

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ  
ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**Χρυσούλα – Ροζαλία Αθανασιάδου**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2020



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ  
ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**Χρυσούλα Ροζαλία Αθανασιάδου, Α.Μ.: ΟΔΥ/1801**

Επιβλέπων: Ιωάννης Πολλάλης / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2020



---

**UNIVERSITY of  
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**Breastfeeding strategic plan in Greece**

**Chrysoula - Rozalia Athanasiadou**

Supervisor: Ioannis Pollalis / Professor / University of Piraeus

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2020



*Στην οικογένεια μου,  
έρεισμα και αρωγό κάθε μου βήματός μου,  
με ατέρμονη αγάπη.*





## Ευχαριστίες

Αισθάνομαι την ανάγκη να επισημάνω την απέραντη ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου και τις φίλες μου, για όλα όσα μου έχουν προσφέρει στη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Ευχαριστώ την μητέρα μου που μου χάρισε το πολύτιμο και ανεκτίμητο δώρο του θηλασμού. Ευχαριστώ κυρίως τον σύζυγό μου Βασίλη, για την αμέριστη αγάπη και την υποστήριξη του σε κάθε μια από τις επιλογές μου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζω στον πολυαγαπημένο κ. Ιωάννη Πολλάλη, για την ανιδιοτελή προσφορά του, για τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσε και τις σημαντικές πληροφορίες που μου μετέδωσε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής.

Σε αυτό τα σημείο, θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους τους καθηγητές, του Μεταπτυχιακού προγράμματος, καθέναν ξεχωριστά, καθώς συνέβαλλαν και αυτοί έμμεσα στην διεκπεραίωση της εργασίας αυτής.



# Στρατηγικός σχεδιασμός για τον μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα

**Σημαντικοί Όροι:** μητρικός θηλασμός, αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, οφέλη μητρικού θηλασμού, στρατηγικός σχεδιασμός μητρικού θηλασμού.

## Περίληψη

Στις μέρες μας, τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού σε εθνικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα χαμηλά σε σχέση με τις διεθνείς συστάσεις. Η πορεία του μητρικού θηλασμού στο χρόνο, αλλά και τα αναρίθμητα, επιστημονικά τεκμηριωμένα οφέλη του, προβάλλουν την υπέρμετρη αναγκαιότητα διεξαγωγής, προαγωγής, προστασίας και υποστήριξης του, από το σύνολο της κοινωνίας. Τα οφέλη σχετίζονται τόσο με την βραχυπρόθεσμη αλλά και μακροπρόθεσμη υγεία του παιδιού και της μητέρας, όσο και με την οικογένεια, την κοινωνία, το περιβάλλον, το κράτος, το εθνικό σύστημα υγείας και την οικονομία.

Συνεπώς, αναγκαία είναι και η ύπαρξη ενός ορθού στρατηγικού σχεδιασμού για να διαμορφωθεί ένα καλά οργανωμένο και σαφώς καθορισμένο σχέδιο δράσης για την μόνιμη αύξηση των χαμηλών ποσοστών του μητρικού θηλασμού, που είναι και ο σκοπός της παρούσας εργασίας.



# **Breastfeeding strategic plan in Greece**

**Keywords:** breastfeeding, exclusive breastfeeding, benefits of breastfeeding, breastfeeding strategic plan.

## **Abstract**

Nowadays, the rates of breastfeeding at a national level is quite low in comparison to international recommendations. In the course of time, breastfeeding along with its innumerable and scientifically substantiated benefits, has shown the dire need for its implementation, promotion, protection and support from society as a whole. The benefits are just as relevant to the short-term health as to the long-term health of the child and the mother, as well as the direct family members, society, the environment, the state, the national health system as well as to the economy.

Therefore, a proper strategy is required in order to form a well-organized and clearly defined plan to permanently increase the existing low rates of breastfeeding, which is the main purpose of the current project at hand.



## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	xi
Abstract .....	xiii
Κατάλογος Πινάκων.....	xix
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xxi
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Εισαγωγή.....	1
1.2. Ετυμολογία.....	1
1.3. Ιστορική εξέλιξη .....	1
1.3.1. Προϊστορικοί χρόνοι.....	2
1.3.2. Αρχαία εποχή.....	3
1.3.3. Βυζαντινοί χρόνοι.....	4
1.3.4. Μεσαίωνας.....	4
1.3.5. Αναγέννηση.....	5
1.3.6. 16ος – 18ος Αιώνας .....	5
1.3.7. Βιομηχανική Εποχή .....	6
1.3.8. Σύγχρονη Εποχή.....	7
1.4. Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού.....	9
1.4.1. Οφέλη για το νεογνό.....	10
1.4.1.1. Υγεία και Ανοσοποιητικό βραχυπρόθεσμα .....	10
1.4.1.2. Υγεία και Ανοσοποιητικό μακροπρόθεσμα.....	12
1.4.1.3. Αλλεργίες.....	13
1.4.1.4. Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου.....	13
1.4.1.5. Ηρεμιστική - Αναλγητική δράση.....	13
1.4.1.6. Αποβολή μηκωνίου.....	14
1.4.1.7. Ανάπτυξη.....	14
1.4.1.8. Ψυχολογικά οφέλη του θηλασμού.....	15
1.4.1.9. Πρόωρα και χαμηλού βάρους νεογνά .....	15
1.4.2. Οφέλη για τη μητέρα.....	16
1.4.2.1. Υγεία βραχυπρόθεσμα.....	16
1.4.2.2. Υγεία μακροπρόθεσμα .....	17
1.4.2.3. Ψυχολογικά οφέλη του θηλασμού.....	17
1.4.2.4. Αντισύλληψη.....	18
1.4.3. Οφέλη για την οικογένεια και την κοινωνία.....	18
1.4.4. Οφέλη για το περιβάλλον .....	19
1.4.5. Οφέλη για την οικονομία.....	20

1.4.5.1.	Δαπάνες τεχνητής διατροφής - Δαπάνες για τον εξοπλισμό μητρικού θηλασμού αλλά και μεικτής διατροφής.....	20
1.4.5.2.	Δαπάνες σε σχέση με την τήρηση της ρύθμισης «Φιλικά προς τα βρέφη-νοσοκομεία».....	21
1.4.5.3.	Δαπάνες για την υγεία των νεογνών – βρεφών.....	21
1.4.5.4.	Δαπάνες για την υγεία της μητέρας .....	23
1.4.5.5.	Δαπάνες για επιδοτούμενες άδειες .....	24
1.5.	Ποσοστά του μητρικού θηλασμού.....	24
1.6.	Διεθνείς και Ευρωπαϊκές πολιτικές .....	26
1.6.1.	«Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» .....	28
1.6.2.	«Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό» .....	30
1.6.3.	Διακήρυξη Innoceti.....	32
1.6.4.	«Πρωτοβουλία «Φιλικά για τα Βρέφη-Νοσοκομεία».....	33
1.6.5.	Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού.....	33
1.6.6.	Εθνικές πολιτικές.....	34
1.6.6.1.	Νόμος 4316/2014.....	36
1.6.6.2.	Πολιτική στον εργασιακό χώρο .....	37
1.7.	Ανακεφαλαίωση.....	38
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΕΡΕΥΝΑ</b> .....		41
2.1.	Εισαγωγή.....	41
2.2.	Στόχοι.....	41
2.3.	Δειγματοληψία .....	42
2.4.	Μέθοδος.....	42
2.5.	Ανάλυση και αποτελέσματα.....	44
2.5.1.	Συμμετέχοντες στην Έρευνα.....	44
2.5.2.	Δημογραφικά στοιχεία - κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες.....	45
2.5.3.	Προγεννητικά - μεταγεννητικά στοιχεία.....	50
2.6.	Συγκριτική ανάλυση.....	64
2.7.	Συζήτηση .....	66
2.8.	Ανακεφαλαίωση.....	71
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ</b> .....		73
3.1.	Εισαγωγή.....	73
3.2.	Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού.....	75
3.3.	Σχέδιο Δράσης για την «Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη» .....	77
3.4.	Πολιτική και σχεδιασμός .....	78



3.4.1.	Πολιτική.....	78
3.4.2.	Σχεδιασμός.....	78
3.4.3.	Διαχείριση.....	78
3.4.4.	Κέντρα θηλασμού.....	78
3.4.5.	Χρηματοδότηση .....	80
3.5.	Πληροφόρηση, επιμόρφωση, επικοινωνία (ΠΕΕ) .....	81
3.6.	Εκπαίδευση .....	84
3.7.	Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη .....	85
3.8.	Σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης .....	88
3.9.	Έρευνα .....	89
3.10.	Σύνοψη .....	90
3.11.	Ανακεφαλαίωση .....	97
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>		<b>99</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>		<b>111</b>



## Κατάλογος Πινάκων

1.1 Συνοπτική παρουσίαση των ανοσολογικών ιδιοτήτων του μητρικού γάλακτος	10
1.2 Ετήσιο κόστος διατροφής με υποκατάστατο μητρικού γάλακτος	21
1.3 Συνοπτικά αποτελέσματα της μελέτης του Βαράκη 2012	23
1.4 Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού	32
3.1 Μελέτες για τα Κέντρα Στήριξης Θηλασμού	80
3.2 Μελέτες για τα μαθήματα προετοιμασίας για την γονεϊκότητα στην κύηση	82
3.3 Μελέτες για την οργάνωση μαθημάτων αγωγής υγείας για τον μητρικό θηλασμό	84
3.4 Συνοπτικός πίνακας δράσεων του στρατηγικού σχεδιασμού	90



## Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.1 Σύνοψη δεικτών μητρικού θηλασμού, Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017	08
1.2 Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2007 και 2017, Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017	26
2.1 Ερώτηση ένταξης – αποκλεισμού : Πότε γεννήσατε το τελευταίο μωρό σας;	44
2.2 Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;	45
2.3 Ποια είναι η εθνικότητά σας;	45
2.4 Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;	46
2.5 Ποιος είναι ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας;	46
2.6 Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	47
2.7 Ποιο είναι το ετήσιο εισόδημα την οικογένειά σας κατά προσέγγιση;	47
2.8 Ποια είναι η εργασιακή σας απασχόληση;	48
2.9 Εργαζόσασταν όσο ήσασταν έγκυος;	48
2.10 Αν ναι, σε ποιο μήνα σταματήσατε να εργάζεστε;	49
2.11 Αν ναι, πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας, ή έχετε μειωμένο ωράριο; (Συμπεριλαμβάνονται αναρρωτική, κύησης/τοκετού, λοχείας, γονική, εξαιρείται κανονική άδεια)	49

2.12 Πότε επιστρέψατε στη δουλειά σας;	50
2.13 Τι φύλο είναι το μωρό σας;	50
2.14 Πώς γεννήσατε το μωρό σας;	51
2.15 Που γεννήσατε το μωρό σας;	51
2.16 Αν γεννήσατε στο μαιευτήριο, το μωρό σας βρισκόταν όλο το 24ωρο, στο ίδιο δωμάτιο με εσάς;	52
2.17 Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο ήρθατε σε επαφή με διαφημιστικό υλικό βρεφικού γάλακτος, αφίσες, φυλλάδια ή σας δόθηκαν δωρεάν δείγματα βρεφικού γάλακτος, πιπίλες ή μπιμπερό;	52
2.18 Φεύγοντας από το μαιευτήριο σας δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα - σκόνη;	53
2.19 Το μωρό σας γεννήθηκε:	53
2.20 Θηλάσατε το μωρό σας μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό;	54
2.21 Αν όχι, πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;	54
2.22 Χρειάστηκε το μωρό σας να μείνει σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN);	55
2.23 Αν ναι, δώσατε μητρικό γάλα στο παιδί σας κατά την νοσηλεία στην MENN;	55
2.24 Αν ναι, πότε θηλάσατε για πρώτη φορά, το παιδί σας κατά την νοσηλεία του στην MENN;	56
2.25 Θηλάσατε / θηλάζετε το μωρό σας;	56

2.26 Αν ναι, τί είδους θηλασμό κάνατε/κάνετε;	57
2.27 Αν θηλάσατε/ θηλάζετε αποκλειστικά, για πόσο χρονικό διάστημα το κάνατε/κάνετε;	57
2.28 Αν θηλάσατε/ θηλάζετε με μεικτό θηλασμό, για πόσο χρονικό διάστημα το κάνατε/κάνετε;	58
2.29 Αν θηλάσατε/ θηλάζετε με μεικτό θηλασμό, σε ποιους από τους παρακάτω λόγους οφείλεται; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)	59
2.30 Αν θηλάσατε πότε σταματήσατε / θα σταματήσετε τον θηλασμό;	60
2.31 Αν δεν θηλάσατε καθόλου ή σταματήσατε να θηλάζετε, σε ποιους από τους παρακάτω λόγους οφείλεται; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)	61
2.32 Έλαβε το παιδί σας χαμομήλι, τσάι, νερό, ζαχαρόνερο ή άλλο ρόφημα; Αν ναι, πότε για πρώτη φορά;	62
2.33 Πότε έλαβε το παιδί σας για πρώτη φορά φρουτόκρεμα, άλλη κρέμα, χυμό, λιωμένο φαγητό, ή στερεή τροφή;	62
2.34 Γνωρίζατε ή γνωρίζεται τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;	63
2.35 Αν ναι, από πού είχατε ενημερωθεί; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)	63
2.36 Πιστεύεται ότι ο μητρικός θηλασμός ωφελεί... ; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)	65

2.37 Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2007 και 2017 και στην παρούσα έρευνα.

65

2.38 Συσχέτιση της εισαγωγής ροφημάτων και τροφών πριν τους 6 μήνες με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού

70



# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ**

## **1.1. Εισαγωγή**

Η αναγκαιότητα του μητρικού θηλασμού είναι ιστορικά και επιστημονικά τεκμηριωμένη. Για τον λόγο αυτό δημιουργήθηκε και δημιουργείτε και η ανάγκη προστασίας του, μέσω διάφορών πολιτικών διατάξεων.

Μέσω της ιστορικής αναδρομής από τους προϊστορικούς χρόνους έως και σήμερα αποτυπώνεται η αξία του μητρικού θηλασμού στο βάθος του χρόνου. Παράλληλα, παρουσιάζονται τα επιστημονικά τεκμηριωμένα οφέλη του μητρικού θηλασμού τόσο για το νεογνό – βρέφος, όσο και για την μητέρα, την οικογένεια, την κοινωνία, το περιβάλλον και την οικονομία. Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού και αναλύονται θεσμοθετημένες διατάξεις που προστατεύουν τον μητρικό θηλασμό σε διεθνές και εθνικό επίπεδο.

Το κεφάλαιο αυτό πραγματεύεται την ιστορική εξέλιξη του μητρικού θηλασμού, τα οφέλη του, τα ποσοστά του σε διεθνές και εθνικό επίπεδο και τις διεθνείς και εθνικές θεσπισμένες διατάξεις.

## **1.2. Ετυμολογία**

Το ουσιαστικό «θηλασμός» προέρχεται από το ρήμα θηλάζω που σημαίνει για τη μητέρα, παρέχω σε νεογνό γάλα από το στήθος μου και για νεογνό ανθρώπου ή ζώου ρουφώ γάλα από τον μαστό της μητέρας μου (Μπαμπινιώτης 2004). Αξίζει να επισημανθεί ότι από το ρήμα αυτό, πήρε το όνομά της η ομάδα ζώων θηλαστικά, τα οποία ζώα θηλάζουν τα νεογνά τους με γάλα από το μαστό της μητέρας τους και όπως είναι γνωστό ο άνθρωπος ανήκει σε αυτά.

## **1.3. Ιστορική εξέλιξη**

Καθ' όλη την διάρκεια της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους, από τον πρώτο άνθρωπο έως και τον αρχές του εικοστού αιώνα και την απαρχή της βιομηχανοποίησης και της εμπορευματοποίησης, το μητρικό γάλα αποτελούσε την μοναδική τροφή των βρεφών,

είτε μέσω μητρικού θηλασμού (το γάλα προέρχονταν από την μητέρα του), είτε μέσω θετού θηλασμού (το γάλα προέρχονταν από άλλη γυναίκα - τροφός). Για αυτό και η σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού αντικατοπτρίζεται τόσο στη μυθολογία και την φιλοσοφία όσο και στις θρησκείες των λαών (Μώρος, 2010).

Από τις αρχές του εικοστού αιώνα, και την αρχή της εμπορευματοποίησης εμφανίζεται και να επικρατεί η κουλτούρα της τεχνητής διατροφής, απόπειρες τις οποίες είχαν γίνει και στο παρελθόν χωρίς όμως ιδιαίτερη επιτυχία. Σε περιόδους πτώσεως των ηθών και κοινωνικής τύφλωσης η συχνότητα του θηλασμού ιστορικά πέφτει. Ωστόσο, σε εποχές που η κοινωνία έχει σταθερότητα ο θηλασμός αναπτύσσεται. (Davis, 2013)

Τα τελευταία χρόνια, συμφωνά με πρόσφατες έρευνες, υπάρχει μια τάση αύξησης του ποσοστού του μητρικού θηλασμού και διαμόρφωση πολιτικών για την υποστήριξή του, καθώς είναι αδιαμφισβήτητα τα πολλαπλά ιατρικά, οικονομικά και κοινωνικά του οφέλη.

### 1.3.1. Προϊστορικοί χρόνοι

Κατά τους προϊστορικούς χρόνους εμφανίζονται διάφορα αγαλματίδια που αναφέρονται ως τα ειδώλια της Αφροδίτης, όπως η Αφροδίτη του Willendorf και η Αφροδίτη του Laussel, στα οποία τονίζεται έντονα το γυναικείο στήθος.

Με επιστημονικά δεδομένα τεκμηριώνεται ότι και ο μητρικός θηλασμός των προϊστορικών είχε διάρκεια μέχρι την ηλικία των 2-6 χρονών, γίνεται τέσσερις φορές την ημέρα με διάρκεια δύο λεπτά κάθε φορά (Konner & Worthman, 1980), ενώ η ουσιαστική εισαγωγή τροφών, ελάμβανε χώρα μεταξύ 2 και 3 χρόνων (Stuart-Macadam & Dettwyler, 2017).

Παράλληλα, βάση δεδομένων διαφόρων πηγών, συμπεριλαμβανομένων της χημείας των οστών, της ιστορίας, της εθνολογίας και της δημογραφίας προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι διαφορετικές πρακτικές διατροφής του βρέφους, μπορεί να έχουν τεράστιο αντίκτυπο πάνω στην υγεία, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των βρεφών (Stuart-Macadam & Dettwyler, 2017).

Τέλος, εμφανίζεται η πρώτη τερακότα γύρω στο 450 π.χ. στην Ελλάδα, η οποία είναι τα πιο αρχαία τροφοδοτικό σκεύος γάλακτος.



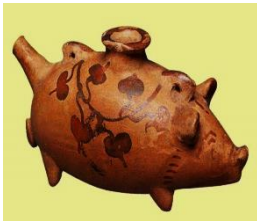
Εικόνα 1. Τερακότα 450 π.χ.  
Πηγή: [www.babybottle-museum.co.uk](http://www.babybottle-museum.co.uk)

### 1.3.2. Αρχαία εποχή

Στην αρχαιότητα, το μητρικό γάλα θεωρήθηκε ιερό και απαραίτητο για την επιβίωση του βρέφους και για αυτό το λόγο υπάρχει πλειάδα αγαλμάτων, θηλαζουσών θεοτήτων με γυμνά στήθη. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι αναγνώρισαν την ζωτική σημασία του μητρικού θηλασμού και του προσέδωσαν ιερή φύση. Οι εικόνες της θεάς Ίσιδας που θηλάζει τον γιό της Ωρο κατά την γέννηση, την στέψη και τον επίγειο θάνατο του είναι ευρύτατα διαδεδομένες. Σε κάθε μία από αυτές τις κρίσιμες στιγμές είναι το μητρικό γάλα που θα του προσφέρει πνευματική τροφή και θα του προσδώσει την αθανασία (Osborn 1979).



Εικόνα 2. Η Ίσιδα θηλάζει τον Ωρο.  
Πηγή: el.wikipedia.org



Εικόνα 3. Πήλινο θήλαστρο σε σχήμα γουρουνιού από τη Σικελία, (περ. 450 π.Χ.), Μουσείο Τεχνών Κλήβελαν. Πηγή: anaskafh.arsakeio.gr

Ήδη από το 2000 π.χ. υπήρχε μέριμνα και για τα νεογνά που δεν μπορούσαν να θηλάσουν. Ουσιαστικά είτε μέσω των τροφών<sup>1</sup> από τους Βαβυλωνίους, τους Αιγυπτίους, τους Έλληνες και τους Ρωμαίους όπου η τροφός, ρυθμίζεται ως επάγγελμα με νόμους και συμβόλαια (Fildes 1986), είτε μέσω μίας ποικιλίας από κύπελλα και άλλα σκεύη (Garntner & Stone 1994). Αξίζει να αναφερθεί ότι για πρώτη φορά, μια γραπτή αναφορά στις τροφούς υπάρχει, από τον Ομήρο (950 π.Χ.) στην Ιλιάδα καθώς και στην Οδύσσεια.

Ο ρόλος του θηλασμού στην αρχαία Ελλάδα είναι εξίσου σημαντικός και αυτό απεικονίζεται σε πολλά γλυπτά ή αγαλματίδια όπου θηλάζουν θεές όπως η Ήρα, η Γαία και η Δήμητρα ενώ κατά τον Μινωικό πολιτισμό οι μαστοί προβάλλονται στις ενδυμασίες των θεών τους.

Αναφορές για τον θηλασμό γίνονται ακόμη από τον Ιπποκράτη, ο οποίος παρατήρησε αυξημένη νοσηρότητα σε βρέφη με την διακοπή της γαλουχίας (Lypourlis 1983, Tsekourakis 1996), τον Πλάτωνα στο έργο του «Πολιτεία» (Garntner & Stone 1994), τον Αριστοτέλη που αναφέρει και τον θηλασμό ως μέθοδο αντισύλληψης, τον

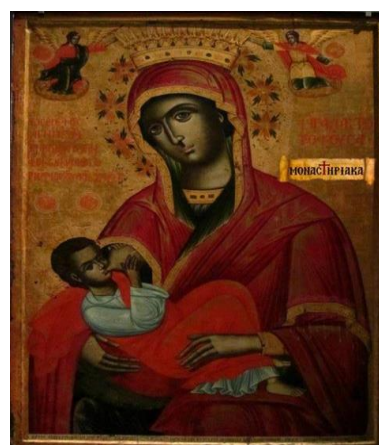
<sup>1</sup> Τροφός ή τίττη ή παραμάννα: γυναίκα που θηλάζει ξένα παιδιά επί αμοιβής και που συχνά παρακολουθεί την ανατροφή τους (Doolan 2008).

Πλούταρχο στο έργο του “Περί παιδων αγωγής” (Colon & Colon 1999), τον Ξενοφών, τον Αισχύλο, τον Ευριπίδη, τον Αριστοφάνη και τον Λυσία.

Ο Σωρανός της Εφέσου (98 μ.Χ. – 117 μ.Χ.) συνέταξε μια μαιευτική και γυναικολογική πραγματεία από 23 κεφάλαια που παρείχε ένα μοντέλο για τη σίτιση των βρεφών. Η πραγματεία περιελάμβανε την επιλογή και την αγωγή μιας τροφού, ενώ τόσο ο Σωρανός όσο και ο Γαληνός αναφέρουν ότι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός θα πρέπει να συνεχίζεται μέχρι τους 6 πρώτους μήνες (Radbill 1981).

### 1.3.3. Βυζαντινοί χρόνοι

Κατά την βυζαντινή περίοδο, οι γιατροί υπογραμμίζουν τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, ιδιαίτερα για τα νεογνά με χαμηλό σωματικό βάρος. Παράλληλα, δεν ενθάρρυναν την έγκαιρη εισαγωγή των στερεών τροφών στη διατροφή του βρέφους και καθόρισαν το βέλτιστο για τη διάρκεια της θηλάζουσας γαλουχίας στους 20-24 μήνες με σταδιακό απογαλακτισμό. Εάν το βρέφος αρρώσταινε λίγο μετά τον απογαλακτισμό, συνιστούσαν την επιστροφή στο θηλασμό μέχρι την πλήρη ανάρρωση, λόγω του ρόλου του θηλασμού στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού έναντι των λοιμώξεων (Doolan 2008). Τέλος, αγιογραφία εμφανίζει την Θεοτόκο να θηλάζει τον Ιησού.



Εικόνα 4. Παναγία η Γαλακτοτροφούσα - Ιεροσόλυμα.  
Πηγή: mitrikogala.blogspot.com

### 1.3.4. Μεσαίωνας

Το μητρικό γάλα θεωρείτο ότι είχε μαγικές ιδιότητες, και πίστευαν ότι το μητρικό γάλα θα μπορούσε να μεταδώσει τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά χαρακτηριστικά της τροφού, συνεπώς ο θηλασμός παρουσιάζεται ένα άγιο καθήκον για μια μητέρα να θηλάζει το παιδί της και όχι να θηλάζεται από την τροφό. Το 1565, προτείνεται από τον Surion de Vallambert η χορήγηση αγελαδινού ή κατσικίσιου γάλακτος με τη χρήση κέρατος αγελάδας. Παράλληλα σε εκκλησίες και σε δημόσιους χώρους απεικονίζονται δυο έργα τέχνης, η «Θηλάζουσα



Εικόνα 5. Χρήση κέρατος αγελάδας για χορήγηση γάλακτος. Πηγή: [www.babybottle-museum.co.uk](http://www.babybottle-museum.co.uk)

Παναγία» αλλά και η «Θηλάζουσα Εύα», που και υποδηλώνουν το σεβασμό προς αυτήν την πλευρά της μητρότητας (Osborn 1979).

### 1.3.5. Αναγέννηση

Από επιστημονικές μελέτες αποδεικνύεται ότι ο απογαλακτισμός γινόταν μετά το 2ο έτος ζωής, και μάλιστα μερικούς μήνες μετά. Στο "De Arte Medica Infantum", που δημοσιεύθηκε το 1577 από τον Ιταλό Omnibonus Ferrarius, τονιζόταν ότι η μητέρα ήταν η καλύτερη επιλογή για τη διατροφή των βρεφών, με την τροφή να είναι η δεύτερη καλύτερη αν η μητέρα δεν μπορούσε να θηλάσει. Είναι ενδιαφέρον ότι στο έργο του περιέχει την πρώτη εικόνα ενός μαστού - αντλία που αποτελείται από ένα δοχείο με ένα άνοιγμα για τη θηλή και ένα μακρύ στόμιο που φτάνει μέχρι το στόμα της μητέρας (Wickes 1953).

### 1.3.6. 16ος – 18ος Αιώνας

Την περίοδο αυτή υποστηρίχθηκε ότι τα νεογνά πρέπει να τοποθετούνται στο στήθος της μητέρας του με το που γεννιούνται. Γνωστοί ανθρωπιστές όπως ο Έρασμος και ο Φραντσέσκο Μπάρμπαρα προσπάθησαν να ενθαρρύνουν τις μητέρες να θηλάσουν τα βρέφη τους. Στις αρχές του δεκάτου έβδομου αιώνα, ο Γάλλος μαιευτήρας Jacques Guillemeau υποστήριξε την αρχή ότι η φυσική μητέρα πρέπει να θηλάζει το παιδί της (Wickes 1953).

Στη δημοσίευση της Mary Wollstonecraft (1792), «Υπεράσπιση των Δικαιωμάτων της Γυναίκας», αναφέρει ότι μία γυναίκα θα πρέπει να θηλάσει το παιδί της όχι επειδή είναι βιολογικά προγραμματισμένη, ούτε γιατί έτσι θα αποδείξει την πολιτική της αρετή, αλλά επειδή έχει το δικαίωμα να το πράξει.

Στα μέσα του 18ου αιώνα, ο Ζαν Ζακ Ρουσσώ, θα ταχθεί ενάντια στις τροφούς και έτσι αυξήθηκε το ποσοστό του μητρικού θηλασμού ενώ παράλληλα μειώθηκε έντονα η βρεφική θνησιμότητα (Ruhrah 1926). Παράλληλα εμφανίζεται το βιβλίο "Nursing and the Management of Children", από τον γιατρό William Cadogan με συμβουλές για τις νέες μητέρες και εμφανίζεται και το χαρακτηριστικό έργο του Ονορέ Ντωμίε (Doolan 2008).



Εικόνα 6. Η Δημοκρατία, 1848, Ονορέ Ντωμίε. Πηγή: Doolan 2008.

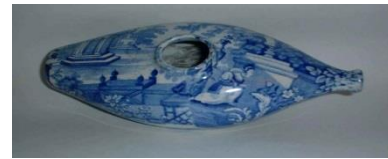


Εικόνα 7. Θήλαστρο από κασσίτερο.

Πηγή: [www.babybottle-](http://www.babybottle-)

Κατά τη διάρκεια της Γαλλικής Επανάστασης, υπογραμμίζεται για ακόμη μια φορά η αξία του θηλασμού από τη φυσική μητέρα ενώ στα τέλη του 18ου αιώνα στην Ευρώπη εμφανίζεται η διχογνωμία «μπουκάλι έναντι του μαστού» και κάνουν την εμφάνισή τους τα διάφορα υλικών θήλαστρα τα οποία όμως λόγω ανεπαρκούς καθαρισμού και μίας γενικότερης έλλειψης υγιεινής αύξησαν σημαντικά τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας. (Ruhrah 1926).

Στο τέλος του αιώνα, τέσσερις μέθοδοι για τη διατροφή των παιδιών ήταν διαθέσιμοι, θηλασμός από τη μητέρα, από τροφούς, με γάλα ζώων, και με pap<sup>2</sup> και panada<sup>3</sup> όπου δίνονταν ως συμπλήρωμα σε βρέφη που τρέφονται με ζωικό γάλα.



Εικόνα 8. Δοχείο πρώιμης τροφοδοσίας. Πηγή: [www.babybottle-museum.co.uk](http://www.babybottle-museum.co.uk)

### 1.3.7. Βιομηχανική Εποχή

Κατά την βιομηχανική επανάσταση, οι μητέρες καλούνται να εργαστούν έχοντας σαν αποτέλεσμα την αδυναμία θηλασμού και την τεχνητή διατροφή σαν επιλογή. (Von Strandmann 2013). Παράλληλα δημιουργούνται οι πρώτες τράπεζες μητρικού γάλακτος, εμφανίζονται τα γυάλινα μπουκάλια



Εικόνα 9. Θήλαστρο από γυαλί. Αυστρία, τέλη 19ου αι.. Πηγή: [www.benaki.org](http://www.benaki.org)

σίτισης «biberon» και η παραγωγή τόσο αφυδατωμένου γάλακτος με πρωτοστάτη τον Newton το 1835 (Fomon 2001) και του εβαπορέ, όσο και παιδικών τροφών σε παστεριωμένα και σφραγισμένα δοχεία που έγιναν η πρώτη επιλογή για την διατροφή των βρεφών και συνιστούνται από τους παιδίατρος από τη δεκαετία του 1930 έως τη δεκαετία του 1950. Η τελευταία τέθηκε σε αμφισβήτηση από γονείς και επαγγελματίες υγείας όσον αφορά την καταλληλότητά της για βρέφη μικρότερα των 6 μηνών ενώ επιπρόσθετα αυξήθηκαν τα φαινόμενα σκορβούτου<sup>4</sup> και ραχίτιδας<sup>5</sup> και λόγω τις

<sup>2</sup> Το pap αποτελείται από ζεστό νερό και αλεύρι ή ψωμί μουσκεμένο σε νερό ή γάλα και κάποτε προστίθεται και αυγό (Radbill 1981).

<sup>3</sup> Η panada αποτελείται από δημητριακά μαγειρεμένα σε ζωμό (Wickes 1953).

<sup>4</sup> Αρρώστια που εκδηλώνεται με πυρετό, καχεξία, αναιμία, αιμορραγίες και γαστρεντερίτιδες και οφείλεται σε έλλειψη βιταμίνης C (Resnick & Niwayama 1988).

έλλειψης βιταμινών των τροφών αυτών (Radbill 1981). Στην Ελλάδα το πρώτο γάλα σε σκόνη εμφανίστηκε το 1923, αλλά λόγω της κατοχής προτιμήθηκε και πάλι το μητρικό γάλα.

Οι πρώτες χημικές αναλύσεις του ανθρώπινου γάλακτος και αυτού των γαλακτοπαραγωγών ζώων άρχισαν να εμφανίζονται. Ο Jean Charles Des-Essartz στη «Φυσική Ανατροφή των Παιδιών» το 1760, εμφανίζει το ανθρώπινο γάλα σαν τη καλύτερη επιλογή διατροφής των βρεφών αφού αυτό συγκρίνεται με τη σύσταση του γάλακτος της αγελάδας, του προβάτου, του γαϊδάρου, και τις κατσίκας. Έτσι έγιναν αρκετές προσπάθειες τροποποίησης του μη ανθρώπινου γάλατος για να προσομοιάζει στο μητρικό (Stevens & Patrick & Pickler 2009).

### 1.3.8. Σύγχρονη Εποχή

Τα ποσοστά θηλασμού μεταξύ 1931 - 1935 είναι 40-70%, εμφανίζουν πτώση το 1946-1950 στο 20-50%, ενώ το 1950 -1970 μόλις το 25% των βρεφών θηλάζει σε ηλικία 1 εβδομάδας και μόνο το 14% σε ηλικία 2 -3 μηνών (Greer & Apple 1991). Παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση αυτή είναι το τεχνητό γάλα από αλεύρι σόγιας που σχεδιάστηκε για τα αλλεργικά βρέφη, η εμφάνιση του στήθους σαν ένδειξη σεξουαλικότητας κατευθύνοντας τις γυναίκες στο να αισθάνονται ντροπή για τον θηλασμό (Davies 2016), ενώ λόγω τις οικονομικής κατάρρευσης που οφειλόταν στους παγκοσμίους πολέμους, οι γυναίκες έπρεπε να εργαστούν.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η κυβέρνηση διέθεσε ένα προϊόν διατροφής κοινωνικής πρόνοιας, το National Dried Milk, ενώ παράλληλα χορηγούσαν στις μητέρες αντιγαλακταγωγά σκευάσματα. Την περίοδο αυτή αυξάνονται παράλληλα η βρεφική θνησιμότητα λόγω νεκρωτικής εντεροκολίτιδας<sup>6</sup> (Bahl *et al.* 2005, Barennes *et al.* 2012). Παράλληλα γίνεται ευρέως διαφήμιση του υποκατάστατου γάλακτος και ένα μεγάλο μέρος της παγκόσμιας οικονομίας εξαρτάται από



Εικόνα 10. National Dried Milk. Πηγή: [www.futuremuseum.co.uk](http://www.futuremuseum.co.uk)

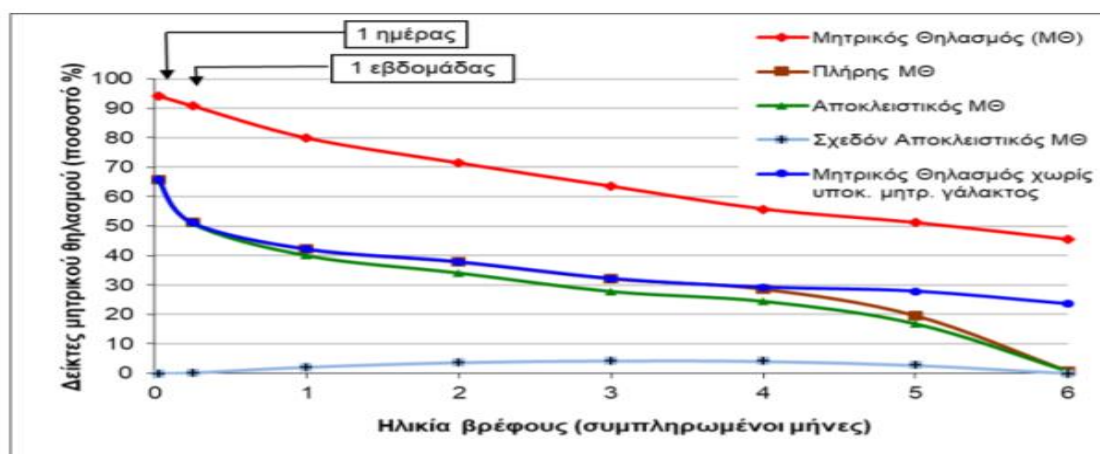
<sup>5</sup> Με τον όρο ραχίτιδα εννοείται η μεταβολική πάθηση, η οποία προκαλείται από σοβαρή έλλειψη βιταμίνης D, ασβεστίου ή φωσφόρου, και εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας 3 μηνών έως 3 ετών. (Resnick & Niwayama 1988).

<sup>6</sup> Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK) είναι πολυπαραγοντική νόσος που προκαλεί οξεία νεκρωτική ισχαιμία και μπορεί να προσβάλλει τόσο το λεπτό όσο και το παχύ έντερο. (Μπιλάλη & Μπαρτσόκας & Βελονάκης 2012)

αυτό. Για αυτό τον λόγο, το 1981 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε το «Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος», το 1989 ορίζεται από του Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την UNICEF τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικού θηλασμού», το 1990 υπογράφηκε η Διακήρυξη Innocenti και το 1992 έγινε γνωστή, η πρωτοβουλία «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI) (Μώρος 2010).

