθη στις νευρικές ίνες κατά τη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας στα άτομα που θήλασαν παίζει καθοριστικό ρόλο στην παρεμπόδιση της εκφύλισής της αργότερα.

Το μητρικό γάλα περιέχει λιπάσες (π.χ. λιποπρωτεϊνική, παγκρεατική, εντερική) που διευκολύνουν την πέψη του λίπους. Περιέχει ακόμη καρνιτίνη που είναι απαραίτητη για την οξείδωση των λιπαρών οξέων μακράς αλύσου και τη θερμορύθμιση.

Γ) ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ: Συντίθεται στο μαζικό αδένα και η συγκέντρωσή της στο γάλα δεν επηρεάζεται από τη διατροφή της μητέρας. Αποτελεί δομικό συστατικό των κυτταρικών μεμβρανών και είναι απαραίτητη για την ωρίμανση του εγκεφάλου. Το μητρικό γάλα περιέχει εξαπλάσια ποσότητα χοληστερόλης συγκριτικά με το γάλα αγελάδας.

Από μελέτες^{2,9,10} φαίνεται ότι η πρόωμη έκθεση νεογέννητων σε δίαιτα υψηλής χοληστερόλης (μητρικός θηλασμός) ελαττώνει την ενδογενή σύνθεση της χοληστερόλης και ίσως ασκεί προστατευτική δράση έναντι της υπερχοληστερολαιμίας στην ενήλικη ζωή.

Σε άλλη μελέτη¹¹ 1500 ατόμων ηλικίας 20 ετών διαπιστώθηκε ότι ενώ δεν υπήρχαν διαφορές στα επίπεδα χοληστερόλης μεταξύ των ατόμων που είχαν θηλάσει και εκείνων που είχαν σιτιστεί με γάλα αγελάδας κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας, οι αθηρωματικές βλάβες ήταν πολύ συχνότερες και σοβαρότερες στα άτομα που σιτίστηκαν με γάλα αγελάδας και ελάχιστες σε εκείνα που θήλασαν.

Δ) Υδατάνθρακες: Η συγκέντρωση του μητρικού γάλακτος σε λακτόζη είναι σημαντικά ψηλότερη από του αγελαδινού γάλακτος (6,5g/dl έναντι 5g/dl) και μεταβολίζεται σε γαλακτόζη. Κύριος δισακχαρίτης του μητρικού γάλακτος είναι η λακτόζη που αποτελείται από γαλακτόζη και γλυκόζη και συντίθεται στο μαζικό αδένα.

Το 10% των υδατανθράκων του μητρικού γάλακτος αποτελείται από ολιγοσακχαρίτες, πολυσακχαρίτες και γλυκοπρωτεΐνες.

Οι ολιγοσακχαρίτες βρίσκονται σε 10πλάσια συγκέντρωση στο μητρικό γάλα (συγκριτικά με το γάλα αγελάδας) και σε συνδυασμό με τις γλυκοπρωτεΐνες ευωδώνουν την ανάπτυξη του *Lactobacillus bifidus*, αναστέλλουν την προσκόλληση των βακτηριδίων στις κυτταρικές μεμβράνες και ανταγωνίζονται τους παθογόνους μικροοργανισμούς στη σύνδεσή τους με τους υποδοχείς των κυττάρων.

Ε) Μέταλλα και ιχνοστοιχεία: Το μητρικό γάλα περιέχει σαφώς λιγότερο κάλιο, νάτριο, χλώριο, ασβέστιο, φώσφορο, μαγνήσιο κ.λ.π., που αντιστοιχούν

συνολικά περίπου στο 1/3 της αντίστοιχης¹² περιεκτικότητας του αγελαδινού γάλακτος. Το συνολικό ωσμωτικό φορτίο είναι σημαντικά χαμηλότερο του γάλακτος αγελάδας (200mg/dl έναντι 700mg/dl) και σε συνδυασμό με την ελαττωμένη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες είναι ιδιαίτερα ευεργετικό για τους ανώριμους νεογνικούς νεφρούς.

- Ο **σίδηρος** του μητρικού γάλακτος⁸ απορροφάται κατά 50%, ενώ του αγελαδινού γάλακτος κατά 10%. Η υψηλή βιοδιαθεσιμότητα του σιδήρου του μητρικού γάλακτος οφείλεται στην αυξημένη περιεκτικότητά του σε λακτοφερρίνη, λακτόζη και βιταμίνη C.
- Το **ασβέστιο** του μητρικού γάλακτος¹³ απορροφάται κατά 60-70%, ενώ του αγελαδινού γάλακτος κατά 25-30%. Η υψηλή βιοδιαθεσιμότητα του μητρικού γάλακτος οφείλεται: α) στο όξινο pH του βρέφους που θηλάζει λόγω της επικράτησης του *Lactobacillus bifidus*, β) στη χαμηλή περιεκτικότητά του μητρικού γάλακτος σε φώσφορο και τη υψηλή αναλογία Ca/P:2 (η αντίστοιχη αναλογία του γάλακτος αγελάδας είναι 1,2) και γ) στην αυξημένη συγκέντρωση του μητρικού γάλακτος σε λακτόζη. Παρ' όλα αυτά συνιστάται η χορήγηση βιταμίνης D σε βρέφη που θηλάζουν λόγω ελαττωμένης έκθεσης των βρεφών στον ήλιο.
- Ο **ψευδάργυρος** του μητρικού γάλακτος απορροφάται κατά 60-70%, ενώ του γάλακτος αγελάδας κατά 20-30%.

ΣΤ) Βιταμίνες: Η περιεκτικότητά του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνες εξαρτάται από τη διατροφή της μητέρας. Γενικότερα, βρέφη που θηλάζουν δεν παρουσιάζουν συμπτώματα υποβιταμίνωσης, με μόνη πιθανή εξαίρεση τη βιταμίνη K (λόγω καθυστέρησης της ανάπτυξης της εντερικής μικροβιακής χλωρίδας του βρέφους που θηλάζει) η οποία αποφεύγεται με την προληπτική χορήγηση βιταμίνης K αμέσως μετά τον τοκετό. Βρέφη αποκλειστικά χορτοφάγων μητέρων μπορεί να παρουσιάσουν έλλειψη βιταμίνης B₁₂ με επακόλουθο την ανάπτυξη μεγαλοβλαστικής αναιμίας. Οι συνδεόμενες με τη βιταμίνη B₁₂ πρωτεΐνες² εμποδίζουν την πρόσληψή της από το *E. coli* και τα βακτηριοειδή και αναστέλλουν την ανάπτυξή τους.

Ζ) Ένζυμα – Ορμόνες: Το μητρικό γάλα περιέχει ένζυμα (λιπάσες, αμυλάσες, φωσφατάσες, δεϋδρογονάσες, α₁-αντιθρυψίνη, α₁-αντιχυμοθρυψίνη, λυσοζύμη, οξειδάση της ξανθίνης, συνθετάση της λακτόζης, κ.λ.π.) με πολλαπλές βιολογικές δράσεις. Επίσης περιέχει αντιφλεγμονώδεις παράγοντες όπως πρωτεάσες,

ιντερλευκίνες, προσταγλαδίνες και αντιοξειδωτικές ουσίες όπως βιταμίνες και υπεροξειδάσες. Περιέχει επίσης ορμόνες (θυροξίνη, θυρεοτρόπος ορμόνη, κορτιζόλη, προγεστερόνη, οιστρογόνα, πρεγνανδιόλη, κ.λ.π.) με πολλαπλές βιολογικές δράσεις. Οι ορμόνες και οι αυξητικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ωρίμανση του εντέρου και ενισχύουν την άμυνά του¹⁴.

ΤΟ ΑΜΥΝΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΠΟΥ ΘΗΛΑΖΕΙ

Το μητρικό γάλα ενισχύει την άμυνα του βρέφους που θηλάζει. Αυτό επιτυγχάνεται με την περιεκτικότητά του σε:

- **Κύτταρα:** Το πύαρ περιέχει 100.000-1.000.000 κύτταρα/ml και το ώριμο γάλα 100.000 λευκοκύτταρα/ml. Τα λευκοκύτταρα² του μητρικού γάλακτος αποτελούνται κυρίως από μακροφάγα (50%) και πολυμορφοπύρρηνα (40-50%) που έχουν φαγοκυτταρικές ικανότητες και ειδικές αντιμικροβιακές και αντιμυκητιασικές δράσεις. Επίσης περιέχει Τ και Β-λεμφοκύτταρα (5-10%) που έχουν την ίδια μορφολογία και λειτουργικότητα με αυτή των κυττάρων του αίματος και βοηθούν στην ανοσοανεπάρκεια του νεογνού¹³.

Η μητέρα αποικίζεται με τα μικρόβια του βρέφους. Έτσι τα αντιγόνα των βακτηριδίων που αποικίζουν το έντερο της μητέρας, εκτίθενται στα Β-λεμφοκύτταρα των πλακών Peyer του εντέρου, τα οποία στη συνέχεια μέσω των μερσεντέρων λεμφαδένων μεταφέρονται στη λεμφική και συστηματική κυκλοφορία και φθάνουν στο μαζικό αδένα, όπου διαφοροποιούνται σε εκκριτικά IgA λεμφοκύτταρα εκκρίνοντας ειδικά IgA αντισώματα που περιέχονται στο γάλα (εντερομαστική κυκλοφορία). Με ανάλογο τρόπο² αντιγόνα βακτηριδίων που αποικίζουν τον αναπνευστικό βλεννογόνο της μητέρας, οδηγούν σε μετανάστευση ευαισθητοποιημένων Β-λεμφοκυττάρων από το λεμφικό σύστημα του αναπνευστικού στο μαζικό αδένα και διαφοροποίησή τους σε εκκριτικά IgA κύτταρα με αποτέλεσμα την έκκριση ειδικών IgA αντισωμάτων στο μητρικό γάλα (βρογχομαστική κυκλοφορία).

Έτσι το μητρικό γάλα περιέχει ειδικά αντισώματα έναντι όλων των μικροβίων του βρέφους. Τα κύτταρα του μητρικού γάλακτος καταστρέφονται στους 63°C ή σε κατάψυξη στους -23°C.

- **Ανοσοσφαιρίνες:** Το μητρικό γάλα περιέχει ανοσοσφαιρίνες IgG, IgM, και μικρά ποσά IgE και IgD. Κύρια ανοσοσφαιρίνη του μητρικού γάλακτος είναι η IgA¹⁵ και κυρίως η εκκριτική IgA (sIgA), που αποτελεί το 10% των πρωτεϊνών του μητρικού γάλακτος και εμποδίζει την προσκόλληση των μικροβίων στον εντερικό βλεννογόνο. Η συγκέντρωση της sIgA στο γάλα είναι οκταπλάσια της συγκέντρωσής της στο αίμα και συντίθεται στο μαζικό αδέν. Το βρέφος που θηλάζει παίρνει συνολικά 0,5-1g sIgA. Το μητρικό γάλα περιέχει αντισώματα έναντι μικροβίων (*Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella*, *H. influenza*, *Str. pneumoniae*, *Clostr. difficile*, *Kl. pneumoniae*, *Vibrio cholera*, *Campylobacter*, κ.λ.π.), ιών (*RSV*, *CMV*, *HIV*, *Poliovirus*, *enterovirus*, *Influenza virus*, κ.λ.π.) και παρασίτων (*Giardia*, *C. albicans*, κ.λ.π.).
- **Παράγων αντίστασης (Resistant factor):** Θεωρείται ότι πιθανόν αντιστοιχεί σε ελεύθερο λιπαρό οξύ², που δεν έχει αντιμικροβιακές ιδιότητες, αλλά εμποδίζει την ανάπτυξη του σταφυλόκοκκου. Έτσι βρέφη που θηλάζουν προσβάλλονται δυσκολότερα από σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις.
- **Λυσοζύμη:** Ανευρίσκεται στα κόπρανα των βρεφών που θηλάζουν, αλλά όχι στα κόπρανα των βρεφών που σιτίζονται τεχνητός. Πρόκειται για μη ειδικό αντιμικροβιακό παράγοντα, με δράση έναντι των *E.coli*, *Salmonella* και Gram(-) βακτηρίων.
- **Λακτοφερρίνη:** Είναι μη ειδικός αντιβακτηριδιακός παράγοντας που συνδέεται με το σίδηρο και αναστέλλει την ανάπτυξη Gram αρνητικών και θετικών βακτηρίων, μυκήτων, αναερόβιων και κυρίως του *E. coli* και *Candida albicans*. Μηχανισμός της βακτηριοστατικής δράσης είναι η στέρηση των βακτηρίων από το σίδηρο και πιθανώς η έκλυση κυτταροκινών από τα κύτταρα. Η δράση της οφείλεται στο ακόρεστο τμήμα της. Η χορήγηση σιδήρου στα βρέφη προκαλεί κορεσμό της λακτοφερρίνης και αδρανοποίησή της. Η λακτοφερρίνη δεν επηρεάζει την ανάπτυξη των *H. pylori*, *Treponema*, *Neisseria* και *Shigella*, γιατί τα συγκεκριμένα μικρόβια έχουν υποδοχείς για τη λακτοφερρίνη και συνδέονται άμεσα με το σίδηρο, εξασφαλίζοντας έτσι την ανάπτυξή τους.
- **Λακτοπεροξειδάση:** Προκαλεί οξείδωση ορισμένων βακτηρίων π.χ. *E.coli*, *Salmonella typhimurium*.

- **Συμπλήρωμα:** Τα C3 και C4 κλάσματα του συμπληρώματος βρίσκονται σε μικρές ποσότητες στο μητρικό γάλα και όταν ενεργοποιηθούν, έχουν οψωνικές και χημειοτακτικές ιδιότητες και διευκολύνουν τη λύση βακτηρίων που είναι συνδεδεμένα με ειδικά αντισώματα
- **Πρωτεΐνη σύνδεσης της βιταμίνης B₁₂:** Είναι μη ειδικός αντιμικροβιακός παράγοντας που βρίσκεται σε υψηλές συγκεντρώσεις στο μητρικό γάλα. Συνδέεται με τη βιταμίνη B₁₂ που είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ορισμένων μικροβίων π.χ. *E. coli*, *Bacteroids*.
- **Γαγγλιοσίδια:** Είναι γλυκολιπίδια^{1,2} που βρίσκονται στις μεμβράνες των κυττάρων, ιδίως στη φαιά ουσία του εγκεφάλου. Τα γαγγλιοσίδια του μητρικού γάλακτος συνδέονται με τις τοξίνες των βακτηρίων και σχηματίζουν σταθερό σύμπλεγμα μαζί τους. Έτσι παρεμποδίζουν τη σύνδεση των τοξινών με τους κατάλληλους υποδοχείς των εντερικών κυττάρων. Το γαγγλιοσίδιο GM1 αναστέλλει τη δράση των τοξινών των *E.coli*, *Campylobacter jejuni* και του *Vibrio cholerae*. Το Gb3 συνδέεται με την τοξίνη της *Shigella dysenteriae* και τη βεροτοξίνη του *E.coli*. Το TFT-beta διευκολύνει τη σύνδεση των IgA αντισωμάτων με τα B-λεμφοκύτταρα.
- **Ιντερφερόνη-γ:** Παράγεται από τα T-λεμφοκύτταρα του μητρικού γάλακτος. Αυξάνει τη δράση των μακροφάγων, αναστέλλει την παραγωγή IgE και IL-10 και έχει αντινεοπλασματική και αντική δράση.
- **Κυτταροκίνες:** Είναι πρωτεΐνες μικρού μοριακού βάρους ή γλυκοπρωτεΐνες. Έχουν βρεθεί 10 κυτταροκίνες στο μητρικό γάλα και η δράση τους αποτελεί αντικείμενο έρευνας. Πιστεύεται ότι ασκούν αντιφλεγμονώδη δράση στο αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα, ενισχύουν την ανάπτυξη του αναπνευστικού και πεπτικού βλεννογόνου και εμποδίζουν τη δημιουργία αυτο-αντισωμάτων.
- **Μικροβιακή χλωρίδα:** Η μικροβιακή χλωρίδα του βρέφους που θηλάζει αποτελείται κυρίως από *Lactobacillus bifidus* και λίγα Gram (-) βακτήρια. Εμποδίζει την ανάπτυξη παθογόνων βακτηρίων και κυρίως των *St. aureus*, *Shigella*, *Vibrio cholera*, *Campylobacter*, *Rotavirus*, πρωτόζωων κ.λ.π. Φαίνεται ότι δρα με δύο μηχανισμούς: α) Η ανάπτυξη του *Lactobacillus bifidus* ανταγωνίζεται τη δράση των άλλων βακτηρίων και β) Η λακτοφερρίνη και η λυσοζύμη περιορίζουν την ανάπτυξη παθογόνων μικροβίων και

επομένως και της απορρόφησης τους μέσω του εντερικού σωλήνα στην κυκλοφορία του αίματος.

Συμπερασματικά η ανοσοεπάρκεια του βρέφους που θηλάζει, οφείλεται σε ειδικούς και μη ειδικούς αντιβακτηριδιακούς παράγοντες του μητρικού γάλακτος.

Η ανοσοποίηση του βρέφους είναι μια δυναμική διαδικασία. Η μητέρα εκτός από τα έτοιμα αντισώματα κατά πολλών λοιμωδών παραγόντων που περιέχει το γάλα της, έχει την ετοιμότητα άμεσης παραγωγής IgA αντισωμάτων κατά του λοιμώδους παράγοντα που προκαλεί τρέχουσα λοίμωξη, προστατεύοντας έτσι το ανοσολογικά ανώριμο βρέφος της.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού είναι πολλαπλά, τόσο για το βρέφος που θηλάζει όσο και για τη μητέρα του.

Α) Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για το βρέφος

Η υπεροχή του μητρικού γάλακτος είναι αναμφισβήτητη. Τα πλεονεκτήματα του έναντι της τεχνητής διατροφής συνοψίζονται στα ακόλουθα:

1) Προστασία από λοιμώξεις

Τα βρέφη που θηλάζουν προσβάλλονται σπανιότερα από ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις, κυρίως του αναπνευστικού¹⁶ και του πεπτικού¹⁷ συστήματος. Ακόμη και όταν νοσήσουν, εκδηλώνουν ηπιότερα συμπτώματα και έχουν λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο¹⁸. Έχει αποδειχθεί, με πολλαπλές μελέτες, η προστασία που παρέχει ο μητρικός θηλασμός στο βρέφος έναντι των ακόλουθων λοιμώξεων:

- **Λοιμώξεις αναπνευστικού συστήματος**

Από μελέτες φαίνεται ότι βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για τουλάχιστον έξι μήνες έχουν 63% μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης **λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού** συστήματος^{19,20,21}.

Οξεία μέση ωτίτιδα: Βρέφη που θηλάζουν εκδηλώνουν το πρώτο επεισόδιο οξείας μέσης ωτίτιδας σε μεγαλύτερη ηλικία και παρουσιάζουν μικρότερο αριθμό επεισοδίων, γεγονός που οφείλεται τόσο στην περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε αντιμικροβιακούς παράγοντες, όσο

και στην πλήρη σύγκλειση της ευσταχιανής σάλπιγγας με τις εντονότερες θηλαστικές κινήσεις του βρέφους.

Σύμφωνα με μελέτες^{19,20}, τα βρέφη που θήλασαν (μικτά ή αποκλειστικά) έχουν 23% μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης οξείας μέσης ωτίτιδας, συγκριτικά με εκείνα που σιτίστηκαν αποκλειστικά με γάλα αγελάδας (OR=0,77 95% CI: 0,64-0,91).

Φαίνεται ότι η προστατευτική επίδραση του μητρικού θηλασμού είναι «δοσο-εξαρτώμενη» Έτσι βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για τουλάχιστον 3 μήνες, έχουν 50% μικρότερη πιθανότητα προσβολής από οξεία μέση ωτίτιδα, συγκριτικά με εκείνα που δε θήλασαν (OR=0,50 95% CI: 0,36-0,70).

Η προστατευτική επίδραση του μητρικού θηλασμού στα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για τουλάχιστον οκτώ μήνες διαρκεί για περίπου τρία χρόνια. Έτσι, βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για τουλάχιστον έξι μήνες έχουν 77% μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης υποτροπιάζουσας οξείας μέσης ωτίτιδας, συγκριτικά με εκείνα που θήλασαν αποκλειστικά για 4-6 μήνες. Επιπλέον, τα βρέφη που δε θήλασαν καθόλου έχουν διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης υποτροπιάζουσας οξείας μέσης ωτίτιδας, συγκρινόμενα με εκείνα που θήλασαν αποκλειστικά για τουλάχιστον έξι μήνες (OR=1,95 95% CI: 1,06-3,59).

Η **RSV βρογχιολίτιδα** εκδηλώνεται σπανιότερα και με ηπιότερη κλινική εικόνα σε βρέφη που θηλάζουν, λόγω της περιεκτικότητας του μητρικού γάλακτος σε αντισώματα IgA και IgG αντισωμάτων έναντι του RSV, ιντερφερόνη και ευαισθητοποιημένα Τ-λεμφοκύτταρα έναντι του ιού. Υπολογίζεται ότι βρέφη που θήλασαν για τουλάχιστον τέσσερους μήνες, έχουν 74% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης βρογχιολίτιδας²², από εκείνα που δε θήλασαν καθόλου.

Γενικότερα, τα βρέφη που σιτίστηκαν με τροποποιημένο γάλα αγελάδας έχουν περίπου τετραπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης **λοιμώξης του κατώτερου αναπνευστικού** συστήματος (427%), συγκριτικά με εκείνα που θήλασαν αποκλειστικά για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες²⁰.

- **Λοιμώξεις γαστρεντερικού συστήματος**

Η συχνότητα λοίμωξης από **Rota ιό** δε διαφέρει στα θηλάζοντα και μη θηλάζοντα βρέφη, αλλά η κλινική προβολή της νόσου είναι ηπιότερη στα

βρέφη που θηλάζουν και οφείλεται στις ειδικές ανοσοσφαιρίνες και στη λακτοφερρίνη του μητρικού γάλακτος.

Μικροβιακές γαστρεντερίτιδες από μικρόβια όπως *E.coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio cholera*, παρατηρούνται σπανιότερα και με ηπιότερη κλινική εικόνα στα βρέφη που θηλάζουν, γιατί αν και δεν παρεμποδίζεται η εγκατάσταση των μικροβίων αυτών στον εντερικό βλεννογόνο, αναστέλλεται η ανάπτυξή τους και η δράση των τοξινών τους από παράγοντες του μητρικού γάλακτος.

Γενικότερα ο κίνδυνος εμφάνισης **μη ειδικής γαστρεντερίτιδας** σε βρέφη που θηλάζουν είναι κατά 64% μικρότερος συγκριτικά με τον αντίστοιχο των βρεφών που σιτίζονται με γάλα αγελάδας και αυτή η προστασία διαρκεί ως δύο μήνες μετά τη διακοπή του μητρικού θηλασμού^{19,21,23,24}.

Από μελέτες φαίνεται ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες τα βρέφη που σιτίζονται τεχνητώς έχουν **δεκατετραπλάσια** πιθανότητα να πεθάνουν από λοίμωξη πεπτικού και **τετραπλάσια** πιθανότητα θανάτου από λοίμωξη αναπνευστικού συγκρινόμενα με βρέφη που θηλάζουν.

Στις ανεπτυγμένες χώρες τα βρέφη που σιτίζονται με γάλα αγελάδας έχουν **τετραπλάσια πιθανότητα νοσηλείας** για λοίμωξη πεπτικού, συγκριτικά με εκείνα που θηλάζουν.

- **Νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK)**

Νεκρωτική εντεροκολίτιδα¹⁹ παρατηρείται σπανιότερα (58-77% χαμηλότερος κίνδυνος εμφάνισης NEK) στα πρόωρα βρέφη που θηλάζουν, λόγω της περιεκτικότητάς του σε αντιμικροβιακούς και αντιφλεγμονώδεις παράγοντες.

2) Προστασία από αλλεργικά νοσήματα

Ο εντερικός βλεννογόνος του νεογνού είναι λειτουργικά και ανοσολογικά ανώριμος. Η ικανότητά του να παράγει εκκριτική IgA αρχίζει τους πρώτους μήνες της ζωής και ολοκληρώνεται μεταξύ δωδέκατου και εικοστού τέταρτου μήνα. Όλο αυτό το διάστημα, το βρέφος^{1,2} που σιτίζεται τεχνητώς εκτίθεται στα αλλεργιογόνα του αγελαδινού γάλακτος, που διαπερνούν τον εντερικό βλεννογόνο και ευαισθητοποιούν το βρέφος. Το μητρικό γάλα παρέχει έτοιμη IgA και ελαχιστοποιεί ως εκμηδενίζει την έκθεση σε τροφικά αλλεργιογόνα, ειδικά αν η μητέρα κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της κύησης και της γαλουχίας αποφεύγει τις αλλεργιογόνες τροφές.

Έχει διαπιστωθεί ότι τα βρέφη υψηλού κινδύνου (με θετικό οικογενειακό ιστορικό ατοπίας), που θηλάζουν αποκλειστικά για τουλάχιστον 3 μήνες, έχουν 40% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης άσθματος¹⁹ και 42% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ατοπικής δερματίτιδας^{25,26}. Σε βρέφη χαμηλού κινδύνου (αρνητικό οικογενειακό ιστορικό ατοπίας), οι αντίστοιχοι κίνδυνοι μειώνονται σε 26% και 27% αντίστοιχα.

3) Προστασία από χρόνια νοσήματα

Από μελέτες φαίνεται ότι ο μητρικός θηλασμός προστατεύει το βρέφος από χρόνια νοσήματα. Συγκεκριμένα:

- **Κοιλιοκάκη:** Τα βρέφη που θηλάζουν έχουν 52% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης κοιλιοκάκης^{2,27,49} στην προσχολική ηλικία, όπως διαπιστώνεται με τη μέτρηση των ειδικών αντισωμάτων, συγκριτικά με εκείνα που σιτίστηκαν με γάλα αγελάδας. Στα βρέφη υψηλού κινδύνου (συγγενείς με κοιλιοκάκη) ο αντίστοιχος κίνδυνος μειώνεται κατά 75%, με την προϋπόθεση ότι ο μητρικός θηλασμός συνεχίζεται κατά την εισαγωγή της γλουτένης στη διατροφή του βρέφους. Η προστασία του μητρικού θηλασμού είναι και σ' αυτή την περίπτωση «δοσο-εξαρτώμενη», δεδομένου ότι ο σχετικός κίνδυνος μειώνεται ακόμη περισσότερο, όσο αυξάνει η διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, με την προϋπόθεση ότι η εισαγωγή της γλουτένης γίνεται την περίοδο που το βρέφος θηλάζει αποκλειστικά, δεν σιτίζεται δηλαδή, με γάλα αγελάδας ή άλλα αγελαδινά προϊόντα. Ωστόσο δεν έχει διευκρινιστεί αν ο μητρικός θηλασμός απλά καθυστερεί την έναρξη της νόσου ή παρέχει πιο μόνιμη προστασία.

Η ευεργετική επίδραση² του μητρικού θηλασμού μπορεί να οφείλεται σε: α) πρωιμότερη ανοσολογική ωρίμανση του εντερικού βλεννογόνου, που τον κάνει λιγότερο διαπερατό σε μεγαλομοριακές ενώσεις, β) στη μεγάλη περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε IgA που φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο, δεδομένου ότι στα παιδιά με ανεπάρκεια IgA ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι δεκαπενταπλάσιος και γ) στην ανεύρεση γλοιαδίνης (5-95mg/dl) στο μητρικό γάλα (όχι όμως και στο αίμα των βρεφών που θηλάζουν) που ενδεχομένως παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατάλληλης ανοσολογικής άμυνας.

- **Φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου:** Βρέφη που θήλασαν έχουν 31% χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης νόσου Crohn και ελκώδους κολίτιδας^{28,29} συγκριτικά με εκείνα που σιτίστηκαν με τροποποιημένο γάλα αγελάδας. Η προστατευτική επίδραση του μητρικού θηλασμού φαίνεται να οφείλεται: α) στους αντιφλεγμονώδεις παράγοντες που περιέχει το μητρικό γάλα και στον καθοριστικό ρόλο που παίζει το μητρικό γάλα στη διαμόρφωση της ανοσολογικής επάρκειας του γενετικά ευαισθητοποιημένου βρεφικού εντερικού βλεννογόνου και β) στο διαφορετικό αποικισμό με μικρόβια του εντέρου του βρέφους που θηλάζει, ο οποίος φαίνεται να ασκεί κάποιο προστατευτικό ρόλο.
- **Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου:** Βρέφη που θηλάζουν έχουν 36% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου^{19,30,31,32,33,34} συγκρινόμενα με εκείνα που σιτίζονται με γάλα αγελάδας. Η προστατευτική επίδραση του μητρικού θηλασμού φαίνεται ότι αυξάνεται παράλληλα με τη χρονική διάρκεια του θηλασμού.
- **Σακχαρώδης διαβήτης:** Βρέφη που θήλασαν για τουλάχιστον τρεις μήνες έχουν 30% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη^{19,35,36,37} (σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι), συγκρινόμενα με εκείνα που δε θήλασαν. Η πιθανότερη εξήγηση είναι ότι κατά τη σίτιση με γάλα αγελάδας παράγονται αντισώματα έναντι της β-λακτοσφαιρίνης του γάλακτος αγελάδας που φαίνεται να έχουν διασταυρούμενη αντίδραση με τα β κύτταρα των νησίδων του παγκρέατος, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση σακχαρώδους διαβήτη. Τα βρέφη που θηλάζουν έχουν 40% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ, που οφείλεται μάλλον στη μακροχρόνια προστασία του μητρικού θηλασμού από τη παχυσαρκία και την αυτορύθμιση της προσλαμβανόμενης τροφής του βρέφους που θηλάζει.
- **Κακοήθη νοσήματα:** Ο κίνδυνος εμφάνισης λεμφώματος⁴⁰ και οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας^{38,39} στα βρέφη που θηλάζουν για τουλάχιστον έξι μήνες, μειώνεται κατά 20% και της οξείας μυελοβλαστικής λευχαιμίας κατά 15%. Πιθανολογείται ότι η σημαντική ανοσολογική υπεροχή του μητρικού γάλακτος καθορίζει άμεσα την ανοσολογική απάντηση στην καρκινογένεση, ή έμμεσα με τη μείωση των λοιμώξεων της πρώτης παιδικής ηλικίας.

