



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»**



Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου

**«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΙΚΟ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΣΙΤΙΣΗΣ ΤΩΝ
ΝΕΟΓΝΩΝ ΠΟΥ ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΚΑΙ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ
ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ»**

*Μεταπτυχιακή εργασία
Εριφύλης Κώστογλου*

Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,

Νοσοκομείο «Αττικόν»

Διευθύντρια: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου



ΑΘΗΝΑ 2019

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ. Ν «Αττικόν»

Διευθύντρια: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου

**«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ
ΝΕΟΓΝΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ
ΣΙΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΠΟΥ ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΝ ΜΕ
ΚΟΛΠΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ
ΚΑΙ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ
ΤΟΜΗ»**

*Μεταπτυχιακή εργασία
Εριφύλης Κώστογλου*

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου

ΑΘΗΝΑ 2019

Στην οικογένεια μου...

Περιεχόμενα

1. Ευχαριστίες.....	9
2. Βιογραφικό σημείωμα.....	11
3. Γενικό μέρος.....	15
3.1 Εισαγωγή.....	15
3.2 Καισαρική τομή.....	17
3.2.1 Τεχνική της καισαρικής τομής.....	19
3.2.2 Ενδείξεις καισαρικής τομής.....	21
3.2.3 Προηγηθείσα καισαρική τομή.....	22
3.3 Κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή.....	23
3.3.1 Η διαχείριση του κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή.....	26
3.3.2 Πρόκληση ή επιτάχυνση τοκετού σε κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή.....	28
3.4 Το νεογνικό αποτέλεσμα ανάλογα με τον τρόπο μαιεύσης.....	29
3.5 Μητρικός θηλασμός.....	33
3.5.1 Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού για το νεογνό.....	34
3.5.2 Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού για τη μητέρα.....	39
3.5.3 Οικονομικά οφέλη.....	40
3.5.4 Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού.....	41
3.6 Η επίδραση του τρόπου μαιεύσης στον τρόπο σίτισης των νεογνών.....	43
4. Ειδικό μέρος.....	51
4.1 Σκοπός της μελέτης.....	51
4.2 Μεθοδολογία.....	51
4.3 Δείγμα.....	52
4.4 Αποτελέσματα.....	52
4.5 Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	60
4.6 Προτάσεις.....	61
5. Επίλογος.....	63
6. Περίληψη.....	65
7. Παράρτημα.....	69
8. Βιβλιογραφία.....	75

1. Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τη φοίτησή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Παθολογία της Κύησης» θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Καλανταρίδου Σοφία, Διευθύντρια του προγράμματος, καθώς και τον κύριο Παπαντωνίου Νικόλαο που διετέλεσε Διευθυντής του προγράμματος τα προηγούμενα έτη .

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον κύριο Γραμματικάκη Ιωάννη, Επιμελητή Α΄ ΕΣΥ, Γ΄Μ/Γ Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ "Αττικών", και τον κύριο Βαλσαμάκη Γεώργιο, Επίκουρο Καθηγητή Ενδοκρινολογίας για την καθοδήγηση και την υποστήριξη τους κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Σαλαμαλέκη Εμμανουήλ, Ομότιμο Καθηγητή Μαιευτικής – Γυναικολογίας, τον κύριο Κασσάνο Δημήτριο, Ομότιμο Καθηγητή Μαιευτικής – Γυναικολογίας και τον κύριο Χρέλια Χαράλαμπο, Επίκουρο Καθηγητή Μαιευτικής – Γυναικολογίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το διδακτικό προσωπικό και τη γραμματεία του προγράμματος και φυσικά δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τις μητέρες που συμμετείχαν στη μελέτη μου για να μπορέσει να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία.

2.Βιογραφικό σημείωμα

Το 2014 αποφοίτησα από το Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης με βαθμό πτυχίου 8,76 «Άριστα».

Πραγματοποίησα την πρακτική μου άσκηση στο «Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα» συμμετέχοντας ως αριστούχος στο επιδοτούμενο πρόγραμμα πρακτικής άσκησης των φοιτητών μέσω ΕΣΠΑ, απ' όπου και απέσπασα θετική αξιολόγηση.

Εργάστηκα ως Μαία στο Χειρουργείο και τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Μαιευτηρίου «Λητώ», καθώς και στα ιδιωτικά ιατρεία της κυρίας Νένας Κουϊρουκίδου, Μαιευτήρα – Γυναικολόγου και του κυρίου Γεωργίου Βλάχου, Ομότιμου Καθηγητή Μαιευτικής – Γυναικολογίας. Παράλληλα συνεργάστηκα με το ΙΕΚ ΣΒΙΕ ως εκπαιδύτρια στο Τμήμα Βοηθών Νοσηλευτικής – Μαιευτικής.

Έχω παρακολουθήσει μεγάλο αριθμό ημερίδων και συνεδρίων ενισχύοντας τη συνεχή μου επιμόρφωση.

Έχω συμμετάσχει με ελεύθερες και αναρτημένες ανακοινώσεις από τα φοιτητικά μου ακόμη χρόνια σε ημερίδες και συνέδρια που αφορούν τη Μαιευτική και Γυναικολογία.

Είχα την τιμή να παρευρεθώ ως προσκεκλημένη ομιλήτρια στο 10^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού του Συλλόγου Μαιών Αθήνας τον Ιανουάριο του 2017 και το Φεβρουάριο του 2019 στο 4^ο Συμπόσιο Αντιπαραθέσεων στη Μαιευτική και Γυναικολογία της Ελληνικής Εταιρείας Περιγεννητικής Ιατρικής.

Τον Ιούλιο του 2018 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα της ποιοτικής μελέτης που πραγματοποίησα στο πλαίσιο εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας στο European Journal of Midwifery με τίτλο “Experiences of Greek women of water immersion during normal labour and birth. A qualitative study”.

Είμαι πιστοποιημένη ανανήπτρια νεογνών και ενηλίκων από το European Resuscitation Council και εκπαιδύω στο σεμινάριο για την υποστήριξη της ζωής του νεογνού (Neonatal Life Support – NLS) της Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης.

Γνωρίζω άριστα Αγγλικά, πολύ καλά Γαλλικά και έχω πολύ καλή γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.Γενικό μέρος

3.1 Εισαγωγή

Ιστορική αναδρομή

Η καισαρική τομή αναφέρεται από τα αρχαία χρόνια ως μέρος της ανθρώπινης κουλτούρας. Σύμφωνα με την Ελληνική μυθολογία με αυτό τον τρόπο ο Απόλλωνας απέσπασε τον Ασκληπιό, το Θεό της Ιατρικής, από την κοιλιά της μητέρας του, Κορωνίδας. Αυτή είναι η πρώτη αναφορά που γίνεται στην Ελληνική Ιστορία για εκτέλεση καισαρικής τομής (Γραμματικάκης και συν. 2013).



Εικόνα 1

Η γέννηση του Ασκληπιού (U.S. National Library of Medicine, 2011).

Πολυάριθμες είναι οι αναφορές που συναντάμε στη λαογραφία των Ινδών, των Αιγυπτίων, των Ρωμαίων και άλλων Ευρωπαίων και αφορούν την καισαρική τομή. Περιγραφές της διαδικασίας γίνονται και από τους Αρχαίους Κινέζους σε φαινομενικά ζωντανές γυναίκες (U.S. National Library of Medicine, 2011). Από την αρχαιότητα έως και τον Μεσαίωνα αναφέρεται πως η επέμβαση γινόταν σε νεκρές ή ετοιμοθάνατες γυναίκες με στόχο να σωθεί το βρέφος, ενώ από τον 16^ο έως και τον 19^ο αιώνα αρχίζει να εφαρμόζεται και σε ζωντανές γυναίκες (Γραμματικάκης και συν. 2013).

Όσον αφορά την προέλευση του όρου «καισαρική» υπάρχουν πολλές απόψεις. Σύμφωνα με μία άποψη υποστηρίζεται ότι η καισαρική τομή πήρε το όνομά της από τη γέννηση του Ιουλίου Καίσαρα, αν και είναι αμφίβολο καθώς φημολογείται πως η

μητέρα του, Αυρηλία Κόττα επέζησε μετά τη γέννησή του και απεβίωσε το 54 πΧ, σε ηλικία 66 ετών (U.S. National Library of Medicine, 2011).



Εικόνα 2

Η γέννηση του Ιουλίου Καίσαρα (U.S. National Library of Medicine, 2011).

Σύμφωνα με μία άλλη εκδοχή ο όρος προήλθε από το Ρωμαϊκό νόμο “Lex caesarien” ο οποίος όριζε την απομάκρυνση του εμβρύου από τη μητέρα που απεβίωσε (Βαβίλης και συν, 2007). Μία Τρίτη εκδοχή υποστηρίζει ότι ο όρος προέρχεται από το λατινικό ρήμα «caedare» που σημαίνει κόβω ή το επίσης λατινικό «caesones» που χρησιμοποιούνταν για τα βρέφη που είχαν γεννηθεί χειρουργικά μετά το θάνατο της μητέρας τους (Ignatkovich, 1940; Utchenko, 1976; Μανταλενάκης, 1992).

Μέχρι το 16^ο μΧ και 17^ο μΧ αιώνα η διαδικασία ήταν γνωστή ως «Καισαρική επέμβαση» (Caesarean operation), ενώ από το 1598 ο Jacques Guillimeau αρχίζει να χρησιμοποιεί τον όρο «τομή», που σταδιακά αντικαθιστά τον όρο «επέμβαση» (U.S. National Library of Medicine, 2011).

Η καισαρική τομή είναι μία ασφαλής διαδικασία (Παππάς, Σαλαμαλέκης, 2008) που εκτελείται όταν ο φυσιολογικός τοκετός δεν είναι εφικτός ή το απαιτούν ενδείξεις που αφορούν τη μητέρα ή το έμβρυο (Βαβίλης και συν, 2007).

Μία από τις συχνότερες ενδείξεις καισαρικής τομής είναι η προηγηθείσα καισαρική (Ιατράκης, 2009), γεγονός που καθιστά την καισαρική την πιο συχνή γυναικολογική - μαιευτική επέμβαση. Ανεξάρτητα από το λόγο που οδήγησε στην πρώτη καισαρική συνηθίζεται και ο επόμενος τοκετός να γίνεται με τον ίδιο τρόπο (Μανταλενάκης, 2006). Η άποψη αυτή διατυπώθηκε πρώτη φορά το 1916 σε διάλεξη του καθηγητή Edwin Bradford Craigin με τίτλο «Συντηρητισμός στη Μαιευτική» στην Ανατολική Ιατρική Εταιρεία. Συγκεκριμένα στο κείμενό του αναφέρει: «**Ένα πράγμα πρέπει να**

γεννηθεί στο μυαλό μας. Όσο προσεκτικά και να έχει γίνει η συρραφή του χειρουργικού τραύματος στην καισαρική ποτέ δεν μπορεί να υπάρξει η βεβαιότητα από κανέναν κατά το πώς και πόσο το ουλοποιημένο τοίχωμα της μήτρας μπορεί να αντιμετωπίσει μια επόμενη εγκυμοσύνη και πιο ειδικά έναν κολπικό τοκετό, χωρίς να υποστεί ρήξη. Αυτό σημαίνει ότι ο συνηθισμένος κανόνας πρέπει να είναι: μια φορά καισαρική, πάντα καισαρική» (Craigin, 1916), τονίζοντας τη σημασία ύπαρξης εξαιρέσεων, αλλά και μείωσης ενδείξεων της πρώτης καισαρικής. Αξίζει να σημειωθεί πως τότε διενεργούσαν κάθετη τομή. Με τη βελτίωση των συνθηκών της επέμβασης, αλλά και την εφαρμογή της χαμηλής εγκάρσιας τομής η γνώμη αυτή θα μπορούσε να έχει περιοριστεί (Μανταλενάκης, 2006).

Είναι πλέον αποδεδειγμένο πως ο κολπικός τοκετός μετά από μία προηγηθείσα καισαρική τομή με χαμηλή εγκάρσια τομή είναι μια ασφαλής επιλογή (NICE, 2011; ACOG, 2010; Gunningham et al, 2010; Guise et al, 2010; RCOG, 2007).

Όσον αφορά τη σίτιση των νεογνών ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους έξι μήνες ζωής και συνέχισή του συμπληρωματικά με άλλες τροφές μέχρι τα δύο χρόνια ή και περισσότερο (WHO, 2015). Τα πλεονεκτήματα του θηλασμού είναι γνωστά τόσο για τις μητέρες, όσο και τα βρέφη (Horta, Victoria, 2013). Η σημαντικότητά του για τη νεογνική και παιδική υγεία είναι ευρέως διαδεδομένη (WHO, 2009; Australian Government Department of Health and Ageing, 2009). Αξιοσημείωτο είναι πως παρά τα υψηλά ποσοστά έναρξης αποκλειστικού θηλασμού σε μικρό χρονικό διάστημα και παρά των υπαρχουσών οδηγιών τα ποσοστά μειώνονται σημαντικά (National Health Medical Research Council, 2011).

3.2 Καισαρική τομή

Καισαρική τομή ονομάζεται η επέμβαση κατά την οποία γίνεται λαπαροτομία, τομή του τοιχώματος της μήτρας και τοκετός του εμβρύου από αυτή την τομή (Ιατράκης, 2009). Σύμφωνα με το American College of Obstetricians and Gynecologists, ένας στους πέντε τοκετούς χρειάζεται να πραγματοποιηθεί με καισαρική τομή, ποσοστό το

οποίο διαφέρει από χώρα σε χώρα και κάποιες φορές φτάνει να είναι πολύ υψηλό, όπως συμβαίνει και στην Ελλάδα (Ιατράκης, 2009).

Το 1985 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πραγματοποίησε ένα συνέδριο λόγω της ανησυχίας που προέκυψε σχετικά με τα αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν ήταν ότι δεν υπάρχουν οφέλη για την υγεία όταν το ποσοστό της καισαρικής τομής ξεπεράσει το 10-15%. Ορισμένες χώρες, όπως οι Σκανδιναβικές, κατάφεραν να διατηρήσουν αυτό το ποσοστό κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 με αποτελέσματα παρόμοια ή και καλύτερα από αυτά των χωρών με υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών (Παππάς, Σαλαμαλέκης, 2008).

Τα τελευταία χρόνια ο αυξανόμενος αριθμός καισαρικών τομών συνεχίζει να προκαλεί ανησυχία. Η αύξηση αυτή είναι σταθερή τις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες (Betran et al, 2016). Ανάμεσα στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης παρατηρήθηκε το 2013 πως κατά μέσο όρο περισσότεροι από 1 στους 4 τοκετούς γινόταν με καισαρική τομή, συγκριτικά με το 2000 που η αναλογία ήταν 1 στους 5 (OECD, 2013). Η σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι το ποσοστό των καισαρικών τομών να μην ξεπερνά το 15% (WHO, 2017). Όπως έχει αποδειχθεί από συστηματικές μελέτες ποσοστό μεγαλύτερο του 10% δεν συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (Betran et al, 2016; WHO, 2015).

Οι καισαρικές τομές πραγματοποιούνται για διάφορους λόγους και σε διάφορες ηλικίες κύησης (Costa-Ramon et al, 2018). Υπάρχουν οι προγραμματισμένες καισαρικές τομές όταν λόγω ιατρικών ενδείξεων δεν συστήνεται ο κολπικός τοκετός. Για παράδειγμα όταν σε πολύδυμη κύηση το πρώτο έμβρυο δεν έχει κεφαλική προβολή ή όταν ο πλακούντας είναι χαμηλής πρόσφυσης (NICE, 2016). Ένας άλλος σημαντικός λόγος είναι η επιθυμία της μητέρας. Αξιοσημείωτο είναι πως σε μερικές χώρες, όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, οι καισαρικές τομές που γίνονται γι αυτό το λόγο δεν περιλαμβάνονται στις παροχές που καλύπτονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Marcos, 2008). Άλλος πολύ σημαντικός λόγος διενέργειας καισαρικής τομής είναι οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια φυσιολογικού τοκετού που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία της επιτόκου και του εμβρύου. Στις περιπτώσεις αυτές η καισαρική τομή πρέπει να πραγματοποιηθεί όσο το δυνατόν πιο άμεσα (NICE, 2011). Τέλος, το γεγονός πως

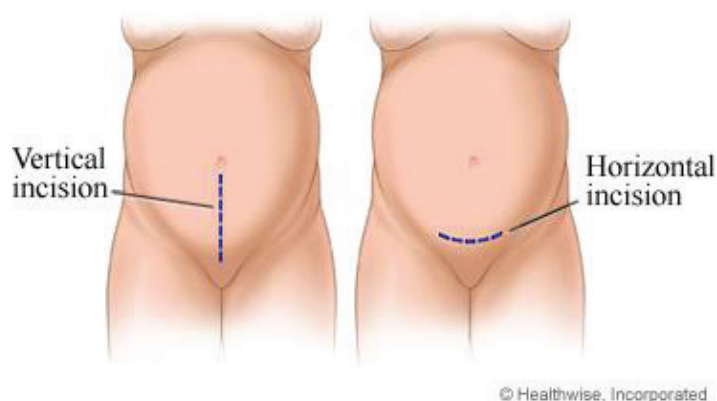
ο αριθμός των γυναικών με προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως είναι ο διαβήτης, είναι αυξημένος συμβάλει στην απόφαση για διενέργεια καισαρικής τομής (Betran et al, 2016; Roos- Hessenlik et al, 2013; Scott-Pillai et al, 2013).

Όπως επισήμανε ο Shurtz (2013) η καισαρική τομή είναι μία διαδικασία που επηρεάζεται εύκολα από τα κίνητρα των γιατρών. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν πως το οικονομικό όφελος μπορεί να επηρεάσει τη στάση των γιατρών (Grant, 2009). Όταν το οικονομικό όφελος είναι μεγαλύτερο στην καισαρική τομή σε σχέση με το φυσιολογικό τοκετό οι γιατροί έχουν μεγαλύτερο κίνητρο να εκτελέσουν μία καισαρική τομή. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν πως οι γιατροί προτιμούν τις καισαρικές τομές ως στρατηγική άμυνας που αντανακλά το φόβο αγωγών για κακή πρακτική ή αμέλεια του γιατρού (Jachetta, 2015; Currie, MacLeod, 2008; Baicker et al, 2006).

Άλλος ένας σημαντικός λόγος είναι ότι η καισαρική τομή μπορεί να χαρακτηριστεί ως «μηχανισμός εξοικονόμησης χρόνου» δεδομένου ότι διαρκεί πολύ λιγότερο από το φυσιολογικό τοκετό (Lafèvre, 2014). Κατά μέσο όρο η διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού είναι περίπου 11 ώρες. Το πρώτο στάδιο του ενεργού τοκετού διαρκεί συνήθως περίπου 8 ώρες, ενώ σπάνια ξεπερνά τις 18 ώρες. Από την έναρξη του δεύτερου σταδίου αναμένεται πως ο τοκετός θα έχει ολοκληρωθεί εντός 3 ωρών. Αντιθέτως η καισαρική τομή έχει συνολική διάρκεια 30- 75 λεπτά (NICE, 2014). Συνήθως το νεογνό γεννιέται μέσα στα πρώτα 5-15 λεπτά και ο υπόλοιπος χρόνος απαιτείται για την αποκατάσταση της τομής (APA, 2017).

3.2.1 Τεχνική της καισαρικής τομής

Υπάρχουν δύο τύποι καισαρικών τομών. Στον πρώτο γίνεται εγκάρσια τομή της μήτρας στο κατώτερο διατεταμένο τμήμα της, ενώ στο δεύτερο γίνεται κάθετη τομή. Η κάθετη, ή αλλιώς κλασική τομή χρησιμοποιείται σπάνια σε περιπτώσεις όπου το κατώτερο τμήμα της μήτρας είναι αγγειοβριθές, όταν το έμβρυο είναι «σφηνωμένο» με τον ώμο, σε εγκάρσιο σχήμα και η έξοδος του με εγκάρσια τομή είναι δύσκολη και επικίνδυνη για την ακεραιότητα του εμβρύου και της μήτρας (Σίσκος, Αντσακλής, 2011).

