

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΕΡΕΥΝΑ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΚΑΤΣΑΚΙΩΡΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

**ΑΘΗΝΑ
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2015**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Κατσακιώρη Αλεξάνδρα

Εξεταστική επιτροπή

Κυρίτση Ελένη, Επιβλέπουσα
Μπακούλα – Τζουμάκα Χρύσα, Μέλος
Ευαγγέλου Ελένη, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςγια την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας Κατσακιώρη Αλεξάνδρας, συνεδρίασε σήμερα/...../.....

Η επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Κατσακιώρη Αλεξάνδρας με τίτλο: «**Θέσεις και απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για τον μητρικό θηλασμό**», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους..... προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους....., για βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους..... και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Κυρίτση Ελένη, Επιβλέπουσα (Υπογραφή).....
- Μπακούλα – Τζουμάκα Χρύσα, (Υπογραφή).....
- Ευαγγέλου Ελένη, (Υπογραφή).....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολόθερμες ευχαριστίες οφείλω στην κυρία Κυρίτση Ελένη, καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Αθήνας, για την εμπιστοσύνη που μου επέδειξε αναλαμβάνοντας το ρόλο της επιβλέπουσας Καθηγήτριας, για την ακούραστη καθοδήγησή της και τη διαρκή βοήθειά της στην εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Παράλληλα, θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω για την συμπαράσταση, την στήριξη και τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν κατά την φοίτησή μου τις καθηγήτριάς μου: κ. Τζουμάκα Μπακούλα Χρύσα, καθηγήτρια παιδιατρικής ΕΚΠΑ και την κ. Ευαγγέλου Ελένη, αναπλ. καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Ακόμα, ιδιαίτερες ευχαριστίες αισθάνομαι ότι οφείλω σε όλες τις προϊσταμένες και υπεύθυνες των τμημάτων των τεσσάρων νοσοκομείων, στα οποία διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια, αλλά και ξεχωριστά σε κάθε μία από τις συμμετέχουσες για την βοήθεια και την συνεργασία τους κατά την συλλογή των δεδομένων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 1 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... | 2 |
| Η ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ..... | 4 |
| Η αύξηση του συστήματος των γαλακτοφόρων πόρων – Ο ρόλος των οιστρογόνων .. | 4 |
| Η ανάπτυξη του συστήματος των λοβιδίων – αδενοκυψελών - Ο ρόλος της προγεστερόνης..... | 5 |
| Η επίδραση της προγεστερόνης κατά την κύηση | 5 |
| Ρύθμιση σταδίου II της γαλακτογένεσης | 6 |
| ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ..... | 9 |
| Γενικά..... | 9 |
| Πύαρ | 9 |
| Ωριμο γάλα..... | 10 |
| Συστατικά μητρικού γάλακτος | 11 |
| Νερό | 11 |
| Λιπίδια | 11 |
| Πρωτεΐνες | 12 |
| Υδατάνθρακες..... | 14 |
| Βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία | 15 |
| ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ | 17 |
| ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ..... | 17 |
| Ανοσολογική υποστήριξη-προστασία από λοιμώξεις | 17 |
| Πρόληψη παχυσαρκίας..... | 20 |
| Πρόληψη σακχαρώδη διαβήτη τύπου II..... | 21 |
| Πρόληψη από το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου του βρέφους..... | 22 |
| Πρόληψη εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου..... | 23 |
| Πρόληψη ανάπτυξης λευχαιμίας στα παιδιά..... | 26 |
| Επίδραση του θηλασμού στην γνωσιακή ανάπτυξη | 27 |
| ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ..... | 27 |
| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ..... | 31 |
| ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ..... | 31 |
| Ηλικία..... | 31 |
| Κοινωνικοοικονομική κατάσταση – Εθνικότητα..... | 31 |
| Κάπνισμα | 33 |

| | |
|---|----|
| Εργασία της Μητέρας..... | 34 |
| ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ | 36 |
| Προθέσεις και απόψεις της μητέρας πριν την κύηση..... | 36 |
| ΑΙΤΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ | 37 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... | 42 |
| ΣΚΟΠΟΣ | 43 |
| ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ | 43 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 46 |
| Α΄ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 46 |
| Β΄ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 48 |
| ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ..... | 55 |
| ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ | 74 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 79 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 88 |
| Περίληψη..... | 90 |
| Abstract | 92 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 94 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο μητρικός θηλασμός αναγνωρίζεται διεθνώς ως η καταλληλότερη μέθοδος βρεφικής διατροφής, που παρουσιάζει πολύ σημαντικά πλεονεκτήματα, τόσο για τη μητέρα και το έμβρυο, όσο και για το κοινωνικό σύνολο (ανοσολογικά, διατροφικά, αναπτυξιακά, ψυχοκοινωνικά, οικονομικά και περιβαλλοντικά). Ως αποκλειστικός θηλασμός (exclusive breastfeeding) ορίζεται η αποκλειστική διατροφή του βρέφους με μητρικό γάλα από τη μητέρα του ή κάποια τροφή, απευθείας ή από μπουκάλι, χωρίς την προσθήκη άλλων υγρών ή στερεών, με την εξαίρεση σταγόνων ή σιροπιών που περιέχουν βιταμίνες, ιχνοστοιχεία ή φάρμακα.

Επίσης, από τον WHO, ορίζεται ως συμπληρωματική διατροφή (supplementary feeding) η προσθήκη τροφής σε βρέφος κάτω των 6 μηνών, προκειμένου να συμπληρωθεί το μητρικό γάλα, το οποίο είναι ανεπαρκές, ενώ με τον όρο complementary feeding, πλέον ορίζεται η προσθήκη τροφής σε βρέφος άνω των 6 μηνών, που θηλάζει και λαμβάνει επαρκή ποσότητα γάλακτος, προκειμένου να ενταχθεί σταδιακά στην καθημερινή οικογενειακή διατροφή.¹ Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων (AAP) συστήνει στις μητέρες τον αποκλειστικό θηλασμό ως την μέθοδο διατροφής για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του βρέφους και προτείνει τη συνέχιση του θηλασμού για τουλάχιστον ένα χρόνο.² Αντίθετα, η αποκλειστική χορήγηση μη μητρικού γάλακτος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για ασθένειες του βρέφους, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.³ Ωστόσο, οι γυναίκες επιλέγουν να θηλάσουν ή μη τα παιδιά τους για ποικίλους λόγους και έχει αναδειχθεί ότι οι αντιλήψεις τους για τον μητρικό θηλασμό καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά τους στο συγκεκριμένο ζήτημα (επιλογή μεθόδου διατροφής, έναρξη, διάρκεια, αποκλειστικότητα).⁴

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων και απόψεων μητέρων νοσηλευτικού προσωπικού για τον μητρικό θηλασμό.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο γενικό αναφέρεται η δράση και επίδραση των ορμονών κατά την κύηση για την προετοιμασία του θηλασμού και τα συστατικά του μητρικού γάλακτος. Ακόμα αναφέρονται τα πλεονεκτήματα του θηλασμού τόσο για το παιδί όσο και για τη

μητέρα, οι παράγοντες που επηρεάζουν τις συνήθειες του θηλασμού, συμπεριφορές και αντιλήψεις των μητέρων και αίτια διακοπής θηλασμού καθώς επίσης οι θέσεις και απόψεις των νοσηλευτριών για το μητρικό θηλασμό.

Στο ειδικό μέρος αναφέρονται ο σκοπός της παρούσας εργασίας, το δείγμα της μελέτης, η μεθοδολογία, η στατιστική ανάλυση των ευρημάτων, τα αποτελέσματα καθώς και η συζήτηση, τα συμπεράσματα, οι προτάσεις βάση των ευρημάτων αυτών και η περίληψη της μελέτης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Τέλος στο παράρτημα παρατίθεται το εργαλείο συλλογής των δεδομένων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

Μεταξύ 8-13 ετών στα κορίτσια, υπό την εγκατάσταση του υποφυσιο-ωοθηκικού-μητρικού κύκλου, αρχίζει η ανάπτυξη των μαστών, η οποία εκδηλώνεται, με επιμήκυνση και διακλάδωση των πόρων, με ανάπτυξη στα τελικά τους άκρα και αύξηση του λίπους και του συνδετικού ιστού και φθάνει αυτό της ενήλικης γυναίκας με βάρος περίπου 200gr. Το επόμενο στάδιο της ανάπτυξης ξεκινάει κατά την κύηση, όπου ο αδενικός ιστός του μαστού φθάνει στην πλήρη ανάπτυξη για την παραγωγή του γάλατος. Σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων του μαστού εξαρτάται από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη.⁵ Κατά τη διάρκεια του μέσου της κύησης ξεκινάει η εκκριτική διαφοροποίηση, αυτή η αλλαγή ονομάζεται στάδιο I της γαλακτογένεσης.⁶ Στους ανθρώπους η εμφάνιση της πρωτεΐνης του γάλατος α-λακταλβουμίνης στο αίμα σηματοδοτεί την έναρξη του. Ο αδένας παραμένει αδρανής αλλά σε ετοιμότητα να εκκρίνει γάλα περίπου μετά τον τοκετό. Η περίοδος της αδράνειας εξαρτάται από την παρουσία υψηλών επιπέδων προγεστερόνης, η οποία καταστέλλει την έκκριση του γάλατος. Όταν αυτή η ορμόνη ελαττωθεί, περίπου την ώρα της γέννησης, ξεκινά το στάδιο II της γαλακτογένεσης, το στάδιο της ενεργού έκκρισης γάλατος.⁷

Αύξηση του συστήματος των γαλακτοφόρων πόρων – Ο ρόλος των οιστρογόνων

Στο μαζικό αδένια εκφράζονται κυρίως οι υποδοχείς των οιστρογόνων α και όχι των οιστρογόνων β. Στοιχεία που ελήφθησαν από ποντίκια, στα οποία οι υποδοχείς των οιστρογόνων ή της προγεστερόνης είχαν αφαιρεθεί επιβεβαιώνουν ότι τα σήματα τα οποία καθορίζονται από τα οιστρογόνα διαμέσου των υποδοχέων των οιστρογόνων είναι απαραίτητα για τη μορφοποίηση των γαλακτοφόρων αγωγών.⁸

Κατά τη διάρκεια της κύησης, τα τεράστια ποσά των οιστρογόνων που εκκρίνονται από το πλακούντα προκαλούν την αύξηση και τη διακλάδωση του συστήματος των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Παράλληλα, παρατηρείται αύξηση και του υποστρώματος των μαστών, μέσα στο οποίο εναποτίθενται

μεγάλα ποσά λίπους.⁹ Τα οιστρογόνα, έχει επίσης αναδειχθεί ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της έκκρισης (προλακτίνη) και της δραστηριότητας (προγεστερόνη, μέσω των υποδοχέων της) άλλων ορμονών. Επιπλέον, φαίνεται πως τα οιστρογόνα συμμετέχουν στην υποστροφή του μαζικού αδένα μετά το τέλος της περιόδου του θηλασμού, ενδεχομένως μέσω δράσης στα μυοεπιθηλιακά κύτταρα.⁵

Ανάπτυξη του συστήματος των λοβιδίων – αδenoκυψελών - Ο ρόλος της προγεστερόνης

Για την τελική ανάπτυξη των μαστών σε όργανα που εκκρίνουν το γάλα απαιτείται επίσης και η επίδραση της προγεστερόνης, η οποία συνδεδεμένη με τον υποδοχέα της σηματοδοτεί την έναρξη της ανάπτυξης των γαλακτοφόρων πόρων.¹⁰

Όταν το σύστημα των γαλακτοφόρων πόρων έχει αναπτυχθεί, η προγεστερόνη, σε συνέργεια κυρίως με τα οιστρογόνα, αλλά και με άλλες ορμόνες (προλακτίνη, γλυκοκορτικοειδή, αυξητική ορμόνη, ινσουλίνη), επιδρά και προκαλεί την αύξηση των λοβιδίων, των πολλαπλασιασμό των αδenoκυψελών, και την ανάπτυξη εκκριτικών χαρακτηριστικών των κυττάρων των κυψελών. Οι μεταβολές αυτές είναι ανάλογες με την εκκριτική επίδραση της προγεστερόνης στο ενδομήτριο της μήτρας κατά την διάρκεια του δεύτερου μισού του γεννητικού κύκλου στη γυναίκα.⁹

Η επίδραση της προγεστερόνης κατά την κύηση

Κατά τη διάρκεια της κύησης η προγεστερόνη αυξάνεται σημαντικά (έως 200 ng/ml), εκκρινόμενη κυρίως από τον πλακούντα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η παραγωγή γάλακτος να καθυστερεί στον άνθρωπο σε σχέση με άλλα θηλαστικά, στα οποία η προγεστερόνη εκκρίνεται κατά κύριο λόγο από τις ωοθήκες και στα οποία η γαλακτογένεση ξεκινά πριν τον τοκετό και το γάλα είναι διαθέσιμο αμέσως μετά τη γέννηση. Αντίθετα, στον άνθρωπο, όπου η προγεστερόνη ξεκινά να μειώνεται μόνο μετά την αφαίρεση του πλακούντα μετά τον τοκετό, η γαλακτογένεση καθυστερεί περίπου κατά 48 ώρες και δεν ολοκληρώνεται παρά 4 ημέρες μετά τον τοκετό. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι τα επίπεδα των υποδοχέων

της προγεστερόνης που μειώνονται κατά τη διάρκεια της κύησης, πρακτικά υποχωρούν σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα κατά την περίοδο του θηλασμού.⁵

Ρύθμιση σταδίου II της γαλακτογένεσης

Είναι εδώ και καιρό γνωστό ότι απότομες αλλαγές στη συγκέντρωση στο πλάσμα των ορμονών της εγκύου είναι αυτές που ενεργοποιούν τη λακτογένεση. Ωστόσο, ποιες ακριβώς ορμόνες το επιτυγχάνουν αυτό έχει υπάρξει στο παρελθόν θέμα συζήτησης. Είναι σαφές ότι η ύπαρξη ενεργοποιημένου επιθηλίου του μαζικού αδένου, η συνεχής παρουσία επιπέδων προλακτίνης κοντά στα 200 ng/ml και η πτώση στα επίπεδα της προγεστερόνης είναι απαραίτητα για την έναρξη της έκκρισης γάλατος μετά τον τοκετό. Το ότι η πτώση της προγεστερόνης είναι εναρκτήριο ερέθισμα για την γαλακτογένεση υποστηρίζεται από στοιχεία που προκύπτουν από διάφορα είδη. Για παράδειγμα η εξωγενής προγεστερόνη παρεμποδίζει την σύνθεση των λιπιδίων και της λακτόζης στο μαζικό αδένου μετά την αφαίρεση της πηγής της προγεστερόνης, και κυρίως των ωοθηκών, σε κυοφορούντες αρουραίους και ποντίκια. Στους ανθρώπους η αφαίρεση του πλακούντα, ο οποίος είναι η πηγή της προγεστερόνης κατά την εγκυμοσύνη, είναι από καιρό γνωστό ότι είναι αναγκαία για την έναρξη της έκκρισης γάλατος. Επίσης, η διατήρηση τμημάτων πλακούντα με την ικανότητα να εκκρίνουν προγεστερόνη, έχει διαπιστωθεί ότι καθυστερεί τη γαλακτογένεση στους ανθρώπους. Έτσι επομένως χωρίς πτώση της προγεστερόνης γαλακτογένεση δεν μπορεί να συμβεί.¹¹

Ωστόσο και άλλες ορμόνες πρέπει να είναι παρούσες προκειμένου αυτό το ερέθισμα να είναι αποτελεσματικό. Είτε η προλακτίνη, είτε τα γαλακτογόνα του πλακούντα, είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του μαζικού αδένου στην κύηση και με την μείωση των γαλακτογόνων του πλακούντα μετά την αφαίρεση του, η προλακτίνη είναι απαραίτητη για την διατήρηση του θηλασμού στα περισσότερα είδη αν και οι αγελάδες ίσως αποτελούν εξαίρεση. Η βρωμοκρυπτίνη και άλλα ανάλογα ντοπαμίνης (φάρμακα τα οποία αποδεδειγμένα περιορίζουν την έκκριση της προλακτίνης) εμποδίζουν την γαλακτογένεση όταν δίνονται σε κατάλληλες δόσεις. Από την άλλη, η προλακτίνη δεν ήταν απαραίτητη για την λακτογένεση, καθώς τα γαλακτογόνα του πλακούντα παρείχαν τα απαραίτητα ερεθίσματα στους

υποδοχείς της προλακτίνης. Επομένως, υπάρχουν δεδομένα βάσει των οποίων μπορεί να υποστηριχθεί η ιδέα ότι η αύξηση της προλακτίνης δεν είναι το απαραίτητο ερέθισμα της γαλακτογένεσης.^{11, 12}

Είναι εδώ και καιρό γνωστό ότι τα γλυκοκορτικοειδή είναι απαραίτητα για την έκκριση γάλατος και τη γαλακτογένεση κάτι το οποίο πρόσφατα επιβεβαιώθηκε και σε ποντίκια. Ωστόσο, τελικά, η αύξηση των γλυκοκορτικοειδών δεν είναι το αναγκαίο ερέθισμα, καθώς η χορήγηση υψηλών δόσεων γλυκοκορτικοειδών δεν προωθεί την γαλακτογένεση. Επίσης, η ινσουλίνη είναι γενικά απαραίτητη για την έναρξη και διατήρηση της έκφρασης του γονιδίου της πρωτεΐνης του γάλατος σε καλλιέργειες κυττάρων του μαζικού αδένου, ενώ έλλειψη της ινσουλίνης του πλάσματος είχε ως αποτέλεσμα την μειωμένη παραγωγή γάλατος σε αρουραίους και κατσίκες. Ωστόσο, βραχυχρόνιες ελλείψεις της ινσουλίνης δεν βρέθηκε να επιδρούν στη γαλακτογένεση στους αρουραίους.^{12, 13}

Επομένως, η υπάρχουσα βιβλιογραφία αποκλείει τις οξείες αλλαγές στις συγκεντρώσεις των γλυκοκορτικοειδών, της προλακτίνης και της ινσουλίνης ως τα ερεθίσματα που διεγείρουν τη γαλακτογένεση αν και τα γλυκοκορτικοειδή και η προλακτίνη είναι απαραίτητα σε κάποιο βαθμό προκειμένου η πτώση της προγεστερόνης να δράσει σαν ερέθισμα της γαλακτογένεσης. Εν κατακλείδι δεδομένα τα οποία είναι διαθέσιμα τόσο από μελέτες σε ζώα όσο και σε ανθρώπους δείχνουν ότι το φυσιολογικό ερέθισμα για την γαλακτογένεση είναι η πτώση της προγεστερόνης, ενώ η διατήρηση υψηλών επιπέδων προλακτίνης και κορτιζόνης είναι απαραίτητη προκειμένου αυτό το ερέθισμα να είναι αποτελεσματικό. Βέβαια, προαπαιτούμενο είναι το επιθήλιο του μαζικού αδένου να είναι επαρκώς προετοιμασμένο από τις ορμόνες της εγκυμοσύνης για να ανταποκριθεί με την σύνθεση του γάλατος. Ο ρόλος των γλυκοκορτικοειδών και της ινσουλίνης δεν έχει πλήρως αποσαφηνισθεί αν και η τελευταία πιθανών να συμβάλλει σημαντικά στη διατήρηση μιας μεταβολικής κατάστασης που επιτρέπει τη συνεχή ροή θρεπτικών στοιχείων προς το μαζικό αδένου.^{11, 14}

Έτσι, για την αύξηση του συστήματος των γαλακτοφόρων πόρων και την εξέλιξη του θηλασμού σημασία, εκτός των ορμονών του φύλου, έχουν επίσης τουλάχιστον τέσσερις ακόμα ορμόνες: η αυξητική ορμόνη, η προλακτίνη, τα γλυκοκορτικοειδή των επινεφριδίων και η ινσουλίνη. Η καθεμία από αυτές τις

ορμόνες είναι γνωστό ότι διαδραματίζει τουλάχιστον κάποιο ρόλο που αφορά το μεταβολισμό των πρωτεϊνών, ο οποίος προφανώς ερμηνεύει την επίδραση τους, στην ανάπτυξη των μαστών.¹¹

ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Γενικά

Το γάλα είναι η βάση της διατροφής του ανθρώπου στη βρεφική τουλάχιστον περίοδο της ζωής του. Το μητρικό γάλα θεωρείται ως η καλύτερη πηγή θρεπτικών ουσιών για το νεογνό και το βρέφος ως την ηλικία των 6 μηνών. Το 87% του ανθρώπινου γάλατος είναι νερό και όλα τα υπόλοιπα συστατικά του βρίσκονται μέσα σε αυτό. Τα θρεπτικά συστατικά του γάλακτος είναι τα λίπη, οι πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες. Άλλα συστατικά του γάλατος μη θρεπτικά είναι οι υδατοδιαλυτές και λιποδιαλυτές βιταμίνες, τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία. Το ανθρώπινο γάλα είναι ισοτονικό ως προς το πλάσμα και έτσι τα συστατικά του είναι έτοιμα να διασχίσουν τη μεμβράνη της θηλαίας άλω είτε με διάχυση είτε με μεταφορά. Το ασβέστιο, η γλυκόζη, το μαγνήσιο, τα αμινοξέα και το νάτριο διασχίζουν τη μεμβράνη με ενεργητική μεταφορά ενώ το νερό, οι ηλεκτρολύτες και τα υδατοδιαλυτά συστατικά κινούνται μέσω της διάχυσης.¹⁵⁻¹⁸

Πύαρ

Το γάλα των πρώτων ημερών (πρωτόγαλα ή πύαρ) έχει διαφορετική σύσταση από το μετέπειτα, προσαρμοσμένο στις ειδικές ανάγκες του νεογνού κατά τις πρώτες μέρες της ζωής του. Το πρώτο γάλα το κολόστρον ή αλλιώς πύαρ, είναι παχύ, συχνά κίτρινο ρευστό που παράγεται κατά τη διάρκεια του σταδίου λακτογένεσης II. Το πύαρ εμπεριέχεται στις κυψελίδες και εκκρίνεται τρεις με τέσσερις ημέρες μετά τη γέννηση του μωρού. Τα βρέφη μπορούν να πιούν μόνο 2-10ml πρωτογάλατος ανά γεύμα τις πρώτες δύο με τρεις ημέρες. Έχει σημαντικές διαφορές, τόσο ποσοτικές, όσο και ποιοτικές, στη σύσταση σε σχέση με το αγελαδινό γάλα. Έχει πολύ μικρότερο ποσοστό πρωτεΐνης, ωστόσο σε πιο αφομοιώσιμη μορφή και με μεγαλύτερη βιολογική αξία. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η μεγάλη περιεκτικότητα σε ταυρίνη, ένα αμινοξύ που θεωρείται απαραίτητο στα βρέφη και είναι πολύ σημαντικό για την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Το πύαρ αντικαθιστάται σταδιακά από το μεταβατικό γάλα το οποίο περιέχει πύαρ και ώριμο γάλα και μοιάζει με το κανονικό γάλα. Το μεταβατικό γάλα σχηματίζεται σε τρεις έως δέκα ημέρες από το πύαρ, αυτό εξαρτάται από το πόσο συχνά θηλάζει η μητέρα. Το μεταβατικό γάλα έχει αφθονία

ύδατος και όχι λίπους. Μετά από δέκα μέρες θηλασμού το μεταβατικό γάλα δίνει τη θέση του στο ώριμο γάλα^{15, 17, 18}

Ωριμο γάλα

Την 3η εβδομάδα ζωής του βρέφους το γάλα παίρνει την τελική του σύσταση και ονομάζεται πλέον ώριμο μητρικό γάλα. Το λίπος στο μητρικό γάλα αυξάνει με την πάροδο της γαλουχίας. Γενικά το γάλα της μητέρας έχει πολύ μεγαλύτερη αναλογία σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, από ότι το γάλα της αγελάδας. Η σύσταση σε βιταμίνες αντανακλά τη διατροφική κατάσταση της μητέρας και την καθημερινή πρόσληψή τους. Τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία βρίσκονται σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό στο αγελαδινό γάλα με αποτέλεσμα να παρατηρείται νεφρική φόρτιση, σε συνδυασμό και με την αυξημένη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες. Στο μητρικό γάλα τα μέταλλα βρίσκονται σε αναλογία και μορφή που ευνοεί την απορρόφησή τους και εξασφαλίζει την φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους. Μια από τις σπουδαιότερες ιδιότητές του είναι η ανοσολογική προστασία που παρέχει στο βρέφος, καθώς είναι πλούσιο σε αντισώματα.¹⁵⁻¹⁷

Η σύσταση και ο όγκος του μητρικού γάλατος αλλάζει προοδευτικά όσο διαρκεί η γαλουχία και επηρεάζεται σημαντικά από τη θρεπτική κατάσταση της μητέρας και τις διατροφικές της συνήθειες, όσο και από την ημερήσια πρόσληψη θερμίδων και θρεπτικών συστατικών. Διαφορές στη δίαιτα της μητέρας επιδρούν στον ολικό όγκο και τη συγκέντρωση του γάλατος που εκκρίνεται, όχι όμως και στην ποιοτική σύσταση. Έτσι όταν μία μητέρα διατρέφεται φτωχά, ο όγκος του εκκρινόμενου γάλατος μειώνεται, αλλά τα ποσοστά των πρωτεϊνών, λιπών και υδατανθράκων θα επηρεαστούν σχετικά λίγο.^{15, 17}

Έρευνες δείχνουν ότι οι απαιτήσεις του βρέφους είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της ποσότητας του γάλατος που μεταφέρεται σ' αυτό μέσο θηλασμού. Έτσι η ποσότητα και η ποιότητα του γάλατος που θα μεταφερθεί τελικά στο βρέφος διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην επίτευξη ομαλής σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης του νεογνού. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την σύνθεση του μητρικού γάλακτος είναι η ηλικία κυοφορίας, ο χρόνος γαλουχίας (διαφορετική σύνθεση σε πρόωρα και τελειόμηνα γεννημένα βρέφη), γενετικά χαρακτηριστικά, αλλά και διατροφικές συνήθειες διαφορετικών πληθυσμών.^{15, 17}

Συστατικά μητρικού γάλακτος

Το ανθρώπινο γάλα είναι ένας κομψά σχεδιασμένος φυσικός πόρος. Η σύνθεση του μητρικού γάλακτος αντικατοπτρίζει τις θρεπτικές ανάγκες του νεογέννητου και είναι μεταβλητή πέρα από μια απλή διατροφή, κατά τη διάρκεια της ημέρας, σύμφωνα με την ηλικία του βρέφους ή της κύησης κατά τον τοκετό, την παρουσία μόλυνσης στο στήθος, την περίοδο, και τη μητρική θέση. Η αποκλειστική διατροφή μέχρι και τον 6^ο μήνα με το μητρικό γάλα είναι ασφαλής και επαρκής. Τα κυριότερα συστατικά του γάλακτος, εκτός από το νερό (87%),¹⁸ είναι όπως και στη διατροφή των ενηλίκων, οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες και τα λίπη.¹⁵

Νερό

Το μεγαλύτερο μέρος του μητρικού γάλακτος αποτελείται από νερό, ώστε να ξεδιψά το βρέφος που θηλάζει και να μην κινδυνεύει από αφυδάτωση εφόσον η μητέρα πίνει αρκετά υγρά. Έτσι ακόμα και το καλοκαίρι το γάλα αρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του μωρού χωρίς να δίνονται άλλα υγρά, ούτε καν νερό, με εξαίρεση διαλύματα για στοματική ενυδάτωση, φάρμακα, βιταμίνες και μέταλλα και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει τον αποκλειστικό θηλασμό του βρέφους για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του, κατά τους οποίους το βρέφος λαμβάνει μόνο μητρικό γάλα.^{2, 19}

Λιπίδια

Το λίπος του γάλακτος αποτελεί την κυριότερη πηγή ενέργειας για το βρέφος συνεισφέροντας περίπου το 50% της συνολικής ενέργειας. Η μέση περιεκτικότητα σε λίπος στο μητρικό γάλα είναι περίπου 3,8-3,9g/100ml, αλλά ποικίλει ευρέως.²⁰ Τα λιπαρά του ώριμου μητρικού γάλακτος κυμαίνονται συνήθως μεταξύ 3,5-4,5% αν και υπάρχουν μεγαλύτερες διακυμάνσεις. Στα 100 g. μητρικού γάλακτος, περίπου 2 g. είναι κορεσμένα λιπαρά, 1.7 g. μονοακόρεστα και 0.5 g. πολυακόρεστα. Επί του συνόλου των λιπών το 44% είναι κορεσμένα λιπαρά οξέα, ενώ το 55% ακόρεστα λιπαρά οξέα (μονοακόρεστα το 40% και πολυακόρεστα το 15%). Τα λιπαρά αυτά οξέα, εν μέρη λαμβάνονται από την κυκλοφορία του αίματος (και επηρεάζονται από τη δίαιτα της μητέρας) και εν μέρη συντίθενται de novo στον αδένα του μαστού²⁰

Περίπου το 98% του λίπους στο μητρικό γάλα αποτελείται από τριγλυκερίδια. Τα φωσφολιπίδια αποτελούν περίπου το 0,7%/100gr ή το 25 mg/dl. Το ανθρώπινο γάλα έχει υψηλή περιεκτικότητα σε χοληστερόλη (240mg/100gr). Η χοληστερόλη είναι η σημαντικότερη στερόλη του γάλατος και αποτελεί το 90,1% της συνολικής περιεκτικότητας του μητρικού γάλατος σε στερόλη. Το ποσό της χοληστερόλης μειώνεται καθώς η γαλακτοπαραγωγή προχωρεί, ακόμα και αν η περιεκτικότητα σε λίπος μπορεί να αυξηθεί. Ασκεί αναπτυξιακή και προφυλακτική δράση καθώς συμβάλει στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου, ενώ έχει διαπιστωθεί ότι οι αθηρωματικές πλάκες αναπτύσσονται συχνότερα και οι βλάβες είναι βαρύτερες σε ενήλικες που δεν θήλασαν.²¹

Η λιποπεριεκτικότητα διαφέρει, όχι μόνο από μητέρα σε μητέρα, αλλά ακόμα και στην ίδια γυναίκα, είναι διαφορετικό από ώρα σε ώρα και έχει σχέση με το διαιτολόγιο της. Για παράδειγμα, κατά τις πρωινές ώρες, το μητρικό γάλα είναι πλουσιότερο σε λίπος, από ότι κατά τις βραδινές. Επίσης, στην αρχή του θηλασμού, το γάλα είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες και περιέχει λιγότερο λίπος, ενώ προς το τέλος του γεύματος είναι πολύ πλούσιο σε λίπος.²¹

Στο μητρικό γάλα υπερέχουν, όπως είδαμε, τα ακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα που έχουν σπουδαίο ρόλο στην απορρόφηση του ασβεστίου και είναι πιο εύπεπτα από τα λιπαρά οξέα του αγελαδινού γάλακτος. Για την διάσπαση και την απορρόφηση του λίπους υπεύθυνη είναι η λιπάση του μητρικού γάλακτος, που δεν περιέχεται στο τροποποιημένο γάλα αγελάδας, στο στομάχι και η παγκρεατική λιπάση στο έντερο. Το λίπος, απορροφάται από τον οργανισμό και δεν αφήνει μεγάλο υπόλειμμα, γι αυτό οι κενώσεις των μωρών που θηλάζουν αποκλειστικά έχουν ένα ιδιαίτερο χρώμα, σύσταση αλλά και μυρωδιά. Εκτός από αυτό, τα μακρά πολυακόρεστα λίπη λινολεϊκό και α-λινολεϊκό οξύ είναι απαραίτητα για ανάπτυξη του εγκεφάλου και του ΚΝΣ γενικά, που σε αυτή την περίοδο μεγαλώνουν με ραγδαίους ρυθμούς και χρειάζονται πολύ ενέργεια.^{16, 17}