- **Σωματική ανάπτυξη και παχυσαρκία:** Ο κίνδυνος εμφάνισης παχυσαρκίας¹⁹ στην ενήλικη ζωή των βρεφών που θηλάζουν είναι κατά 15-30% μικρότερος, συγκρινόμενος με τον αντίστοιχο των βρεφών που σιτίστηκαν με αγελαδινό γάλα και φαίνεται να είναι «δοσοεξαρτώμενος». Κάθε επιπλέον μήνας θηλασμού μειώνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας κατά 4%.

Τα βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά έχουν μεγαλύτερους ρυθμούς αύξησης τους πρώτους μήνες της ζωής και μικρότερους τους επόμενους μήνες, συγκρινόμενα με εκείνα που σιτίζονται τεχνητά. Έτσι τον 6^ο μήνα ζωής, ο ρυθμός αύξησης των βρεφών που θηλάζουν αποκλειστικά αντιστοιχεί στο 70% του ρυθμού των βρεφών που σιτίζονται τεχνητά.

Πιστεύεται, ότι τα βρέφη που θηλάζουν ρυθμίζουν μόνα τους την ποσότητα του γάλακτος που θα πιούν. Αυτός ο πρώιμος αυτοπρογραμματισμός πρόσληψης τροφής φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόσληψη βάρους κατά την ενήλικη ζωή. Η άποψη αυτή ενισχύεται από μελέτες, στις οποίες τα βρέφη που σιτίστηκαν με μπουκάλι (με μητρικό γάλα ή γάλα αγελάδας) μετά τους έξι μήνες, είχαν σαφώς μεγαλύτερη πρόσληψη βάρους συγκριτικά με εκείνα που θήλασαν απευθείας από το στήθος της μητέρας τους.

4) Συναισθηματική και νοητική ωρίμανση

Τα παιδιά που θήλασαν για περισσότερο από 3 μήνες, υποστηρίζεται ότι έχουν ψηλότερο δείκτη νοημοσύνης, συγκρινόμενα με εκείνα που σιτίστηκαν τεχνητά, όπως διαπιστώνεται με διάφορα τεστ νοημοσύνης,⁴¹ ακόμη και όταν ισοσταθμιστούν οι συγχυτικοί παράγοντες (μόρφωση και νοημοσύνη γονιών, κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες κ.λ.π.). Η διαφορά αυτή φαίνεται να είναι μεγαλύτερη (και φθάνει τους 8,3 βαθμούς της κλίμακας Wechsler) σε πρόωρα⁴² βρέφη που σιτίστηκαν με μητρικό γάλα, μέσω ρινογαστρικού καθετήρα. Πιστεύεται ότι το μητρικό γάλα περιέχει κάποιους παράγοντες που ευωδώνουν την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος, π.χ. λιπαρά οξέα μακράς αλύσου που είναι απαραίτητα δομικά συστατικά για την ανάπτυξη του εγκεφάλου, διάφορες ορμόνες και τροφικούς παράγοντες (νευρικός αυξητικός παράγοντας) που πιθανώς επιδρούν στην ανάπτυξη και την ωρίμανση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

B) Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και για τη μητέρα που θηλάζει είναι πολλά και διακρίνονται σε συναισθηματικά και σωματικά.

A) Συναισθηματικά οφέλη

Η μητέρα που θηλάζει αισθάνεται ότι προσφέρει στο βρέφος της ότι πολυτιμότερο και αναντικατάστατο μπορεί να του χαρίσει στο ξεκίνημα της ζωής του. Ο ισχυρός δεσμός που αναπτύσσεται μεταξύ τους, της χαρίζει μια συναρπαστική εμπειρία που τη γεμίζει με σιγουριά και αυτοπεποίθηση⁴³ για το μέλλον, επιβεβαιώνοντας την επιτυχία της στο ρόλο της ως μητέρα.

Το μητρικό γάλα είναι πάντα άμεσα διαθέσιμο, στην κατάλληλη θερμοκρασία, απαλλαγμένο από μικροοργανισμούς και καλύπτει πλήρως τις ανάγκες του βρέφους σε υγρά και θρεπτικά συστατικά. Είναι πολύ πιο εύπεπτο από το τροποποιημένο γάλα αγελάδας, με αποτέλεσμα το βρέφος να εμφανίζει λιγότερους κωλικούς και να είναι πιο ήρεμο, τόσο κατά τη διάρκεια της ημέρας, όσο και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Περιέχει αυξημένα ποσά του δέλτα πεπτιδίου τις απογευματινές και νυκτερινές ώρες, που ευωδώνουν την εισαγωγική φάση και την εγκατάσταση του ύπνου του βρέφους. Επίσης, είναι ο πλέον οικονομικός τρόπος σίτισης του βρέφους, αφού δεν κοστίζει τίποτα στην οικογένεια και το κράτος, γεγονός πολύ σημαντικό, ιδιαίτερα τη σημερινή εποχή με την υπάρχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση. Όλα τα παραπάνω, συμβάλλουν στην ευεξία και ηρεμία του βρέφους και κατά συνέπεια και στη σωματική ξεκούραση και στην ψυχική ηρεμία της μητέρας που θηλάζει.

Οι μητέρες που δεν θήλασαν ή θήλασαν για μικρό χρονικό διάστημα έχουν αυξημένη πιθανότητα επιλόχειας κατάθλιψης, συγκριτικά με εκείνες που θήλασαν, όπως διαπιστώνεται σε διάφορες μελέτες^{44,45}.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας για το θηλασμό, μητέρα και βρέφος έρχονται σε πολύ στενή σωματική επαφή και σε πολύ κοντινή απόσταση, η οποία θεωρείται και ιδανική για να μπορεί το βρέφος να κοιτάζει το πρόσωπο της μητέρας του⁴⁶ και να δένεται συναισθηματικά μαζί της. Αυτός ο συναισθηματικός σύνδεσμος, που αναπτύσσεται μέσω της άμεσης οπτικής επαφής, προκαλεί αμοιβαία επανατροφοδότηση του θηλασμού, αυξάνοντας τη διάρκειά του.

Έτσι, οι μητέρες που δε θήλασαν τα βρέφη τους, έχουν σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα κακοποίησης ή παραμέλησής τους, συγκρινόμενες με εκείνες που τα

θήλασαν, όπως διαπιστώθηκε σε διάφορες μελέτες^{47,48}, μετά από εξομοίωση των πιθανών συγχυτικών παραγόντων.

B) Σωματικά οφέλη

Τα σωματικά οφέλη της μητέρας που θηλάζει είναι πολλά και διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα.

α) Βραχυπρόθεσμα

Οι θηλαστικές κινήσεις του βρέφους διεγείρουν την απελευθέρωση της οξυτοκίνης⁴⁹, η οποία προκαλεί συσπάσεις της μήτρας και διευκολύνει την έξοδο του πλακούντα και την ελάττωση της απώλειας αίματος από τη μήτρα κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Ο θηλασμός του βρέφους για 6-12μήνες, βοηθά τη μητέρα να χάσει γρηγορότερα το βάρος που είχε κερδίσει^{19,50} κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ο αποκλειστικός θηλασμός προκαλεί αναστολής της ωορρηξίας και παρατεταμένη περίοδο αμηνόρροιας, που ποικίλλει από 3-12 μήνες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο αντισύλληψης, με την προϋπόθεση ότι το βρέφος θηλάζει αποκλειστικά και καλύπτει πλήρως τις σιτιστικές του ανάγκες μόνο με μητρικό γάλα.

β) Μακροπρόθεσμα

Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει τη μητέρα από αρκετά χρόνια νοσήματα και συγκεκριμένα:

- **Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II:** Οι μητέρες που θήλασαν τα βρέφη τους για τουλάχιστον ένα μήνα και δεν είχαν εμφανίσει σακχαρώδη διαβήτη κύησης, έχουν 4-12% μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II κατά τη διάρκεια των επόμενων χρόνων της ζωής τους^{51,52}, συγκρινόμενες με εκείνες που δεν θήλασαν καθόλου τα βρέφη τους.
- **Οστεοπόρωση:** Οι μητέρες που θήλασαν έχουν σαφώς μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης οστεοπόρωσης⁵³ συγκριτικά με εκείνες που δε θήλασαν. Από μετρήσεις οστικής μάζας και οστικής πυκνότητας φαίνεται, ότι κατά τη διάρκεια του θηλασμού έχουν μικρότερη οστική πυκνότητα, αλλά μετά τον απογαλακτισμό κερδίζουν μεγαλύτερη οστική μάζα. Ο θηλασμός ευωδώνει την απορρόφηση του ασβεστίου και την παραγωγή καλσιτριόλης μετά τον απογαλακτισμό.

- **Ρευματοειδής αρθρίτιδα:** Η προστασία που παρέχει ο μητρικός θηλασμός στη μητέρα ως προς τον κίνδυνο εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας, στα επόμενα χρόνια⁵⁴, φαίνεται ότι είναι «δοσοεξαρτώμενη». Έτσι, διάρκεια συνολικού μητρικού θηλασμού (συνολική διάρκεια θηλασμού όλων των παιδιών της οικογενείας) μεγαλύτερη από 12 ή 24 μήνες ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας κατά 20% και 50% αντίστοιχα.
- **Υπέρταση και καρδιαγγειακές παθήσεις:** Συνολικός θηλασμός όλων των βρεφών της οικογενείας, για 12-23 μήνες μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης υπέρτασης και καρδιακών νοσημάτων⁵⁵ κατά 10% και της υπερλιπιδαιμίας κατά 20%.
- **Κακοήθι νοσήματα:** Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του στήθους και ωοθηκών^{19,23,56,57}, σε μητέρες που έχουν θηλάσει για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών, μειώνεται κατά 28%. Η προστατευτική επίδραση του μητρικού θηλασμού είναι εντονότερη για τον καρκίνο του στήθους, όπου κάθε επιπλέον έτος θηλασμού φαίνεται να μειώνει επιπρόσθετα τον αντίστοιχο κίνδυνο κατά 4,3%.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Στις αντενδείξεις μητρικού θηλασμού συγκαταλέγονται: α) μεταβολικά νοσήματα του βρέφους που απαιτούν σίτιση με ειδικά γάλατα, απαλλαγμένα από τα συστατικά, τα οποία, λόγω εκλεκτικής ενζυμικής ανεπάρκειας, το βρέφος αδυνατεί να μεταβολίσει, π.χ. γαλακτοζαιμία, φαινυλοκετονουρία, maple syrup urine disease και β) νοσήματα της μητέρας που μπορούν να μεταδοθούν με το μητρικό γάλα στο βρέφος όπως:

- **Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV).** Στις ανεπτυγμένες χώρες συνιστάται αποφυγή του μητρικού θηλασμού^{58,59,60}, αλλά στις αναπτυσσόμενες χώρες με μεγάλη επίπτωση του HIV και αυξημένη βρεφική θνητότητα, λόγω λοιμώξεων και υποσιτισμού, συνιστάται αποκλειστικός θηλασμός σε συνδυασμό με ειδική αντιρετροϊκή αγωγή.

- **Ενεργός, μη θεραπευμένη βρουκέλωση**, γιατί υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του μικροβίου⁶¹ στο βρέφος μέσω του μητρικού θηλασμού.
- **Ενεργός φυματίωση⁶² και η ύπαρξη βλαβών απλού έρπητα στο στήθος** της μητέρας. Απομύζηση μητρικού γάλακτος με ειδική αντλία και σίτιση του βρέφους με αυτό επιτρέπεται, γιατί δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι οι συγκεκριμένοι μικροοργανισμοί περνούν στο μητρικό γάλα.
- **Ανεμευλογιά** της μητέρας⁶³ που εκδηλώνεται πέντε ημέρες πριν τον τοκετό ως δύο ημέρες μετά. Επιβάλλεται ο χωρισμός του βρέφους από τη μητέρα, αλλά το μητρικό γάλα που απομυζείται με αντλία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη σίτιση του βρέφους.
- **Λήψη ναρκωτικών ουσιών** από τη μητέρα⁶⁵, εκτός και αν έχει ξεκινήσει πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη, έχει επίπεδα της ναρκωτικής ουσίας στο αίμα της μη ανιχνεύσιμα και η ίδια είναι οροαρνητική για HIV.
- **Λήψη οινοπνευματωχών ποτών^{66,67,68,69}** με ποσότητα αλκοόλης μεγαλύτερη των 0,5g/kg/24, γιατί αφ' ενός καταστέλλει την έκκριση της προλακτίνης και επομένως την έναρξη και συνέχιση της γαλουχίας και αφ' ετέρου επιδρά αρνητικά στην κινητική εξέλιξη του βρέφους.

Αντίθετα το κάπνισμα της μητέρας^{70,71,72} δεν αποτελεί αντένδειξη μητρικού θηλασμού, αλλά συνιστάται η αποφυγή του, γιατί έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου και εμφάνισης αναπνευστικών αλλεργιών του βρέφους.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Η συχνότητα του μητρικού θηλασμού, ακόμη και σήμερα, είναι χαμηλή παγκοσμίως, παρά τις διεθνείς προσπάθειες προώθησής του.

Σε πανευρωπαϊκή μελέτη¹⁷¹ τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τον πρώτο κιόλας μήνα της ζωής είναι μόλις 52%.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη συχνότητα έναρξης του μητρικού θηλασμού στα μαιευτήρια, αλλά και τη συνολική διάρκειά του ποικίλλουν

αρκετά από χώρα σε χώρα και μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες, δηλαδή παράγοντες που σχετίζονται:

- **Το σύστημα υγείας** της κάθε χώρας (πολιτική σίτισης των βρεφών στα μαιευτήρια, προώθηση του μητρικού θηλασμού από τους εκπροσώπους υγείας κ.λ.π.).
- **Δημογραφικοί, ψυχοκοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες της μητέρας και του οικογενειακού περιβάλλοντος** στήριξής της (κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, ωράριο εργασίας, ύπαρξη προηγούμενης πείρας θηλασμού, κ.λ.π.).
- **Παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του βρέφους** (διάρκεια κύησης, βάρος γέννησης, νοσήματα βρέφους).

Η αναγνώριση των παραγόντων που επηρεάζουν σημαντικά την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού σε κάθε χώρα είναι καταλυτικής σημασίας για τον καθορισμό των μέτρων εκείνων που πρέπει να ληφθούν, για την ενίσχυση και την προώθησή του στον πληθυσμό της.

Α) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σε πολλές μελέτες, διαπιστώνεται ότι η πολιτική των μαιευτηρίων και του τρόπου έναρξης σίτισης των νεογνών κατά τη διάρκεια παραμονής τους σ' αυτό, παίζει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού παγκοσμίως. Παράγοντες που ευοδώνουν την έναρξη, την εγκατάσταση, αλλά και συνέχιση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της μητέρας είναι:

- Η γρήγορη τοποθέτηση του βρέφους μετά τον τοκετό στο στήθος της μητέρας και η άμεση μετά τον τοκετό (εντός μισής ώρας) έναρξη θηλασμού^{73,74,75}.
- Η συνεχής παραμονή του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα του, ώστε να καθίσταται δυνατή η άμεση σίτισή του κάθε φορά που δείχνει ότι πεινάει^{73,74,75}.
- Η αποφυγή χορήγησης άλλων υγρών⁷⁵ π.χ. σακχαρούχου διαλύματος ή τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας, εκτός και αν υπάρχει σαφής ιατρική ένδειξη.
- Η αποφυγή «πιπίλας» ή άλλων θηλών⁷⁴ στο βρέφος που θηλάζει.

- Η συνέχιση παροχής βοήθειας⁷⁵ στη μητέρα σχετικά με τις δυσκολίες που συναντά κατά την εφαρμογή και τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο.

Αξιοποιώντας όλες αυτές τις πληροφορίες ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Unicef το 1989 καθιέρωσαν τα «Δέκα Βήματα» για την προώθηση του μητρικού θηλασμού, του μόνου φιλικού προς τα βρέφη τρόπου σίτισης και προτρέπουν όλα τα Νοσοκομεία και γενικότερα τα Κέντρα Υγείας που ασχολούνται με έγκυες, μητέρες και νεογνά να τα υιοθετήσουν ως πάγια πολιτική τους. Τα «Δέκα Βήματα» προώθησης του μητρικού θηλασμού είναι:

1. Έπαρξη γραπτής πολιτικής για το θηλασμό και τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας.
2. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
3. Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη και την τεχνική του θηλασμού.
4. Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για την άμεση (εντός μισής ώρας) μετά τον τοκετό, έναρξη του θηλασμού.
5. Προσωπική επίδειξη στις μητέρες της τεχνικής του θηλασμού και του τρόπου συνέχισης της σίτισης του βρέφους με μητρικό γάλα, όταν επιβάλλεται ο αποχωρισμός μητέρας – βρέφους.
6. Αποφυγή χορήγησης στο νεογέννητο οποιασδήποτε υγρής ή στερεάς τροφής πλην του μητρικού γάλακτος, εκτός κι αν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη.
7. Παραμονή του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα του, καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας.
8. Ενθάρρυνση του θηλασμού του βρέφους κάθε φορά που αυτό δείχνει ότι πεινάει.
9. Αποφυγή χρήσης «πιπίλας» ή άλλων θηλών στα βρέφη που θηλάζουν.
10. Ενίσχυση της δημιουργίας «Ομάδων Υποστήριξης του Μητρικού Θηλασμού» στις οποίες θα μπορούν να απευθύνονται οι μητέρες μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο ή την κλινική.

Η σύσταση του Π.Ο.Υ. είναι να υιοθετηθεί από όλα τα νοσοκομεία το σύνολο των «Δέκα Βημάτων», ώστε να προωθηθεί ο μητρικός θηλασμός. Έτσι τα Νοσοκομεία που εφαρμόζουν όλα τα βήματα σε ποσοστό μεγαλύτερο από 80%, χαρακτηρίζονται «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία» (Friendly Baby Hospital) και τα υπόλοιπα «Μη Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία».

Μελέτες σύγκρισης της συχνότητας και της διάρκειας του αποκλειστικού και του μικτού μητρικού θηλασμού στα «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία», (ΦΒΝ), με τα υπόλοιπα, επιβεβαίωσε την αποτελεσματικότητα^{73,74,75,76,77,78,79} των δέκα βημάτων στην προώθηση του μητρικού θηλασμού.

Με πρόσφατη μελέτη⁷⁸, που διεξήχθη στον Καναδά, επιβεβαιώνεται η καταλυτική σημασία που έχει η εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Στη συγκεκριμένη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι η μη εφαρμογή του 6^{ου} βήματος (αποφυγή χορήγησης συμπληρώματος στο μαιευτήριο) είχε ως αποτέλεσμα μείωση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού (αποκλειστικού ή μικτού) κατά 10,5 εβδομάδες. Σε μη εφαρμογή του 9^{ου} (αποφυγή πιπίλας) και 4^{ου} βήματος (έναρξη θηλασμού εντός μίας ώρας από τον τοκετό) μαζί, η αντίστοιχη μείωση ήταν 11,8 εβδομάδες. Στην ίδια μελέτη, καταγράφηκε η ύπαρξη «δοσοεξαρτώμενης» σχέσης μεταξύ της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και του αριθμού των βημάτων που εφαρμόστηκαν στο μαιευτήριο. Έτσι, η εφαρμογή έξι βημάτων είχε ως αποτέλεσμα μέση διάρκεια θηλασμού 48,8 εβδομάδες, η εφαρμογή 4 ή 5 βημάτων οδήγησε σε διάρκεια θηλασμού 39,8 εβδομάδων, ενώ σε εφαρμογή 2 ή 3 βημάτων, η αντίστοιχη διάρκεια θηλασμού ήταν 36,4 εβδομάδες.

Θα πρέπει να τονιστεί, ότι για την επίτευξη αυξημένης συχνότητας του μητρικού θηλασμού, όπως ορίζεται και από τα «Δέκα Βήματα», απαιτείται συνέχιση της παρεχόμενης βοήθειας της μητέρας που θηλάζει και μετά την έξοδό της από το μαιευτήριο⁷⁶, γι' αυτό και ο ρόλος του παιδίατρου του βρέφους, ή του οικογενειακού γιατρού είναι πολύ σημαντικός⁹². Μέτρα που έχουν ληφθεί διεθνώς, για την ενίσχυση του μητρικού θηλασμού είναι:

- Η δημιουργία **Ειδικών Κέντρων Μητρικού Θηλασμού**, με απόλυτα εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο προσωπικό, στα οποία μπορούν να απευθύνονται οι μητέρες και να ζητούν βοήθεια για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στο θηλασμό του βρέφους τους και μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο.
- **Προγραμματισμένες κατ' οίκον επισκέψεις μαιών, ειδικά εκπαιδευμένων στο μητρικό θηλασμό**, μετά την έξοδο των μητέρων από το μαιευτήριο, με στόχο την επίλυση των συγκεκριμένων προβλημάτων που αντιμετωπίζει η κάθε μητέρα στη συνέχιση του μητρικού θηλασμού. Το μέτρο αυτό εφαρμόζεται στη Μεγάλη Βρετανία, όχι όμως και στη χώρα μας.

B) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Η έναρξη και η διάρκεια του μητρικού θηλασμού καθορίζεται από παράγοντες που ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, ή ακόμα και μέσα στην ίδια τη χώρα, ανάλογα με τα κοινωνικο-οικονομικά και πολιτισμικά δεδομένα και τις ιδεολογικές αντιλήψεις της μητέρας και του άμεσου και ευρύτερου οικείου περιβάλλοντός της.

Οι συχνότεροι παράγοντες που σχετίζονται με τη μητέρα και μπορεί να επηρεάσουν την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού είναι:

- **Η ηλικία της μητέρας:** Στις περισσότερες μελέτες^{43,80,81,82,83,84,85,86,87} διαπιστώνεται θετική συσχέτιση της αυξημένης ηλικίας της μητέρας με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Παρατηρείται όμως διαφορά στο ηλικιακό όριο, πάνω από το οποίο, ασκείται η θετική επίδραση και μπορεί να κυμαίνεται από ηλικία της μητέρας άνω των 25ετών, άνω των 30ετών ή άνω των 35ετών. Ίσως, οι μεγαλύτερης ηλικίας μητέρες είναι πιο ενημερωμένες για τις ευεργετικές επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στη μητέρα και στο βρέφος που θηλάζει. Ίσως γι' αυτό, σε αντίστοιχη μελέτη σε ιατρικό προσωπικό⁸⁸, διαπιστώθηκε ότι η διάρκεια του μητρικού θηλασμού είναι ανεξάρτητη από την ηλικία της μητέρας. Στη βιβλιογραφία πάντως, αναφέρονται και μελέτες στο γενικό πληθυσμό, στις οποίες, η ηλικία της μητέρας δεν επηρεάζει σημαντικά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού^{89,90}.
- **Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας:** Συνήθως, οι μητέρες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου^{81,84,85,86,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,110}, κυρίως τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, θηλάζουν (αποκλειστικά ή μικτά) για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συγκρινόμενες με μητέρες βασικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σε λίγες μελέτες καταγράφεται θετική επίδραση και του υψηλού μορφωτικού επιπέδου του συζύγου^{105,106} στη μέση διάρκεια του μητρικού θηλασμού, ενώ σε άλλες μελέτες^{89,107,108} αποδεικνύεται ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονιών δεν φαίνεται να ασκεί καμιά ευεργετική επίδραση. Οι διαφορές της επίδρασης της μόρφωσης της μητέρας στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, που παρατηρούνται σε μελέτες διαφορετικών λαών, θα μπορούσαν να αποδοθούν σε πολιτισμικές διαφορές των λαών. Δηλαδή, η ευεργετική επίδραση της μόρφωσης μπορεί να

αντισταθμίζεται ως ένα βαθμό ή και να αναπληρώνεται πλήρως από ιδεολογικές πεποιθήσεις, αντιλήψεις και στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού, καθώς και από άλλους πολιτισμικούς ή κοινωνικούς παράγοντες.

- **Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας.** Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με χαμηλό βάρος γέννησης και αυξημένη θνησιμότητα του βρέφους. Κάπνισμα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, συνδέεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αναπνευστικών προβλημάτων του βρέφους και συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου. Κάπνισμα 10-20 τσιγάρα/ημέρα, κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, οδηγεί σε ελαττωμένη έκκριση προλακτίνης και μειωμένη παραγωγή γάλακτος, που έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη πρόσληψη βάρους του βρέφους (340g/14ήμερο αντί 550g/14ήμερο)^{162,163}. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού αποτελεί ισχυρό ανασταλτικό παράγοντα^{86,87,90,93,98,99,101,106,108,109,110,111,112,113,114,119,122,130} τόσο στην έναρξη¹⁰⁹, όσο και στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Η αρνητική αυτή συσχέτιση οφείλεται, αφενός μεν, στη συνειδητή αποφυγή της καπνίστριας μητέρας να θηλάσει, λόγω της επίγνωσης των αυξημένων κινδύνων που διατρέχει το βρέφος της και αφ' ετέρου, στην καταστολή της ίδιας της γαλουχίας από το κάπνισμα.
- **Σωματικό βάρος της μητέρας:** Δείκτης μάζας σώματος της μητέρας μεγαλύτερος από 30 ($ΔΜΣ \geq 30$) σε όλες τις σχετικές μελέτες^{80,83,98,115,116,117,134}, επιδρά ανασταλτικά στην έναρξη, αλλά κυρίως στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Φαίνεται ότι το άγχος της μητέρας για περαιτέρω πρόσληψη βάρους, κατά τη διάρκεια του θηλασμού, αναστέλλει την πρόθεση και την επιθυμία της να θηλάσει. Έτσι, ακόμη κι αν ξεκινήσει το μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο, τον διακόπτει πολύ νωρίτερα, συγκριτικά με τις ιδανικότερου σωματικού βάρους μητέρες.
- **Επάγγελμα της μητέρας και άδεια τοκετού και μητρότητας:** Στις περισσότερες μελέτες το είδος του επαγγέλματος της μητέρας⁸⁸ δε φαίνεται να επιδρά στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, αν και σε μελέτη που διεξήχθη στην Ιταλία⁹⁹, παρατηρήθηκε μικρότερη διάρκεια θηλασμού σε υπαλλήλους εμπορικών επιχειρήσεων και νοικοκυρές^{99,101}. Αντίθετα ο αριθμός ωρών της εργαζόμενης μητέρας φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη

διάρκεια θηλασμού. Έτσι, πλήρης (οκτάωρη) απασχόληση της μητέρας^{100,118,121} επηρεάζει αρνητικά τη διάρκεια θηλασμού, συγκριτικά με τη μερική (τετράωρη) απασχόληση. Ο σημαντικότερος παράγοντας που φαίνεται να είναι καθοριστικής σημασίας στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, είναι η χρονική διάρκεια της άδειας λοχείας και μητρότητας συνολικά, δηλαδή το χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό, στο οποίο καλείται η μητέρα να επιστρέψει στην εργασία της. Χορηγούμενη άδεια για πάνω από 4-6 μήνες μετά τον τοκετό, οδηγεί σε μεγαλύτερη διάρκεια μητρικού θηλασμού^{43,91,92,114,119,120,121,127}.

- **Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και άλλα δημογραφικά στοιχεία της μητέρας και του συζύγου της** Το υψηλότερο οικονομικό εισόδημα της οικογένειας^{80,98,135}, η υψηλότερη κοινωνική τάξη^{86,96,98}, η λευκή φυλή^{98,126,127,135}, η θρησκεία και η εθνικότητα^{100,101,127,130,133,135} της μητέρας ανεξάρτητα από τη χώρα που ζει, η οικογενειακή της κατάσταση(ως παντρεμένη)^{91,95,98,100,101,128,131}, η συμπαράσταση του συζύγου^{108,125,126,134}, των συγγενών τους^{87,98,103} και του κοινωνικού περιβάλλοντος^{123,132}, σε κάποιες μελέτες, φαίνεται να επηρεάζουν θετικά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, ενώ σε άλλες δεν ασκούν καμιά επίδραση^{88,107,108, 124}.
- **Είδος τοκετού:** Ο τοκετός με καισαρική τομή φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, όπως διαπιστώνεται από πολλές μελέτες^{95,113,114,122,136,137,138,139}. Σε τοκετό μετά από καισαρική τομή, η έναρξη του μητρικού θηλασμού είναι σχεδόν πάντα καθυστερημένη. Η καθυστέρηση όμως της έναρξης του θηλασμού, ιδίως μετά το πρώτο 24ωρο, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την απόφαση της μητέρας να θηλάσει και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Σε σχετική πρόσφατη μελέτη¹⁴⁹ στο Οχάιο το 2012, επιβεβαιώθηκε ότι το ποσοστό έναρξης μητρικού θηλασμού μετά από φυσιολογικό τοκετό είναι μεγαλύτερο συγκριτικά με εκείνο που παρατηρείται μετά από προγραμματισμένη (λόγω προηγηθείσας) καισαρική τομή. Διαπιστώθηκε όμως ότι, ακόμη και στην περίπτωση που η καισαρική τομή ακολουθεί μια αποτυχημένη προσπάθεια φυσιολογικού τοκετού, πάλι το ποσοστό έναρξης μητρικού θηλασμού είναι μεγαλύτερο, συγκριτικά με εκείνο που καταγράφηκε μετά από προγραμματισμένη επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή. Ίσως οι λόγοι που

ωθούν τη μητέρα να επιλέξει την καισαρική τομή ως τρόπο τοκετού, είναι οι ίδιοι με εκείνους που την οδηγούν και στην καθυστερημένη έναρξη του μητρικού θηλασμού, τουλάχιστον για τις προγραμματισμένες επαναλαμβανόμενες καισαρικές τομές.