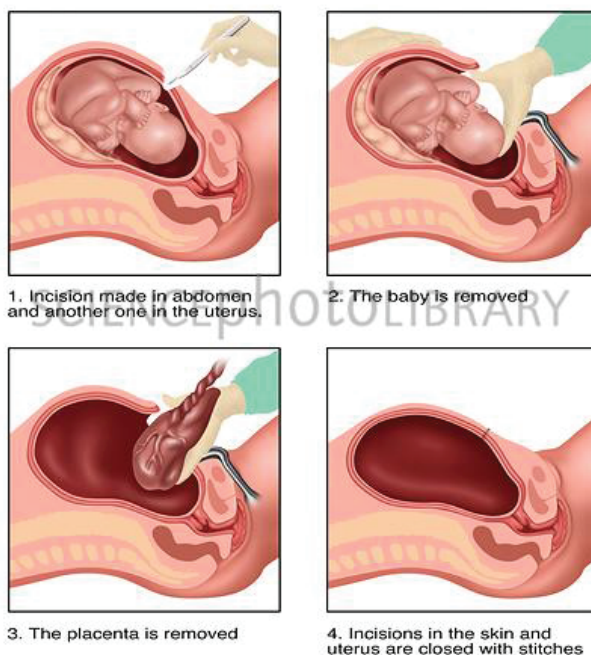


© Healthwise, Incorporated

(<http://myhealth.alberta.ca/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=ud1237>)

Στην παρακάτω εικόνα περιγράφεται η τεχνική της εγκάρσιας καισαρικής τομής.

Cesarean Section



(Gwen Shokey/Science Photo Library)

Μετά τη διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας και την τοποθέτηση πάνω στη ηβική σύμφυση ειδικού διαστολέα αποκολλάται και κατασπάται η κυστεομητρική πτυχή. Ακολουθεί εγκάρσια τομή 2-3 εκατοστών στο κατώτερο διατεταμένο τμήμα του

μυομητρίου, μέχρις ότου να εμφανιστούν οι υμένες του σάκου ή το τριχωτό της κεφαλής του εμβρύου. Η τομή επεκτείνεται στη συνέχεια στις γωνίες ατραυματικά, χωρίς το χειρουργικό μαχαίρι, αλλά με τους δείκτες των χεριών, τόσο που να μπορεί να εισαχθεί η παλάμη του χειρουργού για να βοηθήσει στην έξοδο της κεφαλής, αφού προηγουμένως έχει γίνει ρήξη των αμνιακών υμένων. Το τραύμα της μήτρας συρράπτεται με συνεχή ή διακεκομμένα ράμματα σε δύο στρώματα, αποφεύγοντας τη σύγκλειση του ενδομητρίου μέσα στην τομή, για να δημιουργηθούν εστίες αδενομύωσης. Ακολουθεί η συρραφή της κυτεομητρικής πτυχής με τον ορογόνο της μήτρας και σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος κατά στρώματα (Σίσκος, Αντσακλής, 2011).

3.2.2 Ενδείξεις καισαρικής τομής

Η καισαρική τομή εφαρμόζεται στις καταστάσεις εκείνες όπου η διενέργεια κοιλιακού τοκετού δεν είναι εφικτή και εγκυμονεί κινδύνους για τη μητέρα ή το έμβρυο. Κάποιες ενδείξεις θεωρούνται απόλυτες, ενώ άλλες σχετικές (Βαβίλης και συν. 2007), άλλες οφείλονται στη μητέρα και άλλες στο έμβρυο (Ιατράκης, 2009).

3.2.2.1 Ενδείξεις καισαρικής τομής από τη μητέρα

Προηγηθείσα καισαρική τομή
Πρωτοτόκος μεγάλης ηλικίας
Προηγούμενη ινομυωματεκτομή
Αδυναμία εξέλιξης του τοκετού (δυσλειτουργία μήτρας)

3.2.2.2 Ενδείξεις καισαρικής τομής από το έμβρυο

Ανώμαλα σχήματα (εγκάρσιο- λοξό)
Ανώμαλες προβολές ή θέσεις προβολών
Προδρομικός πλακούντας
Πρόπτωση ομφαλίδας
Πολύδυμη κύηση (αν το πρώτο έμβρυο δεν είναι κεφαλικό)
Αλλοίωση παλμών
Βαρεία ισοανοσοποίηση

Προωρότητα και μικρού βάρους έμβρυο (κυρίως σε ισχιακή προβολή)

3.2.2.3 Ενδείξεις καισαρικής τομής από τη μητέρα και το έμβρυο

Αδυναμία εξέλιξης του τοκετού (κεφαλοπυελική δυσαναλογία)
Αποτυχημένη πρόκληση τοκετού
Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα
Υπερτασική νόσος της κύησης
Ενεργός έρπητας των γεννητικών οργάνων
Σακχαρώδης διαβήτης που δεν ρυθμίζεται σωστά και παρουσιάζει επιπλοκές

3.2.3 Προηγηθείσα Καισαρική Τομή

Η προηγηθείσα καισαρική τομή αποτελεί τη συχνότερη ένδειξη καισαρικής τομής (Sakae et al, 2009). Παλιότερα υπήρχε η άποψη πως «μια φορά καισαρική πάντα καισαρική», η οποία βασιζόταν στον κίνδυνο ρήξης της χειρουργικής ουλής της προηγούμενης καισαρικής εάν η γυναίκα γεννούσε φυσιολογικά. Ο κίνδυνος αυτός υπήρχε όταν η καισαρική τομή γινόταν με κάθετη τομή. Από τότε που άρχισε να εφαρμόζεται η χαμηλή εγκάρσια τομή ο φόβος αυτός διατηρήθηκε, αλλά οι πιθανότητες ρήξης της χειρουργικής ουλής ήταν πολύ μικρότερες (Ιατράκης, 2009). Σύμφωνα με τους Symonds και Symonds (2004) ο κίνδυνος υπολογίζεται περίπου στο 1%, ενώ όπως αναφέρουν οι Schneider και Patrick (2006) κυμαίνεται μεταξύ 0.2-1.5%.

Σύμφωνα με μελέτες η καταστροφική ρήξη της μήτρας μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή γινόταν σε γυναίκες με κάθετη τομή. Σε περιπτώσεις που γινόταν ρήξη μήτρας μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή στο κατώτερο τμήμα της μήτρας (όταν δηλαδή είχε γίνει χαμηλή εγκάρσια τομή) οι επιπτώσεις δεν ήταν τόσο καταστροφικές (Ιατράκης, 2009).

Η ασφάλεια της χαμηλής εγκάρσιας τομής και η ικανοποιητική επούλωσή της θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι στο σημείο που διενεργείται η τομή, η φορά

των μυϊκών ινών είναι τέτοια ούτως ώστε ουσιαστικά γίνεται διΐνιση και όχι διατομή των ινών (Βαβίλης και συν., 2007).

3.3 Κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή

Ο κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή παραμένει ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Τα χαμηλά ποσοστά του οδηγούν στην αύξηση των εκλεκτικών επαναληπτικών καισαρικών τομών με αποτέλεσμα την αύξηση του συνολικού αριθμού καισαρικών τομών. Συγκεκριμένα στον αναπτυγμένο κόσμο το ποσοστό καισαρικών τομών κυμαίνεται μεταξύ 30% - 50% (Ryan et al, 2018).

Υποστηρίζεται πως ο προγραμματισμένος κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή αποτελεί μια ασφαλή επιλογή για την πλειοψηφία των γυναικών με μία προηγούμενη καισαρική με χαμηλή εγκάρσια τομή (NICE, 2011; ACOG, 2010; RCOG, 2007). Η στρατηγική αυτή υποστηρίζεται και από το μοντέλο οικονομικού προγραμματισμού (Fawsitt et al, 2013; NICE, 2011) και θα περιορίσει την αύξηση των καισαρικών τομών, αλλά και της μητρικής νοσηρότητας που σχετίζεται με τις πολλαπλές καισαρικές τομές (Eshkoli et al, 2013; Cook et al, 2013; Fitzpatrick et al, 2012).

Οι γυναίκες που είναι υποψήφιες για κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή θα πρέπει εκτός από την προϋπόθεση να έχουν στο ιστορικό τους μία προηγούμενη καισαρική με χαμηλή εγκάρσια τομή, να κυοφορούν ένα έμβρυο, η προβολή του εμβρύου να είναι κεφαλική και να έχουν συμπληρωθεί οι 37 εβδομάδες κύησης (RCOG, 2015).

Το ποσοστό επιτυχίας του κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή κυμαίνεται μεταξύ 72- 75 %. Η meta-analysis των Guise et al (2004) με δείγμα 103.188 προσπάθειες για κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή αναφέρει ποσοστό επιτυχίας 74% , ενώ η μελέτη NICHD αναφέρει 73% ποσοστό επιτυχίας σε δείγμα 17.898 γυναικών. Συχνά παρατηρούνται διαφορές στα ποσοστά επιτυχίας ανάμεσα

στα διάφορα κέντρα για αυτό και η συμβουλευτική και ενημέρωση που παρέχεται στις γυναίκες θα πρέπει να είναι ανάλογη με τα εκάστοτε δεδομένα (RCOG, 2015).

Ένας παράγοντας που συμβάλει θετικά στην αύξηση του ποσοστού επιτυχίας είναι το αν η γυναίκα έχει βιώσει έναν ή περισσότερους κολπικούς τοκετούς στο παρελθόν. Το ιστορικό κολπικού τοκετού μπορεί να αυξήσει το ποσοστό επιτυχίας στο 85- 90% (RCOG, 2015). Έχουν δημοσιευτεί αρκετά πολυπαραγοντικά μοντέλα που μπορούν να προβλέψουν εξατομικευμένα την επιτυχία του κολπικού τοκετού μετά από καισαρική (Ghaillet et al, 2013; Grobman et al, 2009;).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι γυναίκες με αυξημένες πιθανότητες για μη επιτυχημένο κολπικό τοκετό μετά από καισαρική έχουν αυξημένες πιθανότητες για ρήξη μήτρας που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε περιγεννητική θνησιμότητα (Griveli et al, 2011; Grobman, 2010). Η meta- analysis των παραπάνω ερευνών που πραγματοποιήθηκε το 2013 κατέληξε στο συμπέρασμα πως περισσότερη μελέτη είναι απαραίτητη (Cook et al, 2013).

Μερικοί από τους συγγραφείς δημιούργησαν μία κλίμακα VBAC (Metz et al, 2013) για να μπορεί να προβλεφθεί το ποσοστό επιτυχίας. Η κλίμακα αυτή εξετάζει πέντε παραμέτρους: υπολογισμό Bishop score, ηλικία της γυναίκας, την αιτία της προηγούμενης καισαρικής τομής, το δείκτη μάζας σώματος (BMI) της εγκύου, καθώς και το ιστορικό προηγούμενων κολπικών τοκετών. Όσο πιο ψηλό είναι το αποτέλεσμα, τόσο πιο πιθανό είναι να είναι επιτυχής η προσπάθεια. Συγκεκριμένα ένα σκορ πάνω από 16 συνδεόταν με ποσοστό επιτυχίας μεγαλύτερο από 85% σε αντίθεση με σκορ 10 που συνδεόταν με ποσοστό επιτυχίας 49%.

Η πρόκληση τοκετού, η απουσία προηγούμενου κολπικού τοκετού, δείκτης μάζας σώματος της γυναίκας πάνω από 30 και προηγούμενη καισαρική τομή λόγω δυστοκίας στον τοκετό συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αποτυχημένου κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή. Η παρουσία των παραπάνω παραγόντων αφορά επιτυχημένο κολπικό τοκετό σε ποσοστό 40% (RCOG, 2015).

Ο πλέον καλύτερος προγνωστικός δείκτης για την επιτυχία του VBAC, που συνδέεται με ποσοστό επιτυχίας 85- 90% είναι ο προηγούμενος κολπικός τοκετός και ιδιαίτερα

ο προηγούμενος επιτυχημένος κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (RCOG, 2015). Επιπλέον ένας προηγούμενος κολπικός τοκετός σχετίζεται με μειωμένο ποσοστό κινδύνου ρήξης μήτρας (Barger et al, 2011). Το ύψος της γυναίκας, η ηλικία κάτω των 40 ετών, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) κάτω από 30, ηλικία κύησης μικρότερη των 40 εβδομάδων και βάρος νεογνού μικρότερο από 4 κιλά- ή παρόμοιο/ μικρότερο από αυτό που αποτελεί ένδειξη για καισαρική τομή (Harper et al, 2011)- συνδέονται με μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας VBAC (Chaillet et al, 2013; Stock et al, 2010). Επιπρόσθετα, η αυτόματη έναρξη τοκετού, η κεφαλική προβολή του εμβρύου, η εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας και το υψηλό Bishop score ενισχύουν την πιθανότητα επιτυχίας του κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή (Grivel et al, 2011).

Το επιτυχημένο VBAC είναι πιο πιθανό ανάμεσα σε γυναίκες που η αιτία της καισαρικής τομής ήταν η ανώμαλη προβολή του εμβρύου (84%) συγκριτικά με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική λόγω δυστοκίας στον τοκετό (64%) ή εμβρυικής δυσχέρειας (73%) (RCOG, 2015).

Τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας παρατηρήθηκαν σε νεότερες γυναίκες της λευκής φυλής (RCOG, 2015). Αντιθέτως οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε επείγουσα καισαρική τομή στον προηγούμενο τοκετό ή βίωσαν μία αποτυχημένη πρόκληση τοκετού είχαν μικρότερα ποσοστά επιτυχίας (Knight et al, 2014).

Τέλος, εμφανίζεται μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας όταν η δυστοκία στον προηγούμενο τοκετό εντοπίστηκε μετά τα 8 εκατοστά, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις που παρουσιάστηκε νωρίτερα (Abilgaard et al, 2013; Kwon et al, 2009).

Η αναδρομική μελέτη των Melamed e al (2013) καταλήγει στο ότι το ποσοστό επιτυχίας του VBAC σε γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή λόγω μη επιτυχημένου επεμβατικού τοκετού ήταν υψηλή (61.3%). Η αποτυχία του VBAC σε αυτές τις περιπτώσεις είχε να κάνει με το ινίο σε οπισθία θέση και παρατεταμένο στάδιο εξώθησης.

3.3.1 Η διαχείριση του κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή

Οι γυναίκες που επιθυμούν να γεννήσουν φυσιολογικά μετά από καισαρική τομή θα πρέπει να παροτρύνονται να γεννάνε σε δομές κατάλληλα εξοπλισμένες με συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα με όλες τις παροχές, αλλά και τον απαραίτητο εξοπλισμό σε περίπτωση που χρειαστεί άμεσα καισαρική τομή και ανάνηψη του νεογνού. Οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού θα πρέπει να έχουν συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου από την έναρξη των συστολών (RCOG, 2015).

Η συνεχής παρακολούθηση είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί το καλώς έχειν της επιτόκου και του εμβρύου, αλλά και να αναγνωριστεί έγκαιρα μία πιθανή δυστοκία ή ρήξη της ουλής. Συνεπώς όλες οι γυναίκες που με εγκατεστημένο τοκετό θα πρέπει να λαμβάνουν:

- υποστηρικτική φροντίδα με έναν επαγγελματία υγείας για κάθε γυναίκα
- να έχουν μία ενδοφλέβια γραμμή
- συνεχή καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση
- παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της επιτόκου
- και αξιολόγηση της εξέλιξης της διαστολής του τραχήλου σε διάστημα όχι μικρότερο των 4 ωρών

Η meta- analysis των Anim- Somuah et al (2011) έδειξε πως η επισκληρίδιος αναλγησία αυξάνει τον κίνδυνο παράτασης του δευτέρου σταδίου και την ανάγκη για υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό. Συστήνεται ο καθετήρας της επισκληριδίου να εφαρμόζεται νωρίς για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί αργότερα εφόσον κριθεί απαραίτητο (Scott, 2014). Οι Landon et al (2005) αναφέρουν στη μελέτη τους πως η επιτυχία του VBAC ήταν πιο συχνή στις γυναίκες που λάμβαναν επισκληρίδιο αναλγησία, σε αντίθεση με δύο άλλες μελέτες που υποστηρίζουν το αντίθετο (Zwart et al, 2009). Η μελέτη των Cahill et al (2010) υποστηρίζει πως η συχνή ανανέωση της δόσης της επισκληριδίου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για επικείμενη ρήξη μήτρας. Ο αυξανόμενος πόνος και η ανάγκη για αναλγησία είναι πιθανό να προηγούνται της ρήξης μήτρας γεγονός που μπορεί να εξηγήσει τη συσχέτιση ανάμεσα στη ρήξη μήτρας και στην αυξανόμενη δοσολογία στην επισκληρίδιο στον κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή.

Το μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα είναι το πιο συχνό εμμένον εύρημα στη ρήξη μήτρας και παρουσιάζεται στο 66- 76% των περιπτώσεων. Στο 50% των περιπτώσεων το μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα συνδυάζεται με κοιλιακό άλγος (Fitzpatrick et al, 2012). Οι περισσότερες ρήξεις μήτρας (>90%) συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του τοκετού, με το πιο μεγάλο ποσοστό να έχει παρατηρηθεί στα 4 – 5 εκατοστά διαστολής, ενώ το 18% εντοπίζεται στο δεύτερο στάδιο και το 8% μετά τον τοκετό (Zwart et al, 2009). Η διάγνωση οδηγεί σε επείγουσα καισαρική τομή ή λαπαροτομία μετά τον τοκετό (Zwart et al, 2009).

Οι κλινικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με ρήξη μήτρας είναι οι παρακάτω (RCOG, 2015):

- Μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα
- Σοβαρό κοιλιακό άλγος, που εμμένει ανάμεσα των συστολών
- Μη φυσιολογική κολπική αιμόρροια
- Αιματουρία
- Παύση των προηγούμενων αποτελεσματικών συστολών
- Ταχυκαρδία, υπόταση, λιποθυμία της επιτόκου
- Απώλεια της θέσης της προβάλλουσας μοίρας
- Μεταβολή στη μεταβλητότητα στο καρδιοτοκογράφημα

Ο κίνδυνος ρήξης μήτρας είναι αρκετά μικρός, 2 στους 10 000 τοκετούς (0.02%) και κυρίως αφορά πολυτόκες γυναίκες (Ofir et al, 2004). Στο VBAC κυμαίνεται μεταξύ 20 με 50 ανά 10 000 (0.2 – 0.5%), ενώ στην επαναληπτική καισαρική τομή 2 στις 10 000 (0.02%) (RCOG, 2015). Η έγκαιρη διάγνωση ρήξης μήτρας και η άμεση παρέμβαση (επείγουσα καισαρική τομή και ανάνηψη του νεογνού) είναι απαραίτητα για να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Σύμφωνα με τη μελέτη παρατήρησης των Holmgren et al (2012) ο τοκετός για τα μη υποξικά νεογνά σε υποψία ρήξης μήτρας θα πρέπει να ολοκληρωθεί σε 18 λεπτά. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αποκάλυψη της ουλής παραμένει ασυμπτωματική στο 48% των περιπτώσεων και η τριάδα των συμπτωμάτων ρήξης μήτρας (πόνος, κολπική αιμόρροια και ανωμαλίες του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού) παρουσιάζονται σε ποσοστό μικρότερο του 10% των περιπτώσεων (Guiliano et al, 2014).

3.3.2 Πρόκληση ή επιτάχυνση τοκετού σε κοιλιακό τοκετό μετά από καισαρική τομή

Το Βασιλικό Κολέγιο Μαιευτήρων – Γυναικολόγων (RCOG, 2015) στο πρωτόκολλο του αναφέρει πως πριν προχωρήσουμε σε πρόκληση ή επιτάχυνση τοκετού σε περίπτωση κοιλιακού τοκετού μετά από καισαρική τομή θα πρέπει πρώτα να έχει ενημερωθεί ή επίτοκος για τις πιθανές επιπλοκές. Επίσης πολύ σημαντικό είναι να συζητηθεί ο λόγος για τον οποίο συστήνεται πρόκληση ή επιτάχυνση του τοκετού, καθώς και η μέθοδος που θα επιλεγεί.

Παρόλο που η πρόκληση ή επιτάχυνση τοκετού δεν αντενδείκνυται σε γυναίκες με ιστορικό καισαρικής τομής υπάρχει έντονη διαφωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με η χρήση τους. Η πρόκληση ή η επιτάχυνση τοκετού σε κοιλιακό τοκετό μετά από καισαρική τομή συνδέεται με 2-3 φορές αυξημένο κίνδυνο ρήξης μήτρας και 1,5 φορά μεγαλύτερη πιθανότητα καισαρικής τομής συγκριτικά με την αυτόματη έναρξη τοκετού (RCOG, 2015).