Πρωτεΐνες

Η συνολική περιεκτικότητα του μητρικού γάλατος σε πρωτεΐνη είναι χαμηλότερη από αυτή του αγελαδινού και μειώνεται περαιτέρω όσο εξελίσσεται ο θηλασμός. Αναλυτικότερα τη δεύτερη εβδομάδα μετά τον τοκετό βρίσκεται σε επίπεδα 1,3% ενώ προς το τέλος του 2^{ου} με 3^ο μήνα μειώνεται σε 0,9%. Με την

έναρξη του απογαλακτισμού, τα επίπεδα αρχίζουν να αυξάνονται και φθάνουν περίπου το 1,2% όταν πλέον έχει μειωθεί σημαντικά η παραγωγή γάλατος.¹⁶ Όμως, η σχέση και η σύσταση των πρωτεϊνών του μητρικού γάλατος είναι ιδανική για το ανώριμο ακόμα πεπτικό σύστημα του μωρού. Οι πρωτεΐνες του μητρικού γάλακτος απορροφώνται εξ' ολοκλήρου από το έντερο του μωρού, ενώ αυτές του ξένου όχι. Ένα μεγάλο μέρος τους, αποβάλλεται άπεπτο με τα κόπρανα. Δεν είναι τυχαίο ότι τα μωρά που τρέφονται αποκλειστικά με μητρικό γάλα, έχουν μαλακές, σχεδόν υδαρείς κενώσεις, ενώ αυτά που τρέφονται με ξένο γάλα, έχουν σφικτά κόπρανα και υποφέρουν πιο συχνά από κωλικούς. Έτσι, τα βρέφη που θηλάζουν καλύπτονται ενεργειακά και παίρνουν βάρος ακόμη και με μικρότερη ποσότητα γάλακτος σε σχέση με τα βρέφη που διατρέφονται με ξένο (όχι μητρικό) γάλα, επειδή απορροφούν στο μέγιστο τις πρωτεΐνες (ολική απορρόφηση από το έντερο του βρέφους) και τα άλλα θρεπτικά συστατικά.^{15, 16}

Χάρη στην ειδική σύνθεση των πρωτεϊνών του μητρικού γάλακτος, τα νεφρά και το ήπαρ του μωρού δεν επιβαρύνονται στην λειτουργία τους. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι πρωτεΐνες ορού γάλατος αντιστοιχούν περίπου στο 80% της ολικής πρωτεΐνης και η καζεΐνη στο υπόλοιπο 20%. Οι κύριες πρωτεΐνες ορού είναι η α- λακταλβουμίνη, η λακτοφερρίνη και η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη A (secretory IgA, SIgA).¹⁸

Η α-λακταλβουμίνη καταλύει συγκεκριμένες αντιδράσεις που υπεισέρχονται στη βιοσύνθεση της λακτόζης και η συγκέντρωση της μειώνεται με την πρόοδο του θηλασμού.¹⁶ Η λακτοφερρίνη δεσμεύει το σίδηρο και επομένως μειώνει τη διαθεσιμότητα του σε περίπτωση ύπαρξης παθογόνου εντερικής χλωρίδας, παρεμποδίζοντας έτσι την ανάπτυξη παθογόνων βακτηρίων. Η συγκέντρωση της λακτοφερρίνης μειώνεται κατά τις πρώτες 12 εβδομάδες του θηλασμού και στη συνέχεια παραμένει σταθερή για τα επόμενα 2 χρόνια. Η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη A (SIgA) έχει την ικανότητα να δεσμεύει συγκεκριμένα αντιγόνα στο πεπτικό και στο αναπνευστικό σύστημα της μητέρας και του βρέφους και κατ' αυτό τον τρόπο μειώνει τις λοιμώξεις. Επίσης εξουδετερώνει διάφορες τοξίνες και ιούς και ίσως δρα προστατευτικά κατά της εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων σε τρόφιμα, κυρίως σε περιπτώσεις όπου υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας. Η

συγκέντρωση της SIgA μειώνεται επίσης από 0,2% την 1^η εβδομάδα, σε 0,05% στη 12^η και κατόπιν παραμένει σταθερή έως και τα επόμενα 2 χρόνια.¹⁵

Επίσης, ορισμένες πρωτεΐνες όπως η λυσοζύμη δρουν ως ένζυμα. Τα επίπεδα της λυσοζύμης στο μητρικό γάλα είναι πολύ μικρά για να θεωρηθεί ότι έχει κάποια θρεπτική αξία, αλλά μπορεί να καταστρέψει παθογόνα βακτήρια μέσω της λύσης των κυτταρικών τους τοιχωμάτων. Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλατος σε λυσοζύμη αυξάνεται με την πρόοδο του θηλασμού. Το ελάχιστο της συγκέντρωσης της λυσοζύμης παρατηρείται στους 3 πρώτους μήνες, και στη συνέχεια αυξάνεται κατά το πρώτο έτος του θηλασμού.¹⁵

Η καζεΐνη έχει πολύ καλή πεπτικότητα. Η σημαντικότερη λειτουργική της ιδιότητα συνίσταται στο ότι δημιουργεί σύμπλοκα που περιλαμβάνουν ασβέστιο και φώσφορο και έτσι αυξάνεται η συγκέντρωση των στοιχείων αυτών στο μητρικό γάλα.¹⁶

Το μητρικό γάλα έχει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα στις ποσότητες που απαιτούνται από το βρέφος. Για παράδειγμα, το μητρικό γάλα είναι σχετικά φτωχό σε φαινυλαλανίνη, ενώ είναι πλούσιο σε κυστίνη και ταυρίνη αμινοξέα τα οποία το βρέφος δεν μπορεί να συνθέσει στην ποσότητα που του είναι απαραίτητη.¹⁵

Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες είναι σημαντική πηγή ενέργειας και περιέχονται στο μητρικό γάλα σε μεγαλύτερη ποσότητα από ότι στο αγελαδινό. Το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε λακτόζη, που είναι μετά το λίπος, η κυριότερη πηγή ενέργειας για το μωρό. Τα ποσοστά της λακτόζης στο ανθρώπινο γάλα διαφέρουν σημαντικά από το αγελαδινό. Ενώ το ανθρώπινο γάλα περιέχει 6,8g/100ml λακτόζης το αγελαδινό περιέχει 0,3g/100ml.¹⁸ Ακόμα, το μητρικό γάλα περιέχει το ένζυμο λακτάση, που βοηθά στη διάσπαση της λακτόζης στο έντερο του μωρού και κάνει το μητρικό γάλα ακόμα πιο εύπεπτο.^{17, 19}

Ο κύριος υδατάνθρακας του μητρικού γάλατος είναι ο δισακχαρίτης λακτόζη, η οποία αποτελείται από γλυκόζη και γαλακτόζη. Η συγκέντρωση της λακτόζης στο γάλα δε διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα και φαίνεται ότι δεν επηρεάζεται από δίαιτα. Η λακτόζη είναι σχετικά μη-διαλυτή και πέπτεται και απορροφάται με αργό ρυθμό, με την επίδραση της λακτάσης. Η παρουσία λακτόζης στο έντερο προωθεί την ανάπτυξη των μικροοργανισμών που παράγουν οξέα και συνθέτουν πολλές

από τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β. Το περιβάλλον που δημιουργείται στο έντερο λόγω της παραγωγής οξέων πιστεύεται ότι μειώνει την ανάπτυξη ανεπιθύμητων βακτηρίων στο έντερο του βρέφους και βελτιώνει την απορρόφηση του ασβεστίου, του φωσφόρου, του μαγνησίου και άλλων ιχνοστοιχείων.²²

Το μητρικό γάλα περιέχει σε μικρό ποσοστό και άλλους υδατάνθρακες και πιο συγκεκριμένα ολιγοσακχαρίτες, καθώς και αντιβακτηριακούς παράγοντες, οι οποίοι προστατεύουν το πεπτικό σύστημα του βρέφους από την ανάπτυξη παθογόνων βακτηριδίων. Επιπλέον, αν και το μητρικό γάλα δεν περιέχει σύνθετους υδατάνθρακες, περιέχει το ένζυμο αμυλάση, το οποίο διασπά τα πολυμερή της γλυκόζης και τους σύνθετους υδατάνθρακες, όπως το άμυλο, και βοηθά στην καλύτερη πέψη τους στην πρώτη περίοδο της ζωής, όταν η συγκέντρωση της παγκρεατικής αμυλάσης είναι πολύ χαμηλή στα υγρά του δωδεκαδάκτυλου.²²

Το μητρικό γάλα περιέχει όμως και ένα άλλο είδος υδατανθράκων, τον παράγοντα Bifidus. Αυτοί οι υδατάνθρακες, ευνοούν την ανάπτυξη των γαλακτοβακίλων στο έντερο του μωρού. Οι γαλακτοβάκιλοι είναι ένα είδος <<καλών>> βακτηριδίων, που προστατεύουν το έντερο από την ανάπτυξη άλλων βλαβερών βακτηριδίων, που προκαλούν κωλικούς και γαστρεντερίτιδες. Αυτό γίνεται με την δημιουργία ενός όξινου περιβάλλοντος, που είναι εχθρικό για την ανάπτυξη των βλαβερών μικροβίων. Τα μωρά που δεν θηλάζουν έχουν αλκαλικό ή ουδέτερο περιβάλλον στο έντερό τους που, με την πρώτη ευκαιρία, ευνοεί την ανάπτυξη των βλαβερών μικροβίων.¹⁹

Βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία

Το μητρικό γάλα έχει την κατάλληλη ποσότητα βιταμινών για τις ανάγκες του βρέφους και δεν τίθεται κίνδυνος, τόσο για την έλλειψη, όσο και για την υπερδοσολογία κάποιας βιταμίνης. Περιέχει τις λιποδιαλυτές βιταμίνες (Α, D, E και Κ) και η ποσότητα τους μεταβάλλεται ανάλογα το στάδιο του θηλασμού. Το ποσοστό των υδατοδιαλυτών βιταμινών στο μητρικό γάλα επηρεάζεται από τη διατροφή της μητέρας. Πάντως, όταν η πρόσληψη βιταμινών από τη μητέρα είναι χαμηλή, επηρεάζεται η περιεκτικότητα του μητρικού γάλατος σε αυτές.^{17, 21}

Λιποδιαλυτές βιταμίνες

Βιταμίνη A: Η βιταμίνη A παίζει πολύ σημαντικό ρόλο την ανάπτυξη και διάπλαση των ιστών, κυρίως του επιθηλίου του γαστρεντερικού και του αναπνευστικού συστήματος. Το γάλα είναι μια καλή πηγή βιταμίνης A και των πρόδρομων ουσιών της. Η περιεκτικότητα της στο πύαρ είναι περίπου δύο φορές μεγαλύτερη από ότι στο ώριμο γάλα. Η συγκέντρωση της στο μητρικό γάλα επηρεάζεται από τη διατροφή της μητέρας και εμφανίζεται στα 40-76 mg/L.²²

Βιταμίνη D : Η ποσότητα της βιολογικά ενεργής μορφής της βιταμίνης D στο μητρικό γάλα είναι χαμηλή (0,5-1,5 mg/L) Η διαιτητική πρόσληψη της μητέρας καθώς και η έκθεση στον ήλιο επηρεάζουν τα επίπεδα της βιταμίνης στο βρέφος, διότι αυξάνουν την περιεκτικότητα του μητρικού γάλατος σε αυτή τη βιταμίνη.²²

Βιταμίνη E: Η βιταμίνη E παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της δημιουργίας υπεροξειδίων από τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα της δίαιτας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην περίπτωση πρώιμου τοκετού, όπου η ανεπάρκεια της βιταμίνης E μπορεί να οδηγήσει σε μια ευαισθησία των μεμβρανών των ερυθροκυττάρων και στην εμφάνιση αιμολυτικής αναιμίας.²²

Βιταμίνη K : Στο μητρικό γάλα η βιταμίνη K βρίσκεται σε περιεκτικότητα περίπου 2mg/L. Η βιταμίνη K συντίθεται από τους μικροοργανισμούς του εντέρου, αλλά χρειάζεται να περάσουν αρκετές ημέρες ώστε να αναπτυχθεί ένας ικανοποιητικός μικροβιακός πληθυσμός στο αποστειρωμένο έντερο του νεογνού.²²

Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Τα επίπεδα των υδατοδιαλυτών βιταμινών στο μητρικό γάλα μπορούν να επηρεαστούν από τη διαιτητική πρόσληψη της μητέρας μέσω της τροφής, αλλά και μέσω συμπληρωμάτων διατροφής (βιταμίνη C, ριβοφλαβίνη, νιασίνη, βιταμίνη B6 και βιοτίνη),²³ Η βιταμίνη B6 για παράδειγμα είναι ανεπαρκής στο μητρικό γάλα, ωστόσο, τα επίπεδα της βιταμίνης αυτής αντικατοπτρίζουν κατ' ευθείαν τη διαιτητική πρόσληψη της μητέρας,²⁴ ενώ η βιταμίνη B12 και το φυλλικό οξύ είναι δεσμευμένα στις πρωτεΐνες ορού του μητρικού γάλακτος, επομένως η σύσταση τους στο γάλα επηρεάζεται ελάχιστα από την πρόσληψη της μητέρας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες υδατοδιαλυτές βιταμίνες²⁵.

Ανόργανα στοιχεία

Τα κυριότερα ανόργανα στοιχεία του μητρικού γάλακτος είναι το Κ: 57 mg/dl, το Να: 16mg/dl, το Cl: 40mg/dl το Ca: 20-30mg/100ml και Ρ: 14-15mg/100ml (σχέση Ca/P 1,8/2,4). Ο σίδηρος ο χαλκός και το μαγγάνιο βρίσκονται σε μικρές ποσότητες. Επίσης το μητρικό γάλα είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε ψευδάργυρο, μαγνήσιο, αλουμίνιο, ιώδιο, χρώμιο, σελήνιο, και φθόριο.²¹

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Ανοσολογική υποστήριξη-προστασία από λοιμώξεις

Το μητρικό γάλα συμβάλλει στην ανοσολογική υποστήριξη του νεογέννητου. Οι προστατευτικές του ιδιότητες αφορούν τόσο την κυτταρική ανοσία όσο και την χυμική. Το ποσοστό των Τ και Β λεμφοκυττάρων στο μητρικό γάλα είναι σε υψηλά επίπεδα και ενεργοποιούνται όσο το μητρικό γάλα παράγεται. Η έκκριση των IgA αντισωμάτων υπερισχύει στο ανθρώπινο γάλα και παίζει ρόλο ζωτικής σημασίας στην προστασία της κυτταρικής μεμβράνης. Ο θηλασμός μειώνει την πιθανότητα SSνα αρρωστήσει κάποιος από παθήσεις του γαστρεντερικού, αναπνευστικού συστήματος, μέση ωτίτιδα, ουροποιητικό σύστημα, μηνιγγίτιδα, σηψαιμία και νεκρωτική εντεροκολίτιδα. Αυτό και μόνο είναι απόδειξη ότι ο θηλασμός διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα.²⁶

Έχει παρατηρηθεί πώς ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με μειωμένη εμφάνιση λοιμώξεων της παιδικής ηλικίας και ιδίως οξείας μέσης ωτίτιδας, πιθανόν μέσω επίδρασης στους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού. Το μητρικό γάλα περιέχει αντισώματα έναντι κοινών παθογόνων, όπως ο *Haemophilus influenzae* και ο *Streptococcus pneumoniae*, καθώς και παράγοντες που εμποδίζουν την προσκόλληση των παραπάνω παθογόνων στα επιθηλιακά κύτταρα του ρινοφάρυγγα.²⁷

Οι παραπάνω παρατηρήσεις μελετήθηκαν σε μία πρόσφατη μετά-ανάλυση. Συγκρίνοντας τον θηλασμό με την διατροφή με τεχνητό γάλα, προέκυπτε σημαντική ευνοϊκή επίδραση του θηλασμού στον κίνδυνο εμφάνισης οξείας μέσης ωτίτιδας {Odds Ratio: 0.60 (95% CI 0.46 – 0.78)}. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,01$) στη

μείωση του κινδύνου, μεταξύ μελετών που συνέκριναν τον θηλασμό (οποιασδήποτε διάρκειας ή αποκλειστικότητας) με την αποκλειστική διατροφή με τεχνητό γάλα {Odds Ratio: 0.77 (95% CI 0.64 – 0.91)} και μεταξύ ερευνών που μελετούσαν παιδιά που είχαν αποκλειστικά θηλάσει για 3 ή 6 μήνες και παιδιά που είχαν τραφεί αποκλειστικά με τεχνητό γάλα για το ίδιο διάστημα {Odds Ratio: 0.50 (95% CI 0.36 – 0.70)}.²⁸

Από την παραπάνω μελέτη προκύπτει σαφής επιβεβαίωση των, έως τώρα, εμπειρικών παρατηρήσεων για την συμβολή του μητρικού θηλασμού στον περιορισμό του κινδύνου εκδήλωσης οξείας μέσης ωτίτιδας. Επιπρόσθετα, και άλλες μελέτες που δεν είχαν συμπεριληφθεί στην ανωτέρω μετά-ανάλυση αναδεικνύουν την ευνοϊκή επίδραση του μητρικού θηλασμού, ιδιαίτερα όταν διαρκεί για διάστημα μεγαλύτερο των 4 μηνών.²⁸⁻³¹

Οι λοιμώξεις του γαστρεντερικού είναι πολύ συχνές κατά την παιδική ηλικία. Υπολογίζεται ότι τα παιδιά ηλικίας έως 5 ετών παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο διάρροιας ανά έτος.³² Διάφορες έρευνες είχαν αναδείξει την ευνοϊκή επίδραση του θηλασμού στην εμφάνιση διαρροϊκής νόσου (μείωση του κινδύνου κατά 3-5 φορές),³³ η οποία αποδίδεται σε διάφορα συστατικά του μητρικού γάλακτος, όπως η ανοσοσφαιρίνη IgA, η λακτοφερίνη, διάφορα ολιγοσακχαρίδια, οι φουκοζυλιωμένες γλυκάνες, κ.α., που ασκούν την συμβολή τους ενισχύοντας την παθητική ανοσία του οργανισμού και παρεμποδίζοντας την προσκόλληση και τη δράση διάφορων μικροοργανισμών, όπως το *Campylobacter jejuni*, η *Escherichia coli* και διάφορα είδη ιών.^{34, 35}

Τα νεότερα δεδομένα συγκεντρώθηκαν σε μια μετά-ανάλυση το 2001,³⁶ από τη οποία όμως, λόγω μεθοδολογικών κυρίως προβλημάτων, δεν προέκυψαν σαφή αποτελέσματα. Ωστόσο, από τις επιμέρους μελέτες, προκύπτουν ενδείξεις ότι ο θηλασμός προφυλάσσει από την εκδήλωση λοιμώξεων του γαστρεντερικού, ιδίως κατά το πρώτο έτος της ζωής, ενώ αυτή η ευεργετική επίδραση φαίνεται να υποχωρεί δύο μήνες μετά τη διακοπή του θηλασμού.³⁷

Στις ΗΠΑ, 3% των βρεφών νοσηλεύονται κάθε χρόνο λόγω λοίμωξης του κατωτέρου αναπνευστικού.³⁸ Οι λοιμώξεις αυτές είναι συνήθως ιογενούς αιτιολογίας με συχνότερο αιτιολογικό παράγοντα των Αναπνευστικό Συγκυτιακό Ιο (RSV) και λαμβάνουν χώρα κυρίως μεταξύ του 2^{ου} και 8^{ου} μήνα ζωής. Η

ενδεχόμενη επίδραση του θηλασμού στον κίνδυνο πρόκλησης λοιμώξεων του κατωτέρου αναπνευστικού, που απαιτούν νοσοκομειακή αντιμετώπιση, μελετήθηκε σε μία μετά-ανάλυση του 2003, όπου διαπιστώθηκε μείωση κατά 72% του κινδύνου νοσηλείας σε νοσοκομείο στα βρέφη που τρέφονταν αποκλειστικά με μητρικό γάλα για 4 ή περισσότερους μήνες, σε σχέση με αυτά που λάμβαναν συμπλήρωμα.³⁹

Ο θηλασμός έχει προστατευτικό ρόλο στην εμφάνιση ατοπίας στα νεογέννητα με γενετική προδιάθεση στην ατοπία. Μια μετά-ανάλυση από 12 μελέτες (n=8,183) έδειξε ότι ο αποκλειστικός θηλασμός τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού σχετίζεται με λιγότερη εμφάνιση άσθματος, κατά την παιδική ηλικία. Σε νεογέννητα υψηλού κινδύνου ο αποκλειστικός θηλασμός και η καθυστέρηση στη λήψη στερεών τροφών, μπορεί να καθυστερήσει ή να προλάβει την έναρξη αλλεργιών στο φαγητό. Νεογέννητα με υψηλότερα επίπεδα IgE ορού και θετικό οικογενειακό ιστορικό για ατοπία, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη ατοπίας. Ο θηλασμός προστατεύει στην ανάπτυξη αλλεργιών με αρκετούς μηχανισμούς.²⁶

Η ατοπική δερματίτιδα εμφανίζει κατά την παιδική ηλικία επιπολασμό που κυμαίνεται μεταξύ 10-20% στις διάφορες έρευνες. Παρά την πραγματοποίηση πολλαπλών μελετών που διερευνούσαν την επίδραση του θηλασμού στην εμφάνιση ατοπικής δερματίτιδας, τα αποτελέσματα ήταν αμφιλεγόμενα πιθανότατα λόγω της ύπαρξης πολλαπλών συγχυτικών παραγόντων. Ωστόσο μία μετά-ανάλυση του 2001 που κατάφερε να αντιμετωπίσει τους διάφορους μεθοδολογικούς περιορισμούς ανέδειξε σαφώς την συμβολή του θηλασμού στον περιορισμό της εμφάνισης ατοπικής δερματίτιδας. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως ο αποκλειστικός θηλασμός για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ατοπικής δερματίτιδας {Odds Ratio: 0.68 (95% CI 0.52 – 0.88)}, ιδιαίτερα δε στις περιπτώσεις με θετικό οικογενειακό ιστορικό ατοπίας, όπου το όφελος είναι πολύ μεγαλύτερο {Odds Ratio: 0.58 (95%CI 0.41 – 0.92)}.⁴⁰

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του 20^{ου} αιώνα έχει αναφερθεί αύξηση στην επίπτωση του άσθματος, ενώ στις ΗΠΑ, την περίοδο 2010-2012, το 5,5% των παιδιών παρουσίασε μία κρίση άσθματος και το 9,4% έπασχε από άσθμα.⁴¹

Αυτή η αύξηση είχε αποδοθεί, από πολλούς, στην απουσία πρώιμης έκθεσης κατά την παιδική ηλικία σε λοιμώδεις παράγοντες, που οδηγούσε σε μεγαλύτερη ευαισθησία για ανάπτυξη αλλεργικών νοσημάτων.^{42, 43} Η παρατηρηθείσα αύξηση καθώς και η ύπαρξη άλλων συγχυτικών παραγόντων, όπως η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση ή το οικογενειακό ιστορικό ατοπίας, συντελούσαν ώστε οι αρχικές μελέτες που διερευνούσαν την σχέση θηλασμού και άσθματος να παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα.⁴⁴

Το 2001 σε μία μετά-ανάλυση 12 μελετών επιβεβαιώθηκε ότι ο θηλασμός προφυλάσσει από την ανάπτυξη άσθματος {Odds Ratio: 0.70 (95% CI 0.60 – 0.81)}, ιδίως σε περιπτώσεις με οικογενειακό ιστορικό άσθματος ή αλλεργίας {Odds Ratio: 0.52 (95% CI 0.35 – 0.79)}.⁴⁵ Έξι χρόνια μετά, το 2007, σε μια επικαιροποίηση των μετά-αναλύσεων με την προσθήκη και νέων μελετών διαπιστώθηκε ότι παραμένει σημαντική συσχέτιση του θηλασμού με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης άσθματος, ιδίως όμως σε παιδιά χωρίς οικογενειακό ιστορικό, καθώς και σε παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών με οικογενειακό ιστορικό.²⁸

Πρόληψη παχυσαρκίας

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει παρατηρηθεί αύξηση της επίπτωσης της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους, ενώ έχει αναγνωριστεί πως οι διατροφικές συνήθειες κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση της. Συχνοί παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη η μη λιπώδους ιστού είναι το είδος, το πρόγραμμα και ο τρόπος χορήγησης της διατροφής. Το 2004 έγινε η πρώτη δημόσια συστηματική έρευνα σχετικά με τον προστατευτικό ρόλο που παίζει ο μητρικός θηλασμός απέναντι στην παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή. Ο αποκλειστικός θηλασμός μειώνει το κίνδυνο της παιδικής παχυσαρκίας. Το αρνητικό ήταν ότι σε αρκετές μελέτες της σχέσης μητρικού θηλασμού και παχυσαρκίας δεν ερευνήθηκαν οι επιπτώσεις του αποκλειστικού θηλασμού.^{28, 46}

Αναλύοντας τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ο θηλασμός κατά τη βρεφική ηλικία σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας κατά τα επόμενα χρόνια. Από δύο μεγάλες μετά-αναλύσεις προκύπτει αρνητική συσχέτιση του θηλασμού με την εμφάνιση υπέρβαρου/παχύσαρκου σωματότυπου {Odds Ratio: 0.76 (95%CI 0.67–0.86) και

0.93 (95%CI: 0.88–0.99) αντίστοιχα}.^{46, 47} Σε μια τρίτη μετά-ανάλυση διαπιστώθηκε πως και η διάρκεια που θηλασμού επηρέαζε την εμφάνιση παχυσαρκίας καθώς σχετίζεται αρνητικά με αυτή (4% μείωση που κινδύνου παχυσαρκίας για κάθε επιπλέον μήνα θηλασμού).⁴⁸

Έχουν προταθεί αρκετοί πιθανοί βιολογικοί μηχανισμοί μέσω των οποίων το μητρικό γάλα ασκεί προστατευτικό ρόλο στην παχυσαρκία. Διαφορές στις πρωτεΐνες που περιλαμβάνουν το μητρικό και το βιομηχανοποιημένο γάλα και στον ενεργειακό μεταβολισμό μπορεί να είναι κάποιοι από τους μηχανισμούς αυτούς, που συνδέονται με το θηλασμό και την παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή, καθώς η χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών και η μείωση του ενεργειακού μεταβολισμού έχουν αναφερθεί σε βρέφη που θήλασαν.⁴⁹

Πρόληψη σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα για τον επιπολασμό του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II (ΣΔ II) στα παιδιά και τους εφήβους. Στοιχεία από τις ΗΠΑ δείχνουν πως το ποσοστό του ΣΔ II, μεταξύ των νέων περιστατικών παιδικού διαβήτη κυμαίνεται ανάμεσα στο 8% και το 43%. Οι ενήλικες και τα παιδιά που αναπτύσσουν ΣΔ II συνήθως είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και με ιστορικό του νοσήματος στην οικογένεια. Παραπάνω αναφέρθηκε η επίδραση του θηλασμού, και γενικά των συνηθειών διατροφής στην βρεφική ηλικία, τόσο στην παχυσαρκία, όσο και σε άλλες παραμέτρους του μεταβολισμού. Επομένως, είναι αρκετά πιθανό να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και του μεταβολισμού της ινσουλίνης και της γλυκόζης, υπόθεση που έχει μελετηθεί σε αρκετές έρευνες, παλαιότερες αλλά και περισσότερο πρόσφατες.^{47, 48}

Σε έρευνα που έγινε σε παιδιά στην Ινδία μεταξύ 1950 και 1978 διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ II, ανάμεσα στα νεογέννητα που τρέφονταν με αποκλειστικό θηλασμό κατά τους δυο πρώτους μήνες της ζωή και σε αυτά που δεν θήλασαν {Odds Ratio: 0.41 (95% CI: 0.18-0.93)}.⁵⁰ Αντίστοιχα αποτελέσματα έδωσε και μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία από το 1943 έως το 1947 {Odds Ratio: 0.51 (95% CI: 0.3-0.9)},⁵¹ όπως και μελέτες σε Καναδά και ΗΠΑ. Η καναδική μελέτη αφορούσε παιδιά μέσης ηλικίας 14 ετών και ανέδειξε Odds Ratio 0.36 για την ανάπτυξη διαβήτη τύπου II μεταξύ ατόμων που είχαν θηλάσει πάνω από έξι μήνες και αυτών που θήλασαν

λιγότερο των έξι μηνών,⁵² ενώ η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ αφορούσε νοσηλευτικό προσωπικό που παρακολουθούνταν από το 1976 και σε αυτήν ο επιπολασμός του ΣΔ ΙΙ, ήταν χαμηλότερος (4%) σε όσους είχαν θηλάσει σε σχέση με όσους δεν είχαν θηλάσει (5%).⁵³ Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες από τις οποίες δεν προκύπτει σαφής επίδραση του θηλασμού στην ανάπτυξη ΣΔΙΙ, όπως μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο με διάστημα παρακολούθησης 65 έτη και η οποία δεν ανέδειξε διαφορά στον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔΙΙ μεταξύ όσων είχαν θηλάσει και όσων δεν είχαν θηλάσει.⁵⁴

Πρόσφατα, συγκεντρώθηκαν οι έρευνες της βιβλιογραφίας σε μία μετά-ανάλυση που ανέδειξε ότι ο θηλασμός μοιάζει να παίζει προστατευτικό ρόλο {OR=0.61 (95% CI: 0.44-0.85)}.⁵⁵ Από την άλλη πλευρά υπήρξαν και μελέτες που δεν ανέδειξαν αντίστοιχο προστατευτικό ρόλο. Συγκεκριμένα δυο έρευνες απέτυχαν να αποδείξουν συσχέτιση ανάμεσα στην αντίσταση στην ινσουλίνη και στο θηλασμό, και μια ακόμα έρευνα δε διαπίστωσε διαφορά στα επίπεδα γλυκόζης νηστείας του αίματος μεταξύ όσων θήλασαν και όσων δεν θήλασαν. Επίσης επειδή μόνο σε λίγες από αυτές τις μελέτες είχαν σταθμιστεί πλήρως όλοι οι συγχυτικοί παράγοντες (βάρους γέννησης, γονεϊκός διαβήτης, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, μητρικός σωματότυπος), είναι πιθανό η ευεργετική επίδραση του θηλασμού ελαφρώς να υπερεκτιμάται.²⁸

Βάση των παραπάνω αν και δεν είναι ασφαλές να εξαχθούν απόλυτα συμπεράσματα σχετικά με την μακροχρόνια επίδραση του θηλασμού στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ, υπάρχουν ενδείξεις ότι το μητρικό γάλα παίζει προφυλακτικό ρόλο, κάτι που πρέπει όμως να αποσαφηνιστεί με περισσότερες έρευνες.²⁸

Πρόληψη από το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου του βρέφους

Το σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου του βρέφους αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου βρεφών στις ΗΠΑ. Στην πρόκληση του εμπλέκονται διάφοροι παράγοντες, ενώ έχει αναφερθεί προστατευτική επίδραση του θηλασμού. Η πρώτη μετά-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για το συγκεκριμένο θέμα, παρά τις όποιες μεθοδολογικές της αδυναμίες ανέδειξε διπλάσιο κίνδυνο για SIDS για τα βρέφη που δεν θήλασαν, σε σχέση με αυτά που είχαν θηλάσει {Odds Ratio 2.11 (95% CI: 1.66-2.68)}.⁵⁶

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν αρκετές ακόμα έρευνες που με μικρές διαφορές και αποκλείσεις επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα της αρχικής μετά-ανάλυσης. Πρόσφατα πραγματοποιήθηκε μία ακόμα μετά-ανάλυση με σαφέστερα κριτήρια σε ότι αφορά τον ορισμό του SIDS και καλύτερη στάθμιση των διαφόρων συγχυτικών παραγόντων και πιθανών παραγόντων κινδύνου (βρεφική στάση ύπνου, γονικές συνήθειες καπνίσματος, κοινωνικοοικονομική κατάσταση). Και αυτή η μετά-ανάλυση επιβεβαίωσε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και της μείωσης του κινδύνου πρόκλησης SIDS {Odds Ratio 0,64 (95% CI: 0,51-0,81)} επιβεβαιώνοντας την ευεργετική του επίδραση.²⁸