- **Πρόθεση της μητέρας να θηλάσει και πότε αυτή σχηματίστηκε.** Η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει^{113,129,140,141,142,143,145} και για πόσο χρονικό διάστημα, είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Αποτελεί τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη της διάρκειας του θηλασμού, ιδίως όταν έχει σχηματιστεί αρκετό καιρό πριν τον τοκετό, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης^{86,144}. Η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες⁸¹, όπως, την ηλικία της, τη φυλή, το μορφωτικό της επίπεδο, την οικογενειακή και οικονομική της κατάσταση, την επίγνωση των ευεργετικών επιδράσεων του μητρικού θηλασμού στο βρέφος, την τυχόν υπάρχουσα προηγούμενη πείρα θηλασμού (λόγω θηλασμού ή όχι των προηγούμενων βρεφών της), το ωράριο εργασίας της, την άδεια μητρότητας και τη συμπαράσταση από το οικείο περιβάλλον. Μετά τον τοκετό, εμφανίζονται πρόσθετες δυσκολίες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη μητέρα ως προς το θηλασμό^{117,147} (χαμηλή αυτοεκτίμηση για την ικανότητά της να θηλάσει, λανθασμένη τεχνική θηλασμού, ανεπαρκής παροχή βοήθειας από το μαιευτικό προσωπικό, ανασφάλεια για την επάρκεια και την ποιότητα του γάλακτος, ανεπαρκής πρόσληψη βάρους του βρέφους, αμηχανία θηλασμού σε δημόσιους χώρους, κ.λ.π.) και να περιορίσουν την προτιθέμενη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων που επιδρούν αρνητικά στην πρόθεση της μητέρας να θηλάσει, η ενθάρρυνσή της να συνεχίσει παρά τις δυσκολίες και η κατάλληλη αντιμετώπιση των δυσκολιών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, μπορούν να αυξήσουν τη προτιθέμενη και την τελική διάρκεια του μητρικού θηλασμού^{128,134,146}.
- **Προηγούμενη πείρα θηλασμού της μητέρας** λόγω θηλασμού των προηγούμενων παιδιών της οικογένειας. Μητέρες που είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους, είχαν αυξημένη πιθανότητα^{81,94,145,148,149}, να θηλάσουν για μακρό χρονικό διάστημα και το παρόν βρέφος, συγκριτικά με τις πρωτότοκες. Φαίνεται πως η πείρα που έχει αποκτηθεί από το θηλασμό του

προηγούμενου βρέφους, βοηθάει τη μητέρα να ξεπεράσει τυχόν δυσκολίες που θα συναντήσει στο μαιευτήριο και μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο. Πρωτότοκες μητέρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν τα βρέφη τους, συγκρινόμενες με τις μητέρες που δε θηλάσαν το προηγούμενο παιδί τους¹¹⁶. Ίσως, παραμένουν και στην παρούσα εγκυμοσύνη οι λόγοι που οδήγησαν τις μητέρες να μη θηλάσουν το πρώτο παιδί τους, (π.χ. κάπνισμα, γρήγορη επάνοδος στην εργασία, προηγούμενη «τραυματική» εμπειρία) και είναι πιο ανασφαλείς για την ικανότητά τους να θηλάσουν ή για την επάρκεια και την καταλληλότητα του μητρικού γάλακτος και δε θέλουν να προσπαθήσουν ξανά, αλλά και όταν ξεκινούν το μητρικό θηλασμό, παραιτούνται ευκολότερα, με αποτέλεσμα σαφώς μικρότερη χρονική διάρκεια θηλασμού.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ

Δυσκολίες στην έναρξη και την εγκατάσταση της γαλουχίας¹⁴⁷ μπορεί να προκύψουν από το βρέφος:

- **Προωρότητα με διάρκεια κύησης ≤ 34 εβδομάδων¹¹⁴** και αδυναμία του βρέφους να θηλάσει, λόγω ανεπαρκούς ανάπτυξης του αντανεκλαστικού του θηλασμού.
- **Χαμηλό βάρος γέννησης του βρέφους (<2500g)**, λόγω ελαττωμένης μυϊκής ισχύος των μαστηρίων μυών και μειωμένης ικανότητας απομύζησης γάλακτος με τις θηλαστικές κινήσεις, γεγονός που οδηγεί σε παρατεταμένης διάρκειας σίτιση του βρέφους και μειωμένη πρόσληψη γάλακτος, λόγω επερχόμενης κόπωσης.
- **Πολύδυμες κυήσεις**, λόγω του χαμηλού βάρους γέννησης των νεογνών και της αυξημένης πιθανότητας νοσηλείας τους σε Μονάδες Νεογνών.
- **Ανατομικές ανωμαλίες προσώπου** (π.χ. σύνδρομο Pierre Robin), που δημιουργούν προβλήματα στην κατάποση του γάλακτος και απαιτούν ειδικό χειρισμό σίτισης του βρέφους.

- **Σοβαρά προβλήματα υγείας που απαιτούν νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**, με πιθανή καταστολή και διασωλήνωση του βρέφους και επομένως αδυναμίας του να θηλάσει.
- **Μεταβολικά νοσήματα του βρέφους**, που απαιτούν σίτιση του βρέφους με ειδικά γάλατα, τα οποία στερούνται των συστατικών που το βρέφος δεν μπορεί να μεταβολίσει, λόγω ενζυμικής έλλειψης.
- **Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους του βρέφους** που θηλάζει, που μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους, οι οποίοι χρήζουν διαφορετικής κάθε φορά αντιμετώπισης.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, συνιστάται η αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς προβλήματος του βρέφους και στις περιπτώσεις αδυναμίας θηλαστικών κινήσεων του βρέφους, απομύζηση του μητρικού γάλακτος τεχνητά (με ειδική αντλία, θήλαστρο) και χορήγησή του στο βρέφος, μέσω ρινογαστρικού καθετήρα, μέχρι να μπορεί το ίδιο να θηλάσει.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το μητρικό γάλα αναμφισβήτητα αποτελεί το φυσικό και ταυτόχρονα ιδανικό τρόπο σίτισης του βρέφους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους έξι πρώτους μήνες της ζωής και συνέχισή του, με προσθήκη στερεών τροφών, για όσο διάστημα επιθυμούν μητέρα και βρέφος.

Παρά τα επιβεβαιωμένα, με πολλές μελέτες, πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, τα ποσοστά του κατά το πρώτο έτος της ζωής, παραμένουν πολύ χαμηλά στις ανεπτυγμένες χώρες, με μεγάλες διαφορές από χώρα σε χώρα π.χ. από 17% στην Κροατία, ως 80% στην Νορβηγία, το 2002.

Προσπάθειες προώθησης του μητρικού θηλασμού γίνονται διεθνώς. Ωστόσο η συχνότητα του παγκοσμίως¹⁵⁰, ακόμη και σήμερα, δεν ξεπερνά το 37% και απέχει πολύ από το στόχο που είχε τεθεί από το “Healthy People 2010” για επίτευξη αποκλειστικού μητρικού θηλασμού 50% στους έξι μήνες ζωής το 2010.

Διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει, την επιτυχία και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να διαφέρουν πολύ από χώρα σε χώρα.

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει άλλη δημοσιευμένη μελέτη μεγάλου δείγματος Ελληνίδων με καταγραφή:

- του ποσοστού έναρξης του αποκλειστικού και μεικτού μητρικού θηλασμού στα μαιευτήρια της Ελλάδας,
- της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει και των παραγόντων που την επηρεάζουν,
- της πολιτικής σίτισης των νεογνών κατά τις πρώτες ημέρες της ζωής που ακολουθείται στα Ελληνικά μαιευτήρια.

Σκοποί της μελέτης αυτής είναι:

- Να αποτυπώσει την συχνότητα έναρξης του αποκλειστικού και του μεικτού μητρικού θηλασμού στον Ελλαδικό χώρο, στην έναρξη της καινούργιας χιλιετίας (2000).
- Να καταγράψει την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει και να διερευνήσει τη πιθανή συσχέτιση της με την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

- Να αναζητήσει την ύπαρξη πιθανής συσχέτισης της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει με άλλους παράγοντες π.χ. κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο γονέων, γνώση των πλεονεκτημάτων του μητρικού θηλασμού, εργασία, αριθμός τέκνων οικογενείας.
- Να εξετάσει τη επίδραση της τακτικής σίτισης νεογνών που εφαρμόζονται στα μαιευτήρια (και τη βοήθεια που παρέχεται στις μητέρες να θηλάσουν) στην έναρξη και τελική διάρκεια του μητρικού θηλασμού.
- Να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με την επίδραση του κοινωνικο-οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου της μητέρας και του οικογενειακού της περιβάλλοντος, στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Η στατιστική ανάλυση των παραπάνω στοιχείων θα αποκαλύψει τους στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού και θα οδηγήσει στην επιλογή των καταλληλότερων μέτρων που πρέπει να ληφθούν για την ενίσχυση και την προώθησή του, στον Ελληνικό πληθυσμό.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην Ελλάδα, τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν τη συχνότητα του μητρικού θηλασμού και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, όπως αναφέρονται στις μέχρι τώρα δημοσιευμένες μελέτες, είναι ελλιπή και αφορούν μικρά δείγματα πληθυσμού, περιορισμένης συνήθως περιοχής του Ελλαδικού χώρου.

Η έναρξη και η διάρκεια του μητρικού θηλασμού, όπως φαίνεται από πολλές μελέτες, εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με την προσωπικότητα και την ετοιμότητα της μητέρας να θηλάσει, το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον της οικογένειας που ζει, την ωριμότητα και την κατάσταση υγείας του βρέφους καθώς και από την τακτική προώθησης ή μη, του μητρικού θηλασμού που ακολουθείται στα μαιευτήρια και στο σύστημα υγείας γενικότερα, της κάθε χώρας.

Για τη μελέτη της επίδρασης των παραπάνω παραγόντων που καθορίζουν τη συχνότητα του μητρικού θηλασμού στον Ελληνικό πληθυσμό σχεδιάστηκε μια προοπτική μελέτη που διεξήχθη κατά τη διάρκεια ενός έτους (1/12/1999-31/11/2000) σε επτά μαιευτήρια της Ελλάδας.

Ο πληθυσμός της μελέτης περιλαμβάνει 4325 Ελληνίδες μητέρες που γέννησαν τη συγκεκριμένη περίοδο. Δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη αλλοδαποί και αθίγγανοι λόγω δυσκολίας καταγραφής πληροφοριών και παρακολούθησής τους για μεγάλο χρονικό διάστημα. Δεδομένου ότι ο ετήσιος αριθμός γεννήσεων στην Ελλάδα την αντίστοιχη περίοδο ήταν περίπου 95.000 βρέφη το παραπάνω δείγμα θεωρήθηκε αριθμητικά ικανοποιητικό (~ 4,3% των γεννήσεων).

Από τις 4325 μητέρες, 15 αρνήθηκαν να συμμετέχουν, κυρίως, λόγω αισθήματος σωματικής κόπωσης κατά την ώρα λήψης των ερωτηματολογίων (~0,35%), ποσοστό πολύ μικρό για να επηρεάσει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Οι γυναίκες που αποτέλεσαν το υλικό της μελέτης πάρθηκαν από επτά μεγάλα μαιευτήρια της Ελλάδας, δύο πανεπιστημιακά μαιευτήρια («Αλεξάνδρα» και «Μαγγίνειο»), δύο ιδιωτικά («Ιασώ» και «Μητέρα»), ένα μαιευτήριο που ακολουθούσε κάποια από τα δέκα βήματα του μητρικού θηλασμού («Έλενα») και

στη παρούσα μελέτη θα καλείται επεικώς «Φίλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο», και δύο μαιευτικές κλινικές περιφερικών νοσοκομείων Καλύμνου και Τρικάλων.

Στα παραπάνω μαιευτήρια πραγματοποιούνται ετησίως περίπου 35.000 τοκετοί, που αντιστοιχούν στο 37% των συνολικών γεννήσεων. Αναλυτικότερα, στα ιδιωτικά μαιευτήρια γεννιούνται περίπου 24.000 βρέφη/έτος, στα πανεπιστημιακά 5.000/έτος, στο «Έλενα» 5.000/έτος και στις μαιευτικές κλινικές των περιφερικών νοσοκομείων 400/έτος).

Αν και η μελέτη περιελάμβανε πέντε μαιευτήρια της Αθήνας, μεγάλο ποσοστό των γυναικών που γέννησαν σε αυτά, προερχόταν από την επαρχία, με αποτέλεσμα να υπάρχει αναλογική εκπροσώπηση αστικού και αγροτικού πληθυσμού.

Ο αριθμός των γυναικών από κάθε μαιευτήριο που συμπεριελήφθη στη μελέτη ήταν ανάλογος του αριθμού γεννήσεων του κάθε μαιευτηρίου.

Μετά την επιλογή του παραπάνω δείγματος, η μελέτη περιορίστηκε σε εκείνες τις μητέρες που γέννησαν ένα, υγιές, τελειόμηνο βρέφος (διάρκεια κύησης ≥ 37 εβδομάδων) με βάρος γέννησης ≥ 2500 g, που δε χρειάστηκε νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Έτσι από τις 4.310 γυναίκες που δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, τελικά συμπεριελήφθησαν 3.734, οι οποίες μαζί με τα νεογνά τους αποτέλεσαν τη βάση δεδομένων της μελέτης.

Σε όλες τις μητέρες, πριν τη συγκατάθεση συμμετοχής τους στη μελέτη, εξηγήθηκαν οι στόχοι και ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας, από δύο κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα. Οι ιατροί αυτοί συμπλήρωσαν, με πανομοιότυπο τρόπο, μετά από προσωπική συνέντευξη με τις μητέρες, το αρχικό ερωτηματολόγιο στο μαιευτήριο.

Η συμπλήρωση του πρώτου αυτού ερωτηματολογίου έγινε την τέταρτη ημέρα ζωής των νεογνών, δηλαδή λίγο πριν την έξοδο τους από το μαιευτήριο, ώστε να καταγραφεί αντικειμενικότερα ο χρόνος έναρξης του μητρικού θηλασμού, η τακτική του κάθε μαιευτηρίου ως προς τον τρόπο σίτισης νεογνών και της παρεχόμενης προς τη μητέρα βοήθειας να θηλάσει.

Στο **πρώτο ερωτηματολόγιο** καταγράφηκαν πληροφορίες σχετικά με:

- Την ηλικία της μητέρας, τον τόπο μόνιμης διαμονής, και το μαιευτήριο που γέννησε.

- Τη διαμονή της μητέρας σε μονοκατοικία ή πολυκατοικία καθώς και τον αριθμό των δωματίων και των τετραγωνικών μέτρων της κατοικίας της.
- Το σταθερό και το κινητό τηλέφωνο της μητέρας για πιθανή μελλοντική τηλεφωνική επικοινωνία.
- Τον τόπο ανατροφής της μητέρας (Αθήνα, άλλη πόλη, χωριό της Ελλάδας ή του εξωτερικού).
- Το μορφωτικό επίπεδο (έτη σπουδών) της μητέρας, του συζύγου της και των γονιών τους.
- Το επάγγελμα της μητέρας και του συζύγου της, ταξινομημένο σε κατηγορίες (οικιακά, άνεργος, αγρότης, ανώτερος ή κατώτερος υπάλληλος γραφείου, υπάλληλος καταστημάτων και γενικότερα χειρονακτικά εργαζόμενος, ελεύθερος επαγγελματίας).
- Τον τόπο εργασίας (εντός ή εκτός σπιτιού) και τον τύπο του ωραρίου εργασίας (σταθερό, κυκλικό, μερική απασχόληση, ελεύθερο, εποχιακή απασχόληση).
- Τον ημερήσιο αριθμό ωρών εργασίας της μητέρας πριν τον τοκετό, τη χρονική διάρκεια της άδειας τοκετού και την πρόθεση συνέχισης ή όχι της εργασίας της μετά τον τέλος της άδειας τοκετού.
- Τον αριθμό των ατόμων που μένουν μαζί με τη μητέρα στη μόνιμη κατοικία της και την πιθανή βοήθεια που έχει από το σύζυγό της και από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον το δικό της και του συζύγου της.
- Το επάγγελμα του συζύγου, τον ημερήσιο αριθμό ωρών εργασίας και τον τύπο του ωραρίου (σταθερό, κυκλικό, μερική απασχόληση, ελεύθερο, εποχιακή απασχόληση).
- Τον αριθμό των προηγούμενων παιδιών της οικογένειας, το φύλο, την ηλικία τους και τη διάρκεια θηλασμού του καθενός.
- Το φύλο, τη διάρκεια κύησης και το βάρος γέννησης του νεογέννητου.
- Τον προγραμματισμό ή όχι από το ζευγάρι της παρούσας εγκυμοσύνης (αν δηλαδή η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη ή τυχαία) και τον τρόπο σύλληψης του βρέφους (αν η γονιμοποίηση έγινε με εξωσωματική γονιμοποίηση ή φυσιολογικά).
- Τα φάρμακα που ελάμβανε η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης π.χ βιταμίνες, σίδηρο, ασβέστιο, ορμόνες, αντιβιοτικά.

- Το είδος τοκετού (φυσιολογικός ή καισαρική τομή) και τον αριθμό των ωρών που μεσολάβησαν από την έναρξη των ωδινών μέχρι τον τοκετό.
- Το είδος της αναισθησίας που χορηγήθηκε στη μητέρα κατά τη διάρκεια του τοκετού (καμία, τοπική, γενική, επισκληρίδια).
- Το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ τοκετού, της πρώτης επαφής του βρέφους με το στήθος της μητέρας και την έναρξη του θηλασμού, ταξινομημένο σε πέντε κατηγορίες (αμέσως μετά, εντός λίγων ωρών, μετά από ένα 24ωρο, αργότερα και για ποιούς λόγους, καθόλου λόγω παραμονής του βρέφους στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών).
- Τον τόπο διαμονής του νεογνού στο μαιευτήριο (στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα όλο το 24ωρο, μαζί με τη μητέρα μόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας, σε αίθουσα νεογνών, σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών).
- Τον τρόπο σίτισης του βρέφους κατά την παραμονή του στο μαιευτήριο (αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατ' επίκληση ή σε τακτά χρονικά διαστήματα, μητρικός θηλασμός με προσθήκη υγρών ενδιάμεσα, μητρικός θηλασμός και γάλα συμπληρωματικά, σίτιση αποκλειστικά με τροποποιημένο γάλα αγελάδας).
- Το χρονικό διάστημα που σκοπεύει η μητέρα να θηλάσει (καθόλου, όσο μπορεί, 1μήνα, 1-3μήνες, 3-6μήνες, περισσότερο από 6μήνες, δεν έχει αποφασίσει ακόμη).
- Την εμπειρία της μητέρας από την όλη διαδικασία του τοκετού (καλή, ουδέτερη ή κακή).

Οκτώ ως δώδεκα μήνες μετά τον τοκετό, εστάλη ταχυδρομικά στις μητέρες ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο σχετικά με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού και τους παράγοντες που την επηρέασαν.

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου από τις μητέρες που δεν το απέστειλαν συμπληρωμένο ταχυδρομικά, συλλέχθηκαν, μετά από τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, από το ίδιο εκπαιδευμένο προσωπικό που συμπλήρωσε και το πρώτο ερωτηματολόγιο στο μαιευτήριο.

Από τις 3734 μητέρες που αποτέλεσαν τη βάση δεδομένων μας, απάντησαν συνολικά, ταχυδρομικά και τηλεφωνικά, οι 2825. Το ποσοστό απαντητικότητας ήταν 75,6% και θεωρείται πολύ ικανοποιητικό, ιδίως αν συγκριθεί με τα αντίστοιχα ποσοστά της διεθνούς βιβλιογραφίας,

Στο **δεύτερο ερωτηματολόγιο** συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με:

- Το συνολικό διάστημα παραμονής του νεογνού στο μαιευτήριο και την νοσηλεία του ή όχι, σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
- Την παρεχόμενη προσωπική επίδειξη μητρικού θηλασμού στη μητέρα κατά τη διάρκεια παραμονής της στο μαιευτήριο από τη μαία, το γυναικολόγο και τον παιδίατρο βαθμονομημένη, για τον καθένα χωριστά, σε τρεις βαθμίδες (καθόλου, μέτρια, πολύ).
- Τη συνολική διάρκεια θηλασμού και την χρονική στιγμή εισαγωγής του ξένου γάλακτος.
- Την αιτιολογία μη έναρξης θηλασμού από τις μητέρες που δεν θήλασαν καθόλου (δεν είχε γάλα, πονούσε το στήθος της, λόγοι εργασίας, κούραση, περιορισμός της ελευθερίας της μητέρας, φόβος παχυσαρκίας ή χαλάρωσης του στήθους λόγω θηλασμού, προβλήματα υγείας της μητέρας και ποιιά, άρνηση της μητέρας να θηλάσει λόγω προηγούμενης τραυματικής εμπειρίας).
- Τα αίτια διακοπής του μητρικού θηλασμού σε μητέρες που σταμάτησαν να θηλάζουν ή συνέχισαν με μικτό θηλασμό (ανησυχία βρέφους, μη καλή πρόσληψη βάρους του νεογνού, αίσθηση παραγωγής ανεπαρκούς ποσότητας μητρικού γάλακτος, προβλήματα με τις θηλές, σωματική κόπωση της μητέρας, δυσκολίες συνέχισης λόγω ωραρίου εργασίας, σύσταση διακοπής θηλασμού από τον παιδίατρο, το σύζυγο, τους συγγενείς ή άλλο φιλικό πρόσωπο, τακτική που ακολουθήθηκε και στο προηγούμενο παιδί της οικογενείας).
- Την ύπαρξη ή όχι και το βαθμό επάρκειας της ενημέρωσης της μητέρας σχετικά με το μητρικό θηλασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό από τη μαία, το γυναικολόγο, τον παιδίατρο, το σύζυγο, τους συγγενείς και τους φίλους της,
- Το βαθμό θετικής, ουδέτερης ή αρνητικής επίδρασης που άσκησαν αναφορικά με το μητρικό θηλασμό στη μητέρα ο γυναικολόγος, η μαία, ο παιδίατρος, ο σύζυγος, οι συγγενείς και οι φίλοι της, τηλεοπτικές και ραδιοφωνικές εκπομπές, περιοδικά και βιβλία.

- Τις γνώσεις της μητέρας αναφορικά με τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού βαθμολογημένες σε κλίμακα 0-6, ανάλογα με τον αριθμό των σωστών απαντήσεων που έδωσε η μητέρα στις αντίστοιχες ερωτήσεις.

Η συγκατάθεση για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δόθηκε προφορικά από τις μητέρες.

Η συμμετοχή των μητέρων στη μελέτη και η συλλογή των παραπάνω στοιχείων εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής Δεοντολογίας και των επτά υπό μελέτη μαιευτηρίων.

Διευκρινιστικοί ορισμοί

Μετά το σχεδιασμό της μελέτης και πριν τη στατιστική ανάλυση, είναι σημαντικό να διασαφηνιστούν ορισμένες έννοιες που θα χρησιμοποιηθούν εκτεταμένα στην έκθεση των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Έναρξη μητρικού θηλασμού ορίζεται ως η έναρξη της απομύζησης μητρικού γάλακτος (από το στήθος της μητέρας) από το βρέφος, με στόχο την εξασφάλιση της διατροφής του μετά τον τοκετό.

Σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός ορίζεται ως η χορήγηση στο βρέφος εκτός από το μητρικό γάλα, νερού και άλλων υγρών π.χ. σακχαρόνευρου, όχι όμως και τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας.

Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός θεωρείται η σίτιση του νεογνού αποκλειστικά και μόνο με μητρικό γάλα, δηλαδή χωρίς προσθήκη άλλων υγρών ή στερεών τροφών. Για λόγους ευκολίας, στην παρούσα μελέτη, θα χρησιμοποιείται ο όρος «αποκλειστικός μητρικός θηλασμός» για το σύνολο του αποκλειστικού και του σχεδόν αποκλειστικού θηλασμού.

Μικτός μητρικός θηλασμός ορίζεται ως η σίτιση του βρέφους με μητρικό γάλα και τροποποιημένο γάλα αγελάδας και διακρίνεται σε:

- **αυξημένο** (όταν >80% της τροφής του βρέφους αποτελείται από μητρικό γάλα),
- **μέτριο** (όταν το μητρικό γάλα αποτελεί το 20-80% του συνολικής ημερήσιας ποσότητας γάλακτος που λαμβάνει το βρέφος) και
- **χαμηλό** (όταν ο μητρικός θηλασμός αντιστοιχεί σε λιγότερο από 20% της συνολικής διατροφής του βρέφους).

Συνολικός μητρικός θηλασμός είναι το άθροισμα του αποκλειστικού, του σχεδόν αποκλειστικού και του μικτού μητρικού θηλασμού.

Σίτιση με ξένο γάλα ορίζεται ως η σίτιση του βρέφους αποκλειστικά με τροποποιημένο γάλα αγελάδας πρώτης βρεφικής ηλικίας

Μητρικός θηλασμός στις 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό ορίζεται ως ο αναφερόμενος από τη μητέρα τρόπος σίτισης του νεογνού στο τέλος της 4^{ης} εβδομάδας της ζωής. Το σύνολο των νεογνών, χωρίστηκε σε τρεις υποπληθυσμούς ανάλογα με το **μοντέλο σίτισης** που ακολουθήθηκε από το μαιευτήριο ως την 28^η ημέρα της ζωής. Αναλυτικότερα οι τρεις αυτές κατηγορίες αφορούσαν νεογνά που:

- Σιτίστηκαν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό από τη γέννηση ως την 28^η ημέρα ζωής συνεχώς.
- Ξεκίνησαν με μικτό μητρικό θηλασμό ή σίτιση με ξένο γάλα και συνέχισαν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό.
- Σιτίζονταν με μικτό μητρικό θηλασμό ή ξένο γάλα στο τέλος του πρώτου μήνα ζωής, ανεξάρτητα από τον τρόπο σίτισης την 4^η ημέρα της ζωής στο μαιευτήριο.

Οι παράγοντες που πιθανόν επηρεάζουν την έναρξη και το μοντέλο σίτισης του νεογνού μπορούν να χωριστούν στις παρακάτω υποκατηγορίες:

- **Παράγοντες του συστήματος υγείας:** είδος νοσοκομείου, χρόνος πρώτης επαφής του βρέφους με το στήθος της μητέρας, παραμονή ή όχι του νεογνού στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα, είδος τοκετού, κ.λ.π.
- **Δημογραφικά στοιχεία:** η ηλικία της μητέρας, ο τόπος ανατροφής της, ο αριθμός των ατόμων ανά δωμάτιο κατοικίας, το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας, του συζύγου και των γονιών τους, ο ημερήσιος αριθμός ωρών εργασίας, κ.λ.π.
- **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:** η ύπαρξη ή όχι, προηγούμενης εμπειρίας και πείρας θηλασμού, η παρεχόμενη βοήθεια από το οικογενειακό περιβάλλον, κ.λ.π.
- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** η εποχή του τοκετού.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του πρώτου ερωτηματολογίου συλλέχθηκαν πληροφορίες αναφορικά με α) την προσωπική επίδειξη θηλασμού στις μητέρες κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο και β) την 24ωρη ή όχι παραμονή του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα. Οι δύο αυτές

ερωτήσεις αντιστοιχούν στα βήματα 5 και 7 από τα 10 βήματα που έχει ορίσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για το χαρακτηρισμό ενός μαιευτηρίου ως «Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο».

Τα υπό μελέτη μαιευτήρια με τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν από τις μητέρες, χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες:

- **Φιλικά προς τα βρέφη μαιευτήρια (ΦΒΜ)** όταν τουλάχιστον το 80% των νεογνών του μαιευτηρίου πληρούσε τα κριτήρια του Π.Ο.Υ. για τα βήματα 5 και 7.
- **Μη Φιλικά προς τα βρέφη μαιευτήρια (ΜΦΒΜ)** χαρακτηρίστηκαν όλα τα υπόλοιπα μαιευτήρια.

Στατιστική Ανάλυση

Η τυχαιοποίηση του δείγματος και η στατιστική ανάλυση όλων των στοιχείων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια της πρώτης και της δεύτερης φάσης έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS version 12.

Αρχικά έγινε σύγκριση (με Pearson's chi-square test) των δημογραφικών στοιχείων των γυναικών που απάντησαν στο δεύτερο ερωτηματολόγιο και το έστειλαν ταχυδρομικά, με εκείνες που δεν απάντησαν και οι πληροφορίες συλλέχθηκαν τηλεφωνικά.

Μετά συγκρίθηκε το πρώτο δείγμα των 3734 γυναικών με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας¹⁵¹ που συλλέχθηκαν κατά την απογραφή του 2001, για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Για την ανάλυση των στοιχείων που αφορούσαν την έναρξη του μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο και το διαχωρισμό των μαιευτηρίων σε ΦΒΜ και ΜΦΒΜ, χρησιμοποιήθηκαν οι παρεχόμενες πληροφορίες που συλλέχθηκαν από το αρχικό δείγμα των 3734 ατόμων στο μαιευτήριο.

Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων που αφορούσαν το μοντέλο σίτισης του νεογνού από το μαιευτήριο ως την 4^η εβδομάδα της ζωής, τη συνολική διάρκεια του μητρικού θηλασμού και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, έγινε από το δεύτερο δείγμα των 2825 ατόμων.

Η στατιστική εκτίμηση των κατηγορικών μεταβλητών έγινε με chi-square test και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που χρησιμοποιήθηκε ήταν μικρότερο του 0,5 ($p < 0,05$).

Επειδή κατά το χρόνο συμπλήρωσης του δεύτερου ερωτηματολογίου υπήρχαν μητέρες που δεν είχαν ακόμα διακόψει το μητρικό θηλασμό (λογοκριμένες ή περικομένες τιμές), η στατιστική ανάλυση της διάρκειας του αποκλειστικού και του συνολικού μητρικού θηλασμού έγινε με ανάλυση επιβίωσης (survival analysis) με τη μη παραμετρική μέθοδο Kaplan-Meier.

Η διερεύνηση ύπαρξης διαφορών στη μέση διάρκεια θηλασμού στους διάφορους υποπληθυσμούς των μεταβλητών έγινε με long rang test.

Η εκτίμηση των ανεξάρτητων μεταβλητών που σχετίζονται με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού έγινε με πολλαπλή Cox παλινδρόμηση (multiple Cox regression).

Η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει σχετίζεται θετικά με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Όμως η σχέση αυτή μπορεί να αλλοιώνεται από διάφορους συγχυτικούς παράγοντες (confounders), η εξομοίωση των οποίων, έγινε με πολυμεταβλητή Cox παλινδρόμηση (multivariate Cox regression analysis).

Η διερεύνηση του βαθμού ανεξάρτητης επίδρασης των παραπάνω πιθανών συγχυτικών παραγόντων στη θετική πρόθεση της μητέρας να θηλάσει έγινε με διωνυμική λογιστική παλινδρόμηση (binary logistic regression analysis).