Από το 1970 και έπειτα τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού αυξήθηκαν, αφού επαγγελματίες υγείας ενημερώθηκαν για τα πολλαπλά οφέλη του και ευαισθητοποιήθηκαν. Το μητρικό γάλα θεωρείται αδιαμφισβήτητα η καλύτερη διατροφή για το νεογνό και για το βρέφος. Ο θηλασμός φάνηκε να μειώνει τον κίνδυνο σοβαρών ασθενειών σε νεογνά, βρέφη, εφήβους αλλά κι ενήλικες, ενώ παράλληλα αυξήθηκε και το IQ τους. Παράλληλα το όφελος είναι πρόδηλο και για την παγκόσμια οικονομία (Victora *et al.* 2015).

Στην Ελλάδα θεσπίζεται νόμος το 2014 (υπ. αρ. 4316/2014 Άρθρο 3), ο οποίος προστατεύει τις εργαζόμενες γυναίκες, τα βρέφη, τον μητρικό θηλασμό και προάγει τον δημόσιο θηλασμό.



Πηγή: Ηλιοδρομίτη et al 2018

### Διάγραμμα 1.1

#### Σύνοψη δεικτών μητρικού θηλασμού, Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017

Τα πιο πρόσφατα Ελληνικά δεδομένα κατόπιν έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2017 από το ινστιτούτο υγείας του παιδιού, όπως φαίνονται και από το διάγραμμα 1.1, δείχνει το 70% των νεογέννητων να θηλάζουν αποκλειστικά την πρώτη μέρα της ζωής του, αλλά το ποσοστό μειώνεται στο 40% με την ολοκλήρωση του πρώτου μήνα της ζωής του βρέφους, πέφτει στο 27% στον τρίτο μήνα και φτάνει στο 0,8% στο έκτο



μήνα, ποσοστό που σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας θα πρέπει να αγγίζει τουλάχιστον 50% έως το 2025 και μαζί με την UNICEF και άλλους παγκόσμιους οργανισμούς δημιούργησαν το Παγκόσμιο Συλλογικό όργανο Θηλασμό για τη συγκέντρωση πολιτικής, νομικής, οικονομικής και δημόσιας υποστήριξης για το θηλασμό.

Παράλληλα το 2018, σύμφωνα με τη Transgender Health ανέφερεται η πρώτη καταγραφή για μια τρανσέξουαλ γυναίκα στις Ηνωμένες Πολιτείες να θηλάζει το υιοθετημένο μωρό της (Reisman & Goldstein Z 2018, Hamzelou J. 2018).

#### 1.4. Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού

Το ανθρώπινο γάλα αδιαμφισβήτητα είναι η καλύτερη μέθοδος σίτισης ενός νεογνού. Πολυάριθμες ερευνητικές μελέτες έχουν αναγνωρίσει τις ευεργετικές επιδράσεις του μητρικού γάλακτος για τα βρέφη κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής. Μακροχρόνιες επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι ευεργετικές αυτές επιδράσεις δεν σταματούν με τον απογαλακτισμό του βρέφους, αντιθέτως, επεκτείνονται και πέραν της παιδικής ηλικίας και παράλληλα μειώνεται η βρεφική θνησιμότητα (Παγκόσμιος οργανισμός υγείας, UNICEF, American Academy of Pediatrics). Ο θηλασμός διαθέτει πολλά πλεονεκτήματα για τις μητέρες, τις οικογένειες τους και γενικότερα για την κοινωνία (Μωραΐτου 2004).

### Improved rates of breastfeeding lead to...



Εικόνα 11. Οφέλη από την αύξηση των ποσοστών θηλασμού. Πηγή: [www.unicef.org/breastfeeding](http://www.unicef.org/breastfeeding)

### 1.4.1. Οφέλη για το νεογνό

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για το νεογνό είναι πολυάριθμα και έχουν να κάνουν με την υγεία του, το ανοσοποιητικό του και την ψυχική του υγεία τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

#### 1.4.1.1. Υγεία και Ανοσοποιητικό βραχυπρόθεσμα

Το ανθρώπινο γάλα αποτελείται από αντισώματα, ανοσολογικούς παράγοντες, ένζυμα και λευκά αιμοσφαίρια που βοηθούν στην ισχυρή προστασία του ανοσοποιητικού των νεογνών και αναλύονται στον πίνακα 1.1.

Πίνακας 1.1

#### Συνοπτική παρουσίαση των ανοσολογικών ιδιοτήτων του μητρικού γάλακτος

<u>ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ</u>	<u>ΔΡΑΣΗ</u>
<b>ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ</b>	
B λεμφοκύτταρα	Αυξάνουν τα αντισώματα που στρέφονται έναντι ειδικών μικροβίων.
Μακροφάγα	Καταστρέφουν πλήρως τα μικρόβια του εντέρου του βρέφους, παράγουν λυσοζύμη και ενεργοποιούν άλλα στοιχεία του ανοσοποιητικού συστήματος.
Ουδετερόφιλα	Μπορεί να δρουν ως φαγοκύτταρα, προσροφώντας τα βακτήρια στο πεπτικό σύστημα του βρέφους.
T λεμφοκύτταρα	Καταστρέφουν τα μολυσμένα κύτταρα άμεσα ή διαβιβάζουν χημικά μηνύματα προκειμένου να κινητοποιηθούν άλλοι αμυντικοί μηχανισμοί. Πολλαπλασιάζονται παρουσία οργανισμών που προκαλούν σοβαρές βρεφικές ασθένειες. Συνθέτουν επίσης ουσίες που ενισχύουν την ανοσολογική απάντηση του βρέφους.
<b>ΜΟΡΙΑ</b>	
Αντισώματα εκκριτικής ανοσοσφαιρίνης IgA	Συνδέονται με τα μικρόβια στο πεπτικό σύστημα του βρέφους, αποτρέποντας τη διόδό τους στους ιστούς του βρέφους διαμέσου των τοιχωμάτων του εντέρου.
Συνδετική πρωτεΐνη με τη B12	Μειώνει την ποσότητα της βιταμίνης B12, την οποία χρειάζονται τα βακτηρίδια προκειμένου να αναπτυχθούν.
Παράγοντας Bifidus	Προάγει την ανάπτυξη του γαλακταβάκιου Bifidus, ενός αβλαβούς βακτηρίου της εντερικής χλωρίδας του βρέφους. Η ανάπτυξη τέτοιων μη παθογόνων μικροβίων βοηθά να αποκλεισθούν τα επικίνδυνα είδη.
Λιπαρά Οξέα	Διασπούν τις μεμβράνες που περιβάλλουν συγκεκριμένους ιούς και τους καταστρέφουν.
Φιμπρονεκτίνη	Ενισχύει την αντιμικροβιακή δράση των μακροφάγων. Βοηθά στην ανάπλαση των ιστών που έχουν καταστραφεί με ανοσολογικές αντιδράσεις στο έντερο του βρέφους.
Ίντερφερόνη-γ	Αυξάνει την αντιμικροβιακή δραστηριότητα των ανοσοκυττάρων.
Ορμόνες και αυξητικοί παράγοντες	Διεγείρουν την ταχεία ωρίμανση του πεπτικού συστήματος του βρέφους. Μόλις ωριμάσουν οι αρχικά «ερρηγμένες» μεμβράνες που επενδύουν το έντερο, τα βρέφη γίνονται λιγότερο ευάλωτα στους μικροοργανισμούς.
Λακτοφερρίνη	Συνδέεται με το σίδηρο, ένα μεταλλικό στοιχείο απαραίτητο για την επιβίωση πολλών βακτηρίων. Μειώνοντας τη διαθέσιμη ποσότητα του σιδήρου, η λακτοφερρίνη αναστέλλει την ανάπτυξη των παθογόνων βακτηρίων.
Λυσοζύμη	Ασκεί βακτηριοκτόνο δράση καταστρέφοντας τα κυτταρικά τοιχώματα των βακτηρίων.
Βλεννίνες	Προσκολλάνται σε βακτήρια και ιούς, αποτρέποντας την πρόσδεσή τους στις επιφάνειες των βλεννογόνων.
Ολιγосακχαρίτες	Δεσμεύονται σε μικροοργανισμούς και τους εμποδίζουν να προσκολληθούν στις επιφάνειες των βλεννογόνων.

Πηγή: Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014

Τα νεογνά που θηλάζουν αποκλειστικά τους πρώτους έξι μήνες έχουν κατά 20%-50% λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν και αν νοσήσουν, 10-15 φορές λιγότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν (Cunningham 1986). Ακόμη το βρεφικό γάλα είναι αποστειρωμένο, φρέσκο και βρίσκεται πάντα στη σωστή θερμοκρασία μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων από το ίδιο το γάλα (Worthington-Roberts & Rodwell-Williams S. 2000). Τα υποκατάστατα γάλακτος δεν περιέχουν αυτή την προστασία λόγω της επεξεργασίας. Αυτές οι ουσίες προστατεύουν τα νεογνά από μια ευρεία ποικιλία ασθενειών και λοιμώξεων όχι μόνο κατά το θηλασμό αλλά σε μερικές περιπτώσεις και πολύ μεταγενέστερα. Έτσι μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα να εμφανιστούν:

- Ιώσεις
- Νεογνικός ίκτερος
- Αλλαντίαση<sup>7</sup> (μείωση 100%)
- Σαλμονέλλωση (μείωση 100%)
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα
- Γαστρεντερικές λοιμώξεις, όπως έμετο, διάρροια (5-10 φορές λιγότερες πιθανότητες). Το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο και λόγω της σύνθεσης των γαλακτοβακίλλων δεν εμφανίζονται γαστρεντερικά προβλήματα και κωλικοί.
- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
- Στένωση πυλωρού
- Νεκρωτική εντεροκολίτιδα (μείωση κατά 83%)
- Σύνδρομο δυσαπορρόφησης
- Δυσανεξίες
- Ελκώδης κολίτιδα,
- Ελαττώματα όρασης
- Διάμεση ωτίτιδα, μείωση κατά 3 – 4 φορές.
- Λοιμώξεις ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού, όπως πνευμονία, βρογχολίτιδα (μείωση 20%)
- Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος
- Αναιμία (μείωση 100%, σε βρέφη που είχαν θηλάσει αποκλειστικά για 7 μήνες)

---

<sup>7</sup> Η αλλαντίαση είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή παραλυτική νόσος που προκαλείται από μια νευροτοξίνη η οποία παράγεται από το βακτηρίδιο *Clostridium botulinum*. Το *Clostridium botulinum* είναι ένα Gram (+) βακτηρίδιο που αναπτύσσεται καλύτερα υπό αναερόβιες συνθήκες. (eody.gov.gr)

- Οξεία λεμφοβλαστική αναιμία
- Ανεπάρκεια της I.C.A. ανοσοσφαιρίνης
- Παιδικός καρκίνος - Λευχαιμία (μείωση 21% - 30%)
- Νόσος του Hodgkins
- Καρδιοαναπνευστικές διαταραχές
- Νόσος του Crohn
- Βακτηραιμία
- Βακτηριακή μηνιγγίτιδα
- Αυξημένο βάρος. Το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο σε σχέση με το αγελαδινό που περιέχει καζεΐνη ενώ ακόμη περιέχει την διπλάσια ποσότητα των πρωτεϊνών από ότι χρειάζεται το νεογνό.

(Koletzko *et al.* 1989, Koenig *et al.* 1990, Rigas *et al.* 1993, Duncan *et al.* 1993, Birch E. *et al.* 1993, Aniansson *et al.* 1994, Eiger & Wendkos 1999, Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014, American Academy of Pediatrics 2014, Βιβιλάκη 2016)

#### **1.4.1.2. Υγεία και Ανοσοποιητικό μακροπρόθεσμα**

Πρόσφατες έρευνες παρουσιάζουν ακόμη ότι τα βρέφη που θήλασαν είναι λιγότερο πιθανό, κατά 70% - 80 % να εμφανίσουν παχυσαρκία και υπερχοληστερολαιμία στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Armstrong *et al.* 2002, Owen *et al.* 2002).

Είναι επίσης λιγότερο πιθανό, κατά 34%, να αναπτύξουν διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2 (Virtanen *et al.* 1991, Virtanen *et al.* 1994, Gerstein 1994, Young *et al.* 2002). Ακόμη μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αθηρωματικές πλάκες, βουβωνοκίλη, σκλήρυνση κατά πλάκας, νεανική ρευματοειδή αρθρίτιδα, σχιζοφρένεια και χρόνιες πάθηση του πεπτικού. (Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000, Chien & Howie 2001, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014, American Academy of Pediatrics 2014).

Επιπρόσθετα έχει αποδειχτεί ότι στα μωρά που θηλάζουν αυξάνεται η αποτελεσματικότητα των εμβολίων (Han-Zoric 1990).

Ακόμη, τα μωρά που έχουν θηλάσει είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν ρευματοειδή αρθρίτιδα στην ενήλικη ζωή τους (Jacobsson *et al.* 2003).

Τέλος, οι γυναίκες που έχουν θηλάσει ως βρέφη έχουν κατά 25% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού (Freudenheim *et al.* 1994).

### **1.4.1.3. Αλλεργίες**

Πλήθος μελετών φανερώνουν το ισχυρό πλεονέκτημα του μητρικού θηλασμού έναντι των αλλεργιών. Μια μακροχρόνια μελέτη έδειξε ότι το μητρικό γάλα μειώνει την εμφάνιση αλλεργιών μέχρι την εφηβεία ίσως και περισσότερο (Gruskay 1982). Μελέτη φανέρωσε ότι υπάρχουν 20 δυνητικά αλλεργιογόνες (Stigler 1985), για τον άνθρωπο, ουσίες στο αγελαδινό γάλα και η περίπτωση αλλεργίας από αυτό στα βρέφη είναι 70% πιο συχνές (Lawrence 1999). Έτσι μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα τα νεογνά που θηλάζουν, ακόμη και αν έχουν οικογενειακό ιστορικό αλλεργιών, να εμφανίσουν αλλεργικά συμπτώματα όπως:

- Ατοπική δερματίτιδα (κοινώς γνωστή ως έκζεμα) κατά 37%
- Άσθμα
- Αλλεργική ρινίτιδα
- Σύγκαμα και δερματικοί ερεθισμοί
- Κνίδωση (μερικά εξανθήματα δέρματος).

(Saarinen & Kajossari 1995, Wiggins 1998, Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014, American Academy of Pediatrics 2014)

### **1.4.1.4. Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου**

Βάση δεδομένων μελετών, μέσω του μητρικού θηλασμού μειώνεται το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου SIDS (Sudden Infant Death Syndrome), το οποίο αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες βρεφικών θανάτων, κατά 36% έως και 50% (Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014, American Academy of Pediatrics 2014). Ακόμη και η συνολική βρεφική θνησιμότητα είναι σε χαμηλότερα επίπεδα για τα βρέφη τα οποία θηλάζουν (Chen & Rogan 2004).

### **1.4.1.5. Ηρεμιστική - Αναλγητική δράση**

Το μητρικό γάλα παρουσιάζει τόσο αναλγητική δράση στα νεογνά, λόγω των ενδορφινών που περιέχει, όσο και ηρεμιστική δράση λόγω της μελατονίνης που περιέχει (Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014).

#### 1.4.1.6. Αποβολή μηκωνίου<sup>8</sup>

Λόγω της σύνθεσης που έχει το πρωτόγαλα<sup>9</sup> παρουσιάζει καθαριστική δράση και έτσι αποβάλλεται το μηκόνιο το οποίο έχει μεγάλη συγκέντρωση χολερυθρίνης, μειώνοντας την πιθανότητα εμφάνισης νεογνικού ίκτερου.

#### 1.4.1.7. Ανάπτυξη

Μέσω του μητρικού θηλασμού παρέχεται μια ισορροπία θρεπτικών συστατικών (υγρά, ενέργεια, υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες, μέταλλα, βιταμίνες) με υψηλή βιοδιαθεσιμότητα, δηλαδή υψηλή χρησιμοποίηση από τον οργανισμό, ενώ παράλληλα παρέχονται αυξητικές ορμόνες, οι οποίες προάγουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους (Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000, Βιβιλάκη 2016) χωρίς να περιέχει επιβλαβή γενετικά τροποποιημένα προϊόντα και αυξητικές ορμόνες, όπως το ξένο γάλα (Burros 1997).

Έχει φανεί ότι μέσω του θηλασμού επιτυγχάνεται ενίσχυση της ανάπτυξης των γνωσιακών λειτουργιών, καλύτερη επίδοση στο νοητικό επίπεδο, IQ κατά 10 μονάδες υψηλότερο και καλύτερη επίδοση σε δοκιμές οπτικής οξύτητας ενώ παράλληλα οξύνεται και η γνωστική αντίληψη (Wang & Wu 1996, Lucas 1992, Horwood & Fergusson 1998, Anderson *et al.* 1999, Mortensen *et al.* 2002).

Όσον αφορά την στοματική ανάπτυξη, μέσω του θηλασμού ενισχύεται η ανάπτυξη των γνάθων, περιορίζονται τα προβλήματα ατελούς σύγκλεισης και κακής διάταξης των οδόντων ενώ ακόμη αναπτύσσονται ορθά τα χείλη και η γλώσσα. Έτσι περιορίζονται τα προβλήματα ομιλίας, η πιθανότητα χρήσης ορθοδοντικών στηριγμάτων αλλά και λόγω του ότι το μητρικό γάλα δεν περιέχει ζάχαρη και περιέχει ειδικά βακτήρια μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης τερηδόνας (Ip *et al.* 2007, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014).

---

<sup>8</sup> Με τον όρο μηκόνιο αναφερόμαστε στα πρώτα κόπρανα του νεογνού ([www.iatropedia.gr](http://www.iatropedia.gr)).

<sup>9</sup> Το πύαρ ή πρωτόγαλα είναι το γάλα που εκκρίνεται από το μαστό της νέας μητέρας αμέσως μετά τον τοκετό και για τις επόμενες 2 με 3 ημέρες ([www.f-thilasmos.gr](http://www.f-thilasmos.gr)).

#### 1.4.1.8. Ψυχολογικά οφέλη του θηλασμού

Σύμφωνα με τον Sigmund Freud, τον πατέρα της ψυχανάλυσης, τα βρέφη που θηλάζουν έχει διαπιστωθεί ότι κατά μέσο όρο, είναι πιο ώριμοι, αποφασιστικοί, ανεξάρτητοι ενήλικες και αυτό έχει να κάνει με την ευκαιρία που έχει το βρέφος να είναι σε φυσική επαφή με την μητέρα του, ενώ παράλληλα προάγεται η ανάπτυξη του ψυχικού δεσμού μεταξύ τους. Αυτός ο δεσμός και η αγάπη είναι το αντίκτυπο στις σχέσεις όλης του της ζωής (Συκάκη-Δούκα 1985, Stevens 1987). Ακόμη τα βρέφη που θήλασαν υπερτερούν στο κομμάτι των ψυχοκινητικών και κοινωνικών δυνατοτήτων (Baumgartner 1984).

#### 1.4.1.9. Πρόωρα και χαμηλού βάρους νεογνά

Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο, ότι η σύσταση του μητρικού γάλακτος μεταβάλλεται συνεχώς, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του νεογνού και αργότερα του βρέφους που αναπτύσσεται. Το μητρικό γάλα που προορίζεται για τα πρόωρα και για τα χαμηλού βάρους νεογνά, είναι υψηλότερης θερμιδικής αξίας και έχει μεγαλύτερη συγκέντρωση σε πρωτεΐνες και λίπος σε σχέση με το μητρικό γάλα μητέρας τελειόμηνου βρέφους. Έτσι είναι απόλυτα κατανοητό γιατί θεωρείται η καλύτερη τροφή και για τα πρόωρα και χαμηλού βάρους νεογνά (Hamosh M 1996).



Εικόνα 12. Alexander by Leanne Pearce. Πηγή: [www.leannepearce.co.uk](http://www.leannepearce.co.uk)

Μία πρόσφατη ισραηλινή μελέτη επιβεβαίωσε ότι τα περισσότερα πρόωρα και χαμηλού βάρους νεογνά που λαμβάνουν μητρικό γάλα είχαν καλύτερες επιδόσεις όσον αφορά την ωρίμανση του νευρικού τους συστήματος, μειωμένα νευροαναπτυξιακά προβλήματα και αύξηση του δείκτη ευφυΐας κατά 8-15 μονάδες περισσότερο σε σχέση με τα πρόωρα που τους χορηγήθηκε ξένο γάλα (Eidelman *et al.* 2003). Ακόμη εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά λοιμώξεων, σηψαιμίας, νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (κατά 10%), αμφιβληστοειδοπάθειας της προωρότητας, καθώς και μειωμένη θνησιμότητα (American Academy of Pediatrics 2014).

#### **1.4.2. Οφέλη για τη μητέρα**

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα είναι ποικίλα και σχετίζονται με την υγεία της και την ψυχολογία της τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

##### **1.4.2.1. Υγεία βραχυπρόθεσμα**

Ο θηλασμός προκαλεί συστολές στη μήτρα, λόγω της αύξησης μίας ορμόνης, της ωκυτοκίνης, βοηθώντας την έτσι να επανέλθει στην φυσιολογική πριν την κύηση κατάσταση, μειώνοντας παράλληλα τον κίνδυνο αιμορραγίας μετά τον τοκετό (Chua *et al.* 1994, Eiger & Wendkos 1999, Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014).

Ακόμη μέσω του θηλασμού επιτυγχάνεται ταχύτερη ανάκτηση του σωματικού βάρους στα επίπεδα πριν την κύηση, αφού απαιτούνται 500 θερμίδες για την διεξαγωγή του. Ακόμη έρευνες έδειξαν ότι με κανονική διατροφή και αποκλειστικό θηλασμό υπάρχει ανάκτηση του βάρους σε γυναίκες με κανονικό βάρος μέσα στον πρώτο μήνα περίπου, ενώ γυναίκες που ήταν υπέρβαρες στην αρχή της κύησης σε συνδυασμό θηλασμού, κανονικής διατροφής και ενός μέτριου προγράμματος άσκησης μπορούν να επανακτήσουν το ιδανικό για αυτές βάρος. (Dewey *et al.* 1993, Kramer 1993, Lovelady *et al.* 2000, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014, Βιβιλάκη 2016).

Μετά τον τοκετό σε διαβητικές μητέρες που θήλαζαν, παρατηρήθηκε ότι οι απαιτήσεις τους για ινσουλίνη παρουσιάζουν μείωση (Davies 1989).

Έρευνες έχουν δείξει ότι μέσω του θηλασμού σταματά προσωρινά η πρόοδος της ασθενείας της ενδομητρίωσης (Havard 1995).

Παράλληλα προστατεύονται τα αποθέματα σιδήρου και προλαμβάνεται η αναιμία, που σε αυτή οφείλεται το 40% της μητρικής περιγεννητικής θνησιμότητας. Στο γεγονός αυτό οφείλεται η απουσία εμμηνου ρύσεως λόγω της γαλουχίας (Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000).

Ακόμη, ο θηλασμός λόγω της ωκυτοκίνης που παράγεται, μειώνει την αρτηριακή πίεση και συνεπώς την πιθανότητα εμφάνισης καρδιολογικών νοσημάτων (Sears & Sears 2000, Stuebe A. 2009).



#### **1.4.2.2. Υγεία μακροπρόθεσμα**

Όσες γυναίκες θηλάζουν ή θήλασαν τα νεογνά τους παρουσιάζουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, του ενδομητρίου και των ωοθηκών, ενώ μειωμένος κατά 4 φορές είναι και ο κίνδυνος εμφάνισης οστεοπόρωσης και αυτόματων καταγμάτων (Melton et al. 1993, Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014, Βιβιλάκη 2016).

Όσων αφορά τον καρκίνο του μαστού, γυναίκες που θήλασαν έχουν κατά 30% λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν, ενώ οι γυναίκες που θήλασαν και νόσησαν κινδυνεύουν να εμφανίσουν εκ νέου τη νόσο κατά 30 % λιγότερο και 28 % μεγαλύτερες πιθανότητες να επιζήσουν (Bernier et al. 2000, Löff-Johanson et al. 2002). Παράλληλα φάνηκε από άλλη μελέτη ότι γυναίκες που θήλασαν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, δηλαδή για 24-35 μήνες είχαν ποσοστό μείωσης του κινδύνου κατά 94% περισσότερο, σε σχέση με γυναίκες που θήλασαν 12-23 μήνες που είχαν ποσοστό μείωσης 66,3% (Silva et al. 2010). Μια άλλη ανάλυση 47 επιδημιολογικών ερευνών έδειξε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης μειωνόταν κατά 4,3% για κάθε 12 μήνες θηλασμού και 7% για κάθε γέννα (The Lancet 2002).

Όσων αφορά τον καρκίνο των ωοθηκών, με βάση ποικίλες έρευνες ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισής του κατά περίπου 30% (Gwinn 1990, Rosenblatt & Thomas 1993, Hartage et al. 1994).

Ακόμη, οι γυναίκες που θηλάζουν με βάση μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, έχουν λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν από καρκίνο του ενδομητρίου (Rosenblatt et al. 1995).

Παράλληλα γυναίκες που θήλασαν για 2 και περισσότερα έτη έχουν 1,7 % μικρότερες πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 και 1,3 % μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου, υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας (Ram et al. 2008, Schwarz et al. 2009). Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι σε θηλάζουσες μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας και ερυθματώδους λύκου (American Academy of Pediatrics 2014).

#### **1.4.2.3. Ψυχολογικά οφέλη του θηλασμού**

Μέσω του θηλασμού και της έκκρισης την ωκυτοκίνης, γίνεται επίτευξη του μητρικού ρόλου, ενώ παράλληλα προάγεται η ανάπτυξη του ψυχικού δεσμού μεταξύ

μητέρας και νεογνού (Stevens 1987, Uvnas-Moberg 1996, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014). Παράλληλα μειώνεται το στρες και το άγχος της μητέρας γιατί γνωρίζει ότι το παιδί της τρέφεται ορθά και υγιεινά και παράλληλα αυξάνεται και το αίσθημα της ικανοποίησης, της επιτυχίας, της αυτοεκτίμησης και της ολοκλήρωσης του ρόλου γυναίκας – μητέρας. Ακόμη, ο θηλασμός δρα σαν ηρεμιστικό για την μητέρα λόγω της ωκυτοκίνης που παράγεται, μειώνοντας παράλληλα την αρτηριακή πίεση (Sears & Sears 2000).

Μητέρες που θηλάζουν τα πρόωρα νεογνά τους ή νεογνά που βρίσκονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας παρουσιάζουν βελτιωμένη διάθεση (Eidelman *et al.* 2003).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο θηλασμός επιδρά θετικά και στη σεξουαλική σχέση με το σύντροφο - σύζυγο (Avery *et al.* 2000).

Τέλος, μέσω του θηλασμού επιτυγχάνεται η έκκριση προλακτίνης και καλεομορφίνης, η οποία συσχετίζεται με το αίσθημα της ευφορίας και έτσι οι γυναίκες που θηλάζουν εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά επιλόχειου κατάθλιψης (Συκιάκη-Δούκα 1985, Bergman *et al.* 2012).

#### **1.4.2.4. Αντισύλληψη**

Ο αποκλειστικός θηλασμός αναστέλλει την αναπαραγωγική διαδικασία παρέχοντας μερική αντισυλληπτική προστασία με την λεγόμενη αντισύλληψη μέσω αμηνόρροιας της γαλουχίας (LAM) (Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000, Βιβιλάκη 2016).

#### **1.4.3. Οφέλη για την οικογένεια και την κοινωνία**

Ο θηλασμός είναι βολικός και μπορεί να διενεργηθεί άμεσα (Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014). Με τον μητρικό θηλασμό εξοικονομείτε χρόνο, ιδιαίτερα τη νύχτα, καθώς το μητρικό γάλα είναι παντού και πάντα έτοιμο, στη σωστή ποσότητα και θερμοκρασία, ενώ το ξένο γάλα απαιτεί μια διαδικασία προετοιμασίας και αποστείρωσης πριν χορηγηθεί στο βρέφος (Worthington-Roberts & Rodwell-Williams 2000). Έτσι το ζευγάρι ξεκουράζεται περισσότερο, έχει χρόνο ο καθένας για τον εαυτό του αλλά και ως ζευγάρι μαζί, μπορεί να κάνουν βόλτες ή ταξίδια με μεγαλύτερη ευκολία και να ασχοληθούν με την ανατροφή άλλων παιδιών της οικογένειας (American Academy of Pediatrics 2014).

Αξίζει να αναφερθεί μία μελέτη, η οποία έδειξε ότι υπήρχαν λιγότερες εκφάνσεις σεξουαλικής κακοποίησης και ενδοοικογενειακής βίας σε οικογένειες όπου η μητέρα θήλαζε (Acheston 1995).

Ακόμη έχει διαπιστωθεί ότι οικογένειες με νεογνά που θήλασαν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχουν ισχυρότερο δέσιμο, σε σχέση με οικογένειες με νεογνά που θήλασαν μικρότερο χρονικό διάστημα ή δεν θήλασαν καθόλου (Fergusson 1999).

Σε κρίσιμες καταστάσεις όπως σε μια φυσική καταστροφή, σε ένα βιομηχανικό ατύχημα, σε μία μόλυνση του νερού, σε μία έλλειψη ηλεκτρικής ενέργειας, σε μια πανδημία κλπ., όπου χάνεται ο φυσιολογικός ρυθμός της ζωής, ας μην ξεχνάμε ότι ο μητρικός θηλασμός είναι η καλύτερη και οικονομικότερη μέθοδος θρέψης των βρεφών για τη διατήρηση της ψυχικής αλλά και της γενικότερης υγείας και ανάπτυξής τους, τηρώντας σε κάθε περίπτωση τα αντίστοιχα πρωτόκολλα.

Στην 1.4.5.1 αναλύονται και τα οικονομικά οφέλη για την οικογένεια.

#### **1.4.4. Οφέλη για το περιβάλλον**

Αν κάποιος αναρωτιόταν ποιά είναι η πιο οικολογική τροφή που υπάρχει για τον άνθρωπο, τότε σίγουρα αυτή θα ήταν ο θηλασμός. Για την παραγωγή και διάθεση του ξένου γάλακτος επιβαρύνεται έντονα το περιβάλλον με ποικίλους τρόπους.

Αρχικά, η παραγωγή του αγελαδινού γάλακτος περιλαμβάνει τη χρήση χημικών λιπασμάτων στους βοσκότοπους, μεθανίου και ζωικών αποβλήτων. Παράλληλα για την διάθεσή του γίνεται χρήση απαραίτητου εξοπλισμού και υλικών (μπουκάλια από ξένο γάλα, μπιμπερό κλπ.) που για την κατασκευή τους χρειάζονται πόροι (καύσιμα), οι οποίοι προκαλούν ρύπανση κατά την κατασκευή τους (όξινη βροχή, το φαινόμενο του θερμοκηπίου, μόλυνση νερού) και εν μέρει μπορεί να ανακυκλώνονται, αλλά πολλά από αυτά απορρίπτονται και επιβαρύνουν το περιβάλλον (American Academy of Pediatrics 2014, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014). Στην Ελλάδα 5.040.000 αλουμινένια κουτιά ξένου γάλακτος βρίσκονται ετησίως, ενώ καταναλώνονται 11.34.000 kw/ώρα και 49.140.000 λίτρα νερό λόγω της επεξεργασίας του ξένου γάλακτος (Βαράκης 2012, Bergman *et al.* 2013).

Ακόμη καταναλώνεται αρκετή ενέργεια για να επεξεργαστεί το τυποποιημένο γάλα και πολύτιμοι φυσικοί πόροι όπως το νερό και τα καύσιμα (La Leche League International 1995, Connolly The Ecology of Breastfeeding).

#### **1.4.5. Οφέλη για την οικονομία**

Ο θηλασμός προσδίδει οικονομικά οφέλη τόσο στις οικογένειες όσο και στο κράτος, στο εθνικό σύστημα υγείας, στις κρατικές και ιδιωτικές ασφαλίσεις και για τους εργοδότες. Σε χώρες που πλήττονται οικονομικά από οικονομικές κρίσεις ή σε περιπτώσεις παγκόσμιων οικονομικών κρίσεων, είναι υπέρμετρης σημασίας για την εθνική αλλά και παγκόσμια οικονομία, η εξοικονόμηση κεφαλαίων λόγω του θηλασμού και η συνεργασία των φορέων της πολιτείας. Οι οικονομικές δαπάνες του θηλασμού περιλαμβάνουν:

- Δαπάνες τεχνητής διατροφής - Δαπάνες για τον εξοπλισμό μητρικού θηλασμού αλλά και μεικτής διατροφής
- Δαπάνες σε σχέση με την τήρηση της ρύθμισης «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία»
- Δαπάνες για την υγεία των νεογνών – βρεφών
- Δαπάνες για την υγεία της μητέρας
- Δαπάνες για επιδοτούμενες άδειες (Bartick 2011).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο θηλασμός είναι μία από τις καλύτερες επενδύσεις για την παγκόσμια υγεία, αφού για κάθε 1 \$ που επενδύεται ο θηλασμός αποφέρει οικονομικά κέρδη 35 \$ (UNICEF/WHO 2017).

##### **1.4.5.1. Δαπάνες τεχνητής διατροφής - Δαπάνες για τον εξοπλισμό μητρικού θηλασμού αλλά και μεικτής διατροφής**

Είναι γεγονός ότι ο θηλασμός είναι πιο οικονομικός από την σίτιση με τυποποιημένο γάλα. Η χρήση της φόρμουλα, η τιμή της οποίας εξαρτάται από το εμπορικό σήμα και τον τύπο - αυξάνεται η τιμή σε υποαλλεργική φόρμουλα - το ανάλογο κόστος για την αγορά απαραίτητου εξοπλισμού και υλικών (μπουκάλια από ξένο γάλα, μπιμπερό κλπ.), το κόστος για νερό, απορρυπαντικά αλλά και ηλεκτρικό ρεύμα, αυξάνει τα ετήσια έξοδα για τα νοικοκυριά κατά 1.500 - 2.500 €, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1.2 (Πανταζή 2012) όπου με βάση τον κατώτατο μισθό του 2019 που ήταν στα 758,33 €, το εύρος αυτό αποτελεί το 14-23,5% του μισθού.

Όσων αφορά για την κοινωνία, λόγω του ότι συνταγογραφούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία αρκετοί τύποι γαλακτος αλλά και επειδή παρέχονται σε νεογνά, το κόστος ανέρχεται στα 2.665.715 \$ (μέτρηση ΗΠΑ) (Riordan 1997, American Academy

of Pediatrics 2005, American Academy of Pediatrics 2014, Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014).

## Πίνακας 1.2

### Ετήσιο κόστος διατροφής με υποκατάστατο μητρικού γάλακτος

Είδος	Ποσότητα (κουτιά)	Ετήσιο κόστος
Γάλα σκόνη	115	8 - 15 € = 920 - 1725 €
Μπιμπερό (γυάλινα ή πλαστικά)	12	5 - 15 € = 60 - 180 €
Θηλές	48	3 - 6 € = 144 - 288 €
Αποστειρωτής	1	30 - 135 €
Βούρτσες καθαρισμού	2	10 - 20 €
Θερμός	1	20 €
Στεγνωτήρας Μπιμπερό	1	18 €
Θερμαντήρας γάλακτος	1	50 €
Μίξερ για βρεφικό γάλα	1	13 €
Απορρυπαντικά		50 €
ΔΕΗ - ΝΕΡΟ		150 €
<b>Σύνολο</b>		<b>1465 - 2649 €</b>

Πηγή: Πανταζή 2012

#### 1.4.5.2. Δαπάνες σε σχέση με την τήρηση της ρύθμισης «Φιλικά προς τα βρέφη- νοσοκομεία»

Ακόμη με την ρύθμιση «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, υπάρχει μικρότερο κόστος σε σχέση με την αγορά, αποθήκευση και προετοιμασία του ξένου γάλακτος αλλά και λιγότερο προσωπικό από την εφαρμογή του rooming in (Πανταζή 2012).

#### 1.4.5.3. Δαπάνες για την υγεία των νεογνών – βρεφών

Με βάση τα οφέλη για την υγεία των βρεφών που θηλάζουν, αλλά και εσωτερικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ένα από τα μεγαλύτερα ΗΜΟs των ΗΠΑ, είναι πρόδηλο ότι τα μωρά αυτά αρρωσταίνουν λιγότερο τόσο ως βρέφη, όσο και ως παιδιά και ενήλικες, συνεπώς οι επισκέψεις σε ιατρό μειώνονται και τα οικογενειακά έξοδα κατά περίπου 1.400 \$ (Kaiser Permanente 1995). Το ίδιο συμβαίνει αντίστοιχα και για τις μητέρες που θηλάζουν. Έτσι υπάρχει ένα γενικότερο όφελος για το υγειονομικό σύστημα και μείωση των ετήσιων εξόδων για τη φροντίδα της υγείας (Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014).

Όσων αφορά το κόστος υγειονομικής φροντίδας για τα βρέφη και για τρεις μόνο ασθένειες - ωτίτιδα, γαστρεντερίτιδα και νευρωτική εντεροκολίτιδα - μπορεί να μειωθεί κατά 3.600.000.000 \$ ετησίως σε άμεσο κόστος - γιατρό, κλινική, νοσοκομείο, εργαστήριο, διαδικαστικά έξοδα - και έμμεσο κόστος - χρόνος, μισθός γονέων- (μέτρηση ΗΠΑ) (Riordan 1997, American Academy of Pediatrics 2005).

Σε άλλη μελέτη και για επτά ασθένειες - λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, δερματίτιδα, λευχαιμία παιδικής ηλικίας, παιδική παχυσαρκία, παιδικό άσθμα, σακχαρώδης διαβήτης τύπου I και σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου - το κόστος υγειονομικής φροντίδας μπορεί να μειωθεί κατά 13.000.000.000 \$ ετησίως σε άμεσο κόστος και έμμεσο κόστος (μέτρηση ΗΠΑ) (Bartick & Reinhold 2010).

