

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ»**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ  
ΛΕΒΕΝΤΗ ΦΩΤΕΙΝΗ  
ΜΑΡΡΑ ANNA**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
ΑΣΠΡΟΥΚΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2015**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	4
ABSTRACT .....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	10
ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ .....	10
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	10
1.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ.....	12
1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ .....	14
1.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ .....	15
1.5 ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΓΑΛΑΚΤΟΠΑΡΑΓΩΓΗ .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ .....	18
ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ .....	18
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	18
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	18
2.3 ΣΥΝΘΕΣΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ .....	21
2.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΓΑΛΑ .....	25
2.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ .....	31
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ .....	31
3.1 ΕΙΔΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	38
3.2 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΗΛΑΖΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ.....	39
3.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ .....	42
3.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	43
3.4.1 ΣΤΟ ΒΡΕΦΟΣ.....	43
3.4.2 ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ.....	44
3.5 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΓΑΛΟΥΧΙΑ: ΩΦΕΛΙΜΟΣ Η ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ;.....	50

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ .....</b>	<b>66</b>
<b>4.1 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....</b>	<b>66</b>
<b>4.2 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ .....</b>	<b>69</b>
<b>4.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ .....</b>	<b>70</b>
<b>4.4 ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ .....</b>	<b>72</b>
<b>4.5 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ – ΑΡΘΡΟ 03 .....</b>	<b>74</b>
<b>4.6 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ – Η «ΜΑΣΤΙΓΑ» ΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ. ....</b>	<b>77</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....</b>	<b>83</b>
<b>5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1 .....</b>	<b>83</b>
<b>5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2 .....</b>	<b>89</b>
<b>5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....</b>	<b>94</b>
<b>5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ .....</b>	<b>97</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>101</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>103</b>
<b>ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....</b>	<b>105</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του μητρικού θηλασμού καθώς στη συνέχεια γίνεται αναφορά για τον ρόλο του νοσηλευτή.

Η εν λόγω πτυχιακή εργασία, αποτελείται από δύο κύρια μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την αναλυτική περιγραφή όλων εκείνων των στοιχείων που συντελούν στην κατανόηση της αξίας του μητρικού γάλακτος. Καταγράφεται η σύσταση του και ταυτοχρόνως δίνονται αναλυτικές πληροφορίες για την υπεροχή του, σε σύγκριση με το επεξεργασμένο γάλα ή όπως συνηθίζεται να ακούγεται «γάλα εμπορίου».

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας πτυχιακής εργασίας, παρουσιάζεται με αναλυτικό τρόπο η διαδικασία και όλοι οι παράμετροι που απορρέουν από την έννοια του Μητρικού θηλασμού, ενώ δίνεται έμφαση στη δράση τόσο του κοινοτικού όσο και του νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Η προαγωγή της γαλουχίας του βρέφους με την δεξιότητα του θηλασμού, όπως καθορίζεται από την ίδια την φύση, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα των νοσηλευτών ως επαγγελματίες υγείας που στοχεύουν στην διασφάλιση της ευημερίας και στην πρόληψη από οποιοδήποτε νόσημα.

Το γάλα που παράγεται τα πρώτα 24ωρα ονομάζεται πρωτόγαλα ή πύαρ. Η ποσότητά του είναι μικρή, αλλά ικανή να καλύψει τις ανάγκες του νεογέννητου. Η ποιότητά του και η θερμιδική του αξία είναι απαράμιλλες, ενώ βοηθά το ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα του νεογνού να ωριμάσει.

Πέρα από την αδιαμφισβήτητη υπεροχή του θηλασμού σε σχέση με το μπιμπερό, όσο αφορά την θρεπτική αξία και την προστασία από τις αρρώστιες, ο μητρικός θηλασμός δίνει την ευκαιρία να αναπτυχθεί η καλύτερη σχέση μεταξύ μητέρας και παιδιού καθώς το βρέφος αισθάνεται την «ζεστασιά» και την ασφάλεια μέσω της άμεσης επαφή με το σώμα της μητέρας του.

Ο μητρικός θηλασμός είναι δώρο ζωής. Είναι ένα δώρο της μητέρας προς το νεογέννητο βρέφος της. Για έναν επιτυχημένο Μητρικό Θηλασμό, χρειάζεται επιθυμία, ηρεμία, υπομονή και διαθεσιμότητα. Ο θηλασμός ξεκινάει αμέσως μετά τον τοκετό, όταν το βρέφος δείξει τα πρώτα σημάδια πείνας. Είναι η καλύτερη στιγμή έναρξης, γιατί το νεογέννητο είναι αρκετά δραστήριο και καταφέρνει να θηλάσει εύκολα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας , η UNICEF και η Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού προτρέπουν τις μητέρες να θηλάσουν αποκλειστικά τους πρώτους 6 μήνες ζωής του νεογέννητου, χωρίς προσθήκη υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και υγρών συμπληρωμάτων, ενώ συμβουλεύουν τη δυνατότητα συνέχισης του θηλασμού μαζί με στέρεες τροφές, έως την ηλικία των 2 ετών.

## ABSTRACT

The purpose of this thesis is the literature of breastfeeding as subsequently reference is made about the role of the nurse. This thesis consists of two main parts. The first part deals with the analytical description of all those elements that contribute to understanding the value of breast milk. The recommendation is recorded and simultaneously detailed information are given about its supremacy, as compared to the treated milk or as is customary sound 'trade milk ". In the second part of this thesis we are presenting with analytical way the process and all the parameters that are deriving of the meaning of breastfeeding, while emphasis is given to the action of both Community and mental health nurse. The promotion of breastfeeding infant with the competence of breastfeeding, as determined by its very nature, it is one of the most important tasks of nurses as health professionals aimed at ensuring the prosperity and the prevention of any disease.

The milk that is produced the first 24-hour is called colostrums. The amount of it is little, but capable to cover the needs of the newborn. Its quality and caloric value are incomparable, while is helping the immature immune system of the newborn to mature.

Beyond the undeniable superiority of breastfeeding compared to bottle feeding, as regards to the nutritional value and protection from disease, breastfeeding provides an opportunity to develop a better relationship between mother and baby because the child feels the 'warmth' and safety through direct contact with the body of his mother.

Breastfeeding is a gift of life. It's a gift of mother to newborn infant. For a successful breastfeeding, it needs desire, calm, patience and availability. Breastfeeding begins immediately after birth, when the baby shows early signs

of hunger. It's the best time commencement, because the newborn is quite active and manages to breastfeed easily.

The World Health Organization, UNICEF and the National Committee on Breastfeeding urging mothers to breastfeed exclusively for the first six months of life of the newborn without adding breastmilk substitutes and liquid supplements, while advising the possible continuation of breastfeeding with solid foods until age 2.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Μητρικός Θηλασμός αποτελεί το μοναδικό φυσιολογικό και φυσικό τρόπο σίτισης των βρεφών. Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για τα βρέφη με ευεργετικές προεκτάσεις στην οικογένεια, την κοινωνία, την οικονομία και την υγεία.

Τα πλεονεκτήματα για την υγεία των παιδιών είναι πολλά και αναντικατάστατα. Το μητρικό γάλα αποτελεί το μοναδικό γάλα που είναι ειδικά σχεδιασμένο για τον άνθρωπο, αποτελεί την πιο πλήρη διατροφή, είναι εύπεπτο και πλούσιο σε αντισώματα και άλλους παράγοντες (όπως ζωντανά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, ορμόνες, αυξητικούς παράγοντες, αντιμικροβιακές και αντιφλεγμονώδεις ουσίες) που προστατεύουν από σοβαρές λοιμώξεις και μελλοντικές δυσλειτουργίες του οργανισμού.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας πραγματοποιείται η καταγραφή των ανατομικών περιοχών των γυναικείων μαστών, δίνεται έμφαση στη λειτουργία τους, όπως επίσης και σε ένα σημαντικό μηχανισμό, αυτού της γαλακτοπαραγωγής.

Αντικείμενο του δεύτερου κεφαλαίου είναι ο ορισμός του μητρικού γάλακτος και η σύγκριση του με το επεξεργασμένο γάλα. Παραδίδεται μια αναφορά στην ιστορική αναδρομή της Μητρότητας και του Θηλασμού, ενώ φτάνοντας στο τέλος του κεφαλαίου επιτυγχάνεται η στατιστική και επιδημιολογική προσέγγιση του θέματος.

Στο τρίτο κεφάλαιο, η μελέτη επικεντρώνεται στη θηλάζουσα και στην προετοιμασία της με σκοπό να θηλάσει. Καταγράφονται οι σημαντικότερες προϋποθέσεις για έναν αποτελεσματικό θηλασμό όπως και οι αιτίες που μπορεί να χαρακτηριστεί λανθασμένος ή αποτυχημένος στη θρέψη του νεογνού. Η προσοχή της ανάλυσης βέβαια εστιάζει στην διασαφήνιση των πλεονεκτημάτων



που σχετίζονται με την διαδικασία του θηλασμού τόσο από μεριά της θηλάζουσας μητέρας όσο και από την οπτική γωνία του νεογνού.

Στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η αναφορά των ενδείξεων – αντενδείξεων για τον μητρικό θηλασμό και θέτονται όλες οι κατοχυρωμένες πληροφορίες που επιδρούν σε θέματα Προαγωγής και Δημόσιας Υγείας, όπως είναι το Άρθρο 03 που διακυβεύει στοιχεία για την εξάπλωση του Μητρικού Θηλασμού στον Ελλαδικό χώρο.

Αντικείμενο του πέμπτου κεφαλαίου της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η καταγραφή δύο περιστατικών ασθενείας με σκοπό να κατανοήσουμε τον τρόπο διεξαγωγής της νοσηλευτικής διεργασίας καθώς και την ανάλυση του ρόλου τόσο του Κοινοτικού Νοσηλευτή όσο και του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας.

Τέλος, εξάγονται τα απαραίτητα από την πτυχιακής μας εργασία συμπεράσματα και πραγματοποιείται η καταγραφή της βιβλιογραφικής και διαδικτυακής παραπομπής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

#### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί αποτελούν μια σειρά τροποποιημένων αδένων του δέρματος, οι οποίοι εντοπίζονται στις πρόσθιες και εν μέρει επίσης πλευρικές επιφάνειες του θώρακα. Κάθε μαστός εκτείνεται προς τα άνω στη δεύτερη πλευρά, κάτω στον έκτο πλευρικό χόνδρο, έσω στο στήρνο και έξω στη μέση μασχαλιαία γραμμή. Το σύμπλεγμα θηλή – άλωσ βρίσκεται μεταξύ της τέταρτης και πέμπτης πλευράς. Οι φυσικές γραμμές τάσεως του δέρματος, γνωστές ως γραμμές Langer, επεκτείνονται εξωτερικά και περιμετρικά από το σύμπλεγμα θηλή – άλωσ. Οι γραμμές Langer αποτελούν επίσης και αποδεικτικό σημείο αναφοράς για την κλινική εξέταση του γυναικείου μαστού από το γυναικολόγο-μαστολόγο. (Μαρκόπουλος, 2008)

Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα, ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριο του προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στήρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού.

Η επιπολής περιτονία του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δυο στιβάδες:

- Ø Την επιπολής λιπώδης στιβάδα
- Ø Και την εν τω βάθει, μεμβρανώδη στιβάδα (Μαρκόπουλος, 2008)

Πιο αναλυτικά:

Στην επιπολής στιβάδα, αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa, σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι συγκεκριμένοι σύνδεσμοι ενοχοποιούνται σε μεγάλο ποσοστό για την εμφάνιση της εισολκής του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό. Μεταξύ μαζικού αδένα και πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος διακρίνεται μια αριθμητική κατάταξη. Ο αδενικός ιστός φαίνεται να επεκτείνεται εντός της μασχαλιαίας κοιλότητας σε 95% των περιπτώσεων, προς το επιγάστριο σε 15% και κατά μήκος της μέσης γραμμής σε 0,5% των περιπτώσεων μπορεί να επεκταθεί και πλάγια μέχρι την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή (2% των περιπτώσεων). Έτσι λοιπόν αφού υπάρχει διάχυτη εξάπλωση του μαζικού ιστού, οποιαδήποτε παρέμβαση στον μαστικό αδένα (πλαστική χειρουργική ή ακόμα και μαστεκτομή) περι ορίζεται στην κλείδα, στη μέση γραμμή, στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και στον πλατύ ραχιαίο μυ. (Φύσσας, 2006)

Η περίμετρος του μαστικού αδένα είναι κυκλική ενώ παρατηρείται στη γυναίκα το άνω έξω τεταρτημόριο να επεκτείνεται προς τη μασχάλη και να σχηματίζει την ουρά του μαστού (του Spenser). Στη συνέχεια το άκρο της ουράς του μαστού διαπερνά από το τμήμα του Langer και την εν τω βάθη περιτονία, φτάνοντας στην κορυφή της μασχάλης. (Φύσσας, 2006)

Χρονικά και σε ότι αφορά την ωρίμανση των αδένων που συμπεριλαμβάνουν τον μαστό θα πρέπει να αναφερθεί ότι η αρχή της μεταβολής ξεκινά από την εποχή της ήβης, οπότε αρχίζει η σημαντική και προοδευτική ανάπτυξή τους. Μέχρι την προεφηβική ηλικία, η ανάπτυξη του μαστού δεν φέρει διαφορές συγκριτικά του άνδρα και της γυναίκας. Ο ανδρικός μαστός ολοκληρώνει την ανάπτυξη του περίπου στην ηλικία των 20 ετών και αντιστοιχεί ως προς το μέγεθος με το μαστό που έχει το κορίτσι πριν τα εφηβικά του χρόνια. (Βασιλικός, 2007)

Όταν η γυναίκα πλησιάζει την ενηλικίωση, οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις: ύψος 11-12 cm, πλάτος 10 cm και πάχος 5-6 cm. Στη συνέχεια όμως εντοπίζονται ανατομικές παραλλαγές που επικεντρώνονται στον όγκο. Οποιαδήποτε άλλη μεταβολή του γυναικείου μαστού αιτιολογείται με τις διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος, κλίματος ή ακόμα και φυλής ενώ το σχήμα του συνήθως έχει σταθερά χαρακτηριστικά συγκριτικά με την ηλικία και τη λειτουργία του. (Φύσσας, 2006)

Στις νεαρές γυναίκες είναι ημισφαιρικό ή κωνικό ενώ σε περίοδο κύησης μετατρέπεται σε σφαιρικό ή κυλινδρικό. Ως προς την σύσταση αξίζει να αναφερθεί ότι στις γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδί διακρίνεται περισσότερο σκληρή και ελαστική σε σχέση με αυτές που έχουν τεκνοποιήσει. Είναι μαλακή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς. (Φύσσας, 2006)

Συνοψίζοντας λοιπόν οι ανατομικές θέσεις του μαστού είναι:

- ✓ Θηλή
- ✓ Κεντρικό τμήμα
- ✓ Άνω εσωτερικό τεταρτημόριο
- ✓ Κάτω εσωτερικό τεταρτημόριο
- ✓ Άνω εξωτερικό τεταρτημόριο
- ✓ Κάτω εξωτερικό τεταρτημόριο
- ✓ Μασχαλιαία ουρά (Βασιλικός, 2007)

## **1.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ**

Ο μαζικός αδένας προέρχεται πρώτιστα από επιδερμικές παχύνσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας του σώματος, στην

αποκαλούμενη γαλακτική γραμμή. Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού διαδραματίζεται μετά τη γέννηση. Αντίθετα, στους άνδρες, καμία περαιτέρω εξέλιξη των μαστών δεν λαμβάνει μέρος μετά τη γέννηση. (Netter, 2011)

Στις γυναίκες η αύξηση και η ανάπτυξη της διακλάδωσης των μαζικών αδένων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια των προεφηβικών ετών. Κατόπιν, η ανάπτυξη των μαζικών αδένων αυξάνεται εντυπωσιακά στην εφηβεία με την περαιτέρω διακλάδωση των πόρων, την αύξηση του σχηματισμού των λοβίων, και το δραματικό πολλαπλασιασμό του στρώματος μεταξύ των πόρων. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό της μαστικής εκβλάστησης. Η ξαφνική εμφάνιση της μαστικής εκβλάστησης στο θωρακικό τοίχωμα είναι μερικές φορές λόγος ανησυχίας. Ο μαστολόγος οφείλει να επιδεικνύει μεγάλη προσοχή κατά την εξέταση και βιοψία οποιασδήποτε μάζας στο θωρακικό τοίχωμα σε ένα νέο κορίτσι πριν από την ανάπτυξη των ώριμων μαστών. (Netter, 2011)

Στην εφηβεία, οι μαζικοί αδένες αναπτύσσονται γρήγορα, πρώτιστα λόγω του πολλαπλασιασμού του στρώματος και του συνδετικού ιστού γύρω από τους πόρους. Η αύξηση του συστήματος των πόρων εμφανίζεται μέσω της επιρροής των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που εκκρίνονται από τις ωοθήκες κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Μόνο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο μαστός επιτυγχάνει την πλήρη δομική ωρίμανση και την πλήρη λειτουργική δραστηριότητα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι ενεό-λοβιακοί πόροι αναπτύσσονται γρήγορα, διαμορφώνοντας τις εκβλαστήσεις που γίνονται φατνία, και αντιστρέφεται η αναλογία στρώμα/αδενικό ιστό. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, ο μαστός αποτελείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από αδενικές μονάδες που χωρίζονται από μικρές ποσότητες στρωματικού ιστού. (Netter, 2011)

Μετά τη γαλακτοφόρα περίοδο, επέρχεται ατροφία των λοβίων, στενεύουν οι δομές των πόρων και ολόκληρος ο μαστός μικραίνει εμφανώς σε μέγεθος. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με

την απώλεια του ενδολοβιακού και μεταξύ των λοβίων συνδετικού ιστού. (Τοκμακίδης, 2001)

Με το χρόνο, οι δομές των λοβίων μπορούν να είναι απολύτως απύσες από το μαστό στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αυτό έχει ως συνέπεια, η μορφολογική εμφάνιση του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες να είναι πολύ διαφορετική από αυτήν των γυναικών προεμμηνοπαυσιακά. Κατά τη διάρκεια των μετεμμηνοπαυσιακών ετών, και οι δομές των πόρων και ο συνδετικός ιστός των μαστών είναι εμφανώς μειωμένα σε μέγεθος.