Η διερεύνηση της επίδρασης των στατιστικά σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν την έναρξη του μητρικού θηλασμού και η αναζήτηση των παραγόντων εκείνων που επιδρούν στην αλλαγή της σίτισης από ξένο γάλα και μικτό θηλασμό σε αποκλειστικό θηλασμό στο μαιευτήριο, έγινε με πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση (multinomial Logistic Regression).

Για όλες τις στατιστικές αναλύσεις το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιήθηκε ήταν $p < 0,05$.

Αποτελέσματα – Ερμηνεία

Κατά τη σύγκριση των δημογραφικών στοιχείων των 3734 γυναικών του αρχικού δείγματος και των 2825 γυναικών του δεύτερου δείγματος δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αναλυτικότερα οι δύο πληθυσμοί είχαν παρόμοια ποσοστά ως προς τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Αστική προέλευση καταγωγής της μητέρας (58% έναντι 60%, Pearson χ^2 test: $p=0,75$).
- Υψηλό επίπεδο μόρφωσης, δηλαδή σπουδές σε Τ.Ε.Ι. ή πανεπιστήμιο (41% έναντι 42%, Pearson χ^2 test: $p=0,87$).
- Ηλικία μικρότερη των 30 ετών (45% έναντι 44%, Pearson χ^2 test: $p=0,72$).
- Ήταν πρωτότοκες (52,7% έναντι 52,5%, Pearson χ^2 test: $p=0,88$).
- Γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό (66% έναντι 67%, Pearson χ^2 test: $p=0,37$).
- Το φύλο του νεογνού (αγόρια σε ποσοστό 50,6% και 50,8% αντίστοιχα, Pearson χ^2 test: $p=0,92$).

Έτσι, το σύνολο των πληροφοριών που συλλέχθηκαν από το δεύτερο ερωτηματολόγιο, θεωρήθηκε αντιπροσωπευτικό του αρχικού δείγματος.

Επίσης, έγινε σύγκριση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και της ηλικίας των μητέρων του αρχικού δείγματος της μελέτης με τα αντίστοιχα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας¹⁵¹ που συλλέχθηκαν κατά την απογραφή του 2001 και δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Έτσι και τα δύο δείγματα της μελέτης θεωρούνται τυχαία αντιπροσωπευτικά δείγματα του ελληνικού γυναικείου πληθυσμού αναπαραγωγικής ηλικίας.

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της τακτικής που ακολουθείται στα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία (ΦΒΜ) στην έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού έγινε σύγκριση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (πιθανόν συγχυτικός παράγοντας) των μητέρων που γέννησαν στα δύο διαφορετικά είδη μαιευτηρίων (ΦΒΜ & ΜΦΒΜ) και δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές π.χ μορφωτικό επίπεδο μητέρας ($p=0,18$), μορφωτικό επίπεδο πατέρα ($p=0,06$).

Η ανάλυση των στοιχείων που αφορούν την έναρξη του μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο έγινε από το αρχικό δείγμα των 3734 ζευγών μητέρων - νεογνών.

Από τα 3734 νεογνά, ενώ το 85% ξεκίνησε να θηλάζει στο μαιευτήριο τη 4^η ημέρα ζωής, μόνο το 23% θηλάζε αποκλειστικά (δηλαδή σιτιζόταν με μητρικό γάλα μόνο ή και με προσθήκη νερού και υγρών π.χ. σακχαρόνευρου).

Αναλυτικότερα την 4^η ημέρα της ζωής, τα νεογνά στο μαιευτήριο σιτιζόνταν με:

- Αποκλειστικό μητρικό θηλασμό: 874 (23%)
- Μικτό θηλασμό: 2300 (62%)
- Ξένο γάλα: 560 (15%)
- Συνολικό μητρικό θηλασμό: 3174 (85%)
- Μικτό θηλασμό & ξένο γάλα: 2860 (77%)

Τα αντίστοιχα ποσοστά στο δεύτερο δείγμα γυναικών των 2825 γυναικών ήταν:

- Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός: 676 (24%)
- Μικτός θηλασμός: 1896 (67%)
- Σίτιση με ξένο γάλα: 253 (9%)
- Συνολικός μητρικός θηλασμός: 2572 (91%)
- Μικτός θηλασμός & ξένο γάλα: 2149 (76%)

Παρατηρούμε δηλαδή, ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο δειγμάτων ως προς τα ποσοστά έναρξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (23% έναντι 24%) και του αθροίσματος μικτού & ξένου γάλακτος (77% έναντι 76%).

Τη τέταρτη εβδομάδα ζωής ο τρόπος σίτισης των νεογνών στο δεύτερο δείγμα των 2825 ζευγών μητέρας-νεογνού ήταν:

- Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός: 1731 (61%)
- Μικτός θηλασμός: 501 (18%)
- Ξένο γάλα: 593 (21%)
- Συνολικός μητρικός θηλασμός: 2232 (79%)
- Μικτός θηλασμός & ξένο γάλα: 1094 (39%)

Τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ το ποσοστό του συνολικού μητρικού θηλασμού στο δεύτερο δείγμα της μελέτης είχε ελαττωθεί αισθητά (79%

έναντι 91%), το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού είχε αυξηθεί σημαντικά, δηλαδή κατά 37% (61% έναντι 24%). Πηγαίνοντας στο σπίτι, 1055 μητέρες από τις 2149 που ξεκίνησαν να σιτίζουν τα νεογνά τους στο μαιευτήριο με μικτό μητρικό θηλασμό ή ξένο γάλα, κατάφεραν να περάσουν σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, δηλαδή ποσοστό 49% ($1055/2149 = 49\%$).

Στους πίνακες II και III του παραρτήματος φαίνονται τα δημογραφικά, ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά στοιχεία των μητέρων και του οικείου περιβάλλοντός τους, ανάλογα με τον τρόπο έναρξης σίτισης του νεογνού τους στο μαιευτήριο (Πίνακας II) και μετά από τέσσερες εβδομάδες (Πίνακας III). Στη συνέχεια έγινε εξομοίωση για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Από τη σύγκριση των μητέρων που ξεκίνησαν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο με εκείνες που ξεκίνησαν μικτό μητρικό θηλασμό ή ξένο γάλα, φαίνεται ότι **στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν θετικά στην έναρξη αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (Πίνακας IV) είναι:**

A) Παράγοντες του συστήματος υγείας

- *Τοκετός σε νοσοκομείο που έχει χαρακτηριστεί «ΦΒΝ» (Φίλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο).* Οι μητέρες που γέννησαν σε «ΦΒΝ» έχουν οκταπλάσια πιθανότητα να ξεκινήσουν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό συγκριτικά με εκείνες που γέννησαν σε «ΜΦΒΝ» (Odds Ratio:8,33 95% Confidence Interval: 5,08-14,49).
- *Η πρόωμη έναρξη θηλασμού με τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας* φαίνεται να είναι «χρονο-εξαρτώμενη». Αναλυτικότερα, οι μητέρες που ξεκίνησαν το θηλασμό άμεσα μετά τον τοκετό, έχουν τριπλάσια πιθανότητα έναρξης αποκλειστικού θηλασμού στο μαιευτήριο (OR:3,1295%CI:2,18-14,49), συγκριτικά με εκείνες που ξεκίνησαν μετά το πρώτο 24ωρο. Οι μητέρες που ξεκίνησαν να θηλάζουν μέσα στο πρώτο 24ωρο της ζωής έχουν τη διπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα (OR: 2,29 95%CI:1,80-2,92). Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ξεκάθαρα πόσο σημαντική είναι η άμεση μετά τον τοκετό έναρξη του θηλασμού, για την επίτευξη αποκλειστικού θηλασμού κατά τις πρώτες ημέρες της ζωής.

- Η παραμονή του νεογνού στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα όλο το 24ωρο σχετίζεται με τριπλάσια πιθανότητα έναρξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (OR: 3,48 95% CI:2,36-5,15), πιθανόν γιατί καθιστά δυνατή τη σίτιση του βρέφους κάθε φορά που αυτό δείχνει να πεινάει, διευκολύνοντας έτσι την έναρξη και την εγκατάσταση της γαλουχίας.
- Ο φυσιολογικός τοκετός, σχετίζεται με 33% αυξημένη πιθανότητα έναρξης του βρέφους με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (OR:1,33 95% CI:1,06-1,68).

B) Δημογραφικά στοιχεία

- Η ηλικία της μητέρας, η επίδραση της οποίας φαίνεται να είναι αντιστρόφως «δοσο-εξαρτώμενη. Μητέρες ηλικίας ως 24ετών έχουν διπλάσια πιθανότητα να ξεκινήσουν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο (OR: 2,01 95% CI:1,29-3,13), συγκριτικά με τις μητέρες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Επιπλέον μητέρες ηλικίας 25-29ετών έχουν 41% μεγαλύτερη αντίστοιχη πιθανότητα (OR:1,41 95% CI:1,01-1,96). Δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα έναρξης σίτισης του βρέφους της στο μαιευτήριο με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό.
- Ο αριθμός των ατόμων ανά δωμάτιο κατοικίας. Η αντιστοιχία ενός ή περισσότερων δωματίων ανά άτομο οικογενείας, σχετίζεται με 47% αυξημένη πιθανότητα έναρξης αποκλειστικού θηλασμού (OR:1,47 95% CI:1,13-1,91) συγκριτικά με πιο πυκνοκατοικημένες οικίες. Δηλαδή μητέρες υψηλότερου οικονομικού επιπέδου έχουν αυξημένη πιθανότητα έναρξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.
- Υψηλό μορφωτικό επίπεδο της πατρικής γαργιάς του βρέφους σχετίζεται με διπλάσια πιθανότητα έναρξης αποκλειστικού θηλασμού της μητέρας (OR:2,25 95% CI:1,06-4,76).

Γ) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

- Η ύπαρξη προηγούμενης πείρας θηλασμού της μητέρας, λόγω θηλασμού προηγούμενου βρέφους, σχεδόν διπλασιάζει την πιθανότητα έναρξης σίτισης του νεογνού στο μαιευτήριο με πλήρη θηλασμό (OR: 1,87 95% CI:1,13-2,40), πιθανόν λόγω προϋπάρχουσας πείρας η μητέρα μπορεί να ξεπεράσει

τυχόν ανασφάλειες, δυσκολίες και προβλήματα που αντιμετωπίζει κατά την έναρξη του θηλασμού.

Δ) Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- *Ο τοκετός κατά το φθινόπωρο ή το χειμώνα σχεδόν διπλασιάζει την πιθανότητα έναρξης αποκλειστικού θηλασμού του νεογνού (OR:1,88 95% CI:1,47-2,40), συγκριτικά με τον τοκετό κατά την άνοιξη και το καλοκαίρι.*

Αντίθετα **μη στατιστικά σημαντικοί παράγοντες έναρξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού** στο μαιευτήριο μετά την εξομοίωση για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες ήταν:

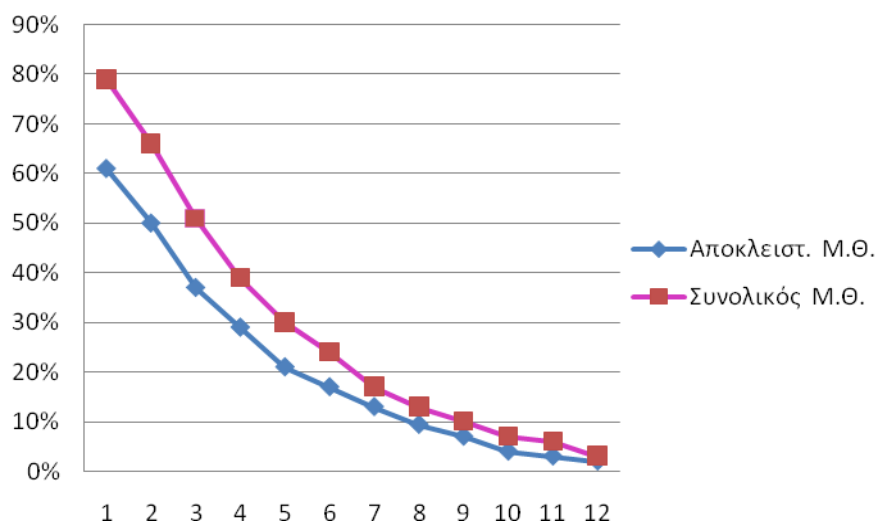
- *Επάγγελμα μητέρας*
- *Αριθμός ωρών εργασίας του συζύγου*
- *Μορφωτικό επίπεδο μητέρας και του συζύγου της*
- *Μορφωτικό επίπεδο της μητρικής γιαγιάς και του μητρικού παππού*
- *Μορφωτικό επίπεδο του πατρικού παππού*

Στη συνέχεια έγινε στατιστική ανάλυση (multinomial logistic regression) των χαρακτηριστικών των μητέρων που κατάφεραν μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο να αλλάξουν τον τρόπο σίτισης του νεογνού τους από μικτό θηλασμό ή σίτιση με ξένο γάλα σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό μέσα στις επόμενες τέσσερις εβδομάδες. Τα αποτελέσματα αυτής της σύγκρισης φαίνονται στον Πίνακα V του παραρτήματος. Στη συνέχεια, ακολούθησε εξομοίωση για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Οι στατιστικά σημαντικοί **παράγοντες που επηρέασαν θετικά την αλλαγή σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό** την 4^η εβδομάδα της ζωής μετά την εξομοίωση των πιθανών συγχυτικών παραγόντων φαίνονται στον Πίνακα VI του παραρτήματος και ήταν:

- *Η έλλειψη παραμονής του νεογνίστη σε αίθουσα νεογνών, σχετίζεται με διπλάσια πιθανότητα αλλαγής σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (OR:2,08 95% CI:1,27-3,40), συγκριτικά με εκείνα που έμεναν όλο το 24ωρο στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα. Φαίνεται ότι μόλις οι μητέρες επέστρεψαν στο σπίτι τους και ήταν κοντά στο βρέφος τους (έπαψε ο ανασταλτικός παράγοντας αποκλειστικού θηλασμού) κατάφεραν να το θηλάσουν αποκλειστικά.*

- Η ύπαρξη προηγούμενης πείρας θηλασμού της μητέρας, λόγω θηλασμού προηγούμενου βρέφους, αυξάνει την πιθανότητα αλλαγής σε αποκλειστικό θηλασμό στο τέλος του πρώτου μήνα της ζωής κατά 46% (OR: 1,46 95% CI:1,19-1,79). Ακόμη και οι πρωτότοκες μητέρες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να πετύχουν αυτή την αλλαγή, συγκρινόμενες με τις μητέρες που δεν είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους.

Τα ποσοστά του αποκλειστικού και του συνολικού(αποκλειστικού και μικτού) μητρικού θηλασμού τους πρώτους 12 μήνες της ζωής φαίνεται στον Πίνακα Ι του παραρτήματος και στο παρακάτω διάγραμμα.



Παρατηρούμε δηλαδή, ότι τα ποσοστά τόσο του αποκλειστικού όσο και του συνολικού θηλασμού ελαττώνονται κατακόρυφα από τους πρώτους κιόλας μήνες. Έτσι τον τρίτο μήνα της ζωής τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 52% και 37% και τον έκτο μήνα 24% και 17%. Τα παραπάνω ποσοστά απέχουν πολύ από το ποσοστό 50% αποκλειστικού θηλασμού στον έκτο μήνα της ζωής, που είχε τεθεί ως στόχος για το 2010 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος και η μέση διάρκεια του συνολικού και αποκλειστικού θηλασμού φαίνονται στους Πίνακες VIII και IX.

Η στατιστική ανάλυση (univariate analysis, Pearson chi-squared test) ανέδειξε τους στατιστικά σημαντικούς παράγοντες ($p < 0,005$), η επίδραση των οποίων μελετήθηκε με multinomial logistic regression.

Για την παραπάνω ανάλυση **οι μητέρες χωρίστηκαν σε πέντε κατηγορίες ανάλογα με τον τρόπο σίτισης του βρέφους τους και τη χρονική διάρκεια του μητρικού θηλασμού και συγκεκριμένα σε μητέρες που σίτισαν το βρέφος τους με:**

- Αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 1-3 μήνες
- Αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 3-6 μήνες
- Αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για περισσότερους από 6 μήνες
- Μικτό μητρικό θηλασμό από τη γέννηση
- Ξένο γάλα (τροποποιημένο γάλα αγελάδας) από τη γέννηση.

Οι ανεξάρτητοι παράγοντες που μελετήθηκαν ως προς την επίδρασή τους στον αποκλειστικό και συνολικό μητρικό θηλασμό και η κατάταξή τους σε υποκατηγορίες ήταν:

- Είδος μαιευτηρίου (ιδιωτικό, πανεπιστημιακό, «φιλικό προς τα βρέφη»)
- Αριθμός ατόμων ανά δωμάτιο κατοικίας της μητέρας (< 1 άτομο/δωμάτιο, ≥1 άτομο/δωμάτιο)
- Εποχή γέννησης (άνοιξη-χειμώνας, φθινόπωρο-καλοκαίρι)
- Πρώτη επαφή της μητέρας με το νεογνό της (αμέσως μετά τη γέννηση, το πρώτο 24ωρο μετά τον τοκετό, μετά το πρώτο 24ωρο)
- Ύπαρξη ή όχι πείρας θηλασμού της μητέρας (ναι, όχι, πρωτότοκος)
- Βοήθεια από το οικογενειακό περιβάλλον (καθόλου ή μόνο από το σύζυγο, βοήθεια και από τους γονείς του ζευγαριού)
- Έναρξη θηλασμού (πρώτο 24ωρο ζωής, μετά το πρώτο 24ωρο)
- Κατηγορία επαγγέλματος πατέρα (υψηλή εκπαίδευση, τεχνολογική εκπαίδευση-ανειδίκευτος, αγρότης-άνεργος)
- Μόρφωση πατέρα (≤9έτη, 9-12έτη, >12έτη)

Ηλικία της μητέρας (≤24έτη, 25-29έτη, 30-34έτη, ≥35έτη)

- Μόρφωση μητέρας (≤9έτη, 9-12έτη, >12έτη)
- Είδος εγκυμοσύνης (προγραμματισμένη ή όχι)
- Είδος τοκετού (φυσιολογικός ή καισαρική τομή)
- Χρονική διάρκεια άδειας λοχείας-μητρότητας (0-2μήνες, 2-6, 6-12, οικιακά)
- Τόπος παραμονής του βρέφους στο μαιευτήριο (μαζί με τη μητέρα όλο το 24ωρο, σε αίθουσα νεογνών και κατά διαστήματα έρχεται σε επαφή με τη μητέρα)
- Πρόθεση μητέρας να θηλάσει (καθόλου, όσο μπορεί, 1-3μήνες, 3-6μήνες, περισσότερο από 6μήνες)

- Τρόπος έναρξης της σίτισης του νεογνού στο μαιευτήριο (πλήρης θηλασμός, μικτός θηλασμός, ξένο γάλα).

Για όσους από τους παραπάνω παράγοντες βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί ($p < 0,05$) με την univariate analysis (Pearson chi-squared test), μελετήθηκε η επίδρασή τους στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multinomial logistic regression).

Σύγκριση υποπληθυσμών ανάλογα με τη διάρκεια θηλασμού

Η επίδραση των στατιστικά σημαντικών παραγόντων μελετήθηκε με τη multinomial logistic regression. Η σύγκριση των υποπληθυσμών των μητέρων αναλύεται παρακάτω.

A) Η σύγκριση των μητέρων που **δεν θήλασαν καθόλου** τα βρέφη τους με εκείνες που τα **θήλασαν αποκλειστικά για 1-3 μήνες** έδειξε ότι:

- Τα πρωτότοκα βρέφη είχαν διπλάσια πιθανότητα ($OR=2,1$ $p < 0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά για 1-3 μήνες συγκριτικά με εκείνα των οποίων οι μητέρες δεν είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους. Αν η μητέρα είχε θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη της, τότε η πιθανότητα να θηλάσει αποκλειστικά και το παρόν βρέφος για 1-3 μήνες ήταν τριπλάσια ($OR=3,0$ $p < 0,001$) εκείνων που ήταν πρωτότοκες. Άρα **η ύπαρξη προηγούμενης θετικής πείρας θηλασμού** της μητέρας φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διάρκεια του θηλασμού.
- Οι μητέρες που ξεκίνησαν να θηλάζουν αποκλειστικά το βρέφος τους στο μαιευτήριο είχαν σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα ($OR=2,65$ $p=0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά για 1-3 μήνες συγκριτικά με εκείνες που ξεκίνησαν με μικτό μητρικό θηλασμό και δεκαπλάσια ($OR=9,9$ $p < 0,001$) συγκριτικά με εκείνες που δεν θήλασαν καθόλου. Ο **τρόπος έναρξης της σίτισης του νεογνού** στο μαιευτήριο φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.
- Οι μητέρες που σκόπευαν να θηλάσουν όσο περισσότερο μπορούσαν είχαν περίπου τετραπλάσια ($OR=3,5$ $p=0,001$) πιθανότητα να θηλάσουν το βρέφος τους 1-3 μήνες αποκλειστικά συγκριτικά με εκείνες που δεν σκόπευαν να το θηλάσουν καθόλου. Επιπλέον οι μητέρες που σκόπευαν να θηλάσουν 3-6

μήνες είχαν τριπλάσια πιθανότητα ($OR=3,01$ $p=0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά για 1-3 μήνες συγκριτικά με εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν αποκλειστικά για 1-3 μήνες, **Η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει και η χρονική διάρκεια του προγραμματισμένου θηλασμού φαίνεται να σχετίζονται με τη διάρκεια του θηλασμού.**

B) Η σύγκριση των μητέρων που δεν θήλασαν καθόλου τα βρέφη τους με εκείνες που τα θήλασαν αποκλειστικά για 4-6 μήνες έδειξε ότι:

- Οι πρωτότοκες μητέρες είχαν τετραπλάσια πιθανότητα ($OR=4,2$ $p<0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά τα βρέφη τους για 4-6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που δεν θήλασαν τα προηγούμενα παιδιά τους. Μητέρες που είχαν θηλάσει τα προηγούμενα παιδιά τους είχαν τριπλάσια πιθανότητα ($OR=3,45$ $p<0,001$) να θηλάσουν και αυτό το νεογέννητο για 4-6 μήνες συγκριτικά με τις πρωτότοκες. Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται η σημασία της ύπαρξης **πείρας μητρικού θηλασμού** της μητέρας στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.
- Οι μητέρες που θήλασαν αποκλειστικά τις πρώτες 4-5 ημέρες στο μαιευτήριο είχαν α) επταπλάσια πιθανότητα ($OR=6,89$ $p<0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά για 4-6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που δεν θήλασαν καθόλου στο μαιευτήριο και β) τριπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=3,14$ $p=0,001$) συγκρινόμενες με εκείνες που ακολούθησαν μικτό θηλασμό τις πρώτες ημέρες ζωής, αποδεικνύοντας την τεράστια σημασία της **τακτικής έναρξης σίτισης των νεογνών που ακολουθείται στα μαιευτήρια** στη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.
- Οι μητέρες που σκόπευαν να θηλάσουν για έξι ή περισσότερους μήνες είχαν α) δεκαπλάσια πιθανότητα ($OR=10,5$ $p<0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά για 4-6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που δεν σκόπευαν να θηλάσουν και β) τριπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=2,62$ $p=0,003$) συγκρινόμενες με εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν 1-3 μήνες. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν την καταλυτική επίδραση **της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει** στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού έναντι της σίτισης με τροποποιημένο γάλα αγελάδας είναι οι ίδιοι, ανεξάρτητα από τη διάρκεια θηλασμού 1-3 ή 4-6 μήνες.

Οι μητέρες που δεν θηλάσαν καθόλου είχαν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά:

- Δεν είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους
- Δεν είχαν πρόθεση να θηλάσουν
- Γέννησαν σε μαιευτήρια που ακολουθούσαν τακτική σίτισης των νεογνών με μικτό θηλασμό ή ξένο γάλα (δηλαδή «Μη Φιλικά προς τα Βρέφη Μαιευτήρια» «ΜΦΒΜ»)

Γ) Η σύγκριση των μητέρων που ακολούθησαν **μικτό θηλασμό για 1-3 μήνες** με εκείνες που τα **θηλάσαν αποκλειστικά** για το αντίστοιχο διάστημα έδειξε ότι:

- Οι μητέρες που γέννησαν στο «Έλενα» δηλαδή «φιλικό προς τα βρέφη μαιευτήριο» είχαν σχεδόν τετραπλάσια ($OR=3,7$ $p=0,004$) πιθανότητα να θηλάσουν 1-3 μήνες από εκείνες που γέννησαν σε ιδιωτικά μαιευτήρια.
- Μητέρες που πήραν το νεογέννητο αγκαλιά αμέσως μετά τον τοκετό ή κατά τις πρώτες 24 ώρες είχαν πενταπλάσια πιθανότητα ($OR=5,35$ $p=0,004$ & $OR=4,87$ $p=0,007$ αντίστοιχα) να θηλάσουν αποκλειστικά για 1-3 μήνες συγκριτικά με εκείνες που αγκάλιασαν το βρέφος τους μετά το πρώτο 24ωρο.
- Οι μητέρες που θηλάσαν αποκλειστικά το βρέφος τους τις πρώτες 4-5 ημέρες είχαν διπλάσια πιθανότητα ($OR=2,5$ $p=0,01$) να συνεχίσουν με αποκλειστικό θηλασμό για τους επόμενους 1-3 μήνες συγκριτικά με εκείνες που ξεκίνησαν με μικτό μητρικό θηλασμό.

Τα παραπάνω τρία στατιστικά αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν την επίδραση της **τακτικής που ακολουθείται στο μαιευτήριο** στη συνέχιση και τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού.

- Οι μητέρες ηλικίας 25-29 ετών είχαν 50% μεγαλύτερη πιθανότητα ($OR=1,5$ $p=0,04$) να θηλάσουν αποκλειστικά για 1-3 μήνες συγκριτικά με μητέρες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών.
- Μητέρες που είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους είχαν 60% μεγαλύτερη πιθανότητα ($OR=1,6$ $p=0,002$) να θηλάσουν αποκλειστικά το βρέφος τους για 1-3 μήνες συγκριτικά με τις πρωτότοκες.

Τα δύο τελευταία αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν τη θετική επίδραση της **νεαρής ηλικίας** και της **ύπαρξης πείρας μητρικού θηλασμού της μητέρας** στη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού

Δ) Η σύγκριση των μητέρων που ακολούθησαν **μικτό θηλασμό για 4-6 μήνες** με εκείνες που τα **θήλασαν αποκλειστικά** για το αντίστοιχο διάστημα έδειξε ότι:

- Οι μητέρες που γέννησαν στο «Ελενα» είχαν πενταπλάσια πιθανότητα ($OR=4,82p=0,002$) να θηλάσουν αποκλειστικά για 4-6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που γέννησαν σε ιδιωτικά μαιευτήρια.
- Οι μητέρες που πήραν αγκαλιά το βρέφος τους μέσα στο πρώτο 24ωρο της ζωής είχαν τετραπλάσια πιθανότητα ($OR=3,97 \quad p=0,036$) να θηλάσουν αποκλειστικά συγκριτικά με εκείνες που το αγκάλιασαν μετά την πρώτη ημέρα.
- Οι μητέρες που θήλασαν αποκλειστικά τις 4-5 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο είχαν τριπλάσια πιθανότητα ($OR=2,75 \quad p<0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά συγκριτικά με εκείνες που ακολούθησαν μικτό θηλασμό ή σίτιση με ξένο γάλα στο μαιευτήριο.

Τα παραπάνω αποτελέσματα καθρεπτίζουν τη σημασία της **τακτικής του μαιευτηρίου** στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

- Οι μητέρες **ηλικίας 25-29 ετών** είχαν διπλάσια πιθανότητα ($OR=2,14 \quad p=0,002$) αποκλειστικού θηλασμού συγκριτικά με μητέρες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών.
- Οι πρωτότοκες μητέρες είχαν 84% μεγαλύτερη πιθανότητα ($OR=1,84 \quad p=0,046$) να θηλάσουν αποκλειστικά συγκριτικά με εκείνες που δεν θήλασαν τα προηγούμενα βρέφη τους, ενώ εκείνες που είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους είχαν 80% μεγαλύτερη πιθανότητα ($OR=1,8p=0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά συγκριτικά με τις πρωτότοκες μητέρες, γεγονός που φανερώνει τη σημασία **της ύπαρξης πείρας της μητέρας** στη χρονική διάρκεια του μητρικού θηλασμού.
- Οι μητέρες **με ψηλότερο μορφωτικό επίπεδο** (πάνω από 12 έτη σπουδών) είχαν 90% μεγαλύτερη πιθανότητα ($OR=1,92 \quad p=0,025$) να θηλάσουν συγκριτικά με εκείνες που είχαν τη βασική μόρφωση (9 έτη σπουδών).

- Οι μητέρες που **σκόπευαν να θηλάσουν τα βρέφη** τους για έξι ή περισσότερους μήνες είχαν: α) τετραπλάσια πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού συγκριτικά με εκείνες που δεν σκόπευαν να θηλάσουν ($OR=3,77$ $p=0,022$) ή σκόπευαν να θηλάσουν 1-3 μήνες ($OR=3,75$ $p<0,001$) και β) 80% μεγαλύτερη από εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν όσο μπορούσαν. Τα παραπάνω στοιχεία καθρεπτίζουν την καταλυτική σημασία **της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει** στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή του αποκλειστικού έναντι του μικτού μητρικού θηλασμού είναι περίπου οι ίδιοι, ανεξάρτητα από τη διάρκεια του (1-3 ή 4-6 μήνες) και συγκεκριμένα:

- **Η ύπαρξη πείρας της μητέρας**, λόγω θηλασμού του προηγούμενου βρέφους
- **Η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει**
- **Η τακτική που ακολουθείται στα μαιευτήρια**
- **Η μικρότερη ηλικία και η υψηλότερη μόρφωση της μητέρας**

Για να διευκρινιστούν καλύτερα οι παράγοντες που επιδρούν θετικά στη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού έγινε **σύγκριση των μητέρων που θηλάσαν αποκλειστικά 1-3 μήνες με εκείνες που θηλάσαν αποκλειστικά για 4-6 μήνες** και διαπιστώθηκε ότι:

- Οι **πρωτότοκες μητέρες** είχαν διπλάσια πιθανότητα ($OR=1,98$ $p=0,017$) να θηλάσουν αποκλειστικά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (4-6 μήνες) από εκείνες που δεν είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους.
- Οι μητέρες που **σκόπευαν να θηλάσουν τα βρέφη τους για έξι ή περισσότερους μήνες** είχαν: α) τριπλάσια πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά για 4-6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που δεν σκόπευαν να θηλάσουν ($OR=2,98$ $p=0,0042$) ή σκόπευαν να θηλάσουν για 1-3 μήνες ($OR=3,37$ $p<0,001$) β) 80% αυξημένη αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=1,79$ $p=0,023$) από εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν για 3-6 μήνες και γ) 90% αυξημένη αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=1,88$ $p=0,003$) από εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν όσο διάστημα μπορούσαν. Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται, ότι η διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού είναι

«δοσοεξαρτώμενη» της προτιθέμενης (προεπιλεγμένης) διάρκειας θηλασμού της μητέρας.