Μια οικονομική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε ότι ο θηλασμός θα οδηγούσε σε εξοικονόμηση κόστους για το σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα έγινε συσχέτιση με βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη του θηλασμού των πρόωρων νεογνών για νοσήματα όπως νεκρωτική εντεροκολίτιδα, σηψαιμία, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, λευχαιμία, μέση ωτίτιδα, παχυσαρκία και νευροαναπτυξιακή δυσλειτουργία και το οικονομικό αντίκτυπο. Με βάση τον αριθμό των πρόωρων μωρών που γεννήθηκαν το 2013, εάν το 100% των πρόωρων βρεφών τρέφονταν με μητρικό γάλα θα μπορούσε να επιτευχθεί συνολική εξοικονόμηση 46.700.000£ (30.100.000 £ το πρώτο έτος), συνολικό κέρδος QALY 10.594 και 238 λιγότεροι θάνατοι, με συνολικό αποτέλεσμα μείωση περίπου 153.400.000 £ (Mahon *et al.* 2016).

Στην Ελλάδα, όσων αφορά τα νοσήματα οξεία γαστρεντερίτιδα, αλλεργία από το γάλα και πνευμονία θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν 2.000 € ανά βρέφος, αν οι μητέρες τους τα θήλαζαν (Πανταζή 2012).

Άλλη μια έρευνα έχει πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα για νοσήματα όπως λοίμωξη του αναπνευστικού, ουρολοίμωξη, μέση ωτίτιδα, γαστρεντερίτιδα τα οποία σχετίζονται με μεγάλο αριθμό πασχόντων νεογνών. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι σε σχέση με την λοίμωξη του αναπνευστικού, η οποία αυξανόταν κατά 12,6% σε περίπτωση μη θηλασμού θα έπρεπε να δαπανηθούν 410€ ανά βρέφος που έπρεπε να νοσηλευτεί. Το 6,5% χρειαζόταν νοσηλεία, άρα η δαπάνη ανερχόταν σχεδόν στο 1.000.000 €. Όσων αφορά την μέση ωτίτιδα, την γαστρεντερίτιδα και την ουρολοίμωξη όπου το ποσοστό νοσηλείας αγγίζει το 10,6% η δαπάνη ανερχόταν στα 700.000 € ετησίως. Συνεπώς το κράτος θα μπορούσε να δαπανήσει 2.700.000 € λιγότερα, στην περίπτωση που ο θηλασμός διαρκούσε άνω των 6 μηνών για το 90% των γυναικών ενώ η δαπάνη

μειώνεται κατά 30.945€ για κάθε μονάδα επί τις εκατό που αυξάνεται ο αποκλειστικός θηλασμός άνω των 6 μηνών, όπως φαίνεται στον πίνακα 1.3 (Βαράκης 2012).

### Πίνακας 1.3

#### Συνοπτικά αποτελέσματα της μελέτης του Βαράκη 2012

Νόσος	Επιπολασμός (%)		ΚΝ (€)	ΦΔ (€)	Ανάγκη για νοσηλεία(%)	Όφελος από ΜΘ για 6 μήνες	
	Θηλάζοντα βρέφη	Μη θηλάζοντα βρέφη				1%	90%
Λοίμωξη αναπνευστικού	51,6	64,2	410	52	6,5	11.381	1.012.893
Οξεία μέση ωτίτιδα	4,4	11,7	410	52	10,6	7.890	702.231
Γαστρεντερίτιδα	14,3	20,8	340	45	6,8	5.075	451.647
Ουρολοιμώξη	1,1	2,1	585	-	100	6.599	587.293
<b>ΣΥΝΟΛΟ (€)</b>						<b>30.945</b>	<b>2.754.064</b>

ΚΝ: Κόστος νοσηλείας, ΦΔ: φαρμακευτική δαπάνη, ΜΘ: μητρικός θηλασμός, €: Ευρώ  
Πηγή: Βαράκης 2012

Επιπρόσθετα, υπάρχει και αναφορά για μείωση της ετήσιας κρατικής δαπάνης κατά 69.206.400 €, στην περίπτωση που το 90% των γυναικών θήλαζε αποκλειστικά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του νεογνού (Δανέζη 2011).

Τέλος, ας μην ξεχνάμε τα αναρίθμητα οφέλη του θηλασμού για την υγεία στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή, όπου αν και δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα θα μπορούσε κανείς να πει ότι ο θηλασμός θα έχει συμβάλλει στην μείωση της νοσηρότητας και συνεπώς των δαπανών για την υγεία των ανθρώπων που έχουν θηλάσει.

#### 1.4.5.4. Δαπάνες για την υγεία της μητέρας

Όπως έχει γίνει κατανοητό, ο θηλασμός ωφελεί και την υγεία της μητέρας. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Βρετανία δείχνει ότι λόγω του θηλασμού εμφανίστηκαν 865 λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και συνεπώς το κράτος εξοικονόμησε 10.000.000 £ σε συνδυασμό και 512 λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σχετιζόμενα με τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (Renfrew *et al.* 2012).

Όσον αφορά το κόστος υγειονομικής φροντίδας για τις μητέρες που θήλασαν για 6 μήνες και άνω και για ασθένειες όπως καρκίνος του μαστού και ωοθηκών, υπέρταση,

σακχαρώδης διαβήτης και έμφραγμα του μυοκαρδίου φάνηκε ότι τα κρατικά έξοδα θα μπορούσαν να μειωθούν κατά 17.400.000.000 \$ (μέτρηση ΗΠΑ) (Bartick *et al.* 2013).

Ακόμη μια μελέτη εμφανίζεται, στην οποία αναφέρεται ότι ο διπλασιασμός των θηλαζουσών γυναικών στο διάστημα από 7 έως 18 μήνες, μπορεί να αποφέρει στη Μ. Βρετανία 31.000.000 £ από θεραπείες για καρκίνο του μαστού.

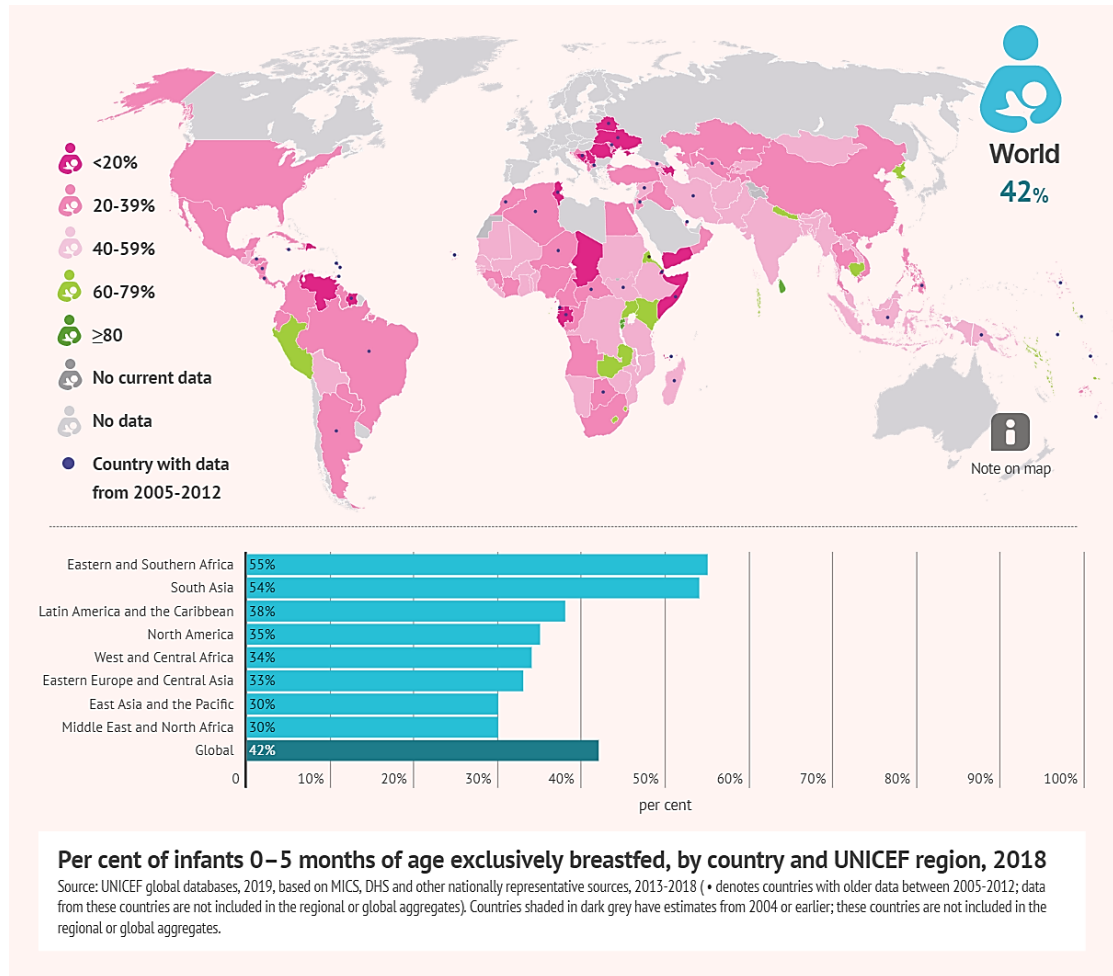
#### **1.4.5.5. Δαπάνες για επιδοτούμενες άδειες**

Σε θηλάζουσες γυναίκες υπάρχει μείωση κατά 50% των απουσιών των γονέων λόγω ασθένειας των βρεφών και των παιδιών που έχουν θηλάσει, αλλά και των μητέρων που θήλασαν για λόγους προσωπικής τους υγείας, συνεπώς αυξάνεται η παραγωγικότητα (Lowdermilk & Shannon & Cashion 2014). Παράλληλα παρουσιάζεται μικρότερο κόστος ιατρικής ασφάλισης (Kaiser Permanente 1995). Ακόμη, εταιρίες που είναι φιλικές προς τον θηλασμό παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά παραγωγικότητας λόγω ικανοποίησης των εργαζομένων (Ruth *et al.* 1999).

### **1.5. Ποσοστά του μητρικού θηλασμού**

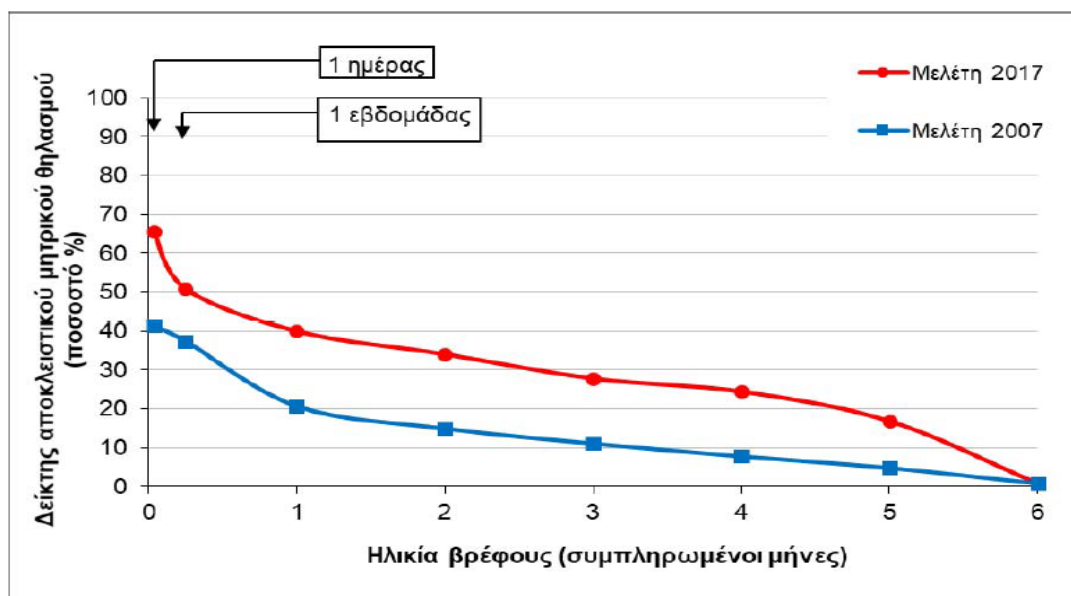
Παρόλο που τα οφέλη του μητρικού θηλασμού είναι αδιαμφισβήτητα, το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού, παγκοσμίως για τους πρώτους 5 μήνες ζωής είναι στο 42 % και όπως παρουσιάζεται στην εικόνα 14. Ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας καθώς και όλες οι πολιτικές που θεσπίζονται αποσκοπούν στην αύξηση του ποσοστού του αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους 6 μήνες μέχρι το 50% τουλάχιστον έως το 2025. Για να επιτευχτεί αυτός ο στόχος απαιτούνται επιπλέον 5,7 δισεκατομμύρια δολάρια. Αυτή η επένδυση μεταφράζεται σε μόλις 4,70 \$ ανά νεογέννητο (UNICEF/WHO 2017).





**Εικόνα 13. Ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ανά χώρα σε βρέφη 0 -5 μηνών το 2018.**  
 Πηγή: <http://www.unicef.gr>

Σε σχέση με την Ελλάδα στην τελευταία Πανελλήνια μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας και Παιδιού, σε 549 μητέρες που κατοικούν στην Ελλάδα, κατά την διάρκεια της περιόδου Ιούνιος 2016 - Οκτώβριος 2016, το 66% των νεογνών θηλάζουν αποκλειστικά την πρώτη μέρα της ζωής τους, αλλά το ποσοστό μειώνεται στο 40% με την ολοκλήρωση του πρώτου μήνα της ζωής του βρέφους, πέφτει στο 27% στον τρίτο μήνα και φτάνει στο 0,8% στο έκτο μήνα. Το 2007, τα αντίστοιχα ποσοστά την πρώτη ημέρα ζωής του βρέφους ήταν 41%, στο τέλος του πρώτου μήνα ήταν 21%, στον τρίτο μήνα είχαν πέσει στο 11% ενώ παρέμειναν χαμηλά στο τέλος του έκτου μήνα (0,8%), όπως φαίνεται και από το διάγραμμα 1.2 (Ηλιοδρομίτη *et al* 2018).



Πηγή: Ηλιοδρομίτη et al 2018

### Διάγραμμα 1.2

**Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2007 και 2017, Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017**

#### 1.6. Διεθνείς και Ευρωπαϊκές πολιτικές

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Εκστρατεία για την Βρεφική και Παιδική Διατροφή που έχει λάβει την έγκριση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και του Ταμείου των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (UNICEF), τα νεογνά – βρέφη θα πρέπει αποκλειστικά να θηλάζουν για έξι μήνες και να συνεχίσουν να θηλάζουν για τουλάχιστον δύο έτη (World Health Organization, UNICEF 2018). Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει αποκλειστικά το μητρικό θηλασμό για τους πρώτους έξι μήνες και την συνέχιση του ως αποκλειστική πηγή γάλακτος για το πρώτο έτος του βρέφους. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου εξαμήνου από τη γέννηση του βρέφους, η διατροφή εμπλουτίζεται με κατάλληλα συμπληρώματα τροφών (σε στερεά μορφή). Εάν ο απογαλακτισμός των βρεφών γίνει πριν τους 12 μήνες θα πρέπει να σιτίζονται με τυποποιημένα γάλατα (βρεφικά γάλατα του εμπορίου) εμπλουτισμένα με σίδηρο και όχι αγελαδινό γάλα (American Academy of Pediatrics 2005, Johnston *et al.* 2012).

Σύμφωνα με το διεθνές δίκαιο υπάρχουν διατάξεις που διασφαλίζουν τα δικαιώματα της μητέρας και του βρέφους στο θηλασμό. Αρχικά, ο θηλασμός έχει θεσμοθετηθεί ως ανθρώπινο δικαίωμα στο άρθρο 24 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του

Παιδιού (Ν. 2101/ 92 ΦΕΚτ.Α'192) που υιοθετήθηκε από τη Γενική Σύσκεψη των Ηνωμένων Εθνών το 1989.

Από το 1979 σε συνεργασία της Unicef και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ξεκινά η στήριξη του μητρικού θηλασμού. Το 1981 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε το «Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος», το 1989 ορίζεται από του Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την UNICEF τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό», το 1990 υπογράφηκε η Διακήρυξη Innocenti και το 1992 έγινε γνωστή η πρωτοβουλία «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI) και θεσμοθετήθηκε η Παγκόσμια εβδομάδα μητρικού θηλασμού (WHO, Unicef).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αλλά και η Unicef έχουν ορίσει μέχρι το 2030 συγκεκριμένους δείκτες θηλασμού και τις ενέργειες που απαιτούνται για να επιτευχθούν. Αρχικά, αποτυπώνεται η ανάγκη για αύξηση των κονδυλίων για προγράμματα και πολιτικές που προωθούν, υποστηρίζουν και προστατεύουν τον μητρικό θηλασμό. Για να επιτευχτεί η αύξηση του παγκοσμίου ποσοστού θηλασμού για τους πρώτους 6 μήνες μέχρι το 50% τουλάχιστον έως το 2025, εκτιμάται από την παγκόσμια τράπεζα ότι θα πρέπει να δαπανηθούν 5.700.000.000 \$, δηλαδή λιγότερα από 5 € ανά νεογέννητο για να παράσχετε η υποστήριξη που χρειάζεται και να εξασφαλιστεί ότι θα στηρίζεται κάθε προσπάθεια θηλασμού. Παράλληλα υπογραμμίζεται ότι θα πρέπει να τηρείται αυστηρά η εφαρμογή του Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος σε κάθε μορφή marketing αλλά και των Δέκα Βημάτων για επιτυχή Μητρικό θηλασμό, μέσω των οποίων προωθούνται υγιή πρότυπα για της θηλάζουσες. Επιπρόσθετα, ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας υποχρεώνει τις χώρες να θεσπίσουν νομοθεσία μέσω της οποίας θα δίνεται άδεια μητρότητας 18 εβδομάδων επί πληρωμή και παράλληλα για να μπορούν οι μητέρες να συνεχίζουν τον μητρικό θηλασμό και κατά την επιστροφή τους στην εργασία τους θα πρέπει να εξασφαλίζεται ο κατάλληλος χώρος και χρόνος. Μια ακόμη ενέργεια είναι η υποστήριξη από εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως κοινοτικά προγράμματα στήριξης και ανάπτυξη δικτύου θηλασμού, της συμβουλευτικής και εκπαίδευσης του μητρικού θηλασμού. Τέλος, συστήνεται η δημιουργία συστημάτων παρακολούθησης και αξιολόγησης όλων των παραπάνω για να αναγνωριστούν κενά και σημεία βελτίωσης (World Health Organization/ UNICEF 2018).

### **1.6.1. «Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος»**

Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, στοχεύει στην υποστήριξη του μητρικού θηλασμού μέσω της σωστής χρήσης όταν είναι αναγκαίο των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, μέσω μίας σειράς διατάξεων, καθώς τα χαμηλά ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού αποδίδονται σε ένα μεγάλο βαθμό στην αλόγιστη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Το Δίκτυο Παγκόσμιας Παρακολούθησης και Υποστήριξης για την εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, γνωστό και ως NetCode, εργάζεται για να εξασφαλίσει ότι τηρείται πλήρως ο κώδικας αυτός. Τα βασικά σημεία του κώδικα είναι:

1. Δεν επιτρέπεται η διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και άλλων συναφών προϊόντων στο κοινό.
2. Δεν επιτρέπεται η διανομή δωρεάν δειγμάτων σε μητέρες ή στις οικογένειές τους.
3. Δεν επιτρέπεται η προώθηση προϊόντων, π.χ. αφίσες, ημερολόγια ή διανομή διαφημιστικού υλικού.
4. Δεν επιτρέπεται η παραχώρηση δωρεάν ή χαμηλού κόστους προμηθειών υποκατάστατων γάλακτος ή συναφών προϊόντων σε οποιονδήποτε τομέα του συστήματος υγείας.
5. Δεν επιτρέπεται προσωπικό των εταιρειών να έρχεται σε επαφή ή να συμβουλεύει τις μητέρες.
6. Δεν επιτρέπονται τα δώρα ή τα δείγματα στο προσωπικό υγείας.
7. Δεν επιτρέπονται φωτογραφίες βρεφών ή άλλες εικόνες ή κείμενο που να εξειδικεύουν της τεχνητές τροφές στις ετικέτες προϊόντων.
8. Οι πληροφορίες που δίνονται στο προσωπικό υγείας είναι καθαρά επιστημονικές και πραγματικές.
9. Οι πληροφορίες σχετικά με τις τεχνητές τροφές, εξηγούν τη σημασία του Μητρικού θηλασμού, τους κινδύνους για την υγεία που σχετίζονται με τις τεχνητές τροφές και το κόστος τους για να τις χρησιμοποιήσει κανείς τελευταίες.
10. Όλα τα προϊόντα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας ενώ ακατάλληλα προϊόντα όπως το ζαχαρούχο συμπυκνωμένο γάλα δε συνιστάται για παιδιά.

Οι υποχρεώσεις του προσωπικού υγείας και των νοσοκομείων βάση τον κώδικα είναι:

1. Η ενθάρρυνση και η προστασία του μητρικού θηλασμού. Το προσωπικό υγείας που σχετίζεται με την μητρική και βρεφική διατροφή γνωρίζει τις υποχρεώσεις του βάσει του κώδικα και μπορεί να εξηγήσει τα ακόλουθα: την σημασία και την ανωτερότητα του μητρικού θηλασμού, τον ρόλο της διατροφής της μητέρας στο μητρικό θηλασμό, την προετοιμασία και διατήρηση του μητρικού θηλασμού, τις αρνητικές επιπτώσεις του μητρικού θηλασμού όταν εισάγεται μπιμπερό, τη δυσκολία να ανακαλέσει κανείς την απόφαση να μη θηλάσει και όταν χρειάζεται την σωστή χρήση βρεφικών παρασκευασμάτων είτε βιομηχανικών είτε σπιτικών.

Όταν παρέχονται πληροφορίες για τη χρήση βρεφικών παρασκευασμάτων, το προσωπικό υγείας μπορεί να εξηγήσει: τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της χρήσης τους, τους κινδύνους για την υγεία από τη χρήση ακατάλληλων τροφών και διατροφικών μεθόδων και τους κινδύνους για την υγεία όταν γίνει μη αναγκαία η ακατάλληλη βρεφικών παρασκευασμάτων και άλλων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

2. Η διασφάλιση της χρήσης των μονάδων υγείας, όχι για την προώθηση των προϊόντων όπως ορίζεται στον κώδικα, με αφίσες που αφορούν τέτοιου είδους προϊόντα συμπεριλαμβανομένων των λογότυπων των κατασκευαστών. Οι συσκευασίες των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και τον άλλο προμηθειών που αγοράζονται από τη μονάδα υγείας δεν είναι εμφανείς στις μητέρες.

3. Η άρνηση αποδοχής δώρων από τους κατασκευαστές ή τους διανομείς.

4. Η άρνηση αποδοχής δειγμάτων εκτός αν είναι απαραίτητο για την επαγγελματική αξιολόγηση ή έρευνα σε επίπεδο ιδρύματος.

5. Απαγορεύεται η παροχή δειγμάτων σε έγκυες γυναίκες μητέρες βρεφών και μικρών παιδιών ή μέλη της οικογένειάς τους. Δεν δίνονται δείγματα παρασκευασμάτων στις μητέρες κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

6. Η αποκάλυψη οποιασδήποτε προσφοράς κάνει κάποιος παρασκευαστής ή διανομέας για υποτροφίες, επιστημονικούς σκοπούς, συμμετοχή σε επαγγελματικά συνέδρια ή την πρόθεση διοίκησης της μονάδας υγείας.

7. Να γνωρίζετε ότι η στήριξη και οι πρωτοβουλίες σχετικά με τα προγράμματα και το προσωπικό υγείας που εργάζεται στο χώρο της βρεφικής και παιδικής υγείας δεν πρέπει να δημιουργούν σύγκρουση συμφερόντων.

## 1.6.2. «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό»



Εικόνα 13. «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό»

Πηγή: <http://www.unicef.gr>

Τα δέκα βήματα είναι ουσιαστικά μία σειρά από πολιτικές και διαδικασίες που θα πρέπει να εφαρμόζονται για την υποστήριξη του θηλασμού στα κέντρα μητρότητας. Υπάρχουν μελέτες που υποδεικνύουν ότι η εφαρμογή των Δέκα Βημάτων βελτιώνει σημαντικά τα ποσοστά θηλασμού. Μια συστηματική ανασκόπηση 58 μελετών που

δημοσιεύτηκε το 2016, έδειξε ότι η τήρηση των Δέκα Βημάτων επηρεάζει την έγκαιρη έναρξη του θηλασμού αμέσως μετά τον τοκετό, τον αποκλειστικό θηλασμό και τη συνολική διάρκεια του θηλασμού. Τα δέκα βήματα είναι τα παρακάτω:

*Κρίσιμες διαδικασίες διαχείρισης:*

1α. Πλήρης Συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και τα σχετικά ψηφίσματα της Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία.

1b. Γραπτή πολιτική για τη διατροφή των βρεφών και ενημέρωση τόσο του προσωπικού όσο και των γονέων.

1γ. Δημιουργία συστημάτων συνεχούς παρακολούθησης και διαχείρισης δεδομένων.

2. Εξασφάλιση ότι το προσωπικό έχει επαρκείς γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες για την υποστήριξη του θηλασμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παρέχει μαθήματα κατάρτισης για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας για την παροχή εξειδικευμένης υποστήριξης σε θηλάζουσες μητέρες, για να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν τα προβλήματα και να παρακολουθήσουν την ανάπτυξη των παιδιών.

*Βασικές κλινικές πρακτικές:*

3. Συζήτηση της σημασίας και της διαχείρισης του θηλασμού με εγκύους και τις οικογένειές τους.

4. Άμεση και αδιάκοπη επαφή δέρμα με δέρμα και στήριξη στις μητέρες για να αρχίσουν το θηλασμό το συντομότερο δυνατό μετά τη γέννηση.

5. Υποστήριξη στις μητέρες να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν το θηλασμό και να διαχειριστούν τις συνήθεις δυσκολίες.

6. Μόνο εάν δηλώνεται ιατρικός λόγος, να παρέχετε στα νεογνά που θηλάζουν οποιαδήποτε τρόφιμα ή υγρά εκτός του μητρικού γάλακτος. Οι απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις παρουσιάζονται στον πίνακα 1.4.

7. Παραμονή των νεογνών 24 ώρες την ημέρα με την μητέρα τους.

8. Υποστήριξη στις μητέρες να αναγνωρίσουν και να ανταποκριθούν στις ενδείξεις των βρεφών τους για τη σίτιση.

9. Συμβουλές στις μητέρες σχετικά με τη χρήση και τους κινδύνους της διατροφής με μπουκάλια, θηλές και πιπίλες.

10. Εξασφάλιση έγκαιρης πρόσβασης σε συνεχή υποστήριξη και φροντίδα γονέων και βρεφών μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

## Πίνακας 1.4

### Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού

ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ
<b>Μεταβολικά νοσήματα νεογνού<sup>α</sup></b> Γαλακτοζαιμία (απαιτείται χορήγηση ειδικά τροποποιημένου γάλατος ελεύθερου λακτόζης).
Μπρέρες θετικές στον <b>Ανθρώπινο T- Λεμφοτρόπο Ιό I</b> και II (HTLV Type I & II).
Στις αναπτυγμένες χώρες, οι οροθετικές για τον ιό <b>HIV</b> μπρέρες.
Μπρέρες με μη θεραπευθείσα <b>βρουκέλωση</b> .
Μπρέρες με ενεργό μη-θεραπευμένη <b>φυματίωση</b> (μπορεί να δοθεί το γάλα με άντληση, καθώς δε θεωρείται ότι περνάει το μυκοβακτηρίδιο στο γάλα, ενώ μετά 2 και πλέον εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας η μητέρα μπορεί να θηλάσει απευθείας).
Μπρέρες με <b>δερματικές βλάβες απλού έρπητα τύπου I στο στήθος</b> (για όσο διάστημα υπάρχουν οι αλλοιώσεις το γάλα μπορεί να δοθεί με άντληση, καθώς δε θεωρείται ότι περνάει ο ιός στο γάλα).
Οι μπρέρες οι οποίες εκδηλώνουν <b>ανεμυλογιά</b> 5 ημέρες πριν έως και 2 ημέρες μετά τον τοκετό (η μητέρα απομονώνεται από το βρέφος και συνεισώς δε θηλάζουν αυτό το διάστημα, αλλά το μητρικό γάλα μπορεί να δοθεί μετά από άντληση).
Μπρέρες που λαμβάνουν <b>αντιμεταβολίτες ή χημειοθεραπεία</b> .
Μπρέρες που λαμβάνουν διαγνωστική ή θεραπευτική <b>ακτινοβολία με ραδιοϊσότοπα</b> (για όσο διάστημα υπάρχει το ραδιενεργό φάρμακο στο μητρικό γάλα).
Χορήγηση στην μπρέρα <b>φαρμάκων που αντενδείκνυνται</b> στο μητρικό θηλασμό (κατηγορία L5 κατά Hale).
Χρήση <b>ναρκωτικών ουσιών</b> από την μπρέρα <sup>β</sup> .
ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ
Θετικές για ιό <b>ηπατίτιδας C</b> μπρέρες εφόσον έχουν <b>πληγωμένες θηλές</b> . Ο θηλασμός καλό είναι να αποφεύγεται μέχρι να επουλωθούν οι πληγές.
Μπρέρες οροθετικές για τον <b>κυτταρομεγαλοϊό (CMV)</b> με πρόωρα νεογνά <sup>γ</sup> .
Μπρέρες με <b>απόστημα μαστού</b> εφόσον η εκροή πύου γίνεται από σημείο κοντά στην θηλή/ θηλαία άλω. Ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί από το άλλο στήθος. Ο πάσχων μαστός πρέπει να αδειάζει τακτικά.
<sup>α</sup> Σε άλλες διαταραχές του ενδογενούς μεταβολισμού, όπως φαινυλκετουουρία, νόσος με οσμή ούρων σαν σιρόπι σφενδάμου, ο θηλασμός μπορεί να διατηρηθεί σε συνδυασμό με ειδικό συμπλήρωμα, αλλά απαιτείται στενή παρακολούθηση του βρέφους ως προς τη σωματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη και τις ανάλογες βιοχημικές παραμέτρους.
<sup>β</sup> Οι μπρέρες που είναι σε πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη και είναι οροαρνητικές για τον ιό HIV μπορούν να θηλάσουν.
<sup>γ</sup> Στα πρόωρα νεογνά με ΠΧΒΓ η απόφαση για χορήγηση μητρικού γάλακτος πρέπει να σταθμίσει τα οφέλη του μητρικού γάλακτος έναντι του κινδύνου λοίμωξης από CMV. Η κατάψυξη μειώνει σημαντικά το ιικό φορτίο. Με την παστερίωση ο ιός εξουδετερώνεται αλλά παράλληλα καταστρέφει και σημαντικούς βιολογικούς παράγοντες του γάλακτος.

Πηγή: [www.epilegothilasmogr](http://www.epilegothilasmogr)

### 1.6.3. Διακήρυξη Innoceti

Η διακήρυξη αυτή είναι ουσιαστικά ένα θεσμικό πλαίσιο, που στόχο έχει την επίτευξη της ιδανικής σωματικής και ψυχικής κατάστασης της μητέρας και του παιδιού. Σύμφωνα με την διακήρυξη οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν εάν βρίσκονται σε ένα κατάλληλο περιβάλλον συνειδητοποιημένο και υποστηρικτικό ως προς τον μητρικό θηλασμό. Αυτό προϋποθέτει την απομάκρυνση εξαναγκασμών και επιδράσεων καθώς και την εξάλειψη των εμποδίων, που αναστατώνουν συχνά με δυσδιάκριτο και έμμεσο τρόπο τις αντιλήψεις των μητέρων (UNICEF/WHO 1990).

Τα κυριότερα σημεία της διακήρυξης είναι:

1. Όλες οι κυβερνήσεις έπρεπε να ορίσουν Επιτροπή Μητρικού θηλασμού έως το 1995.



2. Σε όλα τα μαιευτήρια θα πρέπει να εφαρμόζονται τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό».

3. Σε όλα τα μαιευτήρια θα πρέπει να εφαρμόζεται ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

4. Να εφαρμοστεί ευεργετική νομοθεσία για της μητέρες που θηλάζουν.

#### **1.6.4. «Πρωτοβουλία «Φιλικά για τα Βρέφη-Νοσοκομεία»**

Η Πρωτοβουλία «Φιλικά για τα Βρέφη-Νοσοκομεία» είναι ακόμη μια προσπάθεια για την προστασία, προαγωγή και στήριξη του μητρικού θηλασμού. Για να χαρακτηριστεί ένα νοσοκομείο ως φιλικό προς τα βρέφη θα πρέπει:

1. Να εφαρμόζονται τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό».

2. Να εφαρμόζεται ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

3. Να υποστηρίζονται οι σχετικές συστάσεις για τις οροθετικές μητέρες, για τις οποίες συστήνεται ο θηλασμός ως και 12 μήνες εφόσον λαμβάνουν τόσο οι ίδιες όσο και τα βρέφη τους αντιρετροϊκά φάρμακα, ενώ μελέτες έδειξαν ότι τους πρώτους 6 μήνες μειώνεται ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού σε σχέση με τα βρέφη που λαμβάνουν μεικτή διατροφή (WHO 2010).

4. Να παρέχεται φιλική για τη μητέρα φροντίδα.

5. Να εκτιμάται κάθε χρόνο αν εξακολουθεί και πληρεί τις προϋποθέσεις (UNICEF/WHO 2009).

Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται ότι τα μαιευτήρια που εφαρμόζουν την πρωτοβουλία αυτή συμβάλουν στην αύξηση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και στη καλύτερη υγεία των βρεφών (Kramer *et al.* 2008).

#### **1.6.5. Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού**

Η Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, την πρώτη εβδομάδα του Νοεμβρίου για την Ελλάδα, είναι υψίστης σημασίας για την προαγωγή του θηλασμού καθώς προωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο τον θηλασμό μέσω διαφόρων δράσεων (π.χ. δημόσιος θηλασμός) από τις



Εικόνα 14. Σύνθημα εβδομάδας μητρικού θηλασμού 2019  
Πηγή: [www.lllgreece.org](http://www.lllgreece.org)

οποίες αναδύονται τα οφέλη τόσο για τα νεογνά και τα βρέφη όσο και για της μητέρες τους. Θα μπορούσε κανείς να πει ότι έχει ένα χαρακτήρα πληροφόρησης και επιμόρφωσης που προωθείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), την Παγκόσμια Συμμαχία για τον Μητρικό Θηλασμό (WABA) και τη UNICEF.

#### **1.6.6. Εθνικές πολιτικές**

Η Ελλάδα, έχει αναγνωρίσει την αναγκαιότητα σε ένα βαθμό του μητρικού θηλασμού αλλά και λόγω έντονων πιέσεων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την Unicef, τους Μαιευτικούς Συλλόγους, τις μητέρες και τις οικογένειες τους μέσω Υπουργικών Αποφάσεων εκδίδονται νομοθετικές διατάξεις για την προαγωγή και προστασία του. Είναι καθημερινό φαινόμενο όμως οι διατάξεις αυτές να παραβιάζονται. Η πρώτη επίσημη θέση της Ελληνικής κοινωνίας για τον θηλασμό, έρχεται το 1926, με το εγχειρίδιο του παιδίατρου και προέδρου του πατριωτικού ιδρύματος περίθαλψης, Α. Δοξιάδη με τίτλο « Γράμματα προς τις μητέρες» που προτρέπει όλες τις μητέρες να θηλάζουν (Δοξιάδης, 1926).

Με βάση το άρθρο 21 παρ. 1 του Συντάγματος, προστατεύονται τόσο η μητρότητα όσο και η παιδική ηλικία, ενώ στην παρ. 3 του ίδιου άρθρου αναφέρεται η υποχρέωση του Κράτους απέναντι σε νομικά πρόσωπα δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου, για μέτρα που θα βοηθούν την μητέρα, θα προστατεύουν το δικαίωμα του παιδιού στο θηλασμό και θα στηρίζουν την βέλτιστη υγεία με την πρόληψη και τη θεραπεία.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το 1993 αποδέχτηκε τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και το 1995 με την υπ' αριθμ. Πρωτ. 3γ/3618/9.10.1995 γνωστοποιεί τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Unicef, υποστηρίζει ότι οι μητέρες θα πρέπει να εκπαιδεύονται και να ενθαρρύνονται να θηλάζουν από την πρώτη ώρα, ενώ απαγορεύεται η διαφήμιση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος στα μαιευτήρια, στηρίζεται η συνδιαμονή μητέρας – βρέφους 24 ώρες το 24ωρο και να δίνεται ξένο γάλα μόνο για ιατρικό λόγο.

Ακόμη το 1990, σύμφωνα με την Διακήρυξη Innoceti, οι κυβερνήσεις έπρεπε να ορίσουν Επιτροπή Μητρικού θηλασμού έως το 1995, έτσι στην Ελλάδα ορίστηκε με την υπ' αριθμ. 3γ/οικ. 5311/20-7-1993 Υπουργική απόφαση η πρώτη Επιτροπή Μητρικού θηλασμού και με την υπ' αριθμ. 1δ/οικ.57387/2-6-2005 Υπουργική απόφαση όπου το Ινστιτούτο Υγείας και Παιδιού ορίζεται ως εθνικός συντονιστής και μέσω του Ε.Σ.Π.Α, υλοποιεί την Οριζόντια Πράξη «Αλκυόνη: εθνική πρωτοβουλία προαγωγής

μητρικού θηλασμού», η οποία επιδιώκει την ουσιαστική προαγωγή του μητρικού θηλασμού μέσα από διάφορες δράσεις.