Πρόληψη εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου

Είναι γνωστό ότι κατά την ενήλικη ζωή, η αρτηριακή πίεση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Επίσης έχει προταθεί η άποψη ότι η αρτηριακή πίεση επηρεάζεται από παράγοντες που επιδρούν κατά τα πρώτα στάδια της ζωής, όπως ο ρυθμός ενδομητρίου και βρεφικής ανάπτυξης καθώς και οι συνήθειες της βρεφικής διατροφής.⁵⁷

Όσον αφορά στο θηλασμό έχουν αναφερθεί διάφοροι μηχανισμοί μέσω των οποίων είναι πιθανόν να ασκείται η ευεργετική του επίδραση. Αρχικά, είχε θεωρηθεί ότι η χαμηλότερη περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε νάτριο, συγκριτικά με τα συμπληρώματα, ήταν αυτή που συντελούσε σε χαμηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης κατά την ενήλικη ζωή.⁵⁸ Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με την επίδραση της πρόσληψης νατρίου κατά τη βρεφική ηλικία, στην αρτηριακή πίεση κατά τα επόμενα στάδια της ζωής, είναι αμφιλεγόμενα και δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών, καθώς υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του θηλασμού και της χαμηλής πρόσληψης νατρίου και των χαμηλών τιμών αρτηριακής πίεσης, αλλά και έρευνες στις οποίες δεν προκύπτει τέτοια επίδραση. Επίσης, η δράση του μητρικού γάλακτος στην πίεση του αίματος μπορεί να ασκείται μέσω της μείωσης της παχυσαρκίας, χωρίς ωστόσο αυτή η επίδραση να επιβεβαιώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία. Ένας ακόμα πιθανός μηχανισμός αφορούσε την δράση των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μακράς αλυσίδας, μέσω της συμμετοχής τους ως δομικών στοιχείων των μεμβρανών, και του αγγειακού ενδοθηλίου, για τα οποία οι μελέτες έχουν δείξει ότι συμβάλλουν στην επίτευξη χαμηλότερων τιμών αρτηριακής πίεσης. Το μητρικό γάλα περιέχει

τέτοια λιπαρά οξέα σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τα συμπληρώματα και πιθανολογείται πως σε αυτά οφείλεται η ευεργετική του επίδραση.^{59, 60}

Το 2003⁶¹ και το 2005⁶² πραγματοποιήθηκαν δύο μεγάλες μετά-αναλύσεις που σε πρώτη ανάγνωση αναδείκνυαν ότι η συστολική αρτηριακή πίεση ήταν χαμηλότερη σε όσους είχαν τραφεί με μητρικό γάλα. Ωστόσο, τα στοιχεία έδειχναν ότι όσο αυξάνονταν το μέγεθος του δείγματος, τόσο μειώνονταν η ευεργετική επίδραση του θηλασμού. Επίσης, σε αρκετές από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στις μετά-αναλύσεις δεν είχαν σταθμιστεί τα δείγματα σε σχέση με κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους και παραμέτρους που αφορούσαν την μητέρα, με συνέπεια τα αποτελέσματα τους να μην είναι ξεκάθαρα. Αντίθετα, σε ότι αφορά τη διαστολική αρτηριακή πίεση, ενώ οι μελέτες ήταν καλά σταθμισμένες και για τις υπό διερεύνηση παραμέτρους και για τα δείγματα, τα αποτελέσματα ήταν ασαφή, καθώς από τη μία προέκυψαν στοιχεία ότι ο μητρικός θηλασμός οδηγεί σε χαμηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης, ενώ στην άλλη δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση.⁶³

Στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε πραγματοποιήθηκαν τέσσερις ακόμα μελέτες, δύο στη Μεγάλη Βρετανία,^{54, 64} μία σε Δανία και Εσθονία⁶⁵ και μία στη Βραζιλία.⁶⁶ Από τις τρεις πρώτες αναδείχθηκε διαφορά τόσο στη συστολική, όσο και στη διαστολική αρτηριακή πίεση, μεταξύ όσων είχαν τραφεί αποκλειστικά με μητρικό γάλα και όσων είχαν λάβει και συμπλήρωμα, ενώ η τέταρτη απέτυχε να δείξει τέτοια συσχέτιση. Μία νέα μετά-ανάλυση, που περιλάμβανε τις καινούριες αυτές έρευνες, όπως και όλες όσες είχαν ήδη χρησιμοποιηθεί, έδειξε ότι ο μητρικός θηλασμός συνεπάγεται χαμηλότερες τιμές συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά την ενήλικη ζωή, χωρίς όμως να μπορεί και σε αυτή την περίπτωση να περιοριστεί ο συγχυτικός παράγοντας του μεγέθους του δείγματος (η συσχέτιση μειώνονταν όσο μεγάλωνε το δείγμα), κυρίως για τη συστολική αρτηριακή πίεση.⁶³

Συμπερασματικά, αν και σε μία από τις μετά-αναλύσεις δεν προκύπτει σημαντική συσχέτιση του μητρικού θηλασμού με χαμηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης, από τις άλλες δύο προκύπτει διαφορά στις τιμές συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης. Η διάφορα αυτή είναι μεν μικρή, ωστόσο είναι σημαντική, και είναι και αληθής, καθώς παρατηρείται και σε μελέτες με μεγάλο

δείγμα, γεγονός που απομακρύνει το ενδεχόμενο να οφείλεται σε συγχυτικά φαινόμενα ή προβλήματα σχεδιασμού των μελετών. Επίσης η κλινική σημασία ακόμα και μικρών διαφορών στην αρτηριακή πίεση είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Μείωση κατά 2mmHg της μέσης αρτηριακής πίεσης του πληθυσμού, θα οδηγούσε σε μείωση του επιπολασμού της υπέρτασης κατά 17%, του αριθμού των ισχαιμικών επεισοδίων κατά 6% και του αριθμού των εγκεφαλικών κατά 15%. Επομένως ακόμα και η μικρή επιβεβαιωμένη προφυλακτική επίδραση του θηλασμού τον καθιστά ιδιαίτερα σημαντικό για τη δημόσια υγεία.^{67, 68}

Το μητρικό γάλα περιέχει υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης από τα συμπληρώματα. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η έκθεση σε υψηλά επίπεδα χοληστερόλης κατά τη βρεφική ηλικία έχει μακροχρόνια επίδραση στη σύνθεση της. μέσω διατροφικού προγραμματισμού, προκαλώντας περιορισμό της δράσης απαραίτητων ενζύμων, άποψη που ενισχύεται από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ζώα.⁶⁹ Όσον αφορά στους ανθρώπους, προηγούμενη μετά-ανάλυση έχει δείξει ότι η μέση ολική χοληστερόλη ήταν υψηλότερη σε παιδιά που θήλασαν, ενώ στους ενήλικες διαπιστώθηκε η αντίθετη σχέση, δηλαδή χαμηλότερη χοληστερόλη σε όσους είχαν θηλάσει.⁷⁰

Ηλεκτρονική έρευνα της βιβλιογραφίας ανέδειξε 23 μελέτες από τις οποίες προκύπτουν δεδομένα για τις διαφορές στην ολική χοληστερόλη ανάμεσα σε παιδιά που θήλασαν σε σχέση με αυτά που δεν θήλασαν. Παρότι υπήρχε ισχυρή ετερογένεια ανάμεσα στις μελέτες, η μέση διαφορά των τιμών χοληστερόλης ήταν -0,03(95% CL:-0.10 to 0.03) υποδηλώνοντας ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ θηλασμού και επιπέδων χοληστερόλης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα τροποποιούνται αν γίνει κατηγοριοποίηση βάση της ηλικίας. Έτσι στους ενήλικες (>19 ετών) τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης σε όσους είχαν θηλάσει ήταν κατά 0.18 mmol/L (95% CI:0.06 to 0.30 mmol/L) χαμηλότερα από εκείνους που δεν είχαν θηλάσει και δεν υπήρχε ανομοιογένεια ανάμεσα στις μελέτες (P=0.86) Στα αντίστοιχα γκρουπ της παιδικής και εφηβικής ηλικίας η διαφορά δεν ήταν σημαντική. Επομένως από τη μετά-ανάλυση της WHO προκύπτουν ενδείξεις για τη συσχέτιση του θηλασμού και των επιπέδων χοληστερόλης μόνο κατά την ενήλικη ζωή, ενώ αντίθετα δεν διαφαίνεται σχέση στην παιδική και εφηβική ηλικία.⁶³

Η υψηλές τιμές χοληστερόλης, η υψηλή αρτηριακή πίεση και η παχυσαρκία αποτελούν γνωστούς και σαφώς τεκμηριωμένους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Έχουμε ήδη αναφερθεί στην ευεργετική επίδραση του θηλασμού σε καθέναν από αυτούς ξεχωριστά και είναι λογικό να υποθεθεί ότι αντίστοιχη θα είναι η επίδραση του και στην καρδιαγγειακή νόσο. Η υπόθεση αυτή μελετήθηκε σε μία μετά-ανάλυση του 2004 που εξέτασε τη συσχέτιση του θηλασμού με τον κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο. Ωστόσο, τα αποτελέσματα ήταν διφορούμενα χωρίς να προκύπτουν σαφής ενδείξεις για κάποιου τύπου συσχέτιση του θηλασμού με το θάνατο από καρδιαγγειακή νόσο, πιθανώς λόγω μεθοδολογικών αδυναμιών και ετερογένειας των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν.⁷¹

Πρόληψη ανάπτυξης λευχαιμίας στα παιδιά

Η λευχαιμία αποτελεί την πιο συχνή κατηγορία κακοήθων νεοπλασμάτων της παιδικής ηλικίας. Στις ΗΠΑ περίπου 3200 παιδιά διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο με οξεία λευχαιμία και από αυτά το 74% πάσχει από οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία. Λόγω της πολυπλοκότητας της αιτιολογίας της νόσου και της σαφούς συμμετοχής σε αυτήν του ανοσοποιητικού συστήματος, έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες μελέτες για την ενδεχόμενη συσχέτιση με τις συνήθειες θηλασμού, που όπως έχουμε πει παρουσιάζει ανοσοτροποποιητική δράση.⁷²

Το 2005 οι Guiss et al.,⁷³ παρουσίασαν μία ανασκόπηση 10 μελετών, με συνολικό αριθμό 9653 ασθενών, χωρίς ωστόσο να προκύψουν σαφή συμπεράσματα καθώς τα αποτελέσματα ήταν αντικρουόμενα. Είχε προηγηθεί το 2004 μία μετά-ανάλυση 14 μελετών, με συνολικό αριθμό 8051 ασθενών, από τους Kwan et al.,⁷⁴ όπου αναδείχτηκε σαφής ευεργετική επίδραση του θηλασμού, τόσο για διάστημα μικρότερο, όσο και για μεγαλύτερο, των 6 μηνών στην μείωση του κινδύνου εμφάνισης οξείας λευχαιμίας {(Odds Ratio 0.88 (95% CI 0.80 – 0.96) και Odds Ratio 0.76 (95%CI 0.68 – 0.84)} αντίστοιχα. Όλα τα παραπάνω δεδομένα συγκεντρώθηκαν σε μία νέα μετά-ανάλυση το 2007, που επιβεβαίωσε την ύπαρξη σαφούς συσχέτισης μεταξύ του μακροχρόνιου (>6 μηνών) θηλασμού και της μείωσης του κινδύνου ανάπτυξης οξείας λεμφοβλαστικής και οξείας μυελογενούς λευχαιμίας {Odds Ratio 0.80 (95%CI 0.71 – 0.91)}.²⁸

Επίδραση του θηλασμού στην γνωσιακή ανάπτυξη

Η πιθανή συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και της γνωσιακής ανάπτυξης έχει διερευνηθεί σε πολλές μελέτες, χωρίς ωστόσο να έχει σαφώς αναδειχθεί ευεργετική επίδραση. Παρότι σε αρκετές από αυτές από τα αρχικά αποτελέσματα προέκυπταν ενδείξεις για συμβολή του θηλασμού στη γνωσιακή ανάπτυξη, ειδικά όταν αυτή οριζόνταν βάσει ακαδημαϊκών επιδόσεων, η συσχέτιση γινόταν στατιστικά μη σημαντική μετά από στάθμιση του κοινωνικοοικονομικού και οικογενειακού περιβάλλοντος και του μορφωτικού επιπέδου και της ευφυΐας της μητέρας.⁷⁵⁻⁷⁷

ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Τα ευεργετικά οφέλη του θηλασμού δεν περιορίζονται στο βρέφος αλλά επεκτείνονται και στην μητέρα που θηλάζει. Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται σημαντικές ευεργετικές επιπτώσεις για τη θηλάζουσα μητέρα, που αφορούν τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική της υγεία.⁷⁸

Αρκετές μελέτες έχουν ήδη αναδείξει την ευνοϊκή επίδραση του θηλασμού στον μεταβολισμό των λιπιδίων και των υδατανθράκων και στη βελτίωση της λειτουργίας των β-κυττάρων του παγκρέατος, σε μητέρες που ανέπτυξαν διαβήτη της κύησης. Επομένως, είναι εύλογο κάποιος να υποθέσει πως ο θηλασμός ενδεχομένως να προφυλάσσει από την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου II στη διάρκεια της ζωής μητέρων που θήλασαν τα παιδιά τους.^{79, 80}

Προσπάθεια να διερευνηθεί η παραπάνω υπόθεση έγινε από αρκετές μελέτες που εξέτασαν την επίδραση του θηλασμού στην ανοχή της γλυκόζης, στα επίπεδα ινσουλίνης και στην εξέλιξη του διαβήτη της κύησης, χωρίς όμως σαφή αποτελέσματα.⁸¹ Αντίθετα, οι δύο μελέτες NHS (Nurses' Health Study) και NHS II (Nurses' Health Study II) που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέδειξαν σαφή ευνοϊκή επίδραση του θηλασμού στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου II στη διάρκεια της ζωής των μητέρων. Συγκεκριμένα στην μελέτη NHS διαπιστώθηκε, ότι μεταξύ των γυναικών που είχαν θηλάσει και αυτών που δεν είχαν θηλάσει ο λόγος επιπτώσεων του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (Hazard ratio, HR) ήταν 0,97, που υποδηλώνει μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αντίστροφη σχέση. Επίσης, για κάθε επιπλέον έτος θηλασμού η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II μειώνονταν περαιτέρω (HR: 0,96, πολυπαραγοντική

ανάλυση). Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από την μελέτη NHS II (HR για διαβήτη τύπου II: 0,9 και HR για διαβήτη τύπου II για κάθε επιπλέον έτος θηλασμού: 0,88). Παράλληλα, μελετήθηκε η σχέση αποκλειστικού θηλασμού και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και διαπιστώθηκαν ακόμα σημαντικότερη επίδραση (HR για διαβήτη τύπου II για κάθε επιπλέον έτος αποκλειστικού θηλασμού: 0,63). Αντίθετα ο θηλασμός δεν αποδείχτηκε ότι ασκεί κάποια επίδραση στην εξέλιξη του διαβήτη της κύησης. Συμπερασματικά, η μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού και ειδικά αποκλειστικού θηλασμού σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.⁸²

Η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κλινικό πρόβλημα που επηρεάζει όχι μόνο την υγεία της μητέρας αλλά και την ικανότητα της να φροντίσει το βρέφος. Από νωρίς έγιναν προσπάθειες να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ επιλόχειου κατάθλιψης και της απόφασης μιας μητέρας να ξεκινήσει και να συνεχίσει να θηλάζει. Ωστόσο, μεθοδολογικά κυρίως προβλήματα δεν επέτρεψαν την εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων. Παρόλα αυτά, η μελέτη της βιβλιογραφίας αναδεικνύει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της απόφασης των μητέρων να μη θηλάσουν τα παιδιά τους ή να διακόψουν πρόωρα τον θηλασμό και της επιλόχειου κατάθλιψης.⁸³⁻⁸⁵ Επίσης, μητέρες με κατάθλιψη διαπιστώθηκε ότι ήταν πιο πιθανό να διακόψουν το θηλασμό εντός 2 έως 4 μηνών, σε σχέση με μητέρες χωρίς κατάθλιψη.⁸⁴ Ωστόσο, υπάρχει μία μελέτη που σημειώνει ότι μητέρες που θηλάζαν ένα μήνα μετά τον τοκετό και είχαν άγχος για τον θηλασμό, είχαν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη.⁸⁶ Συνοψίζοντας, από την μελέτη των ερευνών της βιβλιογραφίας, διαπιστώνεται αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και της διάρκειας του και της εμφάνισης επιλόχειου κατάθλιψης αν και οι έρευνες αυτές είναι μειωμένης μεθοδολογικής αξιοπιστίας και είναι πιθανό να υπάρχει σύγχρονη αρνητική επίδραση της επιλόχειου κατάθλιψης στη διάρκεια του θηλασμού.²⁸

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον συχνότερο τύπο καρκίνου, ένα εξαιρεθεί ο καρκίνος του δέρματος, και τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες. Πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου φαίνεται να επηρεάζουν την πρόκληση της νόσου και ανάμεσα σ' αυτούς εξέχουσα θέση μοιάζουν να έχουν παράμετροι του γυναικολογικού ιστορικού (ατοκία, πρώιμη εμμηναρχή) και

το ορμονολογικό στάτους των γυναικών (π.χ. ενδεχόμενη λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης). Επομένως, αποκτά ιδιαίτερη σημασία και η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης του θηλασμού με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.⁸⁷

Απάντηση στο ερωτήματα αυτά έδωσαν διάφορες μελέτες που συγκεντρώθηκαν το 2001 σε μία μετά-ανάλυση (Collaborative Group of Hormonal Factors) που συγκέντρωσε περίπου 1470000 γυναίκες, χωρισμένες σε δύο ομάδες, αυτές που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού (50000) και αυτές που ήταν υγιείς (97000) (control group). Μεταξύ των γυναικών που παρουσίασαν καρκίνο του μαστού η αναλογία αυτών που ήταν άτοκες ή είχαν ένα τοκετό ήταν υψηλότερη σε σχέση με το control group. Επίσης, μεταξύ των γυναικών με καρκίνο του μαστού που είχαν παιδιά αυτές που τα είχαν θηλάσει ήταν λιγότερες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, το σημαντικότερο εύρημα της μελέτης, ήταν η στατιστικά σημαντική μείωση του κινδύνου για ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, κατά 4,3%, με κάθε έτος θηλασμού.⁸⁸ Αντίστοιχα ευρήματα, με διαφορετικού βαθμού στατιστική σημαντικότητα, προέκυψαν από δύο ακόμα μετά-αναλύσεις.⁸⁹⁹⁰ Σε μία από αυτές αναδείχθηκε ότι το όφελος του θηλασμού στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού αφορούσε κυρίως προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και γυναίκες που είχαν θηλάσει τα παιδιά τους για συνολικό διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών.⁸⁹

Καταλήγοντας, τόσο από μετά-αναλύσεις, όσο και από μεμονωμένες μελέτες, αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση του θηλασμού, ιδίως σε προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.²⁸

Από την έρευνα της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκαν περίπου 15 μελέτες που ερευνούν τη συσχέτιση του θηλασμού με την εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών. Σε αντιστοιχία με τον καρκίνο του μαστού, και για τον καρκίνο των ωοθηκών διαπιστώνεται συσχέτιση του θηλασμού με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες. Επίσης, και στην περίπτωση του καρκίνου των ωοθηκών, διαπιστώθηκε ευνοϊκή επίδραση του θηλασμού για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών, ενώ αντίθετα, θηλασμός συνολικής διάρκειας κάτω των 12 μηνών δεν φαίνεται να ασκεί επίδραση. Ωστόσο, αυτά τα συμπεράσματα πρέπει να

αντιμετωπίζονται με επιφύλαξη, καθώς δεν υπάρχουν μεγάλες προοπτικές μελέτες που να τα επιβεβαιώνουν και εκφράζουν περισσότερο εκτιμήσεις και τάσεις, παρά στατιστικής σημαντικότητας συσχετίσεις.²⁸

Εκτός από τα παραπάνω πλεονεκτήματα ο θηλασμός φαίνεται να επιδρά σε διάφορους ακόμα τομείς της υγείας της μητέρας. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται επίδραση του θηλασμού στη ταχύτερη υποστροφή της μήτρας και στην μικρότερη απώλεια αίματος μετά τον τοκετό.⁹¹ Η μελέτη NHS (Nurses' Health Study) ανέδειξε την ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης μεταξύ του συνολικού διαστήματος θηλασμού και του κινδύνου εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Έτσι όταν η συνολική διάρκεια του θηλασμού ξεπερνούσε τους 12 μήνες, ο σχετικός κίνδυνος (relative risk) εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας ήταν 0,8, ενώ όταν ξεπερνούσε τους 24 μήνες, έπεφτε ακόμα περισσότερο στο 0,5.⁹² Από την ίδια μελέτη προκύπτει ότι συνολική διάρκεια θηλασμού 12 έως 23 μηνών ασκεί ευνοϊκή επίδραση μειώνοντας την εμφάνιση υπέρτασης (odds ratio: 0,88), υπερλιπιδαιμίας (odds ratio: 0,81) και καρδιαγγειακής νόσου (odds ratio: 0,91),⁹³ ενώ για την συμβολή του θηλασμού στη μείωση της εκδήλωσης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II έχουμε ήδη αναφερθεί. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα αποτελέσματα της μελέτης των Strathearn et al., που ανέδειξε ότι είναι συχνότερη η εμφάνιση επεισοδίων κακοποίησης/παραμέλησης των παιδιών από μητέρες που δεν θήλασαν τα παιδιά τους, σε σχέση με αυτές που τα θήλασαν (odds ratio: 2,6).⁹⁴ Τέλος, αν και υπάρχουν σχετικές αναφορές, δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται ευεργετική επίδραση του θηλασμού στην ταχύτερη απώλεια βάρους και στην επιστροφή των μητέρων στο προ κύησης βάρος, καθώς τα αποτελέσματα επηρεάζονται από αρκετές συγχυτικές παραμέτρους (δίαιτα, δραστηριότητα, εθνικότητα, BMI προ της κύησης).²⁸

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ηλικία

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορα κράτη έχουν αναδείξει ότι τόσο η έναρξη, όσο και η διάρκεια του μητρικού θηλασμού σχετίζονται με τη ηλικία της μητέρας. Μητέρες μεγαλύτερες των 25 ετών είναι πιο πιθανό να ξεκινήσουν και να συνεχίσουν να θηλάζουν τα παιδιά τους, για όλο το προτεινόμενο χρονικό διάστημα, σε σχέση με τις νεότερες, οι οποίες είναι πιθανότερο να σταματήσουν το θηλασμό πρόωρα. Επίσης, μητέρες μεγαλύτερες των 27 ετών ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν το μητρικό θηλασμό ως αποκλειστική μέθοδο διατροφής, απ' ότι οι νεότερες.⁹⁵ Εν κατακλείδι, είναι πλέον αποδεδειγμένη η επίδραση της ηλικίας της μητέρας στα ποσοστά θηλασμού, ανεξάρτητα από κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους ή φυλετικά και εθνικά χαρακτηριστικά.⁹⁶

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση – Εθνικότητα

Η έναρξη και η διάρκεια του μητρικού θηλασμού παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Έρευνα που αφορούσε γυναίκες από αναπτυσσόμενη χώρα (Βιετνάμ) που μετανάστευσαν στην Αυστραλία ανέδειξε ότι οι γυναίκες που αποφάσισαν να διακόψουν το μητρικό θηλασμό ήταν χαμηλού κοινωνικοοικονομικού και μορφωτικού επιπέδου και με χαμηλότερο εισόδημα σε σχέση με αυτές που θηλάσαν τα παιδιά τους. Επίσης, είχαν μικρή υποστήριξη και ενθάρρυνση από τα μέλη της οικογένειάς τους ώστε να ακολουθήσουν τις παραδόσεις τους, στον τρόπο φροντίδας του εαυτού τους και των παιδιών τους.⁹⁷ Υπάρχει, όμως μια αντίστροφη σχέση στις αναπτυσσόμενες χώρες. Έρευνες έχουν δείξει ότι γυναίκες με υψηλότερο εισόδημα σ' αυτές τις χώρες αντιμετωπίζουν το θηλασμό σαν μία «παλιομοδίτικη» μέθοδο και ως δείγμα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.⁹⁸

Παρότι διαφορές στις συνήθειες θηλασμού είναι εμφανείς μεταξύ των διαφόρων εθνικών ομάδων στη Βόρεια Αμερική, κάποιοι ερευνητές θεωρούν τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σημαντικότερο προδιαθεσικό παράγοντα για τις συνήθειες θηλασμού από την εθνικότητα. Τα αποτελέσματα της συνεχιζόμενης μελέτης NHANES (National Health And Nutrition Examination Survey) ανέδειξαν

την συσχέτιση μεταξύ πληθώρας κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων και του θηλασμού. Διαπιστώθηκε ότι μητέρες ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης θήλαζαν τα παιδιά τους σε μεγαλύτερο ποσοστό (62,1% και 81,8%), από αυτές με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (30,3% και 45,4%). Επίσης, υψηλότερα ποσοστά θηλασμού (58,8%) παρατηρήθηκαν σε μητέρες που ζούσαν σε αστικές περιοχές, καθώς και σε μητέρες που ανήκαν σε οικογένειες με υψηλό εισοδηματικό επίπεδο (58,5% και 75,4%), σε σχέση με αυτές που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές (48,5%), ή ανήκαν σε οικογένειες με χαμηλότερο εισόδημα (36,5% και 50,1%).⁹⁹ Ιδιαίτερα η συσχέτιση με το εισόδημα αναδεικνύονταν στατιστικά σημαντική και σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Ωστόσο, ακόμα και σε αυτές τις ομάδες μητέρων που τα ποσοστά θηλασμού ήταν υψηλότερα, δεν επιτυγχάνονταν ο στόχος του θηλασμού έως την ηλικία των 6 μηνών, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%, που αποτελεί τον στόχο που είχε θέσει το Αμερικανικό υπουργείο υγείας. Οι ίδιες τάσεις διατηρούνται και στις επόμενες αναλύσεις τις διαρκούς αυτής μελέτης, με μικρές συνολικές βελτιώσεις των επιμέρους ποσοστών.^{96, 99}

Σε ό,τι αφορά την επίδραση της εθνικότητας στις συνήθειες θηλασμού τα αποτελέσματα των ερευνών τις περισσότερες φορές περιπλέκονται από την συγχύτικη επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων. Ωστόσο, από τη μελέτη NHANES, τόσο από τις παλιότερες όσο και από τις πιο πρόσφατες αναλύσεις, προέκυψε σαφής συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και της φυλετικής ομάδας. Έτσι, τα βρέφη Αφρο-αμερικανικής καταγωγής είχαν θηλάσει σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό (26,3%), σε σχέση με τα βρέφη Καυκάσιας (60,2%) ή Λατινικής καταγωγής (56%),⁹⁹ ενώ, για την υποομάδα των βρεφών που θήλαζαν στους 6 μήνες ζωής τους η παραπάνω τάση συντηρούνταν, με ποσοστά θηλασμού για τα βρέφη Αφρο-αμερικανικής, Καυκάσιας και Λατινικής καταγωγής, 20%, 35% και 40%, αντίστοιχα.⁹⁶ Αντίθετα, από μελέτη της ιατρικής σχολής του Harvard δεν προέκυπτε ως καθοριστικός παράγοντας η φυλετική προέλευση. Σ' αυτή την μελέτη η πιθανότητα θηλασμού των βρεφών ήταν περίπου η ίδια για τις διάφορες φυλετικές ομάδες, άλλα, μετά την στάθμιση όλων των συγχυτικών παραμέτρων, διέφερε εντός των ομάδων αυτών, ιδίως για τα βρέφη Αφρο-αμερικανικής, και Λατινικής καταγωγής, ανάλογα με το εάν οι μητέρες είχαν

γεννηθεί στις ΗΠΑ, ή είχαν μεταναστεύσει εκεί.¹⁰⁰ Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν από έρευνες σε πληθυσμούς μεταναστών που έχουν αναδείξει συσχέτιση μεταξύ της προδιάθεσης για τον μητρικό θηλασμό και του βαθμού της ενσωμάτωσης της μητέρας. Για παράδειγμα πολυπαραγοντικές αναλύσεις έχουν δείξει ότι μικρότερη διάρκεια μητρικής διαμονής στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει θετικώς συνδεθεί με το μητρικό θηλασμό, σε χαμηλού εισοδήματος γυναίκες από την Λατινική Αμερική και τη Νότια Ασία.^{101, 102} Επομένως ο θηλασμός ήταν συχνότερος σε γυναίκες που παρουσίαζαν μικρότερο βαθμό προσαρμογής στην κουλτούρα της χώρας προορισμού. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί στην Αυστραλία από γυναίκες που είχαν πρόσφατα εγκατασταθεί εκεί προερχόμενες από το Βιετνάμ.^{97, 101}

Κάπνισμα

Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες καπνίζει. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επικρατεί περισσότερο στις έφηβες εγκυμονούσες και μειώνεται με την ηλικία της μητέρας. Δυστυχώς, το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις συνήθειες των μητέρων για τον θηλασμό¹⁰³. Έτσι, οι καπνίστριες είναι λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν και να συνεχίσουν να θηλάζουν. Σε έρευνα με ερωτηματολόγια σε ένα δείγμα 24,438 γυναικών από τη Νορβηγία, βρέθηκε ότι γυναίκες που δεν κάπνιζαν ήταν δυο φορές πιο πιθανό να συνεχίσουν να θηλάζουν για έξι μήνες, σε σύγκριση με τις γυναίκες που κάπνιζαν.¹⁰⁴ Παρομοίως, σε ανάλυση δεδομένων από μια κλινική δοκιμή σε 228 μητέρες από τον Καναδά, που πήραν μέρος σε μια μελέτη πρόληψης επανέναρξης του καπνίσματος, περίπου τα δυο τρίτα (65%) των γυναικών που υποτροπίασαν και ξανάρχισαν το καθημερινό κάπνισμα, σταμάτησαν το θηλασμό πριν τις 26 εβδομάδες σε αντίθεση με αυτές που παρέμειναν εγκρατείς ή κάπνιζαν περιστασιακά (34%).¹⁰⁵

Επίσης μελέτες έχουν αναδείξει ακόμα και το παθητικό κάπνισμα ως πιθανό ανεξάρτητο παράγοντα που επιδρά στη διάρκεια του θηλασμού. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι γυναίκες που ζούσαν σε περιβάλλον που καπνίζονταν περισσότερα από 10 τσιγάρα ημερησίως (των ιδίων εξαιρουμένων) ήταν πιο πιθανό να σταματήσουν το θηλασμό πριν τους έξι μήνες μετά τον τοκετό.¹⁰⁶

Εργασία της Μητέρας

Σε μελέτη που έγινε στην Αυστραλία βρέθηκε ότι η συμμετοχή των μητέρων στην εργασία τους πρώτους 6 μήνες μετά τον τοκετό είχε αρνητική επίδραση στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτή τη μεγάλη μελέτη υποδηλώνουν ότι η επιστροφή της γυναίκας στο εργασιακό της περιβάλλον πριν συμπληρωθούν 6 μήνες μετά τον τοκετό, ανεξαρτήτου του τύπου της απασχόλησης (κανονικό ωράριο, ημιαπασχόληση, καθημερινή απασχόληση) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα, που επηρεάζει τις συνήθειες θηλασμού, ακόμα και αφού συμπεριληφθούν παράγοντες όπως η ηλικία, η μόρφωση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της μητέρας και το κάπνισμα.¹⁰⁷