Επιπλέον είναι εύλογο να υποθέσουμε ότι η ρήξη μήτρας είναι πιο πιθανό να συμβεί όταν χρησιμοποιηθεί ωκυτοκίνη για να επιταχυνθεί ο τοκετός ενώ υπάρχει ήδη επαρκής μυομητρική δραστηριότητα σε σχέση με όταν η μυομητρική δραστηριότητα είναι απύσα ή ανεπαρκής. Επιπρόσθετα έχει αποδειχθεί ότι χρησιμοποιώντας υψηλότερες δόσεις ωκυτοκίνης (δόση που να υπερβαίνει τις 20 μικροσταγόνες/λεπτό) κατά τη διάρκεια επιτάχυνσης VBAC τοκετού αυξάνει τον κίνδυνο ρήξης μήτρας κατά 4-5 φορές ή και περισσότερο (Cahill et al, 2008).

Οι γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή που δεν έχουν ιστορικό κοιλιακού τοκετού, αλλά και αυτές που είχε προκληθεί ο τοκετός τους με προσταγλανδίνες έχουν αυξημένο ποσοστό ρήξης μήτρας, αλλά και περιγεννητικού θανάτου εξαιτίας αυτής (Smith et al, 2004).

Ως εκ τούτου θα πρέπει αν κριθεί απαραίτητο να γίνει ορθή χρήση των προσταγλανδινών σύμφωνα με τα ισχύοντα πρωτόκολλα ή θα πρέπει να εξεταστεί μία άλλη μέθοδος πρόκλησης, όπως είναι η τοποθέτηση καθετήρα Folley ενδοτραχηλικά (Martel, MacKinnon, 2018; Joswiak et al, 2014). Η μέθοδος αυτή, όπως και η τεχνητή

ρήξη εμβρυϊκών υμένων σχετίζονται με μικρότερο κίνδυνο ρήξης της τομής σε σχέση με την πρόκληση με χρήση προσταγλανδινών (RCOG, 2015).

Σύμφωνα με δύο αναδρομικές μελέτες προκύπτει πως η χρήση μικρής δόσης προσταγλανδίνης E2 είναι μία ασφαλής επιλογή πρόκλησης τοκετού για τις γυναίκες που επιλέγουν κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή, χωρίς να αυξάνεται το ρίσκο ρήξης μήτρας ή περιγεννητικού θανάτου σε σχέση με τις περιπτώσεις που η έναρξη τοκετού είναι αυτόματη (Haas et al, 2014; Schmitz et al, 2013). Παρόλα αυτά μία ανασκόπηση της Cochrane υποστηρίζει πως υπάρχουν ανεπαρκή στοιχεία από τις τυχαιοποιημένες μελέτες για να καθοριστεί η μέθοδος με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο για τις γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή (Joswiak et al, 2013).

3.4 Το νεογνικό αποτέλεσμα ανάλογα με τον τρόπο μαιεύσης

Οι Παγκόσμιοι Οργανισμοί κάνουν επείγουσα έκκληση για μείωση των ποσοστών των μη απαραίτητων καισαρικών τομών στοχεύοντας έτσι την προαγωγή της ασφάλειας των νεογνών και τη μείωση των εισαγωγών στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας. Με την μείωση των μη αναγκαίων καισαρικών τομών θα περιοριστεί η νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα (US Office and disease prevention and health promotion, 2016; WHO, 2015).

Η καισαρική τομή σύμφωνα με τη βιβλιογραφία έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των νεογνών και έχει συνδεθεί με αυξημένες πιθανότητες αναπνευστικών προβλημάτων. Είναι γνωστό πως οι φυσιολογικές και οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού είναι απαραίτητες για την ωρίμανση των πνευμόνων και είναι πολύ πιθανό να μην πραγματοποιηθούν κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής. Για το λόγο αυτό τα νεογνά που γεννιούνται με καισαρική τομή εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά αναπνευστικών προβλημάτων σε σχέση με τα νεογνά που γεννιούνται με φυσιολογικό τοκετό. Τα αναπνευστικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν περιλαμβάνουν σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και παροδική ταχύπνοια και συνδέονται με σηψαιμία, σοβαρή υπογλυκαιμία και εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Abdelgaabar et al, 2016).

Οι καισαρικές τομές που δεν προκύπτουν έπειτα από ιατρική ένδειξη φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την υγεία των νεογνών, όπως εκτιμάται σύμφωνα με το Apgar Score, χωρίς όμως να οδηγούν σε ακραίες εκβάσεις, όπως για παράδειγμα ανάγκη για ανάνηψη του νεογνού, εισαγωγή του στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας ή νεογνικό θάνατο, χωρίς όμως αυτό να είναι απόλυτο (Costa Ramon et al, 2018).

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες η αρνητική επίδραση της καισαρικής τομής στο Apgar Score φαίνεται να είναι προγνωστική της κατάστασης της υγείας, της γνωστικής ικανότητας και της εμφάνισης πιθανών προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού σε ηλικία τριών ετών (Almond et al, 2005), της απόδοσης στο σχολείο (Figlio et al, 2014) και της ανάγκης κοινωνικής υποστήριξης μετά τα δεκαοχτώ έτη (Oreopoulos et al, 2008).

Η καισαρική τομή έχει αποδειχθεί πως συνδέεται με μεγαλύτερο αριθμό επιπλοκών και υψηλότερα ποσοστά μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σχέση με τον κοιλιακό τοκετό. Η παρατήρηση αυτή αφορά τόσο την πρώτη καισαρική τομή στην οποία υποβάλλεται μία γυναίκα όσο και τις επαναληπτικές (Hutchinson et al, 2018) και δεν επηρεάζεται από το αν η καισαρική τομή είναι προγραμματισμένη ή επείγουσα (Kamilya et al, 2010).

Η έρευνα των Geller και συν. έδειξε, σε αντίθεση με τις παραπάνω μελέτες, πως τα νεογνά που γεννιούνται με καισαρική τομή σημειώνουν υψηλότερο score στην κλίμακα Apgar, όμως έχουν μεγαλύτερη ανάγκη αναπνευστικής υποστήριξης και είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν νεογνικό ίκτερο σε σχέση με τα νεογνά που γεννιούνται φυσιολογικά (Geller et al, 2010). Επιπλέον οι εκλεκτικές καισαρικές τομές συνδέονται με μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και υψηλότερο ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας (Deluca et al, 2009). Όσον αφορά την αναπνευστική δυσχέρεια φαίνεται να είναι πιο συχνή στις περιπτώσεις που η καισαρική τομή εκτελείται χωρίς να έχει προηγηθεί έναρξη τοκετού, χωρίς αυτό να επηρεάζεται ιδιαίτερα από την εβδομάδα κύησης εφόσον πρόκειται για τελειόμηνα βρέφη. Παρόλα αυτά συστήνεται η καισαρική τομή να πραγματοποιείται σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εβδομάδα κύησης για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό νεογνικό αποτέλεσμα (Indraccolo et al, 2019).

Στη μελέτη των Abdelgabar και συν. συμμετείχαν 511 γυναίκες οι οποίες γέννησαν με εκλεκτική καισαρική τομή μεταξύ 37 και 40 εβδομάδων κύησης. Από το σύνολο των νεογνών το 7,2% εμφάνισε αναπνευστικά προβλήματα. Από αυτά τα νεογνά το 2,9% γεννήθηκε κατά τη διάρκεια της 37^{ης} εβδομάδας κύησης, το 2,3% γεννήθηκε μεταξύ 37^{ης} – 38^{ης} εβδομάδα κύησης, ενώ όσο μεγάλωνε η εβδομάδα κύησης το ποσοστό παρουσίαζε ύφεση. Ανάμεσα στην 38^η – 39^η εβδομάδα το ποσοστό είχε πέσει στο 1,6%, ενώ ανάμεσα στην 39^η – 40^η εβδομάδα ήταν μόλις 0,39%. Αξίζει να σημειωθεί πως από τα νεογνά που γεννήθηκαν στην 37^η εβδομάδα κύησης το 4,5% σημείωσε χαμηλό Apgar Score (<5) στο πέμπτο λεπτό της ζωής τους, κάτι που παρατηρήθηκε μόλις στο 1% των νεογνών που γεννήθηκαν μεταξύ 38^{ης} – 39^{ης} εβδομάδας κύησης προτρέποντας τους ερευνητές να καταλήξουν στο ότι όσο μεγαλύτερη είναι η εβδομάδα κύησης τόσο καλύτερο είναι και το score στην κλίμακα Apgar (Abdelgabar et al, 2016).

Από την παραπάνω μελέτη (Abdelgabar et al, 2016). προέκυψε μία σειρά παραγόντων κινδύνου που συμβάλουν στην εμφάνιση αναπνευστικής δυσχέρειας των νεογνών. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

1. Ηλικία της μητέρας άνω των 40 ετών

Από τη μελέτη προέκυψε πως τα νεογνά μητέρων με μεγάλη ηλικία κύησης είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν αναπνευστική δυσχέρεια, σε αντίθεση με τα νεογνά νεότερων μητέρων.

2. Ηλικία της κύησης

Όπως έχει ήδη αναλυθεί παραπάνω στα τελειόμηνα νεογνά έχει αποδειχθεί πως όσο μεγαλύτερη είναι η εβδομάδα στην οποία εκτελείται η καισαρική τομή τόσο καλύτερο είναι το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

3. Η εκπαίδευση της μητέρας

Το 23,1% των νεογνών που εμφάνισαν αναπνευστική δυσχέρεια γεννήθηκαν από γυναίκες που είχαν λάβει χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Αντιθέτως όσο καλύτερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας τόσο καλύτερο ήταν το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

4. Το φύλο του νεογνού

Από τη μελέτη προέκυψε πως τα αρσενικά νεογνά εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναπνευστική δυσχέρεια σε σχέση με τα θηλυκά νεογνά. Συγκεκριμένα το 8,2% των αρσενικών νεογνών χρειάστηκε υποστήριξη, ενώ από το σύνολο των θηλυκών νεογνών το 6,4%.

5. Το βάρος γέννησης του νεογνού

Από το σύνολο των νεογνών που γεννήθηκαν <2,5 Kg το 25% εμφάνισε αναπνευστική δυσχέρεια, ενώ από τα νεογνά που το βάρος γέννησης τους ήταν ανάμεσα στα 3,5 – 4,5 Kg το ποσοστό ήταν 8%. Τα νεογνά με βάρος γέννησης 2,5 – 3,5 Kg εμφάνισαν αναπνευστική δυσχέρεια σε ποσοστό 2,8%, ενώ τα νεογνά με βάρος γέννησης > 4,5Kg δεν φάνηκε να επηρεάζονται.

Στις επαναληπτικές εκλεκτικές καισαρικές τομές, δηλαδή αυτές που πραγματοποιούνται σε γυναίκες με ιστορικό μίας ή περισσότερων καισαρικών τομών, ο κίνδυνος περιγεννητικού θανάτου είναι αρκετά μικρός, όμως εμφανίζεται αυξημένος κίνδυνος αναπνευστικών προβλημάτων κυρίως όταν η καισαρική τομή πραγματοποιηθεί πριν τις 39 εβδομάδες κύησης (RCOG, 2015), που αποτελεί και την εβδομάδα που συστήνεται να πραγματοποιείται η επαναληπτική καισαρική τομή σύμφωνα με τις ισχύουσες οδηγίες (Sananes et al, 2017).

Για να μειωθεί ο κίνδυνος αναπνευστικών προβλημάτων συστήνεται η χορήγηση κορτικοστεροειδών στη μητέρα προγεννητικά με στόχο την ωρίμανση των πνευμόνων, όμως οι απόψεις δίστανται λόγω των δυνητικών προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν (Aiken et al, 2014). Η χορήγηση 12mg βηταμεθαζόνης σε δύο δόσεις με μεσοδιάστημα 24 ωρών μετά τις 37 εβδομάδες κύησης δεν φάνηκε να έχει ουσιαστική επίδραση στη μείωση της αναπνευστικής νοσηρότητας, οδήγησε όμως σε μειωμένη ανάγκη για εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Υποστηρίζεται λοιπόν πως δεν συμβάλει στην μείωση των αναπνευστικών προβλημάτων, επηρεάζει όμως θετικά στη μείωση της σοβαρότητας των περιστατικών (Masoomeh et al, 2019). Σε περιπτώσεις όπου είχε διαγνωστεί διαβήτης κύησης και τα νεογνά ήταν πιο επιρρεπή στο να εμφανίσουν αναπνευστική δυσχέρεια η χορήγηση κορτικοστεροϊδών μετά τις 37 εβδομάδες κύησης μείωσε την ανάγκη εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, φάνηκε όμως να προκαλεί μια ήπια αύξηση των ποσοστών υπογλυκαιμίας στα νεογνά (Paul et al, 2019).

Σε σχέση με τον προγραμματισμένο κοιλιακό τοκετό μετά από καισαρική τομή η εκλεκτική επαναληπτική καισαρική τομή συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης παροδικής ταχύπνοιας (4 – 5% έναντι 2 – 3%) και συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας (0,5% έναντι <0,05%) (Go et al, 2011; Kamath et al, 2009; Richardson et al, 2005; Zanardo et al, 2004).

Από την άλλη ένας προγραμματισμένος κοιλιακός τοκετός μετά από καισαρική τομή συνδέεται με έναν ενδεχόμενο κίνδυνο ενδομήτριου θανάτου στις 39 εβδομάδες κύησης (Smith et al, 2003). Η αιτιολογία του αυξημένου αυτού κινδύνου δεν έχει διευκρινιστεί, είναι όμως αποδεδειγμένη στις γυναίκες με ιστορικό προηγηθείσας καισαρικής τομής (Gray et al, 2007). Η πιθανότητα περιγεννητικού θανάτου κυμαίνεται στους 4/10000 σε κοιλιακό τοκετό μετά από καισαρική τομή και από αυτούς οι 1,4/10000 οφείλονται σε ρήξη μήτρας. Στην εκλεκτική επαναληπτική καισαρική τομή ο κίνδυνος αυτός είναι 1/10000. Τέλος, σε 8/10000 κοιλιακούς τοκετούς μετά από καισαρική τομή εντοπίζεται υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (HIE) η οποία σε ποσοστό 60% οφείλεται σε ρήξη μήτρας (Landon et al, 2004).

3.5 Μητρικός θηλασμός

Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για τα νεογνά. Η σύστασή του είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους και τροποποιείται όσο αυτά μεγαλώνουν. Επιπλέον μπορεί να περιορίσει κάποιους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους που αφορούν την υγεία των νεογνών και των μητέρων (Centers for Disease Control and prevention, 2019).

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιάτρων τα βρέφη θα πρέπει να σιτίζονται αποκλειστικά με μητρικό γάλα για τους πρώτους έξι μήνες τις ζωής τους. Αποκλειστικός θηλασμός σημαίνει να μην υπάρχουν συμπληρωματικές τροφές ή υγρά στη διατροφή του βρέφους, με εξαίρεση τη βιταμίνη D, εκτός αν υπάρχει ιατρική σύσταση. Έπειτα συστήνεται η συνέχιση του μητρικού θηλασμού μέχρι το πρώτο έτος σε συνδυασμό με τη διαδοχική εισαγωγή στερεών τροφών στη δίαιτα του βρέφους. Μετά τον πρώτο χρόνο ζωής ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί εφόσον το επιθυμεί η μητέρα (AAP, 2012).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους έξι πρώτους μήνες για να επιτευχθεί η άριστη ανάπτυξη και εξέλιξη της υγείας των βρεφών. Στη συνέχεια προτείνεται η εισαγωγή συμπληρωματικών τροφών για να καλυφθούν οι νέες διατροφικές ανάγκες των παιδιών, ενώ ο θηλασμός θα συνεχίζεται μέχρι τα δύο έτη ζωής ή και περισσότερο (WHO, 2001).

Η πλειοψηφία των γυναικών ξεκινάει να θηλάζει, αλλά είναι ελάχιστες εκείνες που θηλάζουν αποκλειστικά μέχρι να συμπληρωθούν οι πρώτοι έξι μήνες της ζωής του βρέφους. Συγκεκριμένα μόλις 1 στα 4 παιδιά θηλάζει αποκλειστικά στην ηλικία των 6 μηνών. Όπως έχει υπολογιστεί στις Ηνωμένες Πολιτείες τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού συμβάλουν σε επιβάρυνση περίπου 3 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως για ιατρικές υπηρεσίες που αφορούν το βρέφος και τη μητέρα (Centers for Disease Control and prevention, 2019). Η διακοπή του θηλασμού τόσο πρόωρα οφείλεται σε διάφορους παράγοντες μεταξύ των οποίων είναι η απουσία υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας και το οικογενειακό περιβάλλον και την κοινωνία και η επιστροφή των μητέρων στην εργασία (Centers for Disease Control and prevention, 2017).

3.5.1. Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για το νεογνό

Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική πηγή τροφής για τα νεογνά. Η επίδρασή του στη βελτίωση της υγείας των βρεφών τόσο στον ανεπτυγμένο όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο έχει αποδειχτεί (Yasmeen et al, 2019).

Λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού – ωτίτιδα

Ο μητρικός θηλασμός έχει συνδεθεί με μειωμένα ποσοστά λοιμώξεων της αναπνευστικής οδού. Η ανάγκη νοσηλείας σε περιπτώσεις λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής έχει μειωθεί κατά 72% για τα νεογνά που θήλασαν αποκλειστικά για διάστημα μεγαλύτερο των τεσσάρων μηνών (Ip et al, 2009). Ο κίνδυνος εμφάνισης πνευμονίας στα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών ήταν τέσσερις φορές μικρότερος σε σχέση με τα βρέφη που θήλασαν από τέσσερις μέχρι έξι μήνες (AAP, 2012), ενώ ο βαθμός σοβαρότητας από λοίμωξη από τον ιό της βρογχιολίτιδας είναι περιορισμένος κατά 74% στα νεογνά που θήλασαν αποκλειστικά για τέσσερις μήνες σε σχέση με αυτά που δεν θήλασαν καθόλου (Nishimura et al, 2006).

Ο μητρικός θηλασμός ανεξάρτητα από το διάστημα που πραγματοποιήθηκε συγκριτικά με τη σίτιση με γάλα φόρμουλα φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα ωτίτιδας κατά 23% (AAP, 2012). Ο αποκλειστικός θηλασμός για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών μειώνει το ποσοστό αυτό κατά 50%, ενώ σοβαρές ιώσεις και μολύνσεις των ωτών ή του λάρυγγα περιορίζονται κατά 63% όταν ο αποκλειστικός θηλασμός ξεπεράσει τους έξι μήνες (Duijits et al, 2010).

Φλεγμονές του γαστρεντερικού σωλήνα

Ο μητρικός θηλασμός ανεξάρτητα από το διάστημα που πραγματοποιείται μειώνει κατά 64% την πιθανότητα μη ειδικών φλεγμονών του γαστρεντερικού σωλήνα και η δράση αυτή διαρκεί μέχρι και δύο μήνες μετά τη διακοπή του θηλασμού (Quiglen et al, 2007).

Νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK)

Τέσσερις τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ 1983 – 2005 κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η σίτιση με μητρικό γάλα μειώνει το ποσοστό εμφάνισης νεκρωτικής εντεροκολίτιδας για τα πρόωρα νεογνά κατά 58% (AAP, 2012). Μια πιο πρόσφατη μελέτη που συγκρίνει τη σίτιση μόνο με μητρικό γάλα με τη μικτή διατροφή κατέληξε πως η νεκρωτική εντεροκολίτιδα εμφανίζεται κατά 77%

λιγότερο στα πρόωρα νεογνά που σιτίστηκαν μόνο με μητρικό γάλα (Sullivan et al, 2010).

Σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου

Ο μητρικός θηλασμός έχει συνδεθεί με τη μείωση εμφάνισης του συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου στα νεογνά κατά 36% (NHI, 2018). Το 21% της νεογνικής θνησιμότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες οφείλεται στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου στα νεογνά που ποτέ δεν θήλασαν (Mueller- Boyer, Walton, 2019). Η συμβολή του θηλασμού στη μείωση της εμφάνισης του συνδρόμου είναι ανεξάρτητη από τη θέση ύπνου των βρεφών, όπως επιβεβαιώνεται από μία μεγάλη μελέτη ελέγχου περιπτώσεων που εξετάστηκαν νεογνά που κοιμόταν σε ύπτια θέση (AAP, 2012).