Από τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι οι κυριότεροι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη χρονική διάρκεια μικτού μητρικού θηλασμού είναι:

- **Η ύπαρξη πείρας μητρικού θηλασμού της μητέρας**
- **Η πρόθεσή της να θηλάσει για μακρό χρονικό διάστημα.**

Για καλύτερη διερεύνηση του συνόλου των παραγόντων (δημογραφικά στοιχεία μητέρας, ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και τακτική των μαιευτηρίων) που επιδρούν στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, έγινε σύγκριση των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά έξι ή περισσότερους μήνες με όλες τις άλλες υπο-ομάδες. Έτσι έγινε:

A) Η σύγκριση των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά έξι ή περισσότερους μήνες με εκείνες που δεν θήλασαν καθόλου έδειξε ότι:

- Οι πρωτότοκες μητέρες είχαν τετραπλάσια πιθανότητα ($OR=4,39$ $p<0,001$) να θηλάσουν το βρέφος τους για ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που δε θήλασαν τα προηγούμενα βρέφη τους, ενώ εκείνες που είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους είχαν τριπλάσια ($OR=3,02$ $p<0,001$) αντίστοιχη πιθανότητα. Τα στοιχεία αυτά δηλώνουν τη θετική επίδραση της **ύπαρξης πείρας θηλασμού** στη μητέρα.
- Οι μητέρες που θήλασαν αποκλειστικά γι 4-5 ημέρες στο μαιευτήριο είχαν 22πλάσια πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού για ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που σίτισαν το βρέφος τους στο μαιευτήριο με ξένο γάλα ($OR=22$, $p<0,001$) και τετραπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=4,16$ $p<0,001$) συγκρινόμενες με εκείνες που ακολούθησαν μικτό θηλασμό τις πρώτες ημέρες ζωής του νεογνού. Τα παραπάνω στοιχεία δηλώνουν την τεράστια επίδραση της **τακτικής έναρξης σίτισης του νεογέννητου στο μαιευτήριο** στη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.
- Οι μητέρες που σκόπευαν να θηλάσουν για ≥ 6 μήνες είχαν: α) δεκαπλάσια πιθανότητα ($OR=9,8$ $p<0,001$) αποκλειστικού θηλασμού για ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που δεν σκόπευαν να θηλάσουν, β) επταπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=7,16$ $p<0,001$) από εκείνες που σκόπευαν να

θηλάσουν 1-3 μήνες και γ) 70% μεγαλύτερη αντίστοιχη πιθανότητα (OR=1,68 p=0,043) από εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν όσο περισσότερο μπορούσαν. Για μια ακόμη φορά φαίνεται η τεράστια σημασία **της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει** στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

- Οι μητέρες των οποίων **οι σύζυγοι ήταν αγρότες ή άνεργοι** είχαν τριπλάσια πιθανότητα (OR=2,92 p=0,039) να θηλάσουν αποκλειστικά για έξι ή περισσότερους μήνες συγκριτικά με εκείνες των οποίων οι σύζυγοι ήταν χειρονακτικά εργαζόμενοι τεχνίτες.
- Οι μητέρες που δεν είχαν καμιά **βοήθεια από τους γονείς του ζευγαριού** είχαν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα (OR=1,7 p=0,004) να θηλάσουν αποκλειστικά για έξι ή περισσότερους μήνες συγκριτικά με εκείνες που είχαν συμπαράσταση από τους παππούδες και γιαγιάδες του βρέφους.

B) Η σύγκριση των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά έξι ή περισσότερους μήνες με εκείνες που ακολούθησαν μικτό θηλασμό για ένα μήνα έδειξε ότι:

- Οι μητέρες που είχαν **πείρα θηλασμού** από το προηγούμενο βρέφος τους είχαν 60% μεγαλύτερη πιθανότητα (OR=1,6 p=0,013) να θηλάσουν αποκλειστικά για έξι ή περισσότερους μήνες από εκείνες που ήταν πρωτότοκες.
- Οι μητέρες που θήλασαν αποκλειστικά για 4-5 ημέρες στο μαιευτήριο είχαν τετραπλάσια πιθανότητα (OR=3,64 p<0,001) να θηλάσουν αποκλειστικά για ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που ακολούθησαν μικτό μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο, καταδεικνύοντας για μια ακόμα φορά τη σημασία που έχει ο **τρόπος σίτισης των νεογνών στο μαιευτήριο**.
- Οι μητέρες που **σκόπευαν να θηλάσουν για ≥ 6 μήνες** είχαν διπλάσια πιθανότητα (OR=2,44 p<0,001) να θηλάσουν αποκλειστικά αυτό το διάστημα συγκριτικά με εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν όσο περισσότερο μπορούσαν.
- Οι μητέρες που δεν είχαν **βοήθεια από τους γονείς τους και τους γονείς του συζύγου τους** είχαν 60% αυξημένη πιθανότητα (OR=1,6 p=0,008) να θηλάσουν αποκλειστικά ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που είχαν την αντίστοιχη συμπαράσταση.

Γ) Η σύγκριση των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά έξι ή περισσότερους μήνες με εκείνες που θήλασαν αποκλειστικά για 1-3 μήνες έδειξε ότι:

- Οι μητέρες με **πείρα θηλασμού** από το προηγούμενο βρέφος τους είχαν διπλάσια πιθανότητα ($OR=2,08$ $p=0,019$) να θηλάσουν αποκλειστικά για έξι ή περισσότερους μήνες από εκείνες που δεν είχαν θηλάσει τα προηγούμενα παιδιά της.
- Οι μητέρες που **θήλασαν αποκλειστικά για 4-5 ημέρες στο μαιευτήριο** είχαν 56% αυξημένη πιθανότητα ($OR=1,56$ $p=0,012$) να θηλάσουν αποκλειστικά για ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που ακολούθησαν μικτό μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο.
- Οι μητέρες που **σκόπευαν να θηλάσουν για 6 ή περισσότερους μήνες** είχαν:
α) τριπλάσια πιθανότητα ($OR=2,53$ $p<0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά αυτό το διάστημα συγκριτικά με εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν όσο περισσότερο μπορούσαν, β) εξαπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=6,02$ $p<0,001$) από εκείνες που θήλασαν 3-6 μήνες και γ) εννεαπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=9,26$ $p<0,001$) από εκείνες που θήλασαν 1-3 μήνες.
- Οι μητέρες που **δεν είχαν βοήθεια από τους γονείς τους και τους γονείς του συζύγου** τους είχαν 70% αυξημένη πιθανότητα ($OR=1,7$ $p<0,001$) να θηλάσουν αποκλειστικά ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που είχαν την αντίστοιχη συμπαράσταση.
- Οι μητέρες που **δεν εργάζονταν πριν τον τοκετό** (δήλωσαν επάγγελμα οικιακά) είχαν 50% μεγαλύτερη πιθανότητα ($OR=1,47$ $p=0,047$) να θηλάσουν για 6 ή περισσότερους μήνες συγκριτικά με εκείνες που θα επέστρεφαν στη δουλειά τους 0-2 μήνες μετά τον τοκετό.
- Οι μητέρες που **γέννησαν άνοιξη ή καλοκαίρι** είχαν κατά 45% αυξημένη πιθανότητα ($OR=1,45$ $p=0,037$) να θηλάσουν αποκλειστικά ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που γέννησαν φθινόπωρο ή χειμώνα.

Δ) Η σύγκριση των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά για περισσότερο από 6 μήνες με εκείνες που θήλασαν αποκλειστικά για 4-6 μήνες έδειξε ότι:

- Οι μητέρες που **σκόπευαν να θηλάσουν για περισσότερους από 6 μήνες** είχαν: α) τριπλάσια πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά για ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν 1-3 μήνες (OR=2,73 $p<0,008$) και από εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν 4-6 μήνες (OR=3,35 $p<0,001$).
- Οι μητέρες που δεν **είχαν βοήθεια από τους γονείς τους και τους γονείς του συζύγου** τους, είχαν 60% αυξημένη πιθανότητα (OR=1,59 $p<0,008$) να θηλάσουν αποκλειστικά ≥ 6 μήνες συγκριτικά με εκείνες που είχαν την αντίστοιχη συμπαράσταση.
- Οι μητέρες που **δεν εργάζονταν πριν τον τοκετό** (επάγγελμα: οικιακά) είχαν 55% μεγαλύτερη πιθανότητα (OR=1,55 $p=0,041$) να θηλάσουν για 6 ή περισσότερους μήνες συγκριτικά με εκείνες που θα επέστρεφαν στη δουλειά τους 0-2 μήνες μετά τον τοκετό.
- Οι μητέρες **ηλικίας ≥ 35 ετών** είχαν κατά 67% αυξημένη πιθανότητα (OR=1,67 $p=0,026$) να θηλάσουν αποκλειστικά ≥ 6 μήνες συγκριτικά με τις μητέρες ηλικίας 25-29 ετών.

Ε)Τέλος, η σύγκριση των μητέρων που εφάρμοσαν μικτό μητρικό θηλασμό από τον πρώτο μήνα, με εκείνες που δεν θήλασαν καθόλου έδειξε ότι:

- Οι μητέρες που είχαν **πείρα θηλασμού** από το προηγούμενο βρέφος τους είχαν 90% μεγαλύτερη πιθανότητα (OR=1,9 $p=0,002$) να ακολουθήσουν μικτό θηλασμό συγκριτικά με τις πρωτότοκες. Οι πρωτότοκες μητέρες είχαν διπλάσια πιθανότητα (OR=2,27 $p<0,001$) μικτού θηλασμού συγκριτικά με εκείνες που δεν θήλασαν τα προηγούμενα βρέφη τους.
- Οι μητέρες που **θήλασαν αποκλειστικά για 4-5 ημέρες** στο μαιευτήριο είχαν εξαπλάσια πιθανότητα (OR=6,06 $p<0,001$) να συνεχίσουν με μικτό θηλασμό συγκριτικά με εκείνες που δεν θήλασαν καθόλου στο μαιευτήριο. Επιπλέον οι μητέρες που **γέννησαν σε ιδιωτικό μαιευτήριο** είχαν α) πενταπλάσια πιθανότητα συνέχισης μικτού θηλασμού (OR=4,48 $p=0,002$) συγκριτικά με εκείνες που γέννησαν στο «Έλενα» και διπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα (OR=2,13 $p=0,046$) συγκριτικά με εκείνες που γέννησαν στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Τα παραπάνω στοιχεία δηλώνουν κατηγορηματικά τη

σπουδαιότητα της τακτικής σίτισης του νεογνού που ακολουθείται στο μαιευτήριο στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

- Οι μητέρες που σκόπευαν να θηλάσουν για ≥ 6 μήνες είχαν τριπλάσια πιθανότητα ($OR=2,78$ $p=0,016$) να συνεχίσουν με μικτό θηλασμό από τον πρώτο μήνα συγκριτικά με εκείνες που δε σκόπευαν να θηλάσουν. Επιπλέον οι μητέρες που σκόπευαν να θηλάσουν 3-6 μήνες είχαν διπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα συγκριτικά με εκείνες που σκόπευαν να θηλάσουν για έξι ή περισσότερους μήνες.

Η στατιστική ανάλυση όλων των στοιχείων έδειξε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη διάρκεια του αποκλειστικού και συνολικού μητρικού θηλασμού είναι:

- Πρόθεση της μητέρας να μη θηλάσει καθόλου ή να θηλάσει για μικρό χρονικό διάστημα ($p<0,001$)
- Τοκετός σε «Μη Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο» μαιευτήριο ($p=0,001$)
- Νεαρή ηλικία της μητέρας ($p=0,001$)
- Επάνοδος της μητέρας στην εργασία σε μικρό χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό ($p=0,007$)
- Ανατροφή της μητέρας στην Αθήνα ($p<0,001$)
- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της λεχώνας ($p=0,015$) και του πατέρα της ($p<0,002$)
- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του συζύγου ($p<0,001$) και των γονιών του ($p<0,016$)
- Επιπλέον η παροχή βοήθειας από το οικογενειακό περιβάλλον του ζευγαριού επηρέαζε αρνητικά τη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ($p=0,030$), όχι όμως και του μικτού μητρικού θηλασμού ($p=0,162$).

Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού είναι:

- Η ύπαρξη πείρας θηλασμού της μητέρας λόγω θηλασμού προηγούμενου βρέφους αυξάνει τη διάρκεια του συνολικού (αποκλειστικού & μικτού) μητρικού θηλασμού ($p=0,037$).

- Η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει για μακρό χρονικό διάστημα (>6μήνες) αυξάνει τη διάρκεια τόσο του αποκλειστικού όσο και του συνολικού θηλασμού ($p<0,001$).
- Η ανατροφή της μητέρας στην εξωτερικό σχετίζεται με αυξημένη διάρκεια θηλασμού συγκριτικά με την ανατροφή της μητέρας στην Ελλάδα και κυρίως στην Αθήνα ($p<0,004$).

Σε όλα τα παραπάνω αποτελέσματα είναι ολοφάνερη η καταλυτική σημασία που έχει η θετική πρόθεση της μητέρας να θηλάσει στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει και το προτιθέμενο χρονικό διάστημα θηλασμού καταγράφονται την 4^η ημέρα μετά τον τοκετό, αλλά είναι βέβαιο ότι έχει διαμορφωθεί πολύ νωρίτερα και πιθανόν εξαρτάται από πολλούς κοινωνικο-οικονομικούς και άλλους παράγοντες.

Επειδή η θετική συσχέτιση της «πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει για μεγάλο χρονικό διάστημα» μπορεί να αλλοιώνεται από διάφορους συγχυτικούς παράγοντες (confounders) που αφορούν:

- Την περιγεννητική περίοδο (είδος τοκετού, τύπος μαιευτηρίου)
- Τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά της μητέρας και του οικογενειακού περιβάλλοντός της (το μορφωτικό επίπεδο μητέρας, του συζύγου της και των γονιών τους, την ηλικία μητέρας και τον τόπο ανατροφής της, τη χρονική διάρκεια της άδειας τοκετού, τον αριθμός ατόμων που μένουν στο σπίτι).
- Την παροχή ή όχι βοήθειας στη μητέρα από το οικογενειακό περιβάλλον.
- Την ύπαρξη ή όχι προηγούμενης πείρας μητρικού θηλασμού (από προηγούμενο τέκνο).
- Την εποχή του θηλασμού.

Για να εξαλειφθεί η επίδραση των συγχυτικών παραγόντων (τύπος νοσοκομείου, είδος τοκετού, ηλικία μητέρας και τόπος ανατροφής της, άδεια τοκετού και ανατροφής, μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, του συζύγου και των γονιών τους, αριθμός ατόμων ανά δωμάτιο μόνιμης κατοικίας, προϋπάρχουσα πείρα θηλασμού της μητέρας, παροχή βοήθειας από το οικογενειακό περιβάλλον και εποχή τοκετού) έγινε εξομοίωση τους με πολυμεταβλητή ανάλυση (multivariate Cox regression analysis). Στη συνέχεια διερευνήθηκε ο βαθμός επίδρασης των στατιστικά σημαντικών

παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει για έξι ή περισσότερους μήνες, με λογιστική παλινδρόμηση (binary logistic regression).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει για έξι ή περισσότερους μήνες μετά από εξομοίωση των πιθανών συγχυτικών παραγόντων είναι:

- **Ύπαρξη προηγούμενης πείρας θηλασμού:** Οι μητέρες που θήλασαν το προηγούμενο βρέφος τους, έχουν εξαπλάσια πιθανότητα ($OR=5,90$ $p<0,001$) θετικής πρόθεσης παρατεταμένου θηλασμού, συγκριτικά με εκείνες που δε το θήλασαν και οι πρωτότοκες μητέρες έχουν επταπλάσια αντίστοιχη πιθανότητα ($OR=6,75$ $p<0,001$).
- **Χορήγηση παρατεταμένης άδειας τοκετού-μητρότητας:** Μητέρες με άδεια μετά τον τοκετό για έξι ή περισσότερους μήνες έχουν αυξημένη κατά 58% πιθανότητα θετικής πρόθεσης παρατεταμένου θηλασμού ($OR=6,75$ $p<0,001$) συγκριτικά με τις μητέρες που δεν εργάστηκαν ποτέ (επάγγελμα: οικιακά). Αντίθετα, μικρότερης διάρκειας άδεια τοκετού υποδιπλασιάζει την αντίστοιχη πιθανότητα.
- **Ο τόπος ανατροφής της μητέρας:** Η ανατροφή της Ελληνίδας μητέρας στο εξωτερικό διπλασιάζει ως τριπλασιάζει την πιθανότητα πρόθεσης παρατεταμένου θηλασμού συγκριτικά με εκείνες που γεννήθηκαν στην Αθήνα ή άλλη πόλη αντίστοιχα.
- **Εποχή τοκετού:** Ο τοκετός κατά το φθινόπωρο και το χειμώνα αυξάνει κατά 42% την πιθανότητα πρόθεσης μακροχρονιότερου θηλασμού του βρέφους ($OR=1,42$ $p=0,002$) συγκρινόμενη με εκείνη των νεογνών που γεννήθηκαν κατά την άνοιξη και το καλοκαίρι.

Στη συνέχεια, διερευνήθηκε αν άλλαξε ο βαθμός επίδρασης που ασκούσε η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει στη συνολική διάρκεια του θηλασμού, λόγω των συγχυτικών παραγόντων που επηρέαζαν την πρόθεση της μητέρας. Έγινε σύγκριση με τη χρήση των εξομοιωμένων λόγων σχετικών πιθανοτήτων (Hazard Odds Ratio) της διάρκειας του μητρικού θηλασμού με την εξομοιωμένη (για τους συγχυτικούς παράγοντες) πρόθεση θηλασμού.

Διαπιστώθηκε ότι η συσχέτιση της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει για μικρό χρονικό διάστημα με την πρώιμη διακοπή του μητρικού θηλασμού επηρεάζεται από:

- Την ηλικία της μητέρας
- Τη χρονική διάρκεια της παρεχόμενης άδειας μετά τον τοκετό
- Το μορφωτικό επίπεδο του συζύγου της
- Τον τόπο ανατροφής της μητέρας
- Την εποχή του τοκετού

Συζήτηση

Ένας από τους κυριότερους στόχους της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να υπολογίσει τη συχνότητα πλήρους και μικτού θηλασμού στα μαιευτήρια, καθώς και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού και τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι ενώ **ένα μεγάλο ποσοστό ξεκίνησε να θηλάζει στο μαιευτήριο (85%), μόνο το 23% θήλαζε αποκλειστικά**. Αυτή η τεράστια διαφορά (62%) παρατηρείται και σε άλλη Ελληνική μελέτη της ίδιας περιόδου¹⁴⁸ και δηλώνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μαιευτηρίων στην Ελλάδα δεν ακολουθεί το έκτο βήμα (ούτε και τα υπόλοιπα), από τα 10, που ψηφίστηκαν το 1989 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για τη δημιουργία φιλικών προς τα βρέφη μαιευτηρίων και την προώθηση του μητρικού θηλασμού.

Σημαντικές διαφορές μεταξύ αποκλειστικού και μεικτού θηλασμού παρατηρούνται και σε άλλες χώρες, αλλά συνήθως σε πολύ μικρότερο βαθμό, δηλώνοντας ότι στη χώρα μας πολύ περισσότερες γυναίκες καταφεύγουν στην προσθήκη ξένου γάλακτος στο νεογνό τους, από τις πρώτες ημέρες ζωής του νεογνού στο μαιευτήριο, παράγοντας που συνδέεται αρνητικά με τη συνολική διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Σε μελέτη αντίστοιχης περιόδου στη Δανία¹⁵², τα ποσοστά έναρξης του συνολικού και του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού που παρατηρήθηκαν ήταν 98,9% και 80% αντίστοιχα, δηλαδή πολύ μεγαλύτερα από εκείνα της χώρας μας.

Πολύ υψηλά ποσοστά θηλασμού καταγράφηκαν και στην Αυστραλία¹¹⁹, το 2002, όπου το 75,6% των γυναικών θήλαζε αποκλειστικά στο μαιευτήριο, ενώ το ποσοστό του συνολικού μητρικού θηλασμού ανερχόταν στο 93,8%.

Στην Αμερική¹⁵³, το 2002, η συχνότητα του αποκλειστικού και του συνολικού μητρικού θηλασμού των νεογνών, κατά την έξοδο τους από το μαιευτήριο το 63% και 71,4 αντίστοιχα, ποσοστά όμως έπεφταν σημαντικά τους επόμενους μήνες και η συχνότητα του αποκλειστικού θηλασμού τον τρίτο και τον έκτο μήνα ζωής ήταν 42,5% και 13,3% αντίστοιχα.

Μεγάλη διαφορά έναρξης αποκλειστικού (38%) και συνολικού θηλασμού (97%) στο μαιευτήριο παρατηρήθηκε και στη Σουηδία¹⁵⁷, το 1999, σε φιλικά προς τα βρέφη μαιευτήρια. Η διαφορά αυτή (59%) είναι παρόμοια με τα ελληνικά δεδομένα.

Παρόμοια απόκλιση των παραπάνω ποσοστών (37% και 85% αντίστοιχα) στο μαιευτήριο, καταγράφηκε και στην Ιταλία¹⁵⁶, αλλά με πολύ υψηλότερα ποσοστά έναρξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού από εκείνα της Ελλάδας.

Στη Βοστώνη¹⁵⁵, το 2001, σε φιλικό προς τα βρέφη νοσοκομείο, ενώ η έναρξη του συνολικού θηλασμού στο μαιευτήριο ήταν 87%, μόνο το 24,5% των γυναικών θήλαζε αποκλειστικά. Τα παραπάνω ποσοστά είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα της παρούσας μελέτης.

Α) Έναρξη του μητρικού θηλασμού στα Μαιευτήρια

Στην Ελλάδα, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη χορήγηση ξένου γάλακτος στο μαιευτήριο δεν ήταν πολύ διευκρινισμένοι. Σε προηγούμενη ελληνική¹⁴⁸ μελέτη της ίδιας περιόδου, η προσθήκη ξένου γάλακτος στο μαιευτήριο φαινόταν να σχετίζεται θετικά με την καισαρική τομή και την επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Αντίθετα η συχνότητα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο φαίνεται να ενισχύεται με την 24ωρη παραμονή του νεογνού στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα και τη δυνατότητα θηλασμό του βρέφους κάθε φορά που αυτό δείχνει ότι πεινάει, γεγονός που συμβαδίζει με τη διεθνή βιβλιογραφία^{73,74,75}.

Στην παρούσα μελέτη, επιβεβαιώθηκε η θετική επίδραση των παραπάνω παραγόντων στην έναρξη του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο και διαπιστώθηκε η επίδραση και άλλων μεταβλητών που τον επηρεάζουν θετικά, όπως

- ο τοκετός σε «ΦΒΜ»,
- η πρόιμη έναρξη θηλασμού του βρέφους μετά τον τοκετό,
- ο φυσιολογικός τοκετός,
- η νεαρή ηλικία της μητέρας,
- η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει,
- η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού,

- ο τοκετός το φθινόπωρο ή το χειμώνα,
- αριθμός ατόμων ανά δωμάτιο μόνιμης κατοικίας (υψηλότερο οικονομικό επίπεδο),
- και το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των γονιών του συζύγου.

Επειδή η έναρξη αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο επηρεάζει σημαντικά τη διάρκεια του, η όποια προσπάθεια ενίσχυσης του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα θα πρέπει να κατευθυνθεί προς τους παράγοντες εκείνους που εύκολα μπορούν να τροποποιηθούν, ώστε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών να ξεκινά με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο.

Στην Ελλάδα κανένα μαιευτήριο δεν είχε, ως το 2000, επισήμως χαρακτηριστεί ως «ΦΒΝ» και λίγα μαιευτήρια στην Ελλάδα (όπως το «Ελενα») εφαρμόζουν κάποια από τα δέκα βήματα (συνεχής παραμονή του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα, προσωπική επίδειξη του τρόπου θηλασμού στη μητέρα, έναρξη θηλασμού εντός μισής ώρας από τον τοκετό, αποφυγή χορήγησης ξένου γάλακτος και άλλων υγρών, ενθάρρυνση θηλασμού ανάλογα με τις σιτιστικές ανάγκες του βρέφους) που έχει θεσπίσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Αλλαγή της τακτικής των μαιευτηρίων με εφαρμογή των δέκα βημάτων και ενημέρωση όλων των εγκύων, αλλά και του ευρύτερου κοινού γενικότερα, για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, θα συνέβαλλε θετικά στην προώθηση της έναρξης και της διάρκειας μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα. Σήμερα τα νοσοκομεία «Ελενα» και «Αττικόν» έχουν χαρακτηριστεί ως «Φιλικά».

Αν και στις περισσότερες μελέτες παγκοσμίως^{85,86,126,129}, **η νεαρή ηλικία της μητέρας** σχετίζεται αρνητικά με την έναρξη του μητρικού θηλασμού, στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε μια θετική συσχέτιση, η οποία μάλιστα φαίνεται να είναι «δοσοεξαρτώμενη», αφού οι νεαρότερες μητέρες συγκρινόμενες με τις μητέρες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών παρατηρήθηκε ότι:

- Μητέρες ηλικίας μικρότερης των 24 ετών είχαν διπλάσια (200%) πιθανότητα έναρξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (OR=2,01), συγκριτικά με τις μεγαλύτερης των 35 ετών μητέρες.
- Μητέρες ηλικίας 25-29 ετών είχαν 41% μεγαλύτερη αντίστοιχη πιθανότητα (OR=1,41)

- Μητέρες ηλικίας 30-34 ετών είχαν 16% μεγαλύτερη αντίστοιχη πιθανότητα (OR=1,16)

Η θετική συσχέτιση νεαρής ηλικίας της μητέρας με την έναρξη αποκλειστικού μητρικού θηλασμού επιβεβαιώθηκε και από άλλη ταυτόχρονη ελληνική μελέτη της ίδιας περιόδου¹⁴⁸. Από τη διεθνή βιβλιογραφία, αύξηση του μητρικού θηλασμού στις νεαρές ηλικίες περιγράφεται σε μελέτες του 2000-2002 στην Αυστραλία και την Αμερική^{158,159}, που σε συνδυασμό με την παρούσα μελέτη θα μπορούσε ίσως να δηλώνει μια ευρύτερη τάση αλλαγής της νεότερης γεννιάς, στην έναρξη της καινούργιας χιλιετίας.

Οι λόγοι που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την αυξημένη έναρξη του μητρικού θηλασμού στις νεαρότερες ηλικίες, δεν είναι γνωστοί. Ίσως οι νεαρές μητέρες:

- Είναι περισσότερο ενημερωμένες ως προς τα οφέλη του μητρικού θηλασμού.
- Είναι πιο πρόθυμες να θηλάσουν ή τουλάχιστον να μάθουν να θηλάζουν.
- Είναι περισσότερο αισιόδοξες, λόγω του νεαρού της ηλικίας, ότι θα καταφέρουν και δοκιμάζουν να ξεκινήσουν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό.
- Μαθαίνουν ευκολότερα την τεχνική του μητρικού θηλασμού με λιγότερη βοήθεια, ίσως και με την πρώτη επίδειξη στο μαιευτήριο.
- Έχουν μικρότερη επίγνωση των κινδύνων αφυδάτωσης που διατρέχει ένα βρέφος όταν δε σιτίζεται επαρκώς και επομένως μικρότερη ανησυχία για την επάρκεια γάλακτος ως προς τις σιτιστικές ανάγκες του βρέφους τους.

Στα ερωτηματολόγια της παρούσας μελέτης δεν είχαν συμπεριληφθεί ερωτήσεις σχετικές με την προσωπικότητα και τις ικανότητες της μητέρας, οπότε δεν μπορούν να διευκρινιστούν οι λόγοι της θετικής συσχέτισης της νεαρής ηλικίας με την έναρξη του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Χρειάζεται να προγραμματιστεί άλλη μελέτη με το κατάλληλο ερωτηματολόγιο για να διερευνηθεί η ορθότητα των παραπάνω υποθέσεων.

Ένα άλλο πολύ ενδιαφέρον αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης είναι **η συσχέτιση της έναρξης του μητρικού θηλασμού και της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει με την εποχή του τοκετού.**

Ο τοκετός κατά το φθινόπωρο ή το χειμώνα:

- Σχεδόν διπλασιάζει την πιθανότητα (OR=1,88) έναρξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.

- Αυξάνει κατά 42% (OR=1,42) την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η συγκεκριμένη συσχέτιση δεν περιγράφεται σε άλλη ελληνική μελέτη.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται εποχική συσχέτιση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού, σε μια αναδρομική μελέτη της Βραζιλίας¹⁶⁰ που διερευνούσε τους παράγοντες που επηρέαζαν τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού τα έτη 1982, 1993 και 2004. Σε αυτή τη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που γεννούσαν από Απρίλη ως Ιούνιο (μήνες πριν το χειμώνα) θηλάζαν για μικρότερο χρονικό διάστημα τα βρέφη τους. Η αρνητική επίδραση του χειμώνα στη διάρκεια του θηλασμού συσχετίστηκε με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας αφού παρατηρήθηκε μόνο σε μητέρες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, ενώ η εποχή τοκετού δεν είχε καμιά επίδραση στις μητέρες με υψηλότερη μόρφωση.