Το σύστημα των πόρων περιέχει πολυάριθμα λόβια με τα λοβιόλια. Κάθε λόβιο τροφοδοτεί έναν τελικό πόρο, ο οποίος, στη συνέχεια, τροφοδοτεί έναν τμηματικό πόρο. Οι τμηματικοί πόροι διενεργούν τελικά τη παροχέτευση των πόρων και περίπου 15-20 συγκλίνουν κάτω από την άλω προς την επιφάνεια της θηλής μέσω χωριστών στομιών. (Τοκμακίδης, 2001)

Οι τρεις πιο κοινές αιτίες μιας διακριτής μάζας των μαστών σε μια γυναίκα αποτελούν οι κύστες, τα ινοαδενώματα και τέλος τα καρκινώματα. Οι κύστες και τα ινοαδενώματα αναπτύσσονται μέσα στα λόβια ενώ τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους τελικούς πόρους. Αντιθέτως οι κοινές αιτίες της εκροής των θηλών είναι τα θηλώματα και η εκτασία όπου αυτά με τη σειρά τους αναπτύσσονται στους τμηματικούς πόρους. Τα αδενώματα των θηλών αναπτύσσονται επίσης στους τμηματικούς πόρους, κοντά στην πρόσφυση τους στη θηλή. (Netter, 2011)

### **1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ**

Η αιμάτωση του μαστού προέρχεται πρώτιστα από την έσω μαστική αρτηρία (έσω θωρακική αρτηρία), και την έξω θωρακική αρτηρία. Και οι δύο αυτές αρτηρίες προέρχονται από τη μασχαλιαία αρτηρία και κατόπιν εισέρχονται στο μαστό από τις άνω-έσω και άνω-έξω επιφάνειες αντίστοιχα. Κλάδοι αυτών των αρτηριών αναστομώνονται κάθε μια με την άλλη. Επιπλέον,

η έσω μαστική αρτηρία δίνει τις οπίσθιες μεσοπλεύριες αρτηρίες και οι κλάδοι των μεσοπλευρίων αρτηριών διαπερνούν την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού. (Friedrich, 2010)

#### **1.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ**

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, όπου τα πιο γνωστά είναι:

- § Τα οιστρογόνα
- § Η προγεστερόνη
- § Η προλακτίνη
- § Η ωκυτοκίνη
- § Η θυροξίνη
- § Η κορτιζόλη
- § Και η αυξητική ορμόνη (Friedrich, 2010)

Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. (Friedrich, 2010)

Αντιθέτως, η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (GnRH) από τον υποθάλαμο.

Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH. Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού.

Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback. (Friedrich, 2010)

Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία του στο θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και στην έναρξη της έμμηνου ρύσης.

Στην αρχή της έμμηνης ρύσης διακρίνεται αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται. (Friedrich, 2010)

## **1.5 ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΓΑΛΑΚΤΟΠΑΡΑΓΩΓΗ**

Μεγάλη αύξηση στην κυκλοφορία των οιστρογόνων που εκκρίνονται από τις ωοθήκες και τον πλακούντα και των προγεστινών συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία προκαλεί αλλαγές στη μορφή και το υπόστρωμα του μαστού. Ο μαστός αυξάνεται καθώς πολλαπλασιάζονται οι πόροι και τα λόβια, το δέρμα της άλω σκουραίνει, και οι επικουρικοί αδένες της άλω (αδένες του Montgomery) αναπτύσσονται. (Friedrich, 2010)

Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, οι ελάσσονες πόροι αναπτύσσονται. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, λιπίδια συσσωρεύονται στο επιθήλιο



και πρωτόγαλα γεμίζει τα διαστήματα μεταξύ των λοβίων και των πόρων. Στο τέλος της κύησης, η προλακτίνη ρυθμίζει τη σύνθεση των λιπαρών ουσιών και των πρωτεϊνών του γάλακτος. Μετά τον τοκετό του πλακούντα, η προγεστερόνη και τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται, το οποίο επιτρέπει την πλήρη δράση της προλακτίνης. Η παραγωγή του γάλακτος ελέγχεται από τα νευρικά ανακλαστικά τόξα που δημιουργούνται στις νευρικές απολήξεις της θηλής και της άλω. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης ρυθμίζεται από τα ακουστικά, οπτικά, και οσφρητικά ερεθίσματα όπου με αυτό τον τρόπο συμβάλλει στην αποβολή του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους.

Μετά τον απογαλακτισμό του βρέφους η απελευθέρωση της προλακτίνης και της ωκυτοκίνης σταδιακά μειώνεται . Το εναπομείναν γάλα αυξάνει την πίεση μέσα στους πόρους με συνέπεια την ατροφία του επιθηλίου. Κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει μια μείωση στην έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα ενώ οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από τους λιπώδεις ιστούς. (Friedrich, 2010), (Netter, 2011)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ**

#### **2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Μητρικό γάλα ορίζεται το γάλα που παράγεται στον μαστό της γυναίκας κατά τη διάρκεια θηλασμού του βρέφους. Αποτελεί την κατάλληλη τροφή για το βρέφος και είναι γνωστό και με την μεταφορά «λευκό αίμα» προκειμένου να αναδειχθεί η σπουδαιότητα αυτού του υγρού για τον ανθρώπινο οργανισμό. Η σύστασή του εμφανίζει αλλαγές σε σχέση με τις ηλικιακές και αναπτυξιακές ανάγκες του βρέφους ενώ μεταβάλλεται ακόμη και κατά τη διάρκεια του θηλασμού. (Edenhofer, 2015)

#### **2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της ανθρώπινης ζωής, επί 40.000 χρόνια μέχρι και τις αρχές του 20 αιώνα όπου η εκβιομηχάνιση των κοινωνιών έχει προχωρήσει με ραγδαίους ρυθμούς διαπιστώνεται απαραίλακτη η ανάγκη σίτισης του βρέφους προκειμένου να καταφέρει να επιζήσει. Αποκλειστική τροφή για τους πρώτους μήνες ζωής του αποτελούσε το μητρικό γάλα είτε αυτό προέρχονταν από την μητέρα του (μητρικός θηλασμός), είτε από άλλη γυναίκα (θετός θηλασμός). Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι για 100.000 γενιές του ανθρώπινου είδους το μητρικό γάλα είχε την μεγαλύτερη διατροφική αξία στη σίτιση ενός παιδιού. (Πανάγος, 2011)

Η δύναμη της μυθολογίας, της φιλοσοφίας και των θρησκευτικών πεποιθήσεων ενός λαού αποτελούν τις κυρίαρχες κατευθυντήριες γραμμές που παρουσιάζουν στον καθένα από εμάς σήμερα, την εικόνα που είχαν οι άνθρωποι της αρχαιότητας για την σημασία του μητρικού γάλακτος και την σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού.

Γραπτά τα οποία διασώθηκαν και αναφέρονται στις ζωές των αρχαίων λαών, αποσαφηνίζουν με άμεσο τρόπο την ανεκτίμητη αξία της μητρότητας όπου ενδυνάμωνε με τον μητρικό θηλασμό και γεφύρωνε τη σχέση μητέρας - παιδιού. Πολλές φορές, μάλιστα, είχαν πραγματοποιηθεί προσπάθειες να υποστηριχθεί η σίτιση ενός νεογνού με τεχνητή διατροφή γεγονός το οποίο στεφόταν από μεγάλη αποτυχία. Για τους αρχαίους ανθρώπους η πτώση των χρηστών ηθών και η κοινωνική διαφθορά σηματοδοτούσε και την κατακόρυφη πτώση του μητρικού θηλασμού. Διαφορετικά, σε περιόδους άνθισης των κοινωνικών σχέσεων, της θρησκευτικής σκέψης και της συνολικής σταθερότητας διαπιστωνόταν το ποσοστό θηλασμού να ανέβαινε στην κλίμακα της ανθρώπινης αξίας. (Πανάγος, 2011)

Στην αρχαίους χρόνους, το Μητρικό γάλα αναφέρεται ιερό και πολύ σημαντικό για την επιβίωση του βρέφους. Αυτή η αντίληψη αντικατοπτρίζονταν με την μορφή της τέχνης όπου οι θηλάζουσες μητέρες φαίνεται να εμφανίζονται με θεϊκή μορφή και τους γυναικείους μαστούς στην απόλυτη γύμνια προκειμένου να αναδειχθεί η σπουδαιότητα αυτού του μέρους του σώματος.

Αποδεικτικά στοιχεία, που μιλούν για την ζωή των λαών το 2.000 π.χ. μας ενημερώνουν ότι πριν από χιλιάδες χρόνια πολλά βρέφη κάλυπταν με τεχνητό τρόπο την καθημερινή τους σίτιση μέσα από μια μεγάλη ποικιλία κυπέλλων και άλλων μικρών σκευών, τα οποία όμως συνοδεύονταν από καταστροφικές ενέργειες για το βρέφος. Συνήθως αυτός ο τρόπος υποστήριζε έναν αριθμό παιδιών που είχαν γεννηθεί με κάποια πάθηση, η οποία τους στερούσε την δυνατότητα θηλασμού ή σε ορισμένες περιπτώσεις όταν από την μεριά της θηλάζουσας ο γυναικείος μαστός δεν μπορούσε λόγω νόσου να είναι διαθέσιμος. Έτσι ο άνθρωπος έπρεπε να ανακαλύψει καινούργιες μεθόδους προκειμένου να καταφέρει το βρέφος να επιζήσει. (Πανάγος, 2011)

Στους Βαβυλωνίους, η θεά Ασάρτη, αποκαλούμενη και με το όνομα Ινάνα είχε κατακτήσει τον τίτλο ως «Μητέρα του γόνιμου μαστού, Βασίλισσα

των Ουρανών, η Δημιουργός των ανθρώπων και η Μητέρα των θεών». Εκείνη την χρονική περίοδο, μάλιστα, ο μητρικός θηλασμός για τους κατοίκους της Βαβυλώνας ξεπερνούσε τα 2,5 χρόνια και μπορούσε να διαρκέσει και μέχρι 4 χρόνια, ανάλογα με την επαρκή ποσότητα γάλακτος που μπορούσε να διασφαλίσει η θηλάζουσα για το παιδί της. (Πανάγος, 2011)

Στην αρχαία Μεσοποταμία, από την εξιστόρηση των μυθολογικών αρχείων παρουσιάζονται ύμνοι, γραμμένοι αποκλειστικά για την σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού είτε μέσω της ίδιας της μητέρας είτε μέσω κάποιας τροφού που αναλάμβανε την ανάπτυξη του βρέφους. Έρχεται λοιπόν σε αυτό το σημείο και η εξιστόρηση ενός μύθου, που αναφέρεται στο βασιλιά Κέρετ, όπου οι θεοί κάποια στιγμή της ζωής του, τον ενημέρωσαν ότι η γυναίκα που θα παντρευτεί θα είναι μητέρα ενός αγοριού, το οποίο θα εξαντλούσε το γάλα της Αράς και θα γινόταν τροφός του η παρθενική Ανάθ.

Στην αρχαία Μεσοποταμία, από την άλλη, βλέπουμε τους γονείς του νεογέννητου να συνάπτουν συμβολαιογραφικές συμφωνίες προκειμένου να εξασφαλίσουν στην πορεία του βίου του βρέφους μια αποκλειστική τροφή που θα αναλαμβάνει τον θηλασμό. Αρχαία και πάπυροι που γράφτηκαν το 1800 π.χ. κάνουν λόγο για τον Βαβυλώνιο βασιλιά Χαμουραμπή, ο οποίος ήταν ο πρωτεργάτης της διάπραξης συμφωνιών, στηριζόμενος σε νομοθετικές εντολές τις οποίες είχε συγγράψει ο ίδιος με σκοπό να περιορίζει την ελευθερία των τροφών – μητέρων. Αντιθέτως, στην Αρχαία Ελλάδα, η αναπαράσταση μεγάλου αριθμού αγαλμάτων και γλυπτών παρουσιάζει τον μητρικό θηλασμό ως ένα ιερό φαινόμενο που επιδεχόταν όμως την ελεύθερη βούληση είτε της μητέρας είτε της τροφού, με τις Θεές Ήρα, Γαία και Δήμητρα να απεικονίζουν την πράξη του μητρικού θηλασμού. (Πανάγος, 2011)

Στον Μινωικό πολιτισμό, η σπουδαιότητα του θηλασμού επιδεικνύεται με τους μαστούς των γυναικών να ξεχωρίζουν από τα ενδύματα και οι θεοί να τους χαρίζουν ευχές για το καλό που κάνουν στα παιδιά τους. Επικρατεί μάλιστα και ο μύθος του Διός, σύμφωνα με τον οποίο ο Πατέρας των Θεών

κατάφερε να επιβιώσει πίνοντας κατσικίσιο γάλα από τα χέρια της νύμφης Αμάλθεια. Μεγαλώνοντας, χάρισε το όνομα της στη κατσικά που αρμεγόταν για την σίτιση του και όταν έσπασε το κέρατο της γίδας κατά την ώρα του παιχνιδιού του μικρού Δία με το ζώο, το δώρισε στην Αμάλθεια, προσδίδοντας του μαγικές ιδιότητες. Μέχρι σήμερα αποκαλείται με τους όρους «το κέρας της Αμάλθειας» ή «το κέρας της αφθονίας». (Dobbyn, 2009), ([https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B7%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C\\_%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B1](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B7%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B1)).

### 2.3 ΣΥΝΘΕΣΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Η παρουσία υψηλών θρεπτικών στοιχείων και αντισωμάτων στην σύσταση του μητρικού γάλακτος αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες που αναδεικνύεται ως η καλύτερη τροφή για την ισορροπημένη ανάπτυξη του παιδιού στη σημερινή εποχή. Τις πρώτες ημέρες του θηλασμού παρατηρείται υπό υδαρής μορφής προκειμένου να προσαρμοστεί πεπτικά στον οργανισμό του βρέφους ενώ στην συνέχεια μειώνεται η περιεκτικότητα του σε νερό και αυξάνεται η παρουσία των λιπαρών στοιχείων, κάνοντας το μητρικό γάλα περισσότερο παχύρευστο και εύγεστο. (Dobbyn, 2009)

Στην συνέχεια του κεφαλαίου πραγματοποιείται αναλυτική περιγραφή των σπουδαιότερων θρεπτικών συστατικών που ανιχνεύονται στην σύνθεση του μητρικού γάλακτος:

• **THC (δ-9 τετραϋδροκανναβινολη):** το μητρικό γάλα εμπεριέχει μεγάλο ποσοστό της THC με σκοπό να καλυφθούν τα ενδοκανναβινοειδή ως ομοιοστατικοί ρυθμιστές πολυάριθμων βιολογικών διεργασιών. Η δράση τους εμφανίζεται σχεδόν σε όλα τα οργανωμένα συστήματα του οργανισμού όπως και στην πρόληψη ή αποκατάσταση βιοχημικών δυσλειτουργιών, οι οποίες με την σειρά τους ενδυναμώνουν την

εκδήλωση διαφορετικών παθήσεων την ίδια χρονική περίοδο. Επιπροσθέτως στη φάση της γέννησης, τα κανναβινοειδή είναι παρόντα στο μητρικό γάλα συμβάλλοντας στην πεπτική δράση του νεογέννητου οργανισμού. (Dobbyn, 2009), (Anderson, 2005)

Ü Νερό: Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε νερό αγγίζει το 85%, ποσοστό ιδανικό προκειμένου το γάλα να είναι εύπεπτο και ταυτοχρόνως να προλαμβάνει τυχόν αφυδάτωση του νεογνού λόγω δείψας που δεν μπορεί να εκφράσει. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ακράδαντα πως είναι απαραίτητος ο θηλασμός του νεογνού ιδιαίτερα το πρώτο εξάμηνο μετά την γέννηση του και αν είναι εφικτό να αποτελεί και την μοναδική λήψη τροφής που θα λαμβάνεται εκείνο το διάστημα, χωρίς να δίνονται άλλα υγρά, με εξαίρεση την χορήγηση διαλυμάτων που σχετίζονται με την στοματική ενυδάτωση, τυχόν φαρμακευτική αγωγή ή βιταμίνες και μέταλλα. Με το πέρασμα των 6 μηνών και πάντα με την επίβλεψη του παιδίατρου θα μπορεί το νεογνό να λαμβάνει τροφή υπό στέρεα μορφή, η οποία θα έχει υψηλή περιεκτικότητα σε σίδηρο. Εάν οι συνθήκες το ευνοούν (υγεία μητέρας, ποσότητα μητρικού γάλακτος ή απουσία παθήσεων είτε από τη μεριά της θηλάζουσας είτε από τη μεριά του νεογνού) ο θηλασμός θα μπορεί να συνεχιστεί και για τα επόμενα 2 χρόνια. (Dobbyn, 2009), (Anderson, 2005)

Ü Λιπαρά: Η παρουσία των λιπαρών θρεπτικών συστατικών στην σύνθεση του μητρικού γάλακτος και κυριότερα του ώριμου θεωρείται ότι βρίσκεται σε ποσοστό μεταξύ 3,5-4,5% και σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εντοπίζεται σε μεγαλύτερη περιεκτικότητα. Έχει υπολογιστεί ότι στα 100 g.γ μητρικού γάλακτος, περίπου τα 2 g.γ απευθύνονται στα κορεσμένα λιπαρά, τα 1,7 g.γ είναι μονοακόρεστα ενώ μόνο τα 0,5 g.γ εντοπίζονται ως πολυακόρεστα, τα οποία συμβάλλουν στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς. Επί του συνόλου των λιπών το 44% αποτελεί το μερίδιο των κορεσμένων λιπαρών οξέων και το