Ακόμη από το 1996, με την την υπ' αριθμ. 3γ/οικ. 4320/20-9-1996 διεξάγεται στην χώρα μας, η εβδομάδα μητρικού θηλασμού την πρώτη εβδομάδα του Νοεμβρίου.

Η νομοθετική θεσμοθέτηση γίνεται με τον νόμο 4316/2014 (ΦΕΚ Α' 270/24-12-2014), ο οποίος περιέχει τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό», τον «Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και την Διακήρυξη Innoceti.

Παράλληλα καθιερώνεται η δωρεάν χορήγηση του Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού με την υπ. αριθμ. 2α/οικ.5648/27.11.1976 «Περί καθιέρωσης Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού», την υπ. αριθμ. 2 Απόφαση της 216ης /26.6.2008 ολομέλειας του ΚΕΣΥ, η οποία έγινε αποδεκτή από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και την παράγραφο 3Δ του άρθρου 19 του Π.Δ 106/2014 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» και το οποίο περιέχει υλικό για τα οφέλη και την αξία του μητρικού θηλασμού.

Το 2017, κατόπιν υπουργικής απόφασης ΦΕΚ 21/27/21.06.2017, αποφασίστηκε να υπάρχει έγγραφη συναίνεση της μητέρας για τη χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος στα νεογνά εντός των νοσοκομείων και μαιευτηρίων. Ουσιαστικά, οι μητέρες θα πρέπει να ενημερώνονται πλήρως από τους επαγγελματίες υγείας για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και για τους κινδύνους από την χορήγηση υποκατάστατου αν δεν συντρέχει ιατρικός λόγος για να χορηγηθεί και να υπάρχει έγγραφη συναίνεση της μητέρας για αυτό. Έτσι, δεν θα χορηγείται υποκατάστατο αν δεν υπάρχει ιατρικός λόγος ή αν δεν υπάρχει αντίστοιχη συναίνεση από την μητέρα.

Ένας παράγοντας που οδηγεί στα χαμηλά ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού έως τον 6<sup>ο</sup> μήνα ζωής είναι ότι από πολύ νωρίς πραγματοποιείται η εισαγωγή στερεών/ημιστερεών τροφών που αρχίζει ήδη από τον 3<sup>ο</sup> συμπληρωμένο μήνα ζωής, ενώ τον 5<sup>ο</sup> μήνα το 41% των βρεφών έχει ήδη λάβει στερεές/ημιστερεές τροφές ή χυμό φρούτων. Για τον λόγο αυτό συστάθηκε η εγκύκλιος Δ1β/ΓΠοικ 68210/11-09-2018 (ΑΔΑ: 6ΡΔΛ465ΦΥΟ-1ΤΤ) με θέμα «Συστάσεις για την εισαγωγή στερεών τροφών στον 1ο χρόνο της ζωής». Το Υπουργείο Υγείας με την παραπάνω εγκύκλιο συνιστά σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που καλούνται να συμβουλευσουν τους γονείς και φροντιστές αναφορικά με την εισαγωγή στερεών τροφών στα βρέφη (όπως παιδίατρος, γενικούς γιατρούς, διαιτολόγους, επισκέπτες υγείας κλπ), να χρησιμοποιούν τις «Συστάσεις για την εισαγωγή στερεών τροφών στον 1ο χρόνο της ζωής» κατά στην οποία υπογραμμίζεται έντονα ότι «τα βρέφη πρέπει να θηλάζουν

αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους, για να έχουν την ιδανική αύξηση, ανάπτυξη και υγεία» και ότι «η εισαγωγή στερεών τροφών συνιστάται να γίνεται στο 2<sup>ο</sup> εξάμηνο της ζωής, δηλαδή με τη συμπλήρωση των 6 μηνών ζωής, ενώ σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γίνεται πριν τη συμπλήρωση των 4ων μηνών ζωής».

Με την Υπουργική Απόφαση με αριθμ. Γ5α/Γ.Π.οικ. 26911/2019, ΦΕΚ 1355/Β/19-4-2019 και θέμα «Εκπαίδευση στην ιατρική εξειδίκευση της εντατικής νοσηλείας νεογνών», γίνεται σαφές ότι ο μητρικός θηλασμός θα πρέπει να διδάσκεται κατά την ιατρική εξειδίκευση της εντατικής νοσηλείας νεογνών.

Τέλος, με την Υπουργική Απόφαση αριθμ. Δ1β/Γ.Π.οικ. 43457/2019, ΦΕΚ 2365/Β/18-6-2019 με θέμα «Όροι και προϋποθέσεις αναγνώρισης, διαδικασίες ανάπτυξης, κριτήρια, δείκτες και διαδικασία αξιολόγησης, και εποπτεία των «Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων», πραγματοποιείται ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων αναγνώρισης, των διαδικασιών ανάπτυξης, των κριτηρίων, δεικτών και διαδικασιών αξιολόγησης, καθώς και της εποπτείας των «Φιλικών προς τα Βρέφη-Νοσοκομεία».

#### **1.6.6.1. Νόμος 4316/2014**

Ο νόμος 4316/2014 (ΦΕΚ Α' 270/24-12-2014), ο οποίος περιέχει τα «Δέκα Βήματα για επιτυχή Μητρικό θηλασμό», τον «Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και την Διακήρυξη Innoceti θεσμοθετήθηκε για την προώθηση:

1. Χώρων θηλασμού στην κοινότητα και την εργασία. Θα πρέπει να υπάρχουν χώροι θηλασμού σε όλους τους δημόσιους χώρους, ενώ σε εργαζόμενες είτε ιδιωτικού είτε δημόσιου τομέα θα πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα άντλησης και αποθήκευσης μητρικού γάλακτος σε χώρο θηλασμού όπου οι χώροι αυτοί θα υπόκεινται σε συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις τόσο για την ίδρυση οργάνωση και λειτουργία όσο και για την εποπτεία τους.

2. Προώθηση της πρωτοβουλίας «Φιλικά για τα Βρέφη-Νοσοκομεία».

3. Δημιουργία τραπεζών Γάλακτος.

4. Υποστήριξη πρόσβασης σε συνεχή υποστήριξη και φροντίδα γονέων και βρεφών μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

5. Σύσταση «Μητρών Επιμορφωτών» στο Υπουργείο Υγείας.

Με το άρθρο 80 Ν. 4368/2016 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 37 τ. Α' 21-02-16 προστίθεται μια ακόμη παράγραφος:

6. Καθορισμός κάθε άλλου μέτρου, δράσης ή προγράμματος για την προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

#### **1.6.6.2. Πολιτική στον εργασιακό χώρο**

##### **Δημόσιος Τομέας**

Με βάση το άρθρο 52 «άδειες μητρότητας» του ν. 3528/2007 «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων, Πολιτικών και Διοικητικών Υπαλλήλων» (ΦΕΚ 26/τ. Α'/9-02-2007) και το άρθρο 53 «Διευκολύνσεις υπαλλήλων με οικογενειακές υποχρεώσεις», οι μητέρες έχουν την δυνατότητα με πλήρεις αποδοχές να λάβουν άδεια 12 μηνών μετά τον τοκετό ή να λάβουν μειωμένο ωράριο και δυνατότητα άντλησης γάλακτος πριν και μετά την λήξη του ωραρίου αλλά δεν αποσαφηνίζεται εάν θα μπορούσαν να κάνουν αμελξή ή άντληση.

##### **Ιδιωτικός τομέας**

Με βάση τις διατάξεις του άρθρου 9 της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας (ΕΓΣΣΕ) 1993 με την «Άδεια θηλασμού και φροντίδας παιδιών», του άρθρου 6 της ΕΓΣΣΕ 2002-2003 το οποίο κυρώθηκε από τις διατάξεις του άρθρου 7 του νόμου 3144/03, των άρθρων 8 και 9 της ΕΓΣΣΕ 2004-2005 και του άρθρου 2 της ΕΓΣΣΕ 2014, οι μητέρες έχουν την δυνατότητα με μειωμένες αποδοχές άδεια έως περίπου 13 μήνες αθροιστικά ή να λάβουν μειωμένο ωράριο και δυνατότητα άντλησης γάλακτος πριν και μετά την λήξη του ωραρίου αλλά και δυνατότητα διακοπής μια ώρας για θηλασμό, αμελξή ή άντληση γάλακτος. Συνεχώς με διάφορες συμβάσεις το καθεστώς μεταβάλλεται και με την αύξηση φαινομένων όπως ανεργία, ευέλικτες και εναλλακτικές μορφές απασχόλησης και ανασφάλιστη εργασία, δυσχεράνει το έργο των θηλαζουσών γυναικών και έχοντας σαν αποτέλεσμα την διακοπή του.

## **Ελεύθεροι επαγγελματίες**

Οι ελεύθεροι επαγγελματίες σύμφωνα με το νόμο 3655/08 και το άρθρο 141, θεσπίστηκε για πρώτη φορά μείωση κατά 50% των εισφορών κλάδου κύριας σύνταξης που τις βαρύνουν κατά τους πρώτους 12 μήνες που έπονται εκείνου της γέννησης κάθε παιδιού για της μητέρες. Ακόμη χορηγείται επίδομα μητρότητας ύψους 150€ για τέσσερις μήνες από τον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ). Τα παραπάνω μέτρα δόθηκαν έτσι ώστε οι μητέρες να μπορούν να μένουν σπίτι και να θηλάζουν τα νεογνά τους.

### **1.7. Ανακεφαλαίωση**

Ο μητρικός θηλασμός είναι αδιαμφισβήτητα η καλύτερη τροφή για το βρέφος. Συνιστάται για την δημόσια υγεία, από την Unicef και τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας, ως η αποκλειστική τροφή του βρέφους έως του πρώτους έξι μήνες της ζωής του, έτσι ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη ανάπτυξη και υγεία του. Ο θηλασμός συνεχίζεται κατόπιν με την εισαγωγή συμπληρωματικών τροφών έως και τα δύο έτη ή και αργότερα. Παγκόσμιος στόχος είναι η αύξηση του ποσοστού του αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους 6 μήνες μέχρι το 50% τουλάχιστον έως το 2025. Ο μητρικός θηλασμός στην νεογνική και βρεφική ηλικία προάγει την υγιή και ιδανική αύξηση και ανάπτυξη. Ο μητρικός θηλασμός παρέχει τη δυνατότητα κοινωνικής, ψυχολογικής, αλλά και εκπαιδευτικής αλληλεπίδρασης. Ακόμη θέτει γερές βάσεις για την υγεία και τις ορθές διατροφικές συνήθειες.

Μέσω της σύντομης ιστορικής αναδρομής αναδύεται η αξία και η αναγκαιότητα του θηλασμού, η σπουδαιότητα του όποιου αντικατοπτρίζεται τόσο στην μυθολογία, στην φιλοσοφία και την τέχνη όσο και στις θρησκείες των λαών.

Το ανθρώπινο γάλα είναι αδιαμφισβήτητα η καλύτερη μέθοδος σίτισης του νεογνού σύμφωνα με πολυάριθμες μελέτες ενώ τα οφέλη του είναι αναρίθμητα τόσο για την υγεία και το ανοσοποιητικό σύστημα του νεογνού βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Αμέτρητα είναι τα οφέλη και για την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη υγεία για τις θηλάζουσες μητέρες. Τα οφέλη του θηλασμού όμως αντικατοπτρίζονται και στις οικογένειές, την κοινωνία, το περιβάλλον αλλά και στην οικονομία και το σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας.

Το παράδοξο είναι ότι τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού είναι ιδιαίτερα χαμηλά σε σχέση με τις διεθνείς τάσεις τόσο στη χώρα μας όσο και σε διεθνές επίπεδο. Στην Ελλάδα, με βάση την τελευταία μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού το 2016, το 66% των νεογνών θηλάζουν αποκλειστικά την πρώτη μέρα της ζωής τους, αλλά το ποσοστό μειώνεται στο 40% με την ολοκλήρωση του πρώτου μήνα της ζωής του βρέφους, πέφτει στο 27% στον τρίτο μήνα και φτάνει στο 0,8% στο έκτο μήνα. Ποσοστό που απέχει από τις διεθνείς συστάσεις.

Επιπρόσθετα, για την προστασία και προαγωγή του μητρικού θηλασμού έχουν θεσπιστεί ποικίλες πολιτικές προστασίας του τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΕΡΕΥΝΑ

### 2.1. Εισαγωγή

Η διεξαγωγή έρευνας είναι σημαντική για την εκτίμηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα την παρούσα χρονική περίοδο και την συγκριτική ανάλυση της με προηγούμενες χρονιές περιόδου, αναζητώντας τα αίτια που οδηγούν της γυναίκες να μην θηλάσουν ή να σταματήσουν τον θηλασμό.

Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα αποτελεί μια τυχαιοποιημένη δειγματοληψία με 117 γυναίκες που κατοικούν στην Ελλάδα και έχουν γεννήσει κατά την περίοδο Ιανουάριος - Απρίλιος 2019, για να έχουν συμπληρώσει παραπάνω από ένα χρόνο θηλασμού. Στόχοι της μελέτης είναι η εκτίμηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, ανά μήνα μέχρι και έπειτα τους 6 μήνες και η σχέση του με την συνιστώμενη συχνότητα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επιπρόσθετα γίνεται μια σύντομη συγκριτική ανάλυση με τα επίπεδα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού της παρούσας έρευνας και της Εθνικής Μελέτης Μητρικού Θηλασμού που είχε πραγματοποιηθεί το 2007 και αντίστοιχα το 2017 από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού αλλά και με την τήρηση των «10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό» αλλά και την συμμόρφωση με τον «Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και της πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία». Ακόμη θα γίνει συγκριτική αναφορά και στους παράγοντες για τους οποίους μια γυναίκα σταματά τον θηλασμό. Παράλληλα, πραγματοποιείται αναζήτηση των προσδιοριστικών παραγόντων της συχνότητας και της διακοπής του μητρικού θηλασμού.

Θα γίνει παρουσίαση της μεθοδολογίας της έρευνας, των αποτελεσμάτων της, της συγκριτικής ανάλυσης μεταξύ της παρούσας μελέτης και της Εθνικής Μελέτης Μητρικού Θηλασμού που είχε πραγματοποιηθεί το 2007 και αντίστοιχα το 2017 από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

### 2.2. Στόχοι

Πρώτος στόχος της μελέτης είναι η εκτίμηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, ανά μήνα μέχρι και έπειτα τους 6 μήνες και η σχέση του με τη συνιστώμενη συχνότητα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δηλαδή του ποσοστού του αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους 6 μήνες μέχρι το 50% τουλάχιστον.

Παράλληλα θα πραγματοποιηθεί σύντομη συγκριτική ανάλυση με τα επίπεδα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού της παρούσας έρευνας και της Εθνικής Μελέτης Μητρικού Θηλασμού που είχε πραγματοποιηθεί το 2007 και αντίστοιχα το 2017 από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού αλλά και με την τήρηση των «10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό» αλλά και την συμμόρφωση με τον «Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και της πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία». Ακόμη θα γίνει συγκριτική αναφορά και στους παράγοντες για τους οποίους μια γυναίκα σταματά τον θηλασμό.

Τέλος, στόχος είναι η αναζήτηση των προσδιοριστικών παραγόντων της συχνότητας και της διακοπής του μητρικού θηλασμού, για τον σχεδιασμό του κατάλληλου στρατηγικού σχεδιασμού και την υλοποίηση του στόχου των παγκόσμιων φορέων.

### **2.3. Δειγματοληψία**

Τυχαιοποιημένη δειγματοληψία χρησιμοποιήθηκε με την χρήση Google έρευνας και κοινοποίησης των ερωτηματολογίων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων 117, σε γυναίκες που κατοικούν στην Ελλάδα και έχουν γεννήσει κατά την περίοδο Ιανουάριος - Απρίλιος 2019, για να έχουν συμπληρώσει παραπάνω από ένα χρόνο θηλασμού. Η έρευνα διεξήχθη την περίοδο Απριλίου - Μάιου 2020.

Πρότυπο ένταξης: μητέρες που κατοικούν στην Ελλάδα και έχουν γεννήσει κατά την περίοδο Ιανουάριος-Απρίλιος 2019, για να έχουν συμπληρώσει παραπάνω από ένα χρόνο θηλασμού. Πρότυπο αποκλεισμού: μητέρες που έχουν γεννήσει άλλο διάστημα από το προαναφερόμενο.

Η συμμετοχή των μητέρων ήταν εθελοντική, μετά από ενημέρωσή τους για τους σκοπούς της έρευνας και επιβεβαίωση της διατήρησης του απορρήτου, των προσωπικών τους δεδομένων. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από τη μελέτη, οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

### **2.4. Μέθοδος**

Η έρευνα βασίστηκε στη χρήση Google Forms έρευνας και κοινοποίησης των ερωτηματολογίων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Η μέθοδος επιλέχθηκε λόγω των ευκολιών που παρουσιάζει, τόσο στη συλλογή όσο και στην ανάλυση, καθώς και της επιθυμίας συλλογής ενός όσο το δυνατόν μεγαλύτερου δείγματος, σε ένα σχετικά

σύντομο χρονικό διάστημα. Παράλληλα, οποιαδήποτε άλλη μέθοδος δεν μπορούσε να πραγματοποιηθεί την συγκεκριμένη χρονική περίοδο λόγω καραντίνας από την παγκόσμια έξαρση του κορονοϊού.

Η διαδικασία και η μέθοδος συλλογής των δεδομένων διενεργήθηκε αποκλειστικά από την ερευνήτρια, η οποία φρόντισε να τηρηθούν οι αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι, τηρώντας τους κανόνες της ιδιωτικότητας, της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των μητέρων, οι οποίες αποτέλεσαν τα υποκείμενα της έρευνας, καθώς και το δικαίωμά τους να μην υποστούν βλάβη, το δικαίωμα της αυτοαπόφασης όπως και εκείνο της πλήρους διαφάνειας.

Όλες οι μητέρες ενημερώθηκαν για το σκεπτικό της μελέτης, σχετικά με την προστασία της ιδιωτικής τους ζωής και την ανωνυμία των απαντήσεων τους στα ερωτηματολόγια που τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν. Όλα τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν για τη μελέτη αυτή ήταν εμπιστευτικά.

Πριν από τη συμμετοχή στη μελέτη, οι συμμετέχοντες γονείς είχαν την υποχρέωση να διαβάσουν μια εισαγωγή συγκατάθεσης που περιέγραφε το σκοπό και τη διαδικασία. Αν προχωρούσαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έδιναν την συγκατάθεση τους για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Τα ερωτηματολόγια δίνονταν σε ηλεκτρονική μορφή, με τη μορφή ενός συνδέσμου και οι απαντήσεις είναι πλήρως ανώνυμες. Στόχος ήταν να νιώσουν οι συμμετέχουσες, όσο αυτό ήταν δυνατό, περισσότερη ασφάλεια ότι κανένας, εκτός από την ερευνήτρια, δε θα έβλεπε αυτά που συμπλήρωσαν κι έτσι να μη διστάζουν να απαντήσουν με ειλικρίνεια.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο της Εθνικής Μελέτης που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας και Παιδιού το 2017, με εστίαση στις ερωτήσεις που θα έδιναν μια καλύτερη εικόνα σχετικά με την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων των στόχων.

Το εργαλείο δοκιμάστηκε στα πλαίσια του προελέγχου από 10 μητέρες (το δείγμα δεν είναι μέρος του τελικού δείγματος) προκειμένου να εξακριβωθεί ο βαθμός κατανόησης των ερωτήσεων και η αλληλουχία τους αλλά και τυχόν δυσλειτουργίες της ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Κατόπιν, πραγματοποιήθηκαν όλες οι απαραίτητες τροποποιήσεις και η τελική απόδοση του εργαλείου διανεμήθηκε στις μητέρες μέσω συνδέσμου στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (βλέπε Παράρτημα Π1 – Π12).

Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις κλειστού τύπου για να μπορεί η ερευνήτρια να ταξινομήσει και να επεξεργαστεί πιο εύκολα τις απαντήσεις και να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

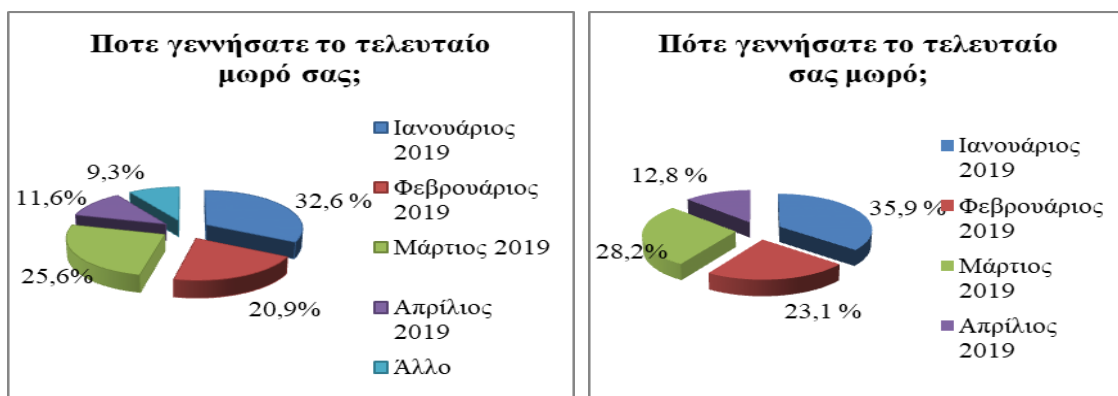
Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου είναι τα δημογραφικά στοιχεία και οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες και αποτελείται από 9 ερωτήσεις σε σχέση με την ηλικία, την εθνικότητα, το επίπεδο σπουδών, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή απασχόληση αλλά και την εργασιακή κατάσταση της μητέρας το διάστημα της εγκυμοσύνης και του θηλασμού και τέλος το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κατά προσέγγιση.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου είναι τα προγεννητικά - μεταγεννητικά στοιχεία και αποτελείται από 11 ερωτήσεις. Στο μέρος αυτό περιέχονται η ερώτηση ένταξης-αποκλεισμού, ερωτήσεις σε σχέση με πληροφορικά στοιχεία για τον τοκετό, την αντιμετώπιση του θηλασμού στο μαιευτήριο και την μονάδα εντατικής νοσηλείας, το είδος διατροφής, την διάρκεια και τους λόγους διακοπής του θηλασμού καθώς και το επίπεδο ενημέρωσης για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού.

## 2.5. Ανάλυση και αποτελέσματα

### 2.5.1. Συμμετέχοντες στην Έρευνα

Από τα 129 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν τα 12 απορρίφθηκαν λόγω του προτύπου ένταξης-προτύπου αποκλεισμού, δηλαδή είχαν συμπληρωθεί από γυναίκες που είχαν γεννήσει εκτός της περιόδου Ιανουάριος-Απρίλιος 2019.



Πηγή: Συγγραφέας

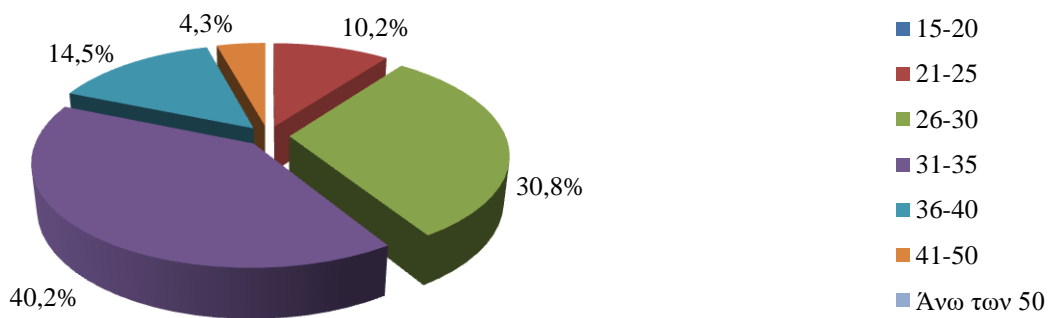
**Διάγραμμα 2.1**

**Ερώτηση ένταξης – αποκλεισμού : Πότε γεννήσατε το τελευταίο μωρό σας;**

## 2.5.2. Δημογραφικά στοιχεία - κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Σε σχέση με την ηλικία των μητέρων του δείγματος, το 40,2% αντιστοιχεί σε ηλικίες 31-35 ετών. Το 30,8% αντιστοιχεί σε ηλικίες 26-30 ετών, το 14,5% αντιστοιχεί σε ηλικίες 36-40 ετών, το 10,2% σε ηλικίες 21-25 ετών ενώ τέλος το 4,3% αφορά τις ηλικίες 41-50 ετών. Στο δείγμα δεν εμφανίστηκε ποσοστό που να αντιστοιχεί σε ακραίες ηλικίες όπως 15-20 ετών και άνω των 50 ετών.

### Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;



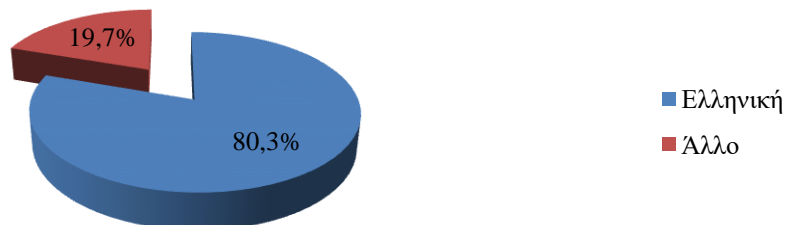
Πηγή: Συγγραφέας

### Διάγραμμα 2.2

### Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;

Όσον αφορά την εθνικότητα του δείγματος το 80,3% ήταν Ελληνική, ενώ το 19,7% ήταν άλλων εθνικοτήτων.

### Ποια είναι η εθνικότητά σας;

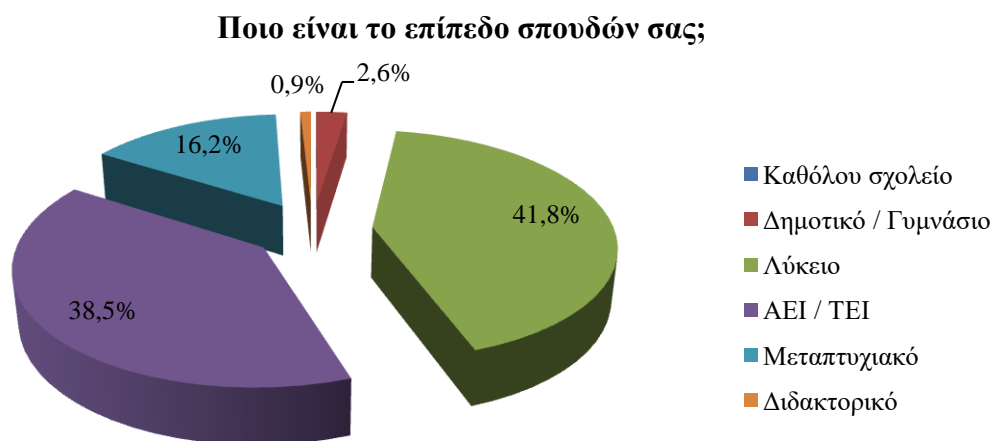


Πηγή: Συγγραφέας

### Διάγραμμα 2.3

### Ποια είναι η εθνικότητά σας;

Όλες οι γυναίκες του δείγματος είχαν πάει σχολείο. Το 41,8% των μητέρων ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 38,5% είχε μόρφωση λυκείου, το 16,2% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, το 3% είχε μόρφωση δημοτικού/ γυμνασίου ενώ μόνο το 0,9 % από αυτές ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος.



Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.4**

**Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;**

Ο τόπος μόνιμης κατοικίας του δείγματος ήταν για το 65% σε μεγάλο αστικό κέντρο – πρωτεύουσα, ενώ για το 35% ήταν κωμόπολη – χωριό.

**Ποιος είναι ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας;**



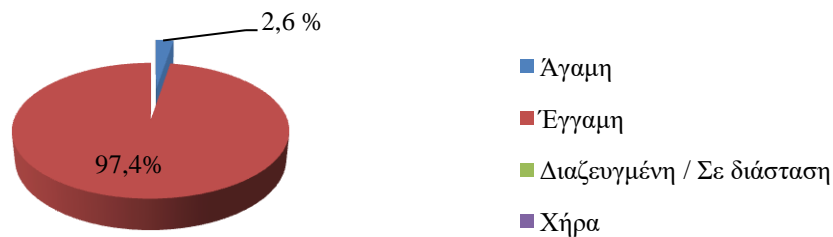
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.5**

**Ποιος είναι ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας;**

Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος ήταν για την συντριπτική πλειοψηφία 97,4% έγγαμη και 2,6% άγαμη.

### Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;



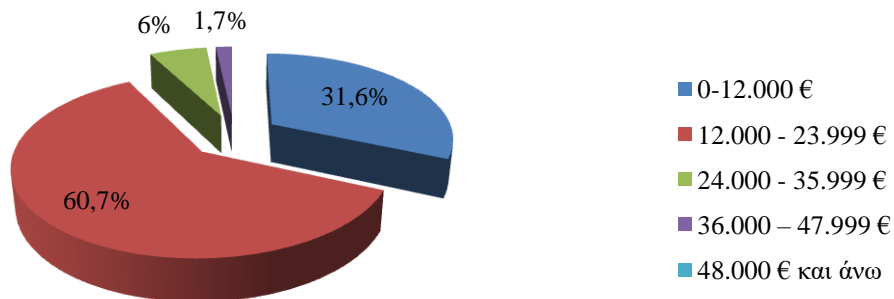
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.6**

### Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα παρουσίασε διάφορες διακυμάνσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό 60,7% να είναι στο ποσό 12.000-23.999€, το 31,6% στο 0-12.000€, το 6% στο 24.000-35.999€ και το 1,7% στο 36.000-47.999€. Καμία οικογένεια του δείγματος δεν παρουσίασε έσοδα 48.000€ και άνω.

### Ποιο είναι το ετήσιο εισόδημα την οικογένειά σας κατά προσέγγιση;



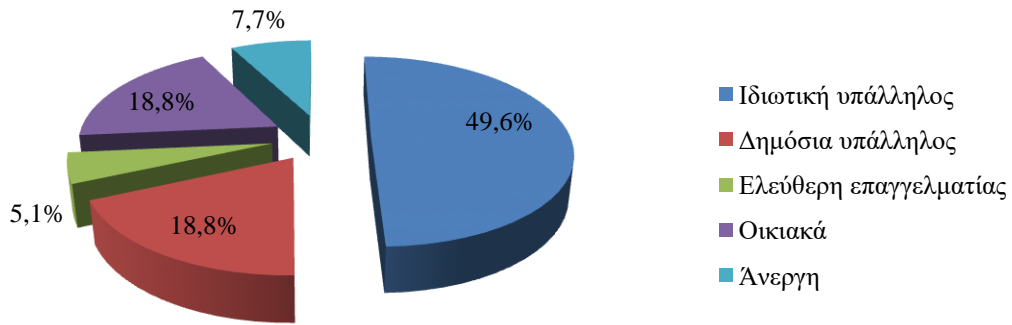
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.7**

### Ποιο είναι το ετήσιο εισόδημα την οικογένειά σας κατά προσέγγιση;

Όσον αφορά την εργασιακή απασχόληση των μητέρων το 49,6% απασχολείται στον ιδιωτικό τομέα, το 18,8 % αφορά τόσο τον δημόσιο όσο και τα οικιακά. Το 7,7% ήταν άνεργες και το 5,1% ήταν Ελευθερές επαγγελματίες.

### Ποια είναι η εργασιακή σας απασχόληση ;



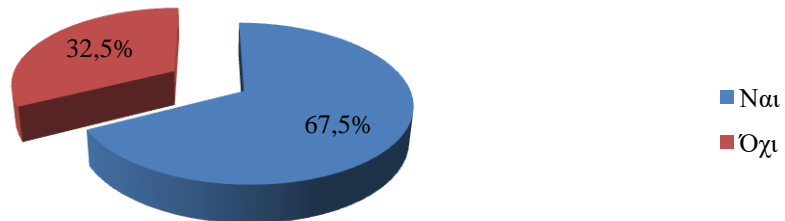
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.8**

### Ποια είναι η εργασιακή σας απασχόληση ;

Σε σχέση με την εγκυμοσύνη και την εργασία το 67,5% εργαζόταν στην εγκυμοσύνη ενώ το 32,5% δεν εργαζόταν.

### Εργαζόσασταν όσο ήσασταν έγκυος ;



Πηγή: Συγγραφέας

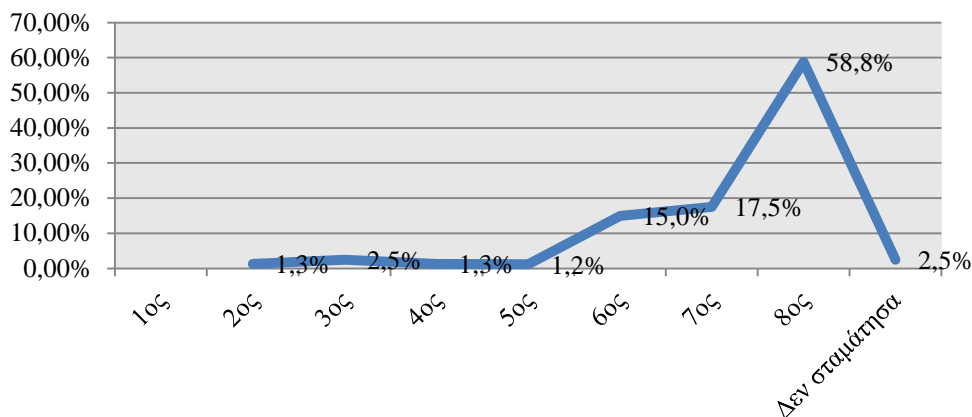
**Διάγραμμα 2.9**

### Εργαζόσασταν όσο ήσασταν έγκυος ;

Από το 67,5% που εργαζόταν το 1,3 % σταμάτησε να εργάζεται τον δεύτερο και τέταρτο μήνα, το 2,5% σταμάτησε να εργάζεται τον τρίτο μήνα, το 1,2 % τον πέμπτο μήνα, το 15% τον έκτο μήνα, το 17,5% τον έβδομο μήνα, το 58,8% τον όγδοο μήνα ενώ υπήρξε και ένα 2,5% που δεν σταμάτησε καθόλου να εργάζεται.



### Αν ναι, σε ποιο μήνα σταματήσατε να εργάζεστε;



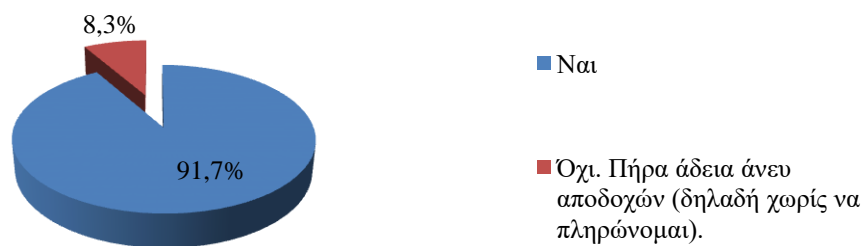
Πηγή: Συγγραφέας

### Διάγραμμα 2.10

### Αν ναι, σε ποιο μήνα σταματήσατε να εργάζεστε;

Από το 67,5% που εργαζόταν, το 91,7% πήρε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας, ή είχε μειωμένο ωράριο (συμπεριλαμβάνονται άδεια αναρρωτική, κύησης/τοκετού, λοχείας, γονική, εξαιρείται κανονική άδεια) και το 8,3% πήρε άδεια άνευ αποδοχών δηλαδή χωρίς να πληρώνονται.

### Αν ναι, πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας, ή έχετε μειωμένο ωράριο; (Συμπεριλαμβάνονται αναρρωτική, κύησης/τοκετού, λοχείας, γονική, εξαιρείται κανονική άδεια)

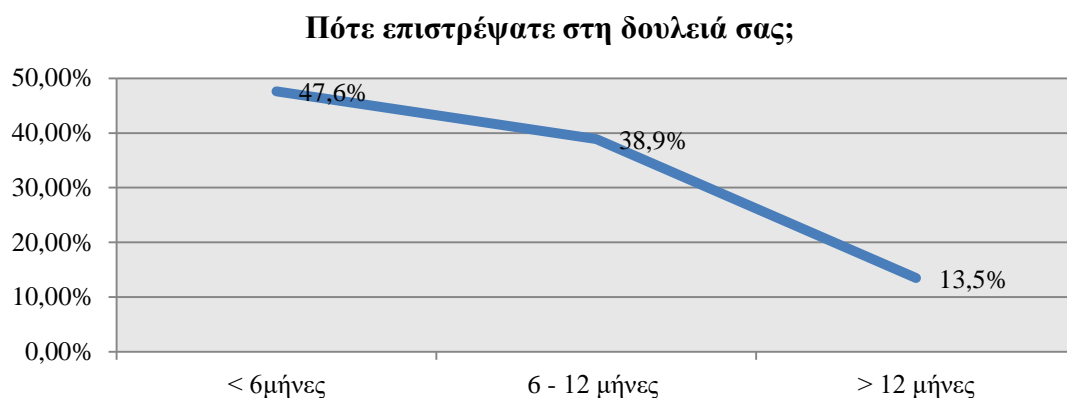


Πηγή: Συγγραφέας

### Διάγραμμα 2.11

### Αν ναι, πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας, ή έχετε μειωμένο ωράριο; (Συμπεριλαμβάνονται αναρρωτική, κύησης/τοκετού, λοχείας, γονική, εξαιρείται κανονική άδεια)

Σε σχέση με την ερώτηση το ποτέ γυρίσατε στην εργασία σας ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα, βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 47,6%, επέστρεψαν στην εργασία τους πριν τους 6 μήνες, το 38,9 % μεταξύ 6 και 12 μηνών και μόνο το 13,5% μετά τον ένα χρόνο.