Σε άλλη μελέτη στο Μπαγκλαντές¹⁶¹ το 1980, περιγράφεται μείωση της χρονικής διάρκειας απομύζησης του γάλακτος από το στήθος της μητέρας (suckling time) κατά τη διάρκεια των μηνών συγκομιδής. Η συνολική χρονική διάρκεια του κάθε γεύματος του μητρικού θηλασμού διαπιστώθηκε ότι ήταν αντιστρόφως ανάλογη του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της οικογένειας και της διατροφικής κατάστασης του βρέφους, ενώ δεν επηρεαζόταν καθόλου από τη διατροφική κατάσταση της μητέρας και από τη νοσηρότητα της μητέρας και του βρέφους.

Διάφορες ερμηνείες μπορούν να δοθούν για να εξηγήσουν τη θετική συσχέτιση του τοκετού το φθινόπωρο και το χειμώνα με τη συχνότητα έναρξης του μητρικού θηλασμού και την πρόθεση της Ελληνίδας μητέρας να θηλάσει. Πιθανές εξηγήσεις θα μπορούσαν να είναι οι παρακάτω:

- Οι υψηλές θερμοκρασίες του καλοκαιριού προκαλούν έντονη εφίδρωση και αυξάνουν την κόπωση της μητέρας που για να θηλάσει το βρέφος της το ακουμπά πάνω στο σώμα της για 20-30 λεπτά κάθε φορά που το σιτίζει, δηλαδή διαδικασία που τουλάχιστον τον πρώτο μήνα της ζωής, μέχρι να εγκατασταθεί η γαλουχία, επαναλαμβάνεται κάθε 1,5-2 ώρες. Έτσι προτιμά να καταφύγει στην ευκολότερη λύση της προσθήκης ξένου γάλακτος, που δεν απαιτεί εκτεταμένη σωματική επαφή και η σίτιση διαρκεί συνήθως λιγότερο, λόγω ευκολότερης απομύζησης του γάλακτος από το βρέφος.
- Κατά τους θερμούς μήνες η συμμετοχή των μητέρων και γενικότερα των Ελλήνων, σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις εκτός οικίας είναι

μεγαλύτερη, λόγω ευνοϊκότερων καιρικών συνθηκών. Έτσι, η ανάγκη της μητέρας για παραμονή περισσότερων ωρών την ημέρα εκτός οικίας, σε συνδυασμό με την απροθυμία των Ελληνίδων μητέρων να θηλάσουν δημοσίως, ιδίως το καλοκαίρι, που η σωματική κάλυψη με ρούχα είναι μικρότερης έκτασης, αποτελούν μια δεύτερη πιθανή εξήγηση της εποχικής συσχέτισης με την έναρξη του μητρικού θηλασμού και την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει. Αντίθετα, το χειμώνα η παραμονή της μητέρας στο ζεστό, άνετο και προσωπικό χώρο της οικίας της, ενισχύει την πιθανότητα έναρξης και συνέχισης του μητρικού θηλασμού.

- Το καλοκαίρι, λόγω των καλοκαιρινών αδειών, είναι μικρότερος ο αριθμός νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού που εργάζεται στα ελληνικά νοσοκομεία. Η μείωση του προσωπικού του μαιευτηρίου πιθανόν ευθύνεται και για μειωμένη προσωπική επίδειξη και παρεχόμενη βοήθεια στις μητέρες να θηλάσουν, γεγονός που αντανακλά στην ελαττωμένη έναρξη του μητρικού θηλασμού κατά τους μήνες αυτούς. Αύξηση του προσωπικού των μαιευτηρίων κατά τους μήνες αυτούς πιθανόν θα μπορούσε να βοηθήσει στην ενίσχυση του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα.

Άλλο εντυπωσιακά ενδιαφέρον αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης είναι η διαπίστωση **της θεαματικής αύξησης του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ένα μήνα μετά τον τοκετό.**

Το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού την 4^η ημέρα μετά τον τοκετό στο μαιευτήριο ήταν 23% και στον πρώτο μήνα ζωής αυξήθηκε κατά 38% και ανήλθε σε 61%. Μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο, από το 77% που σίτιζαν το βρέφος τους με μικτό θηλασμό ή τροποποιημένο γάλα αγελάδας, το 38% κατάφεραν να θηλάζουν αποκλειστικά. Δηλαδή σχεδόν μία στις δύο μητέρες καταφέρνουν να μετατρέψουν το μικτό μητρικό θηλασμό ή τη σίτιση με ξένο γάλα σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Το γεγονός αυτό είναι πολύ ενθαρρυντικό και δηλώνει ότι μεγάλη αναλογία των Ελληνίδων μητέρων μπορούν να καταφέρουν να θηλάσουν αποκλειστικά, ανατρέποντας τις όποιες αρνητικές επιδράσεις έχουν ασκηθεί κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο μαιευτήριο.

Σε πολλές μελέτες διεθνώς, διαπιστώνεται η μείωση του συνολικού μητρικού θηλασμού ένα μήνα μετά τον τοκετό, αλλά η συχνότητα του συνολικού και του αποκλειστικού θηλασμού εξαρτάται πολύ από τις συνθήκες που επικρατούν στο μαιευτήριο και στο σπίτι. Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι αν και ο αποκλειστικός

μητρικός θηλασμός είναι δύσκολο να επιτευχθεί στο μαιευτήριο (προφανώς, λόγω έλλειψης «Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων»), γίνεται αρκετά ευκολότερος μετά την επιστροφή της μητέρας στο οικογενειακό της περιβάλλον.

Η άρση μετά την επιστροφή της μητέρας στο σπίτι των παραγόντων που εμπόδισαν τη μητέρα να θηλάσει αποκλειστικά στο μαιευτήριο, ευνόησε την αλλαγή σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Συγκεκριμένα:

- Μητέρες που δεν έμεναν μαζί με το νεογέννητο στο μαιευτήριο όλο το 24ωρο και ξεκίνησαν τη σίτιση του βρέφους τους με μικτό θηλασμό ή τροποποιημένο γάλα αγελάδας, είχαν διπλάσια πιθανότητα (OR: 2,08) να περάσουν σε πλήρη μητρικό θηλασμό επιστρέφοντας στην οικία τους, συγκριτικά με εκείνες που έμεναν όλο το 24ωρο μαζί με το βρέφος τους στο μαιευτήριο.
- *Η πείρα θηλασμού της μητέρας, λόγω θηλασμού του προηγούμενου βρέφους της, αυξάνει την πιθανότητα αλλαγής σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.*

Η μη συνεχής παραμονή του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα στο μαιευτήριο (νοσοκομειακός αρνητικός παράγοντας) καθιστά ανέφικτη την άμεση σίτιση του βρέφους κάθε φορά που εκείνο δείχνει ότι πεινάει. Είναι γνωστό ότι η συχνή τοποθέτηση του βρέφους στο στήθος της μητέρας και οι συχνές θηλαστικές κινήσεις του βρέφους βοηθούν στην εγκατάσταση και τη συνέχιση της γαλουχίας.

Επιστρέφοντας στο ζεστό και άνετο οικογενειακό περιβάλλον η μητέρα έχει το βρέφος συνεχώς μαζί της, προσαρμόζεται σιγά σιγά στις ανάγκες και στις απαιτήσεις του βρέφους, το θηλάζει κάθε φορά που φαίνεται ότι πεινάει, πετυχαίνοντας έτσι την ανατροπή από μικτό σε αποκλειστικό θηλασμό.

Το παραπάνω πόρισμα της μελέτης, δηλώνει για μια ακόμη φορά πόσο σημαντική είναι η εφαρμογή των «Δέκα βημάτων» για την προώθηση του μητρικού θηλασμού στα μαιευτήρια, ώστε η έλλειψη ενός βήματος έγινε ανασταλτικός παράγοντας τουλάχιστον για το 38% των γυναικών (η έλλειψη αυτού του «βήματος» σίγουρα ήταν ανασταλτικός παράγοντας και για άλλες μητέρες που δεν κατάφεραν να πετύχουν αυτή την αλλαγή) να ξεκινήσουν με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο.

Άλλες νοσοκομειακές συνήθειες και τακτικές που πιθανόν δυσχεραίνουν την εγκατάσταση του πλήρους μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο είναι:

- Η παρατεταμένη παραμονή των μητέρων σε μαιευτήρια (κατά μέσο όρο πέντε ημέρες), με τις «αφιλόξενες» προς το μητρικό θηλασμό τακτικές.
- Η ευκολία παροχής ξένου γάλακτος για διευκόλυνση και ξεκούραση των μητέρων, ειδικά εκείνων που γέννησαν με καισαρική τομή.
- Η σίτιση του βρέφους στα μαιευτήρια με τροποποιημένο γάλα αγελάδας κατά τακτά χρονικά διαστήματα και ο θηλασμός του μόνο κατά τις ώρες που είναι μαζί με τη μητέρα του.

Η θετική επίδραση της προϋπάρχουσας πείρας θηλασμού της μητέρας, λόγω θηλασμού των προηγούμενων βρεφών της οικογένειας, στην έναρξη και στην εγκατάσταση του πλήρους μητρικού θηλασμού επιβεβαιώνεται με πολλές μελέτες^{81,99,140,145,148,149} τόσο της ελληνικής όσο και της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι:

- Η ύπαρξη πείρας θηλασμού στη μητέρα, λόγω θηλασμού του προηγούμενου βρέφους της, αυξάνει κατά 46% την πιθανότητα αντιστροφής από μικτό θηλασμό ή τη σίτιση με ξένο γάλα σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό.
- Οι μητέρες που δε θήλασαν τα προηγούμενα παιδιά τους έχουν τρεις φορές μικρότερη πιθανότητα να πετύχουν αυτή την αλλαγή συγκριτικά με τις πρωτότοκες.
- Οι πρωτότοκες μητέρες έχουν τετραπλάσια πιθανότητα ($OR=4,39$ $p<0,001$) να θηλάσουν για μακρύ χρονικό διάστημα (≥ 6 μήνες) συγκριτικά με εκείνες που δε θήλασαν τα προηγούμενα παιδιά τους.

Η έμπειρη μητέρα, επιστρέφοντας στο οικογενειακό της περιβάλλον και χρησιμοποιώντας την πείρα της, μπορεί να ξεπεράσει τις όποιες δυσκολίες παρουσιαστούν και να πετύχει τη μετάβαση στον αποκλειστικό θηλασμό ακόμη και χωρίς την παροχή βοήθειας από το οικείο περιβάλλον της ή από εξειδικευμένο στο μητρικό θηλασμό προσωπικό.

Αντίθετα η πρωτότοκη μητέρα, λόγω έλλειψης πείρας θηλασμού, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνη της τα προβλήματα που πιθανόν θα προκύψουν κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, π.χ. τραυματισμός θηλών, πόνος του στήθους κατά το θηλασμό, υπερπαραγωγή γάλακτος, άρνηση του βρέφους να θηλάσει. Επιπλέον λόγω έλλειψης πείρας, διακατέχεται από αδυναμία άμεσης και σωστής αναγνώρισης και αντιμετώπισης των αιτιών ανησυχίας του βρέφους (π.χ. γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση, κωλικοί, ανησυχία κατά τη σίτιση). Έτσι, είναι πολύ εύκολο να

θεωρήσει την ανεπαρκή παραγωγή γάλακτος και επομένως την πείνα του βρέφους υπεύθυνη για κάθε «ανησυχία» και «κλάμα» του βρέφους και να καταφύγει στην προσθήκη ξένου γάλακτος, που θα οδηγήσει πολύ γρήγορα σε διακοπή του μητρικού θηλασμού. Έτσι, η πρωτότοκη μητέρα χρειάζεται πολύ μεγαλύτερη βοήθεια στην έναρξη του θηλασμού από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό για να πετύχει τη μετάβαση από μικτό σε αποκλειστικό θηλασμό.

Η σημασία αυτής της αναστροφής από την πρωτότοκη μητέρα είναι καταλυτικής σημασίας όχι μόνο για τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού αλλά και για την προώθηση του μητρικού θηλασμού γενικότερα. Η αρνητική εμπειρία της μητέρας από το θηλασμό του πρώτου βρέφους θα την κάνει πολύ διστακτική απέναντι στην ικανότητά της να θηλάσει και πιθανόν θα την αποτρέψει να θηλάσει και τα επόμενα βρέφη της. Ακόμη και αν ξεκινήσει το θηλασμό του επόμενου βρέφους, θα παραιτηθεί πολύ πιο εύκολα, απογοητευμένη με την επανεμφάνιση των ίδιων δυσκολιών που δεν έμαθε να αντιμετωπίζει και την πρώτη φορά. Έτσι, πιθανόν εξηγούνται τα δύο τελευταία αποτελέσματα της μελέτης, γιατί δηλαδή, οι μητέρες που δε θηλάσαν τα προηγούμενα βρέφη τους έχουν μικρότερη πιθανότητα συγκριτικά με τις πρωτότοκες) να πετύχουν την αλλαγή προς αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τον πρώτο μήνα της ζωής και β) να θηλάσουν για μεγάλο (> 6μήνες) χρονικό διάστημα τα βρέφη τους.

Επιβάλλεται λοιπόν, η βοήθεια που θα πρέπει να παρέχεται στο μαιευτήριο από το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς το μητρικό θηλασμό, να είναι ανάλογη της πείρας της μητέρας και να επικεντρώνεται με έμφαση στις πρωτότοκες και στις μητέρες που δε θηλάσαν τα προηγούμενα βρέφη τους, με στόχο την άμεση και επιτυχή αντιμετώπιση των προβλημάτων που συναντούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η βοήθεια αυτή θα πρέπει να συνεχίζεται και μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο, με κατ' οίκον επισκέψεις, κατάλληλα εκπαιδευμένης στο θηλασμό μαιίας, όπως γίνεται και σε άλλα κράτη π.χ. στη Μεγάλη Βρετανία.

Δεδομένου ότι μεγάλο ποσοστό Ελληνίδων μητέρων πέτυχαν να μεταβούν σε αποκλειστικό θηλασμό μετά την επιστροφή τους στην κατοικία τους, θα πρέπει να διερευνηθούν, με σχεδιασμό άλλης μελέτης, και άλλοι παράγοντες που πιθανόν επιδρούν στην έναρξη μικτού θηλασμού στο μαιευτήριο όπως:

- Η προώθηση τροποποιημένου γάλακτος από εταιρείες και μαιευτήρια κατά τη διάρκεια παραμονής των μητέρων σ' αυτά.

- Η σωματική κούραση και ταλαιπωρία της μητέρας τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, συνέβαλαν στην έναρξη με μικτό θηλασμό και αργότερα, όταν με την πάροδο του χρόνου βελτιώθηκε η σωματική της κατάσταση, συνέχισε με αποκλειστικό θηλασμό.
- Η ύπαρξη πιθανών κοινωνικών πιέσεων που ασκήθηκαν στη μητέρα μετά την έξοδό της από το μαιευτήριο και την ώθησαν σε μετάβαση από μικτό σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό.
- Η πιθανή καθυστερημένη ενημέρωση (μετά τον τοκετό) για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, που συνέβαλλαν στην αλλαγή της απόφασής της.

Η διευκρίνιση όλων των παραπάνω παραγόντων θα μπορούσε να κατευθύνει τις προσπάθειες της πολιτείας για εφαρμογή των απαιτούμενων μέτρων για την ενίσχυση της έναρξης και της συνέχισης με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στα Ελληνικά μαιευτήρια.

Β) Διάρκεια του μητρικού θηλασμού

Παρά τη θεαματική αύξηση του συνολικού (79%) και του αποκλειστικού (61%) τον πρώτο μήνα ζωής, παρατηρείται κατακόρυφη μείωση των αντίστοιχων ποσοστών τους επόμενους μήνες. Έτσι το δεύτερο μήνα τα αντίστοιχα ποσοστά θηλασμού είναι 66% και 50%. Τον έκτο μήνα ζωής το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ανέρχεται μόλις στο 17% και απέχει πολύ από τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό όλων των βρεφών ως τον έκτο μήνα της ζωής και τον στόχο του «Healthy People 2010» για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ως τον έκτο μήνα της ζωής στο 50% των βρεφών.

Και στην παρούσα μελέτη, όπως και στη διεθνή βιβλιογραφία, επιβεβαιώνεται η **σαφής συσχέτιση της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει με την τελική διάρκεια του μητρικού θηλασμού**^{164,167}.

Στην παρούσα μελέτη, την 4^η ημέρα μετά τον τοκετό, καταγράφηκε η απόφαση της μητέρας να θηλάσει και για πόσο χρονικό διάστημα. Η απόφαση αυτή είναι σχεδόν βέβαιο ότι ελήφθη από τη μητέρα πολύ πριν τον τοκετό και θα ήταν ίσως αντικειμενικότερη αν είχε καταγραφεί νωρίτερα, αλλά κάτι τέτοιο δεν ήταν δυνατόν από το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Επειδή διάφοροι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει^{113,129,140,141,142,143,145,165,166,167,168,169,170}, έγινε εξομοίωση ως προς όλους τους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες (τύπος

νοσοκομείου, είδος τοκετού, ηλικία μητέρας και τόπος ανατροφής της, άδεια τοκετού και ανατροφής, μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, του συζύγου και των γονιών τους, αριθμός ατόμων ανά δωμάτιο μόνιμης κατοικίας, προϋπάρχουσα πείρα θηλασμού της μητέρας, παροχή βοήθειας από το οικογενειακό περιβάλλον και εποχή τοκετού).

Ακόμη και μετά την εξομοίωση, η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει εξακολουθεί να παραμένει ένας ανεξάρτητος στατιστικά σημαντικός παράγοντας, καθοριστικός της διάρκειας του μητρικού θηλασμού (πίνακας VII Παραρτήματος), γεγονός που δηλώνει ότι για να επιτευχθεί μακροχρόνιος θηλασμός, θα πρέπει η μητέρα να είναι αποφασισμένη να θηλάσει.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι παράγοντες^{113,129,140,141,142,143,145,165,166,167,168,169,170} που επιδρούν θετικά στην πρόθεση της μητέρας να θηλάσει, διαφέρουν στους διάφορους λαούς, αλλά γενικά α) η μεγαλύτερη ηλικία των γονιών¹⁶⁵, β) το υψηλότερο μορφωτικό τους επίπεδο της μητέρας^{140,165,170} γ) το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα^{165,166} και η θετική του στάση απέναντι στο μητρικό θηλασμό¹⁶⁶, δ) η προηγούμενη πείρα θηλασμού και) σε ορισμένες περιπτώσεις η εθνικότητα και η φυλή της μητέρας, μπορεί να εντείνουν την πρόθεσή της να θηλάσει.

Στην παρούσα μελέτη το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας δεν φαίνεται να επέδρασε στην πρόθεσή της να θηλάσει. Οι παράγοντες που την επηρέασαν θετικά φαίνονται στον Πίνακα VII του παραρτήματος και είναι:

- Πείρα θηλασμού της μητέρας, από το θηλασμό προηγούμενου βρέφους πιθανόν λόγω α) συνήθειας, β) παγιωμένης θετικής άποψης και στάσης για το μητρικό θηλασμό, που πηγάζει από τη γνώση των πλεονεκτημάτων του για τη μητέρα και το βρέφος και γ) ευκολίας (το μητρικό γάλα είναι άμεσα διαθέσιμο, στην κατάλληλη θερμοκρασία, δεν χρήζει αποστείρωσης, είναι ο οικονομικότερος τρόπος σίτισης του βρέφους, κ.λ.π.).
- Άδεια μητρότητας μεγαλύτερη των έξι μηνών, διότι παρέχεται αρκετό χρονικό διάστημα στη μητέρα να εγκαταστήσει τη γαλουχία και να τη συνεχίσει, δεδομένου ότι μετά τους έξι μήνες μπαίνουν στο διαιτολόγιο του βρέφους οι στερεές τροφές και ο θηλασμός παραμένει μόνο ως πρωινό και βραδινό γεύμα, που συνήθως δεν παρεμποδίζονται από το ωράριο εργασίας της μητέρας.

- Ανατροφή της μητέρας στο εξωτερικό, που φαίνεται να συσχετίζεται με τις γενικότερες αντιλήψεις, θέσεις και στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού της ευρύτερης κοινωνίας στην οποία ανατράφηκε η μητέρα, του βαθμού, του τρόπου και των μέσων προώθησης του μητρικού θηλασμού στη συγκεκριμένη κοινωνία. Όλα αυτά αντανακλούν την επίδραση του ευρύτερου κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος στη διαμόρφωση της πρόθεσης της μητέρας να θηλάσει και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης με κατάλληλα σχεδιασμένη προοπτική μελέτη.
- Τοκετός το φθινόπωρο και το χειμώνα, για λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Αξιοσημείωτη παρατήρηση, στην παρούσα μελέτη είναι ότι οι πρωτότοκες μητέρες φαίνεται να προτίθενται να θηλάσουν περισσότερο (OR=6,75) συγκριτικά με εκείνες που είχαν πείρα θηλασμού (είχαν θηλάσει τα προηγούμενα βρέφη τους), (OR=5,90). Πιθανοί λόγοι που θα μπορούσαν να εξηγήσουν το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι:

- Ο ενθουσιασμός και η αισιοδοξία των πρωτότοκων μητέρων, που πηγάζει από το πρόσφατο και πρωτόγνωρο συναίσθημα της μητρότητας τις ωθεί να θέλουν να προσφέρουν ότι καλύτερο μπορούν στο βρέφος τους
- Η άγνοια των πρωτότοκων μητέρων για τα πιθανά προβλήματα που θα αντιμετωπίσουν κατά τη διάρκεια θηλασμού του βρέφους τους, αλλά και των γενικότερων δυσκολιών προσαρμογής στα δεδομένα της καινούργιας οικογένειας, ιδίως τον πρώτο μήνα ανατροφής του βρέφους τους (χρόνος πολύ κρίσιμος για την εγκατάσταση της γαλουχίας).

Ανεξάρτητα από την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει και την προηγούμενη εμπειρία της, δεν θα πρέπει να λησμονείται κυρίως από όλους τους εκπροσώπους του συστήματος υγείας, ότι η έναρξη αποκλειστικού θηλασμού τις πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο και η παροχή βοήθειας στις πρωτότοκες μητέρες είναι καταλυτικής σημασίας για τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Μελετώντας τους παράγοντες που επηρεάζουν α) την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει και β) την έναρξη του μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο και τον πρώτο μήνα της ζωής και συγκρίνοντας τα με την τελική διάρκεια του μητρικού θηλασμού διαπιστώνουμε ότι:

- Αν και η θετική πρόθεση της μητέρας να θηλάσει επηρεάζεται από την εποχή τοκετού ($p=0,002$), η **τελική διάρκεια του μητρικού θηλασμού είναι ανεξάρτητη από την εποχή** ($p=0,25$). Φαίνεται ότι οι Ελληνίδες μητέρες τελικά καταφέρνουν να ξεπεράσουν τις όποιες δυσκολίες πηγάζουν από τη ζέστη, την κόπωση, την αμηχανία, την ανάγκη διασκέδασης και την ελαττωμένη παροχή βοήθειας από το μειωμένο μαιευτικό προσωπικό και να συνεχίσουν ανεπηρέαστα το μητρικό θηλασμό.
- **Καθοριστικό ρόλο στη διάρκεια του θηλασμού έπαιξε η χρονική διάρκεια της άδειας τοκετού και ανατροφής** που χορηγείται στις μητέρες. Αξιοσημείωτο είναι, ότι οι μητέρες με άδεια μεγαλύτερη των έξι μηνών έχουν 58% ($OR=1,58$) μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν για μακρό χρονικό διάστημα συγκρινόμενες με τις νοικοκυρές. Αντίθετα, η χορήγηση αδειών μικρότερης χρονικής διάρκειας στις μητέρες επιδρά αρνητικά και στην πρόθεση και στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Το συγκεκριμένο πόρισμα αυτής της μελέτης κατευθύνει τη λήψη κατάλληλων μέτρων που πρέπει να ληφθούν από την πολιτεία, αν θέλει να αυξήσει τη συχνότητα και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.
- Παρότι οι μητέρες μικρής ηλικίας είχαν διπλάσια πιθανότητα έναρξης αποκλειστικού θηλασμού συγκριτικά με τις μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας (>35 ετών), τελικά **οι μεγαλύτερης ηλικίας μητέρες κατάφεραν να πετύχουν μεγαλύτερη διάρκεια μикτού και αποκλειστικού μητρικού θηλασμού**. Ίσως οι μεγαλύτερης ηλικίας μητέρες να ήταν πιο συνειδητοποιημένες και πιο αποφασισμένες να θηλάσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Άρα η όποια προσπάθεια ενίσχυσης του μητρικού θηλασμού θα πρέπει να απευθύνεται κυρίως προς τις μητέρες μικρότερης ηλικίας.
- Ενώ το είδος του μαιευτηρίου (ΜΦΒΝ) και η καισαρική τομή επηρέασαν αρνητικά την έναρξη του τοκετού, οι ίδιοι παράγοντες δεν επηρέασαν τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, παρότι μόνο ένα από τα πέντε μαιευτήρια ακολουθούσε κάποια από τα «Δέκα Βήματα» προώθησης του μητρικού θηλασμού. Αυτό ίσως οφείλεται ως ένα βαθμό στο γεγονός, ότι ένα σημαντικό ποσοστό των μητέρων που ξεκίνησαν με μικτό θηλασμό ή με ξένο γάλα κατάφεραν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες και να συνεχίσουν με αποκλειστικό

θηλασμό. Πιθανόν επέδρασαν και άλλοι λόγοι που θα αποτελέσουν αντικείμενο περαιτέρω διερεύνησης με άλλη μελέτη.

- **Η ανατροφή της μητέρας στην Αθήνα συνδέεται αρνητικά με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.** Μητέρες που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στην Αθήνα θηλάζουν για μικρότερο χρονικό διάστημα συγκρινόμενες με εκείνες που μεγάλωσαν σε μικρότερες πόλεις ή χωριά αν και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ούτε ως προς την πρόθεση ούτε ως προς την έναρξη του μητρικού θηλασμού. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διαμονή σε μια πυκνοκατοικημένη αφιλόξενη μεγαλούπολη (αυξημένες αποστάσεις, απρόσωπη κοινωνία, αυξημένος θόρυβος, καυσαέριο, κ.λ.π.) πιθανόν να αυξάνουν τη σωματική κόπωση και το συναισθηματικό άγχος της θηλάζουσας μητέρας και να επιδρούν αρνητικά στη συνέχιση της γαλουχίας.
- Ένα από τα πλέον αξιοσημείωτα πορίσματα της στατιστικής ανάλυσης αυτής της μελέτης είναι ότι **η διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού συνδέεται αρνητικά με την ύπαρξη βοήθειας στο ζευγάρι από το οικογενειακό και συγγενικό τους περιβάλλον.** Έτσι μητέρες που είχαν συμπαράσταση και βοήθεια μόνο από το σύζυγό τους αλλά όχι από το υπόλοιπο συγγενικό περιβάλλον κατάφεραν να θηλάσουν αποκλειστικά μεγαλύτερο χρονικό διάστημα συγκριτικά με εκείνες που είχαν υποστήριξη από το ευρύτερο οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον. Στη σημερινή Ελληνική οικογένεια, που συνεχίζει να είναι πολύ υποστηρικτική και προστατευτική προς τους απογόνους της, αυτή η αρνητική συσχέτιση φαίνεται λίγο δύσκολο να εξηγηθεί. Ίσως η ανησυχία των υπερπροστατευτικών γιαγιάδων και παππούδων για την πιθανή ανεπαρκή ποσότητα του μητρικού γάλακτος της μητέρας, να αύξησε τις ανασφάλειες της θηλάζουσας μητέρας και να την ώθησε στην προσθήκη τροποποιημένου γάλακτος. Έτσι ίσως θα μπορούσε να εξηγηθεί και η αρνητική επίδραση της συμπαράστασης του συγγενικού περιβάλλοντος του ζευγαριού στη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, όχι όμως και του μικτού θηλασμού, που διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη.

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη είναι προοπτική, περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό ατόμων και η σύγκριση των στοιχείων της με τα αντίστοιχα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας δείχνει ότι αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι:

- η συλλογή των πληροφοριών έγινε με πανομοιότυπο τρόπο από δύο κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα, την τέταρτη ημέρα μετά τον τοκετό,
- η επιλογή των ημερών συμπλήρωσης του αρχικού ερωτηματολογίου έγινε με τυχαίο τρόπο,
- η σύγκριση των μητέρων που απάντησαν στο δεύτερο ερωτηματολόγιο και εκείνων που δεν απάντησαν δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα δημογραφικά στοιχεία τους και τις συνθήκες τοκετού,
- το ποσοστό άρνησης των γυναικών να συμμετέχουν στη μελέτη ήταν πάρα πολύ μικρό (0,35%) και τέλος
- το συνολικό ποσοστό της απαντητικότητας του δεύτερου ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητικό(75,6%), θα ήταν δύσκολο να δεχτούμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης περιέχουν κάποιο βαθμό μεροληψίας, οφειλόμενο σε προβλήματα και λάθη επιλογής τυχαίου αντιπροσωπευτικού δείγματος του Ελληνικού πληθυσμού.

Επιπλέον, ο χρόνος συμπλήρωσης του δεύτερου ερωτηματολογίου σχετικά με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού ήταν 8-12 μήνες μετά τον τοκετό, χρονικό διάστημα αρκετά μικρό για να υπάρξει οποιαδήποτε δυσκολία ανάκλησης από τη μητέρα της διάρκειας αποκλειστικού θηλασμού και της χρονικής στιγμής συμπλήρωσης της σίτισης του βρέφους με τροποποιημένο γάλα αγελάδας ή διακοπής του θηλασμού.

Βέβαια η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει θα ήταν προτιμότερο να έχει καταγραφεί πριν τον τοκετό, κάτι όμως που δεν ήταν δυνατό με τον υπάρχοντα σχεδιασμό της μελέτης.

Ένας δεύτερος ίσως περιορισμός θα μπορούσε να είναι, ότι με τη συγκεκριμένη επιλογή των μαιευτηρίων, αντιπροσωπεύεται λιγότερο ο πληθυσμός της Βόρειας Ελλάδας. Αν και το δείγμα μας θεωρείται αντιπροσωπευτικό του Ελληνικού γυναικείου πληθυσμού αναπαραγωγικής ηλικίας, ίσως να υπάρχουν κάποιοι κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες της Βόρειας Ελλάδας που να διαφέρουν από την υπόλοιπη χώρα και να ασκούν κάποια επίδραση στην πρόθεση και τη

διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Δε θεωρείται όμως πιθανόν, τέτοιες τυχούσες υπάρχουσες διαφορές θα αλλοίωναν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τα πορίσματα της μελέτης.