υπόλοιπο ποσοστό, δηλαδή το 55% είναι τα ακόρεστα λιπαρά οξέα (από τα οποία τα μονοακόρεστα καταλαμβάνουν το 40% και τα πολυακόρεστα το 15%). Η είσοδος των λιπαρών ουσιών στο μητρικό γάλα πραγματοποιείται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος όπου συσχετίζεται και με τις διατροφικές συνήθειες της θηλάζουσας μητέρας ενώ ένα μικρό μέρος συντίθενται στον μαστικό αδένα. Η συμβολή του ενζύμου λιπάση συμβάλλει στην αποσύνθεση των λιπαρών οξέων με σκοπό να κάνει το μητρικό γάλα περισσότερο εύπεπτο. Η απορρόφηση γίνεται απευθείας από τον οργανισμό του βρέφους και αποβάλλεται μέσω της κένωσης. Έχει διαπιστωθεί ότι τα βρέφη που τρέφονται εξ ολοκλήρου από το μητρικό γάλα αποβάλλουν κενώσεις με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (χρώμα, σύσταση και οσμή) λόγω του συγκεκριμένου ενζύμου. (Dobbyn, 2009)

ü Πρωτεΐνες: Η υψηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών στη σύνθεση του μητρικού γάλακτος συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην ισορροπημένη λειτουργία του πεπτικού συστήματος του βρέφους. Θεωρούνται ουσίες πολύ εύκολες για την πέψη και ταυτοχρόνως άμεσα απορροφημένες, προκειμένου να μην επιβαρύνουν την δράση των νεφρών και του ήπατος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η λήψη μητρικού γάλακτος να καλύπτει τις απαραίτητες ενεργειακές ανάγκες του βρέφους, το οποίο μπορεί να λαμβάνει το σωματικό βάρος υπό φυσιολογικές συνθήκες με την ηλικία του. Αντιθέτως, τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητό γάλα χρειάζονται μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος καθώς δεν μπορεί να απορροφηθεί με την ίδια ευκολία η πρωτεΐνη από το έντερο, όπως εξίσου γίνεται και με άλλα θρεπτικά στοιχεία. (Dobbyn, 2009), (Anderson, 2005)

ü Υδατάνθρακες: Άλλη μια θρεπτική ομάδα που εμπεριέχεται στο μητρικό γάλα αποτελούν οι υδατάνθρακες, οι οποίοι είναι πλούσια πηγή ενέργειας. Σε αυτή την περίπτωση σημαντική δράση κατέχει η λακτόζη που ανιχνεύεται επί του συνόλου σε ποσοστό περίπου του 30%. Η

παρουσία της λακτόζης εξυπηρετεί την γρήγορη απορρόφηση των στοιχείων ασβεστίου – μαγνησίου, όπου συμβάλλουν στην ανάπτυξη των οστών του ανθρώπινου οργανισμού. Επιπλέον, ενδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους με σκοπό να το προφυλάξει από λοιμώξεις του εντέρου. Η λακτόζη έρχεται σε συνεργική δράση με την ουσία λακτάση, η οποία είναι υπό σύσπαση της αρχικής ουσίας ώστε να ενεργήσουν ταχεία στην υγιείς διασφάλιση του πεπτικού συστήματος. (Dobbyn, 2009)

Û Βιταμίνες – Μέταλλα: Το γάλα που λαμβάνει το βρέφος κατά τον θηλασμό είναι εμπλουτισμένο σε κατάλληλες ποσότητες με βιταμίνη E, βιταμίνη D αλλά και του συμπλέγματος B. Αντιθέτως από την μεριά των μεταλλικών στοιχείων ανιχνεύονται κυρίως ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος, τα οποία διασπώνται και απορροφώνται σε ικανοποιητικά υψηλά επίπεδα. Αναλυτικότερα, η απορρόφηση του σιδήρου πλησιάζει το ποσοστό του 49% ενώ ο ψευδάργυρος χαρακτηρίζεται από μεγάλη βιοδιαθεσιμότητα. (Dobbyn, 2009)

Û Αντισώματα: Για να κατανοηθεί η ανεκτίμητη αξία των αντισωμάτων στο μητρικό γάλα αξίζει να αναφερθεί ότι σε μία σταγόνα μητρικού γάλακτος εντοπίζονται περίπου 10.000-13.500.000 ενεργά κύτταρα. Συγκεκριμένα, σε κάθε ml ώριμου μητρικού γάλακτος ανιχνεύονται 4 εκατομμύρια αρχέγονα ζωντανά κύτταρα, τα οποία σταδιακά μειώνονται με το πέρασμα του θηλασμού και την αποδυνάμωση της σύστασης του γάλακτος. Ορισμένοι παράγοντες που δρουν υπό την μορφή αντισωμάτων και ευνοούν το αμυντικό σύστημα του οργανισμού είναι η λυσοζύμη, η λακτοφερίνη και οι ανοσοσφαιρίνες. Η δράση αυτών των συστατικών ενισχύει την πρόληψη λοιμώξεων από οποιοδήποτε σύστημα του βρέφους (κυρίως αναπνευστικό και ουροποιητικό). (Dobbyn, 2009), (<http://www.child.org.cy/%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%B4%CE%AD%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/%CE%9C%CE%97%CE%A>



[4%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%A3%CE%98%CE%97%CE%9B%CE%91%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3/tabid/108/articleType/ArticleView/articleId/160/Default.aspx](http://www.athensjournal.gr/ArticleView/articleId/160/Default.aspx)).



## 2.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΓΑΛΑ

### ΘΕΤΙΚΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ:

- ✓ Δεν υπάρχει κόστος αγοράς
- ✓ Είναι διαθέσιμο προς το βρέφος για την οποιαδήποτε ώρα ζητηθεί ο θηλασμός
- ✓ Χορηγείται στην κατάλληλη θερμοκρασία
- ✓ Παρέχει ιδανική πέψη
- ✓ Διαθέτει αντισώματα που συμβάλλουν στην ανοσοποιητική δράση του οργανισμού
- ✓ Υψηλή περιεκτικότητα θρεπτικών συστατικών
- ✓ Συμβάλλει στην ενέργεια των εμβολιασμών
- ✓ Ενισχύει την ομαλή ανάπτυξη των δοντιών
- ✓ Αυξάνει τον δείκτη νοημοσύνης

- ✓ Παρατηρείται καλύτερη εγκεφαλική λειτουργία
- ✓ Δεν εμφανίζονται αλλεργικές αντιδράσεις σε άλλες τροφές που υποστηρίζουν την ημερήσια κάλυψη των διατροφικών αναγκών
- ✓ Ενισχύει το αναπνευστικό σύστημα προλαμβάνοντας την εκδήλωση λοιμώξεων
- ✓ Συμβάλλει στον δεσμό της μητρότητας και στην ανάπτυξη περαιτέρω συναισθημάτων (μητρική στοργή, αγάπη και αφοσίωση στο ρόλο της μητέρας). (Edenhofer, 2010)

### ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

- ✓ Απαιτούνται συχνότερα ταΐσματα
- ✓ Μειώνονται οι ώρες ανάπαυσης ή χαλάρωσης της μητέρας
- ✓ Η μητέρα υποχρεούται να προσέχει τις διατροφικές της συνήθειες καθώς συστατικά από την λήψη της τροφής ανιχνεύονται στη πορεία στο μητρικό γάλα
- ✓ Ορισμένες φορές η μητέρα αισθάνεται «δέσμια» απέναντι στο βρέφος, γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει την εκδήλωση ψυχικών δυσλειτουργιών (π.χ. επιλόχειος κατάθλιψη). (Edenhofer, 2010)

### ΘΕΤΙΚΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

- § Μειώνεται ο αριθμός των ταϊσμάτων
- § Παρέχεται η δυνατότητα ακριβής μέτρησης της ποσότητας γάλακτος που λαμβάνει το βρέφος
- § Δεν περιορίζει την μητέρα στην κατανάλωση ανθυγιεινών γευμάτων ή στην λήψη οινοπνευματωδών ουσιών
- § Διαθέτει σημαντικά θρεπτικά και υπό αλλεργικά συστατικά που συμβάλλουν στη σωστή ανάπτυξη του βρέφους

- § Μπορεί να αναλάβει το τάισμα του βρέφους οποιοδήποτε πρόσωπο πέραν της μητέρας
- § Αποδεδειγμένο η μητέρα στο μεγαλύτερο χρονικά μέρος της ημέρας (Edenhofer, 2010), (Friedrich, 2010)

## ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

- § Δεν περιέχει αντισώματα που συμβάλλουν στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους
- § Επιβαρύνεται η μητέρα από οικονομικής άποψης
- § Δεν προωθεί το αίσθημα της μητρότητας αφού εκλείπει ο θηλασμός
- § Εμφανίζει συχνά αλλεργικές διαταραχές
- § Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται δυσλειτουργίες πέψης και ομαλής γαστρεντερικής λειτουργίας (Friedrich, 2010), (<http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/75181a27e029e8d9/94ffdad89680d66e/4b7bb0379e2a232c.html>).

## **2.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Τα αποτελέσματα ερευνών που διεξάγονται σε παγκόσμιο επίπεδο, με αντικείμενο μελέτης τον μητρικό θηλασμό και τις επιπτώσεις του στο ανθρώπινο είδος, φανερώνουν τις δυσάρεστες συνέπειες που απορρέουν από την απουσία του μητρικού θηλασμού.

Έχει υπολογιστεί ότι ετησίως αποβιώνουν περισσότερα από 7 εκατομμύρια παιδιά σε παγκόσμια κλίμακα, ηλικίας μικρότερης των 5 ετών, με το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής να εντοπίζεται σε χώρες χαμηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Μοναδική αιτία θεωρείται η ανεπαρκής συνειδητοποίηση της ανεκτίμητης αξίας του μητρικού γάλακτος μέσω του θηλασμού. Από το συνολικό ποσοστό, τα 2/3 των παιδιών δεν έχουν προλάβει

να ολοκληρώσουν ούτε τον πρώτο χρόνο ζωής τους, με συνηθέστερες αιτίες θανάτου την αδυναμία του ανοσοποιητικού συστήματος να ανταπεξέλθει στην εκδήλωση αναπνευστικής λοίμωξης ή εντερικών δυσλειτουργιών. Αντιθέτως, το 1/3 του συνολικού ποσοστού κατατάσσεται σε ηλικίες μεταξύ των 2 και 5 ετών, με αιτιολογία θανάτου την κάκιστη θρέψη του παιδιού.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι ο μητρικός θηλασμός απαιτεί την άμεση ανάγκη της προαγωγής του στον χώρο της δημόσιας υγείας και την καθολική εδραίωση του. Το μητρικό γάλα μιας θηλάζουσας μητέρας αποτελεί την υψηλότερη θρεπτική τροφή για τον άνθρωπο που έρχεται στη ζωή και δεν μπορεί να υποκατασταθεί στο εκατό τις εκατό της διατροφικής του αξίας από οποιοδήποτε άλλο προϊόν.

Η τεχνητή διατροφή των βρεφών συσχετίζεται με μεγιστοποίηση της εμφάνισης παιδικών παθήσεων αλλά κυρίως με την εκδήλωση νοσημάτων, τα οποία αδυνατούν να μεταδοθούν σε άλλο άτομο, όπως είναι ο διαβήτης, η βουλιμία, βλάβες του καρδιαγγειακού συστήματος, καλοήθη καρκινώματα κ.ά. Αυτές οι δυσλειτουργίες συνήθως λαμβάνουν επιδημικές διαστάσεις. Ωστόσο, δύο στα τρία βρέφη – ή 92 εκατομμύρια βρέφη από 136 – τρέφονται είτε αποκλειστικά είτε μερικώς με τεχνητό γάλα.

Το ξεκίνημα του μητρικού θηλασμού μέσα στην πρώτη ώρα από την γέννηση μπορεί να μειώσει την νεογνική θνησιμότητα κατά 20%, αλλά σκανδαλωδώς, περισσότερα από τα μισά νεογέννητα στον κόσμο δεν θηλάζουν μέσα στην πρώτη ώρα από την γέννησή τους. Σε παγκόσμια κλίμακα λιγότερα από το 40% των βρεφών κάτω των έξι μηνών θηλάζουν αποκλειστικά. Τα βρέφη έχουν ανάγκη από συνεχιζόμενο μητρικό θηλασμό παράλληλα με επαρκείς ποσότητες συμπληρωματικών τροφών μετά τους πρώτους έξι μήνες και συνεχιζόμενο θηλασμό για τουλάχιστον 2 χρόνια ή περισσότερο. Παρόλα αυτά, μόλις μια μειοψηφία παιδιών συνεχίζουν να θηλάζουν μέχρι να γίνουν δύο ετών. (<http://thilasmos.gr/mitriko%20gala.htm>), (Πανάγος, 2011).

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Τα επιδημιολογικά δεδομένα που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό και τις επιπτώσεις του στην Ελλάδα είναι ελάχιστα καθώς δεν έχουν πραγματοποιηθεί αναλυτικές μελέτες προκειμένου να γνωρίζουμε το μέγεθος του προβλήματος στην χώρα μας, αλλά και να διατυπώσουμε τις παραμέτρους που επιδρούν τόσο στην έναρξη όσο και στη συνέχιση και διακοπή του θηλασμού.

Τα παρακάτω στοιχεία που θα αναλύσουμε στη συνέχεια έχουν παρθεί από τη βάση δεδομένων του Ευρωπαϊκού Τμήματος του ΠΟΥ και την Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού που δημοσιεύθηκαν το 2009 από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Οι Ευρωπαϊκές χώρες εμφανίζουν μεγάλες διαφορές σχετικά με τον αποκλειστικό θηλασμό του παιδιού για το πρώτο εξάμηνο της ζωής τους. Διαπιστώνεται ότι η Νορβηγία είναι η πρώτη χώρα σε παγκόσμιο επίπεδο που πλησιάζει το 100% του μητρικού θηλασμού από την γέννηση του βρέφους μέχρι και τον πρώτο χρόνο της ηλικίας του ενώ μετά το 1έτος ο αριθμός των γυναικών που τρέφουν το παιδί αποκλειστικά με το μητρικό γάλα πλησιάζει το ποσοστό του 80%.

Αντιθέτως, στον Ελλαδικό χώρο τα ποσοστά που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό είναι εξαιρετικά χαμηλά, γεγονός που δηλώνει την αδυναμία μας να κατανοήσουμε την ανεκτίμητη αξία του μητρικού γάλακτος στις διατροφικές συνήθειες ενός παιδιού. Σύμφωνα λοιπόν, με τα στοιχεία που παραθέτει το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, διαπιστώνονται τα εξής στοιχεία:

- Το 89% των γυναικών που κυοφορούν έχουν αποφασίσει να θηλάσουν το παιδί τους προ της γέννησης του.
- Το 88% των νέων μητέρων ξεκινά τον θηλασμό του παιδιού μετά την γέννηση του.

Σε ότι αναφέρεται στον αποκλειστικό θηλασμό:

- ü Την πρώτη ημέρα της ζωής θήλασε αποκλειστικά το 41% των νέων μητέρων.
- ü Στο τέλος του 1ου μήνα συνέχιζε τον αποκλειστικό θηλασμό το 20,7%
- ü Στο τέλος του 3ου μήνα συνέχιζε τον αποκλειστικό θηλασμό το 11,1%
- ü Στο τέλος του 6ου μήνα συνέχιζε τον αποκλειστικό θηλασμό το 0,9%

Αντιθέτως, σε ότι αναφέρεται στον θηλασμό είτε είναι αποκλειστικός είτε είναι υποστηρικτικός του τεχνητού γάλακτος διαπιστώνεται ότι:

- ü Την πρώτη ημέρα της ζωής θήλασε το 87,9% των νέων μητέρων.
- ü Στο τέλος της 1ης εβδομάδας συνέχιζε τον θηλασμό το 82,9%.
- ü Στο τέλος του 1ου μήνα συνέχιζε τον θηλασμό το 60,2%.
- ü Στο τέλος του 3ου μήνα συνέχιζε τον θηλασμό το 39,4%.
- ü Στο τέλος του 6ου μήνα συνέχιζε τον θηλασμό το 22,0%.

Συνοψίζοντας, συμπεραίνουμε ότι στην Ελλάδα για το πρώτο εξάμηνο από τη γέννηση ενός παιδιού μόνο το 0,9% των συνολικά θηλαζουσών μητέρων αποφασίζει να θρέφει το βρέφος με μητρικό γάλα. Ακόμα και το είδος του θηλασμού επί του συνόλου, που μπορεί να είναι μερικός και να αποτελεί μικρό μέρος του γάλακτος που λαμβάνει το βρέφος, ήταν μόλις 22% στους 6 μήνες και 6% στους 12 μήνες. ([http://www.f-thilasmos.gr/index.php?option=com\\_content&view=category&id=21&Itemid=125](http://www.f-thilasmos.gr/index.php?option=com_content&view=category&id=21&Itemid=125)), (<http://www.opengov.gr/yyka/?p=1078>).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο μητρικός θηλασμός θεωρείται μια σπουδαία πρακτική, επάνω στην οποία βασίζονται διαφορετικές ιδεολογίες είτε από τους επαγγελματίες υγείας είτε από τους μη ειδικούς του ιατρικού και παραϊατρικού κλάδου όπως είναι οι φίλοι και οι συγγενείς της θηλάζουσας μητέρας. Ο καθένας από τους αναφερόμενους παρέχει τις δικές του γνώσεις σχετικά με μέτρα και συμβουλές που απορρέουν από τον θηλασμό συχνά όμως παρατηρείται ότι οι απόψεις αυτές έρχονται σε αντιπαράθεση μεταξύ τους με αποτέλεσμα να προκαλούν άγχος και σύγχυση προς την μητέρα που διαθέτει την άγνοια του θηλασμού. Η αντίκρουση των θέσεων πολλές φορές μπορεί να αποτελέσει και αιτία της πρόωρης διακοπής της γαλουχίας λόγω παραπλάνησης της θηλάζουσας ή εκδήλωσης αγχώδους συμπεριφοράς. (Stoppard, 2009)

Στις μέρες μας, το επιστημονικό πεδίο που περιβάλλει τα θέματα του μητρικού θηλασμού ενώ θεωρείται πλούσιο σε σύγχρονα επιτεύγματα και τεκμηριωμένα επιστημονικά στοιχεία παρόλο αυτά δεν έχει εξαπλωθεί αυτή η γνώση σε όλους τους τομείς των επαγγελματιών υγείας – μαιευτήρων, παιδιάτρων, μαιών, νοσοκόμων, οι οποίοι αποτελούν τα βασικά άτομα που θα καλύψουν γνωστικά τις απορίες της μητέρας ή που θα την εμψυχώσουν και θα την παροτρύνουν να συνεχίσει παρά τις ορισμένες δυσκολίες που θα εμφανιστούν να θηλάζει το παιδί.