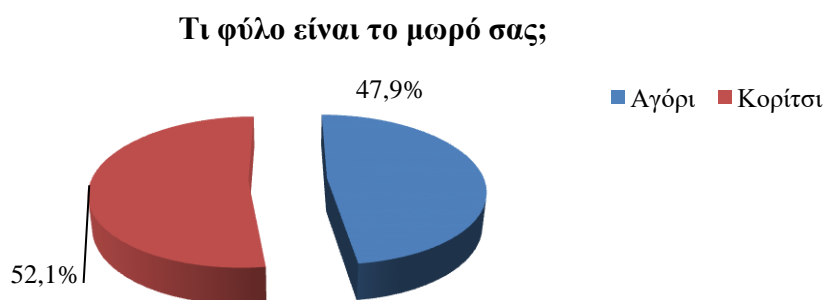
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.12**

**Πότε επιστρέψατε στη δουλειά σας;**

### 2.5.3. Προγεννητικά - μεταγεννητικά στοιχεία

Σε σχέση με την ερώτηση του φύλου των νεογνών, το 52,1% ήταν κορίτσια και το 47,9% αγόρια.

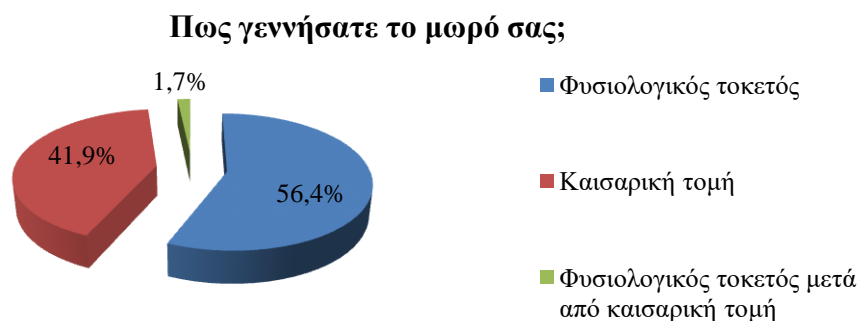


Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.13**

**Τι φύλο είναι το μωρό σας;**

Σε σχέση με τον τρόπο διεξαγωγής του τοκετού το 56,4% γέννησε φυσιολογικά, το 41,9% με καισαρική τομή και το 1,7% με φυσιολογικό τοκετό μετά από καισαρική τομή.



Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.14**

**Πως γεννήσατε το μωρό σας;**

Σε σχέση με τον τόπο διεξαγωγής του τοκετού το 74,4% γέννησε σε ιδιωτική κλινική ενώ το 25,6% σε δημόσιο νοσοκομείο. Καμία γυναίκα δεν γέννησε στο σπίτι από το δείγμα.



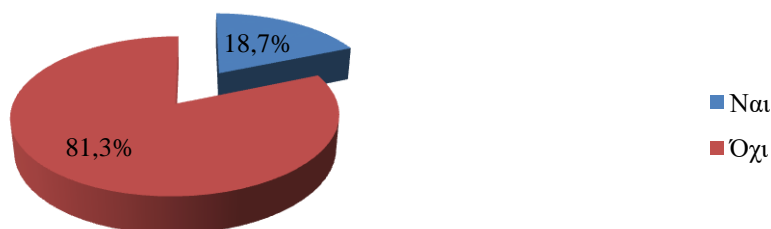
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.15**

**Που γεννήσατε το μωρό σας;**

Έτσι από το 100% του δείγματος, το 81,3 % των μητέρων δεν είχαν το μωρό όλο το 24ωρο στο ίδιο δωμάτιο (rooming in), ενώ μόλις το 18,8% το είχαν μαζί τους.

**Αν γεννήσατε στο μαιευτήριο, το μωρό σας βρισκόταν όλο το 24ωρο, στο ίδιο δωμάτιο με εσάς;**



Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.16**

**Αν γεννήσατε στο μαιευτήριο, το μωρό σας βρισκόταν όλο το 24ωρο στο ίδιο δωμάτιο με εσάς;**

Στην ερώτηση αν κατά την παραμονή στο μαιευτήριο ήρθαν σε επαφή με διαφημιστικό υλικό βρεφικού γάλακτος, αφίσες ή φυλλάδια ή τους δόθηκαν δωρεάν δείγματα βρεφικού γάλακτος, πιπίλες ή μπιμπερό, το 72,2 % του δείγματος απάντησε θετικά ενώ μόνο το 27,8 % αρνητικά.

**Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο ήρθατε σε επαφή με διαφημιστικό υλικό βρεφικού γάλακτος, αφίσες ή φυλλάδια ή σας δόθηκαν δωρεάν δείγματα βρεφικού γάλακτος, πιπίλες ή μπιμπερό;**



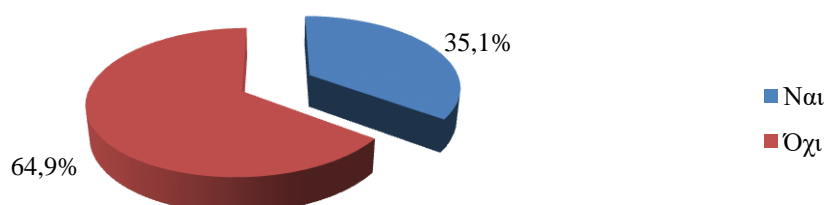
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.17**

**Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο ήρθατε σε επαφή με διαφημιστικό υλικό βρεφικού γάλακτος, αφίσες ή φυλλάδια ή σας δόθηκαν δωρεάν δείγματα βρεφικού γάλακτος, πιπίλες ή μπιμπερό;**

Ενώ όταν ερωτήθηκαν αν φεύγοντας από το μαιευτήριο σας δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα – σκόνη το 35,1% απάντησε θετικά και το 64,9% αρνητικά.

**Φεύγοντας από το μαιευτήριο σας δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα - σκόνη;**



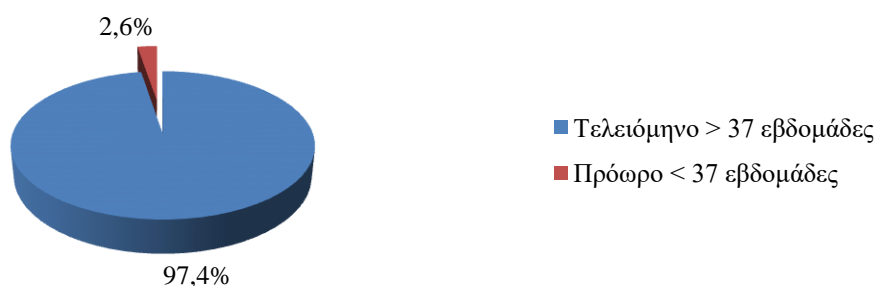
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.18**

**Φεύγοντας από το μαιευτήριο σας δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα - σκόνη;**

Το 97,4% των νεογνών γεννήθηκαν τελειόμηνα (> 37 εβδομάδων) ενώ το 2,6% γεννήθηκαν πρόωρα (<37 εβδομάδων).

**Το μωρό σας γεννήθηκε:**



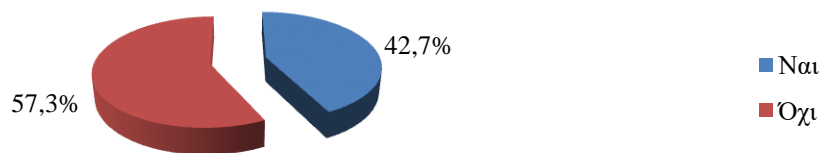
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.19**

**Το μωρό σας γεννήθηκε:**

Στην ερώτηση αν οι μητέρες θήλασαν τα νεογνά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό το 57,3% απάντησε αρνητικά ενώ το 42,7 % απάντησε θετικά.

### Θηλάσατε το μωρό σας μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό;



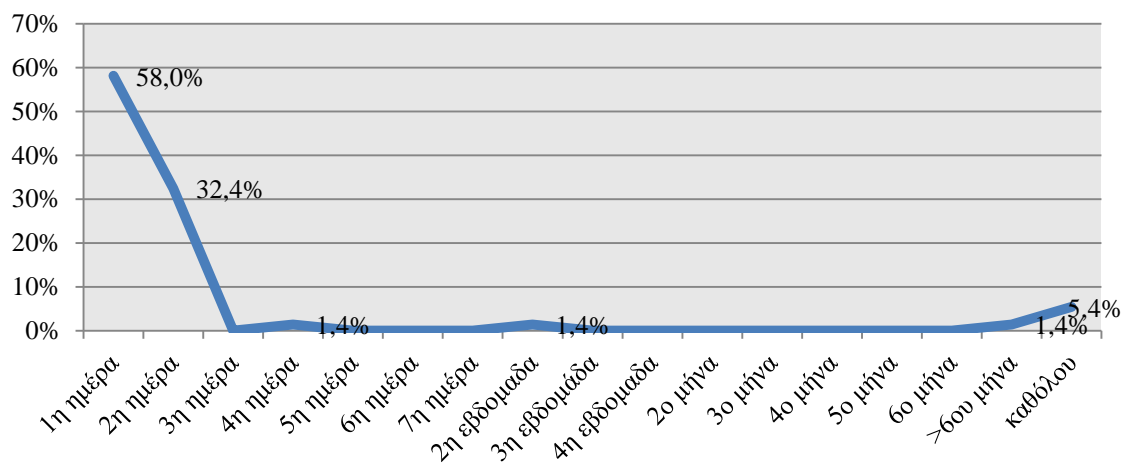
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.20**

### Θηλάσατε το μωρό σας μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό;

Από το 57,3% που απάντησε αρνητικά, το 58% θήλασε την πρώτη ημέρα, το 32,4% την δεύτερη, το 1,4% την τέταρτη ημέρα, την δεύτερη εβδομάδα και μετά τους έξι μήνες (επαναγαλακτίσμος ή τα νεογνά βρισκόταν στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) και ένα 5,4% δεν θήλασε καθόλου.

### Αν όχι, πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;



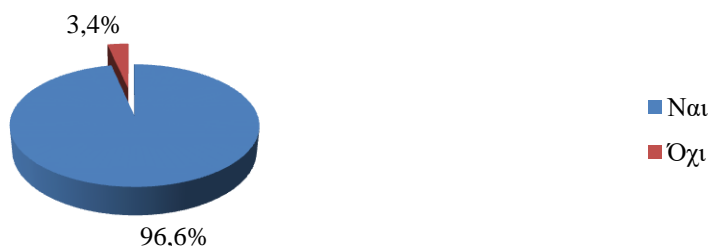
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.21**

### Αν όχι, πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;

Σε σχέση με την νοσηλεία των νεογνών σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) το 96,6% δεν νοσηλεύτηκε ενώ το 3,4% νοσηλεύτηκε.

**Χρειάστηκε το μωρό σας να μείνει σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN);**



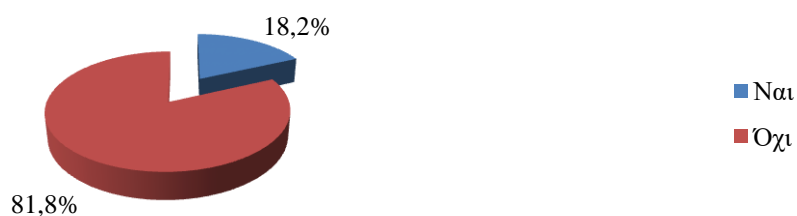
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.22**

**Χρειάστηκε το μωρό σας να μείνει σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN);**

Από το ποσοστό αυτό (3,4%) μόλις το 18,2% έδωσε μητρικό γάλα στα νεογνά ενώ το 81,8% όχι.

**Αν ναι, δώσατε μητρικό γάλα στο παιδί σας κατά την νοσηλεία στην MENN;**



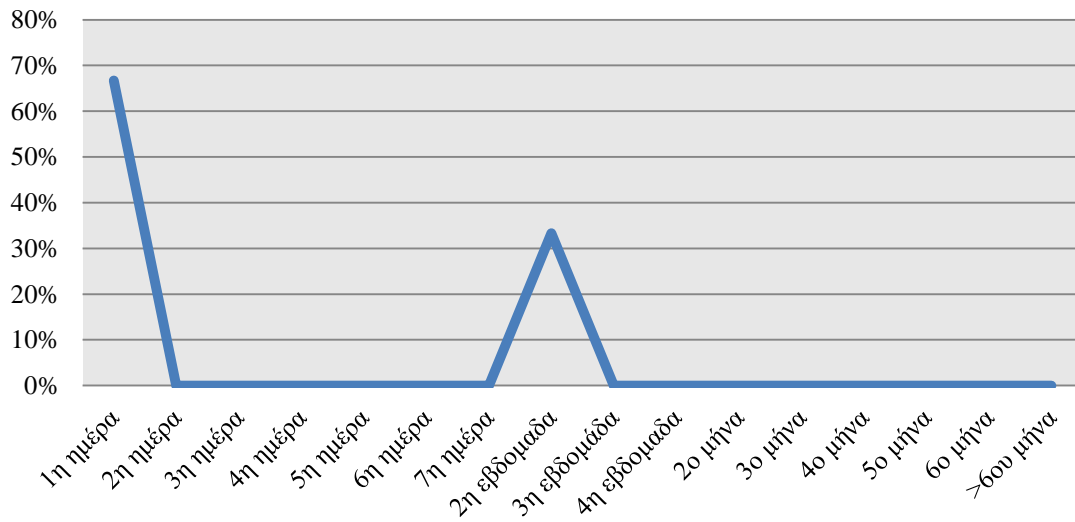
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.23**

**Αν ναι, δώσατε μητρικό γάλα στο παιδί σας κατά την νοσηλεία στην MENN;**

Από το 18,2% που έδωσε μητρικό γάλα στα νεογνά το 66,7% θήλασε τα νεογνά την πρώτη ημέρα ενώ το 33,3% την δεύτερη εβδομάδα.

**Αν ναι, πότε θηλάσατε για πρώτη φορά, το παιδί σας κατά την νοσηλεία του στην ΜΕΝΝ;**



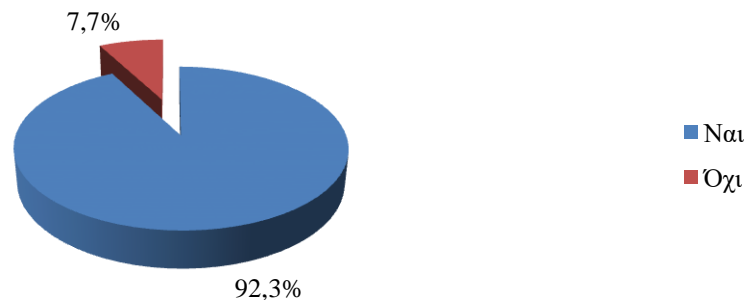
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.24**

**Αν ναι, πότε θηλάσατε για πρώτη φορά το παιδί σας κατά την νοσηλεία του στην ΜΕΝΝ;**

Το 92,3% των γυναικών θήλασαν/θηλάζουν τα μωρά τους, ενώ μόλις το 7,7% δεν θήλασε.

**Θηλάσατε / θηλάζετε το μωρό σας;**



Πηγή: Συγγραφέας

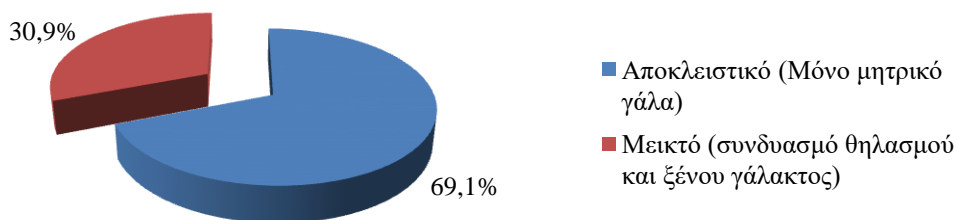
**Διάγραμμα 2.25**

**Θηλάσατε / θηλάζετε το μωρό σας;**

Από το 92,3% των γυναικών που θήλασαν το 69,1% έκανε αποκλειστικό θηλασμό, ενώ το 30,9% μεικτό.



### Αν ναι, τί είδους θηλασμό κάνατε/κάνετε;



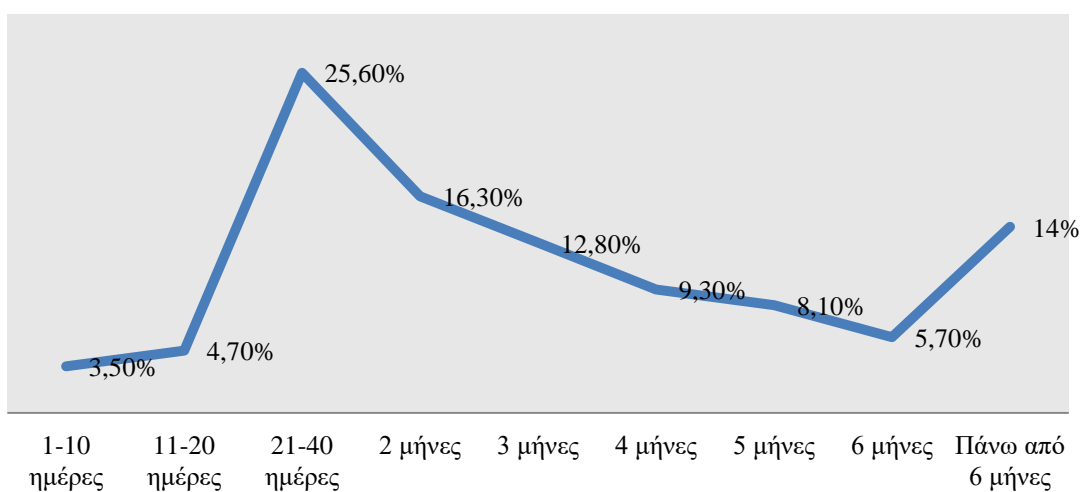
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.26**

### Αν ναι, τί είδους θηλασμό κάνατε/κάνετε;

Οι μητέρες που θήλασαν αποκλειστικά 3,5% για 1-10 ημέρες, 4,7% για 11-20 ημέρες, 25,6% για 21-40 ημέρες, 16,3% για 2 μήνες, 12,8% για 3 μήνες, 9,3% για 4 μήνες, 8,1% για 5 μήνες, 5,7% για 6 μήνες και μόλις το 14% πάνω από 6 μήνες.

### Αν θηλάσατε/ θηλάζετε αποκλειστικά, για πόσο χρονικό διάστημα το κάνατε/ κάνετε;



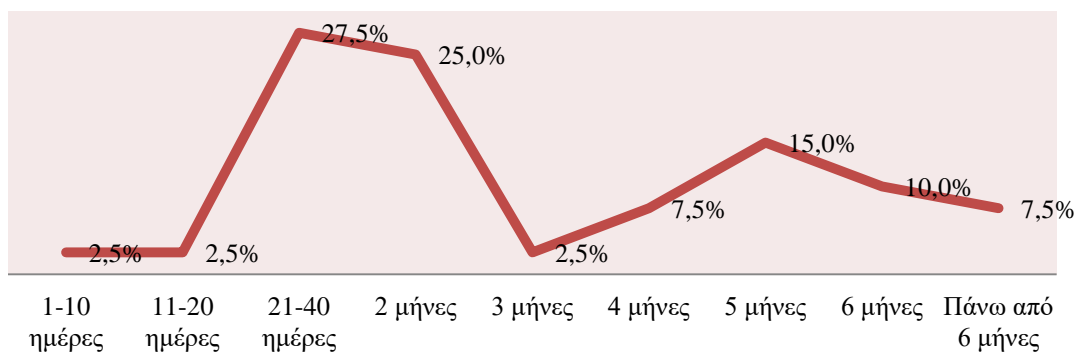
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.27**

### Αν θηλάσατε/ θηλάζετε αποκλειστικά, για πόσο χρονικό διάστημα το κάνατε/ κάνετε;

Οι μητέρες που θήλασαν με μεικτό θηλασμό 2,5% για 1-10 ημέρες, 2,5% για 11-20 ημέρες, 27,5% για 21-40 ημέρες, 25% για 2 μήνες, 2,5% για 3 μήνες, 7,5% για 4 μήνες, 15% για 5 μήνες, 10% για 6 μήνες και μόλις το 7,5 % πάνω από 6 μήνες.

**Αν θηλάσατε/ θηλάζετε με μεικτό θηλασμό, για πόσο χρονικό διάστημα το κάνατε/ κάνετε;**

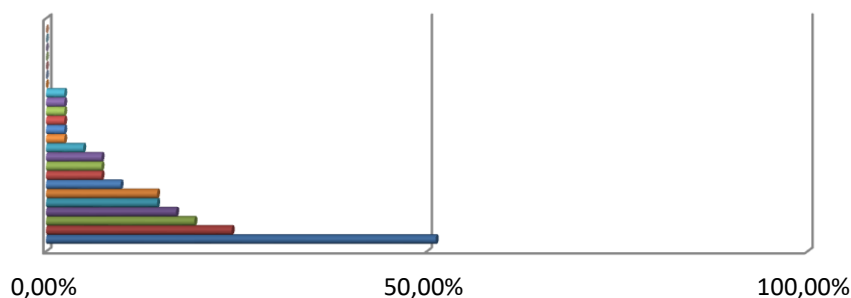


Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.28**

**Αν θηλάσατε/ θηλάζετε με μεικτό θηλασμό, για πόσο χρονικό διάστημα το κάνατε/ κάνετε;**

Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζονται οι πιο συχνοί λόγοι, κατά αύξουσα σειρά, για τους οποίους οι γυναίκες πραγματοποίησαν μεικτό θηλασμό έναντι του αποκλειστικού. Οι κυριότεροι λόγοι όπως φαίνεται και από το διάγραμμα είναι δυσκολίες θηλασμού, κούραση / άγχος / κατάθλιψη, ανεπαρκές γάλα, προβλήματα στήθους κ.α..



	Αν θηλάσατε/ θηλάζετε με μεικτό θηλασμό, σε ποιους από τους παρακάτω λόγους οφείλεται; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)
Οικογενειακά προβλήματα	0%
Αρρώστια μητέρας	0%
Πάνω από 6 μήνες	0%
Αρρώστια μωρού	0%
Ανησυχία για αισθητική εμφάνιση στήθους	0%
Πολύδυμη κύηση	0%
Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού	0%
Άλλο	2,40%
Ο γιατρός/μαία/νοσοκόμα μου το πρότειναν	2,40%
Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους	2,40%
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)	2,40%
Προωρότητα	2,40%
Πέτρωμα/σπάργωμα στήθους	2,40%
Κάπνισμα	4,90%
Συγγενικά πρόσωπα μου είπαν να μη θηλάσω	7,30%
Επιστροφή στην εργασία	7,30%
Εισέχουσες θηλές	7,30%
Υποχρεώσεις στο σπίτι/ άλλα παιδιά	9,80%
Ανησυχία για την ποσότητα που λαμβάνει	14,60%
Μαστίτιδα	14,60%
Τραυματισμός θηλών	17,10%
Ανεπαρκές γάλα	19,50%
Κούραση/άγχος/κατάθλιψη	24,40%
Δυσκολίες στην αρχή του θηλασμού	51,20%

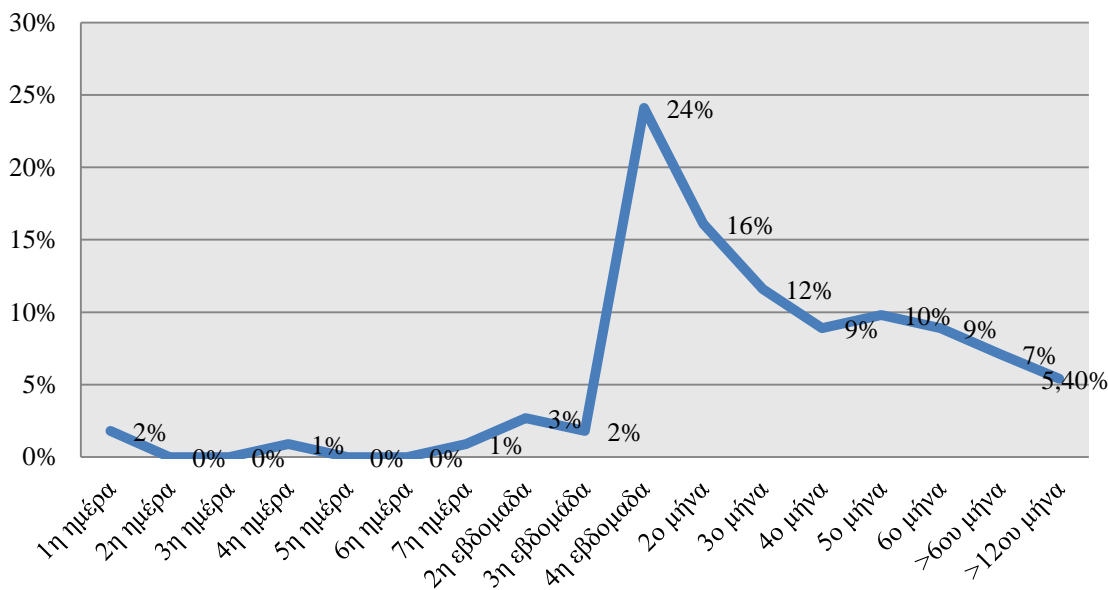
Πηγή: Συγγραφέας

### Διάγραμμα 2.29

**Αν θηλάσατε/ θηλάζετε με μεικτό θηλασμό, σε ποιους από τους παρακάτω λόγους οφείλεται; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)**

Στην ερώτηση πότε σταμάτησε /θα σταματήσει μια γυναίκα τον θηλασμό (είτε αποκλειστική, είτε μεικτό), το 1,8% σταμάτησε την πρώτη ημέρα, το 0,9% την τέταρτη ημέρα, το 0,9% την έβδομη ημέρα, το 2,7% την δεύτερη εβδομάδα, το 1,8% την τρίτη εβδομάδα, 24,1 % σταμάτησε τον πρώτο μήνα, το 16,1% τον δεύτερο μήνα, το 11,6% τον τρίτο μήνα, το 8,9% τον τέταρτο μήνα, το 9,8% τον πέμπτο μήνα, το 8,9% τον έκτο μήνα, πάνω από 6 μήνες το 7,1% ενώ πάνω από 12 μήνες το 5,4%.

#### **Αν θηλάσατε πότε σταματήσατε / θα σταματήσετε τον θηλασμό;**

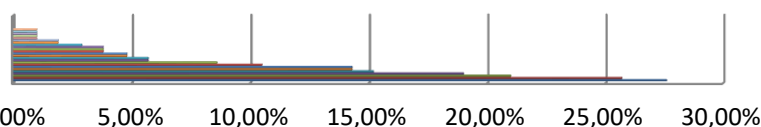


Πηγή: Συγγραφέας

#### **Διάγραμμα 2.30**

#### **Αν θηλάσατε πότε σταματήσατε / θα σταματήσετε τον θηλασμό;**

Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζονται οι πιο συχνοί λόγοι, κατά αύξουσα σειρά, για τους οποίους οι γυναίκες σταματούν ή δεν πραγματοποιούν θηλασμό. Οι κυριότεροι λόγοι όπως φαίνεται και από το διάγραμμα είναι δυσκολίες θηλασμού, κούραση / άγχος / κατάθλιψη, θεώρησα ότι το μωρό μου θήλασε αρκετά, ανεπαρκές γάλα, προβλήματα στήθους, επιστροφή στην εργασία κ.α..



0,00% 5,00% 10,00% 15,00% 20,00% 25,00% 30,00%

Αν σταματήσατε να θηλάζετε ή δεν θηλάσατε καθόλου, σε ποιους από τους παρακάτω λόγους οφείλεται; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)

■ Οικογενειακά προβλήματα	0,00%
■ Φάρμακα	0,00%
■ Ο γιατρός/μαία/νοσοκόμα μου είπαν να μη θηλάσω άλλο / καθόλου	0,00%
■ Αρρώστια μωρού	0,00%
■ Πολύδυμη κύηση	0,00%
■ Άλλο	1,00%
■ Ο σύντροφός μου δεν ήθελε να θηλάσω άλλο	1,00%
■ Το μωρό δεν ήθελε το γάλα μου	1,00%
■ Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)	1,00%
■ Αρρώστια μητέρας	1,00%
■ Προωρότητα	1,90%
■ Κάπνισμα	1,90%
■ Ανησυχία για αισθητική εμφάνιση στήθους	2,90%
■ Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους	3,80%
■ Δεν ήθελα/ προσωπικοί λόγοι	3,80%
■ Εισέχουσες θηλές	3,80%
■ Συγγενικά πρόσωπα μου είπαν να μη θηλάσω	4,80%
■ Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού	4,80%
■ Δεν ήξερα πώς να το κάνω, δεν μου έδειξε κάποιος	5,70%
■ Πέτρωμα/σπάργωμα στήθους	5,70%
■ Ανησυχία για την ποσότητα που λαμβάνει	8,60%
■ Υποχρεώσεις στο σπίτι/ άλλα παιδιά	10,50%
■ Επιστροφή στην εργασία	14,30%
■ Μαστίτιδα	14,30%
■ Τραυματισμός θηλών	15,20%
■ Ανεπαρκές γάλα	19,00%
■ Πάνω από 6 μήνες / Θεώρησα ότι το μωρό μου θηλάσσει αρκετά/επαρκώς	21,00%
■ Κούραση/Κατάθλιψη/Άγχος	25,70%
■ Δυσκολίες στην αρχή του θηλασμού	27,60%

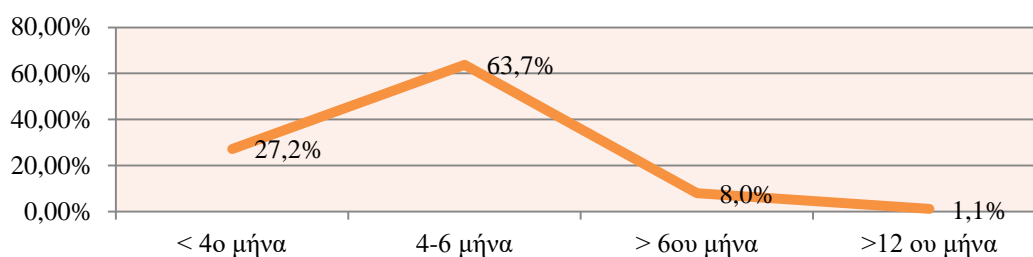
Πηγή: Συγγραφέας

### Διάγραμμα 2.31

**Αν σταματήσατε να θηλάζετε ή δεν θηλάσατε καθόλου , σε ποιους από τους παρακάτω λόγους οφείλεται; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)**

Στην ερώτηση για το πότε έγινε από τα νεογνά – βρέφη η λήψη χαμομηλιού, τσαγιού, νερού, ζαχαρόνερου ή άλλου ροφήματος ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα το 59,4% έλαβε πριν τον τέταρτο μήνα, το 31,5% μεταξύ τέταρτου και έκτου μήνα, το 8% μεταξύ έκτου και δωδέκατου μήνα, ενώ το 1,1% μετά τον δωδέκατο μήνα.

**Έλαβε το παιδί σας χαμομήλι, τσάι, νερό, ζαχαρόνερο ή άλλο ρόφημα; Αν ναι, πότε για πρώτη φορά;**



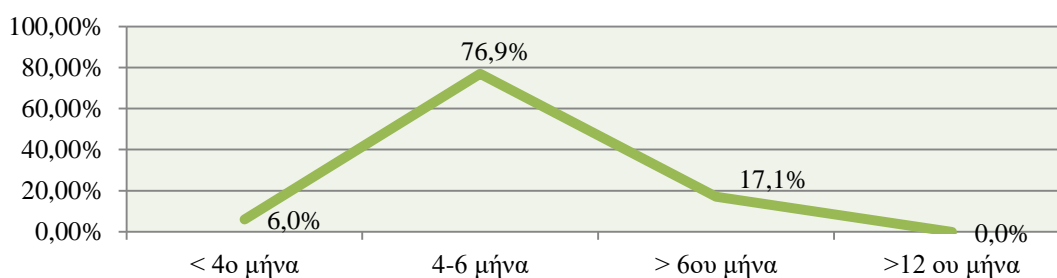
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.32**

**Έλαβε το παιδί σας χαμομήλι, τσάι, νερό, ζαχαρόνερο ή άλλο ρόφημα; Αν ναι, πότε για πρώτη φορά;**

Στην ερώτηση για το πότε έγινε από τα νεογνά – βρέφη η λήψη για πρώτη φορά φρουτόκρεμας, άλλης κρέμας, χυμού, λιωμένου φαγητού, ή στερεής τροφής ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα, το 6% έλαβε πριν τον τέταρτο μήνα, το 76,9% μεταξύ τέταρτου και έκτου μήνα, το 17,1% μεταξύ έκτου και δωδέκατου μήνα, ενώ κανένα μέρος του δείγματος δεν υπήρχε στο διάστημα μετά τον δωδέκατο μήνα.

**Πότε έλαβε για πρώτη φορά το παιδί σας φρουτόκρεμα, άλλη κρέμα, χυμό, λιωμένο φαγητό, ή στερεή τροφή;**



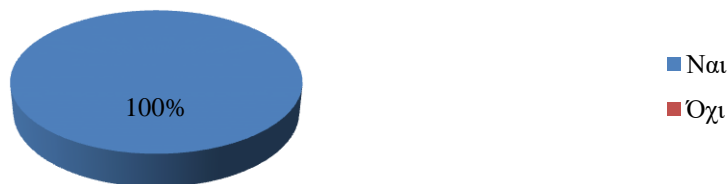
Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.33**

**Πότε έλαβε για πρώτη φορά το παιδί σας φρουτόκρεμα, άλλη κρέμα, χυμό, λιωμένο φαγητό, ή στερεή τροφή;**

Στην ερώτηση για το αν το δείγμα γνώριζε ή γνωρίζει τα οφέλη του μητρικού θηλασμού το 100% απάντησε θετικά.

**Γνωρίζετε ή γνωρίζεται τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;**

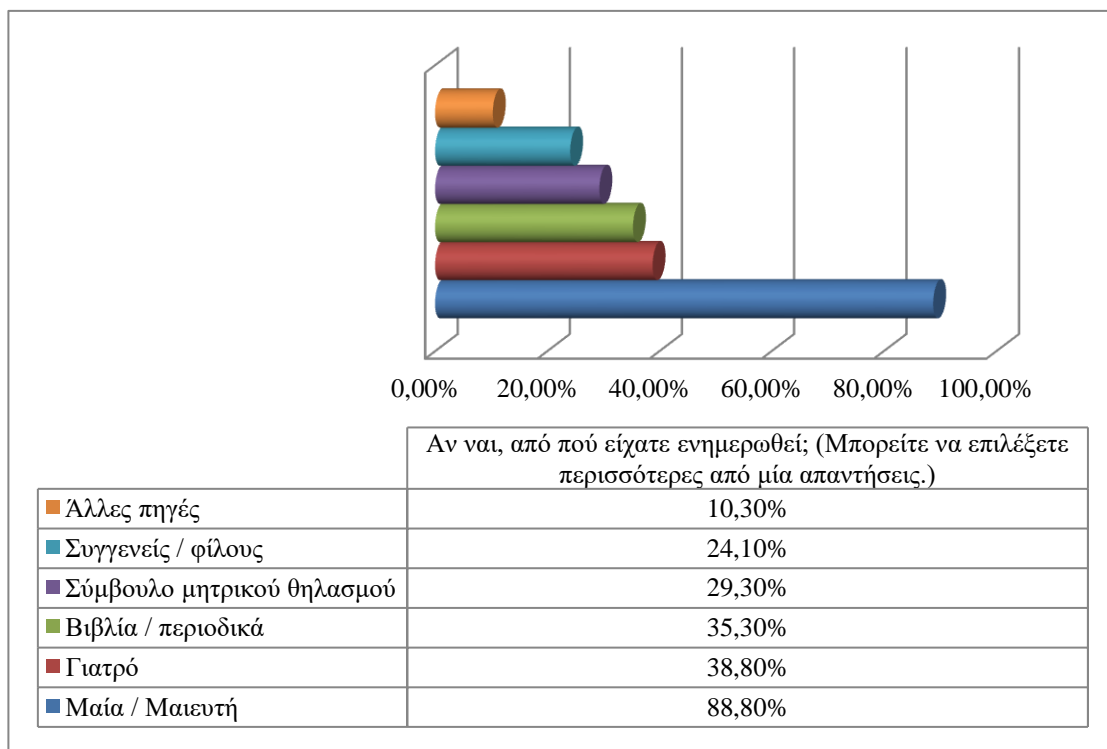


Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.34**

**Γνωρίζετε ή γνωρίζεται τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;**

Στο παρακάτω ραβδόγραμμα, παρουσιάζονται οι κύριες πηγές ενημέρωσης των γυναικών για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, με κυριότερη πηγή εκείνη της μαίας / του μαιευτή.