Αντίστοιχες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορα κράτη του κόσμου και οι περισσότερες συγκλίνουν στην αρνητική επίδραση που ασκεί η επιστροφή της μητέρας στην εργασία της στα ποσοστά έναρξης και συντήρησης του θηλασμού. Επίσης, η διάρκεια της χορηγούμενης στις μητέρες άδειας ανατροφής βρέθηκε να σχετίζεται τόσο με την έναρξη όσο και με τη διάρκεια του θηλασμού. Στην μελέτη των Hawkins και συνεργατών¹⁰⁸ διαπιστώθηκε ότι η μητέρες που εργάζονταν πλήρες ωράριο ήταν λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν μητρικό θηλασμό σε σχέση με αυτές που δεν εργάζονταν, ενώ όσες επέστρεφαν στην εργασία τους εντός 4 μηνών από τον τοκετό είχαν επίσης λιγότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν να θηλάζουν τα παιδιά τους σε σχέση με αυτές που επέστρεψαν τον 5^ο ή τον 6^ο μήνα. Παράλληλα σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Taiwan το 2010 διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που επέστρεφαν στην εργασία τους, πριν συμπληρωθούν 6 μήνες από τον τοκετό, σταματούσαν νωρίτερα τον θηλασμό.¹⁰⁹ Αντίστοιχα ήταν τα αποτελέσματα μελετών στην Κίνα,¹¹⁰ το Μεξικό,¹¹¹ τις ΗΠΑ,¹¹² ενώ ακόμα και μελέτες στις οποίες στην πολυπαραγοντική ανάλυση δεν αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της άδειας ανατροφής και της διάρκειας του θηλασμού, διαπιστώνουν την τάση της αύξησης της πιθανής διάρκειας θηλασμού, ανάλογα με την καθυστέρηση επιστροφής της μητέρας στην εργασία της.¹¹³

Εξίσου σημαντικές μοιάζουν να είναι και οι συνθήκες που επικρατούν στο χώρο εργασίας της νέας μητέρας. Περίπου 40% των μητέρων διακόπτουν το θηλασμό εντός του 1^{ου} μηνός μετά την επιστροφή τους στον εργασιακό τους χώρο

και οι περισσότερες από αυτές αναφέρουν συγκεκριμένα προβλήματα ως αφορμές για αυτή τους την απόφαση (εργασία σε βάρδιες, απασχόληση πέραν του οκταώρου, απουσία διαλλειμάτων και ακατάλληλοι χώροι για συλλογή γάλακτος με θήλαστρο). Αντίθετα η διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών ενδεχομένως θα λειτουργούσε ευνοϊκά για την συνέχιση του θηλασμού. Έτσι, η ενθάρρυνση από τους συνεργάτες και τους προϊσταμένους, η θεσμοθέτηση επαρκών και συχνών διαλλειμάτων και η δημιουργία απομονωμένων και καθαρών χώρων συλλογής μητρικού γάλακτος βρέθηκε ότι σχετίζονται σημαντικά, ως ανεξάρτητες μεταβλητές, με την πρόθεση των μητέρων να συνεχίσουν το θηλασμό μετά την επιστροφή στην εργασία τους.¹¹⁴ Παρ' όλα αυτά, σε μελέτη που έγινε σε 193 κράτη μέλη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών το 2014, διαπιστώθηκε πως το 25,1% (48 κράτη) δεν παρείχαν ούτε άδεια ανατροφής, ούτε θεσμοθετημένα διαλλείματα θηλασμού για τις νέες μητέρες, ενώ από το 1995 έως σήμερα μόνο 15 χώρες (10,2%) νομοθέτησαν υπέρ αντίστοιχων πολιτικών.¹¹⁵

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Προθέσεις και απόψεις της μητέρας πριν την κύηση

Σε μεγάλο αριθμό μελετών έχει αναφερθεί ότι μεταξύ 50% και 75% των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία αποφάσισαν ποια μέθοδο διατροφής θα ακολουθήσουν για τα παιδιά τους πριν την εγκυμοσύνη ή τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Τα αποτελέσματα είναι σημαντικά γιατί τόσο μονοπαραγοντικές όσο και πολυπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι οι απόψεις για το αν οι γυναίκες θα θηλάσουν τα παιδιά τους συσχετιζόταν σημαντικά με τη στιγμή που το είχαν αποφασίσει. Γενικά, όσο νωρίτερα αποφασίζει η γυναίκα να θηλάσει τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει να εφαρμόσει την απόφαση της και επιμένει σ' αυτήν για μεγάλο χρονικό διάστημα.⁹⁵ Επίσης σημαντικό ρόλο στην απόφαση της μητέρας για το εάν θα θηλάσει το παιδί της παίζει η εργασιακή της κατάσταση. Σε μελέτη 2348 γυναικών που εργαζόντουσαν και σκόπευαν να επιστρέψουν στην εργασία τους εντός του 1^{ου} έτους μετά τον τοκετό, το χρονικό σημείο της επιστροφής τους επηρέαζε σημαντικά την απόφαση τους σχετικά με το θηλασμό, προτού ακόμα γεννήσουν. Συγκεκριμένα, όσες σκόπευαν να γυρίσουν εντός 6 εβδομάδων και εντός 7 – 12 εβδομάδων από τον τοκετό, σχεδίαζαν να θηλάσουν τα παιδιά τους σε μικρότερο ποσοστό από αυτές που σκόπευαν να γυρίσουν μετά από την 12^η εβδομάδα (Odds Ratio: 0,60 και 0,72 αντίστοιχα).¹¹⁶

Οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να θηλάσουν τα παιδιά τους εάν έχουν θετική άποψη για το θηλασμό και πιστεύουν ότι πρόκειται για μέθοδο υγιεινή, εύκολη, που τις βοηθάει στο να αισθάνονται περισσότερο ελεύθερες¹¹⁷. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που κατά την περίοδο του θηλασμού που είχαν προσωπική επιτυχία έβλεπαν με θετική σκέψη τα πιθανά προβλήματα του θηλασμού και μπορούσαν να τα αντιμετωπίσουν με επιτυχία. Αντιμετώπιζαν, δε, τις δυσκολίες περισσότερο αποτελεσματικά, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν ήταν επιτυχημένες, οι οποίες είχαν αμφιβολίες, διακατέχονταν από άγχος, εστίαζαν στις αρνητικές επιπτώσεις του θηλασμού και ήταν περισσότερο πιθανόν να διακόψουν το θηλασμό όταν συναντούσαν δυσκολίες.⁹⁵

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 ρωτήθηκαν 72 γυναίκες που θηλάζανε τα παιδιά τους, τους λόγους που είχαν κάνει αυτήν την επιλογή. Από αυτή την έρευνα προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα: Γυναίκες επέλεξαν να θηλάσουν τα παιδιά

τους επειδή πίστευαν ότι έτσι προστατεύουν τα παιδιά τους από αρρώστιες, αναπτύσσεται καλύτερος δεσμός μεταξύ της μητέρας και του παιδιού, ήταν ευκολότερο, ήταν καλύτερη διατροφική μέθοδος σε σχέση με το βιομηχανοποιημένο γάλα αγελάδας, ήταν συναισθηματικά ευχάριστη και ότι ήταν ο φυσιολογικός τρόπος διατροφής των τα παιδιών τους. Η απόφαση να θηλάσουν πάρθηκε πολύ πριν την εγκυμοσύνη σε πρωτότοκες και λίγο πριν την κύηση στις πολύτοκες.^{118, 119}

Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι συμβουλές για το θηλασμό πριν τη γέννηση ήταν πολύ σημαντικές αλλά δεν μπορούσαν να είναι εκείνες που θα επηρεάσουν τις γυναίκες θετικά για το θηλασμό.⁹⁸

Αιτίες διακοπής θηλασμού

Οι συχνότερα αναφερόμενες αιτίες διακοπής του θηλασμού είναι το άλγος κατά τον θηλασμό, η ανεπαρκής ποσότητα μητρικού γάλακτος, η αδυναμία κορεσμού του βρέφους, η ελλιπής υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η δυσκολία διατροφής του βρέφους και το εργασιακό πρόγραμμα και τα εργασιακά σχέδια της μητέρας.¹²⁰ Επίσης, πολύ συχνά αναφέρονται από τις μητέρες, ως παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση τους για έναρξη και συνέχιση του θηλασμού οι πληροφορίες και οι οδηγίες που λαμβάνουν από το υγειονομικό προσωπικό, η λειτουργία θεσμών υποστήριξης και προώθησης του θηλασμού (Baby-friendly νοσοκομεία, rooming-in θάλαμοι), καθώς και οι απόψεις και αντιλήψεις του προσωπικού που εργάζεται στον τομέα της υγείας (μαίες, ιατροί νοσηλευτικό προσωπικό). Βάσει των παραπάνω, προκύπτει πως το υγειονομικό προσωπικό έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει ποικιλοτρόπως την απόφαση των μητέρων για την έναρξη, τη διάρκεια και τη συνέχιση του θηλασμού. Επομένως, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διερεύνηση και καταγραφή των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για το θηλασμό.¹²¹

ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Σε μελέτη των γνώσεων και των συνηθειών του νοσηλευτικού προσωπικού για το θηλασμό, που πραγματοποιήθηκε το 2010 στην Αυστραλία, διαπιστώθηκε ότι το 60% των συμμετεχόντων (96% γυναίκες και 4% άνδρες) είχαν, οι ίδιες ή οι σύντροφοι τους, τουλάχιστον ένα παιδί. Αντίστοιχο (60%), ήταν το ποσοστό αυτών που ανέφεραν ότι οι ίδιες ή οι σύντροφοι τους είχαν θηλάσει το παιδί τους, ενώ από αυτούς, το ποσοστό όσων θήλασαν για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών ήταν 87% και όσων θήλασαν για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών ήταν 70%.¹²² Σε ελληνική μελέτη του ΤΕΙ Κρήτης, που αφορούσε όμως γενικά τις επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλεύτριες, επισκέπτριες υγείας κ.α.), το ποσοστό θηλασμού ανέρχονταν στο 79,2% για το 1^ο παιδί, με προοδευτική όμως μείωση για κάθε επόμενο παιδί, καταλήγοντας στο 62,5% για το 4^ο παιδί., ενώ παρόμοια πτώση των ποσοστών σημειώνονταν και σε σχέση με το διάστημα θηλασμού.¹²³

Σε μία έρευνα του 1999,¹²⁴ που αφορούσε νοσηλεύτριες παιδιατρικού νοσοκομείου, προέκυψε ότι οι γενικές γνώσεις των νοσηλευτριών σχετικά με την διατροφική αξία του θηλασμού ήταν πολύ καλές, ευρήματα που επιβεβαιώθηκαν και από δύο μεταγενέστερες μελέτες του 2004 και 2009.^{125, 126} Ωστόσο, υπήρχαν συχνά αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με την στιγμή έναρξης του απογαλακτισμού, καθώς πολλές νοσηλεύτριες θεωρούσαν ως κατάλληλη στιγμή τον 6^ο μήνα, ενώ αρκετές άλλες το 1^ο έτος ζωής.¹²⁶ Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από την μελέτη των Williams και Pennington, το 2003, που αφορούσε νοσηλευτικό προσωπικό στην Αγγλία και όπου μόνο το 52% των ερωτηθέντων ήξερε την ηλικία διακοπής του αποκλειστικού θηλασμού που προτείνεται από την WHO (6^{ος} μήνας).¹²⁷

Σε ό,τι αφορά ερωτήματα που σχετίζονταν με τη φυσιολογία και τις διαδικασίες του θηλασμού, περίπου 60% των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν ήξεραν ότι η βασική ορμόνη που ρυθμίζει την παραγωγή γάλακτος είναι η προλακτίνη. Αντίθετα, μόνο το 18% μπορούσαν να κατονομάσουν σημεία που επιβεβαιώνουν ότι το βρέφος όντως πίνει γάλα όταν θηλάζει, όπως θόρυβοι κατάποσης, ρυθμικές κινήσεις της γνάθου του βρέφους, εντύπωση ηρεμίας και ευχαρίστησης του βρέφους κατά το θηλασμό κ.α.¹²⁴

Μια σειρά από μελέτες διερεύνησαν το επίπεδο των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού. Τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερα θετικά καθώς το 99% των νοσηλευτριών θεωρούσε πως το μητρικό γάλα ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους¹²⁵ και το 97% ήξερε πως το μητρικό γάλα παρέχει ανοσολογικά πλεονεκτήματα στο βρέφος που δεν παρέχονται από το τεχνητό βρεφικό γάλα,¹²⁴ ενώ αντίθετα τα αποτελέσματα που προέκυψαν από μελέτες που έγιναν σε προπτυχιακές νοσηλεύτριες στις ΗΠΑ ήταν διφορούμενα.¹²⁸ Το 2004, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, εξειδικεύθηκε ακόμα περισσότερο η μελέτη των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για την επίδραση του θηλασμού σε διάφορες νόσους, καθώς εξετάστηκαν οι γνώσεις νοσηλευτριών για τη συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και της γαστρεντερίτιδας και της μέσης ωτίτιδας. Τα αποτελέσματα ήταν εξίσου ικανοποιητικά με το 80% των νοσηλευτριών και το 92,1% των νοσηλευτριών παιδιατρικών τμημάτων να γνώριζαν ότι ο θηλασμός συνέβαλε στην πρόληψη της μέσης ωτίτιδας, ενώ τα αντίστοιχα νούμερα για την γαστρεντερίτιδα ήταν 85,3% και 93,3%.^{125, 129}

Στην ίδια μελέτη διερευνήθηκαν και οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ορθότητα διακοπής του θηλασμού όταν προέκυπταν διάφορες συχνές καταστάσεις κατά την περίοδο της γαλουχίας (μαστίτιδα, δάγκωμα από το βρέφος, εάν το βρέφος παρέμενε πεινασμένο μετά το θηλασμό και η παρουσία αραιών κοπράνων). Η σωστή απάντηση ήταν όχι και την έδωσε το 91,4%, το 94,6%, το 95,6% και το 95,1%, για κάθε ένα από τα προβλήματα αντίστοιχα. Ωστόσο, περίπου 2%-3% παρέμεναν αναποφάσιστες σχετικά με την συμβουλή που θα έπρεπε να δώσουν στην ενδιαφερόμενη μητέρα.¹²⁹ Λίγο καλύτερα ήταν τα αποτελέσματα όταν ερωτήθηκαν νοσηλεύτριες παιδιατρικών τμημάτων (96,1%, 100%, 97,4 και 98,7%)¹²⁵ ενώ αντίθετα ήταν λίγο χειρότερα (92%, 87,6%, 91,7 και 92,2) σε μια αντίστοιχη μελέτη που αφορούσε μαίες στην Αυστραλία.¹³⁰ Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα ήταν ακόμα χειρότερα όταν οι ερωτηθέντες ήταν ιατροί, μεταξύ των οποίων το 33% θα συμβούλευαν μία μητέρα με μαστίτιδα να σταματήσει το θηλασμό.¹³¹

Τέλος ιδιαίτερα σημαντική ήταν η μελέτη των προσωπικών εμπειριών των επαγγελματιών υγείας γύρω από το θηλασμό. Από δύο μελέτες αναδείχθηκε ότι οι

γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για το θηλασμό δεν επηρέασαν την απόφαση τους να θηλάσουν^{132, 133} και τρεις άλλες ανέδειξαν τις προσωπικές εμπειρίες νοσηλευτριών και μαιών για το θηλασμό, ως την βασική πηγή γνώσεων και επιρροή τους, στον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονταν, συμβούλευαν και βοηθούσαν τις θηλάζουσες μητέρες.^{125, 129, 134} Άλλωστε, μόνο το 43,4% είχε παρατηρήσει πέντε ή περισσότερες μητέρες να θηλάζουν κατά τη διάρκεια των σπουδών του και το 27,3% σημείωσε ότι δεν είχε τη δυνατότητα να παρακολουθήσει μητέρα να θηλάζει, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του, ενώ το 30,1% δεν είχε την ευκαιρία να διδάξει και να συμβουλέψει μητέρες σχετικά με το θηλασμό και, τελικά, μόνο το 61,2% ένιωθε μετά το τέλος των σπουδών του, επαρκώς προετοιμασμένο για να βοηθήσει και να συμβουλέψει μητέρες σχετικά με τον θηλασμό. Το 2007 ο Nelson πραγματοποίησε έρευνα σε δώδεκα νοσηλεύτριες τμημάτων μητέρας-νεογνού απ' όπου προέκυψε πως οι συμμετέχουσες που είχαν θετική εμπειρία από το θηλασμό ήταν πιθανότερο να συμβουλέψουν και να διευκολύνουν τις μητέρες να θηλάσουν, ενώ αυτές που είχαν αρνητικές εμπειρίες ήταν περισσότερο πρόθυμες να συμφωνήσουν με μητέρες που ήθελαν να χορηγήσουν στα παιδιά τους τεχνητό γάλα. Ωστόσο, ακόμα κι αυτές, σχολίασαν ότι οι προσωπικές τους εμπειρίες από το θηλασμό τις βοήθησαν στο να κατευθύνουν και να συμβουλέψουν τις νέες μητέρες να θηλάσουν.¹³⁵

Το στρες που συνοδεύει τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού κάνει ιδιαίτερα δύσκολη την προσαρμογή των νέων μητέρων στο ρόλο τους. Σε μία μελέτη του 2008 διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των κυριότερων στρεσογόνων παραγόντων περιλαμβάνονταν η διατροφή του βρέφους, κυρίως με τη μορφή προβλημάτων στην έναρξη και την καθιέρωση του θηλασμού, η προσαρμογή στο νέο οικιακό περιβάλλον και οι συχνά αντικρουόμενες πληροφορίες που ελάμβαναν οι νέες μητέρες από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νέες μητέρες θέλουν και περιμένουν από το νοσηλευτικό προσωπικό να τους παρέχει συμβουλές και υποστήριξη σχετικά με το θηλασμό και να τις διευκολύνει στη διαδικασία της λήψης των σχετικών αποφάσεων.¹³⁶⁻¹³⁸

Ωστόσο, πολύ συχνά, αναφέρουν ως μία από τις αιτίες που επηρεάζουν τις αποφάσεις τους σχετικά με τον θηλασμό τη λήψη αντικρουόμενων πληροφοριών από τους επαγγελματίες του χώρου της υγείας. Αν και το υγειονομικό προσωπικό

αναγνωρίζει την ανάγκη να είναι ενημερωμένο σχετικά με τα πρόσφατα δεδομένα σε ότι αφορά το θηλασμό, τις περισσότερες φορές κάτι τέτοιο δε συμβαίνει, ενώ δεν αρκεί μόνο η ύπαρξη των γνώσεων άλλα πρέπει να συνυπάρχει και η δυνατότητα μετάδοσης τους στις ενδιαφερόμενες μητέρες, που συχνά αναφέρουν ότι οι συζητήσεις με το υγειονομικό προσωπικό τις έκαναν να νιώθουν ανασφαλείς, και κάποιες φορές ανεπαρκείς, για τη συνέχιση του θηλασμού. Οι μητέρες αναζητούσαν υποστήριξη, ενθάρρυνση και επιβεβαίωση για την ικανοποίηση των βρεφών τους από τη διαδικασία του θηλασμού, συναισθήματα που, τις περισσότερες φορές, το υγειονομικό προσωπικό αποτύγγανε να τους μεταδώσει.¹²²

Με βάση τα παραπάνω προκύπτει ότι οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζουν την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού, ενώ υπάρχουν αναφορές ότι η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού, συντελούν στη διακοπή του θηλασμού σε βρέφη που νοσηλεύονται. Επομένως, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των νοσηλευτριών για το θηλασμό, καθώς φαίνεται πως οι θετικές ή αρνητικές προσωπικές τους εμπειρίες επηρεάζουν τις συμβουλές, τις γνώσεις και την υποστήριξη που παρέχουν στις μητέρες που θηλάζουν. Παρά την ιδιαίτερη σημασία του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού, οι μελέτες που αφορούν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις και τις απόψεις των νοσηλευτριών για το θηλασμό είναι λίγες.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΜΗΤΕΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Ο μητρικός θηλασμός αναγνωρίζεται διεθνώς ως η καταλληλότερη μέθοδος βρεφικής διατροφής, που παρουσιάζει πολύ σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο για τη μητέρα και το έμβρυο όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, σημαντικό ποσοστό των μητέρων επιλέγουν να μη θηλάσουν τα παιδιά τους. Οι εργαζόμενοι στους φορείς υγείας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην προώθηση του θηλασμού, καθώς οι νέες μητέρες θέλουν και περιμένουν από το νοσηλευτικό προσωπικό να τους παρέχει συμβουλές και υποστήριξη σχετικά με το θηλασμό και να τις διευκολύνει στη διαδικασία της λήψης των σχετικών αποφάσεων. Παραμένει όμως ασαφές το πόσο καλά ενημερωμένο το ελληνικό νοσηλευτικό προσωπικό μητέρες – σχετικά με τον μητρικό θηλασμό. Επομένως, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τον θηλασμό, καθώς φαίνεται πως οι θετικές ή αρνητικές προσωπικές τους εμπειρίες και οι γνώσεις τους επηρεάζουν τις συμβουλές, τις γνώσεις και την υποστήριξη που παρέχουν στις μητέρες που θηλάζουν.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων και απόψεων μητέρων από νοσηλευτικό προσωπικό για τον μητρικό θηλασμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 281 άτομα μητέρες από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται σε 4 νοσοκομεία της Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, κατά το χρονικό διάστημα από 20 Μαΐου 2012, έως 25 Νοεμβρίου 2012.

Μεθοδολογία

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση από τις συμμετέχουσες ερωτηματολογίου ειδικά σχεδιασμένου για τον σκοπό της παρούσας μελέτης. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν στάσεις, γνώσεις και απόψεις για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Επίσης περιελάμβανε και διάφορα

κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά που αφορούσαν τις ερωτώμενες και τα παιδιά τους.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες βαθμολογίες γνώσεων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών, εξαιτίας της ασυμμετρίας των κατανομών των βαθμολογιών γνώσεων. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτήν, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη. Στη παρούσα μελέτη τηρήθηκαν όλες οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπους και δόθηκε η σχετική άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας των ιδρυμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

A. Περιγραφικά αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 281 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό. Το 51,6% (N=145) εργάζονταν σε γενικό νοσοκομείο και το υπόλοιπο 48,4% (N=136) σε παιδιατρικό. Οι περισσότερες από τις μητέρες ήταν άνω των 40 ετών με το ποσοστό να είναι 63,0%. Επίσης, το 84,4% ήταν παντρεμένες, Το 53,1% του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ-ΑΕΙ, Το 48,9% έμεινε σε χωριό μέχρι τα 12. Το 29,0% είχε 1000-1500 ευρώ οικογενειακό εισόδημα. Σχεδόν όλο το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν Ελληνίδες με το ποσοστό να είναι 99,3% ενώ όλες ήταν χριστιανές ορθόδοξες (Πίνακας 1, Γράφημα 1)

Στον Πίνακα 2 δίνονται στοιχεία που αφορούν την οικογένεια του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο μέσος αριθμός παιδιών του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν 1,8 ($\pm 0,7$). Οι ηλικίες των παιδιών τους κυμαίνονταν από περίπου 12 έως 21 έτη κατά μέσο όρο. Ακόμα, το 94,3% των συμμετεχουσών είχαν αδέρφια και μάλιστα 2 κατά μέσο όρο ($\pm 1,4$). Το 88,4% είχαν πολύ καλή ή άριστη σχέση με τη μητέρα τους (Πίνακας 2). Επίσης, οι μητέρες του 83,2% του δείγματος τις είχαν θηλάσει. (Γράφημα 2).

Το 95,3% του δείγματος είχε επιθυμητές εγκυμοσύνες. Το 63,0% είχαν γεννήσει φυσιολογικά και το 39,9% με καισαρική. Ακόμα, το 14,4% είχαν προβλήματα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό (Πίνακας 3). Το 14,1% έπασχαν από κάποιο νόσημα. Η μέση ηλικία του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάγνωσή τους ήταν τα 32,0 έτη ($\pm 7,9$ έτη) (Πίνακας 4).

Το 80,1% του δείγματος θηλάσσει όλα τα παιδιά του, το 10,5% κανένα και το 9,4% όχι όλα. Οι διάρκειες θηλασμού κυμαίνονταν από 4,5 μήνες μέχρι 6 κατά μέσο όρο για κάθε παιδί. Το 4,4% έπασχε από κάποιο νόσημα που αποτελούσε αντένδειξη ή εμπόδιο για τον θηλασμό και το 5,1% είχε παιδί που παρουσίασε κάποιο πρόβλημα (Πίνακας 5, Γράφημα 3).

Οι μητέρες χαρακτηρίζονταν κυρίως ως ήσυχες τα παιδιά τους ενώ θεωρούσαν πολύ καλή ή καλή τη σχολική τους επίδοση (Πίνακας 6). Το 23,2% από αυτές έχουν παιδί που έχει κάποια αλλεργία. Το 94,6% του δείγματος που συμμετείχαν στη μελέτη θεωρούν απαραίτητο τον θηλασμό για το παιδί τους και το 78,3%

θεωρούν ότι είναι πολύ/πάρα πολύ ενημερωμένες για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού (Πίνακας 7, Γράφημα 4).

B. Στατιστικά αποτελέσματα

Οι σωστές απαντήσεις σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού κυμαίνονταν από 9,0% έως 100%. Μόνο το 9,0% του δείγματος απάντησε σωστά ότι ο θηλασμός δεν βοηθάει στο να ανέχονται καλύτερα τα παιδιά τις τροφές κατά την έναρξη λήψης στερεάς τροφής. Επίσης, το 12,7% απάντησε σωστά ότι ο θηλασμός δεν προφυλάσσει τη μητέρα από λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος. Αντίθετα, όλο το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησε σωστά ότι με το θηλασμό το παιδί παίρνει έτοιμα αντισώματα από τη μητέρα του. Ακόμα, το 94,9% απάντησαν σωστά ότι ο θηλασμός συμφέρει οικονομικά (Πίνακας 8). Στο Γράφημα 5 δίνονται τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού με φθίνουσα σειρά.

Στον Πίνακα 9 δίνονται απόψεις του δείγματος σχετιζόμενες με πλεονεκτήματα του θηλασμού.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι σωστές απαντήσεις του δείγματος και δημιουργήθηκε μια βαθμολογία γνώσεων, η οποία στη συνέχεια μετατράπηκε σε εκατοστιαία κλίμακα. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία απόψεων και γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, η οποία μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 100, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη γνώση (Πίνακας 10). Η μέση βαθμολογία απόψεων και γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού ήταν 69,8% ($\pm 11,4\%$). Καμία δεν είχε μηδενική βαθμολογία (δηλαδή καθόλου γνώση για τα πλεονεκτήματα) και καμία δεν είχε βαθμολογία 100% (απόλυτη γνώση για τα πλεονεκτήματα).

Η βαθμολογία γνώσεων και απόψεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού συσχετίστηκε με δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Οι απόφοιτες ΤΕΙ/ΑΕΙ/μεταπτυχιακού είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, $p=0,007$, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, οι Ελληνίδες είχαν σημαντικά περισσότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, σε σύγκριση με εκείνες που δεν ήταν Ελληνίδες, $p=0,045$ (Πίνακας 11).

Επίσης, η βαθμολογία γνώσεων και απόψεων του δείγματος για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού συσχετίστηκε με στοιχεία που αφορούν στο γυναικολογικό και ατομικό ιστορικό. Οι γυναίκες που έπασχαν από κάποιο νόσημα

είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν έπασχαν από κάποιο νόσημα, $p=0,008$. Όμοια, όσες γυναίκες είχαν παιδί με κάποιο πρόβλημα είχαν σημαντικά λιγότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού σε σύγκριση με εκείνες που δεν είχαν παιδί με κάποιο πρόβλημα, $p=0,003$. Ακόμα, όσες θεωρούν απαραίτητο το θηλασμό για το παιδί τους είχαν σημαντικά περισσότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, $p=0,014$, σε σύγκριση με εκείνες που δεν τον θεωρούν απαραίτητο. Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν πολύ/πάρα πολύ ενημερωμένο για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού όντως είχε σημαντικά περισσότερες γνώσεις σε σύγκριση με εκείνο που ήταν καθόλου έως λίγο ενημερωμένο, $p=0,001$ (Πίνακας 12).

Στον Πίνακα 13 δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της βαθμολογίας γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και του αριθμού των παιδιών. Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού με τον αριθμό των παιδιών, $p=0,450$.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 14. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού, η υπηκοότητα τους και το αν έπασχαν από κάποιο νόσημα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού. Συγκεκριμένα:

- Οι πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ/ μεταπτυχιακού είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, σε σύγκριση με τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, $p=0,015$.

- Το νοσηλευτικό προσωπικό με άλλη υπηκοότητα είχε σημαντικά λιγότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού σε σύγκριση με τις Ελληνίδες, $p=0,029$.

▪ Το νοσηλευτικό προσωπικό που έπασχε από κάποιο νόσημα είχε σημαντικά λιγότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού σε σύγκριση με αυτό που δεν έπασχε από κάποιο νόσημα, $p=0,027$.

▪ Τα ποσοστά σωστών απαντήσεων σχετικά με τις αντενδείξεις του θηλασμού κυμαίνονταν από 17,2% έως 79,9%. Το 17,2% του δείγματος απάντησε σωστά ότι η μαστίτιδα δεν αποτελεί αντένδειξη του θηλασμού. Επίσης, το 20,3% απάντησε σωστά ότι οι συγγενείς διαμαρτίες στοματικής κοιλότητας βρέφους δεν αποτελούν αντένδειξη του θηλασμού. Αντίθετα, το 79,9% απάντησε σωστά ότι η ενεργός φυματίωση της μητέρας αποτελεί αντένδειξη του θηλασμού. Τέλος, το 77,0% του δείγματος απάντησε σωστά ότι οι έντονοι κωλικοί βρέφους δεν αποτελούν αντένδειξη του θηλασμού (Πίνακας 15).

Στο Γράφημα 6 δίνονται τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων σχετικά με τις αντενδείξεις του θηλασμού με φθίνουσα σειρά.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι σωστές απαντήσεις του δείγματος και δημιουργήθηκε μια βαθμολογία γνώσεων, η οποία στη συνέχεια μετατράπηκε σε εκατοστιαία κλίμακα. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία γνώσεων για τις αντενδείξεις του θηλασμού, η οποία μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 100, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη γνώση (Πίνακας 16). Η μέση βαθμολογία απόψεων και γνώσεων για τις αντενδείξεις του θηλασμού ήταν 44,7% ($\pm 18,4\%$). Έξι από τις μητέρες (2,3%) είχαν μηδενική βαθμολογία (δηλαδή καθόλου γνώση για τις αντενδείξεις) ενώ καμία δεν είχε βαθμολογία 100% (απόλυτη γνώση για τις αντενδείξεις).

Η βαθμολογία γνώσεων για τις αντενδείξεις του θηλασμού συσχετίστηκε με δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ/μεταπτυχιακού είχε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για τις αντενδείξεις του θηλασμού, σε σύγκριση με αυτό που ήταν απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, $p=0,001$. Επίσης, βρέθηκε σημαντική διαφορά στις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τις αντενδείξεις του θηλασμού ανάλογα με το οικογενειακό τους εισόδημα. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχουσες με οικογενειακό εισόδημα άνω των 2000 ευρώ είχαν σημαντικά περισσότερες

γνώσεις για τις αντενδείξεις του θηλασμού, σε σύγκριση τόσο με αυτές που το οικογενειακό εισόδημα <1000 ευρώ, ($p<0,001$) όσο και με όσες μητέρες είχαν οικογενειακό εισόδημα 1000-1500 ευρώ, ($p=0,001$) (Πίνακας 17).