Αυτό έχει ως συνέπεια πολυάριθμες συμβουλές που δίνονται στη μητέρα να χαρακτηρίζονται αναξιόπιστες, λανθασμένες, προϊόν προκαταλήψεων και το σημαντικότερο επιστημονικά μη τεκμηριωμένες. Στη συνέχεια του κεφαλαίου παραθέτονται οι συχνότερες μη έγκυρες οδηγίες που μπορούν να παραπληροφορήσουν τη θηλάζουσα μητέρα και κατ' επέκταση να την οδηγήσουν σε εσφαλμένες αποφάσεις: (Stoppard, 2009)

«Μη θηλάζεις κατά τις πρώτες 2-3 ημέρες μετά τη γέννηση του παιδιού, γιατί δεν έχεις ακόμα γάλα».

Για να ξεκινήσει η γαλουχία, είναι σημαντικό ο θηλασμός να ξεκινήσει κατά την πρώτη ώρα από τη γέννηση του παιδιού και να συνεχιστεί ελεύθερα, συχνά, ανάλογα με τα σημάδια πείνας του παιδιού, κατά τις πρώτες κρίσιμες ημέρες. Όσο περισσότερο ερεθίσει το μωρό το στήθος, τόσο περισσότερο και πιο γρήγορα θα παραχθεί μητρικό γάλα. Αντιθέτως, εάν αφήσουμε το στήθος της μαμάς χωρίς ερεθισμό για ώρες ή και για μέρες, όπως συχνά δυστυχώς γίνεται στα ελληνικά μαιευτήρια, η παραγωγή της μαμάς θα αδρανήσει και θα υπάρξει δυσκολία στο θηλασμό κατά την επιστροφή της στο σπίτι. Εξάλλου, το μητρικό πρωτόγαλα είναι σπουδαία τροφή και ένα πανίσχυρο εμβόλιο για το βρέφος, η μόνη τροφή που χρειάζεται το ανθρώπινο νεογέννητο κατά τα πρώτα του 24ωρα, λίγη, αλλά επαρκής και ανεκτίμητη. (Stoppard, 2009)

«Θήλασε 10 λεπτά από το ένα στήθος, έπειτα 10 λεπτά από το άλλο».

Κατά τις πρώτες κρίσιμες έξι εβδομάδες της γαλουχίας, το μωρό πρέπει να φτάνει στο στήθος, με σωστή τοποθέτηση και σύλληψή του, χωρίς καθόλου χρονικούς περιορισμούς. Η διάρκεια των γευμάτων αλλάζει ανάλογα με την πείνα του, τη διάθεσή του, την ώρα της ημέρας και τον επιτυχή ή όχι τρόπο τσίματος. Δηλαδή, ένα μωρό που δεν έχει μάθει να καταπίνει γάλα στο στήθος ή δε βρίσκει γάλα, μπορεί να βρίσκεται για μία ώρα πάνω σε αυτό και να μην έχει φάει τίποτα. Ένα άλλο μωρό μπορεί να έχει μάθει πώς να θηλάζει, να βρίσκει άφθονο γάλα και να τελειώνει το γεύμα του μέσα σε πέντε λεπτά. Δεν μετράμε λοιπόν λεπτά της ώρας με το ρολόι, αλλά παρατηρούμε το παιδί μας. Καταπίνει; Πόσες φορές κατάπιε; Έχει γάλα στο στοματάκι του; Αδειάζει το στήθος μας; Φαίνεται χορτάτο και χαλαρωμένο στο τέλος; Η επιστήμη είναι κατηγορηματική: στο θηλασμό πετάξτε τα ρολόγια! (Stoppard, 2009)



«Θήλασε όπως παραπάνω, έπειτα δώσε στο παιδί «συμπλήρωμα» ξένου γάλακτος, ώστε να βεβαιωθείς ότι χόρτασε».

Χορήγηση «συμπληρώματος» προληπτικά, χωρίς να υπάρχει πραγματική ιατρική ένδειξη, εμποδίζει τις προσπάθειες της μητέρας να εγκαταστήσει το θηλασμό. Οποιαδήποτε ποσότητα ξένου γάλακτος πει το βρέφος αφαιρεί από την παραγωγή γάλακτος της μαμάς, γιατί το μωρό δεν ζητάει από το στήθος την ποσότητα που θα έπρεπε, με αποτέλεσμα η μαμά τελικά να οδηγηθεί σε μειωμένη παραγωγή. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά αποκλειστικό θηλασμό των βρεφών μας για 6 μήνες. Οτιδήποτε άλλο όχι μόνο δεν είναι απαραίτητο αλλά και βλαπτικό, καταστροφικό για την επιτυχία της γαλουχίας. (Stoppard, 2009)

«Θήλασε το μωρό σου κάθε τρεις ή τέσσερις ώρες, όχι συχνότερα».

Η αλήθεια είναι ότι το στομάχι του μωρού είναι πολύ μικρό, το μητρικό γάλα εύπεπτο και η ανάγκες του μωρού για επαφή μεγάλες. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα υγιή νεογνά ζητούν να ταΐστουν κάθε 2 ώρες, αν βέβαια δεν τους δίνεται το δύσπεπτο επεξεργασμένο γάλα. Η ποικιλία στον τρόπο λήψης της τροφής είναι τεράστια για τα βρέφη, όπως και για εμάς. Εάν θέλουμε να το χειριστούμε ως ανθρώπινο όν, είναι θεμελιώδες να ακούσουμε και να σεβαστούμε τις ιδιαίτερες ανάγκες του μωρού μας. (Dobbyn, 2009)

«Άφησε το μωρό σου να κλαίει και μην το παίρνεις συνέχεια αγκαλιά, για να μην «κακομάθει».

Η βασική ανάγκη των βρεφών είναι το χτίσιμο εμπιστοσύνης με το περιβάλλον τους, δηλαδή με τη μητέρα και τον πατέρα τους. Επειδή η όραση είναι φτωχά ανεπτυγμένη τον πρώτο καιρό, οι κύριες αισθήσεις, ο

«μπούσουλας» του βρέφους είναι η όσφρηση και η αφή. Ένα νεογέννητο απομονωμένο από τη μητέρα και μακριά από την ανθρώπινη επαφή δεν μπορεί να συντελέσει στην ενδυνάμωση των δεσμών θηλάζουσας - νεογνού. Η αγκαλιά είναι βασικό στοιχείο της γονικής φροντίδας και της αγάπης. Η αγκαλιά είναι επίσης απαραίτητο συστατικό του επιτυχημένου θηλασμού, ο οποίος, ως φυσική διαδικασία, περιέχει και προϋποθέτει άφθονη, συχνή επαφή. (Dobbyn, 2009)

«Πάρε ξένο γάλα για να υπάρχει στο σπίτι, στην περίπτωση που χρειαστεί να το χρησιμοποιήσεις».

Ο θηλασμός είναι παιχνίδι αυτοπεποίθησης για τη μητέρα. Μια λεχώνα που πιστεύει ότι δεν υπάρχει άλλο γάλα που μπορεί το παιδί της να πιει εκτός από το δικό της θα θηλάσει επιτυχώς το μωρό της. Αντίθετα, εκείνη που έχει κάθε στιγμή, στο πίσω μέρος του μυαλού της, στην παραμικρή δυσκολία, την εικόνα της χρήσης του επεξεργασμένου γάλακτος είναι πολύ πιθανό να χαρακτηριστεί από έναν μη αποτελεσματικό θηλασμό. Ειδικοί που προωθούν το γάλα του εμπορίου στα χέρια της θηλάζουσας μητέρας κλονίζουν την αυτοπεποίθησή της και βλάπτουν το θηλασμό, άρα και την υγεία της δυάδας. (Dobbyn, 2009)

«Δώσε στο παιδί καθημερινά τσάι, άλλα αφεψήματα ή νερό».

Οποιοδήποτε υγρό πέραν του μητρικού γάλακτος όχι μόνο δεν είναι απαραίτητο για το παιδί αλλά και βλάπτει. Οι ποσότητες αυτές αφαιρούν από την παραγωγή γάλακτος της μητέρας και εμποδίζουν την εδραίωση του θηλασμού. Το τσάι προκαλεί διούρηση, εμποδίζει την απορρόφηση του σιδήρου και δεν ασκεί καμία θετική επίδραση στους κολικούς. (Stoppard, 2009)

«Μη θηλάζεις το παιδί το βράδυ, ώστε να ξεκουραστείς».

Ο θηλασμός την νύχτα είναι, τουλάχιστον κατά τον πρώτο καιρό, εντελώς απαραίτητος για την εδραίωση της γαλουχίας. Οι ορμόνες της γαλουχίας βρίσκονται τότε στα ύψη και το μωρό τρώει πιο ήρεμα και συνεχίζει τον τακτικό ερεθισμό του στήθους, αυξάνοντας έτσι την παραγωγή γάλακτος. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι γυναίκες που θηλάζουν επιτυχώς τα παιδιά τους δεν κουράζονται περισσότερο από εκείνες που ταΐζουν με μπιμπερό. Αντίθετα, η προετοιμασία των μπιμπερό είναι εκείνη που είναι χρονοβόρα και επίπονη. (Stoppard, 2009)

«Να καθαρίζεις το στήθος σου κάθε φορά που θηλάζεις με χαμομήλι, νερό ή σαπούνι».

Το μητρικό γάλα περιέχει ένα θαυμαστό συνδυασμό από αντιμικροβιακούς παράγοντες, οπότε δεν χρειάζεται κανένας πρόσθετος καθαρισμός του στήθους. Οι οδηγίες αυτές μάλιστα στέκονται εμπόδιο στο θηλασμό, γιατί απαιτούν από τη μητέρα χρόνο και κόπο άσκοπα, μετατρέποντας αναίτια μια φυσιολογική διαδικασία σε «δύσκολη» και «ιδανική». (Dobbyn, 2009)

«Τήρησε μια συγκεκριμένη, περιοριστική διατροφή, εάν θέλεις να θηλάσεις».

Δεν είναι απαραίτητος κανένας ιδιαίτερος περιορισμός στη διατροφή της λεχώνας. Οι οδηγίες αυτές προσθέτουν δυσκολίες στη ζωή της χωρίς λόγο. Η αλήθεια είναι ότι ένα μωρό που θηλάζει μια μητέρα η οποία δεν έχει και την «τέλεια» διατροφή είναι πιο πιθανό να είναι υγιές, σε σύγκριση με εκείνο που πίνει μπιμπερό από τη μαμά του. Μια φυσιολογική, ισορροπημένη διατροφή με ποικιλία είναι το μόνο που χρειάζεται. Οι σούπες, τα άνοστα, η αποφυγή ενός

τεράστιου καταλόγου συγκεκριμένων τροφίμων δεν έχουν καμία επιστημονική βάση. (Dobbyn, 2009)

«Αν πονέσουν οι θηλές σου, πρέπει να διακόψεις το θηλασμό».

Τις περισσότερες φορές οι θηλές πληγώνονται λόγω κακής στάσης, τοποθέτησης και σύλληψης του στήθους από το μωρό. Η λύση στα προβλήματα αυτά είναι να βελτιώσουμε την τεχνική του θηλασμού, να λάβουμε οδηγίες από ειδικό για την αντιμετώπιση του πόνου με συνέχιση παράλληλα του θηλασμού και όχι να τον σταματήσουμε με την πρώτη δυσκολία. (Dobbyn, 2009)

«Μετά την έξοδό σου από το μαιευτήριο, δεξ κάποιον επαγγελματία υγείας στις σαράντα ημέρες από τη γέννηση του παιδιού».

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει επίσκεψη της λεχώνας από ειδικό μέσα στις πρώτες 2-3 ημέρες από την έξοδό της από το μαιευτήριο. Η υποστήριξη πρέπει να συνεχιστεί κατά τις πρώτες εβδομάδες της γαλουχίας με τουλάχιστον άλλες μία με τρεις επισκέψεις, ανάλογα με τα προβλήματα που προκύπτουν. Πολλές γυναίκες παλεύουν να διατηρήσουν τη γαλουχία στο σπίτι, μέσα σε περιβάλλον μη υποστηρικτικό και χωρίς να έχουν λάβει σωστές οδηγίες. Αρκετές από αυτές δυστυχώς έχουν καταλήξει στο μπιμπερό όταν φτάνουν για πρώτη φορά στην πόρτα του παιδίατρου, σαράντα ημέρες μετά τη γέννηση του παιδιού. (Dobbyn, 2009)

«Εάν το μωρό σου «δεν παίρνει ικανοποιητικά» βάρος, πρέπει να του δώσεις συμπλήρωμα ξένου γάλακτος.

Πολλές φορές επαγγελματίες υγείας «τρομοκρατούν» τη λεχώνα για το βάρος του μωρού της, χωρίς να υπάρχει στην πραγματικότητα κανένα

πρόβλημα. Άλλες φορές πάλι υπάρχει πρόβλημα, όμως καταφεύγουν εύκολα και αμέσως στη λύση του επεξεργασμένου γάλακτος, χωρίς προηγουμένως να δώσουν οδηγίες για αποτελεσματικότερο θηλασμό, χρήση θηλάστρου από τη λεχώνα κα. (Stoppard, 2009)

«Σταμάτησε να θηλάζεις το παιδί, εάν χρειάζεται να πάρεις κάποιο φάρμακο, όπως παυσίπονο, αντιβίωση».

Αυτή η οδηγία είναι εννιά στις δέκα φορές λανθασμένη. Υπάρχει πολύ μεγάλη άγνοια των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το θέμα, για αυτό η μητέρα πρέπει να συμβουλευτεί ειδικό γαλουχίας όποτε κάποιος της απαγορεύει το θηλασμό του παιδιού της επειδή εκείνη παίρνει κάποιο φάρμακο. Η αλήθεια είναι ότι τα συνήθη φάρμακα είναι συμβατά με το θηλασμό ενώ υπάρχουν ελάχιστα φάρμακα που πραγματικά βλάπτουν το παιδί μέσα από το μητρικό γάλα. Η αλήθεια είναι τέλος ότι το μωρό κινδυνεύει συνήθως πολύ περισσότερο από το μη θηλασμό, παρά από την απειροελάχιστη δόση κάποιου φαρμάκου. (Dobbyn, 2009)

«Σταμάτα το θηλασμό έξι μήνες μετά την γέννηση του μωρού διότι δεν του προσφέρεις τίποτα».

Κάθε μέρα θηλασμού παραπάνω αποτελεί δώρο υγείας τόσο για το βρέφος όσο και για την θηλάζουσα. Όλοι οι διεθνείς οργανισμοί επιβεβαιώνουν πως η θρέψη του βρέφους με μητρικό γάλα δεν έχει χρονικούς περιορισμούς καθώς το γάλα είναι προϊόν υψηλής και αναντικατάστατης θρεπτικής αξίας και η λειτουργία του στον ανθρώπινο οργανισμό δεν ελαχιστοποιείται με το πέρασμα 6 ή παραπάνω μηνών από την πρώτη μέρα που ξεκίνησε ο θηλασμός. Παροτρύνουν δε την συνέχιση του θηλασμού εάν καθίσταται εφικτό για τουλάχιστον δύο χρόνια, χωρίς ανώτερο όριο. Αποτελεί υποχρέωση της

μητέρας να συμβουλευέται εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας με σκοπό να την υποστηρίζουν με τεκμήρια στην προσπάθειά της να παρέχει στο βρέφος μια υγιείς διαδικασία γαλουχίας και να προλαμβάνεται οποιαδήποτε λανθασμένη οδηγία.