Οι Batrick και Reynold (2010) υποστηρίζουν πως αν το 90% των μητέρων στις Ηνωμένες Πολιτείες θήλαζαν αποκλειστικά για έξι μήνες θα είχαν σωθεί περισσότερα από 900 νεογνά ετησίως από το σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου. Ανάμεσα στις 42 αναπτυσσόμενες χώρες, όπου εντοπίζεται το 90% των παιδικών θανάτων παγκοσμίως, ο αποκλειστικός θηλασμός για τους πρώτους έξι μήνες σε συνδυασμό με απογαλακτισμό μετά τον πρώτο χρόνο ζωής είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση για την αποφυγή ενός εκατομμυρίου θανάτων βρεφών ετησίως, αριθμός που αντιστοιχεί στο 13% της παγκόσμιας παιδικής θνησιμότητας (Jones et al, 2003).

Αλλεργίες

Ο αποκλειστικός θηλασμός για τρεις με τέσσερις μήνες μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης άσθματος, ατοπικής δερματίτιδας και εκζέματος κατά 27% σε πληθυσμό χαμηλού κινδύνου και κατά 42% σε νεογνά με θετικό οικογενειακό ιστορικό. Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει την εισαγωγή στερεών τροφών μετά τον τέταρτο μήνα και τον κίνδυνο εμφάνισης αλλεργιών, αλλά τα αποτελέσματά τους είναι αντιφατικά (Greer et al, 2008). Ομοίως δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να

αποδεικνύουν πως η εισαγωγή στερεών τροφών μετά τους έξι μήνες έχει κάποια προστατευτική δράση έναντι των αλλεργιών (Nwaru et al, 2010).

Κοιλιοκάκη (Δυσανεξία στη γλουτένη)

Τα νεογνά που θηλάζουν κατά τη χρονική στιγμή που εκτίθενται στη γλουτένη έχουν κατά 52% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κοιλιοκάκη (Akobenh et al, 2006). Όπως υπολογίστηκε από την παρουσία αντισωμάτων υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στην αυξημένη διάρκεια του θηλασμού και τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης κοιλιοκάκης. Ο προστατευτικός παράγοντας φαίνεται να είναι όχι η στιγμή έκθεσης στη γλουτένη, αλλά η επίδραση του θηλασμού τη στιγμή έναρξης πρόσληψης γλουτένης. Έτσι, θα πρέπει να συστήνεται η εισαγωγή τροφών που περιέχουν γλουτένη να γίνεται όσο το παιδί λαμβάνει μόνο μητρικό γάλα και όχι γάλα φόρμουλα ή άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα από αγελαδινό γάλα (AAP, 2012).

Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου

Άλλο ένα πλεονέκτημα του μητρικού θηλασμού είναι η προστασία των βρεφών από την εμφάνιση φλεγμονώδους νόσου του εντέρου κατά 31% (Barclay et al, 2009). Η προστατευτική δράση του θηλασμού εκτιμάται πως οφείλεται στην αλληλεπίδραση των αντισωμάτων από το μητρικό γάλα με την υποκείμενη γενετική ευαισθησία των νεογνών. Επιπλέον ο διαφορετικός τρόπος αποικισμού του εντέρου των βρεφών που σιτίζονται με μητρικό γάλα σε σχέση με αυτά που σιτίζονται με γάλα φόρμουλα είναι πολύ πιθανό να συμβάλει σε αυτό (Penders et al, 2006).

Παχυσαρκία

Το ποσοστό παχυσαρκίας στα παιδιά που έχουν θηλάσει είναι σημαντικά μικρότερο σε σχέση με αυτά που δεν θηλάσαν. Για το λόγο αυτό στο πλαίσιο των ενεργειών που γίνονται σε εθνικό επίπεδο για τη μείωση της παχυσαρκίας συμπεριλαμβάνεται η προώθηση και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού (NHI, 2018; Perrine et al, 2011). Το ποσοστό της παχυσαρκίας τόσο στην εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή είναι μειωμένο κατά 15 – 30% στους ανθρώπους που θηλάζαν κατά τη νεογνική ζωή σε

αντίθεση με αυτούς που δεν θήλασαν (AAP, 2012). Η μελέτη *Framingham Offspring* εντόπισε τη σύνδεση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και του μικρότερου δείκτη μάζας σώματος (BMI) και την υψηλότερη συγκέντρωση λιποπρωτεϊνών στους ενήλικες (Parikh et al, 2009).

Οι Metzger και McDade (2010) εξέτασαν τη διαφορά ανάμεσα σε αδέρφια και παρατηρήθηκε πως το παιδί που θήλαζε ζύγιζε λιγότερο από το παιδί που σιτιζόταν με γάλα φόρμουλα ενώ ήταν τρεις φορές μικρότερη η πιθανότητα να είναι παχύσαρκο. Η πιθανότητα της παχυσαρκίας μειώνεται κατά 4% για κάθε μήνα θηλασμού (Ip et al, 2009).

Τα θηλάζοντα βρέφη μπορούν να ρυθμίσουν από μόνα τους την ποσότητα του γάλακτος που θα λάβουν και αυτή τους η ικανότητα συμβάλει θετικά στον περιορισμό της πρόσληψης βάρους στην ενήλικη ζωή (Yasmeen et al, 2019).

Τα βρέφη που σιτίζονται με *biberon* με γάλα φόρμουλα ή αντλημένο μητρικό γάλα καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος (τη ποσότητα γάλακτος που διατίθεται) με αποτέλεσμα τον περιορισμό της αυτορρύθμισης και εκτεταμένη πρόσληψη βάρους μετά τους έξι μήνες ζωής σε σχέση με τα βρέφη που τρέφονται αποκλειστικά από το μαστό (AAP, 2012).

Σακχαρώδης διαβήτης

Ο αποκλειστικός θηλασμός για τουλάχιστον τρεις μήνες σχετίζεται με μείωση της εμφάνισης διαβήτη τύπου I κατά 30% (Rosembauer et al, 2008).

Εκτιμάται πως ο μηχανισμός ανάπτυξης διαβήτη τύπου I είναι η έκθεση των παιδιών στην β- λακτοσφαιρίνη του αγελαδινού γάλακτος που ρυθμίζει τη διαδικασία αλληλεπίδρασης με τα Β κύτταρα του παγκρέατος (AAP, 2012). Όσον αφορά το διαβήτη τύπου II εντοπίζεται μείωση στην εμφάνισή του κατά 40%, γεγονός που οφείλεται στην συμβολή του μητρικού θηλασμού στη μειωμένη πρόσληψη βάρους, τον έλεγχο και την αυτορρύθμιση της πρόσληψης τροφής (Das, 2007).

Λέμφωμα και παιδική λευχαιμία

Η διάρκεια του μητρικού θηλασμού έχει συσχετιστεί με μειωμένα ποσοστά εμφάνισης λευχαιμίας (Bener et al, 2008). Στα νεογνά που έχουν θηλάσει για έξι μήνες ή και περισσότερο ο κίνδυνος εμφάνισης λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας είναι κατά 20% μικρότερος, ενώ ο κίνδυνος μυελοειδούς λευχαιμίας περιορίζεται κατά 15% (Rudant et al, 2010). Ο θηλασμός για διάστημα μικρότερο των έξι μηνών είναι προστατευτικός, αλλά σε μικρότερο βαθμό (12% και 10% αντίστοιχα) (AAP, 2012).

Νευροαναπτυξιακό αποτέλεσμα

Έχουν σημειωθεί σταθερές διαφορές στο νευροαναπτυξιακό αποτέλεσμα των βρεφών που θηλάσαν σε σχέση με αυτά που σιτίστηκαν με γάλα φόρμουλα. Οι διαφορές αυτές, όμως, φαίνεται να σχετίζονται και με άλλους παράγοντες, όπως είναι η εκπαίδευση των γονέων, ο οικογενειακό περιβάλλον και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Der et al, 2006). Τα αποτελέσματα προέκυψαν μετά από test ευφυΐας και την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών και ήταν καλύτερα για τα παιδιά που είχαν θηλάσει αποκλειστικά για τρεις μήνες ή και περισσότερο (Kramer et al, 2008). Σημαντικά θετική ήταν η επίδραση της σίτισης με μητρικό γάλα και στο νευροαναπτυξιακό αποτέλεσμα των πρώτων βρεφών, που αποτελούν πιο ευαίσθητο πληθυσμό (Isaacs et al, 2010).

Πρόωρα νεογνά

Τα πλεονεκτήματα του θηλασμού για τα πρόωρα νεογνά είναι πολλά. Είναι γνωστό πως με το μητρικό θηλασμό μειώνεται το ποσοστό σηψαιμίας και νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (NEK) στα πρόωρα βρέφη, γεγονός που συμβάλει στη μειωμένη νεογνική θνησιμότητα (Shah et al, 2008) καθώς και το ότι το μητρικό γάλα συμβάλει στην ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος τους (Furman et al, 2003). Επιπλέον έχει παρατηρηθεί πως για τα θηλάζοντα βρέφη είναι μειωμένες οι περιπτώσεις εισαγωγής στο νοσοκομείο για τον πρώτο χρόνο μετά την έξοδό τους από τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας (AAP, 2012).

3.5.2. Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα

Πολλά είναι τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και για τις μητέρες. Οι θηλάζουσες μητέρες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά αιμορραγίας μετά τον τοκετό και πιο γρήγορη επαναφορά της μήτρας στην προ της κύησης κατάσταση. Ο θηλασμός έχει αντισυλληπτική δράση για τη μητέρα λόγω της αναστολής της ωοθυλακιορρηξίας και της αμηνόρροιας λόγω των ορμονών. Τέλος, οι μητέρες που δεν θήλασαν καθόλου ή προχώρησαν πολύ γρήγορα σε απογαλακτισμό έχουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης (AAP, 2012).

Σύμφωνα με μία μεγάλη μελέτη που αφορά την παιδική κακοποίηση από τη μητέρα σημειώθηκε πως το ποσοστό κακοποίησης ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στις μητέρες που δεν θήλασαν τα παιδιά τους σε αντίθεση με τις άλλες (Strathearn et al, 2009).

Υποστηρίζεται πως ο θηλασμός συμβάλει στην απώλεια βάρους και στην μετάβαση στην προ της κύησης κατάσταση λόγω των επιπλέον θερμίδων που καταναλώνει η μητέρα ημερησίως, όμως οι μελέτες δεν είναι απόλυτες καθώς υπάρχουν κι άλλες παράμετροι που το επηρεάζουν όπως για παράδειγμα η διατροφή, η άσκηση, ο δείκτης μάζας σώματος και η εθνικότητα (AAP, 2012).

Σημαντική είναι η επίδραση του θηλασμού στη μείωση του ποσοστού εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II στις γυναίκες που δεν έχουν ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη κύησης. Η επίδραση αυτή φαίνεται να σχετίζεται με τη διάρκεια του θηλασμού. Συγκεκριμένα για κάθε χρόνο θηλασμού το ποσοστό εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II μειώνεται από 4% έως 12% (Schwarz et al, 2010). Από την άλλη στις γυναίκες που εμφανίζουν διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν φαίνεται να επηρεάζει το ποσοστό εμφάνισης διαβήτη τύπου II στη μετέπειτα ζωή τους (AAP, 2012).

Η διάρκεια του θηλασμού σχετίζεται και με την εμφάνιση ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Αν η συνολική διάρκεια του θηλασμού ξεπεράσει τους 12 μήνες ο κίνδυνος εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας κυμαίνεται στο 0.8, ενώ αν το διάστημα αυτό ξεπεράσει τους 24 μήνες ο κίνδυνος μειώνεται στο 0.5 (AAP, 2012).

Σε μία μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το “Women’s Health Initiative” στην οποία συμμετείχαν 139 000 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες από διάφορες χώρες του κόσμου παρατηρήθηκε συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική διάρκεια θηλασμού και στην εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων στην ενήλικη ζωή. Οι γυναίκες που είχαν θηλάσει τα παιδιά τους από 12 έως 23 μήνες είχαν σημαντική μείωση στην εμφάνιση υπέρτασης (Joep et al, 2019), υπερλιπιδαιμίας, καρδιαγγειακών παθήσεων και σακχαρώδη διαβήτη (Schwarz et al, 2009).

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή του θηλασμού στη μείωση εμφάνισης καρκίνου του μαστού – κυρίως προεμμηνοπαυσιακά – και του καρκίνου των ωοθηκών (Stuebe et al, 2009). Η συνολική διάρκεια θηλασμού για περισσότερο από 12 μήνες συνδέεται με μείωση του ποσοστού εμφάνισης καρκίνου μαστού και ωοθηκών κατά 28% (Collaborate Group of Hormonal factors in breast cancer, 2002). Κάθε χρόνος θηλασμού υπολογίστηκε πως συνδέεται με μείωση της εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 4.3% (AAP, 2012).

3.5.3.Οικονομικά οφέλη

Μια λεπτομερής παιδιατρική οικονομική ανάλυση βασισμένη στην AHRQ αναφορά κατέληξε πως αν το 90% των μητέρων ακολουθούσαν τις συστάσεις για αποκλειστικό θηλασμό τους έξι πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους θα μπορούσε να εξοικονομηθεί το ποσό των 13 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως (Batrlick, Reynhold, 2010). Το ποσό αυτό δεν περιλαμβάνει αυτό που αντιστοιχεί με την μείωση της απουσίας των γονέων από την εργασία λόγω ασθενειών του παιδιού ή τους θανάτους ενηλίκων που οφείλονται σε ασθένειες που ξεκινάνε από την παιδική ηλικία και θα μπορούσαν να είχαν μειωθεί λόγω του θηλασμού (διαβήτης τύπου I, άσθμα, παχυσαρκία) (AAP, 2012).

3.5.4.Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού

Υπάρχει ένας πολύ μικρός αριθμός ιατρικών καταστάσεων κατά τις οποίες ο θηλασμός αντενδείκνυται, όπως για παράδειγμα η παρουσία γαλακτοζαιμίας στο

νεογνό. Σε περιπτώσεις άλλων μεταβολικών νοσημάτων, όπως είναι η φαινυλκετονουρία, μπορούν να συνδυαστούν με το μητρικό γάλα διάφορα τροποποιημένα σκευάσματα χωρίς πρωτεΐνη, ενώ πάντα παρέχεται ο απαραίτητος αιματολογικός έλεγχος. Οι μητέρες που είναι θετικές στα T- κύτταρα του λεμφοτροπικού ιού (lymphotropic virus) τύπου I και II (Goncalves et al, 2010) ή ενεργό βρουκέλλωση (Carrera et al, 2006) δεν επιτρέπεται να θηλάζουν τα νεογνά τους, ούτε να τους παρέχουν αντλημένο γάλα.

Σε περίπτωση που η μητέρα έχει ενεργό φυματίωση ή αλλοιώσεις στο μαστό από έρπη δεν επιτρέπεται να θηλάσει το νεογνό, όμως συστήνεται η σίτιση του νεογνού με αντλημένο μητρικό γάλα, καθώς δεν υπάρχει ανησυχία σχετικά με τη μεταφορά των οργανισμών στο γάλα (AAP, 2012). Όταν η μητέρα που εμφάνισε φυματίωση θεραπευτεί και μεσολαβήσουν δύο εβδομάδες και επιβεβαιωθεί ότι πλέον δεν είναι μολυσματική ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί (AAP, 2009).

Οι μητέρες που εμφάνισαν ανεμοβλογιά πέντε ημέρες πριν τον τοκετό ή δύο ημέρες μετά θα πρέπει να απομακρύνονται από τα νεογνά τους, όμως μπορούν να τους παρέχουν αντλημένο μητρικό γάλα (AAP, 2009).

Το 2009 το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων σύστησε πως οι μητέρες που έχουν μολυνθεί από τον ιό της γρίπης H1N1 πρέπει να απομακρυνθούν προσωρινά από τα νεογνά τους μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Μέχρι να συμβεί αυτό το νεογνό μπορεί να σιτίζεται με αντλημένο μητρικό γάλα (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

Σε περίπτωση που η μητέρα έχει διαγνωστεί με τον ιό HIV/AIDS δεν συστήνεται να θηλάσει το νεογνό της. Παρόλα αυτά στον αναπτυσσόμενο κόσμο, όπου η νεογνική θνησιμότητα στα μη θηλάζοντα βρέφη είναι αρκετά αυξημένη λόγω της κακής διατροφής καθώς και μολυσματικών ασθενειών, τα οφέλη που θα έχει το βρέφος από το μητρικό θηλασμό υπερτερούν του κινδύνου να μολυνθεί το βρέφος από τον ιό μέσω του γάλακτος. Σε χώρες όπου ο ιός HIV/AIDS ήταν αρκετά διαδεδομένος φάνηκε ότι τα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για τους πρώτους τρεις μήνες της ζωής τους διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό σε σχέση με τα βρέφη που έλαβαν μεικτή διατροφή (μητρικό γάλα σε συνδυασμό με γάλα φόρμουλα

ή άλλες τροφές) (Harvath et al, 2009). Μελέτες που δημοσιεύτηκαν το 2010 υποστηρίζουν πως ο συνδυασμός αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του νεογνού με αντιρετροϊκή αγωγή μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο νεογνό μέσω του γάλακτος (Chasela et al, 2010; Shapiro et al, 2010).

Ο κυτταρομεγαλοϊός δεν αποτελεί αντένδειξη για τα τελειόμηνα βρέφη. Όσον αφορά τα πρόωρα νεογνά η μετάδοση του μεγαλοκυτταροϊού μέσω του γάλακτος είναι πιθανό να σχετίζεται με καθυστερημένη έναρξη σηψαιμίας στα πολύ χαμηλού βάρους νεογνά (ΒΓ < 1500 γρ). Αν και δεν σχετίζεται με την εμφάνιση μακροπρόθεσμων ανωμαλιών ή συνδρόμων η αντική αγωγή θα ήταν ωφέλιμη (Hamele et al, 2010). Η κατάψυξη του γάλακτος μπορεί να μειώσει την ύπαρξη του κυτταρομεγαλοϊού, αλλά δεν τον εξαλείφει (Maschmann et al, 2006). Η θέρμανση του γάλακτος και η χαμηλή παστερίωση (θέρμανση του γάλακτος στους 62,5°C για 30 λεπτά ή στους 72°C για 5 – 10 δευτερόλεπτα) εξαλείφει τον ιό από το γάλα, αλλά ταυτόχρονα επηρεάζει βιοενεργητικούς παράγοντες και θεραπευτικά συστατικά που περιλαμβάνει (Hamprecht et al, 2004). Σε κάθε περίπτωση το φρέσκο μητρικό γάλα είναι προτιμότερο για τη σίτιση όλων των πρόωρων νεογνών (AAP, 2012).

Η χρήση ουσιών από τη μητέρα δεν είναι απόλυτη αντένδειξη για το μητρικό θηλασμό. Οι εξαρτημένες μητέρες οι οποίες έχουν ενσωματωθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη και έχουν αρνητικό έλεγχο για τον ιό HIV/AIDS και παράνομες ουσίες μπορούν να ενθαρρυνθούν να θηλάσουν τα νεογνά τους (Jansson, 2009). Ουσίες όπως η φαινκυκλιδίνη (PCP), η κοκαΐνη και η κάνναβη ανιχνεύονται στο μητρικό γάλα και η χρήση τους από τις θηλάζουσες μητέρες προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία σχετικά με τη μετέπειτα νευρολογική ανάπτυξη των νεογνών γι αυτό και αντενδείκνυται (Garry et al, 2010).

Το αλκοόλ δεν είναι γαλακταγωγή ουσία, αντιθέτως μπορεί να εμποδίσει την απάντηση της προλακτίνης στο ερέθισμα που προκαλείται από τη θηλαστική κίνηση και να επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξη του μηχανισμού (Menmella, Pepino, 2010). Η κατανάλωση των αλκοολούχων ποτών θα πρέπει να περιορίζεται και η προσλαμβανόμενη ποσότητα δεν πρέπει να ξεπερνά τα 0,5 γραμμάρια αλκοόλ ανά κιλό βάρους σώματος (Subcommittee on Nutrition During Lactation, Institute of

Medicine, National Academy of Sciences, 1991). Ο θηλασμός συστήνεται να πραγματοποιείται τουλάχιστο δύο ώρες μετά την κατανάλωση του αλκοόλ, για να έχει μειωθεί η συγκέντρωσή του στο μητρικό γάλα (AAP, 2012).

Όσον αφορά το κάπνισμα δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για το μητρικό θηλασμό, όμως οι γυναίκες θα πρέπει να αποθαρρύνονται να καπνίζουν, καθώς σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αναπνευστικών αλλεργιών (Guedes, Souza, 2009) και συνδρόμου αφνιδίου θανάτου (Liebrechts-Akkerman, 2011). Σε κάθε περίπτωση δεν θα πρέπει να συμβαίνει παρουσία του βρέφους για να ελαχιστοποιηθούν οι αρνητικές επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος (Yilmaz et al, 2009). Τέλος, το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μικρή παραγωγή γάλακτος και μειωμένη πρόσληψη βάρους (AAP, 2012).