Επίσης, η βαθμολογία γνώσεων του δείγματος για τις αντενδείξεις του θηλασμού συσχετίστηκε με στοιχεία που αφορούν στο γυναικολογικό και ατομικό ιστορικό. Οι γυναίκες που συνέλαβαν φυσιολογικά είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες γνώσεις για τις αντενδείξεις του θηλασμού, σε σύγκριση με εκείνες που δεν συνέλαβαν φυσιολογικά, $p=0,041$. Αντίθετα, οι γυναίκες που συνέλαβαν με εξωσωματική γονιμοποίηση είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με εκείνες που δεν συνέλαβαν με εξωσωματική γονιμοποίηση, $p=0,032$. Ακόμα, οι μητέρες που θεωρούν απαραίτητο το θηλασμό για το παιδί τους είχαν σημαντικά περισσότερες γνώσεις για τις αντενδείξεις του θηλασμού, σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν τον θεωρούν απαραίτητο, $p=0,028$. Τέλος, οι μητέρες που ήταν πολύ/πάρα πολύ ενημερωμένες για τις αντενδείξεις του θηλασμού όντως είχαν σημαντικά περισσότερες γνώσεις σε σύγκριση με τις μητέρες που ήταν καθόλου έως λίγο ενημερωμένες, $p=0,004$ (Πίνακας 18).

Στον Πίνακας 19 δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της βαθμολογίας γνώσεων για τις αντενδείξεις του θηλασμού και του αριθμού των παιδιών. Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων για τις αντενδείξεις του θηλασμού με τον αριθμό των παιδιών, $p=0,507$.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις αντενδείξεις του θηλασμού και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 20. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού, το οικογενειακό τους εισόδημα και το αν πιστεύουν ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί τους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία γνώσεων για τις αντενδείξεις του θηλασμού. Συγκεκριμένα:

- Οι πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ/ μεταπτυχιακού είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για τις αντενδείξεις του

θηλασμού, σε σύγκριση με τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης $p=0,026$.

- Το νοσηλευτικό προσωπικό με οικογενειακό εισόδημα 1000-2000 ευρώ είχε σημαντικά λιγότερες γνώσεις για τις αντενδείξεις του θηλασμού σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό με οικογενειακό εισόδημα άνω των 2000 ευρώ, $p=0,012$.

- Το νοσηλευτικό προσωπικό που πιστεύει ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί τους είχε σημαντικά περισσότερες γνώσεις για τις αντενδείξεις του θηλασμού σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν πίστευε ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί τους, $p=0,002$.

Τα ποσοστά σωστών απαντήσεων σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού κυμαίνονταν από 13,6% έως 87,4%. Το 13,6% απάντησε σωστά ότι οι παθήσεις θυρεοειδούς αποτελούν εμπόδιο του θηλασμού. Επίσης, το 22,8% απάντησε σωστά ότι η γαλακτοζαιμία αποτελεί εμπόδιο του θηλασμού. Αντίθετα, το 87,4% του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε σωστά ότι η μαστίτιδα αποτελεί εμπόδιο του θηλασμού. Τέλος, το 84,0% απάντησε σωστά ότι η ενεργός φυματίωση της μητέρας αποτελεί εμπόδιο του θηλασμού (Πίνακας 21).

Στο Γράφημα 7 δίνονται τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού με φθίνουσα σειρά.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι σωστές απαντήσεις του δείγματος και δημιουργήθηκε μια βαθμολογία γνώσεων, η οποία στη συνέχεια μετατράπηκε σε εκατοστιαία κλίμακα. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού, η οποία μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 100, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη γνώση (Πίνακας 22). Η μέση βαθμολογία απόψεων και γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού ήταν 52,9% ($\pm 17,7\%$). Δύο (0,8%) είχαν μηδενική βαθμολογία (δηλαδή καθόλου γνώση για τα εμπόδια) ενώ καμία δεν είχε βαθμολογία 100% (απόλυτη γνώση για τα εμπόδια).

Η βαθμολογία γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού συσχετίστηκε με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ/μεταπτυχιακού είχε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για τα εμπόδια του θηλασμού, σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,

$p=0,003$. Ακόμα, το νοσηλευτικό προσωπικό που είχε αδέρφια είχε σημαντικά λιγότερες γνώσεις για τα εμπόδια του θηλασμού σε σύγκριση με αυτό που δεν είχε αδέρφια, $p=0,038$ (Πίνακας 23).

Επίσης, η βαθμολογία γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού συσχετίστηκε με στοιχεία που αφορούν στο γυναικολογικό και ατομικό ιστορικό. Το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν πολύ/πάρα πολύ ενημερωμένο για τα εμπόδια του θηλασμού όντως είχε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για τα εμπόδια του θηλασμού, σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν καθόλου έως λίγο ενημερωμένο, $p=0,042$ (Πίνακας 24).

Στον Πίνακα 25 δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της βαθμολογίας γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού και του αριθμού των παιδιών. Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού με τον αριθμό των παιδιών, $p=0,521$.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 26. Μόνο το επίπεδο ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού. Συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν πολύ/πάρα πολύ ενημερωμένο για τα εμπόδια του θηλασμού είχε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για τα εμπόδια του θηλασμού, $p=0,007$, σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν καθόλου έως λίγο ενημερωμένο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που το είχε θηλάσει η μητέρα του θήλασε τα παιδιά του σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τις νοσηλευτικό προσωπικό που δεν το είχε θηλάσει η μητέρα του, $p=0,050$. Επίσης, οι γυναίκες που αντιμετώπισαν προβλήματα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό θήλασαν τα παιδιά τους σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με αυτές που δεν αντιμετώπισαν τέτοια προβλήματα, $p=0,033$ (Πίνακας 27).

Στο Γράφημα 8 δίνονται τα ποσοστά του νοσηλευτικού προσωπικού που θήλασε τα παιδιά του ανάλογα με το αν το είχε θηλάσει η μητέρα του, ενώ στο γράφημα 9 δίνονται τα ποσοστά του νοσηλευτικού προσωπικού που θήλασε τα παιδιά του ανάλογα με το αν είχαν εμφανίσει κάποιο πρόβλημα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης τους ή αμέσως μετά τον τοκετό.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά του χαρακτηριστικά

| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ | | η | % |
|---|---------------|-----|-------|
| Ηλικία | 20-25 | 2 | 0,7 |
| | 26-30 | 17 | 6,0 |
| | 31-35 | 34 | 12,1 |
| | 36-40 | 51 | 18,1 |
| | >40 | 177 | 63,0 |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμες | 16 | 5,8 |
| | Έγγαμες | 233 | 84,4 |
| | Διαζευγμένες | 20 | 7,2 |
| | Χήρες | 4 | 1,4 |
| | Συμβίωση | 3 | 1,1 |
| Εκπαίδευση | Δευτεροβάθμια | 103 | 37,2 |
| | ΤΕΙ-ΑΕΙ | 147 | 53,1 |
| | Μεταπτυχιακό | 27 | 9,7 |
| Τόπος διαμονής μέχρι την ηλικία των 12 ετών | Χωριό | 136 | 48,9 |
| | Μικρή πόλη | 48 | 17,3 |
| | Μεγάλη πόλη | 94 | 33,8 |
| Οικογενειακό εισόδημα | <1000 | 47 | 17,0 |
| | 1000-1500 | 80 | 29,0 |
| | 1501-2000 | 54 | 19,6 |
| | 2001-2500 | 54 | 19,6 |
| | >2500 | 41 | 14,9 |
| Έχετε αδέρφια | Όχι | 16 | 5,7 |
| | Ναι | 264 | 94,3 |
| Σας θήλασε η μητέρα σας; | Όχι | 46 | 16,8 |
| | Ναι | 227 | 83,2 |
| Υπηκοότητα | Ελληνική | 270 | 99,3 |
| | Άλλη | 2 | 0,7 |
| Θρήσκευμα | ΧΟ | 266 | 100,0 |
| | Άλλο | 0 | 0,0 |

Πίνακας 3: Στοιχεία από το γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό του δείγματος

| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ-ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ | | n | % |
|--|-----------------------------|----------|----------|
| Ήταν επιθυμητές όλες οι εγκυμοσύνες που κατέληξαν σε τοκετό | Όχι | 13 | 4,7 |
| | Ναι | 264 | 95,3 |
| Εάν όχι ποια κατά σειρά εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη | 1 | 3 | 42,9 |
| | 2 | 1 | 14,3 |
| | 3 | 3 | 42,9 |
| Γεννήσατε τα παιδιά σας με: | φυσιολογικό τοκετό | 174 | 63,0 |
| | καισαρική τομή | 110 | 39,9 |
| Η σύλληψη των παιδιών έγινε: | φυσιολογικά | 263 | 94,9 |
| | με εξωσωματική γονιμοποίηση | 15 | 5,4 |
| Είχατε προβλήματα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό; | Όχι | 238 | 85,6 |
| | Ναι | 40 | 14,4 |

Πίνακας 4: Στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό του δείγματος

| ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ | | n | % |
|--|--|----------|----------|
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα | Όχι | 237 | 85,9 |
| | Ναι | 39 | 14,1 |
| Αν ναι, από ποιο | Αλλεργικές εκδηλώσεις | 1 | 2,6 |
| | Βρογχικό Άσθμα | 3 | 7,8 |
| | Νοσήματα συνδετικού ιστού | 5 | 13 |
| | Ca Μαστού | 1 | 2,6 |
| | Ca Θυρεοειδούς | 1 | 2,6 |
| | Σακχαρώδης Διαβήτης (περιλαμβάνεται ο ΣΔ Κύησης) | 4 | 10,4 |
| | Επιληψία | 1 | 2,6 |
| | Νοσήματα θυρεοειδούς (πλην κακοηθειών) | 8 | 20,8 |
| | Δυσλιπιδαιμία | 1 | 2,6 |
| | Αρτηριακή υπέρταση | 3 | 7,7 |
| | Σκλήρυνση κατά πλάκας | 2 | 5,2 |
| | Μυοσκελετικά Νοσήματα | 2 | 5,2 |
| | Σαρκοείδωση | 1 | 2,6 |
| | ΧΝΑ | 1 | 2,6 |
| | Ψωρίαση | 1 | 2,6 |
| Παραρρινοκολπίτιδα | 1 | 2,6 | |
| Ηλικία διάγνωσης, μέση τιμή±SD* | | 32,0±7,9 | |

* SD= Σταθερή απόκλιση

Πίνακας 5: Διάρκεια θηλασμού του δείγματος

| ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ | | n | % |
|---|------------------------------------|----------|----------|
| Θηλάσατε το / τα παιδί σας | Ναι | 222 | 80,1 |
| | Όχι | 29 | 10,5 |
| | Όχι όλα | 26 | 9,4 |
| Χρόνος θηλασμού 1ου παιδιού, μέση τιμή±SD* | | 4,5±3,8 | |
| Χρόνος θηλασμού 2ου παιδιού, μέση τιμή±SD | | 4,4±2,9 | |
| Χρόνος θηλασμού 3ου παιδιού, μέση τιμή±SD | | 5,5±3,8 | |
| Χρόνος θηλασμού 4ου παιδιού, μέση τιμή±SD | | 5,3±1,0 | |
| Χρόνος θηλασμού 5ου παιδιού, μέση τιμή±SD | | 6,0±. | |
| Εάν όχι, ποιος ή ποιοι ήταν οι λόγοι | Παθήσεις Μαστού | 9 | 3,6 |
| | Πρωωρότητα | 4 | 1,6 |
| | Παραμονή Βρέφους σε Μονάδα Νεογνών | 1 | 0,4 |
| | Αδυναμία Βρέφους να Λάβει Τροφή | 1 | 0,4 |
| | Επιστροφή στην Εργασία | 1 | 0,4 |
| | Επιπλοκές Τοκετού | 1 | 0,4 |
| | Προσωπική Επιλογή | 1 | 0,4 |
| | Λήψη Φαρμάκων | 1 | 0,4 |
| | Ανεπαρκής χρόνος | 1 | 0,4 |
| | Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος | 11 | 3,9 |
| | Ατρησία Οισοφάγου του Βρέφους | 1 | 0,4 |
| | Νεογνικός Ίκτερος | 2 | 0,7 |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα που αποτελούσε αντένδειξη ή εμπόδιο για το θηλασμό | Όχι | 262 | 95,6 |
| | Ναι | 12 | 4,4 |
| Εάν ναι, αναφέρατε από ποιο | Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση | 1 | 0,4 |
| | Μαστίτιδα | 2 | 0,7 |
| | Ανωμαλίες Θηλής | 1 | 0,4 |
| | Ψυχολογικά Προβλήματα | 1 | 0,4 |
| Είχε πρόβλημα το παιδί σας | Όχι | 258 | 94,9 |
| | Ναι | 14 | 5,1 |
| Εάν ναι τι πρόβλημα | Αλλεργία στο Μητρικό Γάλα | 2 | 0,8 |
| | Ατρησία Χοληφόρων | 1 | 0,4 |
| | Συγγενής Καρδιοπάθεια | 1 | 0,4 |
| | Ατρησία Οισοφάγου | 1 | 0,4 |
| | Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση | 1 | 0,4 |
| | Νεογνικός Ίκτερος | 1 | 0,4 |

* SD= Σταθερή απόκλιση

Πίνακας 6: Στοιχεία χαρακτήρα και σχολικής επίδοσης τέκνων

| | 1ο παιδί | 2ο παιδί | 3ο παιδί | 4ο παιδί | 5ο παιδί |
|---|------------|------------|-----------|----------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n(%) | n(%) | n(%) |
| Πως θα χαρακτηρίζατε το παιδί σας | | | | | |
| Πολύ ήσυχο | 42 (15,3) | 17 (9,3) | 6 (17,6) | 1 (33,3) | 0 (0,0) |
| Ήσυχο | 198 (72,0) | 138 (75,8) | 22 (64,7) | 2 (66,7) | 1 (100,0) |
| Νευρικό | 33 (12,0) | 25 (13,7) | 6 (17,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Πολύ νευρικό | 2 (0,7) | 2 (1,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Ποια είναι η επίδοση του παιδιού σας στο σχολείο | | | | | |
| Πολύ καλή | 150 (63,8) | 100 (59,2) | 16 (55,2) | 1 (33,3) | 0 (0,0) |
| Καλή | 81 (34,5) | 64 (37,9) | 11 (37,9) | 2 (66,7) | 1 (100,0) |
| Κακή | 0 (0,0) | 1 (0,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Πολύ κακή | 4 (1,7) | 4 (2,4) | 2 (6,9) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |

Πίνακας 7: Στοιχεία αλλεργίας των παιδιών του δείγματος

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ | | n | % |
|---|-----------|-----|------|
| Παρουσιάζει το παιδί σας κάποια αλλεργία | Όχι | 209 | 76,8 |
| | Ναι | 63 | 23,2 |
| Αν ναι, ποιο | 1ο | 35 | 53,8 |
| | 2ο | 19 | 29,2 |
| | 3ο | 6 | 9,2 |
| Νομίζετε ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί σας | Όχι | 15 | 5,4 |
| | Ναι | 261 | 94,6 |
| Πόσο καλά νομίζετε ότι είστε ενημερωμένη για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού | Καθόλου | 2 | 0,7 |
| | Λίγο | 58 | 21,0 |
| | Πολύ | 155 | 56,2 |
| | Πάρα πολύ | 61 | 22,1 |

Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη γνώση για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού

| ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ | Όχι | Ναι | Δεν γνωρίζω | Σωστή απάντηση (%) |
|--|------------|------------|-------------|--------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Συμφέρει οικονομικά | 6 (2,2) | 263 (94,9) | 8 (2,9) | 94,9 |
| Υπάρχει οικονομία χρόνου | 77 (28,2) | 177 (64,8) | 19 (7) | 64,8 |
| Χρειάζεται λιγότερο συχνά σίτιση σε σχέση με την τεχνητή διατροφή | 166 (60,6) | 77 (28,1) | 31 (11,3) | 60,6 |
| Το παιδί συμμετέχει ενεργά | 8 (2,9) | 258 (93,5) | 10 (3,6) | 93,5 |
| Αποτελεί ευκολότερη μέθοδο για το βρέφος | 53 (19,4) | 193 (70,7) | 27 (9,9) | 70,7 |
| Στα παιδιά που θηλάζουν η θνησιμότητα είναι μικρότερη | 22 (7,9) | 176 (63,5) | 79 (28,5) | 63,5 |
| Οι λοιμώξεις είναι λιγότερες | 7 (2,5) | 263 (93,9) | 10 (3,6) | 93,9 |
| Ανέχονται καλύτερα τις τροφές κατά την έναρξη λήψης στερεάς τροφής | 25 (9) | 181 (65,3) | 71 (25,6) | 9,0 |
| Οι αλλεργίες είναι λιγότερες | 11 (3,9) | 234 (83,9) | 34 (12,2) | 83,9 |
| Το παιδί παίρνει έτοιμα αντισώματα από τη μητέρα του | 0 (0) | 280 (100) | 0 (0) | 100,0 |
| Υπάρχει ψυχολογικός δεσμός μητέρας και παιδιού | 2 (0,7) | 275 (98,2) | 3 (1,1) | 98,2 |
| Για τη μητέρα | | | | |
| Η μήτρα μετά τον τοκετό επανέρχεται στη θέση της γρηγορότερα | 22 (7,9) | 215 (77,6) | 40 (14,4) | 77,6 |
| Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι μικρότερη | 9 (3,2) | 243 (87,1) | 27 (9,7) | 87,1 |
| Προφυλάσσει τη μητέρα από λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος | 35 (12,7) | 143 (52) | 97 (35,3) | 12,7 |

Πίνακας 9: Άλλα πλεονεκτήματα του θηλασμού (όπως αναφέρθηκαν από τις συμμετέχουσες)

| Άλλα πλεονεκτήματα | n | % |
|---|----------|----------|
| Απουσία ανάγκης αποστείρωσης | 2 | 0,8 |
| Μείωση επίπτωσης Οξείας Μέσης Ωτίτιδας | 1 | 0,4 |
| «Σύνδεση» μητέρας - παιδιού | 4 | 1,6 |
| Ενίσχυση Ανοσοποιητικού | 2 | 0,8 |
| Ενίσχυση υγείας μητέρας και βρέφους | 1 | 0,4 |
| Μείωση επίπτωσης βρεφικού Συνδρόμου Αιφνίδιου Θανάτου | 1 | 0,4 |
| Ευκολότερη πέψη | 2 | 0,8 |
| Κατάλληλη θερμοκρασία | 1 | 0,4 |
| Πρόκληση αισθήματος ασφάλειας και ηρεμίας | 2 | 0,8 |
| Μείωση επίπτωσης Κωλικών | 3 | 1,2 |
| Βελτίωση συνηθειών του εντέρου | 1 | 0,4 |

Πίνακας 10: Μέση βαθμολογία του δείγματος για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού

| | Βαθμολογία γνώσεων και απόψεων σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού |
|------------------------------|--|
| Ελάχιστη τιμή | 28,6 |
| Μέγιστη τιμή | 92,9 |
| Μέση τιμή±SD* | 69,8±11,4 |
| Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | 71,4 (64,3 - 78,6) |

* SD= Σταθερή απόκλιση

Πίνακας 11: Σύγκριση μέσων τιμών γνώσεων του δείγματος για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά του στοιχεία.

| ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ | | Βαθμολογία γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού | | P Mann-Whitney test |
|--|----------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | |
| Νοσοκομείο | Παιδιατρικό | 70,6±10,9 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,133 |
| | Γενικό | 69±11,8 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Ηλικία | 20-35 | 69,1±12,9 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,547* |
| | 36-40 | 71,4±10,3 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| | >40 | 69,5±11,2 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Έγγαμος | Όχι | 68,3±11,4 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,443 |
| | Ναι | 69,9±11,4 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Εκπαίδευση | Δευτεροβάθμια | 67,3±12,1 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,007 |
| | ΤΕΙ-ΑΕΙ-Μεταπτυχιακό | 71,3±10,8 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Τόπος διαμονής μέχρι την ηλικία των 12 ετών | Χωριό | 69,5±11,6 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,916* |
| | Μικρή πόλη | 69,4±12,6 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| | Μεγάλη πόλη | 70,3±10,6 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Οικογενειακό εισόδημα | <1000 | 67±12 | 71,4 (57,1 - 75) | 0,150* |
| | 1000-2000 | 69,4±12,1 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| | >2000 | 71,3±9,8 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Έχετε αδέρφια | Όχι | 69,9±14,1 | 75 (71,4 - 78,6) | 0,507 |
| | Ναι | 69,8±11,3 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Υπηκοότητα | Ελληνική | 70,1±11,4 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,045 |
| | Άλλη | 53,6±5,1 | 53,6 (50 - 57,1) | |

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 12: Σύγκριση μέσων τιμών των γνώσεων του δείγματος για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού ανάλογα με το γυναικολογικό και ατομικό τους ιστορικό

| | | Βαθμολογία γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού | | P Mann-Whitney test |
|---|----------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | |
| Ήταν επιθυμητές όλες οι εγκυμοσύνες που κατέληξαν σε τοκετό | Όχι | 68,8±10,7 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,752 |
| | Ναι | 69,9±11,4 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με την μητέρα σας | Πολύ καλή/ Άριστη | 70,3±11,3 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,100 |
| | Πολύ κακή έως μέτρια | 67,4±11 | 71,4 (64,3 - 71,4) | |
| Σας θήλασε η μητέρα σας; | Όχι | 71,9±9,9 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,233 |
| | Ναι | 69,5±11,6 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Γεννήσατε τα παιδιά σας με: | | | | |
| Φυσιολογικό τοκετό | Όχι | 69,3±13,1 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,955 |
| | Ναι | 70,2±10,3 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Καισαρική τομή | Όχι | 70,5±10,3 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,526 |
| | Ναι | 68,9±12,9 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Η σύλληψη των παιδιών έγινε: | | | | |
| Φυσιολογικά | Όχι | 72,6±17,7 | 78,6 (64,3 - 85,7) | 0,137 |
| | Ναι | 69,7±11 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Εξωσωματική γονιμοποίηση | Όχι | 69,7±11 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,137 |
| | Ναι | 72,6±17,7 | 78,6 (64,3 - 85,7) | |
| Προβλήματα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύν. αμέσως μετά τον τοκετό. | Όχι | 70,4±10,7 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,159 |
| | Ναι | 66,7±14 | 71,4 (57,1 - 78,6) | |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα | Όχι | 70,4±11,2 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,008 |
| | Ναι | 65,5±11,3 | 71,4 (57,1 - 71,4) | |
| Θηλάσατε το / τα παιδί σας | Ναι | 70,6±10,7 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,065* |
| | Όχι | 63,8±15,2 | 64,3 (53,6 - 78,6) | |
| | Όχι όλα | 69,2±11,2 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα που αποτελούσε αντένδειξη ή εμπόδιο για το θηλασμό | Όχι | 69,7±11,4 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,891 |
| | Ναι | 69,5±13,2 | 71,4 (71,4 - 78,6) | |
| Είχε πρόβλημα το παιδί σας | Όχι | 70,1±11,3 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,003 |
| | Ναι | 61,7±9,9 | 57,1 (57,1 - 71,4) | |
| Παρουσιάζει το παιδί σας κάποια αλλεργία | Όχι | 70,6±11 | 71,4 (64,3 - 78,6) | 0,074 |
| | Ναι | 67,4±12,4 | 71,4 (64,3 - 71,4) | |
| Νομίζετε ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί σας | Όχι | 61,4±15 | 64,3 (42,9 - 71,4) | 0,014 |
| | Ναι | 70,2±11 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |
| Πόσο καλά νομίζετε ότι είστε ενημερωμένη για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού | Καθόλου/ Λίγο | 64,8±11,4 | 64,3 (57,1 - 71,4) | <0,001 |
| | Πολύ/ Πάρα πολύ | 71,2±11,1 | 71,4 (64,3 - 78,6) | |

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 13: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της βαθμολογίας γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και του αριθμού των παιδιών.

| Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού | | |
|--|---|-------|
| Αριθμός παιδιών | r | -0,05 |
| | p | 0,450 |

Πίνακας 14: Πολυπαραγοντική ανάλυση

| | | β | SE | P |
|----------------------------------|--------------------------|----------|-----------|----------|
| Εκπαίδευση | Δευτεροβάθμια | 0,00* | | |
| | ΤΕΙ-ΑΕΙ- Μεταπτυχιακό | 0,03 | 0,01 | 0,015 |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα | Όχι | 0,00 | | |
| | Ναι | -0,03 | 0,01 | 0,027 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Πίνακας 15. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη γνώση για τις αντενδείξεις του θηλασμού

| Ποια από τα παρακάτω, κατά τη γνώμη σας, αποτελούν αντένδειξη θηλασμού; | Όχι | Ναι | Δεν γνωρίζω | Σωστή απάντηση |
|---|------------|------------|-------------|----------------|
| | n (%) | n(%) | n (%) | (%) |
| Μαστίτιδα | 48 (17,2) | 220 (78,9) | 11 (3,9) | 17,2 |
| Σακχαρώδης Διαβήτης | 114 (41,8) | 75 (27,5) | 84 (30,8) | 41,8 |
| Επιλόχειος Κατάθλιψη | 104 (37,8) | 124 (45,1) | 47 (17,1) | 45,1 |
| Παθήσεις θυρεοειδούς | 146 (53,9) | 40 (14,8) | 85 (31,4) | 53,9 |
| Συγγενείς διαμαρτίες στοματικής κοιλότητας βρέφους | 56 (20,3) | 175 (63,4) | 45 (16,3) | 20,3 |
| Έλλειψη ενζύμου (G6PD) του βρέφους | 181 (66,3) | 21 (7,7) | 71 (26) | 66,3 |
| Πρωωρότητα | 161 (58,5) | 81 (29,5) | 33 (12) | 58,5 |
| Επιληψία | 97 (35) | 97 (35) | 83 (30) | 35,0 |
| Ενεργός φυματίωση μητέρας | 25 (9) | 222 (79,9) | 31 (11,2) | 79,9 |
| Ανατομικές ανωμαλίες θηλών | 96 (34,4) | 158 (56,6) | 25 (9) | 34,4 |
| Έντονοι κωλικοί βρέφους | 211 (77) | 34 (12,4) | 29 (10,6) | 77,0 |
| Γαλακτοζαιμία | 43 (15,6) | 58 (21,1) | 174 (63,3) | 21,1 |
| Ίκτερος από το μητρικό γάλα | 82 (29,7) | 127 (46) | 67 (24,3) | 29,7 |

Πίνακας 16. Μέση βαθμολογία συμμετεχουσών για τις αντενδείξεις του θηλασμού

| Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τις αντενδείξεις του θηλασμού | |
|--|--------------------|
| Ελάχιστη τιμή | 0,0 |
| Μέγιστη τιμή | 84,6 |
| Μέση τιμή±SD | 44,7±18,4 |
| Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | 46,2 (30,8 - 53,8) |

Πίνακας 17. Σύγκριση μέσων τιμών των γνώσεων του δείγματος για τις αντενδείξεις του θηλασμού ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία

| | | Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τις αντενδείξεις του θηλασμού | | P Mann-Whitney test |
|--|----------------------|--|------------------------------|----------------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | |
| Νοσοκομείο | Παιδιατρικό | 46,6±19,1 | 46,2 (30,8 - 61,5) | 0,092 |
| | Γενικό | 42,8±17,5 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Ηλικία | 20-35 | 43,5±19,4 | 46,2 (38,5 - 53,8) | 0,976* |
| | 36-40 | 44,8±18 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| | >40 | 45±18,3 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Έγγαμος | Όχι | 47,2±17,5 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,334 |
| | Ναι | 44±18,6 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Εκπαίδευση | Δευτεροβάθμια | 39,2±18 | 38,5 (23,1 - 53,8) | <0,001 |
| | ΤΕΙ-ΑΕΙ-Μεταπτυχιακό | 48±17,9 | 46,2 (38,5 - 61,5) | |
| Τόπος διαμονής μέχρι την ηλικία των 12 ετών | Χωριό | 43,2±18,3 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,577* |
| | Μικρή πόλη | 46,3±20,6 | 46,2 (30,8 - 61,5) | |
| | Μεγάλη πόλη | 46±17,5 | 46,2 (38,5 - 53,8) | |
| Οικογενειακό εισόδημα | <1000 | 36,5±17,4 | 38,5 (23,1 - 50) | <0,001* |
| | 1000-2000 | 42,8±19,1 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| | >2000 | 51,1±16,3 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| Έχετε αδέρφια | Όχι | 50,3±15,9 | 53,8 (38,5 - 61,5) | 0,212 |
| | Ναι | 44,4±18,5 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Υπηκοότητα | Ελληνική | 44,5±18,1 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,900 |
| | Άλλη | 38,5±43,5 | 38,5 (7,7 - 69,2) | |

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 18. Σύγκριση μέσων τιμών των γνώσεων του δείγματος για τις αντενδείξεις του θηλασμού ανάλογα με στοιχεία που αφορούν στο γυναικολογικό και ατομικό τους ιστορικό.

| | | Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τις αντενδείξεις του θηλασμού | | P Mann-Whitney test |
|--|----------------------|---|-----------------------|---------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | |
| Ήταν επιθυμητές όλες οι εγκυμοσύν. που κατέληξαν σε τοκετό | Όχι | 39,1±17,5 | 38,5 (34,6 - 53,8) | 0,365 |
| | Ναι | 44,8±18,4 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με την μητέρα σας | Πολύ καλή/ Άριστη | 45,1±18,6 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,579 |
| | Πολύ κακή έως μέτρια | 43,1±16,2 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Σας θήλασε η μητέρα σας; | Όχι | 46,3±16 | 46,2 (38,5 - 53,8) | 0,517 |
| | Ναι | 44,5±18,9 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Γεννήσατε τα παιδιά σας με: | | | | |
| Φυσιολογικό τοκετό | Όχι | 46,5±18,3 | 46,2 (38,5 - 53,8) | 0,147 |
| | Ναι | 43,6±18,5 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Καισαρική τομή | Όχι | 44,1±18,6 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,387 |
| | Ναι | 45,6±18,2 | 46,2 (38,5 - 53,8) | |
| Η σύλληψη των παιδιών έγινε: | | | | |
| Φυσιολογικά | Όχι | 55,8±14 | 53,8 (46,2 - 61,5) | 0,041 |
| | Ναι | 44±18,3 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Εξωσωματική γονιμοποίηση | Όχι | 44±18,4 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,032 |
| | Ναι | 55,6±13,4 | 53,8 (46,2 - 53,8) | |
| Είχατε προβλήματα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσυν. ή αμέσως μετά τον τοκετό; | Όχι | 45,3±17,7 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,159 |
| | Ναι | 39,7±21,3 | 38,5 (23,1 - 53,8) | |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα | Όχι | 44,6±18,7 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,970 |
| | Ναι | 44,1±16,2 | 46,2 (38,5 - 53,8) | |
| Θηλάσατε το / τα παιδί σας | Ναι | 45,7±18,1 | 46,2 (30,8 - 61,5) | 0,250* |
| | Όχι | 38,7±19,8 | 42,3 (23,1 - 53,8) | |
| | Όχι όλα | 41,7±18,7 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα που αποτελούσε αντένδειξη ή εμπόδιο για το θηλασμό | Όχι | 44,7±18,4 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,950 |
| | Ναι | 44,1±21,5 | 53,8 (23,1 - 61,5) | |
| Είχε πρόβλημα το παιδί σας | Όχι | 45,1±18,2 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,691 |
| | Ναι | 42,3±19,5 | 42,3 (38,5 - 53,8) | |
| Παρουσιάζει το παιδί σας κάποια αλλεργία | Όχι | 44,5±18,7 | 46,2 (30,8 - 53,8) | 0,548 |
| | Ναι | 46,3±17,8 | 46,2 (38,5 - 61,5) | |
| Νομίζετε ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί σας | Όχι | 34,4±20,7 | 30,8 (23,1 - 46,2) | 0,028 |
| | Ναι | 45,4±18,2 | 46,2 (30,8 - 53,8) | |
| Πόσο καλά νομίζετε ότι είστε ενημερωμένη για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού | Καθόλου/ Λίγο | 38,3±18,2 | 38,5 (23,1 - 53,8) | 0,004 |
| | Πολύ/ Πάρα πολύ | 46,6±18,2 | 46,2 (38,5 - 61,5) | |

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 19. Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της βαθμολογίας γνώσεων για τις αντενδείξεις του θηλασμού και του αριθμού των παιδιών.

| Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τις αντενδείξεις του θηλασμού | | |
|--|---|-------|
| Αριθμός παιδιών | r | 0,04 |
| | P | 0,507 |

Πίνακας 20. Πολυπαραγοντική ανάλυση

| | | β | SE | P |
|---|-----------------------|----------|-----------|--------------|
| Εκπαίδευση | Δευτεροβάθμια | 0,00* | | |
| | ΤΕΙ-ΑΕΙ- Μεταπτυχιακό | 0,10 | 0,04 | 0,026 |
| Οικογενειακό εισόδημα | >2000 | 0,00 | | |
| | <1000 | -0,09 | 0,06 | 0,145 |
| | 1000-2000 | -0,11 | 0,04 | 0,012 |
| Νομίζετε ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί σας | Όχι | 0,00 | | |
| | Ναι | 0,26 | 0,08 | 0,002 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Πινάκας 21. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη σωστή γνώση για τα εμπόδια του θηλασμού

| Ποια από τα παρακάτω, κατά τη γνώμη σας, αποτελούν εμπόδια θηλασμού; | Όχι | Ναι | Δεν γνωρίζω | Σωστή απάντηση (%) |
|--|------------|------------|-------------|--------------------|
| | n (%) | n% | n (%) | |
| Μαστίτιδα | 23 (8,3) | 242 (87,4) | 12 (4,3) | 87,4 |
| Σακχαρώδης Διαβήτης | 123 (45,2) | 79 (29) | 70 (25,7) | 29,0 |
| Επιλόχειος Κατάθλιψη | 80 (29) | 155 (56,2) | 41 (14,9) | 56,2 |
| Παθήσεις θυρεοειδούς | 147 (55,5) | 36 (13,6) | 82 (30,9) | 13,6 |
| Συγγενείς διαμαρτίες στοματικής κοιλότητας βρέφους | 28 (10,4) | 211 (78,4) | 30 (11,2) | 78,4 |
| Έλλειψη ενζύμου (G6PD) του βρέφους | 172 (65,2) | 31 (11,7) | 61 (23,1) | 65,2 |
| Πρωρότητα | 115 (43,1) | 125 (46,8) | 27 (10,1) | 46,8 |
| Επιληψία | 90 (33,7) | 119 (44,6) | 58 (21,7) | 44,6 |
| Ενεργός Φυματίωση μητέρας | 12 (4,5) | 226 (84) | 31 (11,5) | 84,0 |
| Ανατομικές ανωμαλίες θηλών | 50 (18,6) | 202 (75,1) | 17 (6,3) | 75,1 |
| Έντονοι κωλικοί βρέφους | 167 (63,5) | 64 (24,3) | 32 (12,2) | 63,5 |
| Γαλακτοζαιμία | 36 (13,5) | 61 (22,8) | 170 (63,7) | 22,8 |
| Ίκτερος από το μητρικό γάλα | 65 (24,6) | 128 (48,5) | 71 (26,9) | 24,6 |

Πίνακας 22. Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού.

| Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού | |
|---|--------------------|
| Ελάχιστη τιμή | 0,0 |
| Μέγιστη τιμή | 84,6 |
| Μέση τιμή±SD | 52,9±17,7 |
| Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | 53,8 (38,5 - 69,2) |

Πίνακας 23. Σύγκριση μέσων τιμών γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού ανάλογα με κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία.

| | | Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού | | P Mann-Whitney test |
|---|----------------------|---|-----------------------|---------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | |
| Νοσοκομείο | Παιδιατρικό | 54,4±17,6 | 53,8 (46,2 - 69,2) | 0,164 |
| | Γενικό | 51,3±17,7 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| Ηλικία | 20-35 | 49,3±20,2 | 46,2 (38,5 - 61,5) | 0,285* |
| | 36-40 | 51,8±15,6 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| | >40 | 54,3±17,4 | 53,8 (46,2 - 69,2) | |
| Έγγαμες | Όχι | 50,5±13,2 | 53,8 (38,5 - 61,5) | 0,273 |
| | Ναι | 53,3±18,4 | 53,8 (38,5 - 69,2) | |
| Εκπαίδευση | Δευτεροβάθμια | 48,4±16,6 | 53,8 (38,5 - 61,5) | 0,003 |
| | ΤΕΙ-ΑΕΙ-Μεταπτυχιακό | 55,1±17,7 | 53,8 (46,2 - 69,2) | |
| Τόπος διαμονής μέχρι την ηλικία των 12 ετών | Χωριό | 52,6±17,3 | 53,8 (38,5 - 61,5) | 0,846* |
| | Μικρή πόλη | 53,5±17,4 | 53,8 (46,2 - 69,2) | |
| | Μεγάλη πόλη | 52,5±18,6 | 53,8 (38,5 - 69,2) | |
| Οικογενειακό εισόδημα | <1000 | 48,5±15,1 | 53,8 (38,5 - 57,7) | 0,081* |
| | 1000-2000 | 52,9±17,8 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| | >2000 | 55,1±18,5 | 53,8 (46,2 - 69,2) | |
| Έχετε αδέρφια | Όχι | 63,3±15,1 | 61,5 (53,8 - 76,9) | 0,038 |
| | Ναι | 52,3±17,7 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| Υπηκοότητα | Ελληνική | 52,9±17,6 | 53,8 (38,5 - 69,2) | 0,235 |
| | Άλλη | 34,6±27,2 | 34,6 (15,4 - 53,8) | |

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 24. Σύγκριση μέσων τιμών των γνώσεων του δείγματος για τα εμπόδια του θηλασμού ανάλογα με στοιχεία που αφορούν στο γυναικολογικό και ατομικό ιστορικό.

| | | Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού | | P Mann-Whitney test |
|--|----------------------|---|-----------------------|---------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | Διάμεσος (Ενδ. εύρος) | |
| Ήταν επιθυμητές όλες οι εγκυμοσύν. που κατέληξαν σε τοκετό | Όχι | 46,9±16,7 | 53,8 (38,5 - 53,8) | 0,261 |
| | Ναι | 53,1±17,7 | 53,8 (38,5 - 69,2) | |
| Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με την μητέρα σας | Πολύ καλή/ Άριστη | 53,2±17,4 | 53,8 (38,5 - 69,2) | 0,843 |
| | Πολύ κακή έως μέτρια | 54,5±19,2 | 53,8 (46,2 - 69,2) | |
| Σας θήλασε η μητέρα σας; | Όχι | 54,6±18 | 61,5 (38,5 - 69,2) | 0,341 |
| | Ναι | 52,6±17,4 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| <i>Γεννήσατε τα παιδιά σας με:</i> | | | | |
| Φυσιολογικό τοκετό | Όχι | 55±17,7 | 53,8 (46,2 - 69,2) | 0,142 |
| | Ναι | 52±17,3 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| καισαρική τομή | Όχι | 52,3±17,2 | 53,8 (38,5 - 61,5) | 0,322 |
| | Ναι | 54,4±18 | 53,8 (46,2 - 69,2) | |
| <i>Η σύλληψη των παιδιών έγινε:</i> | | | | |
| Φυσιολογικά | Όχι | 54,4±13,5 | 53,8 (46,2 - 61,5) | 0,953 |
| | Ναι | 52,7±17,8 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| Εξωσωματική γονιμοποίηση | Όχι | 52,7±17,8 | 53,8 (38,5 - 61,5) | 0,953 |
| | Ναι | 54,4±13,5 | 53,8 (46,2 - 61,5) | |
| Είχατε προβλήματα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύν. ή αμέσως μετά τον τοκετό; | Όχι | 53,1±17,3 | 53,8 (38,5 - 61,5) | 0,501 |
| | Ναι | 50,7±19,1 | 53,8 (38,5 - 69,2) | |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα | Όχι | 53,2±17,7 | 53,8 (38,5 - 69,2) | 0,265 |
| | Ναι | 50,3±17,3 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| Θηλάσατε το / τα παιδί σας | Ναι | 53,1±17,1 | 53,8 (38,5 - 61,5) | 0,542* |
| | Όχι | 54,7±21,6 | 53,8 (46,2 - 76,9) | |
| | Όχι όλα | 50,3±15,6 | 53,8 (46,2 - 61,5) | |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα που αποτελούσε αντένδειξη ή εμπόδιο για το θηλασμό | Όχι | 52,9±18 | 53,8 (38,5 - 69,2) | 0,843 |
| | Ναι | 53,8±15 | 53,8 (38,5 - 69,2) | |
| Είχε πρόβλημα το παιδί σας | Όχι | 53,3±18,2 | 53,8 (38,5 - 69,2) | 0,178 |
| | Ναι | 48,5±10,1 | 46,2 (46,2 - 53,8) | |
| Παρουσιάζει το παιδί σας κάποια αλλεργία | Όχι | 53,3±18,2 | 53,8 (38,5 - 69,2) | 0,371 |
| | Ναι | 51,4±16,2 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| Νομίζετε ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί σας | Όχι | 52,3±23,8 | 53,8 (38,5 - 76,9) | 0,778 |
| | Ναι | 52,9±17,3 | 53,8 (38,5 - 61,5) | |
| Πόσο καλά νομίζετε ότι είστε ενημερωμένη για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού | Καθόλου/ Λίγο | 47,8±20,3 | 53,8 (30,8 - 61,5) | 0,042 |
| | Πολύ/ Πάρα πολύ | 54,4±16,7 | 53,8 (46,2 - 69,2) | |

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 25. Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της βαθμολογίας γνώσεων για τα εμπόδια του θηλασμού και του αριθμού των παιδιών.

| Βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού | | |
|--|---|-------|
| Αριθμός παιδιών | r | 0,04 |
| | P | 0,521 |

Πίνακας 26. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση

| | | β | SE | P |
|---|-----------------|----------|-----------|--------------|
| Πόσο καλά νομίζετε ότι είστε ενημερωμένη για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού | Καθόλου/ Λίγο | 0,00* | | |
| | Πολύ/ Πάρα πολύ | 0,09 | 0,03 | 0,007 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

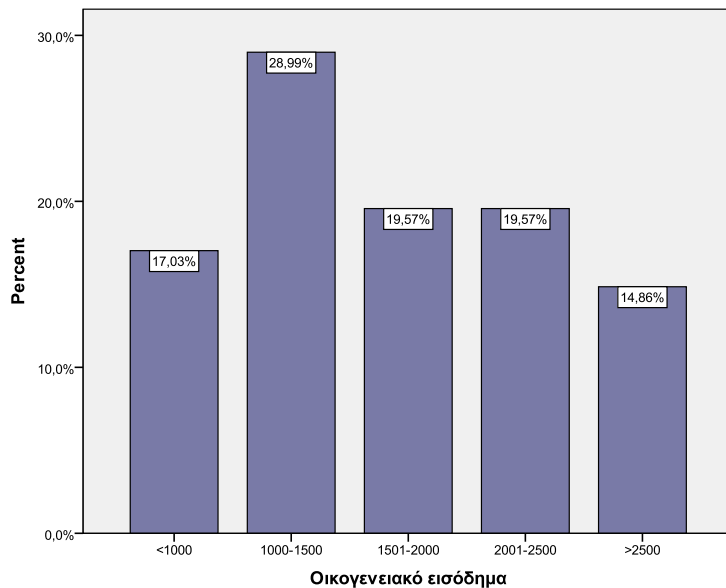
Πίνακας 27. Ποσοστά νοσηλευτικού προσωπικού που θήλασε όλα τα παιδιά του ανάλογα με κοινωνικοδημογραφικά και άλλα στοιχεία.

| | | Θηλάσατε το / τα παιδί σας | | | | P Pearson's χ^2 test |
|---|--------------------------|----------------------------|------|-----------|------|---------------------------------|
| | | Όχι n % | | Ναι n% | | |
| Ηλικία | 20-35 | 13 | 25,0 | 39 | 75,0 | 0,469 |
| | 36-40 | 11 | 22,0 | 39 | 78,0 | |
| | >40 | 31 | 17,7 | 144 | 82,3 | |
| Έγγαμες | Όχι | 4 | 9,8 | 37 | 90,2 | 0,069 |
| | Ναι | 51 | 22,2 | 179 | 77,8 | |
| Εκπαίδευση | Δευτεροβάθμια | 23 | 22,8 | 78 | 77,2 | 0,330 |
| | ΤΕΙ-ΑΕΙ- Μεταπτυχιακό | 31 | 17,9 | 142 | 82,1 | |
| Οικογενειακό εισόδημα | <1000 | 9 | 19,1 | 38 | 80,9 | 0,813 |
| | 1000-2000 | 29 | 21,8 | 104 | 78,2 | |
| | >2000 | 17 | 18,5 | 75 | 81,5 | |
| Σας θήλασε η μητέρα σας; | Όχι | 13 | 28,9 | 32 | 71,1 | 0,050 |
| | Ναι | 37 | 16,4 | 188 | 83,6 | |
| Υπηκοότητα | Ελληνική | 50 | 18,7 | 218 | 81,3 | 0,343* |
| | Άλλη | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | |
| Γεννήσατε τα παιδιά σας με | | | | | | |
| Φυσιολογικό τοκετό | Όχι | 19 | 19,0 | 81 | 81,0 | 0,737 |
| | Ναι | 36 | 20,7 | 138 | 79,3 | |
| Καισαρική τομή | Όχι | 35 | 21,1 | 131 | 78,9 | 0,604 |
| | Ναι | 20 | 18,5 | 88 | 81,5 | |
| Η σύλληψη των παιδιών έγινε | | | | | | |
| Φυσιολογικά | Όχι | 5 | 38,5 | 8 | 61,5 | 0,146* |
| | Ναι | 50 | 19,2 | 211 | 80,8 | |
| Εξωσωματική γονιμοποίηση | Όχι | 50 | 19,2 | 210 | 80,8 | 0,166* |
| | Ναι | 5 | 35,7 | 9 | 64,3 | |
| Είχατε προβλήματα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό; | Όχι | 42 | 17,9 | 193 | 82,1 | 0,033 |
| | Ναι | 13 | 32,5 | 27 | 67,5 | |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα | Όχι | 44 | 18,8 | 190 | 81,2 | 0,321 |
| | Ναι | 10 | 25,6 | 29 | 74,4 | |

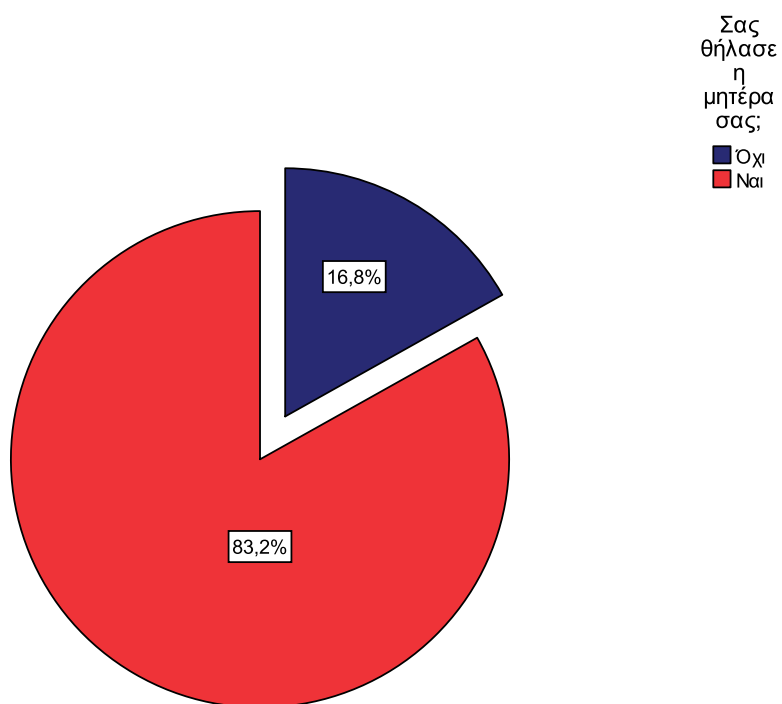
*Fisher's exact test

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

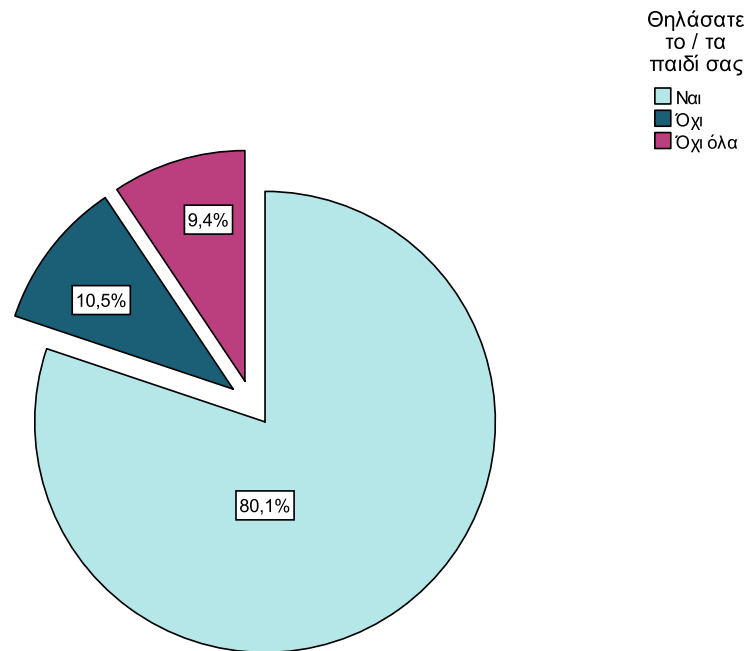
Γράφημα 1. Οικογενειακό εισόδημα του νοσηλευτικού προσωπικού



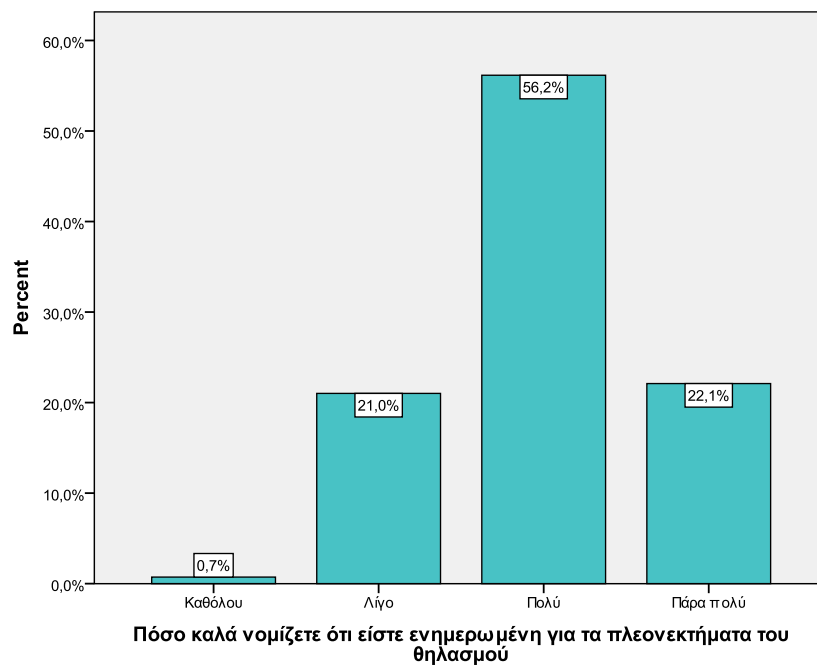
Γράφημα 2. Ποσοστό των συμμετεχουσών που τις θήλασε η μητέρα τους.



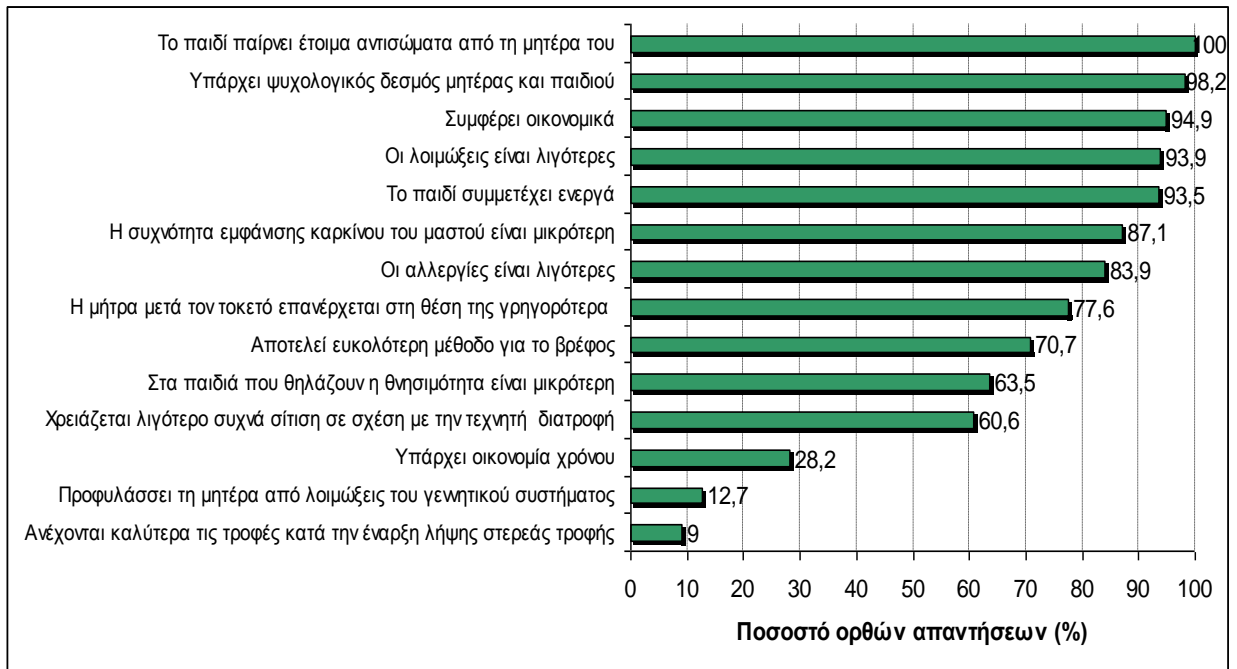
Γράφημα 3. Ποσοστά νοσηλευτικού προσωπικού που θήλασαν τα παιδιά τους



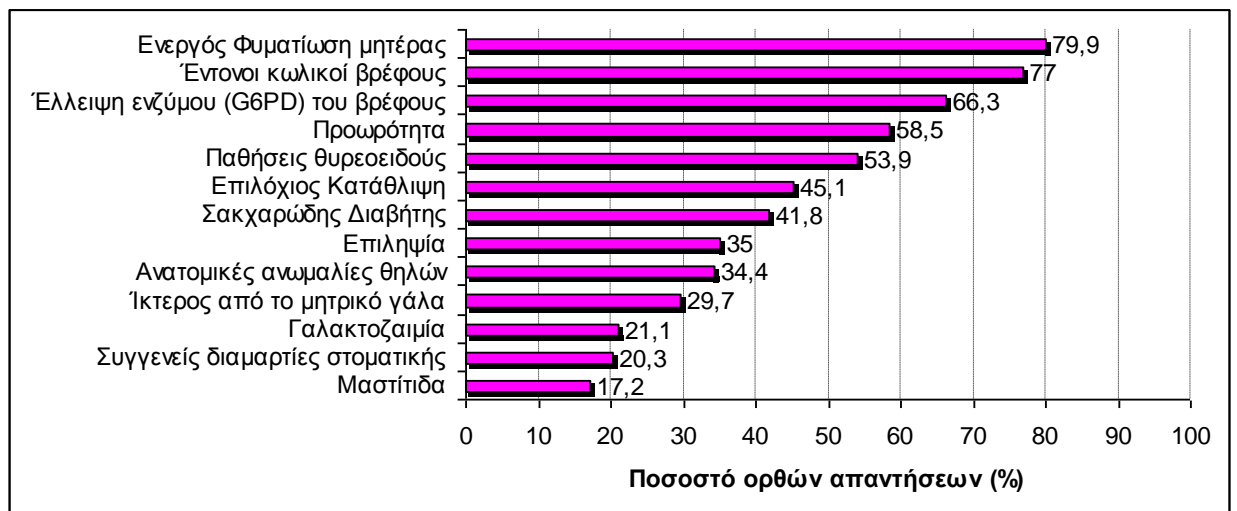
Γράφημα 4. Ενημέρωση των συμμετεχουσών για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού.



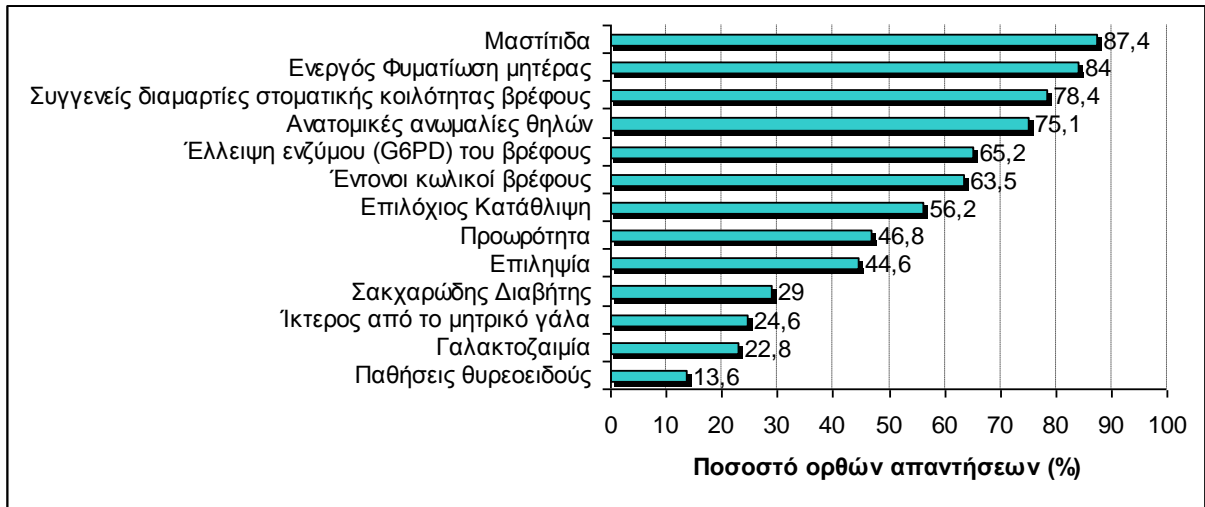
Γράφημα 5. Ποσοστά των σωστών απαντήσεων σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού με φθίνουσα σειρά.



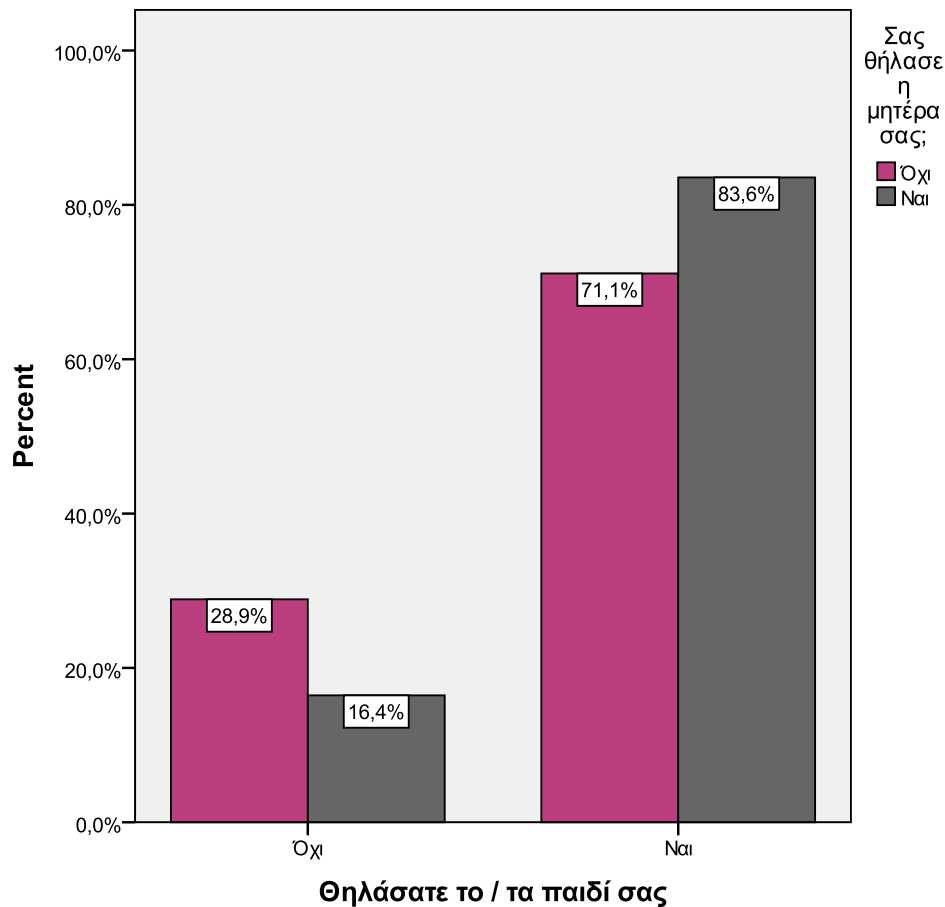
Γράφημα 6. Ποσοστά των σωστών απαντήσεων σχετικά με τις αντενδείξεις του θηλασμού με φθίνουσα σειρά.



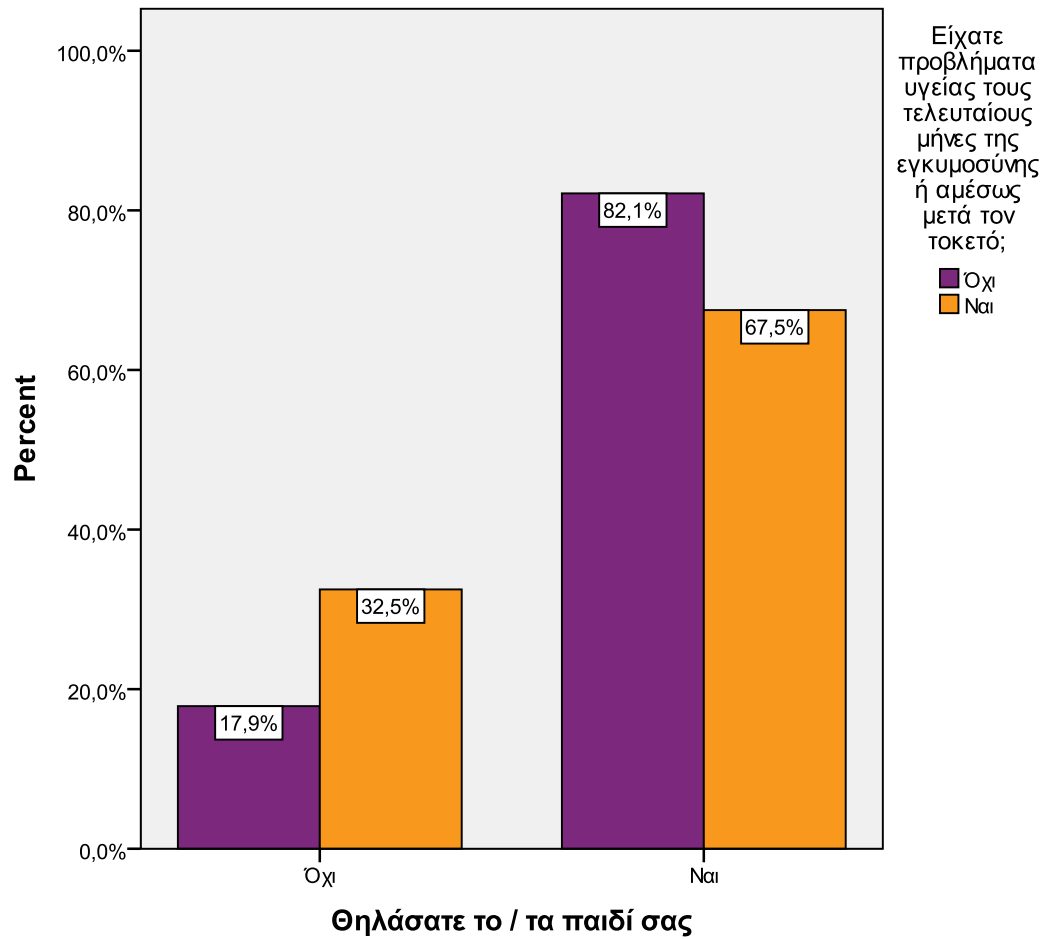
Γράφημα 7. Ποσοστά των σωστών απαντήσεων σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού με φθίνουσα σειρά.