Οι ιδεολογίες που αναφέρουν ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μια διαδικασία που βασίζεται στο ένστικτο της μητέρας και κάθε παρεκτροπή θα γίνει αντιληπτή μέσω της μητρικής διαίσθησης, αδιαφορώντας για ιατρική παραπομπή είναι εξίσου λανθασμένη με την αντίληψη πως οτιδήποτε αναφέρεται από επαγγελματία υγείας πάνω στο ζήτημα είναι «αυτόματα» έγκυρο. Είναι ακόμα το ίδιο λανθασμένη με εκείνη την αντίληψη που αρνείται να δει τη γαλουχία ως ιδιαίτερο επιστημονικό πεδίο με συγκεκριμένες γνώσεις, δεξιότητες, πιστοποίηση και εξειδίκευση. (Stoppard, 2009)

#### Συμπερασματικά:

Στην πραγματικότητα, η πιθανότητα να ακούσετε επιστημονικά ακριβείς οδηγίες για το θηλασμό του παιδιού σας είναι τόσο μεγαλύτερη, όσο απευθύνεστε στους εξής ειδικούς (κατά σειρά προτεραιότητας):

1. Διεθνώς Πιστοποιημένους Συμβούλους Γαλουχίας IBCLC
  2. Συμβούλους θηλασμού της La Leche League Ελλάδας
  3. Γυναικολόγους, Παιδιάτρους και Μαίες με σχετική εκπαίδευση και πιστοποίηση στο αντικείμενο.
  4. Έμπειρες μητέρες που έχουν θηλάσει επιτυχώς και μακροχρόνια.
- (Πολυχρονίδης, 2010)

### **3.1 ΕΙΔΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ**

Υπάρχουν 3 βασικά είδη θηλασμού:

- Û Αποκλειστικός: καμία άλλη υγρή ή στερεή τροφή.
- Û Επικρατής, (σχεδόν αποκλειστικός): υγρά όπως νερό, χαμομήλι όχι περισσότερο από 1-2 ημερησίως.
- Û Μικτός θηλασμός: όπου χρησιμοποιούνται υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος. (Edenhofer, 2015)

Παράγοντες που καθορίζουν τον μητρικό θηλασμό:

- Û Η ανατομική δομή του μαστού και η ανάπτυξη των κυττάρων παραγωγής του γάλακτος, των πόρων και της θηλής του μαστού.
- Û Η έναρξη και η διατήρηση της έκκρισης γάλακτος
- Û Η μεταφορά του γάλακτος από τα κύτταρα παραγωγής προς τη θηλή. (Edenhofer, 2015)

### **3.2 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΗΛΑΖΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ**

Το πρωτόγαλα της θηλάζουσας, το γάλα που παράγεται τις πρώτες 3 έως 5 ημέρες, είναι αποτέλεσμα μιας ορμονικής διαδικασίας της μητέρας που θα προκύψει είτε αποφασίσει να θηλάσει είτε όχι. Το μητρικό γάλα που παράγουν οι μαστοί της θηλάζουσας για το επόμενο χρονικό διάστημα όπου συνήθως αποτελούν τις μέρες που η λεχώνα βρίσκεται εκτός μαιευτηρίου είναι καθαρά προϊόν προσπάθειας παραγωγής και προσεκτικής προετοιμασίας. Η θηλάζουσα οφείλει να πραγματοποιεί την τεχνική του θηλασμού σε σύντομα χρονικά διαστήματα με σκοπό να αδειάζει ο μαστός ώστε να παράγεται εκ νέου μητρικό γάλα. (Lowdermilk, 2006)

Σε αντίθετη περίπτωση, εάν το γάλα της θηλάζουσας παραμένει για πολλές ώρες στο στήθος της χωρίς να πραγματοποιούνται οι θηλαστικές κινήσεις από το βρέφος τότε ξεκινά και η διαδικασία διακοπής της παραγωγής. Συνεπώς για την αύξηση της παραγωγής του μητρικού γάλακτος θα πρέπει το

στήθος της μητέρας να αδειάζετε συχνά και πλήρως από το γάλα που περιέχει όπου αυτό πρακτικά σημαίνει συχνός και αποτελεσματικός (σωστός) θηλασμός. (Lowdermilk, 2006)

### ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

- ✓ Καθημερινή υγιεινή και φροντίδα του στήθους.
- ✓ Ξεκίνημα του θηλασμού το συντομότερο δυνατόν.
- ✓ Παρατήρηση του βρέφους πότε η ανάγκη του για θηλασμό είναι εντονότερη.
- ✓ Σε περίπτωση όπου η θηλάζουσα δείχνει να μην έχει την προδιάθεση να παράγει άλλο γάλα πέρα του πρωτόγαλα η συχνή διαδικασία των θηλαστικών κινήσεων μπορεί να πυροδοτήσει την παραγωγή περισσότερου γάλακτος στους μαστούς.
- ✓ Κατάλληλη και αναπαυτική θέση της θηλάζουσας μητέρας
- ✓ Σωστή εφαρμογή του μαστού
- ✓ Απαγορεύεται το βρέφος κατά την διάρκεια του θηλασμού να βρίσκεται ξαπλωμένο σε θέση ετοιμασίας να κοιμηθεί
- ✓ Σωστή τοποθέτηση της αυχενικής περιοχής του βρέφους
- ✓ Μετακίνηση βρέφους προς τον μαστό που θηλάζει και όχι θηλάζουσας προ το βρέφος
- ✓ Οι θηλαστικές κινήσεις να πραγματοποιούνται στη θηλή του μαστού και όχι στη ρώγα, έτσι θα επιτυγχάνεται μασάζ της περιοχής για να «κατέβει» γρηγορότερα το γάλα και θα αποφεύγεται τυχόν τραυματισμός της περιοχής
- ✓ Δεν επιτρέπεται το βρέφος να παραμένει στον μαστό εάν δεν προκύπτει θηλασμός
- ✓ Εάν παρατηρείται κούραση του βρέφους κατά τον θηλασμό διακόψτε την διαδικασία για 5 λεπτά και συνεχίστε εκ νέου



- ✓ Προσπάθεια συνεχόμενης αύξησης των γευμάτων μέσω της διαδικασίας του θηλασμού με σκοπό να αδειάζει ο μαστός από το μητρικό γάλα και να παράγεται καινούργιο (αποφεύγεται έτσι ο πρόωρος απογαλακτισμός και πραγματοποιείται ικανοποιητική γαλουχία του βρέφους)
- ✓ Ο θηλασμός να γίνεται και στους δύο μαστούς ακόμα και αν το βρέφος δείξει να έχει χορτάσει κατά την ώρα που θήλαζε στον πρώτο μαστό
- ✓ Ο μητρικός θηλασμός δεν σχετίζεται με συγκεκριμένο καθημερινό ωράριο
- ✓ Αποφεύγεται αυστηρώς η χρήση θήλαστρου εάν δεν το έχει συστήσει στη θηλάζουσα ο επιβλέπων ιατρός της για συγκεκριμένη ιατρική αιτιολογία
- ✓ Δεν επιτρέπεται εάν το βρέφος θηλάζει ικανοποιητικά να συμπληρώνεται η διαδικασία γαλουχίας του με την χρήση μπιμπερού
- ✓ Η προσπάθεια επικεντρώνεται στην θρέψη του βρέφους με μητρικό γάλα και η θηλάζουσα θα πρέπει να νιώθει σιγουριά για αυτή την πράξη χωρίς να αισθάνεται εξαρτημένη από την ιδέα ότι θα χορηγηθεί επεξεργασμένο γάλα με την εμφάνιση της πρώτης δυσκολίας
- ✓ Απαγορεύεται η θρέψη του βρέφους με λοιπές υγρές τροφές (Edenhofer, 2010), (<http://thilasmos.gr/mitriko%20gala.htm> ).

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

- ✓ Αποχωρισμός μητέρας – παιδιού (όταν δεν βρίσκονται στο ίδιο δωμάτιο)
- ✓ Χορήγηση αναισθητικών στη μητέρα
- ✓ Καθυστέρηση έναρξης θηλασμού
- ✓ Λάθος τεχνική κατά τον θηλασμό (πχ πιπίλισμα θηλής και όχι θηλασμός από τη θηλαία άλω)
- ✓ Θηλασμός με αυστηρό ωράριο και μόνο την ημέρα

- ✓ Χορήγηση υγρών ή ξένου γάλατος με το μπουκάλι στα ενδιάμεσα ή ως συμπλήρωμα
- ✓ Λάθος ενημέρωση μητέρας ή προκατάληψη περιβάλλοντος της (Edenhofer, 2010), (Anderson, 2005)

### 3.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Η θηλάζουσα μητέρα πρέπει να ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή και να μην επιχειρεί απότομη και γρήγορη απώλεια βάρους αμέσως μετά την γέννηση. Αν γίνει κάτι τέτοιο, τότε ο οργανισμός δε θα μπορέσει να παράγει επαρκή ποσότητα γάλακτος για τη σωστή θρέψη του βρέφους. Οι διατροφικές της ανάγκες είναι αυξημένες έως και 500 θερμίδες. Η απώλεια του σωματικού βάρους δε θα πρέπει να υπερβαίνει το 1- 1.5 κιλό το μήνα για τους πρώτους 6 μήνες θηλασμού. Αυτό βέβαια εξαρτάται και από το βάρος που είχε πάρει η γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς όσο περισσότερο βάρος είχε πάρει τόσο γρηγορότερα θα το χάσει στην μετά εγκυμοσύνης εποχή.

Αυτό που πρέπει να γίνει αντιληπτό είναι, πως η παραγωγή μητρικού γάλακτος εξαρτάται από την ενεργειακή πρόσληψη της μητέρας. Αν είναι μειωμένη η ενεργειακή πρόσληψη, τότε θα είναι μειωμένη και η παραγωγή του μητρικού γάλακτος. (Anderson, 2005)

Ο θηλασμός επιβάλλει ένα βαρύ θρεπτικό κόστος στη μητέρα και οι ενεργειακές απαιτήσεις, οι απαιτήσεις για ασβέστιο, μέταλλα και βιταμίνες αυξάνονται. Εντούτοις, ένα μεγάλο τμήμα από τις αυξανόμενες ενεργειακές ανάγκες μπορεί να πληρωθεί από τις μητρικές λιποαποθήκες που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, βοηθώντας ταυτόχρονα στην αποκατάσταση του κανονικού σωματικού βάρους. Επομένως, μια θηλάζουσα μητέρα πρέπει να: (Anderson, 2005)

- Αυξήσει τις ενεργειακές της ανάγκες.

- Λαμβάνει 500 επιπλέον θερμίδες καθημερινά, καθ' όλη τη χρονική περίοδο της γαλουχίας του βρέφους, διότι και με τον θηλασμό χάνει περίπου 425-700 θερμίδες ημερησίως (οι οποίες θα πρέπει να συμπληρώνονται με την λήψη θρεπτικών και υγιεινών τροφών).
- Γνωρίζει ότι ορισμένες θερμίδες που απαιτούνται για την παραγωγή γάλακτος παρέχονται από το λίπος που έχει αποθηκευμένο στο σώμα της.
- Λαμβάνει 2 λίτρα νερό ημερησίως, προκειμένου να παράγεται το απαραίτητο γάλα που χρειάζεται το βρέφος, χωρίς να αφυδατωθεί η μητέρα.
- Καταναλώνει τροφές πλούσιες σε σίδηρο (σπανάκι, μαϊντανός, παντζάρια, δαμάσκηνα, ξηρά σύκα και ακτινίδιο).
- Καταναλώνει τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο.
- Επιλέγει διατροφικά προϊόντα ολικής αλέσεως.
- Διαλέγει θρεπτικά σνακ (γιαούρτι, φυσικούς χυμούς, σάντουιτς με ψωμί ολικής αλέσεως).
- Αποφεύγει ουσίες που εμπεριέχουν καφεΐνη καθώς διαθέτει διουρητική δράση και αποβάλλει γρηγορότερα τα προσλαμβανόμενα υγρά
- Αποφεύγει πάση θυσία αλκοολούχα ποτά. (Dobbyn, 2009)

### **3.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ**

#### **3.4.1 ΣΤΟ ΒΡΕΦΟΣ**

#### ΒΑΣΙΚΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ:

- ✓ Βοηθάει στη σωστή ανάπτυξη του βρέφους
- ✓ Προστατεύει από λοιμώξεις και αλλεργίες (το μητρικό γάλα περιέχει ανοσοσφαιρίνες και άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος)
- ✓ Παρέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά στις σωστές ποσότητες

- ✓ Είναι αποστειρωμένο, φρέσκο και στη σωστή θερμοκρασία
- ✓ Μειώνει τον κίνδυνο διάρροιας, ωτίτιδας, αναπνευστικών λοιμώξεων, αιφνίδιου βρεφικού θανάτου
- ✓ Σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας ή υπέρβαρου και σακχαρώδους διαβήτη τύπου I (Lowdermilk, 2006)

### **3.4.2 ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ**

#### ΒΑΣΙΚΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ:

- ✓ Προκαλεί συστολές στη μήτρα βοηθώντας την έτσι να επανέλθει στη φυσιολογική πριν από την εγκυμοσύνη κατάσταση
- ✓ Μειώνει τον κίνδυνο αιμορραγίας μετά τον τοκετό καθώς και μειώνει την απώλεια αίματος λόγω απουσίας έμμηνου ρύσεως
- ✓ Μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών
- ✓ Προστατεύει την υγεία των οστών
- ✓ Εξοικονομεί χρόνο και χρήματα (Lowdermilk, 2006)

#### ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Στη συνέχεια του κεφαλαίου πραγματοποιείται η καταγραφή των σημαντικότερων λόγων για τους οποίους ο μητρικός θηλασμός είναι ανεκτίμητος και αναντικατάστατος για ένα παιδί άνω των έξι μηνών:

- § Ο θηλασμός μετά τους έξι μήνες της ζωής του μωρού προστατεύει ακόμα περισσότερο θηλάζουσα και παιδί από χρόνια σωματικά και ψυχικά νοσήματα. Όλες οι ευεργετικές επιδράσεις του μητρικού θηλασμού είναι δοσοεξαρτώμενες. Πιο συγκεκριμένα, ένα παιδί που θήλασε για δώδεκα μήνες έχει πολύ λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσει σακχαρώδη διαβήτη

σε σύγκριση με ένα παιδί το οποίο θήλαζε για λιγότερο από έξι μήνες. Παρόμοια ευεργετημένη θεωρείται και η θηλάζουσα μητέρα καθώς αποδεικνύεται ότι ο θηλασμός που διατηρείται μακροχρόνια την προφυλάγει από καρκίνο μαστού σε σχέση με εκείνη που σταμάτησε τη γαλουχία στους έξι μήνες. Σημαντική διαφορά εντοπίζεται και σε καταστάσεις που εμπλέκονται: ο δείκτης νοημοσύνης, φλεγμονώδης παθήσεις του εντέρου, λευχαιμία, λέμφωμα, παχυσαρκία, χοληστερίνη, βρογχικό άσθμα, αλλεργικές αντιδράσεις, δυσανεξία στη γλουτένη, οδοντικά προβλήματα, καρκίνο των ωοθηκών στη μητέρα, μεταβολικά νοσήματα και τέλος συναισθηματική σχέση θηλάζουσα – παιδιού. (Edenhofer, 2015)

- § Ο θηλασμός μετά τους έξι μήνες συμβάλλει σημαντικά στη θρέψη του παιδιού. Ο θηλασμός κατά το δεύτερο χρόνο της ζωής – πρόσληψη μητρικού γάλακτος κατά μέσο όρο 450ml την ημέρα με ελεύθερο, ανεμπόδιο θηλασμό κατά απαίτηση του παιδιού– προσφέρει στο παιδί, μεταξύ άλλων, το 30% της απαιτούμενης ενέργειας, το 45% των πρωτεϊνών που χρειάζεται, το 35% των απαιτήσεων σε ασβέστιο, το 75% των αναγκών σε βιταμίνη Α, το 95% της βιταμίνης Β12 και το 60% της αναγκαίας ποσότητας βιταμίνης C. Το μητρικό γάλα που παράγει η θηλάζουσα εμφανίζεται σταδιακά λιγότερο σε ποσότητα αλλά πιο παχύ και χορταστικό. Είναι πολύ πλούσιο σε ωφέλιμα λιπαρά, ουσίες εντελώς απαραίτητες για τη ραγδαία ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά τη νηπιακή ηλικία. Μπορεί να μας φαίνεται ότι το μητρικό γάλα είναι πλέον «λίγο», τα φαινόμενα όμως απατούν καθώς περιέχει κατά μέσο όρο 50% περισσότερο λίπος. Τα μωρά έως δύο ετών πρέπει να παίρνουν μεγάλες ποσότητες λιπαρών και περιορισμός σε λιπαρά δικαιολογείται μόνο μετά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους. Το μωρό μετά τους έξι μήνες χρειάζεται να γνωρίσει σταδιακά τις στερεές τροφές. Ο θηλασμός δεν αντικαθιστά τα καινούργια τρόφιμα, το φαγητό του μωρού, αλλά το

συμπληρώνει. Πολλοί γονείς δεν κατανοούν ότι ο απογαλακτισμός δεν σημαίνει αποθλασμό, αλλά σταδιακή αύξηση της πρόσληψης τροφών πέραν των γαλακτοκομικών με σταδιακή μείωση της πρόσληψης μητρικού γάλακτος. (Friedrich, 2010)

- § Ο θηλασμός μετά τους έξι μήνες συνεχίζει να χτίζει την άμυνα του παιδιού. Το ανοσοποιητικό σύστημα θεωρείται ανώριμο κατά τα πρώτα τρία με τέσσερα χρόνια της ζωής. Το γάλα της θηλάζουσας προσφέρει τις κατάλληλες ορμόνες, ένζυμα, αυξητικούς παράγοντες, αντιφλεγμονώδεις ουσίες, αντισώματα και λεμφοκύτταρα για να συμπληρώσει την άμυνα του ανοσοποιητικού συστήματος και να δώσει ώθηση στην ωρίμανσή του. (Edenhofer, 2015)
- § Ο θηλασμός μετά τους έξι μήνες προστατεύει άμεσα από τις λοιμώξεις της προσχολικής ηλικίας. Ο οργανισμός του παιδιού εκτίθεται ξαφνικά σε χιλιάδες ιούς, μικρόβια και άλλους βλαπτικούς παράγοντες. Η μητέρα εκτίθεται στο ίδιο περιβάλλον, αντιδρά άμεσα και πληρέστερα σε σύγκριση με το παιδί παράγοντας αντισώματα, τα οποία και προσφέρει στο παιδί της μέσα από το γάλα της. Το μητρικό γάλα μετά το πέρασμα των 6 μηνών εμφανίζει αυξημένες ποσότητες από ένα ισχυρό ένζυμο, τη λυσοζύμη, η οποία καταστρέφει τα μικρόβια. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι ο θηλασμός αποτελεί σημαντική ασπίδα προστασίας για το νήπιο που πηγαίνει πρώτη φορά στον παιδικό σταθμό ή που έρχεται συνεχώς σε επαφή με τα μικρόβια που φέρνουν στο σπίτι τα μεγαλύτερα αδέρφια του. Είναι αποδεδειγμένο ότι τα παιδιά που θηλάζουν μακροχρόνια αρρωσταίνουν πολύ πιο σπάνια και λιγότερο σοβαρά. (Edenhofer, 2015)
- § Ο θηλασμός μετά τους έξι μήνες προσφέρει άμεση συναισθηματική κάλυψη στο μικρό παιδί που ανοίγεται στον άγνωστο κόσμο. Κάθε φορά που ένα μικρό παιδί χτυπάει, έχει πυρετό, αλλάζει ξαφνικά περιβάλλον, αναστατώνεται για οποιονδήποτε λόγο, χρειάζεται μια άμεση επαναφορά στον γνωστό κόσμο της ασφάλειας. Το στήθος της θηλάζουσας μητέρας

«παρουσιάζεται» ως μια θαυμαστή φωλιά, το παιδί δεν αφήνεται να κλάψει τόσο όσο να ραγίσει ο εσωτερικός του κόσμος. Οι σύγχρονες δυτικές αντιλήψεις απαρνούνται αυτόν τον πολύ σημαντικό ρόλο του στήθους. Το παιδί που κλαίει πρέπει να «μάθει» να παρηγορείται μόνο του, να αφήνεται να κλαίει, να γίνει «ανεξάρτητο», με άλλα λόγια να απελπίζεται και να κλείνεται στον εαυτό του. (Edenhofer, 2015)