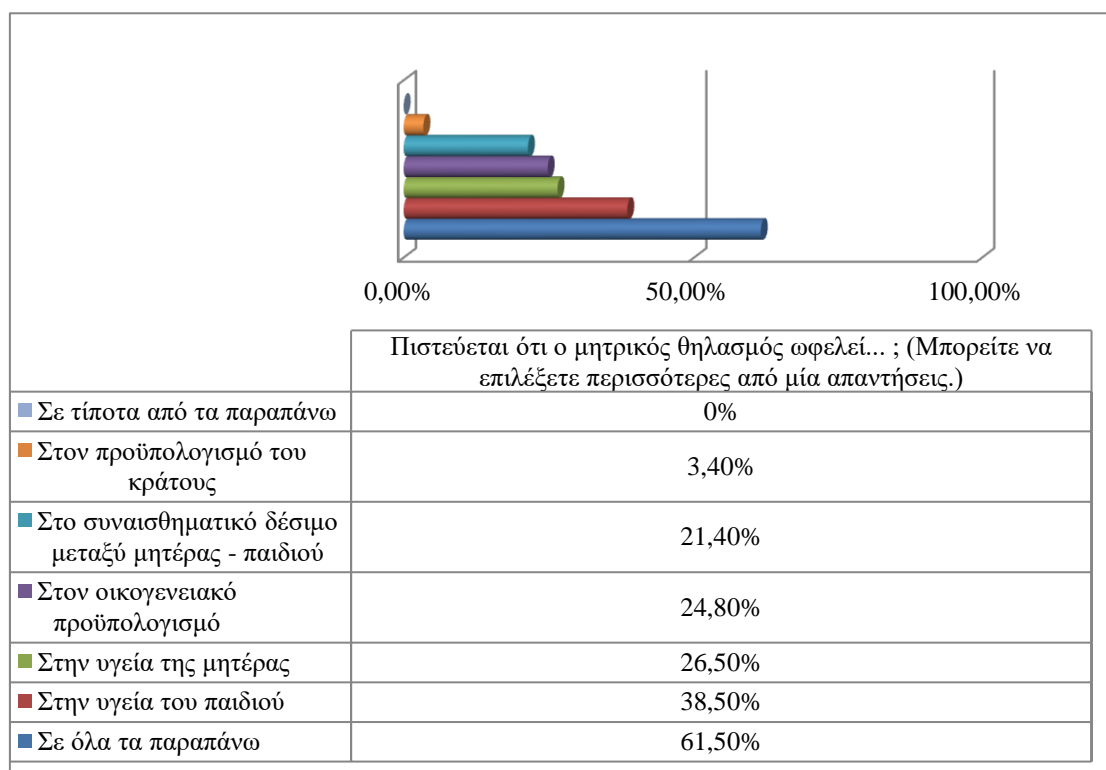


Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.35**

**Αν ναι, από πού είχατε ενημερωθεί; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)**

Στο παρακάτω ραβδόγραμμα, παρουσιάζονται οι γνώσεις, ως προς τα οφέλη του θηλασμού, των μητέρων.



Πηγή: Συγγραφέας

### Διάγραμμα 2.36

**Πιστεύεται ότι ο μητρικός θηλασμός ωφελεί... ; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)**

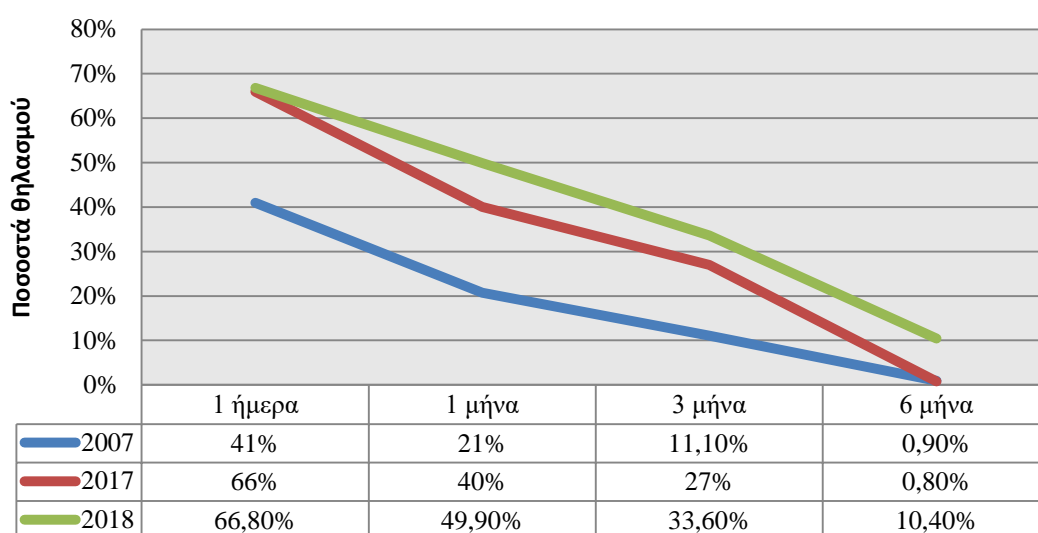
## 2.6. Συγκριτική ανάλυση

Η συγκριτική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε είχε να κάνει κυρίως με τα επίπεδα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού της παρούσας έρευνας και της Εθνικής Μελέτης Μητρικού Θηλασμού που είχε πραγματοποιηθεί το 2007 και αντίστοιχα το 2017 από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού αλλά και με την τήρηση των «10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό» αλλά και την συμμόρφωση με τον «Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και τα «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία». Ακόμη είχε να κάνει και με του παράγοντες όπου μια γυναίκα σταματά τον θηλασμό.



Σε σχέση με τα επίπεδα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού όπως φαίνονται στο παρακάτω διάγραμμα, το ελπιδοφόρο είναι ότι παρατηρείται μια μικρή συνολική άνοδος του αριθμού των θηλαζουσών μητέρων και νεογνών, όμως παρουσιάζουν έντονη πτωτική τάση κατά τη διάρκεια μέχρι τους 6 μήνες. Με τελικό ποσοστό 10,4%, το όποια απέχει πολύ από το 50% τουλάχιστον έως το 2025, που θέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Unicef.

**Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2007 και 2017 και στην παρούσα έρευνα.**



Πηγή: Συγγραφέας, Ηλιοδρομίτη et al 2018

### **Διάγραμμα 2.37**

**Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2007 και 2017 και στην παρούσα έρευνα.**

Σε σχέση με την τήρηση των «10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό» αλλά και την συμμόρφωση με τον «Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και τα «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία» έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

- Τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας μετά τον τοκετό. Το 42,7% θήλασε μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό στην παρούσα έρευνα έναντι του 51% της έρευνας του 2017 και του 27% της έρευνας του 2007.

- Συνδιαμονή μητέρας – νεογνού (rooming-in). Μόνο το 18,7% των νεογνών και των μητέρων πραγματοποίησαν συνδιαμονή, έναντι του 63% της έρευνας του 2017 και του 49% του 2007.

- Προώθηση με ποικίλους τρόπους υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στα νοσοκομεία, το 72% των γυναικών ήρθαν σε επαφή με διαφημιστικό υλικό βρεφικού γάλακτος, αφίσες ή φυλλάδια ή τους δόθηκαν δωρεάν δείγματα βρεφικού γάλακτος, πιπίλες ή μπιμπερό έναντι του 19% του 2017 και του 36% της μελέτης του 2007, ενώ φεύγοντας από το μαιευτήριο τους δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα – σκόνη στο 35,1% έναντι του 49% του 2017 και του 66% της μελέτης του 2007.

Σε σχέση με τα νεογνά που βρίσκονταν στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), μόνο το 18,2% έλαβαν μητρικό γάλα κατά την πρώτη με δεύτερη κυρίως ημέρα μετά την γέννηση τους, έναντι του 80% του 2017.

Σε σχέση με τις αιτίες διακοπής θηλασμού κατά φθίνουσα σειρά στην έρευνα του 2017 παρουσιάζονται:

- Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος
- Δυσκολίες στην έναρξη
- Προβλήματα με τις θηλές - στήθος
- Κούραση/ άγχος / κατάθλιψη
- Επιστροφή στην εργασία

Ενώ στην έρευνα του 2007 σε σχέση με τις αιτίες διακοπής θηλασμού κατά φθίνουσα σειρά παρουσιάζονται:

- Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος
- Επιστροφή στην εργασία
- Προβλήματα με τις θηλές - στήθος
- Κούραση/ άγχος / κατάθλιψη
- Δυσκολίες στην έναρξη

## **2.7. Συζήτηση**

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με στόχο την εκτίμηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού σε σχέση με την σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αλλά και σε σχέση με τα αποτελέσματα της Εθνικής Μελέτης Μητρικού θηλασμού που είχε πραγματοποιηθεί το 2007 και αντίστοιχα το 2017 από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, στις οποίες βασίστηκε και ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου. Παράλληλα έγινε μελέτη του κατά πόσο υπάρχει συμμόρφωση με τον «Κώδικα

Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και τα «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία». Ακόμη στόχος ήταν και είναι η αναζήτηση των προσδιοριστικών παραγόντων της συχνότητας και της διακοπής του μητρικού θηλασμού. Ο συνδυασμός όλων των παραπάνω αποτελεσμάτων θα οδηγήσει στον σχεδιασμό ενός ορθού στρατηγικού σχεδιασμού, για την υλοποίηση των στόχων των παγκόσμιων φορέων.

Από την μελέτη που πραγματοποιήθηκε το διάστημα Απριλίου - Μάιου 2020, με τη χρήση της έρευνας Google form, σε σύνολο δείγματος 117 ερωτηθέντων μητέρων, με παιδιά μεγαλύτερα από 1 έτους διαπιστώθηκε σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ότι η πολυπληθέστερη ηλικιακή ομάδα ήταν εκείνη με ηλικίες 31-35 ετών, Ελληνικής εθνικότητας κυρίως, με επίπεδο δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κυρίως, σαν τόπος διαμονής του μεγαλύτερου μέρους του δείγματος φαίνεται να είναι μεγάλο αστικό κέντρο – πρωτεύουσα, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος των μητέρων ήταν έγγαμες με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κυρίως 12.000-23.999 €.

Σε σχέση με την εργασιακή απασχόληση των μητέρων το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε ιδιωτικές υπαλλήλους και ακολουθούσαν οι δημόσιοι υπάλληλοι και τα οικιακά. Το μεγαλύτερο ποσοστό από τις μητέρες εργαζόταν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και από αυτές οι περισσότερες σταμάτησαν την εργασία τους, με πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας, τον όγδοο μήνα, απέμενε λοιπόν λίγος χρόνος έως τον τοκετό έτσι ώστε οι γυναίκες να πληροφορηθούν για διάφορα θέματα που αφορούν την μητρότητα και τον θηλασμό. Ακόμη το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων επέστρεψαν στην εργασία τους προτού συμπληρώσουν έξι μήνες από τον τοκετό συνεπώς δεν είχαν τον απαιτούμενο χρόνο να συνεχίσουν τον θηλασμό, πόσο μάλλον τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό.

Σε σχέση με το φύλο των νεογνών, τα αποτελέσματα είναι ισόβαθμα, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό γεννήθηκαν τελειόμηνα (άνω των 37 εβδομάδων). Οι περισσότερες μητέρες που γέννησαν φυσιολογικά αποτελούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, ενώ παρατηρείται και μείωση στα ποσοστά των καισαρικών τόμων σε σχέση με τις μετρήσεις του Υπουργείου Υγεία το 2016 από 56,8% σε 41,9%, ποσοστό που όμως παραμένει υψηλό σε σχέση με το 10-15% που συνιστάται διεθνώς. Ακόμη από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε μια έντονη προτίμηση στα ιδιωτικά νοσοκομεία και συνεπώς στις/στους ιδιώτες γυναικολόγους/μαίες - μαιευτές, γεγονός που θα πρέπει να προβληματίσει έντονα το δημόσιο σύστημα υγείας και να διερευνηθούν οι λόγοι επιλογής του.

Το συντριπτικό ποσοστό θήλασε τα νεογνά τους με αποκλειστικό θηλασμό, του οποίου τα ποσοστά παρουσιάζουν φθίνουσα πορεία από τον πρώτο κιόλας μήνα από το 66,8% σε 49,9%, τον τρίτο μήνα σε 33,6% ενώ τον έκτο μήνα φτάνει στο 10,4%. Σε σχέση με την τήρηση των «10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό» αλλά και την συμμόρφωση με τον «Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και τα «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία» έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

- Τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος εντός μία ώρα μετά τον τοκετό. Το 42,7% θήλασε μέσα την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, ενώ ακόμη και οι γυναίκες που δεν θήλασαν την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό θήλασαν την πρώτη και δεύτερη μέρα.
- Συνδιαμονή μητέρας – νεογνού (rooming-in). Μόνο το 18,7% των νεογνών και των μητέρων πραγματοποίησαν συνδιαμονή.
- Προώθηση με ποικίλους τρόπους υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στα νοσοκομεία, το 72,2% των γυναικών ήρθαν σε επαφή με διαφημιστικό υλικό βρεφικού γάλακτος, αφίσες ή φυλλάδια ή τους δόθηκαν δωρεάν δείγματα βρεφικού γάλακτος, πιπίλες ή μπιμπερό, ενώ φεύγοντας από το μαιευτήριο δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα – σκόνη στο 35,1%.

Σε σχέση με τα νεογνά που βρίσκονταν στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) μόνο το 18,2% έλαβαν μητρικό γάλα κατά την πρώτη με δεύτερη κυρίως ημέρα μετά την γέννηση τους.

Οι βασικότερες αιτίες για τις οποίες οι μητέρες θήλασαν με μεικτό θηλασμό κατά φθίνουσα σειρά ήταν:

- Δυσκολίες στην αρχή του θηλασμού
- Κούραση / άγχος / κατάθλιψη
- Ανεπαρκές γάλα
- Προβλήματα με μαστούς – θηλές
- Ανησυχία για την ποσότητα γάλακτος που λαμβάνει το νεογνό
- Υποχρεώσεις στο σπίτι/ άλλα παιδιά
- Επιστροφή στην εργασία
- Γνώμη συγγενικών προσώπων
- Κάπνισμα
- Προωρότητα
- Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών (MENN)

- Ανεπαρκής πρόληψη Βάρους
- Σύσταση γιατρού/μαίας/νοσοκόμας

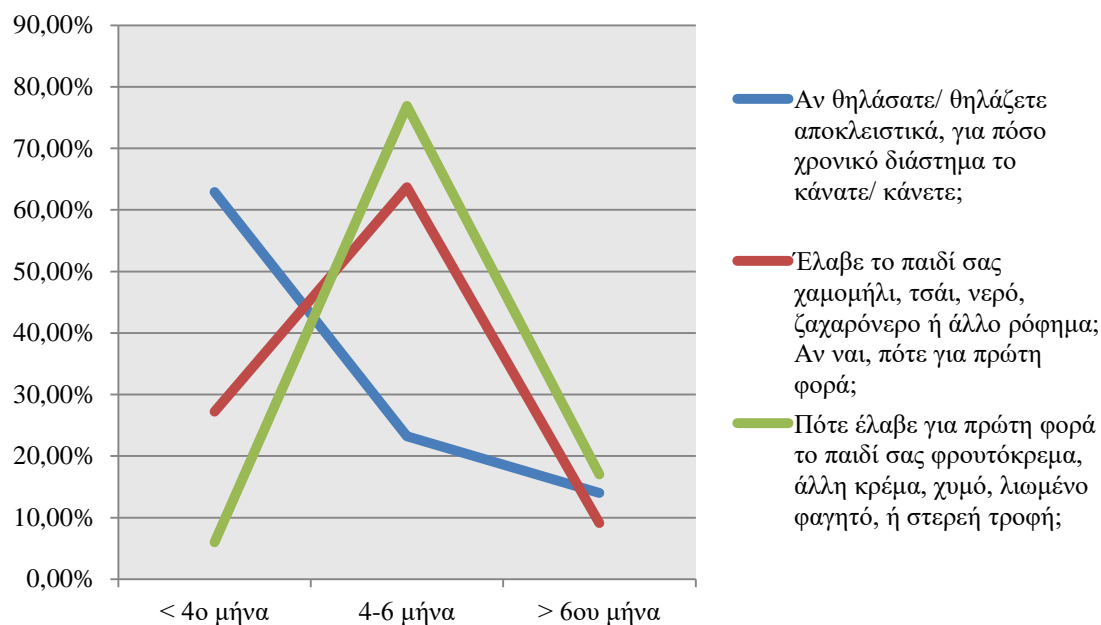
Οι περισσότεροι από του παραπάνω λόγους έχουν να κάνουν με ελλιπή εκπαίδευση και καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας, ενώ το εργασιακό κομμάτι έχει να κάνει με την υποστήριξη από το Κράτος.

Οι βασικότερες αιτίες για τις οποίες οι μητέρες σταμάτησαν τον θηλασμό ή δεν θήλασαν καθόλου κατά φθίνουσα σειρά ήταν:

- Δυσκολίες στην αρχή του θηλασμού
- Κούραση / άγχος / κατάθλιψη
- Θηλασμός πάνω από 6 μήνες, θεώρησα ότι θήλασα επαρκώς
- Ανεπαρκές γάλα
- Προβλήματα με μαστούς – θηλές
- Επιστροφή στην εργασία
- Υποχρεώσεις στο σπίτι/ άλλα παιδιά
- Ανησυχία για την ποσότητα γάλακτος που λαμβάνει το νεογνό
- Δεν ήξερα πώς να το κάνω/ δεν μου έδειξε κάποιος
- Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού
- Γνώμη συγγενικών προσώπων
- Δεν ήθελα προσωπικοί λόγοι
- Ανεπαρκής πρόληψη Βάρους
- Ανησυχία για αισθητική εμφάνιση στήθους
- Κάπνισμα
- Προωρότητα
- Αρρώστια Μητέρας
- Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών (MENN)
- Το μωρό δεν ήθελε το γάλα μου
- Ο σύντροφος μου δεν ήθελε να θηλάσω άλλο
- Άλλο

Οι περισσότεροι από τους παραπάνω λόγους έχουν να κάνουν και εδώ με ελλιπή εκπαίδευση και καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας, χαμηλή υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, ενώ το εργασιακό κομμάτι έχει να κάνει με την υποστήριξη από το Κράτος.

Σε σχέση με το αν και πότε έλαβαν τα νεογνά χαμομήλι, τσάι, νερό, ζαχαρόνερο ή άλλο ρόφημα και φρουτόκρεμα, άλλη κρέμα, χυμό, λιωμένο φαγητό, ή στερεή τροφή βλέπουμε ότι αυτό γίνεται μεταξύ 4-6 μήνα κάτι που πάει ενάντια στις οδηγίες που έχουν συσταθεί, ενώ όπως φαίνεται από το διάγραμμα όταν εισάγονται άλλα ροφήματα ή τροφές μειώνονται κατακόρυφα τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.



Πηγή: Συγγραφέας

**Διάγραμμα 2.38**

### **Συσχέτιση της εισαγωγής ροφημάτων και τροφών πριν τους 6 μήνες με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού**

Σε σχέση με την ενημέρωση των γυναικών για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού όλο το ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι τα γνώριζε κυρίως από μαίες / μαιευτές και κατά φθίνουσα σειρά από ιατρούς, βιβλία/περιοδικά, συμβούλους Μητρικού θηλασμού, συγγενείς/ φίλους και άλλες πηγές. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος υποστήριξε ότι ο μητρικός θηλασμός ωφελεί σε όλους τους αναφερόμενους τομείς αλλά και σε καθένα ξεχωριστά κατά φθίνουσα σειρά, όπως στην υγεία του παιδιού, της μητέρας, στον οικογενειακό προϋπολογισμό, στο συναισθηματικό δέσιμο μητέρας – παιδιού και στον προϋπολογισμό του κράτους.

## 2.8. Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιήθηκε η παρουσίαση μια σύντομης έρευνας για την εκτίμηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, ανά μήνα μέχρι και έπειτα τους 6 μήνες και η σχέση του με το συνιστώμενη συχνότητα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επιπρόσθετα έγινε μια σύντομη συγκριτική ανάλυση με τα επίπεδα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού της παρούσας έρευνας και της Εθνικής Μελέτης Μητρικού Θηλασμού που είχε πραγματοποιηθεί το 2007 και αντίστοιχα το 2017 από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού αλλά και με την τήρηση των «10 βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό» αλλά και την συμμόρφωση με τον «Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» και της πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία». Ακόμη, έλαβε χώρα συγκριτική αναφορά και στους παράγοντες, για τους οποίους μια γυναίκα σταματά τον θηλασμό. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση των προσδιοριστικών παραγόντων της συχνότητας και της διακοπής του μητρικού θηλασμού

Το παράδοξο είναι ότι τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού είναι ιδιαίτερα χαμηλά σε σχέση με τις διεθνείς τάσεις στη χώρα μας και οι θεσπισμένοι νόμοι και διατάξεις δεν τηρούνται σε μεγάλο βαθμό. Ακόμη υπάρχει πρόδηλη αναγκαιότητα για εκπαίδευση και υποστήριξη των μητέρων όσον αφορά την φυσιολογία και την διαδικασία του θηλασμού τόσο σε προγεννητικό επίπεδο όσο και σε μεταγεννητικό επίπεδο. Παράλληλα, υπάρχει ανάγκη αναθεώρησης και θέσπισης νόμων για την προστασία του μητρικού θηλασμού και των θηλάζουσων μητέρων. Τέλος, αναγκαία είναι και η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση της οικογένειας και της κοινωνία σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

### 3.1. Εισαγωγή

«Αν υπήρχε ένα καινούριο εμβόλιο που θα μπορούσε να προλαμβάνει ένα εκατομμύριο ή περισσότερους θανάτους παιδιών το χρόνο, που θα ήταν φτηνό και θα μπορούσε να χορηγηθεί από το στόμα, χωρίς να χρειάζεται «ψυχρός» τρόπος συντήρησης, θα ήταν άμεση προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία. Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να πετύχει αυτόν τον στόχο και ακόμα περισσότερα. Χρειάζεται όμως τη δική του «θερμή αλυσίδα» υποστήριξης. Δηλαδή σωστή καθοδήγηση των μητέρων για να αποκτήσουν, αυτοπεποίθηση και προστασία, από βλαπτικές πρακτικές. Αν αυτή η «θερμή αλυσίδα» υποστήριξης έχει χαθεί από τον πολιτισμό μας, ή έχει λανθασμένα διαφοροποιηθεί, τότε θα πρέπει να αποκατασταθεί και να εφαρμοστεί από τους επαγγελματίες υγείας» (Lancet 1994).

Η προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, είναι ακρογωνιαίος λίθος για την υγεία των παιδιών και των μητέρων τους. Παράλληλα παρουσιάζει αξιοσημείωτα οφέλη για τις οικογένειες, τις κοινωνίες, το υγειονομικό σύστημα, το περιβάλλον αλλά και για την οικονομία.

Είναι πρόδηλο ότι είναι αναγκαίο να διαμορφωθεί ένα καλά οργανωμένο και σαφώς καθορισμένο σχέδιο δράσης για την μόνιμη αύξηση των χαμηλών ποσοστών του το οποίο θα βασίζεται τόσο στην Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού όσο και στο σχέδιο δράσης για την «Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη», λαμβάνοντας υπόψη και τις εθνικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες της χώρας μας. Όραμα του στρατηγικού σχεδιασμού είναι όλες οι μητέρες αλλά και οι οικογένειές τους να εκπαιδευτούν και να υποστηριχτούν να θηλάσουν τα παιδιά τους με μητρικό γάλα τους έξι πρώτους μήνες και κατόπιν να συνεχίσουν το θηλασμό έως και δύο ή και περισσότερα χρόνια. Αποστολή του στρατηγικού σχεδιασμού είναι η ενίσχυση της πολιτικής, κοινωνικής και οικονομικής υποστήριξης σε εθνικό και τοπικό επίπεδο για την αύξηση και διατήρηση που ποσοστού του μητρικού θηλασμού. Ο στρατηγικό σχεδιασμός θα πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Πολιτική και Σχεδιασμός. Βασιζόμενοι στην Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού το σχέδιο δράσης θα πρέπει να γίνει μια

εθνική πολιτική που θα ακολουθείτε από επιστημονικούς συλλόγους. Ενώ θα πρέπει να γίνει συγκεκριμένη μνεία στον προϋπολογισμό του κράτους για χρηματοδότηση και οργάνωση από τα αρμόδια υπουργεία συντονιστική και ελεγκτική επιτροπή. Η δημιουργία και η λειτουργία κέντρων θηλασμού θα βοηθούσε ακόμη ιδιαίτερα.

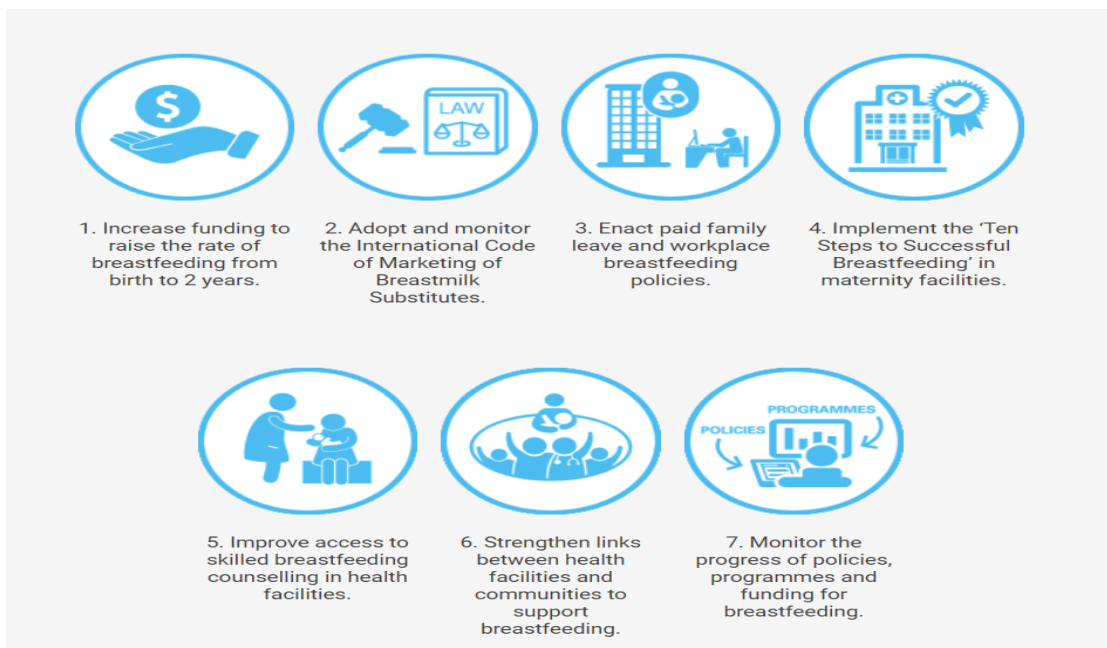
2. Πληροφόρηση, επιμόρφωση, επικοινωνία (ΠΕΕ). Θα πρέπει να γίνεται ορθή πληροφόρηση, επιμόρφωση και επικοινωνία από επαγγελματίες υγείας πιστοποιημένους για το συγκεκριμένο τομέα και οι οποίοι θα συμμορφώνονται αυστηρά με βάση τις διεθνείς συστάσεις προς τους γονείς για το όφελος, τους κινδύνους αλλά και για την φυσιολογία του μητρικού θηλασμού.

3. Εκπαίδευση. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε προπτυχιακά αλλά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών έτσι ώστε να ενημερώνονται για τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα, σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

4. Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη. Η προστασία του μητρικού θηλασμού συνεπάγεται με την τήρηση των θεσπισμένων διαταγμάτων και σε αντίθετη περίπτωση την δίωξη των παραβιάσεων τους αλλά και με την ύπαρξη ενός συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης του μητρικού θηλασμού. Ακόμη συνδέεται και με την θέσπιση νέων υποστηρικτικών νομοθεσιών. Θα πρέπει να προάγεται ο μητρικός θηλασμός από εθνικές πολιτικές και συστάσεις, να θεωρείται ουσιαστικά η φυσιολογική διατροφή του νεογνού – βρέφους. Παράλληλα θα πρέπει να υποστηρίζονται οι θηλάζουσες μητέρες από το εθνικό σύστημα με την εύκολη πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού.

5. Σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης. Για τον έλεγχο κάθε διαδικασίας που έχει θεσπιστεί ή θα θεσπιστεί απαιτείται η παρακολούθηση, η καταγραφή και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. Έτσι διασφαλίζεται συγκρισιμότητα και συνεπώς αποτελεσματικότητα, αφού μέσω αυτών των διαδικασιών δίνεται η δυνατότητα διορθωτικών παρεμβάσεων.

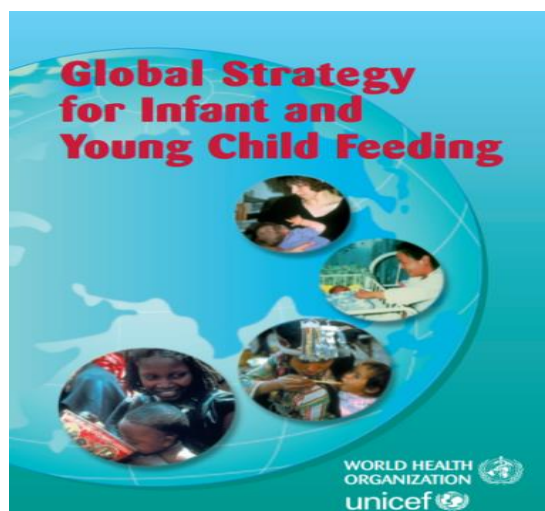
6. Έρευνα. Η έρευνα με ορθή μεθοδολογία και ανά τακτά χρονικά διαστήματα συμβάλει στην μέτρηση κόστους/οφέλους και κόστους/αποτελεσματικότητας νέων παρεμβάσεων, διατάξεων και μεθόδων πληροφόρησης, επιμόρφωσης και επικοινωνίας.



Εικόνα 15. Επτά ενέργειες που μπορούν να κάνουν οι κυβερνήσεις για την αύξηση των παγκόσμιων ποσοστών του μητρικού θηλασμού σε ποσοστό τουλάχιστον 50% έως το 2025. Πηγή: <https://www.unicef.org/breastfeeding>

### 3.2. Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού

Η Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού (The Global Strategy on Infant and Young Child Feeding), υιοθετήθηκε από όλα τα μέλη-κράτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) στην 55<sup>η</sup> Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας (ΠΔΥ) τον Μάιο του 2002, αναφέρει όλες τις πρακτικές, τις πολιτικές και τα προγράμματα που είναι απαραίτητα για την υλοποίηση συγκεκριμένων στόχων τα οποία βασίζονται:



Εικόνα 16. Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού Πηγή: <https://www.unicef.org>

- Στο Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος
- Στις αποφάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Υγείας
- Στη Διακήρυξη Innocenti για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού

- Στη πρωτοβουλία «Φιλικά για τα Βρέφη-Νοσοκομεία»
- Στην Παγκόσμια Διακήρυξη του FAO/WHO για το Σχέδιο Δράσης για την Διατροφή.

Με την Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού τέθηκαν οι παρακάτω στόχοι:

- Πρώτον, ανάπτυξη και εφαρμογή ολοκληρωμένης πολιτικής για την διατροφή των βρεφών και των μικρών παιδιών
- Δεύτερον, διασφάλιση από τον τομέα υγείας και τους συναφείς τομείς για την προώθηση και υποστήριξη της διατροφής των βρεφών με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 6 μήνες και την συνέχιση του θηλασμού έως την ηλικία των δύο ετών και άνω
- Τρίτον, την προώθηση της ασφαλούς, επαρκούς, κατάλληλης και έγκαιρης συμπληρωματικής διατροφής, παράλληλα με το συνεχιζόμενο θηλασμό
- Τέταρτον, να παρέχεται καθοδήγηση για την διατροφή των βρεφών και των μικρών παιδιών σε εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις όπως ο υποσιτισμός, το χαμηλό βάρος γέννησης, καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και με μητέρες φορείς του HIV
- Πέμπτον, να εξεταστεί ποιά νέα νομοθεσία είναι απαραίτητη για να τεθεί σε ισχύ ο κώδικας (UNICEF 2012).

Για την εφαρμογή της Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού προτείνονται οι παρακάτω δράσεις:

- Εθνική Πολιτική, Προγραμματισμός και Συντονισμός. Υποχρέωση από τα κράτη για ύπαρξη στρατηγικού σχεδιασμού και εθνικού συντονιστή.
- Προστασία της μητρότητας. Θα πρέπει όλες οι εργαζόμενες γυναίκες να δικαιούνται επαρκή άδεια θηλασμού τουλάχιστον έξι μηνών. Ακόμη, όταν η γυναίκα επιστρέφει στην εργασία της θα πρέπει να της δίνεται η δυνατότητα να θηλάζει με την ύπαρξη ευέλικτου ωραρίου και δυνατότητας εξαγωγής του γάλακτος στον εργασιακό χώρο.
- Σύστημα Υγείας και Διατροφικής Φροντίδας. Περιλαμβάνονται όλοι οι επαγγελματίες υγείας, υπηρεσίες υγείας και διατροφής για την κατάλληλη φροντίδα μετά το μαιευτήριο.

- Υποστήριξη μητέρων και κοινωνική προσφορά. Ποικίλες ομάδες που οργανώνονται είτε εθελοντικά είτε όχι για την υποστήριξη και την αλληλοϋποστήριξη των μητέρων.
- Μητρικός θηλασμός και ιός του HIV. Να υποστηρίζονται οι σχετικές συστάσεις για τις οροθετικές μητέρες, για τις οποίες συστήνεται ο θηλασμός ως και 12 μήνες εφόσον λαμβάνουν τόσο οι ίδιες όσο και τα βρέφη τους αντιρετροϊκά φάρμακα, ενώ μελέτες έδειξαν ότι τους πρώτους 6 μήνες μειώνεται ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού σε σχέση με τα βρέφη που λαμβάνουν μεικτή διατροφή (WHO 2010).
- Ο μητρικός θηλασμός των βρεφών κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Θέσπιση σχεδίων δράσης για έκτακτες ανάγκες.
- Διάδοση της πληροφόρησης. Η πληροφόρηση θα πρέπει να γίνεται από ειδικευμένους και πιστοποιημένους επαγγελματίες υγείας με ακριβείς και επαρκείς πληροφορίες έτσι ώστε οι μητέρες και κατ' επέκταση οι γονείς να λαμβάνουν αποφάσεις με επαρκή και ορθή πληροφόρηση.
- Παρακολούθηση και αξιολόγηση. Για να βελτιώνονται όλες οι δράσεις θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα παρακολούθησης, εκτίμησης και συνεχούς αξιολόγησης τους (UNICEF 2012).
- Ίδρυση Νοσοκομείων Φιλικών προς τα Βρέφη.
- Θέσπιση και υιοθέτηση του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

### **3.3. Σχέδιο Δράσης για την «Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη»**

Το Σχέδιο Δράσης για την «Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη», δημιουργήθηκε στο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη, στις 18 Ιουνίου του 2004, στην Ιρλανδία και σκοπό έχει το να γίνουν πράξη οι διάφορες συστάσεις και προτάσεις που υπάρχουν και σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό. Περιλαμβάνει συγκεκριμένες πρακτικές που θα πρέπει να περιλαμβάνονται σε ένα εθνικό ή τοπικό σχέδιο δράσης, είναι επιστημονικά αποτελεσματικές και στόχο έχουν την αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού. Το Σχέδιο Δράσης για την «Προστασία, Προαγωγή και

Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη», απευθύνεται σε εργαζόμενους που σχετίζονται με την δημόσια υγεία, κυβερνητικούς οργανισμούς αλλά και σε όλους όσους σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό.

### **3.4. Πολιτική και σχεδιασμός**

#### **3.4.1. Πολιτική**

Τα αρμόδια υπουργεία και οι εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού θα πρέπει να δημιουργήσουν, να οριστικοποιήσουν, να ανακοινώσουν και να προωθήσουν μια ολοκληρωμένη εθνική πολιτική που θα περιλαμβάνει και ανθρώπους ειδικών οικονομικών και ιατρικών ομάδων και κατόπιν οι επιστημονικοί σύλλογοι να εκδώσουν συστάσεις και πρακτικές οδηγίες για εφαρμογή τους από τα μέλη τους.

#### **3.4.2. Σχεδιασμός**

Ο κατάλληλος σχεδιασμός έγκειται στην δημιουργία στόχων και προτεραιοτήτων και στην δημιουργία ενός βραχυπρόθεσμου σχεδίου δράσης (1 – 2 έτη) για επανασχεδιασμό του αλλά και ενός μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδίου δράσης (5 έτη).

#### **3.4.3. Διαχείριση**

Η διαχείριση όλων των διαδικασιών θα γίνεται από το Αρμόδια Υπουργεία, την Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού όπου θα έχει ρόλο εθνικού συντονιστή, τοπικές υγειονομικές αρχές, σύλλογοι μητρικού θηλασμού και η σύσταση Κέντρων θηλασμού που στόχο θα έχουν και την διαχείριση του στρατηγικού σχεδίου σαν τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

#### **3.4.4. Κέντρα θηλασμού**

Αναγκαία είναι η δημιουργία και η πιλοτική λειτουργία κέντρων θηλασμού που στόχο θα λειτουργούν ως σημεία αναφοράς για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού αλλά και για την ορθή υλοποίηση του

στρατηγικού σχεδιασμού με άρτια εκπαιδευμένους και εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Τα κέντρα αυτά μπορεί να είναι σε νοσοκομεία, σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ανεξάρτητα και θα μπορούσαν να είναι δημοσίας ή ιδιωτικής εκμετάλλευσης. Ακόμη θα πρέπει να λειτουργούν όλο το εικοσιτετράωρο για να παρέχουν κατάλληλη βοήθεια και υποστήριξη στις μητέρες και στις οικογένειες τους.