Γράφημα 8. Ποσοστά του νοσηλευτικού προσωπικού που θηλάσαν τα παιδιά τους ανάλογα με το αν τις είχε θηλάσει η μητέρα τους.



Γράφημα 9. Ποσοστά του δείγματος που θήλασε τα παιδιά του ανάλογα με το αν είχαν εμφανίσει κάποιο πρόβλημα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης τους ή αμέσως μετά τον τοκετό.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για την συγκεκριμένη μελέτη διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν ερωτηματολόγια από 4 Νοσοκομεία των Αθηνών 2 γενικά νοσοκομεία (ενηλίκων) και 2 Παιδιατρικά. Συνολικά συγκεντρώθηκαν 281 ερωτηματολόγια, 145 (ποσοστό 51,0 %) από γενικά νοσοκομεία και 136 (ποσοστό 48,4%) από παιδιατρικά νοσοκομεία. Η παρούσα μελέτη αποτελεί τη μοναδική έρευνα που αφορά τις γνώσεις και τις αντιλήψεις, αποκλειστικά του Ελληνικού νοσηλευτικού προσωπικού-μητέρων για το μητρικό θηλασμό. Αντίστοιχα στοιχεία προκύπτουν από τη μελέτη των Δαγαλάκη, Κατσαπρακάκη του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης το 2005, στο δείγμα της οποίας συμπεριλαμβάνονταν και 125 μητέρες εργαζόμενες στον τομέα της υγείας, (Ιατροί, Νοσηλεύτριες, Επισκέπτριες υγείας κ.α.), παράλληλα όμως με τις μητέρες που είχαν κάποια άλλη επαγγελματική ενασχόληση.¹²³

Από το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε το 37,2% ήταν απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 53,1% Τ.Ε.Ι. ή Α.Ε.Ι. ενώ το 9,7% είχε πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές. Στην προαναφερθείσα μελέτη του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης τα αντίστοιχα νούμερα διέφεραν (58,4% και 41,6% για Δ.Ε. και Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. αντίστοιχα) γεγονός που πιθανότατα οφείλεται στο ότι δεν αφορούσε μόνο μητέρες νοσηλεύτριες αλλά το δείγμα προερχόταν από όλο σχεδόν το εύρος των επαγγελματιών υγείας.¹²³ Τα ευρήματα αυτά δυστυχώς αντικατοπτρίζουν τη στελέχωση των νοσοκομείων από νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ανεπαρκές επίπεδο γνώσεων που έχει αντίκτυπο όχι μόνο στους ίδιους, αλλά παρέχει και ελλιπή ενημέρωση στους νοσηλευόμενους και στους συνοδούς αυτών.

Η μέση διάρκεια θηλασμού κυμαινόταν από 4,5 έως 6 μήνες για κάθε παιδί. Η συνηθέστερη αιτία διακοπής θηλασμού ήταν η παραγωγή μικρής ποσότητας γάλακτος από τις μητέρες. Όπως είναι γνωστό, το κυριότερο ερέθισμα για την διατήρηση και την ενίσχυση του θηλασμού είναι ο ίδιος ο θηλασμός μέσω μηχανισμού ανατροφοδότησης. Έτσι, η πρόωγη διακοπή του λόγω ανεπαρκούς ποσότητας γάλακτος, σε μεγάλο βαθμό, καταδεικνύει την ανεπαρκή πληροφόρηση του νοσηλευτικού προσωπικού για τη φυσιολογία της γαλουχίας. Τα υψηλά ποσοστά θηλασμού κατά τους πρώτους μήνες της βρεφικής ζωής αντανακλούν

την ισχυρή θέληση των γυναικών να θηλάσουν, ωστόσο τα ποσοστά αυτά μειώνονται αισθητά τους επόμενους μήνες και αυτό πιθανόν σχετίζεται και με την ανάγκη για γρήγορη επάνοδο της γυναίκας στην εργασία της. Από τις 34 που δήλωσαν αιτία μη θηλασμού οι 11 ανέφεραν μειωμένη ποσότητα γάλακτος και οι 8 μαστίτιδα και διαταραχές των θηλών, ενώ το 5,1% των συμμετεχουσών απάντησε ότι το βρέφος είχε κάποιο νόσημα που αποτελούσε εμπόδιο ή αντένδειξη για το θηλασμό.

Παρουσιάζουν ενδιαφέρον κάποιες διαφορές που παρατηρούνται στην παρούσα μελέτη σε σχέση με την Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού. Στην παρούσα έρευνα το ποσοστό των γυναικών που θήλασαν τα παιδιά τους κατά μέσο όρο για 4,5 μήνες, ανερχόταν στο 80,1%. Στην μελέτη του Ι.Υ.Π. το 87,9% ξεκίνησε να θηλάζει, ποσοστό αντίστοιχο με αυτό της δικής μας μελέτης, αλλά μόνο το 31,7% και το 22% συνέχισαν να θηλάζουν τον 4^ο μήνα και τον 6^ο μήνα αντίστοιχα. Τα δε ποσοστά αυτά δεν αφορούσαν αποκλειστικό θηλασμό αλλά θηλασμό ανεξάρτητα από το αν αυτός είναι αποκλειστικός, σχεδόν αποκλειστικός ή σε συνδυασμό με άλλο γάλα ή τροφή.¹³⁹ Παρόμοια ποσοστά έναρξης μητρικού θηλασμού, τόσο για τον γενικό πληθυσμό, όσο και για τον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας παρατηρήθηκαν και στην μελέτη των Δαγαλάκη - Κατσουπράκη. Συγκεκριμένα ένα ποσοστό κοντά στο 75% θήλαζαν τα παιδιά τους. Ωστόσο, το 64,5% του συνόλου θήλαζε 3 μήνες το πολύ και μόνο το 20,1% συνεχίζει μετά τον 3^ο μήνα, τάση που δεν τροποποιούνταν ανάλογα με την επαγγελματική ενασχόληση.¹²³

Επομένως μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην παρούσα μελέτη παρουσίαζε μεγαλύτερα ποσοστά θηλασμού σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, γεγονός που ενδεχομένως θα μπορούσε να αποδοθεί ακριβώς στην ιδιαιτερότητα της εκπαιδευτικής και της επαγγελματικής απασχόλησης του συγκεκριμένου δείγματος.

Παράλληλα, σημαντικές είναι οι απόψεις του δείγματος σχετικά με τον χαρακτήρα και τη σχολική επίδοση των παιδιών τους. Η συντριπτική πλειοψηφία χαρακτηρίζουν τα παιδιά τους ήσυχα ή πολύ ήσυχα (72% - 66,7% και 15,3% - 33,3% αντίστοιχα) και με καλές ή πολύ καλές σχολικές επιδόσεις (34,5% - 66,7%

και 63,8%- 33,3%) αντίστοιχα. Ενδιαφέρουσα επίσης είναι η πληροφορία που προκύπτει σχετικά με το ιστορικό αλλεργικών παθήσεων των παιδιών που ανέρχεται στο 23,2%. Τέλος το 94,6% του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην μελέτη θεωρούσαν ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί τους, ποσοστό που είναι αντίστοιχο με τα ευρήματα των περισσότερων μελετών, είτε αυτές αφορούν γενικό πληθυσμό, είτε επαγγελματίες υγείας. Αυτό που παρουσιάζει ενδιαφέρον είναι ότι το 21,7% θεωρεί ότι δεν είναι ενημερωμένο για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, ιδιαίτερα δε όταν μελετηθεί ο πληθυσμός του νοσηλευτικού προσωπικού των παιδιατρικών νοσοκομείων, όπου το 17,3% θεωρεί ότι δεν έχει επαρκή ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, ποσοστό που δεν επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού αν και παρατηρείται η τάση να βελτιώνεται η γνώμη των συμμετεχουσών για την ενημέρωσή τους για το θηλασμό, όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Ανάλογα συμπεράσματα προκύπτουν και από μελέτη όπου το 22,4% του πληθυσμού της μελέτης και το 34,2% των επαγγελματιών υγείας αναφέρουν ότι δεν είχαν ενημέρωση από κανέναν για τον θηλασμό, ενώ και κατά την έναρξη του θηλασμού οι ερωτηθείσες ανέφεραν ότι δεν είχαν καμιά βοήθεια σε ποσοστό 15,6% και 21,9% για το γενικό πληθυσμό και τους επαγγελματίες υγείας αντίστοιχα.¹²³

Προκύπτει επομένως το συμπέρασμα ότι παρά τα υψηλά ποσοστά των γυναικών που θεωρούν απαραίτητο το θηλασμό, ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου ¼) πιστεύουν ότι δεν έχουν την ενημέρωση που θα έπρεπε, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχουν περιθώρια περαιτέρω ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και άρα αύξηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού, συμπέρασμα που προκύπτει και από τη μελέτη του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης όπου από τις μητέρες επαγγελματίες υγείας που δεν θήλασαν τα παιδιά τους, το 20,6% ανέφερε ότι ενδεχομένως να είχε προχωρήσει στο θηλασμό αν είχε ενημερωθεί περισσότερο, ποσοστό αντίστοιχο με αυτό που ανέφερε ότι δεν είχε καμιά ενημέρωση για το θηλασμό.¹²³

Από την παρούσα έρευνα προκύπτει σαφώς ότι υπάρχουν συγκεκριμένα πλεονεκτήματα του θηλασμού, τα οποία είναι πλέον ευρύτατα γνωστά και αποδεκτά. Έτσι το 100% του δείγματος απάντησε ότι ο θηλασμός παρέχει έτοιμα αντι σώματα στο παιδί, ενώ ποσοστό 98,2% γνωρίζει ότι ο μητρικός θηλασμός

συμβάλει στην δημιουργία ψυχολογικού δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού. Υπάρχουν όμως και αντιλήψεις μεταξύ των μητέρων του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως προκύπτουν από τις απαντήσεις τους, που είτε αποδίδουν στο θηλασμό ιδιότητες που δεν έχει (π.χ. καλύτερη αντοχή των στερεών τροφών – ποσοστό 65,3%, προφύλαξη της μητέρας από λοιμώξεις του γενετικού συστήματος – ποσοστό 52%), είτε αναδεικνύουν σημαντικά κενά στις γνώσεις τους για συγκεκριμένα πλεονεκτήματα του (π.χ. άγνοια για τη μείωση της παιδικής θνησιμότητας – ποσοστό 36,5%) ενώ ενδεικτικό είναι και το ότι το 29,3% δεν γνωρίζει ότι ο μητρικός θηλασμός είναι ευκολότερη μέθοδος διατροφής για το βρέφος σε σχέση με τη χορήγηση βιομηχανοποιημένου γάλακτος. Η τελική μέση βαθμολογία απόψεων και γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού (69,8%) μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητική, ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι καμιά από τις συμμετέχουσες δεν είχε απόλυτη γνώση για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού (βαθμολογία 100%). Αντίστοιχα στοιχεία προκύπτουν και από διεθνείς μελέτες, επιβεβαιώνοντας ότι παρά το γεγονός πως ο θηλασμός είναι πλέον επιβεβαιωμένο ότι αποτελεί την καλύτερη μέθοδο διατροφής με σημαντικά οφέλη τόσο για το βρέφος όσο και για την μητέρα, δεν υπάρχει απόλυτη γνώση των ιδιοτήτων του ακόμα και στο εξειδικευμένο προσωπικό. Για παράδειγμα ενώ πληθώρα μελετών έχουν αναδείξει ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού γνωρίζει πως ο αποκλειστικός θηλασμός για 6 μήνες είναι η καλύτερη μέθοδος διατροφής για το βρέφος, στην μελέτη των Karipis και Spicer¹²⁴ μόνο το 53% του δείγματος των παιδιατρικών νοσοκομείων γνώριζε πως το μητρικό γάλα και το τεχνητό γάλα δεν ήταν διατροφικά ισοδύναμα. Επίσης ενώ στην παρούσα μελέτη οι μητέρες γνώριζαν πως ο θηλασμός ενισχύει ανοσολογικά το έμβρυο και το προφυλάσσει από λοιμώξεις και αλλεργίες, το 1/3 περίπου δεν γνώριζε ότι τελικά συμβάλλει στην μείωση της παιδικής συχνότητας. Παρόμοια ευρήματα που αφορούν σε άγνοια του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα ειδικά οφέλη του θηλασμού προκύπτουν και από διεθνείς μελέτες. Ενδεικτικά στην μελέτη της Mc Laughlin αποδείχθηκε ότι οι νοσηλεύτριες δεν γνώριζαν για τη συμβολή του μητρικού γάλακτος στην πρόληψη της μέσης ωτίτιδας.¹²²

Δεν παρατηρήθηκε επίδραση στη γνώση σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού αναλόγως με το αν το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζονταν σε

παιδιατρικό ή γενικό νοσοκομείο, την οικογενειακή τους κατάσταση (έγγαμες ή αριθμός αδελφών), το εισόδημα ή τον τόπο διαμονής.

Αυτό που προκύπτει ξεκάθαρα είναι η συσχέτιση του υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου με καλύτερο επίπεδο γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού. Οι απόφοιτες ανωτέρων ή ανωτάτων ιδρυμάτων είχαν σημαντικά περισσότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού σε σχέση με τις απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, από επιμέρους αναλύσεις προέκυψε ότι οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης θεωρούσαν ότι είναι καλύτερα ενημερωμένες για το θηλασμό. Τα παραπάνω αναδεικνύουν τη σημασία της εκπαιδευτικής διαδικασίας στην παγίωση των γνώσεων σχετικά με το θηλασμό. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό το ποσοστό που δηλώνει ότι δεν είχε επαρκή ενημέρωση για το θηλασμό, ακόμη και μεταξύ των γυναικών ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι οι μητέρες που είχαν οι ίδιες ή τα παιδιά τους κάποιο πρόβλημα υγείας παρουσίαζαν χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος αν και γνωρίζουν επιμέρους ιδιότητες ή πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, ενώ οι περισσότερες θεωρούσαν ότι ο αποκλειστικός θηλασμός δεν είναι απαραίτητος για το βρέφος. Είναι πιθανό η προειλημμένη, συνήθως σε τέτοιες περιπτώσεις, απόφαση για χρησιμοποίηση βιομηχανοποιημένου γάλακτος να συντελεί στην περιορισμένη ενημέρωση των γυναικών αυτών για το θηλασμό και τα πλεονεκτήματα του. Αυτό, με τη σειρά του, επηρεάζει την αντίληψη τους για τη σπουδαιότητα του θηλασμού και περιορίζει ακόμα περισσότερο, τόσο την ενημέρωση τους όσο και την πιθανότητα έναρξης ή συντήρησης του μητρικού θηλασμού. Η παραπάνω υπόθεση ενισχύεται από το εύρημα πως η ύπαρξη κάποιου νοσήματος στις μητέρες, σχετίζονταν ισχυρά με σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία για τις γνώσεις των πλεονεκτημάτων του θηλασμού και στην πολυπαραγοντική ανάλυση.

Εξάλλου, το νοσηλευτικό προσωπικό που θεωρούσε απαραίτητο το μητρικό θηλασμό για το παιδί τους είχαν υψηλότερη βαθμολογία γνώσεων σχετικά με το θηλασμό, σε σχέση με αυτές που δεν τον θεωρούσαν απαραίτητο (70,2 % και 61,4% αντίστοιχα, $p=0,014$). Επίσης αυτές που θεωρούσαν ότι ήταν πολύ ή πάρα

πολύ ενημερωμένες όντως είχαν περισσότερες γνώσεις (βαθμολογία 71,2% και 64,8% αντίστοιχα, $p < 0,001$). Άρα προκύπτει σαφώς η τάση, μητέρες νοσηλεύτριες με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, να θεωρούν πως είναι, και τελικά να είναι, σημαντικά περισσότερο ενημερωμένες για τον θηλασμό και να τον θεωρούν απαραίτητο για το παιδί τους σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό. Επομένως είναι ουσιαστικής σημασίας η ενίσχυση της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού χαμηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, καθώς αυτό θα οδηγούσε στην βελτίωση της άποψης τους για την αναγκαιότητα του μητρικού θηλασμού ως μεθόδου διατροφής. Το παραπάνω συμπέρασμα υποστηρίζεται και από τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης απ' όπου προκύπτει πως το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί ανεξάρτητη μεταβλητή σχετικά με το επίπεδο των γνώσεων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού.

Παρότι το επίπεδο των γνώσεων σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, όπως διαμορφώνεται από την έρευνα μας είναι άνω του μετρίου, δεν ισχύει το ίδιο και για τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού. Έτσι π.χ. μόνο το 17,2% γνώριζε ότι η μαστίτιδα δεν είναι αντένδειξη του θηλασμού, ενώ αντίστοιχα άσχημα είναι τα αποτελέσματα που αφορούν την γαλακτοζαιμία, τις συγγενείς διαμαρτυρίες της στοματικής κοιλότητας, τον ίκτερο από το μητρικό γάλα, τις ανατομικές ανωμαλίες των θηλών, την επιληψία και τον σακχαρώδη διαβήτη.

Αυτό αντανακλάται και στη μέση βαθμολογία των γνώσεων και των απόψεων των μητέρων του νοσηλευτικού προσωπικού όπου στην εκατοστιαία κλίμακα λαμβάνει τιμή κάτω του μέσου (διάμεση τιμή 46,2). Οι μέτριες επιδόσεις των μητέρων n επιβεβαιώνονται και από το ότι το 2,5% περίπου δεν είχαν καμιά γνώση ή άποψη για τις αντενδείξεις του θηλασμού ενώ και σε αυτή την κατηγορία καμιά δεν είχε απόλυτη βαθμολογία (100). Ωστόσο δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το ενδεχόμενο κάποιες από τις μητέρες να θεωρήσουν λανθασμένες τις αντενδείξεις ως εμπόδια, αν και πραγματοποιήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια για να αποφευχθεί κάτι τέτοιο, τόσο με την παροχή σαφών οδηγιών για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όσο και με την παρουσία στο ερωτηματολόγιο ειδικού τμήματος για τα εμπόδια του θηλασμού προκειμένου, μεταξύ άλλων, να αποφευχθεί ακριβώς αυτή η πιθανή παρανόηση.

Η βαθμολογία των γνώσεων και των απόψεων των μητέρων του νοσηλευτικού προσωπικού για τον θηλασμό δεν σχετίζονται σημαντικά με το εάν δουλεύουν σε γενικό νοσοκομείο ή παιδιατρικό νοσοκομείο, με την οικογενειακή κατάσταση, την υπηκοότητα τους, ή την ηλικία τους. Επίσης δεν επηρεάζονταν από το ιατρικό ιστορικό τους, τη σχέση με τη μητέρα τους και την κατάσταση της υγείας του παιδιού τους. Αντίθετα φαίνεται ότι σχετίζεται σημαντικά με το αν η σύλληψη του παιδιού έγινε με φυσιολογικό τρόπο ή με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, καθώς οι μητέρες που συνέλαβαν με εξωσωματική γονιμοποίηση εμφανίζουν στατιστικά σημαντική υψηλότερη βαθμολογία, πιθανώς λόγω πληρέστερης ενημέρωσης.

Επίσης από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι το οικογενειακό εισόδημα επηρεάζει τις γνώσεις και τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τις αντενδείξεις του θηλασμού, τόσο στη μονοπαραγοντική μελέτη ($p: <0,001$) όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση ($p :0,012$).

Αυτό το οποίο αναδεικνύεται και πάλι ξεκάθαρα είναι η σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία που είχαν οι απόφοιτες ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης, σχέση η οποία επιβεβαιώνεται και στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Επίσης οι μητέρες που θεωρούσαν το μητρικό θηλασμό απαραίτητο για το παιδί τους καθώς και αυτές που πίστευαν ότι ήταν πολύ ή πάρα πολύ ενημερωμένες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία για τις γνώσεις τους για τις αντενδείξεις του θηλασμού (45,4 και 46,6 μέσες τιμές αντίστοιχα). Ειδικά η άποψη ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί επιβεβαιώνεται ισχυρά ως σημαντικά ανεξάρτητη μεταβλητή και στην πολυπαραγοντική ανάλυση ($p:0,002$). Επομένως και σε ότι αφορά τις γνώσεις και τις απόψεις για τις αντενδείξεις του θηλασμού προκύπτει μια κατηγορία μητέρων νοσηλευτριών, με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, που θεωρούν απαραίτητο το θηλασμό και πιστεύουν ότι είναι ενημερωμένες για αυτόν, στην οποία όντως το επίπεδο των γνώσεων είναι σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκε να απαντήσει και εάν συγκεκριμένες καταστάσεις αποτελούν εμπόδια για τον θηλασμό. Οι καταστάσεις αυτές ήταν οι ίδιες που είχαν χρησιμοποιηθεί στο ερωτηματολόγιο και ως πιθανές αντενδείξεις θηλασμού. Οι γνώσεις και οι απόψεις τους σχετικά με τα ενδεχόμενα εμπόδια του

θηλασμού ήταν βελτιωμένες σε σχέση με αυτούς για τις αντενδείξεις (μέση βαθμολογία 52,9). Ειδικότερα, το 87,4% γνώριζε ότι η μαστίτιδα είναι εμπόδιο για τον θηλασμό και αντίστοιχα καλά αποτελέσματα προέκυψαν και για τις συγγενείς διαμαρτίες της στοματικής κοιλότητας του βρέφους ή τις ανατομικές ανωμαλίες των θηλών της μητέρας. (78,4% και 75,1% σωστές απαντήσεις αντίστοιχα). Στις ίδιες ερωτήσεις οι μητέρες είχαν σε συντριπτικά ποσοστά απαντήσει λανθασμένα πως οι καταστάσεις αυτές αποτελούσαν αντενδείξεις θηλασμού. Προκύπτει επομένως το συμπέρασμα πως για πολλές παθήσεις ή διαταραχές υπάρχει σύγχυση σχετικά με το αν απλά εμποδίζουν το θηλασμό ή αν αποτελούν απόλυτες αντενδείξεις για αυτόν. Επίσης υπάρχουν διαταραχές όπως η γαλακτοζαιμία ή ο ίκτερος από το μητρικό γάλα, για τις οποίες οι συμμετέχουσες παρουσίαζαν στη μεγαλύτερη πλειοψηφία τους άγνοια τόσο για το αν αποτελούν αντενδείξεις όσο και για το αν αποτελούν εμπόδια για το θηλασμό. Παρόλα αυτά συνολικά, οι γνώσεις και οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τα εμπόδια του θηλασμού βρίσκονταν σε καλύτερο επίπεδο από τις αντίστοιχες για τις αντενδείξεις (μέση βαθμολογία 52,9 έναντι 44,7).

Από τη συσχέτιση με τις διάφορες δημογραφικές παραμέτρους και τα στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό του δείγματος προέκυψε ότι στατιστικά σημαντική σχέση της βαθμολογίας για τα εμπόδια του θηλασμού υπάρχει μόνο με το εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος, το εάν είχαν ή όχι αδέρφια και το αν πίστευαν ότι ήταν ενημερωμένες για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, ιδιότητα η οποία ήταν και η μόνη που σχετίζονταν σημαντικά και στην πολυπαραγοντική μελέτη ($p=0,007$). Επομένως, και σε αυτή την κατηγορία ερωτήσεων, επιβεβαιώνεται το εύρημα ότι οι μητέρες που πίστευαν ότι ήταν ενημερωμένες για το θηλασμό, όντως είχαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο γνώσεων.

Η τελευταία ομάδα ερωτήσεων αφορούσε συνήθειες Του δείγματος ως προς το θηλασμό των παιδιών τους. Από τις απαντήσεις του προέκυψε ότι κατά κύριο λόγο θήλασαν τα παιδιά τους εκείνες οι μητέρες νοσηλεύτριες που τις είχε θηλάσει η μητέρα τους ($p:0,05$) κάτι τέτοιο μοιάζει λογικό αφού πρόκειται για μητέρες με το παράδειγμα του θηλασμού στο οικογενειακό τους περιβάλλον, οι οποίες ήθελαν να προσφέρουν στα παιδιά τους τα πλεονεκτήματα του θηλασμού από τα οποία ωφελήθηκαν και αυτές. Αντίθετα αρνητική συσχέτιση με τον θηλασμό βρέθηκε να

έχει η ύπαρξη προβλημάτων υγείας της μητέρας αμέσως πριν ή μετά τον τοκετό, συμπέρασμα επίσης λογικό καθώς τα περισσότερα από αυτά τα προβλήματα αποτελούν είτε εμπόδια, είτε αντενδείξεις του θηλασμού ή «θεωρούνται» ως τέτοια, έστω και λανθασμένα από τις μητέρες. Ακόμα ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι παρά την ανάδειξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου του νοσηλευτικού προσωπικού με την καλύτερη ενημέρωση και τις πληρέστερες γνώσεις τους για τα πλεονεκτήματα και τις αντενδείξεις του θηλασμού, δεν φάνηκε αυτό να συσχετίζεται και με το εάν τελικά θήλασαν ή όχι τα παιδιά τους. Αυτό υποδηλώνει τη σημασία, και άλλων παραγόντων όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι εργασιακές συνθήκες, το ιατρικό ιστορικό στη λήψη αυτής της απόφασης, που όπως έχει φανεί από πληθώρα μελετών συνήθως λαμβάνεται από πολύ νωρίς (κατά τη διάρκεια της κύησης ή ακόμα και πριν από αυτή).¹⁴⁰

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Έχει ήδη αναφερθεί η σημασία του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού στην σωστή καθοδήγηση και εκπαίδευση των μητέρων γύρω από το θέμα του θηλασμού και πως η συμβολή τους επηρεάζεται από τις προσωπικές τους γνώσεις, αντιλήψεις και πεποιθήσεις. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι καμιά από τις συμμετέχουσες δεν είχε απόλυτη γνώση για τον θηλασμό (δηλαδή, ποσοστό σωστών απαντήσεων 100%).

Από την παρούσα μελέτη αναδεικνύεται η επίδραση που ασκεί το εκπαιδευτικό επίπεδο στις γνώσεις τους τόσο για τα πλεονεκτήματα, όσο και για τις αντενδείξεις και τα εμπόδια του θηλασμού. Είναι, λοιπόν, σαφές ότι θα πρέπει να γίνεται πιο ουσιαστική η εκπαίδευση ιδίως σε ότι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο των γνώσεων τους σχετικά με το μητρικό θηλασμό.

Παράλληλα, από τα αποτελέσματα της έρευνας μας προκύπτει η ύπαρξη μιας σχετικά σαφώς διακριτής κατηγορίας νοσηλευτριών – μητέρων που χαρακτηρίζεται από τέσσερα στοιχεία. Ανήκουν σε υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, θεωρούν πως ο θηλασμός είναι απαραίτητος για τη διατροφή των παιδιών τους, θεωρούν πως είναι επαρκώς ενημερωμένες για τον θηλασμό και, από τις απαντήσεις τους, διαπιστώνεται ότι όντως είναι καλύτερα ενημερωμένες.

Επίσης, πρέπει να γίνουν, όσο το δυνατόν, σαφέστερες οι διαφορές μεταξύ εμποδίων και αντενδείξεων του θηλασμού, καθώς, είναι πιθανό, μητέρες να σταματούν το θηλασμό επειδή θεωρούν λανθασμένα κάποια κατάσταση ή διαταραχή ως αντένδειξη θηλασμού. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την προώθηση και συνέχιση του θηλασμού, παρά τα ενδεχόμενα εμπόδια.

Τέλος από την παρούσα εργασία, όπως και από τη διεθνή βιβλιογραφία, προκύπτει η ύπαρξη μίας ομάδας μητέρων, που αποτελεί περίπου το 20 % -30% του συνόλου, που θεωρούν ότι δεν είναι και όντως δεν είναι ενημερωμένες για το θηλασμό. Αντίστοιχο είναι το ποσοστό των μητέρων που δεν ξεκινούν καν να θηλάζουν τα παιδιά τους.

Αν και μεθοδολογικές αδυναμίες της παρούσας έρευνας δεν επέτρεψαν την περαιτέρω ανάλυση, είναι φανερό πως υπάρχει ανάγκη διερεύνησης αν τα δύο αυτά υποσύνολα ταυτίζονται. Αν συμβαίνει κάτι τέτοιο καθίσταται απαραίτητη η

υιοθέτηση πολιτικών π.χ., εκπαίδευση, ενημέρωση, καθιέρωση μεθόδων που προωθούν την ιδέα του θηλασμού (όπως baby friendly hospitals, rooming in κ.α.), στοχευμένα για τη συγκεκριμένη ομάδα μητέρων καθώς με σωστή καθοδήγηση και ενημέρωση ενδεχομένως θα υιοθετούσαν το θηλασμό ως μέθοδο διατροφής του παιδιού τους.

ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο μητρικός θηλασμός αναγνωρίζεται διεθνώς ως η καταλληλότερη μέθοδος βρεφικής διατροφής, που παρουσιάζει πολύ σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο για τη μητέρα και το έμβρυο όσο και για το κοινωνικό σύνολο..

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων και απόψεων μητέρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον μητρικό θηλασμό.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 281 άτομα μητέρες από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται σε 4 νοσοκομεία της Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, κατά το χρονικό διάστημα από 20 Μαΐου 2012, έως 25 Νοεμβρίου 2012. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση από τις συμμετέχουσες ερωτηματολογίου ειδικά σχεδιασμένου για τον σκοπό της παρούσας μελέτης. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν στάσεις, γνώσεις και απόψεις για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Επίσης περιελάμβανε και διάφορα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά που αφορούσαν τις ερωτώμενες και τα παιδιά τους. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

Αποτελέσματα: Το 80,1% των συμμετεχουσών θήλασαν όλα τα παιδιά τους, με διάρκεια θηλασμού που κυμαίνονταν από 4,5 έως 6 μήνες για κάθε παιδί, ενώ, το 94,6% που συμμετείχαν στην μελέτη θεωρούσαν ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί τους. Το 94,6% του δείγματος που συμμετείχαν στη μελέτη θεωρούσαν απαραίτητο τον θηλασμό για το παιδί τους και το 78,3% θεωρούν ότι είναι πολύ/πάρα πολύ ενημερωμένες για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού

Το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ ή μεταπτυχιακού είχε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα, τις αντενδείξεις τα εμπόδια και του θηλασμού σε σύγκριση με αυτό που ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,007$, $p<0,001$ και $p=0,003$ αντίστοιχα). Επίσης, περισσότερες γνώσεις για τα πλεονεκτήματα και τις αντενδείξεις του θηλασμού έχουν οι μητέρες που θεωρούν το θηλασμό απαραίτητο για το παιδί τους, $p=0,014$ και $p=0,028$ αντίστοιχα. Ακόμα υψηλότερο επίπεδο γνώσεων των πλεονεκτημάτων του θηλασμού διαπιστώθηκε σε μητέρες που δεν έπασχαν από κάποιο νόσημα, $p=0,008$, είχαν παιδιά χωρίς προβλήματα υγείας, $p=0,003$, και ήταν πολύ ενημερωμένες για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, $p<0,001$.

Συμπέρασμα: Από την παρούσα μελέτη προκύπτει πως σημαντικό ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού - μητέρων παρουσιάζει σημαντικά κενά γνώσεων για τον μητρικό θηλασμό και ότι το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και η αντίληψη αναγκαιότητας του θηλασμού σχετίζονται με αυξημένο επίπεδο γνώσεων.

VIEWS AND OPINIONS OF NURSES ON BREASTFEEDING

Abstract

INTRODUCTION: Breastfeeding is acknowledged internationally as the best method of infant feeding, presenting significant advantages to both the mother and the fetus and to society. However, a significant proportion of mothers choose not to breastfeed their children. Workers in health institutions play a central part in the promotion of breastfeeding, as new mothers want and expect from the nursing staff to provide them with advice and support on breastfeeding and to facilitate the process of decision making. Nevertheless the level of information of greek mothers-nurses on breastfeeding remains vague.