§ Ο θηλασμός μετά τους έξι μήνες κάνει πιο εύκολη την έναρξη στερεών τροφών και την εγκατάσταση πλούσιου διαιτολογίου. Η γεύση του μητρικού γάλακτος είναι διαφορετική, ανάλογα με το τι κατανάλωσε η μητέρα κάθε φορά. Αλλάζει από γεύμα σε γεύμα, από μέρα σε μέρα, από μήνα σε μήνα. Το μικρό λαμβάνει πλούσια ερεθίσματα και έτσι δέχεται καινούργιες τροφές πιο εύκολα. Πριν ακόμη δοκιμάσει το πραγματικό σκόρδο, το μαϊντανό, το βασιλικό, τα έχει ήδη γευτεί και συνηθίσει μέσα από το μητρικό γάλα της μητέρας του. Αν η μητέρα τρέφεται υγιεινά τότε και το νήπιο θα αποδεχθεί ευκολότερα τις υγιεινές τροφές. Ταυτόχρονα, επειδή η πράξη του θηλασμού αφήνει την πρωτοβουλία στο μωρό, σε αντίθεση με ότι γίνεται με τη διατροφή με μπιμπερό, το παιδί που συνεχίζει να θηλάζει έχει μάθει να «ακούει» τα ένστικτά του, την πείνα και τη δίψα του, να παίρνει πρωτοβουλία και να καθορίζει το ίδιο τις ανάγκες του σε τροφή. Έτσι γίνεται ανεξάρτητο στο φαγητό πιο γρήγορα και μας απασχολεί στη διατροφή του πολύ λιγότερο. Τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής έχουν βρεθεί κρίσιμα για τη διαμόρφωση των διατροφικών μας προτιμήσεων. (Friedrich, 2010), (Anderson, 2005)

§ Ο θηλασμός μετά τους έξι μήνες δίνει περαιτέρω ώθηση στην ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού. Το γάλα της μαμάς μετά τους πρώτους έξι μήνες περιέχει σε αυξημένες ποσότητες χοληστερόλη, σεροτονίνη και ωφέλιμα λιπαρά. Η χοληστερόλη αποτελεί απαραίτητο συστατικό του ραγδαία αυξανόμενου εγκεφάλου, δομικό υλικό στις μεμβράνες των νευρικών κυττάρων. Η σεροτονίνη είναι ορμόνη που ως

νευροδιαβιβαστής παίζει σπουδαίο ρόλο στην ωρίμανση του εγκεφάλου. Η έλλειψή της αυξάνει τα προβλήματα όπως η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή ενώ τα πολυακόρεστα λιπαρά θεωρούνται βασικής σημασίας για τη νοημοσύνη. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ακόμη και τα πολυακόρεστα λιπαρά με τα οποία έχουν εμπλουτιστεί τα επεξεργασμένα γάλατα τελευταίας γενιάς είναι αμφιλεγόμενο κατά πόσο είναι ίδια ποιοτικά με εκείνα του μητρικού γάλακτος, δηλαδή κατά πόσο φτάνουν στον εγκέφαλο και ασκούν οποιαδήποτε θετική επίδραση. Η πραγματικότητα είναι ότι κάθε επιπλέον μήνας μητρικού θηλασμού αντανακλά θετικά στο δείκτη νοημοσύνης του μικρού παιδιού. (Edenhofer, 2015, Edenhofer, 2010)

§ Ο μακροχρόνιος θηλασμός δημιουργεί παιδιά πιο ασφαλή και ανεξάρτητα σε βάθος χρόνου. Η πρώιμη ανεξαρτητοποίηση των βρεφών έχει αρνητικό αντίκτυπο μακροπρόθεσμα. Το παιδί κάτω των δύο ετών που αφήνεται να κλαίει, που δεν το παίρνουν αγκαλιά για να μην το «κακομάθουν», έχει μια βασική ανάγκη, αυτήν της επαφής. Αν η παροδική ανάγκη του ικανοποιηθεί, περνάει. Αν η ανάγκη του – να θηλάσει και να έχει τη μαμά κοντά του για παράδειγμα – δεν ικανοποιηθεί, χώνεται βαθιά στο υποσυνείδητο, υποβόσκει και κάποια στιγμή στη διάρκεια της παιδικής ή και εφηβικής ηλικίας εκδηλώνεται με παθολογικό τρόπο. Προσπαθώντας να απομακρύνουμε όσο γίνεται το μωρό μας και να το πιέσουμε να γίνει ανεξάρτητο πριν εκείνο νιώσει έτοιμο, οδηγούμαστε στο αντίθετο αποτέλεσμα: δημιουργούμε ένα εξαρτημένο παιδί, με συναισθηματικές ανασφάλειες, με κενά και παλινδρομήσεις. Αντίθετα, το νήπιο δυόμισι ετών που καταφεύγει στο στήθος μετά τον παιδικό σταθμό και αποφασίζει εκείνο πότε θα σταματήσει το θηλασμό είναι πιο σίγουρο ότι θα γίνει ένα παιδί κοινωνικό, με πλούσιο συναισθηματικό κόσμο, ασφαλές και με αυτοπεποίθηση. (Πανάγος, 2011)



§ Ο μακροχρόνιος θηλασμός προσφέρει ανείπωτη απόλαυση στη μητέρα και το παιδί. Στις μέρες μας έχουμε αντιστρέψει την πραγματικότητα και απαρνούμαστε τα αυτονόητα. Η μητέρα παίρνει ευχαρίστηση από το θηλασμό, αθροίζει εμπειρίες τόσο δυνατές που δύσκολα μπορεί να τις περιγράψει με λέξεις. Σύμφωνα με έρευνες αυτός είναι ο σημαντικότερος λόγος για την συνέχιση της γαλουχίας στη νηπιακή ηλικία. Η απόλαυση της μητέρας δεν είναι κάτι κακό, αντιθέτως θα έπρεπε να προβάλλεται ως επιχείρημα υπέρ του θηλασμού. Δε γίνονται όλα μόνο για το καλό του παιδιού. Η γυναίκα νιώθει πραγματικά ολοκληρωμένη και συναισθηματικά εξαρτημένη από την σχέση της με το παιδί. Η γυναίκα νιώθει πιο δυνατή, με μεγαλύτερη υπομονή, μεταμορφώνεται με το μακροχρόνιο θηλασμό, γίνεται πιο δεκτική, πιο προσαρμόσιμη, εμποτισμένη για μήνες με τις ορμόνες της αγάπης. Τη βοηθά να αφουγκράζεται το νήπιό της, να το προστατεύει, να επικοινωνεί βαθιά μαζί του. Δυστυχώς όμως, στις μέρες μας, οι ιδεολογίες και οι αρνητικές νοοτροπίες του κόσμου σχετικά με το μακροχρόνιο θηλασμό αποτρέπουν πολλές από τις οικογένειες που τον ενστερνίζονται να εκφραστούν για αυτόν ανοιχτά και να μεταδώσουν την ευλογία του θηλασμού ως πράξης χαράς και παιχνιδιού. (Edenhofer, 2015), (Friedrich, 2010)

§ Ο μακροχρόνιος θηλασμός δημιουργεί φαινόμενο ντόμινο, οδηγώντας άλλες οικογένειες, αλλά και τις νέες γενιές, στο θηλασμό. Η γυναίκα που θηλάζει το πρώτο της παιδί τείνει να θηλάσει το δεύτερο για περισσότερο καιρό, το τρίτο για ακόμα περισσότερο κλπ. Η αλλαγή στη νοοτροπία διαφημίζει τη γαλουχία και δίνει το παράδειγμα, το πρότυπο σε άλλες μητέρες ώστε να επιλέξουν το θηλασμό, να ανταπεξέλθουν στις αρχικές δυσκολίες και να βιώσουν και αυτές το θαύμα της παρατεταμένης γαλουχίας. Τα μεγαλύτερα παιδιά που θηλάζουν εμποτίζονται γλυκά με την εμπειρία και δημιουργούν την επόμενη γενιά απόλυτα εξοικειωμένων με το θηλασμό γονιών. Τα παραπάνω επιστημονικά δεδομένα

παραμένουν άγνωστα στη μέση ελληνική οικογένεια, αλλά δυστυχώς και στο μεγαλύτερο κομμάτι των επαγγελματιών που ασχολούνται με μικρά παιδιά. (Edenhofer, 2015), (<http://thilasmos.gr/mitriko%20gala.htm> )

### **3.5 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΓΑΛΟΥΧΙΑ: ΩΦΕΛΙΜΟΣ Η ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ;**

Η γαλουχία είναι μια υψηλής βιολογικής αξίας φυσιολογική διεργασία τόσο για τη μητέρα, όσο και για το νεογνό-βρέφος. Από την άλλη μεριά, η άσκηση είναι μια δραστηριότητα υψηλής ενεργειακής κατανάλωσης, που αναμφισβήτητα συμβάλλει στην παραγωγή της υγείας μέσω της πρόληψης και της αντιμετώπισης πολλών παθήσεων. Μέχρι τώρα δεν έχει αποδειχθεί κάποια αρνητική επίδραση της άσκησης κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Σε γαλουχούσες μητέρες που συμμετέχουν σε οργανωμένα προγράμματα άσκησης, η σύσταση και η ποσότητα του παραγόμενου γάλακτος, η ανάπτυξη του νεογνού και η γενικότερη υγεία της μητέρας δεν διαφέρουν από τις αντίστοιχες παραμέτρους σε μη ασκούμενες θηλάζουσες γυναίκες. Επιπλέον, η άσκηση κατά την περίοδο της γαλουχίας βελτιώνει την καρδιοαναπνευστική ικανότητα, τονώνει την αυτοπεποίθηση, μειώνει το άγχος και βοηθά στην ταχύτερη επάνοδο του προ της εγκυμοσύνης σωματικού βάρους. Στα βασικά χαρακτηριστικά ενός πετυχημένου και ασφαλούς προπονητικού προγράμματος περιλαμβάνονται η ήπια ένταση κατά την έναρξη και η σταδιακή αύξηση της επιβάρυνσης, μέχρι του σημείου που η άθληση παραμένει ευχάριστη και δεν προκαλεί εξάντληση στη μητέρα.

Το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι εξατομικευμένο και δομημένο με βάση τα ενεργειακά αποθέματα και τη θρέψη κάθε γυναίκας. Η μητέρα θα πρέπει να αποφεύγει τον θηλασμό πριν την άσκηση, να ελέγχει τακτικά το ισοζύγιο υγρών και θερμίδων και γενικά να αποφεύγει τις υπερβολές. Επομένως, η άσκηση και η γαλουχία, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, αποτελούν έναν ωφέλιμο και ασφαλή

συνδυασμό για τη μητέρα και το βρέφος. Η γαλουχία είναι μια φυσιολογική διεργασία, της οποίας η τεράστια βιολογική αξία αναγνωρίστηκε την τελευταία δεκαετία από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Από την άλλη μεριά, η άσκηση παρουσιάζει μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον, καθώς συμβάλλει στην πρόληψη και την αντιμετώπιση πολλών νοσολογικών καταστάσεων, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην προαγωγή της σωματικής και της ψυχικής υγείας.

Εντούτοις, έχουν δημοσιευτεί περιορισμένες σε αριθμό μελέτες σχετικά με τις επιδράσεις της άσκησης (βραχείας και χρόνιας) στην παραγωγή και τη σύσταση του μητρικού γάλακτος, στην υγεία της μητέρας και στην ανάπτυξη του βρέφους κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταγραφούν τα τυχόν μειονεκτήματα ή πλεονεκτήματα της άθλησης κατά τη γαλουχία, και κατ' επέκταση να απαντηθεί το ερώτημα εάν και σε ποιο βαθμό η άσκηση και η γαλουχία αποτελούν δύο συμβατές δραστηριότητες.

#### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΘΗΛΑΖΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ:

- **ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:** Σύμφωνα με έρευνες, η συστηματική άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η συνέχισή της κατά τη διάρκεια της γαλουχίας έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη μητέρα, χωρίς να αυξάνει παράλληλα την περιγεννητική θνησιμότητα και τον κίνδυνο των επιπλοκών. Ειδικότερα οι ασκούμενες μητέρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη αερόβια ικανότητα και άρα υψηλότερη μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου-VO<sub>2</sub>max (κατά 53%) συγκριτικά με μητέρες υποκινητικές που δεν αθλούνται. Ακόμη και στην περίπτωση που οι μητέρες δεν ακολουθούν κάποιο πρόγραμμα γυμναστικής κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά εντάσσονται σε κάποιο προπονητικό πρόγραμμα μερικές εβδομάδες μετά τον τοκετό, βελτιώνουν σημαντικά τη λειτουργική τους

ικανότητα. Στις περιπτώσεις αυτές έχει καταγραφεί μικρότερη, αλλά εξίσου σημαντική, αύξηση της VO<sub>2</sub>max (13%-25%). Παράλληλα με τη βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, αν το πρόγραμμα άσκησης έχει την απαιτούμενη διάρκεια, συχνότητα (12 εβδομάδες, 45min X 5φορές/εβδομάδα) και εκτελείται με μέτρια επιβάρυνση, βελτιώνεται και το λιπιδαιμικό προφίλ, έστω και οριακά.

- **ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ:** Έχει παρατηρηθεί σε πειραματικά μοντέλα ότι οι ασκούμενες μητέρες διαφέρουν από τις μη-ασκούμενες ως προς τη συγκέντρωση της ινσουλίνης στο αίμα, ωστόσο κάτι τέτοιο δεν έχει επιβεβαιωθεί στη μία και μοναδική μελέτη σε ανθρώπους. Σε ό,τι όμως αφορά στη μεταγευματική απάντηση της ινσουλίνης, φαίνεται πως αυτή επηρεάζεται αρνητικά από τη HDL-χοληστερόλη και τις αλλαγές της VO<sub>2</sub>max στις ασκούμενες μητέρες. Με άλλα λόγια, όσο υψηλότερη είναι η VO<sub>2</sub>max, τόσο μικρότερη είναι η απάντηση της ινσουλίνης στο γεύμα. Το γεγονός αυτό συμφωνεί απόλυτα με ό,τι ήταν μέχρι τώρα γνωστό, ότι δηλαδή τα ασκούμενα άτομα εμφανίζουν εξαιρετική ομοιοστασία της γλυκόζης.
- **ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ:** Κατά τη γαλουχία οι μητέρες λόγω της υποοιστρογοναιμίας, της αμηνόρροιας, της υπερπρολακτιναιμίας και της απώλειας ασβεστίου στο γάλα παρουσιάζουν αυξημένη απώλεια οστικής μάζας συνολικά, αλλά και ειδικά σε ορισμένες περιοχές του σώματος (περιοχική οστική απώλεια). Από την άλλη μεριά, οι ασκήσεις με φορτίσεις βάρους στον σκελετό αυξάνουν την οστική πυκνότητα (Bone Mineral Density-BMD) στον γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, υπάρχουν μόνο τρεις μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις της άσκησης στην οστική απώλεια κατά τη γαλουχία. Σύμφωνα με αυτές, οι γαλουχούσες μητέρες που αθλούνται διατηρούν μεν αμετάβλητη τη συστηματική BMD, εμφανίζουν όμως μείωση της BMD σε ορισμένες οστικές περιοχές, όπως

στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στον αυχένα του μηριαίου οστού. Η αιτιολογία της περιοχικής αυτής οστικής απώλειας έχει πολλούς παράγοντες και δεν φαίνεται να συνδέεται μόνο με τη διάρκεια και την ποσότητα του θηλασμού, αλλά και με τη διάρκεια της αμηνόρροιας, την αλλαγή της στάσης του σώματος και τους διαιτητικούς και άλλους, άγνωστους προς το παρόν, παράγοντες. Επειδή οι μελέτες αυτές αφορούσαν μικρό αριθμό ασθενών, τα αποτελέσματά τους θεωρούνται ενδεικτικά. Γι' αυτό τον λόγο απαιτούνται περισσότερες προοπτικές μελέτες για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

- **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:** Όσον αφορά στον ψυχικό τομέα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, οι λεχαιίδες με έντονη φυσική δραστηριότητα εμφανίζονται πιο ικανοποιημένες από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, αποδέχονται καλύτερα τις ανάγκες της μητρότητας και έχουν καλύτερες σχέσεις με το σύντροφό τους, συγκριτικά με τις μητέρες που ακολουθούν έναν πιο καθιστικό τρόπο ζωής. Επιπλέον, οι αθλούμενες μητέρες είναι πρόθυμες να συμμετάσχουν σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και κοινωνικές εκδηλώσεις. Παράλληλα, η άσκηση τονώνει την αυτοπεποίθηση και μειώνει τα συμπτώματα ανησυχίας και κατάθλιψης των γυναικών που θηλάζουν. Η συμβολή της άθλησης στην αντιμετώπιση του ψυχοσωματικού stress και των διαταραχών συμπεριφοράς που παρουσιάζονται συχνά κατά την περίοδο της γαλουχίας είναι αναμφισβήτητη.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ:

Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι η γυμναστική αυξάνει την ευαισθησία του λιπώδους ιστού και των μυοκυττάρων στην ινσουλίνη, οδηγεί στην μεγαλύτερη κατανάλωση λιπαρών οξέων και στην κινητοποίηση των

λιποαποθηκών, με τελικό αποτέλεσμα την καλύτερη ομοιοστασία της γλυκόζης του αίματος. Επίσης, είναι γνωστό ότι η άσκηση αυξάνει παροδικά τα επίπεδα της προλακτίνης στις μη θηλάζουσες μητέρες.

Παρόλα αυτά, η πρώτη μελέτη για τις επιδράσεις της χρόνιας άσκησης στον μεταβολισμό της μητέρας και κατ' επέκταση στη σύσταση του μητρικού γάλακτος δημοσιεύτηκε μόλις το 1990 από τους Lovelady. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι η περιεκτικότητα του γάλακτος σε πρωτεΐνες, σε λακτόζη, σε λιπίδια, καθώς και η ενεργειακή του απόδοση δεν διαφέρει μεταξύ ασκούμενων και μη ασκούμενων μητέρων. Η βασική, όμως, αδυναμία της έρευνας αυτής, για την οποία και της ασκήθηκε έντονη κριτική, ήταν ο περιορισμένος αριθμός των συμμετεχουσών, καθώς επίσης και το ότι δεν ήταν τυχαιοποιημένη.