Έτσι, τα πορίσματα της παρούσας μελέτης πρέπει να θεωρούνται αξιόπιστα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξαχθούν προτάσεις προς την πολιτεία για την ενίσχυση του μητρικού θηλασμού στις Ελληνίδες μητέρες.

Συμπερασματικά, προτάσεις προς τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας για ενίσχυση του μητρικού θηλασμού είναι:

- Αλλαγή της πολιτικής του τόπου διαμονής και του τρόπου έναρξης σίτισης των βρεφών στα μαιευτήρια και εκπαίδευση του προσωπικού τους ως προς την πρακτική του μητρικού θηλασμού, ώστε να εφαρμόσουν τα «Δέκα Βήματα» του Π.Ο.Υ. και να ταυτοποιηθούν (ή πιστοποιηθούν ως ή μετατραπούν σε;) ως «Φιλικά προς τα Βρέφη Μαιευτήρια».
- Επέκταση της εφαρμογής των «Δέκα Βημάτων» σε όλα τα Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία που ασχολούνται με μητέρες αναπαραγωγικής ηλικίας και βρέφη.
- Στελέχωση των μαιευτηρίων με επαρκή αριθμό μαιών κατάλληλα εκπαιδευμένων στο μητρικό θηλασμό, ώστε η παρεχόμενη βοήθεια προς τη θηλάζουσα μητέρα να είναι αποτελεσματική.
- Δημιουργία «Κέντρων Υποστήριξης Θηλασμού», στα οποία θα μπορούν να απευθύνονται οι μητέρες και να επιλύουν δυσκολίες και προβλήματα που αντιμετωπίζουν σχετικά με το θηλασμό, μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο.
- Επικέντρωση όλων των εντός και εκτός μαιευτηρίων «συμβούλων θηλασμού» στις νεαρής ηλικίας, πρωτότοκες μητέρες, σε εκείνες που δε θήλασαν τα προηγούμενα βρέφη τους, που ανατράφηκαν στην Αθήνα, που γέννησαν τους καλοκαιρινούς μήνες και είναι απόφοιτες υποχρεωτικής εκπαίδευσης.
- Ευρύτερη ενημέρωση του κοινού (π.χ. στην υποχρεωτική εκπαίδευση των μαθητών στα σχολεία, με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης) για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού στη μητέρα και το βρέφος που θηλάζει, δεδομένου ότι η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει διαμορφώνεται πολύ πριν τον τοκετό και είναι καθοριστικός παράγοντας της διάρκειας της.

- Χορήγηση άδειας τοκετού και μητρότητας τουλάχιστον έξι μηνών μετά τον τοκετό σε όλες τις μητέρες, ώστε να διευκολυνθεί ο μακροχρόνιος θηλασμός του βρέφους.

Η εφαρμογή των παραπάνω μέτρων θα οδηγήσει και σε σημαντικό οικονομικό όφελος, που θα προκύψει από το κόστος αγοράς του τροποποιημένου γάλακτος και από τη μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των μητέρων που θηλάζουν και των βρεφών τους, γεγονότα και τα δύο πολύ σημαντικά, ιδιαίτερα τη σημερινή εποχή με την υπάρχουσα παγκόσμια κοινωνικο-οικονομική κρίση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγράψει τη συχνότητα του αποκλειστικού και μικτού θηλασμού στον Ελληνικό πληθυσμό και να διερευνήσει τους παράγοντες που καθορίζουν την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει, την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού.

Μέθοδοι και υλικό: Η προοπτική αυτή μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια του 2000 και συμπεριέλαβε 4310 Ελληνίδες μητέρες που γέννησαν σε επτά μαιευτήρια της Ελλάδας. Ένα αρχικό ερωτηματολόγιο με δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία, περιβαλλοντικούς παράγοντες και πληροφορίες για το περιγεννητικό ιστορικό της μητέρας και την πρόθεσή της να θηλάσει, συμπληρώθηκε την τέταρτη ημέρα μετά τον τοκετό, στο μαιευτήριο, από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό μετά από προφορική συνέντευξη με τις μητέρες. Ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο με πληροφορίες σχετικές με τη διάρκεια του αποκλειστικού και του μικτού θηλασμού συμπληρώθηκε από τις μητέρες 8-12 μήνες μετά τον τοκετό. Το ποσοστό απαντητικότητας ήταν 75,5%.

Αποτελέσματα: Οι συχνότητες μικτού και αποκλειστικού θηλασμού στο μαιευτήριο ήταν 85% και 23%, αντίστοιχα. Η έναρξη μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο επηρεάζεται από τον τύπο του νοσοκομείου, τη συνεχή παραμονή του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα, το είδος του τοκετού, την ηλικία της μητέρας, το μορφωτικό επίπεδο της πατρικής γιαγιάς, τον αριθμό ατόμων ανά δωμάτιο μόνιμης κατοικίας, την πείρα θηλασμού της μητέρας και την εποχή του τοκετού. Η πρόθεση της μητέρας να θηλάσει σχετίζεται θετικά με την αυξημένη διάρκεια άδειας τοκετού και μητρότητας, την προηγούμενη πείρα θηλασμού της μητέρας, την ανατροφή της μητέρας στο εξωτερικό και τον τοκετό κατά το φθινόπωρο και το χειμώνα. Ένα μήνα αργότερα οι συχνότητες μικτού και αποκλειστικού θηλασμού ήταν 79% και 61% αντίστοιχα. Παράγοντες που σχετίστηκαν θετικά με την αλλαγή σε αποκλειστικό θηλασμό ήταν η έλλειψη συνεχούς παραμονής του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα και η πείρα θηλασμού. Η συχνότητα του μικτού και του αποκλειστικού θηλασμού τον τρίτο και έκτο μήνα μετά τον τοκετό ήταν 52% και 24%, αντίστοιχα. Η διάρκεια του θηλασμού επηρεάστηκε από την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει, το είδος του νοσοκομείου, τον τόπο ανατροφής της μητέρας, την ηλικία της μητέρας, τη χρονική διάρκεια της άδειας τοκετού και λοχείας, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

και του πατέρα (συζύγου της), την πείρα θηλασμού της μητέρας και την παροχή βοήθειας από το οικογενειακό περιβάλλον. Οι εργαζόμενες μητέρες με μεγάλη διάρκεια άδειας τοκετού θήλασαν περισσότερο χρονικό διάστημα από τις νοικοκυρές.

Συμπεράσματα: Οι συχνότητες του αποκλειστικού και του μικτού θηλασμού κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής δεν ήταν αρκετά ικανοποιητικό. Προγράμματα ενίσχυσης του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα πρέπει να αναληφθούν και να επικεντρωθούν κυρίως στις νεαρές μητέρες που δεν έχουν πείρα θηλασμού, στις μη εργαζόμενες μητέρες και στις εργαζόμενες με άδεια θηλασμού μικρότερη από έξι μήνες.

Abstract

The **aim** of this study was to estimate the prevalence of exclusive and any breastfeeding in Greek mothers and examine the determinants that are associated with maternal infant feeding intention, initiation and duration of breastfeeding.

Methods: A prospective longitudinal study was conducted in 2000 and included 4310 Greek mothers from seven hospitals of Greece. Individuals were personally interviewed by two appropriately trained physicians who completed a structured questionnaire in the maternity ward on the fourth day postpartum, and included data about perinatal, sociodemographic, psychological and environmental factors associated with mothers and their intention to breastfeed their neonates. A second questionnaire, with data about duration of exclusive and any breastfeeding, was answered by 75,5% of the participants at 8-12 months postpartum.

Results: The initiation rates of any and exclusive breastfeeding in Greek maternity wards were 85% and 23% respectively. Mother's initiation of full breastfeeding was influenced by the type of the hospital, continuous rooming-in, mode of delivery, maternal age, paternal grandmother level of education, population density at home, experience of breastfeeding and season of delivery. Mother's intention to breastfeed was positively influenced by maternal entitlement more than six months, previous breastfeeding experience, mother's upbringing abroad and delivery in autumn or winter. One month later, the rates of any and exclusive breastfeeding were 79% and 61% respectively. Factors positively associated with change to exclusive breastfeeding were the lack of rooming-in and the experience of breastfeeding. The rates of any breastfeeding at third and sixth month were 52% and 24% respectively. Duration of breastfeeding was influenced by intention to breastfeed, type of hospital, region of mother's upbringing, mother's age, duration of maternal entitlement, mother's and father's level of education, paternal grandfather's and grandmother's education previous experience of breastfeeding and support from family members. Working Greek mothers breastfeed more than housewives.

Conclusion: The rates of any and exclusive breastfeeding during the first year of life were not very satisfactory. Programs to promote breastfeeding in Greece are necessary and should probably support young mothers who lack breastfeeding experience, housewives and working mothers with a maternity entitlement less than six months.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nascimento MBR do et al. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. Rev.S. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo 2003;58(1):49-60.
2. Laurence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th edition St. Louis, Mosby, 1999.
3. Kunz C, Rodriguez-Palmero M, Koletzko B et al. Nutritional and biochemical properties of human milk, part I: general aspects, proteins and carbohydrates. Clin Preinatol 1999; 26:307-333.
4. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA et al. Maternal versus infant factors related to breast milk intake and residual milk volume : the Darling Study. Pediatrics 1991; 87: 829.
5. Laurence PB. Breast milk: best source of nutrition for term and preterm infants. Ped Clin North Am 1994;41:925-941.
6. Atkinson SA, Lonnerdal B. Non protein nitrogen fractions of human milk. In Jensen RG, editor: Handbook of milk composition, San Diego, Academic Press, 1995.
7. Motil KJ, Thotathuchery M, Bahar A et al. Marginal dietary protein restriction, reduced nonprotein nitrogen, but not protein nitrogen, components of human milk. J Am Coll Nutr 1995; 14:184.
8. Picciano MF. Human milk: nutritional aspects of a dynamic food. Biol Neonate 1998;74:84-93.
9. Wong WW, Hachey DL, Insull W et al. Effect of dietary cholesterol on cholesterol synthesis in breast-fed and formula-fed infants. J Lipid Res 1993; 34: 1403-1410.
10. Fall CHD, Barker DJP, Osmond C et al. Relation of infant feeding to adult serum cholesterol concentration and death from ischemic heart disease. Br Med J; 1992:801.

11. Osborn GR. Relationship of hypotension and infant feeding to etiology of coronary disease. *Coll Int Cont Natl Res Sci* 1968;169:193.
12. Rodriguez-Palmero M. Koletzko B. et al. Nutritional and biochemical properties of human milk, part II: lipids, micronutrients and bioactive factors. *Clin. Perinatol* 1999; 26:335-359.
13. Riordan J. The biologic specificity of breastmilk. In: Riordan J Auerbach KG *Breastfeeding and human lactation* 2ed. Boston, Jones and Bartlett Publishers, 1998: 121-161.
14. Garofalo RP Goldman AP. Expression of functional immunomodulatory and anti-inflammatory factors in human milk. *Clin Perinatol* 1999;73:99-102.
15. Xanthou M. Immune protection of human milk. *Biol Neonate* 1998; 74:121-133.
16. Wright A, Holberg CJ, Martinez FD et al. Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life *BMJ* 1989;299: 946-949.
17. Howie PW, Forsyth JS, Ogston AS et al. Protective effect of breastfeeding against infections *BMJ* 1990; 300:11-16.
18. Fallot ME Boyd JL, Oski F. Breastfeeding reduces incidence of hospital admissions for infection in infants. *Pediatrics*, 1980; 65:1121-1124.
19. Chung M, Raman G, et al. Tufts –New England Medical Center Evidence-based Practice Center. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries *Evid Rep Technol Assess* 2007; 153:1-186.
20. Charity CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics* 2006;117:425-432.
21. Duijts L, Jaddoe VW, Hofdman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious disease in infancy. *Pediatrics* 2010; 126(1) Available at : www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/1/e18.

22. Nishimura T, Suzue J, Kaji H. Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants. A multi-center prospective study. *Pediatr Int.*2009;51(6):812-816.
23. Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau H. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med* 2009;4(suppl 1):S17-S30.
24. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study *Pediatrics*2007;119(4).

Available at : www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/4/e837
25. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121(1):183-191.
26. Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, et al; Lisa Study Group. Timing of solid food introduction in relation to atopic dermatitis and atopic sensitization: results from a prospective birth cohort study. *Pediatrics* 2006;117(2):401-411.
27. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of celiac disease: a systematic review and metanalysis of observational studies. *Arch Dis Child* 2006;91(1):39-43.
28. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML, Gilmour WH, Stsangi J, Wilson DC. Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr.*2009;155(3):421-426.
29. Penders J, Thijs C, Vink C et al. Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. *Pediatrics* 2006;118(2):511-521.
30. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breast feeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128(1):1-8.

31. Chen A, Rogan WJ, Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004;113(5)

Available at : www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/5/e435
32. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128(5):1030-1039.
33. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2009;123(3)
Available at : www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/3/e406
34. Mcvea Klsp, Turner PD, Peppler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000; 16:13-20.
35. Mayer EJ, Hamman RF, Gay EC et al. Reduced risk of IDDM among breastfed children *Diabetes* 1988; 37:1625-1632.
36. Rosenbauer J, Herzig G, Giani G. Early infant feeding and risk of type I diatetes mellitus-a nationwide population-based case-control study in pre-school children. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24(3):211-222.
37. Das UN. Breastfeeding prevents type II diabetes mellitus: but how and why? *Am J Clin Nutr* 2007; 85(5):1436-1437.
38. Rudant J, Orsi L, Menegaux F, et al. Childhood acute leukemia, early common infections and allergy: the ESCALE Study. *Am J Epidemiol* 2010;172(9):1015-1027.
39. Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Pep.*2004;119(6):521-535.
40. Koletzko S, Sherman P, Corey M et al. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *BMJ* 1989;298:1617-1618.
41. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-535

42. Lucas A, Morley R, Cole TJ et al. Breast milk and subsequent intelligent quotient in children born preterm. *Lancet* 1992;339:261-264.
43. Schmied V, Barclay L Connection and pleasure, disruption and distress: women's experience of breastfeeding *J Hum Lact* 1999;15:325-334.
44. Kendra Schwartz, MD, Hannah J. S. D' Arcy MS et al. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum 2002; 51(5):439-444.
45. Handerson JJ, Evans SF, Straton JA, Priesta SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003;30(3):175-180.
46. Klaus MH, Klaus PH. The amazing newborn. Massachussets, Addison-Wesley Pub, 1992
47. Klaus MH, Kennel JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr* 1997; 86:1034-1036.
48. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics* 2009;123(2):483-489.
49. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of human milk. [Http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552](http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552). *Pediatrics*. 2012 Mar;129(3):e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552.
50. Abusabha R, Greene G. Body weight, body composition and energy intake changes in breastfeeding mothers. *J Hum Lact* 1998;114:119-124.
51. Stuebe AM, Rich –Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes *Jama* 2005;294(20):2601-2610.
52. Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM et al. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study. *Am J Med* 2011;124(10):e9
53. Kritz-Silverstein D, Barret-Connor E, Hollenbach KA. Pregnancy and lactation as determinants of bone mineral density in postmenopausal women *Am J Epidemiol* 1992;136:1052-1059

54. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein G. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. *Arthritis Rheum* 2004;50(11):3458-3467.
55. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol* 2009;113(5):974-982.
56. Stuebe AM, Willett WC, Xue F, Michels KB. Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Arch Intern Med*. 2009;169(15):1364-1371.
57. Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer N. *Engl J Med* 1987;317:508-509.
58. Goncalves DU, Proietti FA, Ribas JG, et al. Epidemiology, treatment, and prevention of human T-cell leukemia virus type 1-associated diseases. *Clin Microbiol Rev* 2010;23(3):577-589.
59. Horvath T, Madi BC, Luppa IM, Kennedy GE, Rutherford G, Read JS. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 21(1):CD006734.
60. Chasela CS, Hudgens MG, Jamieson DJ, et al. BAN Study Group. Maternal to infant antiretroviral drugs to reduce HIV-1 transmission. *N Engl J Med* 2010;362(24):2271-2281.
61. Arroyo Carrera I, Lopez Rodriguez MJ, Sapina AM, Lopez Lafuente A, Sacristan AR. Probable transmission of brucellosis by breast milk. *J Trop Pediatr*. 2006;52(5):380-381.
62. American Academy of Pediatrics. Tuberculosis. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds *Red Book: 2009 Report of the Committee on infectious Diseases* 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009:680-701.
63. American Academy of Pediatrics. Varicella-zoster infections. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds *Red Book: 2009 Report of the*

- Committee on infectious Diseases 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009:714-727.
64. Centers for Disease Control and Prevention 2009 H1N1 Flu (Swine Flu) and feeding your Baby: What Parents Should Know. Available at: http://www.cdc.gov/h1n1flu/infantfeeding.htm?s_cid=h1n1Flu_outbreak_155. Accessed January 22, 2010.
65. Janson LM; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #21: Guidelines for breast-feeding and the drug-dependent woman. *Breastfeed Med*. 2009;4(4):225-228.
66. Little RE, Anderson KW, Ervin CH, Worthington-Roberts B, Clarren SK. Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year. *N Engl J Med*. 1989;321(7):425-430.
67. Mennella JA, Pepino MY. Breastfeeding and prolactin levels in lactating women with a family history of alcoholism. *Pediatrics* 2010;125(5) Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/5/e1162.
68. Subcommittee on Nutrition. During Lactation, Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Nutrition During Lactation*. Washington DC: National Academies Press; 1991:113-152.
69. Koren G. Drinking alcohol while breast-feeding. Will it harm my baby? *Can Fam Physician* 2002;48:39-41.
70. Yilmaz G, Hizli S, Karacan C, Yurdakok K, Coskun T, Dilmen U. Effect of passive smoking on growth and infection rates of breast-fed and non-breast-fed infants. *Pediatr Int* 2009;51(3):352-358.
71. Vio F, Salazar G, Infante C. Smoking during pregnancy and lactation and its effects on breast-milk volume. *Am J Clin Nutr*. 1991;54(6):1011-1016.
72. Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK, Garza C. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics* 1992;90(6):934-938.

73. Zakarija-Grkovic I, Šegvić O, Bozinovic T, Čuže A, Lozancic T, Vuckovic A, Burmaz T. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. *Hum Lact*. 2012 Aug;28(3):389-99
74. Tarrant M, Wu KM, Fong DY, Lee IL, Wong EM, Sham A, Lam C, Dodgson JE. Impact of baby-friendly hospital practices on breastfeeding in Hong Kong. *Birth*. 2011 Sep;38(3):238-45
75. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008 Oct;122 Suppl 2:S43-9.
76. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth*. 2007 Sep;34(3):202-11.
77. Levitt C, Hanvey L, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Bartholomew S. Breastfeeding policies and practices in Canadian hospitals: comparing 1993 with 2007. *Birth*. 2011 Sep;38(3):228-37.
78. Nickel NC, Labbok MH, Hudgens MG, Daniels JL. The Extent that Noncompliance with the Ten Steps to Successful Breastfeeding Influences Breastfeeding Duration. *Am J Public Health*. 2012 Dec;102(12):2262-8.
79. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005 Nov;116(5):e702-8.
80. Anne Chevalier McKechnie, RN, IBCLC, RLC. Maternal Variables Influencing Duration of Breastfeeding Among Low-Income Mothers. *Infant Child Adolesc Nutr* 2009 June1;1(3):126-132
81. TF Leung, WH Tam, ECW Hung, TF Fok and GWK Wong. Sociodemographic and atopic factors affecting breastfeeding intention in Chinese mothers. *J Paediatric Child Health* 2003; 39:460-464.
82. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact* 2003 May;19(2):172-178.

83. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, et al. Duration of breastfeeding from 15 maternity wards of the perinatal network in the Pays de la Loire area. *Arch Pediatr* 2012 Nov;19(11):1164-1176.
84. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. *Pediatrics* 2002 DEC;110(6):1103-9.
85. Vingraite J, Barkeviciute R, Michaelsen KF. A cohort study of term infants from Vilnius, Lithuania: feeding patterns. *Acta Paediatr.* 2004 Oct;93(10):1349-55.
86. Ward M, Sheridan A, Howell F, Hegarty I, O' Farrell A. Infant feeding: factors affecting initiation, exclusivity and duration. *Ir Med J.* 2004 Jul-Aug; 97(7):197-9.
87. Dremsek PA, Gopfrich H, Kurz H, Bock W, Benes K, Philipp K, Sacher M. Breast feeding support, incidence of breast feeding and duration of breast feeding in a Vienna perinatal center. *Wien Med Wochenschr.* 2003;153(11-12):264-8.
88. Pauline S. Duke, MD FCFP, Wanda L. Parsons, MD, FCFP, and Pamela A. Snow MD CCFP. Physicians as mothers. *Can Fam Physician* 2007 May;53(5):887-891.
89. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *Int Breastfeed J.* 2012 May 6;7(1):7
90. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *Int Breastfeed J.* 2012 Oct 25;7(1):15
91. Berger-Achituv S, Shohat T, Garty BZ. Breast-feeding patterns in Central Israel. *Isr Med Assoc J.* 2005 Aug;7(8):515-9.
92. Elsie M, Taveras MD, MPH, Angela M. Capra MA, Paula A. Braveman, MD, MPH, Nancy G. Jensvold MPH, Gabriel J. Escobar, MD, Tracy A. Lieu, MD, MPH. Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108-115.

93. Soto-Ranurez N, Kamaus W. The use of oral contraceptive before pregnancy and breastfeeding duration: a cross-sectional study with retrospective ascertainment. *Int Breastfeed J* 2008;16(3):29.
94. Simard I, O' Brien HT, Beaudoin A, Turcotte D, Damant D, Ferland S, Marcotte MJ, Jauvin N, Chmpoux L. Factors infleuencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *J Hum Lact* 2005;21(3):327-37.
95. Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991;88(4):745-50.
96. Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr.* 1999 April;88(4):356-8.
97. Lisa W Kuan, MD, Maria Britto, MD, MPH, Joji Decolongon MS, Pamela J. Schoettker, MS, Harry D. Atherton, BSEE, MS, Uma R. Kotagal, MBBS, MSc. Health System Factors Contrubuting to Breastfeeding Success. *Pediatrics* 1999;104:1-7
98. Thulier D. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstret Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(3):259-268.
99. Giavanna Bertini, Silvia Perugi, Carlo Dani, Marco Pezzati, Michele Tronchin, Firmino F. Rubaltelli. Maternal Education and the Incidence and Duration of Breast Feeding: A Prospective Study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2003;37:447-452.
100. Amal J. Khoury, PhD, MPH, S. Wakerul Moazzem, MBBS, MPH, Chad M. Jarjoura, MD, FACOG, FACS, Cathy Carothers, BLA, IBCLC, Agnes Hinton, RD, DrPH. Breast-feeding intitiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Women's Health Issues* 2005; 15:64-72.
101. Noble L. Hand I, Haynes D, McVeigh T, Kim M, Yoon JJ. Factors influencing initiation of breastfeeding among urban women. *Am J Perinatol.* 2003 Nov; 20(8):477-83.

102. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002) *Can J Public Health* 2003Jul-Aug;94(4):300-5.
103. Barber CM, Abernathy T, Steinmetz B, Charlebois J. Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs. *Can J Public Health*. 1997 Jul-Aug;88(4):242-5.
104. Berra S, Sabulsky J, Rajmil L, Passamonte R, Prosanto J, Butinof M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr*. 2003 Aug;92(8):952-7.
105. Leung EY, Au KY, Cheng SS, Kok SY, Lui HK, Wong WC. Practice of breastfeeding and factors that affect breastfeeding in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2006 Dec;12(6):432-6.
106. Iglesias CasAsS. Sociocultural and healthcare factors influencing the choice and duration of breast feeding in a regional hospital. *Enferm Clin* 2008; 18(3):142-6.
107. L.L. FOO, S.J.S. Quek, S.A.NG, M. T. Lim, M. Deurenberg-Yap. Breastfeeding prevalence and practices among Singaporean Chinese, Malay and Indian mothers. *Health Promotion International Advance Access* 2005
108. Madoka Inoue, Colin W Binns, Keiko Otsuka, Massamine Jimba, Manami Matsubara. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *Int Breastfeed J* 2012;7:15.
109. Gabriel M. Leung, Lai-Ming Ho and Tai-Hing Lam. Maternal, paternal and environmental tobacco smoking and breastfeeding. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2002;16:2367-245.
110. Jedrychowsky W, Perera F, Edwards S, Flak E, Rauh V, Pac A, Budzyn-Mrozek D, Musial A. Prenatal exposure to passive smoking and duration of breastfeeding in non-smoking women: Krakow inner city prospectively cohort study. *Arch Gynecol Obstet* 2008 Nov;278(5):411-7.

111. Bertino E, Varalda A, Magnetti F, Di Nicola P, Cester E, Occhi L, Perathoner C, Soldi A, Prandi G. Is breastfeeding duration influenced by maternal attitude and knowledge? A longitudinal study during the first year of life. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012 Oct;25Suppl 3:32-6.
112. Thorisdottir AV, Gunnarsdottir I, Thorsdottir I. Revised infant dietary recommendations: the impact of maternal education and other parental factors on adherence rates in Iceland. *Acta Paediatr*. 2013 Feb;102(2):143-8.
113. Daglas M, Antoniou E, Pitselis G, Iatrakis G, Kourounis G, Creatsas G. Factors influencing the initiation and progress of breastfeeding in Greece. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005; 32(3):189-92.
114. Lasomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 2007 Oct;96(10):1441-4.
115. Geraghty S. Predictors of breastmilk expression by 1 month postpartum and influence on breastmilk feeding duration. *Breastfeed Med* 2012;7(2):112-7
116. Manios Y, Grammatikaki E, Kondaki K, Ioannou E, Anastasiadou A, Birbils M. The effect of maternal obesity in initiation and duration of breastfeeding in Greece: The GENESIS study. *Public Health Nutr* 2009 April;12(4):517-24.
117. Branger B, Dinot-Marau L, Lemome N, Godon N, Merot B, Brehu S, Winer N, Brossier JP. Duration of breastfeeding from 15 maternity wards of the perinatal network in the Pays de la Loire area. *Arch Pediatr* 2012;19(6):663-9
118. Sara B. Fein PhD, Brian Roe, PhD. The effect of work status on initiation and duration of breastfeeding. *American Journal of Public Health* 1998;88(7):1042-46.
119. Jane A. Scott, Colin W. Binns, Wendy H. Oddy and Kathleen I. Graham. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. *Pediatrics* 2006;117:e646.

120. Huang L, Zeng G, Li M, Ran L, Chen K, Pang X, Yu L. Duration of breastfeeding and its relevant influencing factors in urban and rural areas of Chengdu. *Wei Sheng Yan Jiu* 2012 Sept;41(5):760-4 (abstract)
121. Kambale MJ. Social determinants of breastfeeding in Italy. *Atr Health Sci* 2011 Sep;11(3):508-17
122. Vassilaki M, Chatzi L, Bagkeris E, Papadopoulou E, Karachaliou M, Koutis A, Philalithis A, Kogevinas M. Smoking and caesarean deliveries: major negative for breastfeeding in the mother-child cohort in Crete, Greece. *Matern Child Nutr.* 2012 May; doi;10.1111/j1780-8709.2012.00420.x.
123. Meedya S. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth* 2010 Dec;23(4):135-145.
124. Santini P, Calevo MG, Caviglia MR, Aprea T, Bonacci W, Serra G, et al. Breastfeeding in Northern Italy. *Acta Paediatr* 2008 May;97(5):61-9
125. Pisacane A, Continisio GL, Aldinucci M, D' Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005 Oct;116(4):e494-8.
126. Kong SK, Lee DT. Factors influencing decision to breastfeed. *J Adv Nurs* 2004 May;46(4):369-79.
127. Elsie M. Taveras, Angela Capra, Paula Bravement, Nancy Jensvold, Cabriel J Escobar, Tracy A. Lieu. Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics* 2003 July;112:108-115.
128. Elike Peters, Karl-Heinz Wehkamp, Ricardo E. Felberbaum, Detlef Kruger, Roland Linder. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *European Journal of Public Health* 2005;16(2):162-167.
129. Kuan LW, Britto M, Decolongon J, Schoetker PJ, Atherton HD, Kotagal UR. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics* 1999 Sept;104(3):e28.