3.6 Η επίδραση του τρόπου μαιεύσης στη σίτιση των νεογνών

Έρευνες που συγκρίνουν τις επιδράσεις του τρόπου μαιεύσης στη διάρκεια του θηλασμού έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα και συνήθως αφορούν ανεπαρκές δείγμα γυναικών (Brown, Jordan, 2013; Prior et al, 2012).

Η προγραμματισμένη καισαρική τομή έχει συνδεθεί με μικρότερα ποσοστά έναρξης θηλασμού ως συνέπεια της μη αποτελεσματικής αναλγησίας (Zonardo et al, 2013),, αλλά και της απομάκρυνσης του βρέφους από τη μητέρα μετά τον τοκετό (Hutchinson et al, 2018). Επιπλέον η επέμβαση μπορεί να επιδρά στα επίπεδα προλακτίνης μετά τον τοκετό με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην έναρξη της γαλακτοπαραγωγής (Scott et al, 2007). Αξίζει να σημειωθεί πως από Παγκόσμιους φορείς γίνονται επείγουσες εκκλήσεις για να περιοριστούν οι καισαρικές τομές που δεν έχουν ιατρική ένδειξη (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2016; WHO, 2015).

Στο άρθρο των Hobbs και συνεργατών που δημοσιεύτηκε το 2016 αναφέρεται πως οι περισσότερες γυναίκες που γεννάνε με προγραμματισμένη καισαρική τομή δηλώνουν μικρότερη επιθυμία να θηλάσουν ή δεν το επιχειρούν καθόλου σε αντίθεση με τις

γυναίκες που γεννάνε φυσιολογικά ή με επείγουσα καισαρική τομή. Στην έρευνα σημειώθηκε πως οι γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική τομή κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν περισσότερες δυσκολίες με το θηλασμό και χρειάστηκαν περισσότερη υποστήριξη σε σχέση με τις γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά ή με προγραμματισμένη καισαρική τομή. Επίσης οι γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική τομή ήταν πιο πιθανό να διακόψουν το θηλασμό πριν τις 12 εβδομάδες σε σχέση με τις γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά. Άλλοι παράγοντες που το επηρέασαν αυτό ήταν το εισόδημα, η εκπαίδευση, ο τόκος, η προωρότητα, η σωματική και ψυχική κατάσταση της επιτόκου, η εθνικότητα και οι δυσκολίες που κλήθηκε να αντιμετωπίσει (Hobbs et al, 2016).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω οι μελέτες υποστηρίζουν πως οι γυναίκες που γεννάνε με καισαρική τομή είναι πολύ πιθανό να μη θηλάσουν τα νεογνά τους ή να καθυστερήσουν την έναρξη του θηλασμού (Watt et al, 2012). Η έναρξη του θηλασμού μέσα στην πρώτη ώρα από της περάτωση του τοκετού αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη συνέχισή του (Meedya et al, 2010). Τα νεογνά που γεννιούνται με καισαρική τομή είναι λιγότερο πιθανό να επωφεληθούν τη δέρμα με δέρμα επαφή με τη μητέρα αμέσως μετά τον τοκετό σε σχέση με τα νεογνά που γεννιούνται φυσιολογικά και είναι πολύ πιθανό να μη θηλάσουν κατά τη διάρκεια της πρώτης ημέρας της ζωής τους (Rowe- Murray, Fisher, 2002).

Η δέρμα με δέρμα επαφή είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για να βοηθήσει τόσο στην έναρξη του θηλασμού, όσο και στην εγκατάσταση και τη διάρκειά του (Moore et al, 2012). Η καθυστέρηση στην έναρξη του θηλασμού μετά από μία καισαρική τομή συνδυάζονται με απομάκρυνση του βρέφους από τη μητέρα και αυτό έχει ως συνέπεια τον περιορισμό της ικανότητας του νεογνού να θηλάσει και την ανεπάρκεια της ποσότητας του μητρικού γάλακτος και κατ' επέκταση τη μικρότερη διάρκεια του θηλασμού (Zonardo et al, 2013; Watt et al, 2012).

Ο Perez Escamilla και συνεργάτες υποστηρίζουν πως η γέννηση με καισαρική τομή δεν επηρεάζει τη διάρκεια του θηλασμού εφόσον η γυναίκα ξεκινήσει να θηλάζει και το διατηρήσει για τις πρώτες εβδομάδες τουλάχιστον (Perez Escamilla et al, 1996). Στην άποψη αυτή, όμως, διαφωνούν οι Brown και Jordan οι οποίοι υποστηρίζουν πως

οι γυναίκες που γεννάνε με καισαρική τομή είναι πολύ πιο πιθανό να διακόψουν το θηλασμό σε σχέση με τις γυναίκες που γεννάνε φυσιολογικά (Brown, Jordan, 2013).

Η έρευνα “Ontario Mother and Infant” των Watt και συνεργατών δεν εντόπισε διαφορές ανάμεσα στον τρόπο μαιεύσης και την έναρξη και διατήρηση του θηλασμού για τις πρώτες έξι εβδομάδες . Όμως αυτό που παρατηρήθηκε είναι πως σε περιπτώσεις επείγουσας καισαρικής τομής ή υποβοηθούμενου κοιλιακού τοκετού η πιθανότητα έναρξης και διατήρησης του θηλασμού ήταν αυξημένη, αποτέλεσμα που ήταν απρόβλεπτο για αυτό και έγινε σύσταση για περαιτέρω έρευνα όπου θα εξετάζονται όλοι οι τρόποι τοκετού και η επίδραση αυτών στο θηλασμό (Watt et al, 2012).

Τη διαφορά στην έναρξη του θηλασμού ανάμεσα στις γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη ή επείγουσα καισαρική τομή επιβεβαιώνουν αρκετές μελέτες (McDonald et al, 2012; Ahluwalia et al, 2012). Η μετα- ανάλυση των Prior και συνεργατών, στην οποία εξετάστηκαν 48 μελέτες, επιβεβαιώνει ότι η προγραμματισμένη καισαρική τομή συνδέεται με μικρότερα ποσοστά έναρξης θηλασμού, ενώ η επείγουσα δεν την επηρεάζει. Όσον αφορά τη διατήρηση και τη συνέχιση του αποκλειστικού θηλασμού μέχρι τον έκτο μήνα ζωής το είδος της καισαρικής τομής δεν φάνηκε να έχει καμία συσχέτιση (Prior et al, 2012).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει πως το να μείνει η μητέρα μαζί με το νεογνό της για τουλάχιστον τις τέσσερις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό μπορεί να βελτιώσει τόσο τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού, όσο και τη διάρκειά του (Riordan, Wambach, 2010; DiGirolamo et al, 2008).

Το 2016 δημοσιεύτηκε η μελέτη των Hobbs και συνεργατών που είχε ως θέμα την επίδραση της καισαρικής τομής στην έναρξη, τη διάρκεια, αλλά και τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν σχετικά με το θηλασμό τους τέσσερις πρώτους μήνες από τη γέννηση. Στη μελέτη συμμετείχαν 3021 γυναίκες με μονήρεις κυήσεις. Από αυτές οι 2279, δηλαδή το 75%, γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, ενώ οι 739, δηλαδή το 25%, με καισαρική τομή. Από το σύνολο των καισαρικών τομών οι 438 αναφέρεται πως ήταν επείγουσες, ενώ οι 301 προγραμματισμένες. Το 96% (2846 γυναίκες) του συνόλου των γυναικών επιθυμούσαν να θηλάσουν τα νεογνά τους και τελικά

ξεκίνησαν να θηλάζουν 2954 γυναίκες, περισσότερες δηλαδή από όσες είχαν δηλώσει ότι σκοπεύουν να το κάνουν. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν πως ο τρόπος μαιεύσης συνδέεται και με τη επιθυμία των γυναικών να θηλάσουν, αλλά και με την έναρξη του θηλασμού. Συγκεκριμένα οι γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική τομή ήταν εκείνες που κυρίως δήλωναν πως δεν επιθυμούν να θηλάσουν ή δεν ξεκίνησαν τη διαδικασία.

Παράμετροι που εξετάστηκαν στη μελέτη ήταν η σχέση του τρόπου μαιεύσης και μιας επιτυχούς πρώτης προσπάθειας θηλασμού, ο θηλασμός κατά τη διάρκεια του πρώτου εικοσιτετραώρου και ο επιτυχημένος θηλασμός μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

Από τις γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική τομή το 40% (δηλαδή 167 γυναίκες) αντιμετώπισε δυσκολίες στην πρώτη τους προσπάθεια να θηλάσουν, ενώ το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 25% για τις γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά και με προγραμματισμένη καισαρική τομή. Από το σύνολο των γυναικών οι 542 γυναίκες είχαν γεννήσει φυσιολογικά και οι 74 με καισαρική τομή. Επίσης οι γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική τομή αντιμετώπισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό δυσκολία στο να θηλάσουν επιτυχώς κατά τη διάρκεια του πρώτου εικοσιτετραώρου και το 17% αυτών δήλωσαν πως δεν κατάφεραν να θηλάσουν αποτελεσματικά μέχρι πριν να πάρουν εξιτήριο από το μαιευτήριο.

Στη μελέτη σημειώθηκε πως το 83% του συνόλου (2391 γυναίκες) θήλασε για διάστημα μεγαλύτερο των δώδεκα εβδομάδων. Παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα ή προγραμματισμένη καισαρική τομή ήταν πιο πιθανό να διακόψουν το θηλασμό πριν τις δώδεκα εβδομάδες σε αντίθεση με τις γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά. Έχει παρατηρηθεί πως τα ποσοστά επιτυχίας του θηλασμού κατά τους πρώτους τέσσερις μήνες της ζωής του νεογνού είναι πολύ χαμηλότερα στις γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική τομή σε σχέση με τις γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά.

Η καισαρική τομή συνδέεται με την παρουσία περισσότερων δυσκολιών που αφορούν το θηλασμό και πιο μικρή διάρκειά του σε σχέση με το φυσιολογικό τοκετό. Η απουσία της επιθυμίας των γυναικών που γεννάνε με προγραμματισμένη καισαρική

τομή να θηλάσουν είναι μία αναδυόμενη τάση που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Συνοψίζοντας, η προγραμματισμένη καισαρική τομή σχετίζεται με μειωμένη πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν, μικρότερα ποσοστά έναρξης θηλασμού, αλλά και σύντομη διακοπή του.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. Ειδικό μέρος

4.1 Σκοπός της έρευνας

Στη διεθνή βιβλιογραφία είναι κοινώς αποδεκτό ότι ο φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή είναι μια ασφαλής επιλογή όταν πληρούνται οι προϋποθέσεις που έχουν θεσπιστεί και αφορά την πλειοψηφία των γυναικών με μία προηγηθείσα καισαρική τομή στο ιστορικό τους. Παρά αυτή την παραδοχή, όμως, ο αριθμός των εκλεκτικών επαναληπτικών καισαρικών τομών παραμένει μεγάλος.

Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία του θηλασμού, πολλές από αυτές μάλιστα εστιάζουν στον τρόπο μαιεύσης.

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας συναντάμε πιο συχνά γυναίκες που επιλέγουν να γεννήσουν φυσιολογικά μετά από μία καισαρική τομή, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται και ο αριθμός των γυναικών που επιλέγουν να θηλάσουν τα νεογνά τους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στον τρόπο μαιεύσης και την έναρξη, αλλά και τη διάρκεια του θηλασμού στη χώρα μας.

Στο πλαίσιο της έρευνας επίσης εξετάστηκαν οι παράγοντες που επηρέασαν τις αποφάσεις των γυναικών σχετικά με τον τρόπο τοκετού και τον τρόπο σίτισης των νεογνών, αλλά και οι παράμετροι που τις επηρέασαν θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τις ανάγκες και τις επιθυμίες των Ελληνίδων γυναικών και κατ' επέκταση να βελτιώσουμε την ποιότητα της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας.

4.2 Μεθοδολογία

Πρόκειται για μία ποσοτική μελέτη. Για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο (παράστημα 1) που περιλάμβανε ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου. Η ανάλυση των απαντήσεων έγινε από την κύρια ερευνήτρια με τη χρήση του προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Οι ερωτήσεις αφορούσαν την παρουσία παθολογικών καταστάσεων κατά την πρώτη κύηση, το χώρο όπου διενεργήθηκε η καισαρική τομή- ιδιωτική κλινική ή δημόσιο νοσοκομείο- και το αν οι γυναίκες θηλάσαν τα νεογνά τους ή επέλεξαν τη σίτιση με γάλα φόρμουλα.

Όσον αφορά τη δεύτερη κύηση οι ερωτήσεις είχαν ως αντικείμενο τον τρόπο τοκετού, αν δηλαδή διενεργήθηκε εκλεκτική επαναληπτική καισαρική τομή ή επείγουσα ή αν πραγματοποιήθηκε φυσιολογικός τοκετός με ή χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία, καθώς και ο χώρος τοκετού – ιδιωτική κλινική, δημόσιο νοσοκομείο ή το σπίτι.

Τέλος, εξετάστηκε η επιθυμία των γυναικών να θηλάσουν τα νεογνά τους και κατ' επέκταση η χρονική στιγμή έναρξης του θηλασμού, η διάρκειά του και το είδος του, αν επέλεξαν αποκλειστικό θηλασμό ή μικτή διατροφή.

Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν και άλλες ερωτήσεις που αφορούσαν την υποστήριξη που έλαβαν οι μητέρες σχετικά με το θηλασμό, αλλά και οι ενέργειες που συνέβαλαν στην επιτυχία του.

4.3 Δείγμα

Το δείγμα επιλέχθηκε επί σκοπώ (purposive sampling). Αναζητήθηκαν γυναίκες με ιστορικό δύο τοκετών από τους οποίους ο πρώτος διενεργήθηκε με καισαρική τομή, ενώ ο δεύτερος φυσιολογικά ή με επαναληπτική καισαρική τομή. Η εύρεση των γυναικών έγινε με τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και έπειτα από επικοινωνία μαζί τους εστάλη το ερωτηματολόγιο ηλεκτρονικά σε όσες πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να συμμετέχουν στην έρευνα. Εξηγήθηκε στις γυναίκες ο σκοπός της μελέτης και επιβεβαιώθηκε η τήρηση της ανωνυμίας τους. Μόνο η κύρια ερευνήτρια γνωρίζει τα στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη. Ο συνολικός αριθμός των γυναικών που συμμετείχαν ήταν 418, από τα οποία τα 367 ήταν τα έγκυρα, τα οποία και αναλύθηκαν.

4.4 Αποτελέσματα

Πρόκειται για γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 36 έτη. Στην πλειοψηφία τους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και κάτοχοι μεταπτυχιακού σε ποσοστό 34%. Το 97% των συμμετεχόντων ήταν Ελληνικής – Κυπριακής καταγωγής και ήταν έγγαμες σε ποσοστό 95%.

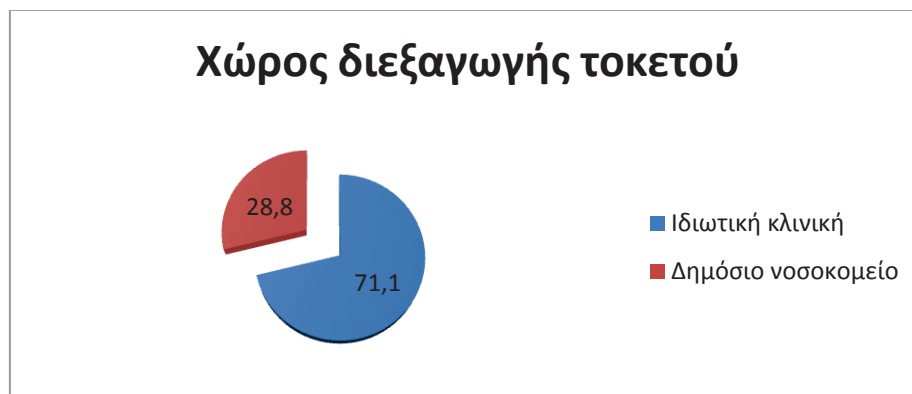
Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ηλικία	Range 23 – 49 έτη	M.O.= 36 έτη		
Εκπαίδευση	N= 5 Πρωτοβάθμια (1.4%)	N= 56 Δευτεροβάθμια (15%)	N= 177 Τριτοβάθμια (48%)	N= 123 Μεταπτυχιακό (34%)
Οικογενειακή κατάσταση	N= 350 Έγγαμες (95%)	N= 7 Άγαμες (1.9%)	N= 9 Διαζευγμένες (2.5%)	
Εθνικότητα	N= 356 Ελληνική/ Κυπριακή (97%)	N= 5 Άλλη (1.4%)		

Όσον αφορά την πρώτη εγκυμοσύνη αναφέρθηκαν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως η προεκλαμψία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου. Ως αιτία της καισαρικής τομής σημειώθηκε η αδυναμία εξέλιξη του τοκετού ή η ανεπιτυχής πρόκληση, καθώς και η ανώμαλη προβολή του εμβρύου, ενώ σε μικρότερο ποσοστό αιτία ήταν το μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα.

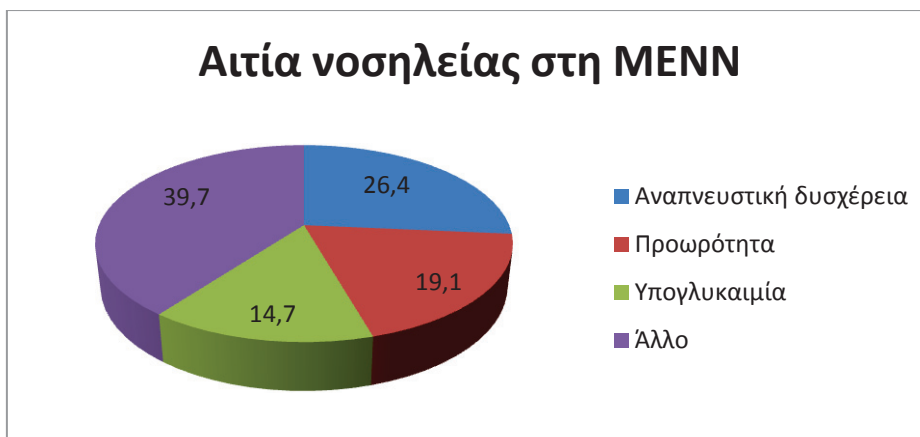
Οι 261 γυναίκες επέλεξαν μία ιδιωτική κλινική ως χώρο διεξαγωγής του τοκετού του, ενώ οι 106 επέλεξαν ένα δημόσιο νοσοκομείο.

Πίνακας 2. Χώρος διεξαγωγής τοκετού



Από τα νεογνά που γεννήθηκαν τα 68 χρειάστηκε να νοσηλευτούν στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Τα 46 από αυτά είχαν γεννηθεί σε ιδιωτική κλινική. Ως κύρια αιτία νοσηλείας αναφέρεται η αναπνευστική δυσχέρεια που εμφάνισαν τα τελειόμηνα νεογνά μετά την καισαρική τομή. Τα 13 νεογνά γεννήθηκαν πρόωρα για αυτό και ήταν απαραίτητη η εισαγωγή τους στο Μονάδα, ενώ 10 νεογνά παρουσίασαν υπογλυκαιμία και χρειάστηκαν εξειδικευμένη φροντίδα. Τέλος, το 39,7% των νεογνών νοσηλεύτηκε για άλλους λόγους ανάμεσα στους οποίους ήταν κάποια παθολογική κατάσταση που βίωσε η μητέρα κατά την κύηση και απαιτούνταν παρακολούθηση ή ακόμα και προληπτικά.