Τέσσερα χρόνια αργότερα ανακοινώθηκε μια άλλη τυχαιοποιημένη και σε μεγαλύτερο δείγμα μελέτη. Σε αυτήν οι μητέρες συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα αερόβιας άσκησης 12 εβδομάδων, πέντε φορές την εβδομάδα, σε ένταση στο 60-70% της καρδιακής εφεδρείας και με διάρκεια κάθε συνεδρίας 45min. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής επιβεβαίωσαν την προηγούμενη μελέτη, ότι δηλαδή η άθληση δεν επιφέρει μεταβολές στα ποιοτικά και τα ποσοτικά χαρακτηριστικά του μητρικού γάλακτος. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι τα βασικά επίπεδα της προλακτίνης στο αίμα μετά από ένα προπονητικό πρόγραμμα δεν μεταβάλλονται.

**Ø ΓΑΛΑΚΤΙΚΟ ΟΞΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ:** Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τη γεύση του μητρικού γάλακτος και κατ' επέκταση την ανταπόκριση του βρέφους στον θηλασμό. Για παράδειγμα το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, το ψυχοσωματικό stress και το γαλακτικό οξύ δρουν ανασταλτικά στη συνέχιση του θηλασμού, ενώ ελκυστικοί παράγοντες για το βρέφος είναι η λήψη από τη μητέρα καρυκευμάτων, μέντας, βανίλιας κ.τ.λ. Γι' αυτό τον λόγο αντικείμενο ευρύτατου διαλόγου αποτελεί η άποψη ότι η μεγάλη σωματική επιβάρυνση

συμβάλλει στη συσσώρευση του γαλακτικού οξέος (lactate acid-LA) στο μητρικό γάλα, και επομένως οι θηλάζουσες μητέρες θα πρέπει να την αποφεύγουν.

Τα αποτελέσματα από τις μέχρι τώρα έρευνες έρχονται σε αντίφαση. Οι Wallace σε τρεις διαδοχικές μελέτες τους (1991, 1992, 1994) διαπίστωσαν ότι έπειτα από μέγιστης έντασης άσκηση η συγκέντρωση του LA στο γάλα αυξήθηκε 4 έως 6 φορές πάνω από την τιμή ηρεμίας, ενώ μετά από μέτριας έντασης άσκηση η αντίστοιχη συγκέντρωση ήταν διπλάσια της αρχικής και πάντως αρκετή, σύμφωνα με τους ερευνητές, ώστε να αλλοιώσει σε ορισμένες μητέρες τη γεύση του γάλακτος και να οδηγήσει στην απόρριψη του θηλασμού από το νεογνό. Σύμφωνα με τους ερευνητές οι παραπάνω αυξημένες τιμές του LA παραμένουν για αρκετό χρονικό διάστημα (60-90min) κατά τη φάση αποκατάστασης. Όσον αφορά δε στην καμπύλη της συγκέντρωσης του LA σε συνάρτηση με τον χρόνο, αυτή παρουσιάζει δύο μορφές αναλόγως με το αν η άσκηση πραγματοποιήθηκε με αποφορτισμένους μαστούς ή όχι. Συγκεκριμένα, ύστερα από άσκηση με γεμάτους από γάλα μαστούς παρατηρείται ταχύτερη άνοδος του LA μέσα στα πρώτα 10min και ταχύτερη επάνοδος του στα προηγούμενα επίπεδα, συγκριτικά με την άσκηση με άδειους μαστούς.

Οι πιθανοί μηχανισμοί για την άθροιση του LA στο μητρικό γάλα, σύμφωνα με τα μέχρι τώρα δεδομένα, είναι οι εξής:

- 1) Η διάχυση του LA στο 85% του συνολικού σωματικού ύδατος. Η κατανομή του μεταξύ του ενδοκυττάριου και του εξωκυττάριου χώρου ρυθμίζεται κυρίως από το pH και για αυτό δεν είναι ομοιόμορφη (pH γάλακτος: 6.8-7.3).

- 2) Η παραγωγή και η αποθήκευση του γάλακτος στο μαζικό αδένα φαίνεται πως δίνει αρκετό χρόνο στο παραγόμενο με την άσκηση LA να διαχυθεί και να συσσωρευτεί στο γάλα.

3) Η ικανότητα αναερόβιου μεταβολισμού αυξάνει με τη γαλουχία. Παράλληλα, κατά την άσκηση είναι πιθανόν να ελαττώνεται η αιματική ροή στις μαστικές αρτηρίες και άρα στον μαζικό αδένα. Ο παραπάνω συνδυασμός έχει ως αποτέλεσμα η γαλακτοπαραγωγή να γίνεται κυρίως μέσω του αναερόβιου μεταβολισμού.

4) Τέλος, το pH του γάλακτος πιθανόν να μεταβάλλεται με την άσκηση. Κάτι τέτοιο συμβαίνει όταν το ενδογενές ρυθμιστικό σύστημα του μαζικού αδένα δεν μπορεί να αντιρροπήσει τις αλλαγές του pH. Σε αντίθεση με τον Wallace, άλλοι ερευνητές, παρατήρησαν μια αύξηση της συγκέντρωσης του LA στο μητρικό γάλα, αισθητά μικρότερη και μόνο μετά από μέγιστης έντασης άσκηση. Σε τέτοιου είδους έρευνες το βασικότερο μεθοδολογικό πρόβλημα είναι ότι υπεισέρχονται πολλοί εξωγενείς παράγοντες, όπως η μητρική διατροφή, η ένταση της άσκησης και η μέθοδος εκτίμησης της ανταπόκρισης του νεογνού στον θηλασμό. Για αυτόν το λόγο εξετάστηκε το ενδεχόμενο μήπως η διαιτητική πρόσληψη των υδατανθράκων επηρεάζει, μετά από άσκηση, τη συγκέντρωση του LA στο γάλα. Επειδή δεν διαπιστώθηκε κάτι τέτοιο, οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μόνο η μέγιστης κόπωσης άθληση προκαλεί παρατεταμένη αύξηση του LA. Αντίθετα, η προπόνηση γύρω από το αναερόβιο κατώφλι προκαλεί παροδική, αλλά όχι στατιστικά σημαντική, αύξηση, η οποία δεν ανιχνεύεται 30min μετά το τέλος της. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις αθλητικής δραστηριότητας με ένταση χαμηλότερη του αναερόβιου κατωφλιού δεν αυξάνει σημαντικά η συγκέντρωση του LA στο μητρικό γάλα. Σύμφωνα με πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα, η δραστηριότητα μέτριας ή ακόμα και υψηλής έντασης δεν επηρεάζει την ανταπόκριση του νεογνού στον θηλασμό τουλάχιστον μία ώρα μετά το τέλος της. Η πρακτική σημασία όλων αυτών των αναλύσεων της σύστασης του γάλακτος σχετίζεται με την αποδοχή ή την απόρριψη του θηλασμού από



το νεογνό. Έτσι, προκειμένου μία θηλάζουσα μητέρα να συμμετάσχει σε ένα αθλητικό πρόγραμμα και παράλληλα να συνεχιστεί απρόσκοπτα ο θηλασμός του νεογνού, προτείνονται από τους ερευνητές τα εξής:

- ✓ Θηλασμός πριν από την άσκηση.
- ✓ Αν το νεογνό αντιδρά αρνητικά στον θηλασμό πριν από την άσκηση, τότε η μητέρα πρέπει να συλλέγει το γάλα και να το δίνει στο νεογνό μετά τη γύμναση.
- ✓ Άσκηση ήπιας έως μέτριας έντασης.
- ✓ Έκθλιψη των μαστών και απόρριψη του γάλακτος μετά από έντονη άσκηση.

Ø ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΕΣ - ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: Έχοντας ως δεδομένο ότι μετά από την άσκηση αυξάνει η συγκέντρωση του  $\text{Na}^+$  και του  $\text{K}^+$  στο πλάσμα, όπως επίσης ότι μετά από ένα συναισθηματικό stress ή έναν ανεπιτυχή θηλασμό αυξάνει η συγκέντρωση του  $\text{Na}^+$  και του  $\text{K}^+$  στο γάλα της μητέρας, διαπιστώθηκε ότι η μέγιστης έντασης άσκηση δεν επιφέρει μεταβολές στη συγκέντρωση των ανόργανων στοιχείων στο μητρικό γάλα. Συγκεκριμένα, μετά από δοκιμασία μέγιστης κόπωσης οι συγκεντρώσεις του  $\text{Na}^+$ , του  $\text{K}^+$ , του  $\text{Ca}^{+2}$ , του  $\text{P}^{-2}$ , και του  $\text{Mg}^{+2}$  στο μητρικό γάλα δεν διαφέρουν από τις αντίστοιχες τιμές σε θηλάζουσες μητέρες που βρίσκονται στον ίδιο μήνα θηλασμού και δεν ασκούνται. Παράλληλα, η διατροφή της μητέρας δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συγκέντρωση των παραπάνω ηλεκτρολυτών στο γάλα. Αντίθετα, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η διάρκεια του θηλασμού, έχοντας αρνητική συσχέτιση με τις συγκεντρώσεις των παραπάνω ηλεκτρολυτών. Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι ερευνητές ήταν ότι αφού η

μέγιστης έντασης άσκηση δεν μπορεί να μεταβάλλει τις συγκεντρώσεις των ανόργανων στοιχείων του γάλακτος, τότε και μια μικρότερης έντασης σωματική δραστηριότητα είναι απίθανο να επιτύχει κάτι τέτοιο.

Ø BITAMINΗ Β-6 ΣΤΟ ΓΑΛΑ: Η μειωμένη ποσότητα βιταμίνης Β-6 σε θηλάζουσες μητέρες έχει συνδεθεί με τις επιληπτικές κρίσεις, τις διαταραχές συμπεριφοράς και τη βραδύτερη ανάπτυξη του βρέφους, ιδίως τους πρώτους μήνες ζωής. Ορισμένοι επιστήμονες, αλλά όχι όλοι, υποστηρίζουν ότι η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε Β-6 συσχετίζεται με τη συγκέντρωσή της στο πλάσμα και άρα επηρεάζεται από τη διαιτητική πρόσληψή της από τη μητέρα.

Ø IGA: Το μητρικό γάλα χάρη στα πολύτιμα συστατικά του, συμβάλλει σημαντικά στην ανοσολογική θωράκιση του νεογνού. Η συγκέντρωση της ανοσοσφαιρίνης IgA θεωρείται μείζονος σημασίας στον ανοσοπροστατευτικό ρόλο του μητρικού γάλακτος. Έχει παρατηρηθεί ότι μετά από έντονη άσκηση η συγκέντρωση της IgA στο γάλα παρουσιάζει μια παροδική (για περίπου 30min) πτώση, στη συνέχεια όμως επανέρχεται στο φυσιολογικό. Αντίθετα, όταν η γαλουχούσα μητέρα ακολουθεί ένα μέτριας έντασης προπονητικό πρόγραμμα αερόβιας άσκησης, ικανοποιητικής διάρκειας (<6 εβδομάδες) και συχνότητας (3 φορές /εβδομάδα), βελτιώνει την καρδιοαναπνευστική της ικανότητα, χωρίς να επηρεάζονται τα επίπεδα της λακτοφερρίνης, της λυσοζύμης και της IgA στο γάλα. Επομένως, μόνο η άσκηση μέγιστης κόπωσης μεταβάλλει την περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε IgA για μικρό χρονικό διάστημα. Τέλος, είναι γνωστό ότι το άδειασμα των μαστών διεγείρει από μόνο του τη σύνθεση IgA στο γάλα. Ωστόσο, περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για τη

σχέση άσκησης, γαλουχίας, και ανοσολογικής κατάστασης μητέρας και νεογνού.

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ:

Μέχρι τώρα δεν υπάρχει κάποια ένδειξη ότι η χρόνια ή η βραχείας διάρκειας άσκηση έχει κάποια αρνητική επίδραση στον όγκο του γάλακτος στις θηλάζουσες μητέρες. Σύμφωνα με έρευνες, οι γυναίκες που ασκούνται συστηματικά (5 φορές εβδομαδιαίως για 45min σε κάθε συνεδρία) έχουν την τάση να παράγουν περισσότερο γάλα, με μεγαλύτερη ενεργειακή απόδοση, συγκριτικά με εκείνες που δεν γυμνάζονται. Ακόμη και σε θηλάζουσες μητέρες που παρουσιάζουν απώλεια βάρους με ρυθμό 0.5-1kgf την εβδομάδα, η άσκηση δεν επιβαρύνει αρνητικά την ποσότητα του παραγόμενου γάλακτος. Πρέπει όμως να τονιστεί ότι σε όλες τις παραπάνω μελέτες οι μητέρες λάμβαναν μετά το τέλος της άσκησης ικανοποιητικές ποσότητες ύδατος, προκειμένου να διατηρήσουν σταθερό το ισοζύγιο υγρών.

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ:

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας έχει αποκτήσει τελευταία τεράστιες διαστάσεις, ειδικά στις αναπτυγμένες χώρες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα οι ΗΠΑ όπου το 51% και πλέον των γυναικών είναι υπέρβαρες έως παχύσαρκες. Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, στην εμφάνιση της παχυσαρκίας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η διατήρηση του επιπρόσθετου σωματικού βάρους που αποκτήθηκε κατά την κύηση. Επομένως, η απώλεια βάρους μετά την κύηση και η επάνοδος στο προ της εγκυμοσύνης σωματικό βάρος μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη της παχυσαρκίας. Υπάρχουν δύο τρόποι για την

ταχεία μείωση του σωματικού βάρους. Ο πρώτος είναι ο περιορισμός της πρόσληψης θερμίδων μέσω της κατάλληλης διαίτας και ο δεύτερος η αύξηση της ενεργειακής κατανάλωσης μέσω της άσκησης. Μήπως όμως η ταχεία απώλεια βάρους με τους παραπάνω τρόπους έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του νεογνού;

Πριν από την απάντηση αυτού του ερωτήματος θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι παρακάτω περιορισμοί: Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) δεν συνδέεται με τον όγκο του γάλακτος ή την ενεργειακή του απόδοση. Έτσι, ακόμα και οι υπόβαρες μητέρες με μειωμένες εφεδρείες λίπους μπορούν, μέχρι ενός ορίου, να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του θηλασμού. Η απόδοση του θηλασμού επηρεάζεται από τη θρέψη της μητέρας, μόνο όταν το ενεργειακό έλλειμμά της βρεθεί κάτω από ένα κριτικό επίπεδο. Γι' αυτόν το λόγο και στηριζόμενοι σε προγενέστερες μελέτες οι επιστήμονες συστήνουν στις θηλάζουσες γυναίκες ημερήσια θερμιδική πρόσληψη να μην υπολείπεται των 1500kcal. Όταν η μητέρα παρουσιάζει υποθρεψία, επιβάλλεται η χορήγηση συμπληρωμάτων αναλογικά με τις ενεργειακές απαιτήσεις για την ομαλοποίηση του όγκου του γάλακτος. Τέλος, για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να συνεκτιμηθούν η καθημερινή δραστηριότητα της μητέρας, ο χρόνος που αφιερώνει στον θηλασμό και το αρχικό βάρος γέννησης του νεογνού.

**Ø ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΓΑΛΟΥΧΙΑ:** Θεωρητικά η άσκηση αυξάνοντας τη θερμιδική κατανάλωση μπορεί να επιφέρει ταχεία απώλεια βάρους. Κάτι τέτοιο συμβαίνει πρακτικά στις θηλάζουσες μητέρες; Σε μια σειρά μελετών διαπιστώθηκε ότι σε θηλάζουσες μητέρες μετά από ένα προπονητικό πρόγραμμα (μέτριας έως υψηλής έντασης) αυξάνεται σημαντικά η ημερήσια κατανάλωση ενέργειας, συγκριτικά με όσες είναι υποκινητικές ή ασκούνται όχι περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα. Επομένως, οι δύο ομάδες γυναικών (ασκούμενες και μη) παρουσιάζουν τον ίδιο ρυθμό απώλειας βάρους και λίπους. Μια πιθανή ερμηνεία του

φαινομένου αυτού είναι ότι οι αθλούμενες μητέρες κατά τη διάρκεια της άσκησης αυξάνουν αντισταθμιστικά τη θερμιδική πρόσληψη και προσαρμόζουν τις υπόλοιπες δραστηριότητές τους, έτσι ώστε το ενεργειακό τους ισοζύγιο να διατηρείται σταθερό. Επιπλέον, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος εμφανίζονται με βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης (κατά 25%), της HDL και της μεταγευματικής ανταπόκρισης της ινσουλίνης. Το σημαντικότερο, όμως, είναι ότι οι αθλούμενες και οι μη αθλούμενες μητέρες δεν διαφέρουν ως προς τον όγκο και τη σύσταση του γάλακτος, τη συγκέντρωση της προλακτίνης στο πλάσμα και την αύξηση του βάρους των νεογνών τους.

- Ø ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑ: Η απώλεια του βάρους είναι ταχύτερη και αποτελεσματικότερη όταν η σωστή διατροφή συνδυάζεται με την άσκηση. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώθηκε και σε θηλάζουσες μητέρες που υποβλήθηκαν για βραχύ χρονικό διάστημα (11 ημέρες) σε εντατικό πρόγραμμα δίαιτας ή συνδυασμού δίαιτας και προπόνησης. Ο στόχος ήταν να περιοριστεί η ενεργειακή πρόσληψη κατά 35%. Τελικά, ο παραπάνω συνδυασμός προκάλεσε σημαντική μείωση του βάρους, που οφειλόταν αποκλειστικά στη μείωση της λιπώδους μάζας. Δεν είχε καμία δυσμενή επίδραση στην ανάπτυξη των βρεφών και στην απόδοση του θηλασμού. Η απρόσκοπτη σωματική ανάπτυξη των βρεφών αποτέλεσε αντικείμενο μιας άλλης, μεγαλύτερης διάρκειας, μελέτης (10 εβδομάδες). Σε αυτήν διαπιστώθηκε ότι απώλεια βάρους της τάξεως του 0,5kg/εβδομάδα σε υπέρβαρες, θηλάζουσες μητέρες είναι ασφαλής και ευεργετική για τις ίδιες και τα νεογνά τους. Η μόνη διαφορά με την προηγούμενη μελέτη είναι ότι στη μακροπρόθεσμη μείωση του σωματικού βάρους συμβάλλει κυρίως η απώλεια της άλιπης μάζας. Μια πιθανή ερμηνεία της παραπάνω διαφοράς είναι ότι οι εξεταζόμενες μητέρες των δύο μελετών βρίσκονταν σε διαφορετική περίοδο θηλασμού (4ο-8ο μήνα της λοχείας στην πρώτη

μελέτη και 1ο μήνα της λοχείας στη δεύτερη) και άρα είχαν διαφορετική σωματική σύσταση.