Τα κέντρα αυτά θα μπορούν να εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγείας με περαιτέρω σεμινάρια με βάση τα διεθνή πρότυπα, τις μητέρες, τις οικογένειες, τα παιδιά στα πλαίσια της αγωγής υγείας στα σχολεία, να διεξάγουν έλεγχο στην εφαρμογή του στρατηγικού σχεδιασμού και των σχεδίων δράσης, να διεξάγουν έρευνες και παράλληλα να λειτουργούν ως παρατηρητήρια για την εφαρμογή των θεσπισμένων νόμων και διατάξεων.

Η σύσταση των κέντρων αυτών θα πρέπει να βασίζεται στα παρακάτω σημεία:

- ανάλυση των αναγκών της κοινότητας,
- σχεδιασμός του προγράμματος
- την εκπαίδευση των εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα,
- εφαρμογή του προγράμματος,
- παροχή ενημερωτικού υλικού και άλλου υποστηρικτικού υλικού που να μην αντιβαίνει Στο Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος
- διαφήμιση του κέντρου
- αξιολόγηση του προγράμματος και αλλαγές με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και
- τέλος διατήρηση του προγράμματος (Βιβιλάκη 2016).

Οι χώροι αυτοί θα πρέπει να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες παρατίθενται:

- να είναι καθαροί
- εύκολα προσβάσιμοι
- να είναι τουλάχιστον 16 τ.μ.
- να περιλαμβάνεται νιπτήρας
- να περιλαμβάνονται αναπαυτικά καθίσματα
- να περιλαμβάνονται μαξιλάρια θηλασμού
- να περιλαμβάνεται επίπεδη επιφάνεια για εξέταση ή αλλαγμα του μωρού

- να υπάρχουν βοηθήματα θηλασμού
- να υπάρχει υλικό εκπαίδευσης
- υγειονομικό υλικό (π.χ. γάντια, φυσιολογικός ορός κ.λπ.)
- να εξασφαλίζεται πρόσβαση σε τουαλέτα και
- τέλος να εξασφαλίζεται η πρόσβαση σε αποστειρωτή και κουζίνα (Βιβλιάκη 2016).

### Πίνακας 3.1

#### Μελέτες για τα Κέντρα Στήριξης Θηλασμού

	Set up a group / center	Evaluate current group/center	Evaluate pre – existing group
Banarsee (2001 a)	•	•	
Banarsee (2001 b)	•	•	
Childs et al (2001)	•	•	
Charlton et al (2001)	•	•	
Dore (2002)	•	•	
Flynn, Savage (2001)			•
Finigan et al (2001)			•
Hastings et al (2001)	•	•	
Lincoln, Jones (2002)	•	•	
Pardoe, Williams (2001)	•	•	
Shaw – Flach, Shulver (2001)		•	•

Πηγή: Doh (2003)

#### 3.4.5. Χρηματοδότηση

Για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού θα πρέπει να υπολογιστεί στον προϋπολογισμό του κράτους ετήσιο κονδύλι ίσο με 4,70 \$ ανά νεογέννητο δηλαδή 4,3 €



(UNICEF/WHO 2017). Σύμφωνα με την Ελληνική στατιστική εταιρία οι γεννήσεις για το 2018 ανήλθαν σε 86.440 και το 2017 σε 88.553. Ο μέσος όρος των δύο τελευταίων ετών ανέρχεται στις 87.496,5 επί 4,3 € ανά νεογέννητο 376.234,95 € είναι μια βασική χρηματοδότηση.

### 3.5. Πληροφόρηση, επιμόρφωση, επικοινωνία (ΠΕΕ)

Οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανέφεραν σαν αίτια για την διακοπή του θηλασμού ή την διενέργεια μεικτού θηλασμού την ανεπάρκεια γάλακτος τις δυσκολίες με τον θηλασμό, τα προβλήματα με μαστούς και θηλές και την ανησυχία για την ποσότητα γάλακτος που λαμβάνει το νεογνό. Όλα αυτά καταδεικνύουν ελλιπής γνώσεις σε σχέση με την φυσιολογία και την διαδικασία του θηλασμού.

Η πληροφόρηση, επιμόρφωση και επικοινωνία μπορεί να γίνει μέσω των κέντρων θηλασμού όπου θα μπορούσε να τεθεί σε εφαρμογή η συμμετοχή όλων των εγκύων και θηλαζουσών σε εκπαιδευτικά σεμινάρια, επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εξειδικευμένους επαγγελματίες, φυλλάδια, ραδιοφωνικά και τηλεοπτικά μηνύματα και έντυπο και ηλεκτρονικό υλικό από την ιστοσελίδα του μητρικού θηλασμού. Ακόμη λόγω τις ευρείας χρήσης των mobile apps, θα μπορούσε να αναπτυχτεί μια κρατική mobile app, που να περιέχει βασικές πληροφορίες για το θηλασμό, για το κοντινότερο σημείο υποστήριξης αλλά και δυνατότητα για διαδικτυακή συζήτηση με επαγγελματίες υγείας.

Είναι αποδεδειγμένο ότι ο συνδυασμός προγεννητικής και μεταγεννητικής ενημέρωσης εξασφαλίζει τα καλύτερα αποτελέσματα για επιτυχή έναρξη και εδραίωση του θηλασμού (Manell *et al* 2013). Ακόμη αν η μητέρα λάβει τη σωστή βοήθεια από ειδικό και θηλάσει επιτυχημένα και αποτελεσματικά, βελτιώνεται η ψυχολογία της και αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο στο



Εικόνα 17. Προγεννητικά μαθήματα μητρικού θηλασμού στο ΙΚΑ Νέας Ιωνίας 2017. Πηγή: Συγγραφέας

μεγάλωμα του μωρού της (Παπαβεντσής 2011). Τα προγεννητικά σεμινάρια, δηλαδή τα σεμινάρια προετοιμασίας γονεϊκότητας θα πρέπει να βασίζονται στην παρακάτω οργάνωση:

- ανάλυση των αναγκών της κοινότητας,
- σχεδιασμός του προγράμματος
- την εκπαίδευση των εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα,
- εφαρμογή του προγράμματος,
- παροχή ενημερωτικού υλικού και άλλου υποστηρικτικού υλικού που να μην αντιβαίνει Στο Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος
- διαφήμιση
- αξιολόγηση του προγράμματος και αλλαγές με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και
- τέλος διατήρηση του προγράμματος (Βιβιλάκη 2016).

### Πίνακας 3.2

#### Μελέτες για τα μαθήματα προετοιμασίας για την γονεϊκότητα στην κύηση

	Workshop(s)/Education	Home Visit	Confidante involved	Video produced	Video used
Barker (2001)	•		•		
Bartlett (2001)	•	•			•
Beresford (2002)	•	•		•	•
Charlton et al (2001)	•				
Childs et al (2001)	•	•			•
Dowling (2002)	•				•
Foyle, Wilson (2002)	•	•			•
Gill, Murdock (2001)	•				•
Ingram, Johnson (2002 b)	•	•	•		•
Kallat (2001)	•	•	•		
Mason (2002)	•	•			

McFadden (2001)	•	•			•
Shanahan, Morris (2001)	•				•
Thompson et al (2002)	•				•
Westman (2001)	•			•	
Williams, Tatman (2002)		•			
Winterburn, Jiwa (2001)	•	•	•		

Πηγή: Doh (2003)

Παράλληλα, η εισαγωγή της κουλτούρας του μητρικού θηλασμού από την νηπιακή ηλικία με εκπαιδευτικά σχολικά προγράμματα θα βοηθούσε ιδιαίτερα αφού σύμφωνα με τον Phelps, η εκπαίδευση σε θέματα υγείας συμβάλλει στην αλλαγή νοοτροπίας και στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (Phelps 2011). Η παραπάνω δράση μπορεί να πραγματοποιηθεί στα πλαίσια της αγωγής υγείας από κοινοτικές μαίες και αλλά και μέσω του κέντρου θηλασμού. Για την οργάνωση των παραπάνω δράσεων θα πρέπει να γίνει σχεδιασμός των προγραμμάτων με βάση:

- την ανάλυση των αναγκών της κοινότητας,
- την προετοιμασία του εκπαιδευτικού πακέτου,
- την εκπαίδευση των εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα,
- την επιλογή των σχολείων,
- την εφαρμογή του προγράμματος,
- την αξιολόγηση του προγράμματος και αλλαγές με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και
- τέλος διατήρηση του προγράμματος (Βιβιλάκη 2016).

### Πίνακας 3.3

#### Μελέτες για την οργάνωση μαθημάτων αγωγής υγείας για τον μητρικό θηλασμό

	Develop a pack for schools	Develop a video for schools	Secondary school	Primary school
Bachelor, Brackstone (2001)			•	
Best (2002)			•	
Chariton et al (2001)			•	
Kirkham (2002)	•		•	•
Middlemiss (2002)	•	•	•	
Spiby et al (2002)			•	
Wilkinson, Greenwood (2002)	•		•	

Πηγή: Doh (2003)

Επιπρόσθετα, πολλές γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανέφεραν σαν αίτια για την διακοπή του θηλασμού ή την διενέργεια μεικτού θηλασμού την γνώμη συγγενικών προσώπων και ότι ο σύντροφός τους δεν ήθελε να θηλάσουν άλλο. Έτσι η ενημέρωση θα πρέπει να απευθύνεται στους γονείς αλλά και σε όλα τα μέλη της οικογένειας για να δημιουργείται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την θηλάζουσα και το νεογνό της. Ακόμη, θα πρέπει να εορτάζεται σε εθνικό επίπεδο η εβδομάδα μητρικού θηλασμού.

Παράλληλα, οι γυναίκες θα πρέπει να είναι ενημερωμένες και για το νομοθετικό πλαίσιο για να μπορούν να αντιλαμβάνονται τις παραβάσεις του και να τις καταγγέλλουν.

### 3.6. Εκπαίδευση

Ένα μέρος του δείγματος της έρευνας που πραγματοποιήθηκε απάντησε ότι ήταν προτροπή του γιατρού/μαίας/νοσοκόμας να πραγματοποιήσουν μεικτό θηλασμό αλλά αποτυπώθηκαν και διάφορες λανθασμένες εντυπώσεις που είχαν οι γονείς ως προς τον θηλασμό και τους οδήγησαν ακόμη και στην διακοπή του. Για το λόγο αυτό θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να ακολουθούν ένα ορθό πλάνο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, βασισμένη στις διεθνείς συστάσεις του WHO και της Unicef και

ανεξάρτητες από την επιρροή εταιριών που σχετίζονται με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Σε προπτυχιακό επίπεδο θα πρέπει αν υπάρξει ειδικό πρόγραμμα για την απόκτηση επάρκειας από τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το κομμάτι μου μητρικού θηλασμού.

Σε μεταπτυχιακό επίπεδο θα πρέπει να υπάρχουν σεμινάρια πιστοποίησης με πρόσφατα επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα, βασισμένα στις διεθνείς συστάσεις. Για να εξασφαλιστεί η συνεχόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών θα μπορούσαν να δίδονται μόρια συνεχόμενης κατάρτισης από την παρακολούθηση των προγραμμάτων αυτών. Παράλληλα οι επαγγελματίες μέσω των κέντρων θηλασμού θα μπορούσαν να αναπτύξουν έναν σύλλογο - δίκτυο επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών.

### **3.7. Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη**

Η προστασία του μητρικού θηλασμού είναι αδιάρρηκτα συνδεδεμένη με την τήρηση των θεσπισμένων διαταγμάτων. Για παράδειγμα, ο Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος θα μπορούσε να θεσπιστεί σαν νόμος έτσι ώστε οι παραβάσεις, όπως επαφή στο μαιευτήριο με διαφημιστικό υλικό βρεφικού γάλακτος, αφίσες ή φυλλάδια ή να δοθούν στους γονείς φεύγοντας από το μαιευτήριο δωρεάν δείγματα βρεφικού γάλακτος, ή/και γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα – σκόνη, που όπως έδειξε η έρευνα που πραγματοποιήθηκε και οι παραπάνω παραβιάσεις εμφανίζουν πολύ μεγάλα ποσοστά παραβατικότητας, όπως και πολλές άλλες, και έτσι θα πρέπει να διώκονται ποινικά για να τηρούνται σε μεγαλύτερο βαθμό.

Σύμφωνα με τα «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» θα πρέπει η πολιτεία να ορίσει ικανή και αναγκαία συνθήκη για την λειτουργία των μαιευτηρίων, των νεογνικών και των παιδιατρικών κλινικών, όλων των δημόσιων και ιδιωτικών κλινικών της χώρας την ύπαρξη της υπάρχουσας πιστοποίησης. Μέσω αυτής θα δίδεται πάντοτε και το αντίστοιχο έντυπο για την συγκατάθεση της μητέρας για να δοθεί στα νεογνά τους υποκατάστατο μητρικού γάλακτος αφού πρώτα έχουν ενημερωθεί με τους κινδύνους που ελλοχεύουν και το ίδιο μπορεί να συμβεί και για πρακτικές όπως τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος εντός μία ώρα μετά τον τοκετό και για την συνδιαμονή μητέρας – νεογνού (rooming-in), όπου με βάση την έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα ποσοστά των πρακτικών ήταν χαμηλά. Ακόμη, στα πλαίσια αυτής της πρακτικής θα

υποστηρίζεται και ο θηλασμός για τα πρόωρα νεογνά και τα νεογνά των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας νεογνών (MENN).

Θα πρέπει να προάγεται ο μητρικός θηλασμός από εθνικές πολιτικές και συστάσεις, να θεωρείται ουσιαστικά η φυσιολογική διατροφή του νεογνού – βρέφους. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί και από τα προγράμματα εκπαίδευσης που προαναφέρθηκαν αλλά μπορεί να αναδειχθεί η αξία του μητρικού γάλακτος ακολουθώντας το παράδειγμα της Νορβηγίας και θέτοντας το ως εθνικό προϊόν της χώρας (Oshaug & Botten 1994). Ακόμη θα μπορούσαν τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος να συνταγογραφούνται από τον παιδίατρο όταν το κρίνει ιατρικά απαραίτητο αναφέροντας ρητά τον ιατρικό λόγο (WHO 1981).

Απαραίτητο είναι να θεσπιστούν και νέες υποστηρικτικές νομοθεσίες που θα δίνουν κίνητρά στις νέες μητέρες για να θηλάσουν. Από τους κυριότερους λόγους που οι γυναίκες επιλέγουν τον μεικτό θηλασμό ή σταματούν τον θηλασμό είναι η επιστροφή στην εργασία. Θα πρέπει όλες οι εργαζόμενες γυναίκες είτε αυτές απασχολούνται στον δημόσιο, είτε στον ιδιωτικό τομέα, είτε είναι ελεύθερες επαγγελματίες να δικαιούνται επαρκή άδεια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης για ενημέρωση για τον θηλασμό αλλά και κατόπιν του τοκετού επαρκή άδεια θηλασμού τουλάχιστον έξι μηνών. Ακόμη όταν η γυναίκα επιστρέφει στην εργασία της θα πρέπει να της δύνεται η δυνατότητα να θηλάζει με την ύπαρξη ευέλικτου ωραρίου και δυνατότητας εξαγωγής του γάλακτος στον εργασιακό χώρο. Επιπλέον, θα πρέπει να προστατεύονται και μητέρες που είναι άνεργες, ανασφάλιστες, φοιτήτριες, έφηβες, μετανάστριες ή που εργάζονται σε συμβόλαια ορισμένου χρόνου. Ακόμη θα πρέπει να ενημερωθούν και οι εργοδότες για τα μακροπρόθεσμα οφέλη του μητρικού θηλασμού σε σχέση με την αυξημένη παραγωγικότητα και την μείωση των επιδοτούμενων αδειών.

Παράλληλα θα πρέπει να υποστηρίζονται οι θηλάζουσες μητέρες από το εθνικό σύστημα με την εύκολη, εικοσιτετράωρη και δωρεάν πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού, οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν και ειδικό ψυχολόγο καθώς από τους κυριότερους λόγους διακοπής του θηλασμού ή διεξαγωγής μεικτού θηλασμού είναι η κούραση, το άγχος και η κατάθλιψη για τα οποία οι γυναίκες θα πρέπει να υποστηρίζονται, ενώ θα πρέπει να υποστηρίζονται ψυχολογικά και οι γυναίκες οι οποίες δεν κατάφεραν εν τέλει να θηλάσουν. Οι γυναίκες που δεν κατάφεραν να θηλάσουν νιώθουν ποικίλα αρνητικά συναισθήματα τα οποία θα πρέπει να αποβάλλουν καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος της επιλόχειου κατάθλιψης. Τέτοια σημεία υποστήριξης θα μπορούσαν να είναι τα Κέντρα θηλασμού και δομές τις Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας. Οι Πρωτοβάθμιες Φροντίδες Υγείας είναι σταθμοί για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, κάτι που τις συνιστά ιδανικές δομές για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού μεταγεννητικά αλλά και προγεννητικά.

Ακόμη θα μπορούσε να θεσπιστεί και ένα πρόγραμμα το οποίο θα απευθυνόταν σε γυναίκες υψηλού κινδύνου για διακοπή του θηλασμού παραδείγματος χάρη που καπνίζουν ή που είχαν αρνητική εμπειρία θηλασμού και ενίσχυση της υποστήριξης σε αυτές τις ομάδες.

Παράλληλα, θα ήταν ορθό να συμπληρώνεται ένα προγεννητικό – μεταγεννητικό ιστορικό θηλασμού για να επωφελείται η κάθε μέλλουσα θηλάζουσα μητέρα από εξειδικευμένη φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες και το ιστορικό της. Στο προγεννητικό ιστορικό θηλασμού θα πρέπει να περιλαμβάνονται:

- δημογραφικά στοιχεία
- λεπτομέρειες για την κύηση
- μαιευτικό ιστορικό
- αν υπάρχουν άλλα παιδιά ερωτήσεις σχετικά με προηγούμενες εμπειρίες θηλασμού (έναρξη, είδος, διάρκεια) που μπορεί να αποκομίσει κανείς πληροφορίες ανατομικές, φυσιολογικές αλλά και ψυχολογικές
- ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό και
- τέλος ερωτήσεις για το περιβάλλον, για να εκμαιεύσει κανείς αν αυτό είναι υποστηρικτικό ή όχι (Βιβιλάκη 2016).

Επιπρόσθετα, όπως συμβαίνει και σε άλλες χώρες, στα πλαίσια της κοινοτικής φροντίδας θα πρέπει να θεσμοθετηθεί ένας επαγγελματίας υγεία να επισκέπτεται την μητέρα στο σπίτι μετά τον τοκετό, να την ενημερώνει για θέματα που αφορούν τον θηλασμό, την περιποίηση του νεογνού καθώς και για υποστηρικτικά προγράμματα που δύναται να υπάρχουν στην κοινότητα της. Παράλληλα μέσω αυτή της δράσης θα ελέγχεται το περιβάλλον της γυναίκας και θα προτείνονται εκπαιδευτικά προγράμματα για την οικογένεια ανάλογα με το βαθμό υποστήριξης που δέχεται η μητέρα.

Παράλληλα θα πρέπει να υποστηρίζεται ο δημόσιος θηλασμός σε όλους του χώρους, για να μπορούν οι γυναίκες να θηλάζουν όπου και αν βρίσκονται με την δημιουργία διάφορων εγκαταστάσεων αλλά και την επιβράβευση των επιχειρήσεων που διαθέτουν τέτοιες εγκαταστάσεις με ποικίλους τρόπους.

Για ιατρικούς λόγους, αρκετά νεογνά δεν μπορούν να λάβουν το μητρικό γάλα της μητέρας τους, προτείνεται λοιπόν να αναπτυχθούν εθνικές τράπεζες γάλακτος όπου

οι μητέρες που δεν μπορούν δώσουν το γάλα τους στα νεογνά τους, θα μπορούν να προμηθεύονται μητρικό γάλα από άλλες μητέρες και να τους το χορηγήσουν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξάχθηκε, φάνηκε ότι η εισαγωγή των στέρεων τροφών κατά τον τέταρτο μήνα οδηγεί στην μείωση των επιπέδων του μητρικού θηλασμού. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να συμπληρώνεται ειδικό έντυπο από τον παιδίατρο όταν κρίνει ιατρικά απαραίτητο την εισαγωγή στερεών τροφών πριν του έξι μήνες αναφέροντας ρητά τον ιατρικό λόγο και παράλληλα να υπάρχει και αντίστοιχο έντυπο για την συναίνεση και της μητέρας.

Καλό θα ήταν να θεσπιστούν σχέδια δράσης που στόχο θα έχουν την χρήση τους κατά την διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης όπως σε μια φυσική καταστροφή, σε ένα βιομηχανικό ατύχημα, σε μία μόλυνση του νερού, σε μία έλλειψη ηλεκτρικής ενέργειας, σε μια πανδημία κλπ..

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει και για την υποστήριξη μητέρων αλλά και νεογνών – βρεφών με αναπηρίες, όπου έχουν ειδικές ανάγκες ως προς την εκπαίδευση αλλά και την υποστήριξη της διαδικασίας του θηλασμού, όμως κάθε δικαίωμα να θηλάσουν.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι εθελοντικά λειτουργούν στη χώρα μας ο Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδος – La Leche League Greece, το Δίκτυο Δράσης για την Παιδική Διατροφή Ελλάδας –IBFAN Greece και η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ. Κρατικός στόχος θα πρέπει να είναι η ενίσχυση των εθελοντικών αυτών δομών αλλά να πραγματοποιείται και πιστοποιημένος έλεγχος της λειτουργίας τους.

### **3.8. Σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης**

Για τον έλεγχο κάθε διαδικασίας που έχει θεσπιστεί ή θα θεσπιστεί απαιτείται η παρακολούθηση, η καταγραφή και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. Έτσι διασφαλίζεται συγκρισιμότητα και συνεπώς αποτελεσματικότητα, αφού μέσω αυτών των διαδικασιών δίνεται η δυνατότητα διορθωτικών παρεμβάσεων. Η καταγραφή των στοιχείων θα πρέπει να βασίζεται σε διεθνείς μεθόδους, προδιαγραφές, ορισμούς και χρονικά περιθώρια καταγραφής. Η καταγραφή αυτή θα μπορεί να γίνεται είτε μέσω ερευνών, είτε μέσω συστημάτων καταγραφής που θα υπάρχουν στα κέντρα θηλασμού και στα «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία». Θα μπορεί να υπάρχει ένα εθνικό σύστημα καταγραφής που θα συνδέεται με τον ηλεκτρονικό φάκελο της κάθε ασθενούς



με διαφορά στοιχεία, τα οποία θα καταγράφονται άμεσα και με ακρίβεια τόσο από τα νοσοκομεία όσο και από τα διάφορα κέντρα θηλασμού.

Παράλληλα για την εξάλειψη των ανισοτήτων θα πρέπει να καταγράφονται και δημογραφικά στοιχεία των μητέρων όπως για παράδειγμα η ηλικία της μητέρας, η εθνικότητα, η οικογενειακή και οικονομική της κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο κα. Ωστε να γίνει περαιτέρω έρευνα και να γίνει λήψη των κατάλληλων αποφάσεων για της διάφορες ομάδες πληθυσμού.

Ακόμη, θα πρέπει να γίνεται καταγραφή και παρακολούθηση των θεσμοθετημένων πρακτικών και νομοθεσιών. Σε σχέση με την πιστοποίηση «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» υπάρχει σχετική οδηγία που αναφέρει ότι θα πρέπει να γίνεται έλεγχος των μονάδων που φέρουν την πιστοποίηση, ανά τρία με πέντε έτη. Η οδηγία αυτή συμβάλλει στην τακτική αξιολόγηση και επανέλεγχο των τηρούμενων διαδικασιών.

Παράλληλα θα πρέπει να γίνεται καταγραφή και παρακολούθηση όλων των διατάξεων που σχετίζονται με την προστασία της μητρότητας σε όλους τους τομείς. Στα διαφορά κέντρα θηλασμού θα μπορούσε να δημιουργηθεί μια Εθνική Επιτροπή Παρακολούθησης και Εφαρμογής των θεσπισμένων διαταγμάτων, ουσιαστικά ένα παρατηρητήριο στο οποίο θα μπορούν οι γυναίκες αφού πρώτα θα έχουν ενημερωθεί για τους νόμους και τα διατάγματα, να διώκουν ποινικά επαγγελματίες υγείας, μονάδες υγείας ή οποιονδήποτε παραβιάσει τις θεσπισμένες διατάξεις με πιο αυστηρές κυρώσεις από αυτές που ήδη υπάρχουν.

Τέλος, θα πρέπει να γίνεται καταγραφή και παρακολούθηση της απήχησης των διάφορων μέσων για πληροφόρηση, επιμόρφωση και επικοινωνία, αλλά και των διάφορων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

### **3.9. Έρευνα**

Να πραγματοποιηθούν αξιόπιστες εθνικές μελέτες, οι οποίες να πραγματοποιούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, με αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού δείγματα μεγάλου μεγέθους, για να μπορούν να γίνονται διάφορες επιμέρους αναλύσεις και συγκρίσεις, αλλά και συγκρίσεις με επόμενες έρευνες. Οι έρευνες αυτές θα πρέπει να σχετίζονται με τις παρεμβάσεις και τις πρακτικές που εφαρμόζονται σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό αλλά και με τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για τα μωρά, της μητέρες, το περιβάλλον και την κοινωνία.

Στόχος αυτών των ερευνών θα πρέπει να είναι και η ανάδειξη του τεράστιου οικονομικού οφέλους που μπορεί να προκύψει στην εθνική οικονομία από την εφαρμογή του μητρικού θηλασμού στην πλειονότητα του πληθυσμού της χώρας.

Σημαντική παρατήρηση στο κομμάτι αυτό είναι η ύπαρξη διαφάνειας μεταξύ των διάφορων ερευνών και των εμπορικών συμφερόντων που σχετίζονται με τον Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

### 3.10. Σύνοψη

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται η σύνοψη των δράσεων του στρατηγικού σχεδιασμού σε σχέση με τους υπευθύνους φορείς υλοποίησης και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

**Πίνακας 3.4**

**Συνοπτικός πίνακας δράσεων του στρατηγικού σχεδιασμού**

<b>Δράση</b>	<b>Υπεύθυνοι Υλοποίησης</b>	<b>Αναμενόμενο αποτέλεσμα</b>
<b>Πολιτική</b>		
Δημιουργία εθνικής πολιτικής για τον θηλασμό χωρίς ανισότητες για τις διάφορες κοινωνικές ομάδες	Αρμόδια Υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Οριστικοποίηση πολιτικής, ανακοίνωση και προώθησής της με εξάλειψη ανισοτήτων
Δημιουργία συστάσεων και πρακτικών οδηγιών βάση της εθνικής πολιτικής	Επιστημονικοί Σύλλογοι	Προώθησής της πολιτικής
<b>Σχεδιασμός</b>		
Δημιουργία στόχων και προτεραιοτήτων	Αρμόδια Υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Δημιουργία στόχων και προτεραιοτήτων
Δημιουργία ενός βραχυπρόθεσμου σχεδίου δράσης για	Αρμόδια Υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Ανάπτυξη και ανακοίνωση του σχεδίου δράσης

επανασχεδιασμό του (1-2 έτη)		
Δημιουργία ενός μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδίου δράσης (5 έτη)	Αρμόδια Υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Ανάπτυξη και ανακοίνωση στρατηγικού σχεδίου δράσης
<b>Διαχείριση</b>		
Ανάθεση σε επαγγελματίες με τα κατάλληλα προσόντα	Αρμόδια Υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού, Κέντρα θηλασμού - τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, σύλλογοι μητρικού θηλασμού.	Συντονισμός και ορθή λειτουργία
<b>Κέντρα θηλασμού</b>		
Δημιουργία κέντρων θηλασμού	Αρμόδια Υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	24 ωρή Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας, καταγραφή και παρακολούθηση, έρευνα
<b>Χρηματοδότηση</b>		
Εξασφάλιση συγκεκριμένων πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό για το στρατηγικό σχεδιασμό του μητρικού θηλασμού	Κυβέρνηση, Αρμόδια Υπουργεία	Εξασφάλιση ετήσιου κονδυλίου
<b>Πληροφόρηση, επιμόρφωση, επικοινωνία (ΠΕΕ)</b>		
Ενημερωτικά σεμινάρια, φυλλάδια, ραδιοφωνικά και τηλεοπτικά μηνύματα,	Κέντρα θηλασμού, Επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας	Πληροφόρηση, επιμόρφωση αλλά και σημεία διεξαγωγής

έντυπο και ηλεκτρονικό υλικό, mobile app, εθνικός εορτασμός της εβδομάδας μητρικού θηλασμού	υγείας, Εξειδικευμένοι επαγγελματίες, Μέσα Μαζικής ενημέρωσης	ελέγχου
Εκπαιδευτικά σχολικά προγράμματα.	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Διαμόρφωση κουλτούρας σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό.
Η ενημέρωση όλων των μελών της οικογένειας.	Κέντρα θηλασμού, Επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Εξειδικευμένοι επαγγελματίες	Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την θηλάζουσα και το νεογνό της.
<b>Εκπαίδευση</b>		
Σε προπτυχιακό επίπεδο σχεδιασμός ειδικού προγράμματος για την απόκτηση επάρκειας	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Ορθά κριτήρια απόκτησης επάρκειας
Μεταπτυχιακό επίπεδο σεμινάρια πιστοποίησης με πρόσφατα επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα με μόρια συνεχόμενης κατάρτισης από την παρακολούθηση τους	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού, Κέντρα θηλασμού	Συνεχιζόμενη κατάρτιση και ανανέωση γνώσεων
Σύλλογος και δίκτυο επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας	Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού, Κέντρα θηλασμού	Ανταλλαγή πληροφοριών και ιδιαίτερων περιστατικών, Ενοποίηση επαγγελματιών
<b>Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη</b>		
Ποινική δίωξη – αυστηρότερη νομοθεσία	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού	Τήρηση θεσπισμένων διαταγμάτων σε

σε παραβιάσεις του κώδικα Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος	θηλασμού	μεγαλύτερο βαθμό
Ικανή και αναγκαία συνθήκη για την λειτουργία των μαιευτηρίων, των νεογνικών και των παιδιατρικών κλινικών, όλων των δημόσιων και ιδιωτικών κλινικών της χώρας η ύπαρξη της πιστοποίησης «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία»	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Αύξηση των ποσοστών των βοηθητικών προς το θηλασμό πρακτικών
Μητρικό γάλα – Εθνικό προϊόν	Αρμόδια υπουργεία	Σημαντικότητα γάλακτος
Συνταγογράφηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος	Αρμόδια υπουργεία	Αποφυγή αναίτιας χορήγησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος
Έλεγχος και θέσπιση νέων πολιτικών για προστασία του μητρικού θηλασμού κατά την εργασία	Αρμόδια υπουργεία	Συνέχιση του θηλασμού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα
Προστασία και υποστήριξη σε μητέρες που είναι άνεργες, ανασφάλιστες, φοιτήτριες, έφηβες, μετανάστριες ή που εργάζονται σε	Αρμόδια υπουργεία	Υποστήριξη των θηλαζουσών γυναικών κατώτερων οικονομικών στρωμάτων

συμβόλαια ορισμένου χρόνου		
Ενημέρωση εργοδοτών για τα μακροπρόθεσμα οφέλη του μητρικού θηλασμού σε σχέση με την αυξημένη παραγωγικότητα και την μείωση των επιδοτούμενων αδειών	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού, Κέντρα θηλασμού	Ευαισθητοποίηση εργοδοτών
Εύκολη και δωρεάν εικοσιτετράωρη πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού με ειδικούς ψυχολόγους	Κέντρα θηλασμού - τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, σύλλογοι μητρικού θηλασμού.	Στήριξη γυναικών – αύξηση των ποσοστών θηλασμού
Ψυχολογική υποστήριξη γυναικών που δεν κατάφεραν να θηλάσουν	Κέντρα θηλασμού - τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, σύλλογοι μητρικού θηλασμού.	Ψυχολογικά υγιές γυναίκες
Υποστήριξη γυναικών υψηλού κινδύνου για διακοπή του θηλασμού – εξατομίκευση φροντίδας	Κέντρα θηλασμού - τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, σύλλογοι μητρικού θηλασμού	Αύξηση των ποσοστών έναρξης θηλασμού– Μείωση των ποσοστών διακοπής θηλασμού για τις γυναίκες υψηλού κινδύνου
Ιστορικό μητρικού θηλασμού	Μαιευτήρια, Κέντρα θηλασμού - τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, σύλλογοι μητρικού θηλασμού	Εξειδικευμένη φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες και το ιστορικό της μητέρας
Επίσκεψη επαγγελματία υγείας στο σπίτι	Κέντρα θηλασμού - τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας,	Εξειδικευμένη φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες της μητέρας και το βαθμό

	σύλλογοι μητρικού θηλασμού	υποστήριξης της οικογένειας
Δημόσιος θηλασμός με προγράμματα επιβράβευσης για τις επιχειρήσεις που τον ασπάζονται	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Στήριξη του δημόσιου θηλασμού
Εθνικές τράπεζες γάλακτός	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Μητρικό γάλα στα βρέφη που δεν μπορούν να λάβουν το γάλα της μητέρας τους
Έντυπο συναίνεσης μητέρας για λήψη στερεών τροφών του βρέφους πριν τους 6 μήνες	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Αποφυγή αναίτιας λήψης στερεών τροφών πριν τους 6 μήνες
Σχεδιασμός σχεδίων δράσεων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Συνέχιση του μητρικού θηλασμού με οποιασδήποτε συνθήκες
Υποστήριξη μητέρων αλλά και νεογνών – βρεφών με αναπηρίες	Κέντρα θηλασμού - τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, σύλλογοι μητρικού θηλασμού	Εξάλειψη ανισοτήτων, υποστήριξη γυναικών και βρεφών με αναπηρίες
Στήριξη και έλεγχος Εθελοντικών Πρωτοβουλιών θηλασμού	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Επικουρική βοήθεια σε τοπικό αλλά και εθνικό επίπεδο
<b>Σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης</b>		
Δημιουργία εθνικού συστήματος καταγραφής που θα συνδέεται με τον ηλεκτρονικό φάκελο	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Εθνική βάση δεδομένων
Καταγραφή	Μαιευτήρια, Κέντρα	Βάση δεδομένων για

δημογραφικών στοιχείων των μητέρων	θηλασμού - τοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, σύλλογοι μητρικού θηλασμού	έρευνα και εξάλειψη ανισοτήτων
Έλεγχος ανά 3-5 έτη όλων των μονάδων που φέρουν την υποχρεωτική πιστοποίηση για «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία»	Αρμόδια υπουργεία, Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού	Τακτική αξιολόγηση και επανέλεγχος των τηρούμενων διαδικασιών.
Δημιουργία Παρατηρητηρίου - Εθνικής Επιτροπής Παρακολούθησης και Εφαρμογής των θεσπισμένων διαταγμάτων	Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού, Κέντρα θηλασμού	Σημείο ελέγχου εφαρμογής θεσπισμένων νομοθεσιών
Έλεγχος της απήχησης των διάφορων μέσων για πληροφόρηση, επιμόρφωση και επικοινωνία, αλλά και των διάφορων εκπαιδευτικών προγραμμάτων	Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού, Κέντρα θηλασμού	Διορθωτικές αλλαγές και προσθήκες ή τροποποιήσεις των διάφορων μέσων για πληροφόρηση, επιμόρφωση και επικοινωνία, αλλά και των διάφορων εκπαιδευτικών προγραμμάτων
<b>Έρευνα</b>		
Αξιόπιστες εθνικές μελέτες ανά τακτά χρονικά διαστήματα, με αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού δείγματα	Εθνική επιτροπή μητρικού θηλασμού, Κέντρα θηλασμού	Επιμέρους αναλύσεις και συγκρίσεις, αλλά και συγκρίσεις με επόμενες έρευνες, Ανάδειξη των οφελών του μητρικού θηλασμού.

Πηγή: Συγγραφέας



### 3.11. Ανακεφαλαίωση

Ο μητρικός θηλασμός είναι αδιαμφισβήτητα η καλύτερη τροφή για το βρέφος. Συνιστάται για την δημόσια υγεία από την Unicef και τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας ως η αποκλειστική τροφή του βρέφους έως τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του, έτσι ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη ανάπτυξη και υγεία. Ο θηλασμός συνεχίζεται κατόπιν με την εισαγωγή συμπληρωματικών τροφών έως και τα δύο έτη ή και αργότερα. Παγκόσμιος στόχος είναι η αύξηση του ποσοστού του αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους 6 μήνες μέχρι το 50% τουλάχιστον έως το 2025.

Στο κεφαλαίο αυτό παρουσιάστηκε ένα καλά οργανωμένο και σαφώς καθορισμένο σχέδιο δράσης, ένας στρατηγικός σχεδιασμός για την μόνιμη αύξηση των χαμηλών ποσοστών του μητρικού θηλασμού, ο οποίος βασίζεται τόσο στην Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του μικρού Παιδιού όσο και στο σχέδιο δράσης για την «Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη», λαμβάνοντας υπόψη και τις εθνικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες της χώρας μας.