Πίνακας 3. Αιτία νοσηλείας στη MENN



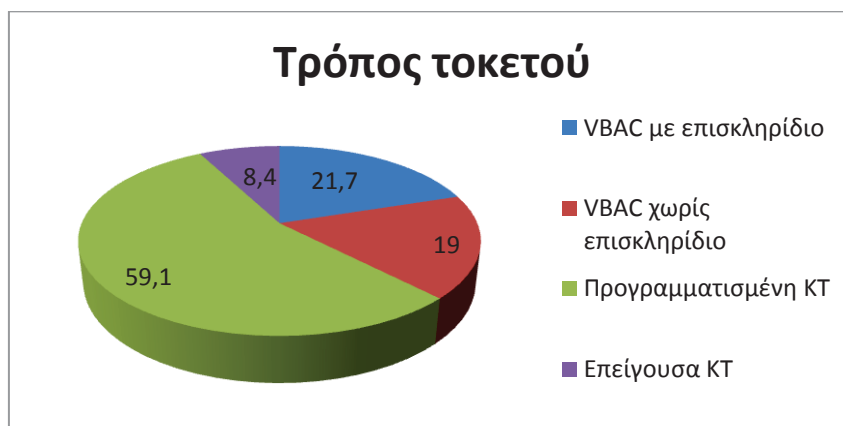
Από το σύνολο των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα το 89,1% (327 γυναίκες) επέλεξαν να θηλάσουν τα νεογνά τους, σε αντίθεση με το 10,9% (40 γυναίκες) που επέλεξαν τη σίτιση με γάλα φόρμουλα. Το ποσοστό των γυναικών που επέλεξαν το γάλα φόρμουλα ήταν ίσα μοιρασμένο ανάμεσα στις γυναίκες που επέλεξαν να γεννήσουν σε μία ιδιωτική κλινική και σε αυτές που επέλεξαν κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Όσον αφορά τη σίτιση του πρώτου νεογνού δεν εξετάστηκαν άλλες παράμετροι όπως είναι η έναρξη, η διάρκεια και το είδος του θηλασμού, παρά μόνο το αν οι γυναίκες θήλασαν ή όχι. Σκοπός ήταν να εντοπιστεί η εξοικείωση των γυναικών με τη διαδικασία του θηλασμού και να συγκριθεί με τις επιλογές τους στην επόμενη κύηση.

Όσον αφορά τη δεύτερη κύηση η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε πως είχε μία ανεπίπλεκτη εγκυμοσύνη, ενώ κάποιες γυναίκες ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν διαγνωστεί με διαβήτη ή προεκλαμψία.

Το γεγονός πως οι περισσότερες κύσεις ήταν απόλυτα φυσιολογικές και στο ιστορικό τους υπήρχε μία προηγθείσα καισαρική τομή με χαμηλή εγκάρσια τομή και κυφορία ενός εμβρύου με κεφαλική προβολή και συμπληρωμένες τις 37 εβδομάδες κύησης, ότι ακριβώς αναφέρει το Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015) ως κριτήριο για προσπάθεια για κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή καθιστά τις γυναίκες κατάλληλες υποψήφιες. Εξάλλου όπως αναφέρει και η βιβλιογραφία ο φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή είναι μία απόλυτα ασφαλής μέθοδος (NICE, 2011), που συμβάλλει στη μείωση της μητρικής νοσηρότητας που σχετίζεται με τις πολλαπλές καισαρικές τομές (Eshkoli et al, 2013). Από τις 367 γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα οι 217 γέννησαν με καισαρική τομή και οι 150 με φυσιολογικό τοκετό. Από το σύνολο των καισαρικών τομών οι

186 ήταν προγραμματισμένες, ενώ οι 31 αναφέρονται ως επείγουσες. Από αυτές που αναφέρονται ως επείγουσες για τις 9 δεν υπάρχει περαιτέρω εξήγηση, ενώ οι υπόλοιπες προέκυψαν μετά από μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα κατά τον τοκετό.

Πίνακας 4. Τρόπος τοκετού



Από τις 150 γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά μετά από την καισαρική τομή οι 80 γέννησαν με χρήση επισκληριδίου αναλγησίας, ενώ οι 70 χωρίς τη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας. Από τις 80 γυναίκες που έκαναν επισκληρίδιο στον τοκετό τους οι 77 γέννησαν σε ιδιωτική κλινική, ενώ μόλις 3 είχαν επιλέξει δημόσιο νοσοκομείο.

Από το σύνολο των τοκετών οι 92 πραγματοποιήθηκαν σε δημόσιο νοσοκομείο, οι 268 σε ιδιωτική κλινική και οι 7 στο σπίτι.

Πίνακας 5. Χώρος διεξαγωγής τοκετού



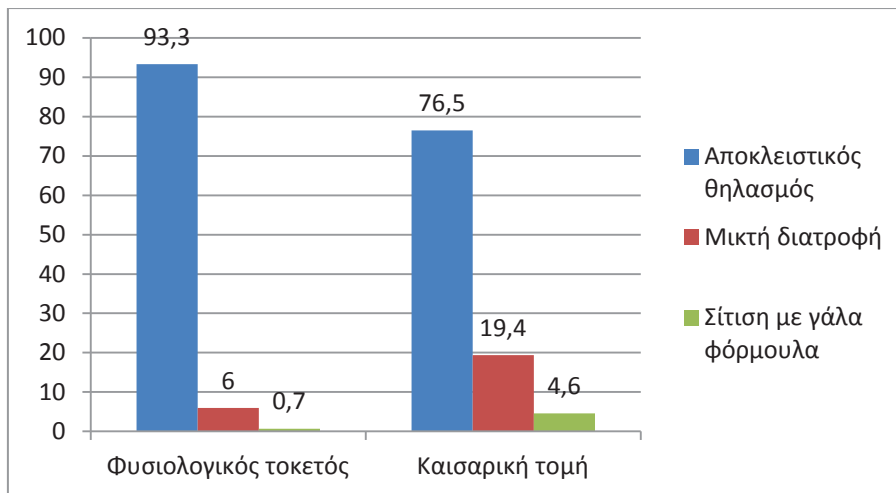
Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων προέκυψε πως ο κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή είναι μία επιλογή που προσφέρεται στις ιδιωτικές κλινικές, σε αντίθεση με τα δημόσια νοσοκομεία. Πολλές από τις συμμετέχουσες ανέφεραν πως ο λόγος που προγραμματίσαν τη δεύτερη καισαρική τομή ήταν γιατί στο δημόσιο νοσοκομείο δεν δεχόταν να αναλάβουν την προσπάθεια για φυσιολογικό τοκετό μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή και τους ήταν δύσκολο οικονομικά να γεννήσουν σε μία ιδιωτική κλινική. Αυτός είναι ο λόγος που μερικές γυναίκες επέλεξαν να γεννήσουν στο σπίτι.

Ο θηλασμός αποτέλεσε επιλογή για τις 357 γυναίκες, ενώ μόλις 10 επέλεξαν τη σίτιση με γάλα φόρμουλα εξ' αρχής. Από αυτές τις γυναίκες οι 9 είχαν γεννήσει με καισαρική τομή.

Στις 282 περιπτώσεις ο θηλασμός ξεκίνησε αμέσως μετά τον τοκετό ή εντός της πρώτης ώρας, οι 25 γυναίκες ξεκίνησαν εντός της πρώτης ημέρας να θηλάζουν και τέλος οι 23 γυναίκες ξεκίνησαν αργότερα, κυρίως για ιατρικούς λόγους που απαιτούσαν την παραμονή του νεογνού στη μονάδα εντατικής νοσηλείας.

Εξετάστηκε το είδος θηλασμού και προέκυψε ότι 306 γυναίκες θήλασαν αποκλειστικά τα νεογνά τους. Συγκεκριμένα το 93,3% των γυναικών που γέννησαν φυσιολογικά θήλασαν αποκλειστικά, καθώς και το 76% των γυναικών που γέννησαν με καισαρική. Μικτή διατροφή επέλεξαν 51 γυναίκες, εκ των οποίων οι 9 είχαν γεννήσει φυσιολογικά και οι υπόλοιπες με καισαρική τομή.

Πίνακας 6. Τρόπος μαιεύσης και σίτιση νεογνών



Η διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού ποικίλει ανάμεσα στις γυναίκες. Οι 98 από τις συμμετέχουσες θήλαζαν τη χρονική στιγμή που πραγματοποιήθηκε η μελέτη. Από τις υπόλοιπες γυναίκες οι 25 θήλασαν αποκλειστικά για διάστημα μικρότερο των 40 ημερών και στη συνέχεια εισήγαγαν γάλα φόρμουλα στη διατροφή του βρέφους. Οι 34 θήλασαν αποκλειστικά για διάστημα μικρότερο των 6 μηνών, οι 37 διέκοψαν τον αποκλειστικό θηλασμό πριν τον πρώτο χρόνο ζωής, ενώ οι 64 θήλασαν τα μωρά τους μέχρι το δεύτερο χρόνο της ζωής τους. Από το σύνολο των γυναικών που θήλασαν τα νεογνά τους το 11,3% θήλασε για διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Αξίζει να σημειωθεί πως ο θηλασμός αποτελεί βασικό παράγοντα για τη διατροφή και την ανάπτυξη των βρεφών. Ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας συστήνει αποκλειστικό θηλασμό για τους πρώτους έξι μήνες ζωής και συνέχισή του συμπληρωματικά με άλλες τροφές μέχρι τα δύο χρόνια ή και περισσότερο (WHO, 2017).

Το rooming-in, δηλαδή η συγκατοίκηση του νεογνού με τη μητέρα του κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο μαιευτήριο αποτελεί ένα από τα δέκα βήματα για την επιτυχία του θηλασμού (Ang Ng et al, 2019).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των γυναικών η πλειοψηφία επέλεξε τη συγκατοίκηση με το νεογνό τους. Συγκεκριμένα οι 286 γυναίκες επέλεξαν το rooming-in, ενώ οι 74 προτίμησαν να παραμείνει το νεογνό στο θάλαμο βρεφών και να μεταφέρεται στο δωμάτιο τους για να σιτιστεί. Επτά γυναίκες επέλεξαν να μην απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Από τις 286 γυναίκες που επέλεξαν το rooming-in οι 245, δηλαδή το 85,7% θήλασε τα νεογνά τους, ενώ αντίστοιχα από τις 74 γυναίκες που επέλεξαν τη διαμονή του νεογνού στο θάλαμο βρεφών θήλασαν οι 51, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 68,1%.

Οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν πως ο σύντροφός τους ήταν υποστηρικτικός με το θηλασμό. Όσες γυναίκες δήλωσαν το αντίθετο είτε δεν θήλασαν καθόλου, είτε σταμάτησαν πολύ νωρίς τον αποκλειστικό θηλασμό και συνέχισαν με μικτή διατροφή ή με σίτιση με γάλα φόρμουλα. Το 30% περίπου των γυναικών δήλωσαν πως το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον δεν ήταν ιδιαίτερα υποστηρικτικό με αυτή τους την επιλογή. Μάλιστα αρκετές ήταν οι περιπτώσεις όπου πρόσωπα από το συγγενικό ή το φιλικό περιβάλλον πρότειναν στις γυναίκες να αποθηλάσουν.

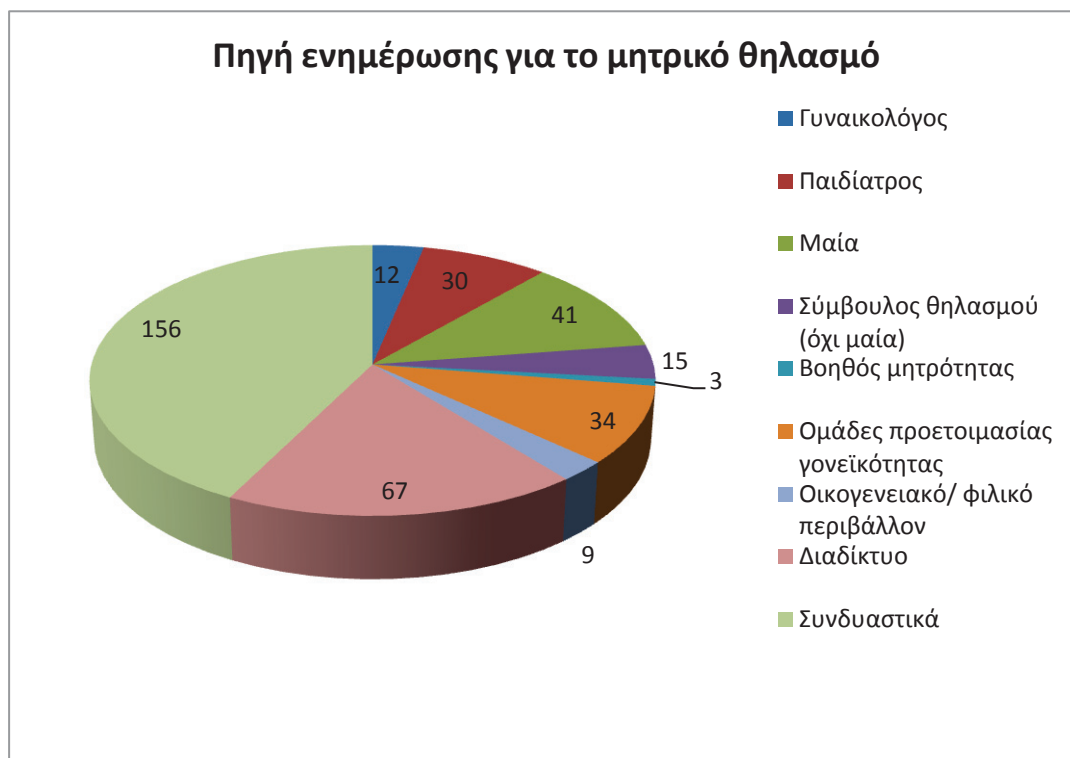
Αν και όπως ανέφεραν οι συμμετέχουσες στη μελέτη η στάση αυτή της οικογένειας δεν αποτέλεσε αιτία διακοπής του θηλασμού, όταν δεν υπήρχε υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον ο θηλασμός διακόπηκε σύντομα, εκτός από κάποιες περιπτώσεις που σε αντίθεση με την υπόλοιπη οικογένεια ο σύντροφος ήταν υποστηρικτικός, οπότε ο θηλασμός δεν επηρεάστηκε αρνητικά.

Όσον αφορά τη διακοπή του θηλασμού οι περισσότερες γυναίκες το περιέγραψαν ως προσωπική τους επιλογή. Σε ορισμένες περιπτώσεις ήταν φυσικός αποθηλασμός που προέκυψε με την πάροδο του χρόνου. Ως άλλες αιτίες αναφέρθηκαν η επιστροφή της μητέρας στην εργασία, η ανεπάρκεια του μητρικού γάλακτος μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών, μία νέα κύηση και η μη επαρκής ενημέρωση σχετικά με το θηλασμό.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως μεγάλο μέρος των γυναικών, συγκεκριμένα το 42,5%, δήλωσε πως δεν είναι ικανοποιημένο από τη βοήθεια και την υποστήριξη που τους παρείχε το προσωπικό σε σχέση με το μητρικό θηλασμό, ανεξάρτητα με το αν γέννησαν σε δημόσιο νοσοκομείο ή σε ιδιωτική κλινική.

Τέλος, στο πλαίσιο της μελέτης εξετάστηκε και το από πού επέλεξαν να ενημερωθούν οι γυναίκες σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Μεγάλο μέρος των γυναικών επέλεξε να ενημερωθεί από κάποιο επαγγελματία υγείας, συγκεκριμένα από μαία, παιδίατρο ή γυναικολόγο. Ένα μικρό ποσοστό των γυναικών, το 9,2%, συμμετείχε σε ομάδες προετοιμασίας γονεϊκότητας απ' όπου και ενημερώθηκε. Το 4% απευθύνθηκε για την ενημέρωσή του σε σύμβουλο θηλασμού που δεν ήταν μαία, ενώ το 0,8% σε βοηθό μητρότητας. Μερικές γυναίκες επέλεξαν να ενημερωθούν από το οικογενειακό ή το φιλικό τους περιβάλλον, ενώ το 42,5% συνδύασε τις πηγές ενημέρωσής του.

Πίνακας 7. Πηγή ενημέρωσης για το μητρικό θηλασμό.



4.5 Συζήτηση – Συμπεράσματα

Από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας προέκυψε μία σειρά συμπερασμάτων τα οποία μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη βελτίωση της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας.

Ανεξάρτητα με τις οδηγίες φορέων όπως είναι το Βασιλικό Κολέγιο Μαιευτήρων – Γυναικολόγων (RCOG, 2015) και το National Institute of Health and Care Excellence (NICE, 2011) για την ασφάλεια του κοιλιακού τοκετού μετά από καισαρική τομή όταν πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις, οι περισσότερες γυναίκες -217- γέννησαν με εκλεκτική επαναληπτική καισαρική τομή σε αντίθεση με τις 150 που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Η κύρια αιτία που επιλέχθηκε ο τρόπος μαιεύσης ήταν η προηγηθείσα καισαρική τομή.

Ο κοιλιακός τοκετός μετά από καισαρική τομή φάνηκε να αποτελεί επιλογή για τις γυναίκες που είχαν τη δυνατότητα να γεννήσουν σε κάποια ιδιωτική κλινική. Στα

δημόσια νοσοκομεία δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, παρά σε ελάχιστες περιπτώσεις, για αυτό και κάποιες γυναίκες που δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να γεννήσουν σε ιδιωτική κλινική επέλεξαν να γεννήσουν στο σπίτι.

Ανεξάρτητα από τον τρόπο μαιεύσης οι περισσότερες γυναίκες επέλεξαν να θηλάσουν τα νεογνά τους. Όπως προέκυψε από τη μελέτη από τις γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά θήλασε το 93,3%, σε σχέση με το 76% των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή. Όπως φάνηκε το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού είναι υψηλότερο στις γυναίκες που έχουν γεννήσει φυσιολογικά. Όσον αφορά τη σίτιση με γάλα φόρμουλα αποτέλεσε συχνότερη επιλογή για τις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή (9/10), όπως και η μικτή διατροφή (42/51).

Η συγκατοίκηση της μητέρας και του βρέφους κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο μαιευτήριο είναι άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει τα ποσοστά μητρικού θηλασμού. Από τις γυναίκες που επέλεξαν το rooming – in θήλασε το 85,7% σε αντίθεση με το 68,1% των γυναικών που προτίμησαν την παραμονή του νεογνού τους στο θάλαμο βρεφών.

Η υποστήριξη του συντρόφου αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα στη διάρκεια του θηλασμού, ενώ αιτία διακοπής ήταν η προσωπική επιλογή της γυναίκας, αλλά και η επιστροφή της στην εργασία.

Το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον δεν είναι ιδιαίτερα υποστηρικτικό και μάλιστα προσπαθεί να επιδράσει στις αποφάσεις του ζευγαριού προτείνοντας τη διακοπή του θηλασμού.

Κλείνοντας, κύρια πηγή ενημέρωσης των γυναικών αποτέλεσε το διαδίκτυο σε συνδυασμό με τις πληροφορίες που έλαβαν από επαγγελματίες υγείας.

4.6 Προτάσεις

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη και για να πραγματοποιηθεί ο σκοπός της που ήταν η κατανόηση των αναγκών και επιθυμιών των γυναικών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας παρατίθενται οι παρακάτω προτάσεις.

Πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η σωστή ενημέρωση των γυναικών σε σχέση με θέματα που αφορούν τον τοκετό και το μητρικό θηλασμό. Μέσα από ημερίδες και ομιλίες στις οποίες θα συμμετέχουν επαγγελματίες υγείας οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να λάβουν σωστή πληροφόρηση βασισμένη σε έγκυρα επιστημονικά

δεδομένα αποφεύγοντας έτσι τον κίνδυνο της λανθασμένης ενημέρωσης που παρέχεται πολλές φορές από το διαδίκτυο.

Συνδυαστικά με αυτό θα ήταν απαραίτητη η δημιουργία ομάδων προετοιμασίας γονεϊκότητας σε όλους τους δημόσιους φορείς (δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας) όπου θα έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν όλες οι γυναίκες και να ενημερώνονται από τις μαίες για αυτά τα ζητήματα και να προετοιμάζονται – εκπαιδεύονται για το νέο τους ρόλο.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η ενημέρωσή τους με στόχο να προσφέρουν στις γυναίκες την καλύτερη μαιευτική φροντίδα, εφαρμόζοντας πρωτόκολλα που αποδεδειγμένα είναι ασφαλή και προάγουν την εμπειρία του τοκετού τόσο για το ίδιο το ζευγάρι όσο και για το νεογνό.

Έτσι και τα ζευγάρια θα είναι επαρκών ενημερωμένα για να επιλέξουν το πώς επιθυμούν να πραγματοποιηθεί η γέννηση του παιδιού τους, αλλά και οι επαγγελματίες υγείας θα είναι κατάλληλα καταρτισμένοι για να ανταπεξέλθουν.