130. Sanchez Bavie M, Cano Ferriandez C, Garcia Carcia MC, Yep Chullen G, Perez Suarez E. Immigration, breastfeeding and smoking habit. *An Pediatr (Bark)* 2008 May;68(5):462-5.
131. Grjibovski AM, Yngve A, Bygren LO, Sjostrom M. Socio-demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia. *Acta Paediatr* 2005 May;94(5):588-94.
132. Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Pichl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012 Dec;12(12):149 doi: 101186/1471-2393-12-149
133. Bonet M, Blondel B, Khoshnood B. Evaluating regional differences in breastfeeding in French maternity units: a multi-level study approach. *Public Health Nutr*, 2010 Dec;13(12):1946-54.
134. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning and support from fathers and families. *Midwifery* 2002 Jun;18(2):87-101
135. Sikorski J, Boyd F, Dezateux C, Wade A, Rowe J. Prevalence of breastfeeding at four months in general practices in south London. *Br J Gen Pract* 201 Jun ;51(467): 445-50
136. Sherine Shawky and Bahaa A. Abalkhail. Maternal factors associated with the duration of breastfeeding in Jeddah, Saudi Arabia. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2003;17:91-96.
137. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wojdan-Godek E. Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: cross-sectional survey of population-based samples. *Soz Praventivmed* 2005;50(1):52-9
138. Duong DV, Binns CW, Lee AH. Breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding in rural Vietnam *Public Health Nutr* 2004 Sep;7(6):795-9

139. Regan J, Thompson A, Defranco E. The influence of Mode of Delivery on Breastfeeding Initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based Study. *Breastfeed Med*. 2012 Nov;27
140. Ann DiGirolamo, Nancy Thompson, Reynaldo Martorell, Sara Fein, Laurence Grummer-Srawn. Intention or Experience? Predictors of continued Breastfeeding. *Health education and Behavior* 2005;32(2):208-226.
141. Sheehan D, Krueger P, Watt S, Sward W, Bridle B. The Ontario Mother and Infant Survey: breastfeeding outcomes. *J Hum Lactation* 2001 Aug;17(3):211-9
142. Lavarere J, Dalla-Lana C, Schelestraete C, Rivier A, Callee M, Polverelli JF, Francois P. Initioation and duration of breastfeeding in obstetrical hospitasl of Aix-Chambéry, France. *Arch Pediatr* 2001 Aug;8(8): 807-15
143. Donath SM, Amir LH, ALSPAC Study Team. The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for material infant feeding intention. *Acta Paediatr* 2004 Nov;93(11):1420
144. Earle S. Factor affecting the initiation of breastfeeding: Implication for breastfeeding promotion. *Health Promot Int* 2002 Sept;17(3):205-14
145. Bourgoin GL, Lahaie NR, Rheaume BA, Berger MG, Dovigi CV, Picard LM, Sahai VF. Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region *Can J Public Health* 1997 Jul-Aug;88(4):238-41
146. Garcia Casanova M, Garcia Casanova S, Juan MP. Ruiz Mariscal E, Parellada Esquiús N. Breastfeeding: Can health staff positively affect its duration? *Aten Primaria* 2005 April 15;35(6):295-300.
147. Gerd AT, Bergman S, Dahlgreen J, Roswall J, Alm B. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr* 2012 Jan;101(1):55-60
148. Pechilvani F, Vassilakou T, Sarafidou J, Zachou T, Anastasiou CA, Sidossis LS. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. *Acta Paediatr* 2005 Jul;94(7):928-34

- 149.**Sullivan ML, Leathers SJ, Kelley MA. Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primaras. *J Hum Lact* 2004 May;20(2):196-205.
- 150.**Freeman V, Van't Hof M, Haschke F. Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: the Euro Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;31(1suppl):S76-S85.
- 151.**General Secretariat of the National Statistical Service of Greece (ESYE) Available at: http://www.statistics.gr/eng_tables/census2001.zip. Accessed January 14,2006.
- 152.**Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding.Scand J Public Health. 2004;32(3):210-6
- 153.**Ruowei Li, Natalie Darling, Emmanuel Maurice, Lawrence Barker, Laurence M. Breastfeeding Rates in the United States by Characteristics of the Child, Mother or Family. The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*2005;115:e31.
- 154.**Bnderali G, Riva E, Scaglioni S, Agostoni C, Giovannini M. Monitoring breastfeeding rates in Italy.*Acta Paediatr Suppl.* 2003 Sep;91(441):6-8.
- 155.**Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US baby-friendlyhospital. *Pediatrics*. 2003 Sep;112(3 Pt 1):e234-6.
- 156.**Giovannini M, Bnderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Riva E.Epidemiology of breastfeeding in Italy.*Acta Paediatr Suppl.*1999 Aug;88(430):19-22.
- 157.**Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals*J Hum Lact.* 2004 Feb;20(1):9-17.
- 158.**Graham K, Scott J, Binns C, Oddy W. Increasing breastfeeding rates in Australia. *Asia Pac J Clin Nutr*2004;13suppl:S120.
- 159.**Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. *Pediatrics* 2002;110:1103=1109

160. David A Gonzalez-Chica, Helen Goncalves, Ina S Santos et al. Seasonality of infant feeding practices in three Brazilian Birth Cohort. *Int J Epidemiology* 2012 June;41(3):743-752
161. Huffman SL, Chowdhury A, Chakraborty J, Simpson NK. Breastfeeding patterns in rural Bangladesh.
162. Vio F, Salazar G, Infante C. Smoking during pregnancy and lactation and its effects on breastmilk volume. *Am. J Clin Nutr* 1991; 54:1101.
163. Schulte –Hobin B, Schwartz-Bickenbach D, Abt S et al. Cigarette smoke exposure and development of infants throughout the first year of life: influence of passive smoking and nursing on cotinine levels in breastmilk and infant's urine. *Acta Paediatr Scand* 1992; 81:550
164. Bai Y, Middlestadt SE, Pena CY, Fly AD. Predictors of continuation of exclusive breastfeeding for the first six months of life. *J Hum Lact* 2010 Febr;26(1):26-34
165. Chezem JC. Breastfeeding attitudes among couples planning exclusive breastfeeding or mixed feeding. *Breastfeed Med* 2012 Jun;7(3):155-162
166. Littman H, Medendorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed. The importance of father's approval. *Clin Pediatr* 1994 April;33(4):214-9
167. Kobavashi M. Promoting breast-feeding: a successful regional project in Japan. *Acta Paediatr Jpn* 1989 Aug;31(4):404-10
168. Joyce T, Kaestner R, Korenman S. The stability of pregnancy intentions and pregnancy-related maternal behaviours. *Matern Child Health J* 2000 Sept;4(30):171-8
169. Chan SM, Nelson EA, Leung SS, Li CY. Breastfeeding failure in a longitudinal post-partum maternal nutrition study in Hong Kong. *J Paediatr Child Health* 2000 Oct;36(4):466-71
170. Wen LM, Baur LA, Rissel C, Alperstein G, Simpson JM. Intention to breastfeed and awareness of health recommendations; findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia. *Int Breastfeed J* 2009 Oct;16(4):9.

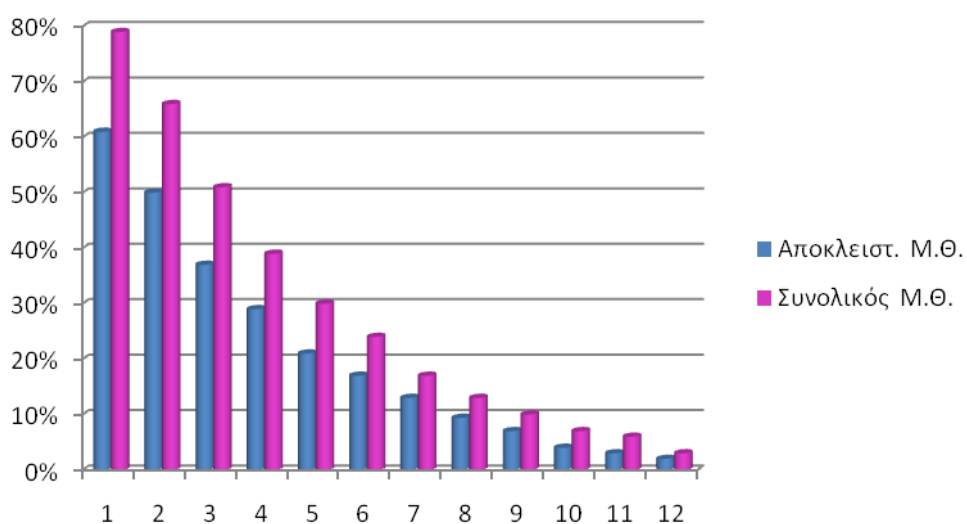
- 171.**Freeman V, van't Hof M, Haschke F. Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: the Euro-growth study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;31Suppl 1:S76-85

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συχνότητα του μητρικού θηλασμού (Μ.Θ.) το πρώτο έτος ζωής

<i>Μήνες</i>	<i>Αποκλειστικός Μ.Θ.</i>	<i>Συνολικός Μ.Θ.</i>
1	61%	79%
2	50%	66%
3	37%	51%
4	29%	39%
5	21%	30%
6	17%	24%
7	13%	17%
8	9%	13%
9	7%	10%
10	4%	7%
11	3%	6%
12	2%	3%

Ιστόγραμμα της διάρκειας του συνολικού και του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού



Πίνακας II: Τρόπος έναρξης σίτισης των νεογνών στο μαιευτήριο

<i>Παράγοντες</i>	<i>Αποκλειστ Μ.Θ. %</i>	<i>Μικτός Μ.Θ %</i>	<i>Όχι ΜΘ %</i>	<i>p-value</i>
Τύπος Νοσοκομείου				< 0,0001
Ιδιωτικά & Πανεπιστημιακά	64,7	98,1	95,5	
«Φιλικά πρς τα Βρέφη Νοσοκομεία»	35,3	1,9	4,5	
Επαφή του βρέφους στο στήθος				<0,001
Άμεσα	17,2	5,0	5,2	
Τις πρώτες 24ώρες	56,7	26,5	8,5	
Μετά τις πρώτες 24 ώρες	26,1	68,5	86,3	
Διαμονή του βρέφους στο νοσοκ.				<0,001
Συνέχεια μαζί με τη μητέρα	43,9	5,0	17,6	
Αίθουσα νεογνών	56,1	95,0	82,4	
Είδος τοκετού				<0,001
Φυσιολογικός τοκετός	68,9	66,4	53,6	
Καισαρική τομή	31,1	33,6	46,4	
Περιοχή ανατροφής μητέρας				0,08
Αθήνα	58,7	58,9	54,5	
Άλλη πόλη	17,1	18,3	19,8	
Χωριό	19,5	20,1	22,3	
Εξωτερικό	4,6	2,7	3,4	
Επάγγελμα μητέρας				<0,001
Ανώτερος υπάλληλος γραφείου	4,5	4,3	3,4	
Κατώτερος υπάλληλος γραφείου	44,4	47,1	42,2	
Χειρονακτικά εργαζόμενοι	6,1	3,9	5,0	
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	3,0	5,9	8,1	
Αγρότες/ Άνεργοι/ Νοικοκυρές	42,1	38,8	41,3	
Επάγγελμα πατέρα				0,11
Ανώτερος υπάλληλος γραφείου	10,5	9,0	7,8	
Κατώτερος υπάλληλος γραφείου	46,0	47,9	43,4	
Χειρονακτικά εργαζόμενοι	22,0	20,1	22,4	
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	18,3	20,9	23,8	
Αγρότες/ Άνεργοι	3,2	2,1	2,5	
Ώρες εργασίας μητέρας				0,08
Ως 8 ώρες/ημέρα	46,9	50,1	44,6	
>8 ώρες/ημέρα	10,1	11,0	13,6	
Οικιακά	43,0	38,9	41,8	
Ώρες εργασίας πατέρα				<0,001
Ως 12 ώρες/ημέρα	93,0	96,1	92,4	
>12 ώρες/ημέρα	7,0	3,9	7,6	
Ηλικία μητέρας				<0,001
Ως 24 ετών	12,1	8,4	9,6	
25-29 ετών	36,3	35,7	28,9	
30-34 ετών	36,4	40,1	37,1	
≥ 35 ετών	15,2	15,9	24,4	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας				<0,001
Βασική εκπαίδευση (<9έτη)	14,4	12,1	17,6	

Λύκειο (9-12 έτη)	43,3	46,2	47,8
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	40,0	40,9	33,0
Μεταπτυχιακές σπουδές	2,3	0,8	1,7
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	<0,001		
Βασική εκπαίδευση (<9έτη)	19,4	17,1	24,0
Λύκειο (9-12 έτη)	43,4	46,2	46,4
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	33,0	36,0	27,7
Μεταπτυχιακές σπουδές	4,3	0,7	2,0
Μορφ. επίπεδο μητρικής γιαγιάς	<0,001		
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	55,5	33,4	47,3
Γυμνάσιο (9-12έτη)	38,6	64,6	49,6
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	5,9	2,0	3,1
Μορφ. επίπεδο πατρικής γιαγιάς	<0,001		
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	59,3	38,7	47,2
Γυμνάσιο (9-12έτη)	35,9	59,7	50,7
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	4,8	1,6	2,0
Μορφ. επίπεδο μητρικού παππού	<0,001		
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	50,9	34,5	42,5
Γυμνάσιο (9-12έτη)	40,4	61,7	53,3
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	8,6	3,8	4,2
Μορφ. επίπεδο πατρικού παππού	<0,001		
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	56,1	37,0	43,1
Γυμνάσιο (9-12έτη)	35,8	59,3	52,2
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	8,1	3,7	4,7
Αριθμός ατόμων /δωμάτιο οικίας	<0,001		
< 1άτομο /δωμάτιο	29,6	15,0	18,5
> 1 άτομο/δωμάτιο	70,4	85,0	81,5
Πείρα θηλασμού της μητέρας	<0,001		
Ναι	48,1	38,0	23,5
Όχι (δε θήλασε τα προηγ. βρέφη)	48,7	56,6	37,8
Πρωτότοκος	3,2	5,4	38,7
Βοήθεια από οικογεν. περιβάλ.	0,97		
Όχι	9,4	9,4	9,0
Ναι	90,6	90,6	91,0
Εποχή Τοκετού	<0,001		
Φθινόπωρο-χειμώνα	56,8	41,1	51
Άνοιξη-καλοκαίρι	43,2	58,9	49

Πίνακας III: Τρόπος σίτισης των νεογνών την 4^η εβδομάδα

<i>Παράγοντες</i>	<i>Αποκλ. Μ.Θ. %</i>	<i>Μικτός Μ.Θ %</i>	<i>Όχι Μ.Θ. %</i>	<i>p-value</i>
Τύπος Νοσοκομείου				< 0,001
Ιδιωτικά & Πανεπιστημιακά	97,2	87,3	68,2	
«Φιλικά πρς τα Βρέφη Νοσοκομεία»	2,8	12,7	31,8	
Επαφή του βρέφους στο στήθος				< 0,001
Άμεσα	4,6	9,6	13,3	
Τις πρώτες 24ώρες	22,0	37,3	50,7	
Μετά τις πρώτες 24 ώρες	73,4	53,1	36,0	
Διαμονή του βρέφους στο νοσοκ.				< 0,001
Συνέχεια μαζί με τη μητέρα	7,6	15,9	44,4	
Αίθουσα νεογνών	92,4	84,1	55,6	
Είδος τοκετού				0,001
Φυσιολογικός τοκετός	63,0	69,4	61,6	
Καισαρική τομή	37,0	30,6	38,4	
Περιοχή ανατροφής μητέρας				0,42
Αθήνα	58,2	59,7	65,6	
Άλλη πόλη	18,3	17,2	17,9	
Χωριό	20,8	20,0	13,2	
Εξωτερικό	2,6	3,1	3,3	
Επάγγελμα μητέρας				0,42
Ανώτερος υπάλληλος γραφείου	4,2	3,8	4,6	
Κατώτερος υπάλληλος γραφείου	45,1	48,3	39,7	
Χειρονακτικά εργαζόμενοι	3,4	4,1	5,3	
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	5,3	4,5	4,6	
Αγρότες/ Άνεργοι/ Νοικοκυρές	42,1	39,2	45,7	
Επάγγελμα πατέρα				0,04
Ανώτερος υπάλληλος γραφείου	7,2	10,0	6,7	
Κατώτερος υπάλληλος γραφείου	46,5	48,1	48,3	
Χειρονακτικά εργαζόμενοι	23,1	19,1	22,1	
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	21,1	20,6	18,1	
Αγρότες/ Άνεργοι	2,1	2,2	4,7	
Ώρες εργασίας μητέρας				0,15
Ως 8 ώρες/ημέρα	46,8	50,9	43,0	
>8 ώρες/ημέρα	10,9	9,6	10,7	
Οικιακά	42,3	39,6	46,3	
Ώρες εργασίας πατέρα				0,52
Ως 12 ώρες/ημέρα	94,8	95,3	93,2	
>12 ώρες/ημέρα	5,2	4,7	6,8	
Ηλικία μητέρας				0,04
Ως 24 ετών	9,0	7,9	12,0	
25-29 ετών	34,6	36,5	30,0	
30-34 ετών	37,4	40,6	39,3	
≥ 35 ετών	19,0	15,0	18,7	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας				< 0,001
Βασική εκπαίδευση (<9έτη)	14,8	10,7	19,2	
Λύκειο (9-12 έτη)	47,6	44,6	38,4	

ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	36,7	43,3	41,1	
Μεταπτυχιακές σπουδές	0,9	1,4	1,3	
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα				< 0,001
Βασική εκπαίδευση (<9έτη)	20,5	16,2	23,2	
Λύκειο (9-12 έτη)	46,6	45,8	35,8	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	31,8	36,2	35,8	
Μεταπτυχιακές σπουδές	1,2	1,9	5,3	
Μορφ. Επίπεδο μητρικής γιαγιάς				< 0,001
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	37,9	39,5	55,5	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	59,9	56,9	41,1	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	2,2	3,6	3,4	
Μορφ. Επίπεδο πατρικής γιαγιάς				0,007
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	42,1	44,6	57,3	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	55,8	52,6	39,9	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	2,1	2,9	2,8	
Μορφ. Επίπεδο μητρικού παππού				0,006
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	37,8	38,2	50,0	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	57,9	55,8	42,5	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	4,4	6,0	7,5	
Μορφ. Επίπεδο πατρικού παππού				< 0,001
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	39,2	42,2	56,0	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	56,4	52,3	36,9	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	4,4	5,6	7,1	
Αριθμός ατόμων /δωμάτιο οικίας				< 0,001
< 1άτομο /δωμάτιο	14,6	20,3	31,1	
> 1 άτομο/δωμάτιο	85,4	79,7	68,9	
Πείρα θηλασμού της μητέρας				< 0,001
Ναι	30,9	45,0	42,7	
Όχι (δε θήλασε τα προηγ. βρέφη)	54,2	51,8	54,0	
Πρωτότοκος	15,0	3,2	3,3	
Βοήθεια από οικογεν. περιβάλ.				
Όχι	10,3	8,4	11,5	0,16
Ναι	98,7	91,6	88,5	
Εποχή Τοκετού				< 0,001
Φθινόπωρο-χειμώνα	42,5	48,3	57,6	
Άνοιξη-καλοκαίρι	57,5	51,7	42,4	

**Πίνακας IV: Παράγοντες που συνδέονται με την
έναρξη αποκλειστικού μητρικού θηλασμού
(μετά από εξομοίωση για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες)**

<i>Παράγοντες</i>	<i>N</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>Διάστημα εμπιστοσύνης</i>
Τύπος Νοσοκομείου			5.08, 14.49
Ιδιωτικά & Πανεπιστημιακά	298	8,33**	
«Φιλικά πρς τα Βρέφη Νοσοκομεία»	3109	1,00	
Επαφή του βρέφους στο στήθος			
Άμεσα	260	3,12**	2.18, 4.46
Τις πρώτες 24 ώρες	1035	2,29	1.80, 2.92
Μετά τις πρώτες 24 ώρες	2112	1,00	
Διαμονή του βρέφους στο νοσοκ.			
Συνέχεια μαζί με τη μητέρα	465	3,48**	2.36, 5.15
Αίθουσα νεογνών	2942	1,00	
Είδος τοκετού			
Φυσιολογικός τοκετός	2232	1,33*	1.06, 1.68
Καισαρική τομή	1175	1,0	
Ηλικία μητέρας			
Ως 24 ετών	307	2,01*	1.29, 3.13
25-29 ετών	1206	1,41*	1.01, 1.96
30-34 ετών	1339	1,16*	0.85, 1.58
≥ 35 ετών	555	1,00	
Μορφ. Επίπεδο πατρικής γιαγιάς			
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	1500	1,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	1832	0,96	0.66, 1.39
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	75	2,25*	1.06, 4.76
Αριθμός ατόμων /δωμάτιο οικίας			
< 1 άτομο /δωμάτιο	630	1,47*	1.13, 1.91
> 1 άτομο/δωμάτιο	2777	1,00	
Πείρα θηλασμού της μητέρας			
Πρωτότοκος	1798	0,95	0.57, 1.59
Ναι	1336	1,87*	1.13, 3.10
Όχι (δε θήλασε τα προηγ. βρέφη)	273	1,00	
Εποχή Τοκετού			
Φθινόπωρο-χειμώνα	1525	1,88**	1.47, 2.40
Άνοιξη-καλοκαίρι	1882	1,00	

*p <0,05, **p<0,001

Πίνακας V: Παράγοντες που συνδέονται με την αλλαγή σίτισης βρέφους σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τον 1^ο μήνα ζωής

<i>Παράγοντες</i>	<i>N</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>Διάστημα εμπιστοσύνης</i>
Τύπος Νοσοκομείου			
Ιδιωτικά & Πανεπιστημιακά	2402	1,00	
«Φιλικά πρς τα Βρέφη Νοσοκομεία»	231	6,96**	3.57, 13.55
Επαφή του βρέφους στο στήθος			
Μετά τις πρώτες 24 ώρες	1622	2,19**	1.46, 3.29
Τις πρώτες 24ώρες	809	1,27	0.85, 1.90
Άμεσα	202	1,00	
Είδος τοκετού			
Καισαρική τομή	890	1,29*	1.07, 1.56
Φυσιολογικός τοκετός	1743	1,00	
Πείρα θηλασμού της μητέρας			
Όχι (δε θήλασε τα προηγ. βρέφη)	202	3,70**	2.58, 5.30
Ναι	1049	0,60**	0.49, 0.73
Πρωτότοκος	1382	1,00	

*p <0,05, **p<0,001

Πίνακας VI: Παράγοντες που συνδέονται με την αλλαγή σίτισης βρέφους σε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τον 1^ο μήνα ζωής
(μετά από εξομοίωση για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες)

<i>Παράγοντες</i>	<i>N</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>Διάστημα εμπιστοσύνης</i>
Διαμονή του βρέφους στο νοσοκ.			
Αίθουσα νεογνών	2289	2,08	1.27, 3.40
Συνέχεια μαζί με τη μητέρα	344	1,00	
Πείρα θηλασμού της μητέρας			
Όχι (δε θήλασε τα προηγ. βρέφη)	202	0,27	0.19, 0.40
Ναι	1049	1,46	1.19, 1.79
Πρωτότοκος	1382	1,00	

*p <0,05, **p<0,001

**Πίνακας VII: Παράγοντες που συνδέονται θετικά με την
πρόθεση της μητέρας να θηλάσει**
(μετά από εξομοίωση για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες)

<i>Παράγοντες</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>p-value</i>	<i>Διάστημα εμπιστοσύνης</i>
Άδεια λοχείας-ανατροφής			
Ως 2 μήνες	0,61	0,119	0.32, 1.14
2-6 μήνες	0,51	<0,001	0.41, 0.65
≥ 6μήνες	1,58	0,021	1.07, 2.33
Νοικοκυρά	1,00		Reference
Πείρα θηλασμού της μητέρας			
Ναι	5,90	<0,001	4.15, 8.41
Όχι (δε θήλασε τα προηγ. βρέφη)	6,75	<0,001	4.75, 9.57
Πρωτότοκος	1,00		Reference
Περιοχή ανατροφή μητέρας			
Αθήνα	0,42	0,028	0.19, 0.91
Άλλη πόλη	0,32	0,004	0.14, 0.70
Χωριό	0,45	0,048	0.20, 0.99
Εξωτερικό	1,00		Reference
Εποχή Τοκετού			
Φθινόπωρο-χειμώνα	1,42	0,002	1.13, 1.77
Άνοιξη-καλοκαίρι	1,00		Reference

**Πίνακας VIII: Χαρακτηριστικά και μέση διάρκεια
συνολικού θηλασμού**

<i>Παράγοντες</i>	<i>N</i>	<i>Μέση Διάρκεια</i>	<i>p-value</i>
Πρόθεση Θηλασμού			< 0,001
Όχι	174	3,00	
Όσο μπορώ	1572	4,00	
Δεν ξέρω	118	3,00	
1 μήνα	32	1,00	
1-3 μήνες	353	3,00	
3-6 μήνες	270	3,00	
≥ 6 μήνες	333	6,00	
Είδος Νοσοκομείου			0,001
Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομ.	296	4,00	
Μη Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκ.	2556	3,00	
Είδος τοκετού			0,709
Φυσιολογικός τοκετός	1891	3,00	
Καισαρική τομή	961	3,00	
Περιοχή ανατροφής μητέρας			< 0,001
Αθήνα	1688	3,00	
Άλλη πόλη	508	4,00	
Χωριό	568	4,00	
Εξωτερικό	85	4,00	
Ηλικία μητέρας			<0,001
Ως 24 ετών	245	3,00	
25-29 ετών	1007	3,00	
30-34 ετών	1125	4,00	
≥ 35 ετών	471	4,00	
Άδεια ανατροφής-μητρότητας			0,007
< 2 μήνες	64	3,00	
2-6 μήνες	970	3,00	
≥ 6 μήνες	328	4,00	
Νοικοκυρά	1157	3,00	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας			0,015
Βασική εκπαίδευση (<9έτη)	362	3,00	
Λύκειο (9-12 έτη)	1293	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	1162	4,00	
Μεταπτυχιακές σπουδές	35	5,00	
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα			<0,001
Βασική εκπαίδευση (<9έτη)	517	3,00	
Λύκειο (9-12 έτη)	1294	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	986	4,00	
Μεταπτυχιακές σπουδές	52	7,00	
Μορφ. Επίπεδο μητρικής γιαγιάς			0,071
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	1101	3,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	1581	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	85	4,00	
Μορφ. Επίπεδο πατρικής γιαγιάς			<0,001

Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	1216	3,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	1446	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	71	6,00	
Μορφ. Επίπεδο μητρικού παππού			0,002
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	1072	3,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	1545	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	152	4,00	
Μορφ. επίπεδο πατρικού παππού			0,016
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	1143	3,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	1445	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	145	4,00	
Αριθμός ατόμων /δωμάτιο οικίας			0,503
< 1άτομο /δωμάτιο	534	4,00	
> 1 άτομο/δωμάτιο	2284	3,00	
Πείρα θηλασμού της μητέρας			0,037
Ναι	1126	4,00	
Όχι (δε θήλασε τα προηγ. βρέφη)	212	3,00	
Πρωτότοκος	1499	3,00	
Βοήθεια από οικογεν. περιβάλ.			0,162
Όχι	262	4,00	
Ναι	2577	3,00	
Εποχή Τοκετού			0,257
Φθινόπωρο-χειμώνα	1327	3,00	
Άνοιξη-καλοκαίρι	1517	3,00	

**Πίνακας ΙΧ: Χαρακτηριστικά και μέση διάρκεια
αποκλειστικού θηλασμού**

<i>Παράγοντες</i>	<i>Μέση Διάρκεια</i>	<i>p-value</i>
Πρόθεση Θηλασμού		<0,001
Όχι	3,00	
Όσο μπορώ	3,00	
Δεν ξέρω	2,00	
1 μήνα	1,00	
1-3 μήνες	2,00	
3-6 μήνες	3,00	
≥ 6 μήνες	5,00	
Είδος Νοσοκομείου		0,48
Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομ.	4,00	
Μη Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκ.	3,00	
Είδος τοκετού		0,341
Φυσιολογικός τοκετός	3,00	
Καισαρική τομή	3,00	
Περιοχή ανατροφής μητέρας		0,004
Αθήνα	3,00	
Άλλη πόλη	3,00	
Χωριό	3,00	
Εξωτερικό	4,00	
Ηλικία μητέρας		0.001
Ως 24 ετών	3,00	
25-29 ετών	3,00	
30-34 ετών	3,00	
≥ 35 ετών	3,00	
Άδεια ανατροφής-μητρότητας		0,032
< 2 μήνες	3,00	
2-6 μήνες	3,00	
≥ 6 μήνες	3,00	
Νοικοκυρά	3,00	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας		0,282
Βασική εκπαίδευση (<9έτη)	3,00	
Λύκειο (9-12 έτη)	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	3,00	
Μεταπτυχιακές σπουδές	5,00	
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα		<0,001
Βασική εκπαίδευση (<9έτη)	3,00	
Λύκειο (9-12 έτη)	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	3,00	
Μεταπτυχιακές σπουδές	6,00	
Μορφ. επίπεδο μητρικής γιαγιάς		0,122
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	3,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	3,00	
Μορφ. επίπεδο πατρικής γιαγιάς		0,010

Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	3,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	6,00	
Μορφ. επίπεδο μητρικού παππού		0,009
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	3,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	4,00	
Μορφ. επίπεδο πατρικού παππού		0,080
Βασική εκπαίδευση (6 έτη)	3,00	
Γυμνάσιο (9-12έτη)	3,00	
ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	3,00	
Αριθμός ατόμων /δωμάτιο οικίας		0,257
< 1 άτομο /δωμάτιο	3,00	
> 1 άτομο/δωμάτιο	3,00	
Πείρα θηλασμού της μητέρας		0,069
Ναι	3,00	
Όχι (δε θήλασε τα προηγ. βρέφη)	2,00	
Πρωτότοκος	3,00	
Βοήθεια από οικογεν. περιβάλ.		0,030
Όχι	4,00	
Ναι	3,00	
Εποχή Τοκετού		0,083
Φθινόπωρο-χειμώνα	3,00	
Άνοιξη-καλοκαίρι	3,00	

Πίνακας Χ: Παράγοντες κινδύνου διακοπής του μητρικού θηλασμού

<i>Παράγοντες</i>	<i>Crude HR</i>	<i>p-value</i>	<i>Adjusted HR</i>	<i>p-value</i>
Πρόθεση Θηλασμού				
Όχι	1,14	0,592	1,15	0,585
Όσο μπορώ	1,44	<0,001	1,41	<0,001
Δεν ξέρω	1,64	0,001	1,86	<0,001
1μήνα	3,55	<0,001	3,19	<0,001
1-3μήνες	2,32	<0,001	2,20	<0,001
3-6 μήνες	1,69	<0,001	1,70	<0,001
≥ 6 μήνες	1,00		1,00	<0,001
Περιοχή ανατροφ. μητέρας				
Αθήνα	1,40	0,009	1,41	0,026
Άλλη πόλη	1,20	0,187	1,24	0,174
Χωριό	1,26	0,091	1,30	0,094
Εξωτερικό	1,00		1,00	
Ηλικία μητέρας				
Ως 24 ετών	1,38	0,001	1,24	0,058
25-29 ετών	1,25	0,001	1,10	0,224
< 0,00130-34 ετών	1,22	0,002	1,14	0,075
≥ 35 ετών	1,00		1,00	

Πίνακας ΧΙ: Παράγοντες κινδύνου διακοπής**Αποκλειστικού μητρικού θηλασμού**

<i>Παράγοντες</i>	<i>Crude HR</i>	<i>p-value</i>	<i>Adjusted HR</i>	<i>p-value</i>
Πρόθεση Θηλασμού				
Όχι	1,69	0,049	2,04	0,016
Όσο μπορώ	1,38	<0,001	1,32	0,002
Δεν ξέρω	1,52	0,016	1,57	0,001
1μήνα	3,04	<0,001	2,56	0,030
1-3μήνες	2,07	<0,001	2,02	0,001
3-6 μήνες	1,77	<0,001	1,85	<0,001
≥ 6 μήνες	1,00		1,00	<0,001
Περιοχή ανατροφ. μητέρας				
Αθήνα	1,38	0,022	1,51	0,013
Άλλη πόλη	1,18	0,267	1,37	0,071
Χωριό	1,26	0,116	1,44	0,034
Εξωτερικό	1,00		1,00	