Είναι πρόδηλη η αναγκαιότητα εφαρμογής του με στόχο όλες οι μητέρες αλλά και οι οικογένειές τους να εκπαιδευτούν και να υποστηριχτούν να θηλάσουν τα παιδιά τους με μητρικό γάλα τους έξι πρώτους μήνες και κατόπιν να συνεχίσουν το θηλασμό έως και δύο ή και περισσότερα χρόνια. Για να επιτευχθεί το παραπάνω όραμα θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί τόσο το κράτος και οι επαγγελματίες υγείας όσο και η κοινωνία ολόκληρη.

Το μητρικό γάλα είναι ένα εθνικό φυσικό προϊόν, ένα δώρο της φύσης για τον άνθρωπο και η φύση είναι σοφή. Ας μην ξεχνάμε την φράση του Αριστοτέλη «για καθετί που υπάρχει στη φύση, πίσω του κρύβεται κάποιος λόγος» και για το μητρικό γάλα υπάρχουν εκατοντάδες, χιλιάδες λόγοι που πρέπει να τον αγκαλιάσουμε και να τον στηρίξουμε.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αγαπητές μητέρες,

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων για εσάς, τα μωρά σας και την σχέση σας με το θηλασμό. Αφού διαβάσετε προσεκτικά την κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλείστε να δηλώσετε την απάντηση, που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας απόλυτα εμπιστευτικές. Δεν θα δημοσιευθούν, ούτε θα γνωρίζει κανείς την ταυτότητά σας. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εντελώς προαιρετική και μπορείτε να αποχωρήσετε ανά πάσα στιγμή. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συνεπάγεται και την συγκατάθεση της μητέρας για την συμμετοχή της στην έρευνα. Όσες μανούλες γέννησαν μεταξύ του Ιανουαρίου 2019 και Απριλίου 2019 μπορούν να συμμετέχουν στην έρευνα.

Η συλλογή των στοιχείων γίνεται στα πλαίσια της εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας στο Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Σας ευχαριστώ θερμά για τη συνεργασία.

Επόμενο

Σελίδα 1 από 3

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google. [Αναφορά κακής χρήσης](#) - [Όροι Παροχής Υπηρεσιών](#) - [Πολιτική απορρήτου](#)

Google Φόρμες

### Π1. Εισαγωγή Ερωτηματολογίου

## ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

\* Απαιτείται

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε; \*

- 15-20
- 21-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41-50
- Άνω των 50

Ποια είναι η εθνικότητά σας; \*

- Ελληνική
- Άλλο

Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας; \*

- Καθόλου σχολείο
- Δημοτικό / Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΑΕΙ / ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

Ποιος είναι ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας; \*

- Μεγάλο αστικό κέντρο - Πρωτεύουσα
- Κωμόπολη - Χωριό

## Π2. Δημογραφικά στοιχεία κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Σελίδα 1/3)

**Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση: \***

Άγαμη

Έγγαμη

Διαζευγμένη / Σε διάσταση

Χήρα

**Ποιο είναι το ετήσιο εισόδημα την οικογένειά σας κατά προσέγγιση: \***

0-12.000 €

12.000 - 23.999 €

24.000 - 35.999 €

36.000 - 47.999 €

48.000 € και άνω

**Ποια είναι η εργασιακή σας απασχόληση: \***

Ιδιωτική υπάλληλος

Δημόσια υπάλληλος

Ελεύθερη επαγγελματίας

Οικιακά

Άνεργη

**Εργάζεσταν όσο ήσασταν έγκυος: \***

Ναι

Όχι

**Αν ναι, σε ποιο μήνα σταματήσατε να εργάζεστε:**

1ος

2ος

3ος

4ος

5ος

6ος

7ος

8ος

9ος

Δεν σταμάτησα

### Π3. Δημογραφικά στοιχεία κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Σελίδα 2/3)

**Αν ναι, πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας ή έχετε μειωμένο ωράριο :**  
(Συμπεριλαμβάνονται αναρρωτική κύησης/τοκετού, λοχείας, γονική εξαιρετική κανονική άδεια)

- Ναι
- Όχι. Πήρα άδεια άνευ αποδοχών (δηλαδή χωρίς να πληρώνομαι).

**Πότε επιστρέψατε στη δουλειά σας:**

- 1η εβδομάδα
- 2η εβδομάδα
- 3η εβδομάδα
- 4η εβδομάδα
- 2ο μήνα
- 3ο μήνα
- 4ο μήνα
- 5ο μήνα
- 6ο μήνα
- 7ο μήνα
- 8ο μήνα
- 9ο μήνα
- 10 μήνα
- 11ο μήνα
- 12ο μήνα
- >12ο μήνα

Πίσω

Επόμενο

Σελίδα 2 από 3

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google. Διαφορά κακής χρήσης -  
Όροι Παροχής Υπηρεσιών - Πολιτική απορρήτου

Google Φόρμες

#### **Π4. Δημογραφικά στοιχεία κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Σελίδα 3/3)**

## ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

\* Απαιτείται

### ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ

**Πότε γεννήσατε το τελευταίο σας μωρό: \***

- Ιανουάριος 2019
- Φεβρουάριος 2019
- Μάρτιος 2019
- Απρίλιος 2019

**Τι φύλο είναι το μωρό σας: \***

- Κορίτσι
- Αγόρι

**Πώς γεννήσατε το μωρό σας: \***

- Φυσιολογικός τοκετός
- Καισαρική τομή
- Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή

**Που γεννήσατε το μωρό σας: \***

- Στο σπίτι
- Δημόσιο νοσοκομείο
- Ιδιωτική κλινική

**Αν γεννήσατε στο μαιευτήριο, το μωρό σας βρισκόταν όλο το 24ωρο στο ίδιο δωμάτιο με εσάς :**

- Ναι
- Όχι

### Π5. Περιγεννητικά στοιχεία - Μαιευτήριο (Σελίδα 1/8)

**Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο ήρθατε σε επαφή με διαφημιστικό υλικό βρεφικού γάλακτος, αρίσες ή φυλλάδια ή σας δόθηκαν δωρεάν δείγματα βρεφικού γάλακτος, πιπίλες ή μπιμπερό;**

- Ναι
- Όχι

**Φεύγοντας από το μαιευτήριο σας δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα - σκόνη;**

- Ναι
- Όχι

**Το μωρό σας γεννήθηκε: \***

- Τελειόμηνο > 37 εβδομάδες
- Πρόωρο < 37 εβδομάδες

**Θηλάσετε το μωρό σας μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό: \***

- Ναι
- Όχι

**Αν όχι, πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει:**

- 1η ημέρα
- 2η ημέρα
- 3η ημέρα
- 4η ημέρα
- 5η ημέρα
- 6η ημέρα
- 7η ημέρα
- 2η εβδομάδα
- 3η εβδομάδα
- 4η εβδομάδα
- 2ο μήνα
- 3ο μήνα
- 4ο μήνα
- 5ο μήνα
- 6ο μήνα
- > 6ο μήνα
- Καθόλου

## Π6. Περιγεννητικά στοιχεία - Μαιευτήριο (Σελίδα 2/8)



**Χρειάστηκε το μωρό σας να μείνει σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ); \***

- Ναι
- Όχι

**Αν ναι, δώσατε μητρικό γάλα στο παιδί σας κατά την νοσηλεία στην ΜΕΝΝ;**

- Ναι
- Όχι

**Αν ναι, πότε θηλάσατε για πρώτη φορά το παιδί σας κατά την νοσηλεία του στην ΜΕΝΝ;**

- 1η ημέρα
- 2η ημέρα
- 3η ημέρα
- 4η ημέρα
- 5η ημέρα
- 6η ημέρα
- 7η ημέρα
- 2η εβδομάδα
- 3η εβδομάδα
- 4η εβδομάδα
- 2ο μήνα
- 3ο μήνα
- 4ο μήνα
- 5ο μήνα
- 6ο μήνα
- > 6ο μήνα

**Θηλάσατε / Θηλάζετε το μωρό σας; \***

- Ναι
- Όχι

**Αν ναι, τί είδους θηλασμό κάνετε/κάνετε;**

- Αποκλειστικό (Μόνο μητρικό γάλα)
- Μεικτό (συνδυασμό θηλασμού και ξένου γάλακτος)

## Π7. Περιγεννητικά στοιχεία - Μαιευτήριο (Σελίδα 3/8)

**Αν θηλάσατε/ θηλάζετε αποκλειστικά, για πόσο χρονικό διάστημα το κάνατε/ κάνετε:**

- 1-10 ημέρες
- 11-20 ημέρες
- 21-40 ημέρες
- 2 μήνες
- 3 μήνες
- 4 μήνες
- 5 μήνες
- 6 μήνες
- Πάνω από 6 μήνες

**Αν θηλάσατε/ θηλάζετε με μεικτό θηλασμό, για πόσο χρονικό διάστημα το κάνατε/ κάνετε:**

- 1-10 ημέρες
- 11-20 ημέρες
- 21-40 ημέρες
- 2 μήνες
- 3 μήνες
- 4 μήνες
- 5 μήνες
- 6 μήνες
- Πάνω από 6 μήνες

**Αν θηλάσατε/ θηλάζετε με μεικτό θηλασμό, σε ποιους από τους παρακάτω λόγους οφείλεται: (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)**

- Ανεπαρκές γάλα
- Πέτρωμα/σπάργωμα στήθους
- Μαστίτιδα
- Εισέχουσες θηλές
- Τραυματισμός θηλών
- Δυσκολίες που αντιμετώπισα στην αρχή του θηλασμού
- Επιστροφή στην εργασία
- Πάνω από 6 μήνες
- Αρρώστια μητέρας
- Κάπνισμα
- Κούραση/άγχος/κατάθλιψη
- Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού
- Υποχρεώσεις στο σπίτι/ άλλα παιδιά
- Πολύδυμη κύηση
- Ανησυχία για την ποσότητα που λαμβάνει
- Ανησυχία για αισθητική εμφάνιση στήθους
- Αρρώστια μωρού
- Προωρότητα
- Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)

## Π8. Περιγεννητικά στοιχεία - Μαιευτήριο (Σελίδα 4/8)

- Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους
- Ο γιατρός/μαία/νοσοκόμα μου το πρότειναν
- Συγγενικά πρόσωπα μου το πρότειναν
- Οικογενειακά προβλήματα
- Άλλο

**Αν θηλάσετε πότε σταματάτε / Θα σταματήσετε τον θηλασμό.**

- 1η ημέρα
- 2η ημέρα
- 3η ημέρα
- 4η ημέρα
- 5η ημέρα
- 6η ημέρα
- 7η ημέρα
- 2η εβδομάδα
- 3η εβδομάδα
- 4η εβδομάδα
- 2ο μήνα
- 3ο μήνα
- 4ο μήνα
- 5ο μήνα
- 6ο μήνα
- > 6ο μήνα
- >12ο μήνα

**Αν σταματάτε να θηλάξετε ή δεν θηλάσετε καθόλου σε ποιους από τους παρακάτω λόγους οφείλεται: (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)**

- Ανεπαρκές γάλα
- Πέτρωμα/σπάργωμα στήθους
- Μαστίτιδα
- Εισέχουσες θηλές
- Τραυματισμός θηλών
- Δυσκολίες που αντιμετωπίσα στην αρχή του θηλασμού
- Επιστροφή στην εργασία
- Πάνω από 6 μήνες / Θεώρησα ότι το μωρό μου θήλασε αρκετά/επαρκώς
- Αρρώστια μητέρας
- Κάπνισμα
- Φάρμακα
- Κούραση/άγχος/κατάθλιψη
- Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού
- Υποχρεώσεις στο σπίτι/ άλλα παιδιά
- Πολύδυμη κύηση
- Ανησυχία για την ποσότητα που λαμβάνει
- Δεν ήθελα/προσωπικοί λόγοι

**Π9. Περιγεννητικά στοιχεία - Μαιευτήριο (Σελίδα 5/8)**

- Δεν ήθελα/προσωπικοί λόγοι
- Δεν ήξερα πώς να το κάνω, δεν μου έδειξε κάποιος
- Ανησυχία για αισθητική εμφάνιση στήθους
- Αρρώστια μωρού
- Προωρότητα
- Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)
- Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους
- Το μωρό δεν ήθελε το γάλα μου
- Ο σύντροφός μου δεν ήθελε να θηλάσω άλλο
- Ο γιατρός/μαία/νοσοκόμα μου είπαν να μη θηλάσω άλλο / καθόλου
- Συγγενικά πρόσωπα μου είπαν να μη θηλάσω άλλο / καθόλου
- Οικογενειακά προβλήματα
- Άλλο

**Έλαβε το παιδί σας χαμομήλι, τσάι, νερό, ζαχαρόνερο ή άλλο ρόφημα; Αν ναι, πότε, για πρώτη φορά:**

- 1η ημέρα
- 2η ημέρα
- 3η ημέρα
- 4η ημέρα
- 5η ημέρα
- 6η ημέρα
- 7η ημέρα
- 2η εβδομάδα
- 3η εβδομάδα
- 4η εβδομάδα
- 2ο μήνα
- 3ο μήνα
- 4ο μήνα
- 5ο μήνα
- 6ο μήνα
- 7ο μήνα
- 8ο μήνα
- 9ο μήνα
- 10ο μήνα
- 11ο μήνα
- 12ο μήνα
- >12ου μήνα

## Π10. Περιγεννητικά στοιχεία - Μαιευτήριο (Σελίδα 6/8)

**Πότε έλαβε για πρώτη φορά το παιδί σας φρουτόκρεμα, άλλη κρέμα, χυμό, λιωμένο φαγητό ή στερεή τροφή; \***

- 1η ημέρα
- 2η ημέρα
- 3η ημέρα
- 4η ημέρα
- 5η ημέρα
- 6η ημέρα
- 7η ημέρα
- 2η εβδομάδα
- 3η εβδομάδα
- 4η εβδομάδα
- 2ο μήνα
- 3ο μήνα
- 4ο μήνα
- 5ο μήνα
- 6ο μήνα
- 7ο μήνα
- 8ο μήνα
- 9ο μήνα
- 10ο μήνα
- 11ο μήνα
- 12ο μήνα
- >12ου μήνα

**Γνωρίζετε ή γνωρίζεται τα οφέλη του μητρικού θηλασμού; \***

- Ναι
- Όχι

**Αν ναι, από πού είχατε ενημερωθεί; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.)**

- Μαία / Μαιευτή
- Σύμβουλο μητρικού θηλασμού
- Γιατρό
- Συγγενείς / φίλους
- Βιβλία / περιοδικά
- Άλλες πηγές

## Π11. Περιγεννητικά στοιχεία - Μαιευτήριο (Σελίδα 7/8)

**Πιστεύεται ότι ο μητρικός θηλασμός ωφελεί... : (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις.) \***

- Στην υγεία του παιδιού
- Στην υγεία της μητέρας
- Στο συναισθηματικό δέσιμο μεταξύ μητέρας - παιδιού
- Στον οικογενειακό προϋπολογισμό
- Στον προϋπολογισμό του κράτους
- Σε τίποτα από τα παραπάνω
- Σε όλα τα παραπάνω

[Πίσω](#) [Υποβολή](#) Σελίδα 3 από 3

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google. [Αναφορά κακής χρήσης](#) - [Όροι Παροχής Υπηρεσιών](#) - [Πολιτική απορρήτου](#)

Google Φόρμες

## Π12. Περιγεννητικά στοιχεία - Μαιευτήριο (Σελίδα 8/8)

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Stevens R. (1987) Φρόνιτ και ψυχανάλυση. Παρουσίαση και αξιολόγηση. Μτφρ. Μ. Μητσός. Κεφ. 4. Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη. Το Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα Κουτσομπός.

UNICEF (2012). Κατανοώντας το παρελθόν – Σχεδιάζοντας για το μέλλον. Αθήνα

Βαράκης Ν. (2012) Οικονομοτεχνική μελέτη μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα. Αθήνα

Βιβιλάκη Β. (2016) Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, η μαία στην Π.Φ.Υ. Πασχαλίδης

Δανέζη Μ. (2011) Μητρικός θηλασμός και οικονομικός παράγοντας . ΓΝΑ Έλενα Βενιζέλου.

Δοξιάδης Α. (1926). Γράμματα προς μητέρας. Εκδόσεις Γρέκα

Έγγραφο, «Όροι και προϋποθέσεις αναγνώρισης, διαδικασίες ανάπτυξης, κριτήρια, δείκτες και διαδικασία αξιολόγησης, και εποπτεία των «Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων». Αρ. Πρωτ. Δ1β/Γ.Π.οικ. 43457/2019, ΦΕΚ 2365/Β/18-6-2019, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έγγραφο, Εκπαίδευση στην ιατρική εξειδίκευση της εντατικής νοσηλείας νεογνών. Αρ. Πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ. 26911/2019, ΦΕΚ 1355/Β/19-4-2019, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έγγραφο, Εορτασμός της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας 1-7 Νοεμβρίου. Α.Π. Υ3γ/οικ. 4320/20-09-1996, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έγγραφο, Μητρικός Θηλασμός – αναφαίρετο δικαίωμα κάθε νεογέννητου. Αρ. Πρωτ. Υ3γ/οικ.3618/9-10-1995, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έγγραφο, Συστάσεις για την εισαγωγή στερεών τροφών στον 1ο χρόνο της ζωής. Α.Π. Υ 3γ/οικ. 4320/20-09-1996, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έγγραφο, Σύσταση Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού. Αρ. Πρωτ. 1δ/οικ.57387/2-6-2005, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έγγραφο, Σύσταση Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού. Αρ. Πρωτ. 3γ/οικ. 5311/20-7-1993, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2007) Ν. 3528/2007. Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.. ΦΕΚ 2127/21.06.2017

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2017) Εγγραφή συναίνεση μητέρας για την χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος. ΦΕΚ Α' 26/ 9.2.2007

Ηλιοδρομίτη Ζ., Παπαμιχαήλ Δ., Εκίζογλου Χ., Ντέκα Ε., Μαυρίκα Π. Ζωγραφάκη Ε.,Κουτεντάκης Κ., Ζιδρόπουλος Σ., Σταύρου Δ., Παναγιωτόπουλος Τ., Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι. (2018) Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα.

Μπαμπινιώτης Γ. (2004) Λεξικό για το σχολείο και το γραφείο. Κέντρο λεξικολογίας, Αθήνα.

Μπιλάλη Α., Μπαρτσόκας Χ., Βελονάκης Ε. (2012) Νεκρωτική εντεροκολίτιδα και πρόωρα νεογνά. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(3):290-310

Μωραΐτου Μ. (2004) Το βίωμα της μητρότητας. Βήτα, Αθήνα.

Μώρος, Μ. (2010) Ιστορία και Φιλοσοφία του Μητρικού Θηλασμού από την αρχαιότητα έως τη σύγχρονη εποχή. ΕΛΕΥΘΩ;1:28-32.

Νομικό Συμβούλιο του Κράτους (2018) Αριθμός γνωμοδότησης 124/2018

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2101/1992 - ΦΕΚ 192/Α/2-12-1992. Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα τον παιδιού.

Όμηρος. Ιλιάδα.

Όμηρος. Οδύσσεια.

Πανταζή Μ. (2012) Μητρικός Θηλασμός και οικονομική κρίση. ΕΛΕΥΘΩ;1: 25-31

Παπαβεντσης Σ. (2011) Επιστροφή στο μητρικό θηλασμό: Οδηγός επιβίωσης για γονείς και επαγγελματίες υγείας. Δεύτερη έκδοση.

Πλούταρχος. Περί παιδων αγωγής.

Συκάκη-Δούκα Α. (1985) Ο τοκετός είναι αγάπη. 10η βελτιωμένη έκδοση. Ιδιωτική έκδοση.

Σύνταγμα Ελλάδος , Άρθρο 21: Προστασία οικογένειας γάμου μητρότητας και παιδικής ηλικίας δικαιωμάτων ατόμων με αναπηρίες



Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, (1976) Απόφαση, 2α/οικ.5648/27.11.1976 «Περί καθιέρωσης Βιβλιαρίου Υγείας Παιδιού»(ΦΕΚ 1425 τ.Β' 27.11.1976)

Υπουργείο Υγείας (2016), Μείωση της αυξημένης τάσης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων , Ν.4368/2016 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 537 τ.Α'/21.02.2016)

Υπουργείο Υγείας, Ν. 4316/2014 «Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείο Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 270 τ.Α'/24.12.2014)

## **Ξενόγλωσση**

Acheston L. (1995) Family violence and breastfeeding. Arch. Fam. Med. 1995, 4:650-652

Aeschylus. Seven Against Thebe, verses 349-350.

Aeschylus. The Libation Bearer, verses 734, 746-761.

American Academy of Pediatrics (2005) Breastfeeding Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics Vol. 115 No. 2.

American Academy of Pediatrics. (2014)New Mother's Guide to Breastfeeding, 2nd Edition

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk (RE2729).

Ancient Greek literature (1992) The Greeks, Hippocrates, Complete Works, Volume 4th. Cactus publications.

Ancient Greek literature (1993) The Greeks, Hippocrates, Complete Works 1, Aphorisms. Cactus publications.

Anderson JW. et al (1999) Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 70: 525-35

Aristophanes translation. Georgousopoulos K. Editions Cactus 1992.

Armstrong J. et al. (2002) Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. Lancet 2002, 349: 2003-4

Avery MD., Duckett L., Frantzich CR., (2000) The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health*, 45:227–237

Bagci Bosi A.T., Eriksen K.G., Sobko T., Wijnhoven T.M., Breda J. (2016) Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutrition*.19(04):753–64.

Bahl R., Frost C., Kirkwood BR., Edmond K., Martines J, et al. (2005) Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bull World Health Organ*83(6): 418-426.

Barenes H., Empis G., Quang TD., Sengkhamyong K., Phasavath P., et al.(2012) Breast-Milk Substitutes: A New Old-Threat for Breastfeeding Policy in Developing Countries. A Case Study in a Traditionally High Breastfeeding Country. *PLoS One* 7(2): e30634.

Bartick M. (2011) Breastfeeding and the U.S. economy. *Pubmed* 2011 Oct;6:313-8.

Bartick M., Reinhold A. (2010) The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. ;125(5):e1048-56.

Bartick M.C., Stuebe A.M., Schwarz E.B., et al. (2013) Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. *Obstet Gynecol*. 2013;122(1):111-9

Baumgartner C. (1984) Psychomotor and Social Development of Breast Fed and Bottle Fed babies During their First year of Life. *Acta Paediatrica Hungarica*

Bergman A., Heindel J., Jobling S., et al. (2012) State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals 2012 Summary for Decision-Makers. United Nations Environment

Bernier MO., Plu-Bureau G., Bossard N., Ayzac L., Thalabard JC. (2000) Breastfeeding and risk of breast cancer: a meta-analysis of published studies. *Hum. Reprod. Update* 2000; 6 (4): 374-386.

Birch E. et al. (1993) Breastfeeding and optimal visual development. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1993;30:33-8

Box, E. P. G., and Jenkins, M. G. (1970). *Time Series Analysis forecasting and control*, Holden-Day, San Francisco.

Burros M. (1997) *Biotechnology's Bounty*. N.Y. Times

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2002) *Enterobacter sakazakii* Infections associated with the use of powdered infant formula-Tennessee, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 51(14):297-300.

Chen A., Rogan WJ. (2004) Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*. 2004;113(5):e435-9

Chien PF., Howie PW. (2001) Breast milk and the risk of opportunistic infection in infancy in industrialized and non-industrialized settings. *Adv Nutr Res*. 2001;10:69-104.

Chua S. et al. (1994) Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101:804-805

Colon AR, Colon PA. (1999) *Nurturing children: a history of pediatrics*. Westport: Greenwood Press, pp. 329

Connolly KD. (2004) *The Ecology of Breastfeeding*.

Cunningham A.S. (1986) *Breastfeeding, Bottle-feeding and Illness: An Annotated Bibliography 1986*. Lactation Resource Center: Nursing Mother' Association of Australia.

Davies H.A. (1989) Insulin Requirements of Diabetic Women who Breast Feed. *British Medical Journal*

Davies M. (2016) Course 3335-Breastfeeding. NetCe.

Dewey KG., Heinig MJ., Nommsen LA. (1993) Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr* 1993;58:162-166

DoH (2003) *Infant feeding initiative a report evaluating the breastfeeding*

Doolan P. (2008) *Nursing times*. *History Today* 58(12).

Duncan B. et al (1993) Exclusive breastfeeding for at least four months protects against Otitis Media. *Pediatrics* 91(1993): 897-872

Eidelman et al 2003 *Dev Psychobiol*, Sept; 43(2): 109-19

Eidelman et al. (2003). *Dev Psychobiol*. Sept; 43(2): 109-19

Eiger. M.S., Wendkos Olds S. (1999) *The Complete Book Of Breastfeeding*. Workman Publishing Co., Inc.

Evripides-Tragedies, translation Lekatsa P. Editions Kastaniotis. Athens 1997.

Fergusson DM., Woodward LJ. (1999) Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999, 13:144-157

Fildes V. (1986) *Breasts, bottles and babies: a history of infant feeding*. Edinburgh University Press, pp.462.

Fomon S. (2001) Infant Feeding in the 20th century; formula and beikost. *J Nutr* 131(2): 409S-20S.

Freudenheim et al. (1994) Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology* 5:324-331

Gartner LM, Stone C. (1994) Two thousand years of medical advice on breastfeeding: comparison of Chinese and western texts. *Semin Perinatol* 18(6): 532-536.

Gerstein HC. (1994) Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1994;17:13-19

Greer FR, Apple RD. (1991) Physicians, Formula Companies, and advertising. A historical perspective. *Am J Dis Child* 145(3): 282-286.

Gruskay F. (1982) Comparison of breast, cow and soy feedings in the prevention of onset of allergic disease: a 15-year prospective study. *Clin Pediatr* 1982; 21(8):486-91.

Gwinn ML. (1990) Pregnancy, breastfeeding and oral contraceptives and the risk of Epithelial ovarian cancer. *J. Clin. Epidemiol.* 1990; 43:559-568

Hamosh M. (1996) Breast-feeding: Unraveling the Mysteries of Mother's Milk. Georgetown University Medical Center

Hamzelou J. (2018). Transgender woman is first to be able to breastfeed her baby. *New Scientist*. doi:10.1089/trgh.2017.0044. PMC 5779241. Retrieved February 21, 2018.

Han-Zoric M. (1990) Antibody responses to parenteral and oral vaccines are impaired by conventional and low protein formulas as compared to breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79:1137-42

Hartage et al. (1994) Rates and risks of ovarian cancer in subgroups of white women in the United States. *Obstet Gynecol* 1994 Nov; 84(5): 760-764

Havard A. (1995) Breastfeeding - a cure for endometriosis. *Allaiter aujourd'hui, Quarterly Bulletin of LLL France*, No. 25,

Horwood, Fergusson (1998) Breastfeeding and Later Cognitive and Academic Outcomes. *Jan 1998 Pediatrics* Vol. 101, No. 1

Ip S., Chung M., Raman G., et al. (2007) Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007(153):1-

Jacobsson LTH. et al. (2003) Perinatal Characteristics and risk of rheumatoid arthritis. *BMJ* 2003; 326: 1068-1069

Johnston M., Landers S., Noble L., et al. (2012) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.

Kaiser Permanente (1995) Internal research to determine benefits of sponsoring an official lactation program.

Koletzko S., Sherman P., Corey M., et al. (1989) Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *Br Med J*. 1989;298:1617-1618

Konner M., & Worthman C.M. (1980) Nursing frequency, gonadal function and birth spacing among Kung hunter-gatherers. *Science* 207(4432):788-90.

Koutras, A.K., "Fecal Secretory Immunoglobulin A in Breast Milk vs. Formula Feeding in Early Infancy". *J. Ped Gastro Nutr* 1989. Aniansson G., Alm B., Andersson B., et al. (1994) A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr Infect Dis J*. 1994; 13:183-188

Kramer F. (1993) Breastfeeding reduces maternal lower body fat. *J. Am Diet Assoc* 1993; 93(4):429-33

Kramer M.S, Aboud F., Mironova E. et al. (2008) Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):578-84.

La Leche League International (1995) *The womanly art of breastfeeding*. Penguin Books, USA

*Lancet* (1994) A warm chain for breastfeeding. 1994;344:1239-41

Lawrence R. (1999) *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 5th edition. St. Louis: Mosby

Lawrence, Ruth A. *Babies are Born to Breastfeed*. U.S. Food and Drug Administration Statement

Löf-Johanson M., Brudin L., Rudebeck CE., Sundquist M. (2002) Breastfeeding Associated with Reduced Mortality in Women with Breast Cancer. *Breastfeeding Medicine*, 2016; 11.

Lovelady DC.A. et al. (2000) The effect of weight loss in overweight lactating women on the growth of their infants. *New Eng Journal of Med*, 2000; 342: 449-453

Lowdermilk DL., & Shannon E. Perry & Mary Catherine Cashion (2014) *Maternity Nursing - Revised Reprint*, 8th Edition. Mosby

Lucas A. (1992) Breast Milk and Subsequent Intelligence Quotient in Children Born Preterm. *Lancet* 1992;339:261-62

Lypourlis D. (1983) Hippocratic collection, Onwinds, waters, sites. Observer. Thessaloniki.

Lysias. For the murder of Eratosthenesapology. 6-20

Mahon J., Claxton L. and Wood H. et al. (2016) Modelling the cost-effectiveness of human milk and breastfeeding in preterm infants in the United Kingdom. *Health Economics Review*. (2016) 6:54

Manell R., Martens P., Walker M. (2013) Core curriculum for lactation consultant Practice. 3rd edition ILCA, Jones and Bartlett learning.

Melton LJ., Bryant SC., Wahner HW., et al. (1993) Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos Int*. 1993;22:684-691

Mortensen EL. et al (2002). The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 287: 2365-71

Osborn ML. (1979) The rent breasts: A brief history of wet-nursing. *Midwife Health Visit Community Nurse* 15(8): 302-306.

Oshaug A., Botten G. (1994) Human milk in food supply statistics. *Food Policy*. Vol. 19, Issue 5, Pages 479-482.

Owen CG. et al. (2002) Infant Feeding and Blood Cholesterol: A Study in Adolescents and a Systemic Review. *Pediatrics* 110: 597-608

Phelps C.E. (2011) Economic issues of breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*. Vol 6(5), pp.307-310.

Pokhrel S., Quigley M.A., Fox-Rushby J., McCormick F., Williams A., Trueman P., Dodds R., Renfrew M.J. (2015) Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. *Pubmed* 2015 Apr;100(4):334-40.

Programme and the World Health Organization2013.Ram KT., Bobby P., Hailpern SM., et al. (2008) Duration of lactation is associated with lower prevalence of the metabolic syndrome in midlife--SWAN, the study of women's health across the nation. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(3):268 e1-6.

Radbill S. (1981) Infant feeding through the ages. *Clin Pediatr (Phila)* 20(10): 613-621.

Radbill S. (1981) Infant feeding through the ages. *Clin Pediatr (Phila)* 20(10): 613-621.

Radbill S. (1981) Infant feeding through the ages. *Clinical Pediatrics*. PubMed 1981;20(10):613–621.

Reisman T., Goldstein Z. (2018). Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman. *Transgender Health*. 3: 24–26. doi:10.1089/trgh.2017.0044. PMC 5779241.

Renfrew M. et al. (2012) Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. London: Unicef

Resnick D., Niwayama G. (1988). *Diagnosis of bone and joint disorders*. Second edition. Volumes 1-6

Rigas A., Rigas B., Blassman M., et al. (1993) Breast-feeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. *Ann Epidemiol*. 1993;3:387-392

Riordan J. (1997) The cost of not breastfeeding: a commentary. *J Hum Lact* 1997; 13(2) 93-97.

Rosenblatt KA. et al. (1995) Prolonged lactation and endometrial cancer. *Int. J. Epidemiol*. 1995; 24:499-503

Rosenblatt KA., Thomas DB. (1993) Lactation and the risk of Epithelial ovarian cancer. *Int J Epidemiol*. 1993;22:192-197

Ruhrah J. (1926) *Pediatrics of the Past*. 8(2): 386-388.

Ruth A., Lawrence M.D. (1999) *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. (5th Ed), Mosby Year Book.

Saarinen UM., Kajossari M. (1995) Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*. 1995;346:1065-1069

Schwarz EB., Ray RM., Stuebe AM., et al.(2009) Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):974-82.

Sears M., Sears M.D. (2000) *The Breastfeeding Book*. Little Brown and Co.

Silva MD., Senarath U., Gunatilake M., Lokuhetty D. (2010) Prolonged breastfeeding reduces risk of breast cancer in Sri Lankan women: A case–control study. *Cancer Epidemiology* 2010; 34: 267–273.

Stevens E, Patrick T, Pickler R. (2009) A history of Infant feeding. *J Perinat Educ* 18(2): 32-39.

Stigler D. (1985) Preventive dietary management: prenatal, neonatal and in infancy. *Clin Ecol* 1985; 3:1:50-54.

Stuart-Macadam P., Dettwyler K. (2017) *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*. Routledge.

Stuebe A. (2009) The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(4):222-31.

The history of the feeding bottle from the Baby Bottle Museum in the UK.

The Lancet. (2002) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *PubMed* 2002; 360: 187–195.

Tsekourakis D. (1996) *Hippocrates, On human nature*. Library of Ancient authors. Dedalus Publishing.

UNICEF (2018) *Breastfeeding A Mother's Gift, for Every Child*.

UNICEF/WHO (1990) *Innocenti Declaration*. Florence

UNICEF/WHO (2009) *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Revised, updated and expanded for integrated care.

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

Uvnas-Moberg E. (1996) May Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioral adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland." *Acta Paediatrica*, 85(5):525-30

Victora C.G., Bahl R., Barros A.J.D., França G.V.A., Horton S., Krasevec J. et al. (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 387(10017):475–90.

Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, et al. (2015) Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* 3(4): e199-e205.

Virtanen et al. (1994) Diet, Cow's milk protein antibodies and the risk of IDDM in Finnish children. *Childhood Diabetes in Finland Study Group*. *Diabetologia*, Apr 1994, 37(4):381-7

Virtanen SM., Rasanen L., Aro A., et al. (1991) Infant feeding in Finnish children <7 yr of age with newly diagnosed IDDM. *Diabetes Care*, 1991;14:415-417

Von Strandmann S. (2013) *A brief history of infant feeding*. International.



Wang YS., Wu SY. (1996) The effect of exclusive breastfeeding on development and incidence of infection in infants. *J Hum Lactation*. 1996; 12:27-30

WHO (1981) International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes

Wickes IG. (1953) A history of infant feeding. Part I. Primitive peoples: Ancient works: Renaissance writers. *Arch Dis Child* 28(138): 151-158.

Wickes IG. (1953) A history of infant feeding. Part II: seventeenth and eighteenth centuries. *Arch Dis Child* 28(139): 232-240.

Wickes IG. (1953) A history of infant feeding. Part III: eighteenth and

Wiggins PK. (1998) *Breastfeeding: A Mother's Gift*. Chapter 1, L.A. Publishing Co.

Wollstonecraft M. (1792) *A Vindication of the Rights of Woman: with Strictures on Political and Moral Subject*.

World Health Organization (1981) *International Code of Marketing Breast-milk Substitutes*. Geneva

World Health Organization (2001) *Report of an Expert Consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva.

World Health Organization (2002) *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, 55th World Health Assembly, World Health Organization, Geneva

World Health Organization (2010) *Breast is always best, even for HIV-positive mothers*. Geneva

World Health Organization in collaboration with UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*.

World Health Organization/ UNICEF (2017) *Executive Summary Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes*. Global Breastfeeding Scorecard

World Health Organization/ UNICEF (2017) *Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes*. Global Breastfeeding Collective

World Health Organization/ UNICEF (2018) *Global Breastfeeding Collective, Enabling women to breastfeeding through better policies and programme*. Global Breastfeeding Scorecard.

Worthington-Roberts BS., Rodwell-Williams S. (2000) *Nutrition Throughout the Life Cycle*. McGraw-Hill

Xenophon. (1992) *Complete Works*. Financial Volume 11th. Trans. Papageorgiou A. The Greeks, publications Cactus.

Young T.K. et al. (2002) Type 2 Diabetes Mellitus in children. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156(7): 651-55

### **Διαδικτυακές Πηγές**

<http://epilegothilasmogr/>

<http://www.art-breastfeeding.com/ph/ph1.html>

<http://www.babybottle-museum.co.uk>

<http://www.babybottle-museum.co.uk>

<http://www.f-thilasmogr/klinika-stoixeia-a/vioximia/protogala>

<http://www.futuremuseum.co.uk/>

[http://www.oaee.gr/eisfores.asp?cateis\\_id=182&](http://www.oaee.gr/eisfores.asp?cateis_id=182&)

[http://www.pentapostagma.gr/2011/09/blogpost\\_2009.html#.VDLhHfl\\_tgg,lastaces](http://www.pentapostagma.gr/2011/09/blogpost_2009.html#.VDLhHfl_tgg,lastaces)

<http://www.unicef.gr/pdfs/bfweek2012.pdf>

<https://anaskafh.arsakeio.gr/stadia-zwhs-sthn-arxaia-ellada/>

<https://el.wikipedia.org/>

<https://eody.gov.gr/disease/allantiasi/>

<https://www.archaiologia.gr/>

<https://www.benaki.org/>

<https://www.greelane.com/>

<https://www.iatropedia.gr/paidi/ti-ine-to-mikonio/36914/>

<https://www.leannepearce.co.uk/portfolio-1>

<https://www.statistics.gr/documents/20181/58fc97fb-3240-4ce6-c173-ed757ba8cd0f>

[https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1)