Εξίσου σημαντικό είναι να παρέχεται η δυνατότητα συγκατοίκησης της μητέρας με το νεογνό σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές για να έχουν οι μητέρες τη δυνατότητα να επιλέξουν αν το επιθυμούν και να διευκολύνεται ο μητρικός θηλασμός.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένοι για τη φυσιολογία του θηλασμού, αλλά και για να επιλύσουν δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν έτσι ώστε να εκπαιδεύσουν και να υποστηρίξουν ορθά τις θηλάζουσες μητέρες. Απαραίτητο είναι το να μπορούν να αξιολογήσουν σωστά την ανάπτυξη του θηλάζοντος βρέφους, την πρόσληψη του βάρους και την επαρκή σίτιση για να αποφεύγεται η εισαγωγή γάλακτος φόρμουλα στη διατροφή του βρέφους χωρίς να είναι αναγκαίο.

Τέλος, απαραίτητη είναι η δημιουργία πρωτοκόλλων στα Ελληνικά νοσοκομεία σε σχέση με τον κοιλικό τοκετό μετά από καισαρική τομή για να παρέχεται η μέθοδος με απόλυτη ασφάλεια στις επίτοκες, αλλά και να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να διαχειριστούν σωστά τη διαδικασία και να αντιμετωπίσουν ορθά πιθανές επιπλοκές που θα προκύψουν.

5. Επίλογος

Είναι εντυπωσιακό πως παρά τις συστάσεις παγκόσμιων φορέων για την ασφάλεια του κοιλιακού τοκετού μετά από καισαρική τομή εφόσον πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις η προηγηθείσα καισαρική τομή αποτελεί τη συχνότερη αιτία για την εκτέλεση επαναληπτικής καισαρικής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η καισαρική τομή συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά νεογνικής και μητρικής θνησιμότητας σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό. Συγκεκριμένα οι επιπτώσεις στα νεογνά αφορούν χαμηλότερο Apgar score, μεγαλύτερη ανάγκη για εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, αναπνευστική δυσχέρεια και μηχανική υποστήριξη, καθώς και υπογλυκαιμία. Οι καταστάσεις αυτές επηρεάζονται από την εβδομάδα κύησης κατά την οποία εκτελείται η καισαρική τομή και το βάρος του νεογνού.

Στην εκλεκτική επαναληπτική καισαρική τομή που διενεργείται πριν τις 39 εβδομάδες κύησης ο κίνδυνος αναπνευστικής δυσχέρειας είναι ακόμα πιο υψηλός. Η επιπλοκή αυτή θα μπορούσε να περιοριστεί με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών στη μητέρα, αλλά λόγω πιθανών παρενεργειών τους η χρήση τους είναι αμφιλεγόμενη. Όσον αφορά τον κοιλιακό τοκετό μετά από καισαρική τομή έχει σημειωθεί αυξημένος κίνδυνος εμβρυικού θανάτου στις 39 εβδομάδες κύησης, αλλά η αιτιολογία του παραμένει αδιευκρίνιστη.

Είναι γνωστά τα οφέλη του θηλασμού τόσο για το νεογνό, όσο και για τη μητέρα. Παρόλα αυτά φαίνεται πως οι γυναίκες που γεννάνε με προγραμματισμένη καισαρική τομή εμφανίζουν λιγότερη επιθυμία να θηλάσουν σε σχέση με αυτές που γεννάνε φυσιολογικά ή με επείγουσα καισαρική τομή. Επίσης διακόπτουν νωρίτερα το θηλασμό. Από την άλλη οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε επείγουσα καισαρική τομή καλούνται να αντιμετωπίσουν περισσότερες δυσκολίες σχετικά με το θηλασμό. Μέθοδοι που θα μπορούσαν να αυξήσουν τα ποσοστά θηλασμού είναι η μη απομάκρυνση του βρέφους από τη μητέρα μετά τον τοκετό, η δέρμα με δέρμα επαφή, η έναρξη του θηλασμού εντός της πρώτης ώρας από τον τοκετό και η παραμονή του νεογνού στο δωμάτιο της μητέρας καθ' όλη τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου.

Τα παραπάνω ευρήματα της βιβλιογραφίας είναι αντίστοιχα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη που εκπονήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας. Οι περισσότερες γυναίκες με ιστορικό προηγηθείσας καισαρικής τομής γέννησαν το επόμενο παιδί τους με επαναληπτική καισαρική. Από τα νεογνά που χρειάστηκαν πιο εξειδικευμένη φροντίδα τα περισσότερα είχαν γεννηθεί με καισαρική και η κύρια αιτία της ανάγκης αυτής ήταν η αναπνευστική δυσχέρεια.

Όσον αφορά τη σίτιση των νεογνών η πλειοψηφία των γυναικών επιθυμούσε να θηλάσει. Από εκείνες που δεν θηλάσαν το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή. Επίσης η διάρκεια του θηλασμού ήταν μικρότερη σε αυτή την ομάδα και γρήγορα εντάχθηκε γάλα φόρμουλα στη διατροφή του βρέφους.

Οι μέθοδοι που αναφέρθηκαν παραπάνω φάνηκε να συμβάλουν θετικά στην επιτυχία του θηλασμού σε συνδυασμό με την υποστήριξη από το σύντροφο και το οικογενειακό/ φιλικό περιβάλλον.

6. Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης του είδους μαιεύσης στο νεογνικό αποτέλεσμα και τον τρόπο σίτισης των νεογνών.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για ποσοτική μελέτη. Για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου, το οποίο προωθήθηκε στις συμμετέχουσες μέσω διαδικτύου. Οι ομάδες που μελετήθηκαν ήταν οι γυναίκες που είχαν μία προηγηθείσα καισαρική τομή στο ιστορικό τους και γέννησαν το επόμενο παιδί με κοιλιακό τοκετό ή επαναληπτική καισαρική τομή. Τα αντικείμενα που εξετάστηκαν ήταν μεταξύ άλλων η σίτιση των νεογνών με μητρικό γάλα ή γάλα φόρμουλα, η διάρκεια του μητρικού θηλασμού, η αιτία διακοπής του, ο χώρος διεκπεραίωσης του τοκετού, το είδος του τοκετού και ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν από την κύρια ερευνήτρια με το πρόγραμμα SPSS. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων Pubmed, Cochrane Database και Google Scholar για την αναζήτηση άρθρων που αφορούσαν την επίδραση που έχει ο τρόπος μαιεύσης στο νεογνικό αποτέλεσμα και το πώς αυτός σχετίζεται με την επιλογή των μητέρων να θηλάσουν τα νεογνά τους ή να επιλέξουν τη σίτιση με γάλα φόρμουλα.

Αποτελέσματα: Ανεξάρτητα από τις οδηγίες των διεθνών φορέων για την ασφάλεια του κοιλιακού τοκετού μετά από καισαρική τομή όταν πληρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις, η προηγηθείσα καισαρική τομή παραμένει η πιο κοινή αιτία επαναληπτικής καισαρικής τομής, αυξάνοντας κατά πολύ τον αριθμό των καισαρικών τομών που εκτελούνται. Στη χώρα μας ο κοιλιακός τοκετός μετά από καισαρική τομή αποτελεί επιλογή για τις γυναίκες που έχουν την οικονομική δυνατότητα να γεννήσουν σε κάποια ιδιωτική κλινική. Όσον αφορά τη σίτιση των νεογνών οι περισσότερες γυναίκες επέλεξαν να θηλάσουν τα νεογνά τους ανεξάρτητα από το πώς είχαν γεννήσει, όμως οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή επέλεξαν σε μεγαλύτερο ποσοστό τη μικτή διατροφή ή ήταν πιο σύντομη η διακοπή του θηλασμού. Η καισαρική τομή φαίνεται πως συνδέεται με μεγαλύτερο αριθμό επιπλοκών και αυξημένο ποσοστό νεογνικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σύγκριση με το φυσιολογικό τοκετό. Τα νεογνά που γεννιούνται με

καισαρική τομή συχνά έχουν χαμηλό Apgar score, μεγαλύτερη ανάγκη εισαγωγής στη ΜΕΝΝ, αναπνευστική δυσχέρεια και υπογλυκαιμία. Οι επιπτώσεις αυτές επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από την εβδομάδα κύησης κατά την οποία πραγματοποιείται η καισαρική τομή.

Συμπεράσματα: Τόσο από την ανασκόπηση όσο και από το ερευνητικό μέρος της εργασίας προέκυψε μια σειρά συμπερασμάτων τα οποία μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένοι πάνω σε αυτά τα ζητήματα έτσι ώστε να μπορούν να ενημερώσουν ορθά τις γυναίκες, να υποστηρίξουν τις επιλογές τους και να τους παρέχουν ασφαλή φροντίδα. Τέλος, η δημιουργία πρωτοκόλλων στα Ελληνικά νοσοκομεία κρίνεται απαραίτητη για να βελτιωθεί το επίπεδο της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας.

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to examine how the mode of birth influences the neonatal outcome and feeding.

Methods: It is a quantitative study. A questionnaire was distributed through the Internet to women who had one caesarian section and their next child was born vaginally or through repetitive caesarian section. There were open and close – ended questions that focused on breastfeeding or feeding with formula milk, the duration and cessation of breastfeeding, the mode and place of birth. The results were analyzed by SPSS program. Also Pubmed, Cochrane Database and Google Scholar were used to find studies that explain how the mode of birth influences the neonatal outcome and women’s intention to breastfeed.

Results: It is known that vaginal birth after caesarian section is a safe option for women who fulfill certain conditions. However the preceded caesarian is the basic reason the elective repetitive caesarian section is performed. In Greece VBAC is an option for women who can afford give birth in a private hospital. Most of the women who participated in the study were willing to breastfeed but those who had a caesarian section were more likely to give formula milk to the neonates or stop breastfeeding early. Caesarean section is connected with higher rates of neonatal and maternal morbidity and mortality compared to vaginal birth. Neonates who were born through caesarean section were more likely to have lower Apgar score, higher rates of admission to NICU, respiratory morbidity and hypoglycemia. These impacts depend on the week of pregnancy the caesarean is performed.

Conclusions: This dissertation revealed a number of conclusions that could lead to the improvement of the provided obstetric care. Health care providers should be well trained in order to inform sufficiently the women and be able to support their choice. It is essential for Greek hospitals to have protocols that will contribute to the improvement of the quality of midwifery care.

7. Παράρτημα

6.1 Ερωτηματολόγιο

Η επίδραση του είδους τοκετού στον τρόπο σίτισης των νεογνών που γεννήθηκαν με κοιλικό τοκετό μετά από καισαρική τομή και εκλεκτική επαναληπτική καισαρική τομή.

Δημογραφικά στοιχεία

Ηλικία

Εθνικότητα

Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμη

Άγαμη

Διαζευγμένη

Χήρα

Άλλο:

Εκπαίδευση

Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Μεταπτυχιακές Σπουδές

Είδος απασχόλησης

Δημόσιος Υπάλληλος

Ιδιωτική Υπάλληλος

Ελεύθερη Επαγγελματίας

Άνεργη

Πιθανή παθολογία κατά την 1η εγκυμοσύνη (αν ΝΑΙ παρακαλώ αναφέρετε την παθολογία).

Πιθανή παθολογία κατά την 2η κύηση (αν ΝΑΙ παρακαλώ αναφέρετε την παθολογία).

Πρώτη κύηση.

Σε αυτή την ενότητα οι ερωτήσεις αφορούν την πρώτη σας εγκυμοσύνη.

Σε ποια εβδομάδα της εγκυμοσύνης έγινε η καισαρική τομή;

Για ποιο λόγο γεννήσατε με καισαρική τομή;

Χώρος τοκετού.

Δημόσιο Νοσοκομείο
Ιδιωτική Κλινική

Το νεογνό σας χρειάστηκε να νοσηλευτεί στη Μονάδα Νεογνών;

Ναι
Όχι

Αν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε θετικά, για ποιο λόγο νοσηλεύτηκε το νεογνό σας στη ΜΕΝΝ;

Θηλάσατε το νεογνό σας;

Ναι
Όχι

Δεύτερη κύηση.

Στην ενότητα αυτή οι ερωτήσεις αφορούν τη δεύτερη εγκυμοσύνη σας.

Σε ποια εβδομάδα της εγκυμοσύνης γεννήσατε;

Πώς γεννήσατε;

Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία).

Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (με επισκληρίδιο αναλγησία).

Προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Επείγουσα καισαρική τομή.

Χώρος τοκετού.

Δημόσιο Νοσοκομείο

Ιδιωτική Κλινική

Στο σπίτι

Με ποιο κριτήριο επιλέξατε το πως θα γεννήσετε;

Θηλάσατε το νεογνό σας;

Ναι

Όχι

Πότε ξεκινήσατε να θηλάζετε;

Αμέσως μόλις γέννησα.

Εντός της πρώτης ώρας από τον τοκετό.

Την επόμενη μέρα.

Δεν θήλασα.

Άλλο:

Το προσωπικό του νοσοκομείου σας βοήθησε με το θηλασμό; (Βαθμολογείστε από το 1 μέχρι το 5. Το 1 αντιπροσωπεύει το καθόλου, ενώ το 5 το πάρα πολύ).

Τι είδους θηλασμό κάνατε;

Αποκλειστικός θηλασμός (Σίτιση μόνο με Μητρικό γάλα).
Μικτή διατροφή (Μητρικό γάλα και γάλα φόρμουλα).
Σίτιση μόνο με γάλα φόρμουλα.

Αν θηλάσατε, για πόσο καιρό θηλάσατε αποκλειστικά;

Λιγότερο από 10 μέρες.
Λιγότερο από 40 ημέρες
Λιγότερο από 3 μήνες
Λιγότερο από 6 μήνες
Λιγότερο από 9 μήνες
Λιγότερο από 1 χρόνο
Λιγότερο από 2 χρόνια

Άλλο:

Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε συγκατοίκηση (rooming in) με το νεογνό σας;

Ναι
Όχι

Σε περίπτωση που χορηγήθηκε γάλα φόρμουλα στο νεογνό σας που οφείλεται;

Δεν είχα αρκετό γάλα.
Μου το πρότειναν ως καλύτερο τρόπο διατροφής του νεογνού.
Συνέτρεχε λόγος υγείας της μητέρας.
Συνέτρεχε λόγος υγείας του βρέφους.
Ήταν προσωπική επιλογή.

Άλλο:

Επιστρέφοντας στο σπίτι είχατε βοήθεια με το θηλασμό; Αν ναι, ποιος σας βοήθησε;

Γυναικολόγος
Παιδίατρος
Μαία
Σύμβουλος θηλασμού (όχι Μαία)
Βοηθός μητρότητας
Συγγενικά, φιλικά πρόσωπα

Άλλο:

Ο σύντροφός σας ήταν υποστηρικτικός όσον αφορά το θηλασμό; (Βαθμολογείστε από το 1 μέχρι το 5. Το 1 αντιπροσωπεύει το καθόλου, ενώ το 5 το πάρα πολύ).

Η υπόλοιπη οικογένεια ήταν υποστηρικτική; (Βαθμολογείστε από το 1 μέχρι το 5. Το 1 αντιπροσωπεύει το καθόλου, ενώ το 5 το πάρα πολύ).

Για ποιο λόγο σταματήσατε να θηλάζετε;

Για ιατρικούς λόγους.

Ήταν προσωπική επιλογή.

Λόγω επιστροφής στην εργασία μου.

Δεν είχα επαρκής ενημέρωση σχετικά με το θηλασμό.

Δεν ήταν υποστηρικτικό το περιβάλλον μου.

Άλλο:

Αν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε "για ιατρικούς λόγους" παρακαλώ εξηγήστε τους.

Σας πρότεινε κάποιος να σταματήσετε το θηλασμό;

Ναι

Όχι

Αν ναι, ποιος;

Γυναικολόγος

Παιδίατρος

Μαία

Συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα

Άλλο:

Είχατε ενημερωθεί για τα οφέλη του Μητρικού Θηλασμού; (Βαθμολογείστε από το 1 μέχρι το 5. Το 1 αντιπροσωπεύει το καθόλου, ενώ το 5 το πάρα πολύ).

Από ποιον είχατε ενημερωθεί;

Γυναικολόγο

Παιδίατρο

Μαία

Σύμβουλο θηλασμού (που δεν είναι Μαία)

Βοηθό μητρότητας

Ομάδες προετοιμασίας γονέων

Συγγενικά, φιλικά πρόσωπα

Διαδίκτυο

Άλλο:

9. Βιβλιογραφία

1. Γραμματικάκης Ι, Δράκος Στ, Γιαννακού Ι, Κασσάνος Δ, 2013, ΚΤ: από τη γέννηση του Ασκληπιού στον 20^ο αιώνα, Τεύχος (2-3) :75-84
2. NHI US National Library of Medicine, 2011, Cesarean section
<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/preface.html>
3. Βαβίλης Δ, Παπαμελετίου Β, Παπανικολάου Α, 2007, «Επεμβατικός τοκετός», Μπόντης Ι. Βιβλίο: Βασικές γνώσης μαιευτικής και γυναικολογίας σελ 167-175, Θεσσαλονίκη, University Studio Press
4. Ιατράκης Γ, 2009, Βιβλίο Μαιευτικής, Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα
5. Ignatkovich GM, 1940, Gaius Julius Caesar, Izdatelsvo Nauka Press
6. Utchenko SI, 1976, Julius Caesar, Izdatelsvo Nauka Press
7. Μανταλενάκης Σ, 1992, Καισαρική τομή. Αρχαιότητα 17^{ος} αιώνας. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία (5): 165- 168
8. Παππάς Α, Σαλαμαλέκης Ε, 2008, « Φυσιολογικός και Παθολογικός τοκετός» Σαλαμαλέκης Ε, Βιβλίο: Παθολογία της κύησης Τόμος ΙΙ, σελ 173-193, Αθήνα, Mendor editions
9. Μανταλενάκης Σ, 2006, Μια φορά καισαρική, πάντα καισαρική (1916-2006), Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 18(3): 173-176
10. Craigin EB, 1916, Conservatism in Obstetrics NY Med J; 104: 1-3
11. National Institute for Health and Clinical Evidence, 2011, Caesarean section. NICE Clinical guideline 132, Manchester
12. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010, Practice bulletin no 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 116: 450-63
13. Gunningham FG, Bandiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CI et al, 2010, NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean new insights. NIH conses state Sci Statements 27 (3)
14. Gruise J, Eden K, Emeis G, Denman MA, Marshall N, Fu R et al, 2010, Vaginal birth after cesarean: new insights, Evidence reports/ technology Assessments No191, Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Research and Quality

15. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2007, Birth after previous cesarean birth. Green top guideline No 45, London
16. WHO, 2015, Statement on C-sections
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatement/eu
17. Horta BL, Victoria CG, 2013, Longterm effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva. WHO
18. WHO, 2009, Baby friendly hospital initiative, Geneva
19. Australian Government Department of Health and ageing, 2009, Australian Health Minister's Conference. Australian national breastfeeding strategy 2010 -2015
20. National Health Medical Research Council, 2011, Infant feeding guidelines for health workers, AGPS
21. Betran Ap, Tortoni MB, Zang JJ et al, 2016, WHO Statement on Cesarean section rates, BJOG 123: 667-70
22. Betran AP, Ye J, Moller AB et al, 2016, The increasing trend in cesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990- 2014 PLoSOne 11:30148343
23. WHO, 2015, Cesarean section should only be performed when medically necessary. News release April 2015
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesareansections/eu/>
24. OECD, 2013, Health at a glance: OECD indicates, OECD Publishing, Paris
25. WHO, 2017, Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services
26. Robson S, De Costa, 2017, Thirty years of the WHO's target caesarean section rate: time to move on. Med J Aust 206 (4): 181-185 doi: 10.5694/mja16.00832
27. Costa - Ramon, Rodriguez- Gonzales, Serra- Burriel, Campillo- Artero, 2018, It's about time : cesarean section and neonatal health, Journal of Health Economics 59:46-59
28. NICE, 2016, Deciding whether to offer caesarean section. NICE Pathways. National Institute for Health and Excellence
<http://pathways.nice.org.uk/pathways/caesarean-section>
29. Marcos JCM, 2008, Cesarea a Demanda. Sociedad Espanola de Ginecologia y Obstetrica