OBJECTIVE: The present study aims to investigate the views and opinions of nurses-mothers, working at Greek National Health System, regarding breastfeeding and their correlation with demographic and socioeconomic data and the beliefs and attitudes of health professionals.

MATERIAL AND METHODS: The sample of the study consisted of 281 mothers from the nursing staff working in four hospitals of the Health Region of Attica, during the period from May 20, 2012, to November 25, 2012. The data were collected by completing the questionnaire designed for the purpose of this study. The questionnaire contained questions on attitudes, knowledge and views on exclusive breastfeeding. Also included various sociodemographic and clinical characteristics regarding the interviewees and their children. For the comparison of quantitative variables between two groups the non-parametric test Mann-Whitney was used. To compare quantitative variables between several groups the non-parametric test Kruskal-Wallis was used. To compare proportions we used the Pearson's χ^2 test or Fisher's exact test, where appropriate. For the rest of the analysis the statistical program SPSS 18.0 was used.

RESULTS: 80.1% of the nurses who participated in the present study breastfed all their children. The breastfeeding duration was ranging from 4.5 to 6 months for each child. 94.6% of those participating believed that breastfeeding is essential for their child and 78.3% considered themselves well/very well informed regarding the breastfeeding benefits. Nurses who graduate TEI / university or

postgraduate degree courses had significantly higher score, ie more knowledge about the benefits, the contraindications and the obstacles of breastfeeding compared with those who were secondary education graduates ($p = 0,007$, $p < 0,001$ and $p = 0,003$ respectively). Also better knowledge regarding the benefits and contraindications of breastfeeding was observed in mothers who considered breastfeeding necessary for their child, $p = 0,014$ and $p = 0,028$ respectively. Likewise increased knowledge about breastfeeding benefits was found in mothers who did not suffer from any disease $p = 0,008$, had children without health issues, $p = 0,003$ and were informed of the advantages of breastfeeding, $p < 0,001$.

CONCLUSION: The present study reveals the existence of important knowledge gaps in a significant proportion of mothers-nurses, and that the highest level of education and the understanding of the necessity of breastfeeding are associated with increased level of knowledge.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: Definitions. Geneva; 2008.
2. Section On B. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. March 1, 2012;129(3):e827-e41.
3. Ravelli AC, van der Meulen JH, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. Arch Dis Child. 2000 Mar;82(3):248-52.
4. Scott JA, Shaker I, Reid M. Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. Birth. 2004 Jun;31(2):125-31.
5. Schams D, Kohlenberg S, Amselgruber W, Berisha B, Pfaffl MW, F S. Expression and localization of estrogen and progesterone receptors in the bovine mammary gland during development, function and involution. J Endocrinol. 2003;177:305-17.
6. Neville MC, Morton, J. A., Umemora, S. . Lactogenesis: the transition between pregnancy and lactation. Pediatr Clin North Am. 2001;48:35–52.
7. Martin RH, Glass MR, Chapman C, Wilson GD, Woods KL. Human alpha-lactalbumin and hormonal factors in pregnancy and lactation. Clin Endocrinol (Oxf). 1980 Sep;13(3):223-30.
8. Hovey RC, Trott JF, Vonderhaar BK. Establishing a framework for the functional mammary gland: from endocrinology to morphology. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2002 Jan;7(1):17-38.
9. Guyton GA. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ. 8^η Έκδοση Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιάνος"; 1992.
10. Tucker HA. Hormones, mammary growth, and lactation: a 41-year perspective. J Dairy Sci. 2000 Apr;83(4):874-84.
11. Neville MC, Morton J. Physiology and Endocrine Changes Underlying Human Lactogenesis II. The Journal of Nutrition. 2001 November 1, 2001;131(11):3005S-8S.

12. Nguyen DA, Parlow AF, Neville MC. Hormonal regulation of tight junction closure in the mouse mammary epithelium during the transition from pregnancy to lactation. *J Endocrinol.* 2001 Aug;170(2):347-56.
13. Kyriakou SY, Kuhn NJ. Lactogenesis in the diabetic rat. *J Endocrinol.* 1973 Oct;59(1):199-200.
14. Kulski JK, Hartmann PE, Martin JD, Smith M. Effects of bromocriptine mesylate on the composition of the mammary secretion in non-breast-feeding women. *Obstet Gynecol.* 1978 Jul;52(1):38-42.
15. Worthington-Roberts BS, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation.* 6th ed.: McGraw-Hill; 1997.
16. Suskind R, Lewinter-Suskind L. *Textbook of Pediatric Nutrition.* 2nd ed. New York: Raven Press; 1993.
17. Jansen R. *Handbook of milk composition.* 1st ed.: Academic Press; 1995.
18. Ζαμπούνογλου Α. Μητρικός θηλασμός: Προσέγγιση ιατρική, κοινωνική, οικονομική. Σητεία: ΤΕΙ Κρήτης; 2006.
19. Μάλλη Θ. Ποιά είναι η σύνθεση του μητρικού γάλακτος. Αθήνα: Ιatronet; 2008 [updated 2008; cited]; Available from: <http://www.iatronet.gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/4075/poia-einai-i-synthesi-toy-mitrikoy-galaktos.html>.
20. Koletzko B, Rodriguez-Palmero M, Demmelmair H, Fidler N, Jensen R, Sauerwald T. Physiological aspects of human milk lipids. *Early Hum Dev.* 2001 Nov;65 Suppl:S3-S18.
21. Brown JE. *Nutrition through the life cycle.* Wadsworth/Thomas Learning; 2002.
22. Mahan LK, Escott-Stump L. *Krause's Food Nutrition and Diet Therapy.* 10th ed. Philadelphia: Saunders; 2000.
23. Byerley LO, Kirksey A. Effects of different levels of vitamin C intake on the vitamin C concentration in human milk and the vitamin C intakes of breast-fed infants. *Am J Clin Nutr.* 1985 Apr;41(4):665-71.
24. Felice JH, Kirksey A. Effects of vitamin B-6 deficiency during lactation on the vitamin B-6 content of milk, liver and muscle of rats. *J Nutr.* 1981 Apr;111(4):610-7.

25. Kuhne T, Bubl R, Baumgartner R. Maternal vegan diet causing a serious infantile neurological disorder due to vitamin B12 deficiency. *Eur J Pediatr*. 1991 Jan;150(3):205-8.
26. Leung AKC, Sauve RS. Breast Is Best for Babies. *J Natl Med Assoc*. 2005;97(7):1010-9.
27. Bauchner H, Leventhal JM, Shapiro ED. Studies of breast-feeding and infections. How good is the evidence? *JAMA*. 1986 Aug 15;256(7):887-92.
28. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 Apr(153):1-186.
29. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*. 1993 May;91(5):867-72.
30. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ*. 1990 Jan 6;300(6716):11-6.
31. Vernacchio L, Lesko SM, Vezina RM, Corwin MJ, Hunt CE, Hoffman HJ, et al. Racial/ethnic disparities in the diagnosis of otitis media in infancy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004 Jun;68(6):795-804.
32. Imhoff B, Morse D, Shiferaw B, Hawkins M, Vugia D, Lance-Parker S, et al. Burden of self-reported acute diarrheal illness in FoodNet surveillance areas, 1998-1999. *Clin Infect Dis*. 2004 Apr 15;38 Suppl 3:S219-26.
33. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bull World Health Organ*. 1984;62(2):271-91.
34. Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Jiang X, Newburg DS. Human-milk glycans that inhibit pathogen binding protect breast-feeding infants against infectious diarrhea. *J Nutr*. 2005 May;135(5):1304-7.
35. Newburg DS, Peterson JA, Ruiz-Palacios GM, Matson DO, Morrow AL, Shults J, et al. Role of human-milk lactadherin in protection against symptomatic rotavirus infection. *Lancet*. 1998 Apr 18;351(9110):1160-4.

36. Chien PF, Howie PW. Breast milk and the risk of opportunistic infection in infancy in industrialized and non-industrialized settings. *Adv Nutr Res.* 2001;10:69-104.
37. Quigley MA, Cumberland P, Cowden JM, Rodrigues LC. How protective is breast feeding against diarrhoeal disease in infants in 1990s England? A case-control study. *Arch Dis Child.* 2006 Mar;91(3):245-50.
38. Shay DK, Holman RC, Newman RD, Liu LL, Stout JW, Anderson LJ. Bronchiolitis-associated hospitalizations among US children, 1980-1996. *JAMA.* 1999 Oct 20;282(15):1440-6.
39. Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003 Mar;157(3):237-43.
40. Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol.* 2001 Oct;45(4):520-7.
41. Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2014.
42. Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ.* 1989 Nov 18;299(6710):1259-60.
43. Braun-Fahrlander C, Riedler J, Herz U, Eder W, Waser M, Grize L, et al. Environmental exposure to endotoxin and its relation to asthma in school-age children. *N Engl J Med.* 2002 Sep 19;347(12):869-77.
44. Eder W, Ege MJ, von Mutius E. The Asthma Epidemic. *New England Journal of Medicine.* 2006;355(21):2226-35.
45. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr.* 2001 Aug;139(2):261-6.
46. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004 Oct;28(10):1247-56.

47. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics*. 2005 May;115(5):1367-77.
48. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2005 Sep 1;162(5):397-403.
49. Whitehead RG. For How Long Is Exclusive Breast-feeding Adequate to Satisfy the Dietary Energy Needs of the Average Young Baby? *Pediatr Res*. 1995;37(2):239-43.
50. Pettitt DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *The Lancet*. 1997;350(9072):166-8.
51. Ravelli ACJ, van der Meulen JHP, Osmond C, Barker DJP, Bleker OP. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Archives of Disease in Childhood*. 2000 March 1, 2000;82(3):248-52.
52. Young T, Martens P, Taback S, et al. Type 2 diabetes mellitus in children: Prenatal and early infancy risk factors among native Canadians. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2002;156(7):651-5.
53. Rich-Edwards JW, Stampfer MJ, Manson JE, Rosner B, Hu FB, Michels KB, et al. Breastfeeding During Infancy and the Risk of Cardiovascular Disease in Adulthood. *Epidemiology*. 2004;15(5):550-6
10.1097/01.ede.0000129513.69321.ba.
54. Martin RM, Ebrahim S, Griffin M, Davey Smith G, Nicolaidis AN, Georgiou N, et al. Breastfeeding and atherosclerosis: intima-media thickness and plaques at 65-year follow-up of the Boyd Orr cohort. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2005 Jul;25(7):1482-8.
55. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr*. 2006 Nov;84(5):1043-54.
56. McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact*. 2000 Feb;16(1):13-20.

57. Forsen T, Eriksson JG, Tuomilehto J, Osmond C, Barker DJ. Growth in utero and during childhood among women who develop coronary heart disease: longitudinal study. *BMJ*. 1999 Nov 27;319(7222):1403-7.
58. Hofman A, Hazebroek A, Valkenburg HA. A randomized trial of sodium intake and blood pressure in newborn infants. *JAMA*. 1983 Jul 15;250(3):370-3.
59. Koletzko B, Agostoni C, Carlson SE, Clandinin T, Hornstra G, Neuringer M, et al. Long chain polyunsaturated fatty acids (LC-PUFA) and perinatal development. *Acta Paediatr*. 2001 Apr;90(4):460-4.
60. Forsyth JS, Willatts P, Agostoni C, Bissenden J, Casaer P, Boehm G. Long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infant formula and blood pressure in later childhood: follow up of a randomised controlled trial. *BMJ : British Medical Journal*. 2003;326(7396):953-.
61. Owen CG, Whincup PH, Gilg JA, Cook DG. Effect of breast feeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003 Nov 22;327(7425):1189-95.
62. Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2005 Jan 1;161(1):15-26.
63. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
64. Martin RM, Ben-Shlomo Y, Gunnell D, Elwood P, Yarnell JW, Davey Smith G. Breast feeding and cardiovascular disease risk factors, incidence, and mortality: the Caerphilly study. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Feb;59(2):121-9.
65. Lawlor DA, Riddoch CJ, Page AS, Andersen LB, Wedderkopp N, Harro M, et al. Infant feeding and components of the metabolic syndrome: findings from the European Youth Heart Study. *Arch Dis Child*. 2005 Jun;90(6):582-8.
66. Horta BL, Victora CG, Lima RC, Goncalves H, Guimaraes BE, Barros FC. Breastfeeding duration and blood pressure among Brazilian adolescents. *Acta Paediatr*. 2006 Mar;95(3):325-31.

67. Cook NR, Cohen J, Hebert PR, Taylor JO, Hennekens CH. Implications of small reductions in diastolic blood pressure for primary prevention. *Arch Intern Med.* 1995 Apr 10;155(7):701-9.
68. Stamler R. Implications of the INTERSALT study. *Hypertension.* 1991 Jan;17(1 Suppl):116-20.
69. Wong WW, Hachey DL, Insull W, Opekun AR, Klein PD. Effect of dietary cholesterol on cholesterol synthesis in breast-fed and formula-fed infants. *J Lipid Res.* 1993 Aug;34(8):1403-11.
70. Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics.* 2002 Sep;110(3):597-608.
71. Martin RM, Davey Smith G, Mangtani P, Tilling K, Frankel S, Gunnell D. Breastfeeding and cardiovascular mortality: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *Eur Heart J.* 2004 May;25(9):778-86.
72. Greaves MF. Speculations on the cause of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Leukemia.* 1988 Feb;2(2):120-5.
73. Guise JM, Austin D, Morris CD. Review of case-control studies related to breastfeeding and reduced risk of childhood leukemia. *Pediatrics.* 2005 Nov;116(5):e724-31.
74. Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep.* 2004 Nov-Dec;119(6):521-35.
75. Elgen I, Sommerfelt K, Ellertsen B. Cognitive performance in a low birth weight cohort at 5 and 11 years of age. *Pediatr Neurol.* 2003 Aug;29(2):111-6.
76. Pinelli J, Saigal S, Atkinson SA. Effect of breastmilk consumption on neurodevelopmental outcomes at 6 and 12 months of age in VLBW infants. *Adv Neonatal Care.* 2003 Apr;3(2):76-87.
77. Horwood LJ, Darlow BA, Mogridge N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2001 Jan;84(1):F23-7.
78. Lobbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Feb;48(1):143-58.

79. Kjos SL, Henry O, Lee RM, Buchanan TA, Mishell DR, Jr. The effect of lactation on glucose and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes. *Obstet Gynecol.* 1993 Sep;82(3):451-5.
80. McManus RM, Cunningham I, Watson A, Harker L, Finegood DT. Beta-cell function and visceral fat in lactating women with a history of gestational diabetes. *Metabolism.* 2001 Jun;50(6):715-9.
81. Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, Lawrence RA. A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. *J Am Coll Nutr.* 2005 Oct;24(5):320-6.
82. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA.* 2005 Nov 23;294(20):2601-10.
83. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry.* 1996 May;168(5):607-11.
84. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychosom Res.* 1993;37(2):171-6.
85. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth.* 2003 Sep;30(3):175-80.
86. Chaudron LH, Klein MH, Remington P, Palta M, Allen C, Essex MJ. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001 Jun;22(2):103-12.
87. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta: American Cancer Society; 2014.
88. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002 Jul 20;360(9328):187-95.
89. Bernier MO, Plu-Bureau G, Bossard N, Ayzac L, Thalabard JC. Breastfeeding and risk of breast cancer: a metaanalysis of published studies. *Hum Reprod Update.* 2000 Jul-Aug;6(4):374-86.

90. Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. *J Natl Cancer Inst.* 2000 Feb 16;92(4):302-12.
91. Chua S, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994 Sep;101(9):804-5.
92. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis?: Results from the Nurses' Health Study. *Arthritis & Rheumatism.* 2004;50(11):3458-67.
93. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 2009 May;113(5):974-82.
94. 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 Feb;123(2):483-93.
95. Dennis C-L. Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.* 2002;31(1):12-32.
96. McDowell MA, Wang C-Y, Kennedy-Stephenson J. Breastfeeding in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Surveys 1999-2006. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2008.
97. Rossiter JC. Attitudes of Vietnamese women to baby feeding practices before and after immigration to Sydney, Australia. *Midwifery.* 1992;8(3):103-12.
98. Rogers IS, Emmett PM, Golding J. The incidence and duration of breast feeding. *Early Human Development.* 1997;49(Supplement 1):S45-S74.
99. Li R, Ogden C, Ballew C, Gillespie C, Grummer-Strawn L. Prevalence of Exclusive Breastfeeding Among US Infants: The Third National Health and Nutrition Examination Survey (Phase II, 1991β€“1994). *American Journal of Public Health.* 2002;92(7):1107-10.
100. Celi AC, Rich-Edwards JW, Richardson MK, Kleinman KP, Gillman MW. Immigration, race/ethnicity, and social and economic factors as predictors of breastfeeding initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005 Mar;159(3):255-60.

101. PIREz-Escamilla R, Himmelgreen D, Segura-MILLAN S, GonzALEz A, Ferris AM, Damio G, et al. Prenatal and Perinatal Factors Associated with Breast-Feeding Initiation among Inner-City Puerto Rican Women. *Journal of the American Dietetic Association*. 1998;98(6):657-63.
102. Rassin DK, Markides KS, Baranowski T, Richardson CJ, Mikrut WD, Bee DE. Acculturation and the initiation of breastfeeding. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1994;47(7):739-46.
103. Wood L, France K, Hunt K, Eades S, Slack-Smith L. Indigenous women and smoking during pregnancy: Knowledge, cultural contexts and barriers to cessation. *Social Science & Medicine*. 2008;66(11):2378-89.
104. Haug K, Irgens LM, Baste V, Markestad T, Skjærven R, Schreuder P. Secular trends in breastfeeding and parental smoking. *Acta Pædiatrica*. 1998;87(10):1023-7.
105. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL. Smoking Relapse and Early Weaning Among Postpartum Women: Is There an Association? *Birth*. 1999;26(2):76-82.
106. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental Tobacco Smoke and Breastfeeding Duration. *American Journal of Epidemiology*. 1997 July 15, 1997;146(2):128-33.
107. Cooklin AR, Donath SM, Amir LH. Maternal employment and breastfeeding: results from the longitudinal study of Australian children. *Acta Pædiatrica*. 2008;97(5):620-3.
108. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C. Maternal employment and breast-feeding initiation: findings from the Millennium Cohort Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007 May;21(3):242-7.
109. Chuang CH, Chang PJ, Chen YC, Hsieh WS, Hurng BS, Lin SJ, et al. Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud*. Apr;47(4):461-74.
110. Liu P, Qiao L, Xu F, Zhang M, Wang Y, Binns CW. Factors associated with breastfeeding duration: a 30-month cohort study in northwest China. *J Hum Lact*. May;29(2):253-9.

111. Rivera-Pasquel M, Escobar-Zaragoza L, Gonzalez de Cosio T. Breastfeeding and Maternal Employment: Results from Three National Nutritional Surveys in Mexico. *Matern Child Health J.* Nov 4.
112. Mirkovic KR, Perrine CG, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM. Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with US mothers' ability to meet breastfeeding intentions. *J Hum Lact.* Nov;30(4):416-9.
113. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics.* Jun;127(6):e1414-27.
114. Tsai SY. Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. *Breastfeed Med.* Apr;8:210-6.
115. Atabay E, Moreno G, Nandi A, Kranz G, Vincent I, Assi TM, et al. Facilitating working mothers' ability to breastfeed: global trends in guaranteeing breastfeeding breaks at work, 1995-2014. *J Hum Lact.* Feb;31(1):81-8.
116. Mirkovic KR, Perrine CG, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM. In the United States, a Mother's Plans for Infant Feeding Are Associated with Her Plans for Employment. *J Hum Lact.* May 27;30(3):292-7.
117. Tarkka M-T, Paunonen M, Laippala P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *Journal of Advanced Nursing.* 1999;29(1):113-8.
118. Ekwo EE, Dusdieker L, Booth B, Seals B. Psychosocial factors influencing the duration of breastfeeding by primigravidas. *Acta Paediatr Scand.* 1984 Mar;73(2):241-7.
119. Rogers IS, Emmett PM, Golding J. The incidence and duration of breast feeding. *Early Hum Dev.* 1997 Oct 29;49 Suppl:S45-74.
120. Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery.* 1998 Dec;14(4):242-7.
121. Atchan M, Davis D, Foureur M. The impact of the Baby Friendly Health Initiative in the Australian health care system: a critical narrative review of the evidence. *Breastfeed Rev.* Jul;21(2):15-22.

122. McLaughlin Marie. Knowledge and attitudes of paediatric nurses related to breastfeeding. Queensland: Queensland University of Technology; 2010.
123. Δαγαλακη Γεωργία, Κατσαπρακάκη Ευαγγελία. Μητρικός θηλασμός και "φιλικό προς το βρέφος νοσοκομείο". Ηράκλειο Κρήτης: Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης; 2005.
124. Karipis TA, Spicer M. A survey of pediatric nurses' knowledge about breastfeeding. *J Pediatr Nurs*. 1999 Jun;14(3):193-200.
125. Hellings P, Howe C. Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care*. 2004 Jan-Feb;18(1):8-14.
126. Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeed Med*. 2009 Mar;4(1):31-42.
127. Williams A, Pinnington LL. Nurses' knowledge of current guidelines for infant feeding and weaning. *J Hum Nutr Diet*. 2003 Apr;16(2):73-80.
128. Spear HJ. Baccalaureate nursing students' breastfeeding knowledge: a descriptive survey. *Nurse Educ Today*. 2006 May;26(4):332-7.
129. Hellings P, Howe C. Assessment of breastfeeding knowledge of nurse practitioners and nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2000 May-Jun;45(3):264-70.
130. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M. How midwives learn about breastfeeding. *Aust J Midwifery*. 2003 Jun;16(2):11-6.
131. Leavitt G, Martinez S, Ortiz N, Garcia L. Knowledge about breastfeeding among a group of primary care physicians and residents in Puerto Rico. *J Community Health*. 2009 Feb;34(1):1-5.
132. Kaewsarn P, Moyle W, Creedy D. Thai nurses' beliefs about breastfeeding and postpartum practices. *J Clin Nurs*. 2003 Jul;12(4):467-75.
133. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4):e283-90.
134. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M. An Australian study of midwives' breastfeeding knowledge. *Midwifery*. 2003 Dec;19(4):310-7.
135. Nelson AM. Maternal-newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *J Adv Nurs*. 2007 Oct;60(1):29-38.

136. Dillaway HE, Douma ME. Are pediatric offices "supportive" of breastfeeding? Discrepancies between mothers' and healthcare professionals' reports. *Clin Pediatr (Phila)*. 2004 Jun;43(5):417-30.
137. Graffy J, Taylor J. What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth*. 2005 Sep;32(3):179-86.
138. Rowe J, Barnes M. The role of child health nurses in enhancing mothering know-how. *Collegian*. 2006 Oct;13(4):22-6.
139. Γάκη Ε, Παπαμιχαήλ Δ, Σαραφίδου Γ, Παναγιωτόπουλος Τ, Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι. Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού; 2009.
140. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*. 2000 Nov;106(5):E67.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλούμε δώστε απαντήσεις, που ανταποκρίνονται περισσότερο σε εσάς. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις ανοικτά και με ειλικρίνεια.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Ηλικία: 20-25 = 1, 26-30 = 2, 31-35= 3, 36-40= 4, μεγαλύτερη από 40 = 5 | |
| 2 | Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη = 1, έγγαμη = 2, διαζευγμένη = 3, Χήρα =4, συμβίωση = 5. | |
| 3 | Εκπαίδευση: Απόφοιτος ΔΕ = 1, ΤΕΙ-ΑΕΙ = 2,μεταπτυχιακές σπουδές= 3. | |
| 4 | Ποιος ήταν ο τόπος διαμονής σας μέχρι την ηλικία των 12 χρόνων;Χωριό = 1, μικρή πόλη= 2, μεγάλη πόλη= 3 | |
| 5 | Οικογενειακό εισόδημα: Κάτω από 1000€= 1, 1000-1500 € = 2,1501-2000 € = 3, 2001-2500€ = 4, πάνω από 2500 € = 4 | |
| 6 | Αριθμός παιδιών:Ένα = 1, δύο = 2, τρία = 3, τέσσερα = 4, περισσότερα από τέσσερα=5 | |
| 7 | Ηλικία παιδιών, αναφέρατε----- | |
| 8 | Ήταν επιθυμητές όλες οι εγκυμοσύνες σας που κατέληξαν σε τοκετό; Ναι =1, Όχι = 2, Εάν όχι ποια κατά σειρά εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη;----- | |
| 9 | Έχετε αδέρφια ; Ναι =1, Όχι = 2 | |
| 10 | Εάν <u>ναι</u> , πόσα; 1, 2, 3, 4, 5, περισσότερα από 5 (κυκλώστε ανάλογα) | |
| 11 | Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με την μητέρα σας; Άριστη =1, πολύ καλή = 2, μέτρια = 3, κακή = 4, πολύ κακή = 5 | |
| 12 | Σας θήλασε η μητέρα σας; Ναι =1, Όχι = 2 | |
| 13 | Υπηκοότητα: ----- | |
| 14 | Θρήσκευμα: ----- | |
| 15 | Γεννήσατε τα παιδιά σας με: φυσιολογικό τοκετό =1, καισαρική τομή =2 | |
| 16 | Ποια ή ποιες ήταν οι ηλικίες σας κατά τη γέννηση των παιδιών σας; Αναφέρατε----- | |
| 17 | Συλλάβατε φυσιολογικά =1, με εξωσωματική γονιμοποίηση =2, Άλλο, αναφέρατε----- | |

| | | |
|----|---|--|
| 18 | Είχατε προβλήματα υγείας τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό; Ναι =1, Όχι = 2 | |
| 19 | Πάσχετε από κάποιο νόσημα ; Ναι =1, Όχι = 2 | |
| 20 | Εάν ναι, αναφέρατε από ποιο και από ποια ηλικία: ----- ----- ----- | |
| 21 | <p>Ποιά από τα παρακάτω ανήκουν στα πλεονεκτήματα του θηλασμού;</p> <p>α. Συμφέρει οικονομικά: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>β. Υπάρχει οικονομία χρόνου: Ναι =1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>γ. Χρειάζεται λιγότερο συχνά σίτιση σε σχέση με την τεχνητή διατροφή: Ναι = 1, Όχι = 2 Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>δ. Το παιδί συμμετέχει ενεργά: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω =3</p> <p>ε. Αποτελεί ευκολότερη μέθοδο για το βρέφος: Ναι = 1 Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>στ´ Στα παιδιά που θηλάζουν η θνησιμότητα είναι μικρότερη: Ναι=1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω=3</p> <p>ζ. Οι λοιμώξεις είναι λιγότερες: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω</p> <p>η. Ανέχονται καλύτερα τις τροφές κατά την έναρξη λήψης στερεάς τροφής: Ναι =1, Όχι =2 Δεν γνωρίζω 3</p> <p>θ. Οι αλλεργίες είναι λιγότερες: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>ι. Το παιδί παίρνει έτοιμα αντισώματα από τη μητέρα του: Ναι 1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω =3</p> <p>κ. Υπάρχει ψυχολογικός δεσμός μητέρας και παιδιού: Ναι =1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>λ. Αναφέρατε άλλα πλεονεκτήματα του θηλασμού που γνωρίζετε:.....</p> <p>Για τη μητέρα</p> <p>α1. Η μήτρα μετά τον τοκετό επανέρχεται στη θέση της γρηγορότερα :Ναι =1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω =3</p> | |

| | | |
|----|--|--|
| | <p>α2. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι μικρότερη: Ναι =1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>α3. Προφυλάσσει τη μητέρα από λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος: Ναι =1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω = 3</p> | |
| 22 | <p>Ποια από τα παρακάτω, κατά τη γνώμη σας, αποτελούν αντένδειξη θηλασμού;</p> <p>α. Μαστίτιδα : Ναι =1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω =3</p> <p>β. Σακχαρώδης Διαβήτης: Ναι = 1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>γ. Επιλόχιος Κατάθλιψη: Ναι =1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>δ. Παθήσεις θυρεοειδούς: Ναι =1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>ε. Συγγενείς διαμαρτίες στοματικής κοιλότητας βρέφους: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω=3</p> <p>στ. Έλλειψη ενζύμου (G6PD) του βρέφους: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω =3</p> <p>ζ. Προωρότητα: Ναι = 1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>η. Επιληψία: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>θ. Ενεργός Φυματίωση μητέρας: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>ι. Ανατομικές ανωμαλίες θηλών: Ναι = 1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>κ. Έντονοι κωλικοί βρέφους: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>λ. Γαλακτοζαιμία: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>μ. Ίκτερος από το μητρικό γάλα: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> | |
| 23 | <p>Ποια από τα παρακάτω, κατά τη γνώμη σας, αποτελούν εμπόδια θηλασμού;</p> <p>α. Μαστίτιδα : Ναι =1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω =3</p> <p>β. Σακχαρώδης Διαβήτης: Ναι = 1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>γ. Επιλόχιος Κατάθλιψη: Ναι =1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>δ. Παθήσεις θυρεοειδούς: Ναι =1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>ε. Συγγενείς διαμαρτίες στοματικής κοιλότητας βρέφους: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω=3</p> <p>στ. Έλλειψη ενζύμου (G6PD) του βρέφους: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω =3</p> <p>ζ. Προωρότητα: Ναι = 1, Όχι =2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>η. Επιληψία: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>θ. Ενεργός Φυματίωση μητέρας: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3</p> <p>ι. Ανατομικές ανωμαλίες θηλών: Ναι = 1, Όχι =2, Δεν Γνωρίζω = 3</p> | |

| | | |
|----|---|--|
| | κ. Έντονοι κωλικοί βρέφους: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3 λ. Γαλακτοζαιμία: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3 μ. Ίκτερος από το μητρικό γάλα: Ναι = 1, Όχι = 2, Δεν γνωρίζω = 3 | |
| 23 | Θηλάσατε το / τα παιδί σας Ναι = 1, Όχι = 2, Όχι όλα = 3, μόνο το 1 ^ο , 2 ^ο , 3 ^ο , 4 ^ο , 5 ^ο , ----- | |
| 24 | Εάν ναι, πόσο χρονικό διάστημα; Αναφέρατε ημέρες ή μήνες..... | |
| 25 | Εάν όχι, ποιος ή ποιοι ήταν οι λόγοι; αναφέρατε:..... | |
| 26 | Πάσχετε από κάποιο νόσημα που αποτελούσε αντένδειξη ή εμπόδιο για το θηλασμό; Ναι = 1, Όχι = 2 | |
| 27 | Εάν ναι, αναφέρατε από τι..... | |
| 28 | Είχε πρόβλημα το παιδί σας; Ναι = 1, Όχι = 2 | |
| 29 | Εάν ναι τι πρόβλημα; Αναφέρατε----- | |
| 30 | Πως θα χαρακτηρίζατε το παιδί σας; Πολύ ήσυχος = 1, ήσυχος = 2, νευρικός = 3, Πολύ νευρικός = 4 (αν έχετε περισσότερα από ένα αναφέρατε ξεχωριστά) -- ----- ---- | |
| 31 | Ποια είναι η επίδοση του παιδιού σας στο σχολείο;(αν πηγαίνει) Πολύ καλή = 1, καλή = 2, κακή = 3, πολύ κακή = 4. (Αναφέρατε ξεχωριστά, ανάλογα με τη σειρά γέννησης)----- | |
| 32 | Παρουσιάζει το παιδί σας κάποια αλλεργία; Ναι = 1, Όχι = 2, Εάν ναι, ποιο; 1 ^ο , 2 ^ο , 3 ^ο , 4 ^ο , 5 ^ο , 6 ^ο , κυκλώστε ανάλογα | |
| 33 | Νομίζετε ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητος για το παιδί σας; Ναι = 1, Όχι = 2 | |
| 34 | Πόσο καλά νομίζετε ότι είστε ενημερωμένοι για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού; Καθόλου = 1, Λίγο = 2, Πολύ = 3, Πάρα πολύ = 4 | |