30. NICE, 2011, Caesarean Section, NICE clinical guideline CG 190. National Institute for Health and Care Excellence
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg70>
31. Roos – Hesselink JW, Ruys TP, Stein JI et al, 2013, Outcome of pregnancy in patients with structural or ischaemic heart disease : results of a registry of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 34:657-65
32. Scott- Pillai R, Spence D, Cardwell CR et al, 2013, The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in UK obstetric population 2004- 2011, BJOG 120:932-9
33. Shurtz I, 2013, The impact of medical errors on physician behavior: evidence from malpractice litigation. J Health Econom 32 (2): 331-340
34. Grant D, 2009, Physician financial incentives and cesarean delivery: new conclusions from the healthcare cost and utilization project J Health Econ 28 (1):244-250
35. Jachetta C, 2015, Cesarean Sections and later health outcomes http://www.christinejachetta.com/upload/jachetta.job.market_paper.2015.pdf
36. Currie J, MacLeod WR, 2008, First do no harm? Tort reform and birth outcomes. Q J Econ 123(2): 795-830
37. Baicker K, Buckles KS, Chandra A, 2006, Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery. Health Aff 25(5): 335-367
38. Lafevre M, 2014, Physician induced demand for c-sections: does the convenience incentive mater? Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers, HEDG c/o Department of Economics, University of York
39. NICE, 2014, Intrapartum care for healthy women and babies. NICE Guideline CG190, National Institute for Health and Care Excellence
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
40. APA, 2017, Cesarean Procedure. American Pregnancy Assosiation
<http://americanpregnancy.org/labor-and-birth/cesarean-procedure/>
41. Σίσκος Κ, Αντσακλής Α, 2011, «Παθολογικός τοκετός», Αντσακλης Α, Βιβλίο: Μαιευτική και Γυναικολογία, σελ 452- 476, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισσιανού
42. Symonds Em, Symonds IM, 2004, Abnormal labor- instrumental and operative delivery. In: Essential Obstetrics and Gynaecology. Edindurgh, Churchill Livingstone

43. Schneider KM, Patrick SK, 2006, Obstetrical Complications in pregnancy. In: PreTest- Obstetrics and Gynecology. New York, McGraw- Hill/ Medical Publishing Division
44. ACOG, 2010, Practice bulletin no 115: vaginal birth after previous cesarean delivery, *Obstet Gynecol* 116: 450-63
45. Ryan G, Nicholson S, Morrison J, 2018, Vaginal birth after caesarean section: current status and where to from here? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology* 224:52-57
46. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists , 2007, Birth after previous caesarean birth. Green-top guideline No45, London
47. Fawsitt CG, Bourke J, Greene RA, Everad CM, Murphy A, Lutomski JE, 2013, At what price? A cost- effectiveness analysis comparing trial of labour after previous caesarean versus elective repeat caesarean delivery. *PLoSOne* 8:e58577
48. Eshkoli T, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E, 2013, Placenta accreta : risk factors, perinatal outcomes and consequences for subsequent births, *AmJ Obstet Gynecol* 208:219 e1-7
49. Cook JR, Jarvis S, Knight M, Dhanjal MK, 2013, Multiple repeat caesarean section in the UK: incidence and consequences to mother and child. A national, prospective, cohort study. *BJOG* 120: 85-91
50. Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M, 2012, Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study. *PLoS Med* 9:e1001184
51. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists , 2015, Birth after previous caesarean birth. Green-top guideline No45, London
52. Gruise JM, Berlin M, McDonagh M, Ostreweil P, Chan B, Helfrand M, 2004, Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review. *Obstet Gynecol* 103:420-9
53. Chaillet N, Bujold E, Dube E, Grobman WA, 2013, Validation of a prediction model for vaginal birth after caesarean. *J Obset Gynaecol Can* 35:119-24
54. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ et al, 2009, Does information available at admission for delivery improve prediction of vaginal birth after cesarean? *Am J Perinatol* 26: 693-701

55. Grivell RM, Barreto MP, Dodd JM, 2011, The influence of intrapartum factors on risk of uterine rupture and successful vaginal birth after cesarean delivery. *Clinic Perinatol* 38:265-75
56. Metz TD, Stoddard GJ, Henry E, Jackson M, Holmgren C, Esplin S, 2013, Simple validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. *Obstet Gynecol* 122: 571-8
57. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Huth JC, Bloom S, Varner MW et al, 2005, National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 193:1016-23
58. Barger MK, Weiss J, Nannini A, Werker M, Heeren T, Stubblefield PG, 2011, Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case- control study. *J Reprod Med* 56:313-20
59. Herper LM, Stamilio DM, Odibo AO, Peipert JF, Macones GA, 2011, Vaginal birth after cesarean for cephalopelvic disproportion: effect of birth weight difference on success, *Obstet Gynecol* 117: 343-8
60. Knight HE, Gurol- Urgancil, van der Meulen JH, Mahmood TA, Richmond HE, Dugall A et al, 2014, Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success, *BJOG* 121:183-92
61. Abilgaard H, Ingerslev MD, Nickelsen C, Secher NJ, 2013, Cervical dilation at the time of cesarean section for dystocia- effect on subsequent trial of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 92:193-7
62. Known JY, Jo YS, Lee GS, Kim SJ, Shin JC, Lee Y, 2009, Cervical dilation at the time of cesarean section may affect the success of a subsequent vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 22:1057-62
63. Melamed N, Segev M, Hadar E, Peled Y, Wiznitzer A, Yogev Y, 2013, Outcome of trial of labor after cesarean section in women with past failed operative vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 209: 49:e1-7
64. Anim- Somuah M, Smyth RM, Jones L, 2011, Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 12: CD000331
65. Scott JR, 2014, Intrapartum management of trial of labour after caesarean delivery: evidence and experience , *BJOG* 121: 157-62

66. Zwart JJ, Richters JM Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J, 2009, Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *BJOG* 116:1069-78, discussion 1978-80
67. Cahill AG, Odibo AO, Allsworth JE, Macones Ga, 2010, Frequent epidural dosing as a marker for impending uterine rupture in patients who attempt vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 202:355:e1-5
68. Holmgren G, Scott JR, Porter TF, Esplin MS, Bardsley T, 2012, Uterine rupture with attempted vaginal birth after cesarean delivery: decision-to-delivery time and neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 119:725-31
69. Guiliano M, Closset E, Therby D, LeGoueff F, Deruelle P, Subtil D, 2014, Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol* 179:130-4
70. Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, Odibo AO, Allsworth JE, Evanoff B et al, 2008, Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 199:32e1-5
71. Haas J, Barzilay E, Chayen B, Lebovitz O, Yinon Y, Mazaki- Tovi S et al, 2014, Safety of low-dose prostaglandin E2 induction in grandmultiparous women with previous cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 27:445-8
72. Schmitz T, Pourcelot AG, Moutafoff C, Biran V, Sibony O, Oury JF, 2013, Cervical ripening with low-dose prostaglandins in planned vaginal birth after cesarean . *PLoS One* 8:e80903
73. Jozwiak M, Dodd JM, 2013, Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD009792
74. Joswiak M, van de Lest HA, Burger NB, Dijksterhuis MG, De Leeuw JW, 2014, Cervical ripening with Foley catheter for induction of labor after cesarean section: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 93: 296-301
75. Office of Disease Prevention and Health Promotion Healthy People 2020, 2016, Washington DC: US Office of Disease Prevention and Health Promotion

76. WHO, 2015, Cesarean section: should only be performed when medically necessary, News release
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesareansections/eu/>
77. Abdelgaabar S, Babir W, Elgysssein A, Hummeida N, 2016, Risk of respiratory morbidity in elective cesarean delivery outcome infants at term. International Journal of Medical Science and Public Health vol 5, issue 05
78. Costa- Ramon AM, Rodriguez- Gonzales A, Serra- Burriel M, Campillo- Artero C, 2018, It's about time: Cesarean sections and neonatal health, Journal of Health Economics, Elsevier
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.03.0040176-6296/>
79. Almond D, Chay KY, Lee DS, 2005, The costs of low birth weight. Q.J.Econ 120(3), 1031-1083
80. Figlio D, Guryan J, Karbownik K, Roth J, 2014, The effects of poor neonatal health on children's cognitive development. Am Econ Rev 104 (12), 3921-3955
81. Oreopoulos P, Stabile M, Walld R, Roos LL, 2008, Short- medium and long term consequences of poor infant health: An analysis using siblings and twins. J Human Resour 43: 88-138
82. Hutchinson A, Nagle C, Kent B, Bick D, Lindberg R, 2018, Organizational interventions designed to reduce cesarean section rates: a systematic review protocol. BMJ Open 8:e021120 doi: 10.1136/bmjopen-2017-021120
83. Kamilya G, seal SL, Muckherji J et al, 2010, Maternal mortality and cesarean delivery: an analytical observational study. J Obstet Gynecol Res 36:248-53
84. Geller EJ, Wu JM, Janelli ML et al, 2010, Neonatal Outcomes associated with planned vaginal versus primary cesarean delivery. J Perinatol 30:258-64
85. DeLuca R, Boulvain M, irion O et al, 2009, Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late preterm and term cesarean delivery. Pediatrics 123:e1064-1071
86. Indracolo U, Pace M, Corona G, Bonito M, Indracolo SR, di Lorio R, 2019, Cesarean section in the absence of labor and risk of respiratory complications in newborns: a case control study. The journal of Maternal- Fetal and neonatal Medicine Vol 32, Issue 7

87. Sananes N, Koch A, Escande B, Aissi G et al, 2017, Pilot randomised controlled trial comparing the risk of neonatal respiratory distress in elective caesarean section at 38 weeks' gestation following a course of corticosteroids versus Caesarean at 39 weeks. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 212:54-59
88. Aiken CE, Fowden AI, Smith GC, 2014, Antenatal glucocorticoids prior to cesarean delivery at term. *JAMA Pediatr* 168: 507-8
89. Masoomah M, Zachra J, Fatemeh Hasani N, Mahya V, Zahra H, 2019, Evaluation of the effect of antenatal betamethasone on neonatal respiratory morbidity in early- term elective cesarean. *The journal of maternal – fetal and neonatal medicine*.
90. Paul R, Muruges C, Chepulis L, Tramatea J, Wolmarans L, 2019, Should antenatal corticosteroids be considered in women with gestational diabetes before planned cesarean section. *ANZJOG Vol59, Issue 3*
91. Go MD, Emeis C, Guise JM, Schelonka RI, 2011, Fetal and neonatal morbidity and mortality following delivery after previous cesarean. *Clin Perinatol* 38: 311-9
92. Kamath BD, Todd JK, Glanzer JE, Lezotte D, Lynch AM, 2009, Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 113: 11231-8
93. Richardson BS, Czikk MJ, daSilva O, Natale R, 2005, The impact of labor at term on measures of neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 192: 219-26
94. Zanardo V, Simbi AK, Franzol M, Solda G, Salvadori A, Trevisanuto D, 2004, Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Pediatr* 93: 643-7
95. Smith GC, Pell JP, Dobbie R, 2003, Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 362: 1779-84
96. Gray R, Quigley MA, Hockley C, Kurinczuk JJ, Goldacre M, Brocklehurst P, 2007, Caesarean delivery and risk of stillbirth in subsequent pregnancy: a retrospective cohort study in an English population. *BJOG* 114: 264-70
97. Landon MB, Hauth JC, Leveno LJ, Spong VY, Leindecker S, Varner MW et al, 2004, National Institute of Child Health and Human Development Maternal- Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 351: 2581-9

98. Centers for Disease Control and prevention, 2019, Breastfeeding
99. Yasmeen T, Kumar S, Sinha S, Anamul Haque M, Singh V, Sinha S, 2019, Benefits of breastfeeding for early growth and long term obesity: a summarized review. International Journal of Medical Science and Diagnosis Research Vol3, issue 1, pg 190-194
100. American Academy of Pediatrics, 2012, Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics Vol 129, Issue 3 : 827-841
101. WHO, 2001, The WHO's infant feeding recommendation
102. Centers for Disease Control and prevention, 2017, US Breastfeeding rate go up! More work is needed.
103. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J, 2009, a summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence report on breastfeeding in developed countries. Breastfeed Med 4: S17-30
104. Nishimura T, Suzue J, Kaji H, 2009, Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. Pediatr Int 51(6): 812-816
105. Duijts L, Laddoe VW, Hofman A, moll Ha, 2010, Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. Pediatrics 126(1)
106. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A, 2007, Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millenium Cohort Study. Pediatrics 119(4)
107. Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH et al, 2010, An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. J Pediatrics 156(4): 562-567
108. Muller M, Walton P, 2019, Safe sleep and breastfeeding to reduce sudden infant death syndrome, Quality improvement projects AWHONN Convection
109. NIH, 2018, Breastfeeding and breast milk, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health

110. Batrick M, Reinold A, 2010, The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 125(5)
111. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, 2003, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 362 (9377):65-71
112. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, 2008, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of induction of complementary foods and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 121 (1): 183-191
113. Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S et al, 2010, Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years, *Pediatrics* 125(1):50-59
114. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF, 2006, Effect of breast feeding on risk of celiac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child* 91(1):39-43
115. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML, Gilmour WH, Satsangi J, Wilson DC, 2009, Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr*. 155(3):421-426
116. Penders J, Thijs C, Vink C et al, 2006, Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. *Pediatrics* 118(2): 511-521
117. Perrine CG, Shealy KM, Scanlon KS et al, 2011, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital Signs: hospital practices to support breastfeeding-United States, 2007 and 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 60(30):1020-1025
118. Parikh NI, Hwang SJ, Ingelsson E et al, 2009, Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease factors. *Am J med* 122(7): 656-663

119. Rosenbauer J, Herzig P, Giani G, 2008, Early infant feeding and risk of type 1 diabetes mellitus- a nationwide population- based case- control study in pre-school children. *Diabetes Metab Res Rev.* 24(3):211-222
120. Das UN, 2007, Breastfeeding prevents type 2 diabetes mellitus: but, how and why? *Am J Clin Nutr.* 85(50):1436-1437
121. Bener A, Hoffmann GF, Afify Z, Rasul K, Tewfik I, 2008, Does prolonged breastfeeding reduce the risk of childhood leukemia and lymphomas? *Minerva Prdiatr* 60(2):155-161
122. Rudant J, Orsi L, Menegaux F et al, 2010, Childhood acute leukemia, early common infections, and allergy: The ESCALE Study. *Am J Epidemiol* 172(9): 1015-1027
123. Der G, Batty GD, Deary IJ, 2006, Effect of breastfeeding in intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ* 333(7575)L945-950
124. Kramer MS, Aboud F, Mironova E et al, 2008, Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 65(5):578-584
125. Isaacs EB, Fischl BR, Quinn BT, Chong Wk, Gardian DG, Lucas A, 2010, Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatr Res.* 67(4):357-362
126. Shah DK, Doyle LW, Anderson PJ et al, 2008, Adverse neurodevelopment in preterm infants with postnatal sepsis or necrotizing enterocolitis in mediated by white matter abnormalities on magnetic resonance imaging at term, *J Pediatr* 153(2): 170-175
127. Furman L, Taylor G, Minich N, Hack M, 2003, The effect of maternal milk on neonatal morbidity of very low-birth- weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157(1):66-71

128. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ, 2009, Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15- year cohort study. *Pediatrics*. 123(2):483-493
129. Jeon H, Joo SH, Choi A, Han JY, Jeong ES, Shin HJ, Kim JY, 2019, The effect of breastfeeding on prevention of maternal hypertension: systematic review. *J Korean Soc Matern Child Health* 23(3); 185-190
130. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM et al, 2009, Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol* 113(5):974-982
131. Stuebe AM, Willett WC, Xue F, Michels KB, 2009, Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Arch Intern Med* 169(15): 1364-1371
132. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002, 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* 360(9328); 187-195
133. Concalves DU, Proietti FA, Ribas JC et al, 2010, Epidemiology, treatment and prevention of human T-cell Leukemia virus type 1- associated diseases. *Clin Microbiol Rev* 23(3):577-589
134. American Academy of Pediatrics, 2009, Tuberculosis. In: Pickering LK, Barker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds *Red Book: 2009 Report of the Committee on infectious diseases*. 28th ed Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 680-701
135. Centers of Control Disease and Prevention, 2009, H1N1 flu (Swine Flu) and feeding your baby: what parents should know. Available at: http://www.cdc.gov/h1n1flu/infantfeeding.htm?s_cid=h1n1Flu_outbreak_155
136. Hovath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford G, Read JS, 2009, Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Syst Rev* 21(1): CD006734omid:19160297

137. Chasela CS, Hudgens MG, Jamieson DJ et al, 2010, BAN Study Group. Maternal or infant antiretroviral drugs to reduce HIV-1 transmission. *N Engl J Med.* 362(24):2271-2281 pmid:20554982
138. Shapiro RL,, Hughes MD, Ogwu A et al, 2010, Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *N Engl J Med* 362(24):2282-2294 pmid:20554983
139. Hamele M, Flanagan R, Loomis CA, Stevens T, Fairchok MP, 2010, Severe morbidity and mortality with breast milk associated cytomegalovirus infection. *Pediatr Infect Dis* 29(1): 84-86 pmid:19884873
140. Maschmann J, Hamprecht K, Weissbrich B, Dietz K, Jahn G, Speer CP, 2006, Freeze- thawing of breast milk does not prevent cytomegalovirus transmission to a preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 91(4): 288-290 pmid:16790732
141. Hamprecht K, Maschmann J, Muller D et al, 2004, Cytomegalovirus (CMV) inactivation in breast milk: reassessment of pasteurization and freeze- thawing. *Pediatr Res* 56(4):529-535 pmid:15295084
142. Jansson LM, 2009, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for breastfeeding and the drug- dependent woman. *Breastfeeding Med* 4(4):225-228 pmid:19835481
143. Garry A, Rigourd V, Amirouche A, Faroux V, Aubry S, Serresu R, 2009, Cannabis and breastfeeding. *J Toxicol.* 2009:59614 pmid:20130780
144. Mennella JA, Pepino MY, 2010, Breastfeeding and prolactin levels in lactating women with a family history of alcoholism. *Pediatrics* 125(5). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/5/e1162
145. Subcommittee on Nutrition During Lactation, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1991, Nutrition During Lactation. Washington DC: National Academies Press:113-152

146. Guedes HT, Souza LS, 2009, Exposure to maternal smoking in the first year of life interferes in breast-feeding protective effect against the onset of respiratory allergy from birth to 5yr. *Pediatr Allergy Immunol* 20(1):30-34 pmid:18208466
147. Liebrechts- Akkerman G, Lao O, Liu F et al, 2011, Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr* 179(10):1281-1291
148. Yilmaz G, Hizli S, Karacan C, Yurdakok K, Coskun T, Dilmen U, 2009, Effect of passive smoking on growth and infection rates of breast-fed and non-breast-fed infants. *Pediatr Int* 51(3):352-358 pmid:19400822
149. Brown A, Jordan S, 2013, Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *J Adv Nurs*. 69(4):828-39
150. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ, 2012, Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta- analysis of world literature. *Am J Clin Nutrition* 95(5):1113-35
151. Zanardo V, Pigozzo A, Wainer G, Maechesoni D, Gasparoni A, Di Fabio S, Cavallin F, Gustardi A, Trevisanuto D, 2013, Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Archives Disease Childhood Fetal Neonatal Edition*. 98(1):37-41
152. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, 2007, Predictors of delayed onset of lactation. *Matern Child Nutr* 3(3):186-93
153. Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2016, Healthy people 2020 Washington DC: United States Office of Disease Prevention and Health Promotion 2016
154. Hobbs A, Mannion C, McDonald S, Brockway M, Tough S, 2016, The impact of cesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, Article number 90 (2016)
155. Watt S, Sword W, Sheehan D, Foster G, Thabane L, Krueger P, Landy CK, 2012, The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the Ontario

Mother and Infant Study (TOMIS) III. *J Obstetric Gynecol Neonatal Nursing* 41(6):728-37

156. Meedy S, Fahy K, Kable A, 2010, Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth* 23(4): 135-45

157. Rowe- Murray HJ, Fisher JRW, 2002, Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* (Barkeley, Calif) 29(2):124-31

158. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T, 2012, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 5: CD003519

159. Perez-Escamilla R, Maulen-Radovan I, Dewey KG, 1996, The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health* 86(6):832-6

160. McDonald Sw, Lyon AW, Benzies KM, McNeil DA, Lye SJ, Dolan SM, Pennell CE, Bocking AD, Tough SC, 2013, The All Our Babies pregnancy cohort: design, methods, and participant characteristics. *BMC Pregnancy Childbirth* 13(1):S2

161. Ahluwalia IB, Li R, Morrow B, 2012, Breastfeeding practices: does method of delivery matter? *Maternal Child Health J.* 16 Suppl 2:231-7

162. Riordan J, Wambach K, 2010, *Breastfeeding and human lactation*. 4th ed Sudbury: Mass: Jones and Bartlett Publishers

163. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB, 2008, Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 122: S43-49

164. WHO, 2017, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*.

165. Ang Ng C, Ho J, Huey Lee Z, 2019, The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised

prospective controlled studies. PLoS ONE 14(4): e0215869

<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0215869>