Τελικά, η υπόθεση η οποία έχει γίνει αποδεκτή από όλους, είναι ότι οι υπέρβαρες μητέρες με επαρκή ενεργειακά αποθέματα μπορούν να διατηρήσουν την ποσότητα και την ενεργειακή απόδοση του γάλακτος σε φυσιολογικά επίπεδα, μετά από δίαιτα ή άσκηση είτε και με τον συνδυασμό των δύο. Αντίθετα, οι μητέρες με μειωμένες ενεργειακές εφεδρείες και χαμηλό σωματικό λίπος θεωρούνται αυξημένου κίνδυνου, όταν ακολουθούν δίαιτα περιορισμένης ενεργειακής πρόσληψης. Κάτι τέτοιο, κατά παράδοξο τρόπο, δεν ισχύει όταν οι ίδιες μητέρες υποβάλλονται ταυτόχρονα σε προπονητικό πρόγραμμα. Η άσκηση δρα προστατευτικά, πιθανόν μέσω της αύξησης της ευαισθησίας στην ινσουλίνη, της κινητοποίησης του λιπώδους ιστού και της καλύτερης ομοιοστασίας της γλυκόζης .

#### ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ:

Τον Ιανουάριο του 2003, το Αμερικανικό Κολέγιο Γυναικολόγων και Μαιευτήρων (ACOG) ανανέωσε τις κατευθυντήριες γραμμές, που είχε αρχικά ορίσει την άνοιξη του 1985, αναφορικά με την ασφαλή άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Σκοπός της νέας αυτής ανακοίνωσης είναι η εκπόνηση των προγραμμάτων άσκησης για τις μητέρες που μόλις έχουν γεννήσει να γίνει με κριτήρια, τα οποία θα καθιστούν τη γυμναστική ασφαλή, ευχάριστη και ευεργετική για τις ίδιες. Τονίζεται ότι πολλές από τις μορφολογικές και λειτουργικές μεταβολές της εγκυμοσύνης εξακολουθούν να υπάρχουν τις πρώτες τέσσερις έως έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Επομένως, η ασφαλής επάνοδος στις αθλητικές δραστηριότητες μετά την κύηση θα πρέπει να γίνεται, εφόσον η φυσική και η κλινική κατάσταση της λεχώιδας το επιτρέπει. Μ' άλλα λόγια, η έναρξη μιας έντονης φυσικής

δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της λοχείας θα πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

α) Σταδιακή επιβάρυνση, καθώς η υποκινητικότητα κατά τη διάρκεια της κύησης επιβάλλει τη βαθμιαία επανέναρξη της φυσικής δραστηριότητας.

β) Εξατομικευμένο χαρακτήρα, αφού η ικανότητα άσκησης ποικίλλει μεταξύ των γυναικών. Είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις η λεχώίδα να ενταχθεί σε κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα άσκησης λίγες ημέρες μετά τον τοκετό. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν μελέτες που να αναφέρουν ότι η ταχεία επάνοδος στα προγράμματα άσκησης, ακόμη και σε μητέρες χωρίς επιπλοκές, προκαλεί κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια.

γ) Μέτρια απώλεια βάρους η οποία θεωρείται ασφαλής και δεν επηρεάζει τη νεογνική ανάπτυξη. Αντίθετα, σε περίπτωση μειωμένης παραγωγής γάλακτος και αποτυχίας αύξησης του βάρους του νεογνού μιας ασκούμενης μητέρας θα πρέπει να επανεξετάζεται το θερμιδικό ισοζύγιο και το ισοζύγιο υγρών της μητέρας. Πιθανότατα η μειωμένη παραγωγή γάλακτος να οφείλεται δευτερογενώς στην ανεπαρκή πρόσληψη υγρών και ενέργειας, με αποτέλεσμα να μην μπορεί ο μητρικός οργανισμός να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της άσκησης. Τονίζεται ότι σε κάθε περίπτωση η νέα μητέρα που επιθυμεί να αρχίσει να αθλείται θα πρέπει να έχει την έγκριση του ειδικού μαιευτήρα-γυναικολόγου που την παρακολουθεί, έτσι ώστε η άσκηση να είναι ωφέλιμη και ασφαλής για την ίδια και το νεογνό.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Συμπερασματικά, φαίνεται πως η συστηματική άσκηση κατά τη γαλουχία ευνοεί την επιστροφή στο προ-εγκυμοσύνης σωματικό βάρος, τονώνει την αυτοπεποίθηση, μειώνει την ανησυχία, βελτιώνει τη φυσική κατάσταση, αυξάνει την αντοχή και βοηθά στην καλύτερη ρύθμιση της γλυκόζης και των λιπιδίων των θηλαζουσών μητέρων. Απαιτούνται

περαιτέρω έρευνες σχετικά με την επίδραση της άσκησης στην ανοσολογική κατάσταση και την οστική ομοιοστασία της μητέρας κατά τη γαλουχία. Συνήθως οι μητέρες μπορούν και προσαρμόζονται στις απαιτήσεις της άσκησης κατά τη γαλουχία, αυξάνοντας αντισταθμιστικά την πρόσληψη της τροφής και των υγρών. Ακόμη και εάν είναι επιθυμητή η ταχεία απώλεια βάρους μέσω της συνδυασμένης εφαρμογής δίαιτας και άσκησης, αυτή μπορεί υπό όρους να γίνει με ασφάλεια τόσο για τις ίδιες όσο και για τα βρέφη τους. Από την άλλη πλευρά, τα μέχρι τώρα δεδομένα καταδεικνύουν ότι τόσο η χρόνια, όσο και η βραχείας διάρκειας άσκηση δεν έχουν κάποια δυσμενή συνέπεια στη σύσταση και στην ποσότητα του μητρικού γάλακτος. Παρόλα αυτά, αναγκαία είναι η παράλληλη και πλήρη κάλυψη των αναγκών σε ιχνοστοιχεία, ηλεκτρολύτες και βιταμίνες, ώστε να εξασφαλίζεται η αποδοτικότητα του θηλασμού. Γι' οι ειδικοί συστήνουν την πολύ καλή διατροφή και, εάν αυτή δεν επαρκεί, τη χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής. Η μόνη σημαντική αλλαγή που επέρχεται στη σύσταση του μητρικού γάλακτος μετά από μέγιστης έντασης δραστηριότητα είναι η αύξηση της συγκέντρωσης του γαλακτικού οξέος. Αν και η παραπάνω αλλαγή δεν έχει κάποια σοβαρή επίπτωση στη συνέχιση του θηλασμού, οι ειδικοί συστήνουν τα εξής:

- Θηλασμός πριν από την άσκηση ή συλλογή γάλακτος πριν από αυτήν και στη συνέχεια χορήγησή του στο βρέφος.
- Σταδιακή εισαγωγή στο προπονητικό πρόγραμμα και εξατομικευμένη εφαρμογή των ασκήσεων.
- Αποφυγή έντονων επιβαρύνσεων. Συστήνονται ήπιες έως μέτριας έντασης ασκήσεις, ψυχαγωγικού χαρακτήρα.
- Τέλος, θα πρέπει ο σχεδιασμός να γίνεται με γνώμονα τη θρέψη της μητέρας και την ανάγκη ενός σταθερού και ικανοποιητικού ισοζυγίου θερμίδων και υγρών. Με άλλα λόγια η άσκηση και ο



θηλασμός υπό ορισμένες προϋποθέσεις αποτελούν έναν ωφέλιμο και ασφαλή συνδυασμό για τη μητέρα και το βρέφος.

([http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_3-2003/04/04askisi.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2003/04/04askisi.htm))

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4.1 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ένα πολύ σημαντικό κριτήριο για την συνέχιση της γαλουχίας του νεογνού με αποτελεσματικό και ασφαλή μητρικό θηλασμό είναι η γνώση των παθήσεων που αφορούν είτε τη θηλάζουσα είτε το βρέφος, οι οποίες είναι συμβατές με την διαδικασία του θηλασμού και δεν συνιστάται διακοπή του μητρικού γάλακτος. Αυτές οι παθήσεις αναφέρονται στη συνέχεια του κεφαλαίου:

- Ø Φορεία ηπατίτιδας Β ή C: Το βρέφος πρέπει να εμβολιαστεί άμεσα και ο θηλασμός επιτρέπεται.
- Ø Κυτταρομεγαλοϊός: Αποτελεί από τις πιο συχνές συγγενείς λοιμώξεις των νεογνών. Όταν η λοίμωξη συμβεί στην εγκυμοσύνη περίπου τα μισά έμβρυα μολύνονται και το 10% εμφανίζουν συμπτώματα. Σε αντίθεση με τα τελειόμηνα νεογνά, τα πρόωρα βρέφη που είναι οροαρνητικά, κινδυνεύουν να μολυνθούν και να εμφανίσουν σοβαρή νόσο. Η παστερίωση του μητρικού γάλατος φαίνεται να αδρανοποιεί τον ιό. Συνήθως όμως προτιμάται να χορηγείται μητρικό γάλα τράπεζας από οροαρνητικούς δότες. (Edenhofer, 2010), (Anderson, 2005)
- Ø Πυρετός ή λοίμωξη της μητέρας: Εκτός από τις ιογενείς λοιμώξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως ως αντενδείξεις, στις άλλες περιπτώσεις ο θηλασμός επιτρέπεται. Συνήθως το βρέφος θα περάσει ήπια τη λοίμωξη της μητέρας γιατί προστατεύεται από τα αντισώματα. Εξάλλου όταν διαπιστωθεί η λοίμωξη στη μητέρα, τα περισσότερα βρέφη έχουν ήδη εκτεθεί, καθώς συνήθως πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων στη μητέρα προηγείται μία περίοδος επώασης της νόσου, που είναι μεταδοτική. Η μητέρα, καλό θα είναι να πλένει καλά τα χέρια με αντισηπτικό και να φορά μάσκα, εφόσον έχει και έντονα συμπτώματα από το αναπνευστικό (βήχα, ρινική καταρροή). (Edenhofer, 2010), (Anderson, 2005)

- Ø Μαστίτιδα: Ο θηλασμός θα πρέπει να ενθαρρύνεται γιατί αποτελεί και θεραπεία. Δυστυχώς σε πολλές περιπτώσεις διακόπτεται και τότε αυξάνεται ο κίνδυνος επιπλοκών, όπως το απόστημα ή ο πρόωρος απογαλακτισμός.
- Ø Νεογνικός ίκτερος: Θα πρέπει να ξεκαθαριστεί αν το μωρό θηλάζει ικανοποιητικά και αν η μητέρα έχει επαρκή παραγωγή. Το μητρικό γάλα βοηθά στον αποβολή της χολερυθρίνης από τον οργανισμό του μωρού, καθώς οδηγεί σε αυξημένο αριθμό κενώσεων. Στις περιπτώσεις παρατεινόμενου ίκτερου, δεν χρειάζεται η προσωρινή διακοπή του θηλασμού για να διαπιστωθεί αν θα υποχωρήσει.
- Ø Προωρότητα: Η μητέρα θα πρέπει να ενθαρρύνεται να ξεκινήσει τακτικές αντλήσεις από νωρίς, με νοσοκομειακό διπλό ηλεκτρικό θήλαστρο, προκειμένου να διατηρήσει επαρκή παραγωγή μητρικού γάλατος. Όταν το βρέφος ωριμάσει αρχικά σιτίζεται με το μητρικό γάλα με εναλλακτικούς τρόπους και σταδιακά και κατάλληλη υποστήριξη στο στήθος. (Edenhofer, 2010), (Anderson, 2005)
- Ø Πολύδυμος κύηση: Μητέρες με δίδυμα ή και περισσότερα μωρά μπορούν να θηλάσουν αποκλειστικά, απλά χρειάζονται μία επιπλέον βοήθεια. Έχει αναφερθεί ότι ακόμη και πεντάδυμα κατάφεραν να θηλάσουν αποκλειστικά.
- Ø Κάπνισμα: Η μητέρα θα πρέπει να ενθαρρύνεται να περιορίσει τον αριθμό των τσιγάρων και να αποφεύγει να καπνίσει μέσα στο σπίτι. Πάντως το κάπνισμα δεν αποτελεί αντένδειξη. Τα μωρά των μητέρων που καπνίζουν και θηλάζουν προστατεύονται σε μεγάλο βαθμό από τα προβλήματα υγείας που προκαλεί το τσιγάρο στα βρέφη, και έχει βρεθεί ότι έχουν λιγότερα προβλήματα υγείας από τα βρέφη των οποίων οι μητέρες καπνίζουν και δε θηλάζουν. (Edenhofer, 2010), (Anderson, 2005)

- Ø Επεμβάσεις πλαστικής στο μαστό: Ίσως οι μητέρες χρειαστούν κάποια εκτίμηση από πιστοποιημένο σύμβουλο γαλουχίας, σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν προβλήματα ανεπαρκούς παραγωγής γάλατος.
- Ø Φάρμακα: Πολλά φάρμακα είναι συμβατά με το θηλασμό, ή υπάρχουν εναλλακτικές επιλογές συμβατές. Θα πρέπει οι μητέρες να απευθύνονται σε πιστοποιημένους συμβούλους γαλουχίας προκειμένου να ξεκαθαρίσουν αν μπορούν να πάρουν κάποια φάρμακα. (Edenhofer, 2010), (Anderson, 2005)
- Ø Περιστασιακή χρήση αλκοόλ: Η συχνή κατανάλωση αλκοόλ ελαττώνει την παραγωγή του μητρικού γάλατος και μπορεί να επηρεάσει το βρέφος. Περιστασιακή χρήση επιτρέπεται, απλά προτείνεται η αποφυγή του θηλασμού για τις επόμενες 2-4 ώρες.
- Ø Ανατομικές δυσμορφίες όπως λαγόχειλος/λυκόστομα, κοντός χαλινός γλώσσας. Στις περιπτώσεις αυτές ο θηλασμός μπορεί να παρουσιάσει μερικές πρακτικές δυσκολίες και χρειάζεται επιπλέον υποστήριξη. Η μητέρα θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια για το πως να τοποθετήσει το μωρό μέχρι να αποκατασταθεί χειρουργικά η βλάβη. (Edenhofer, 2010), (Anderson, 2005)
- Ø Χρόνια προβλήματα υγείας της μητέρας: Προβλήματα υγείας όπως καρδιοπάθειες, υπέρταση, διαβήτης, κατάθλιψη, επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας και άλλα δεν αποτελούν αντενδείξεις για το μητρικό θηλασμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάζεται εντατική υποστήριξη, στενή παρακολούθηση μητέρας – βρέφους και εξατομικευμένη προσέγγιση από ομάδα έμπειρων επαγγελματιών υγείας (ιατροί ανάλογης ειδικότητας, φυσιοθεραπευτές, νοσηλεύτριες κλπ.) και πιστοποιημένους συμβούλους γαλουχίας. (Edenhofer, 2010), (Anderson, 2005)

## 4.2 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Οι απόλυτες αντενδείξεις για τις οποίες απαγορεύεται ρητά η διαδικασία του θηλασμού είναι οι ακόλουθες:

- Νεογνά που πάσχουν από ομόζυγο γαλακτοζαιμία, ένα αρκετά σπάνιο μεταβολικό νόσημα.
- Θηλάζουσες που λαμβάνουν ραδιενεργά ισότοπα (για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους), χημειοθεραπευτικές ουσίες, κυτταροστατικά φάρμακα ή ναρκωτικές ουσίες.
- Μητέρες που είναι φορείς ή νοσούν από AIDS (στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, όπου ο κίνδυνος θανάτου από ασιτία ή άλλες λοιμώξεις σε περιπτώσεις χορήγησης υποκατάστατων μητρικού γάλατος είναι υψηλός, προτείνεται η συνέχιση του μητρικού θηλασμού. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες προτείνεται η αποφυγή του θηλασμού στις μητέρες που πάσχουν. Παρόλα αυτά ο κίνδυνος μετάδοσης μέσω του μητρικού γάλατος δε φαίνεται να είναι πολύ μεγάλος, σε πολλές μελέτες αναφέρεται μικρότερος του 5%, ενώ τελευταία έχει βρεθεί ότι έχει σχέση με το υικό φορτίο και τον αριθμό των λεμφοκυττάρων CD4. Επίσης η παστερίωση του μητρικού γάλατος φαίνεται να αδρανοποιεί τον ιό. Πρόσφατα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσίευσε οδηγίες για τη χορήγηση αντί-υικής θεραπείας στις θηλάζουσες μητέρες προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης στο βρέφος.
- Μητέρες με ενεργό φυματίωση χωρίς θεραπεία (εφόσον διαπιστωθεί ενεργός φυματίωση στη μητέρα, μπορεί να ξεκινήσει θεραπεία και παράλληλα να αντλεί το γάλα και να το δίνει κάποιος τρίτος. Θα πρέπει να απομονωθεί η μητέρα από το παιδί για δύο εβδομάδες, αλλά το μητρικό γάλα είναι ασφαλές. Μετά από δύο εβδομάδες θεραπείας η

μητέρα μπορεί να συνεχίσει με ασφάλεια να θηλάζει, συνεχίζοντας τη θεραπεία.)

- Μητέρα που νοσεί από ενεργό ερπητική λοίμωξη στο μαστό (ενεργός λοίμωξη σε οποιοδήποτε άλλο σημείο δεν αποτελεί αντένδειξη καθώς μπορεί το σημείο να καλύπτεται και η θηλάζουσα να πλένει τα χέρια προτού θηλάσει το μωρό).
- HTLV-I/II ορο-θετικές μητέρες (Πανάγος, 2011), (<http://pediatros-thes.gr/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%B1/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BC%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B7-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CE%B8%CE%B7%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%BC%CF%8C-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-iq/>).

### 4.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική διατροφή για τα βρέφη. Είναι εύπεπτο και ικανοποιεί και την πείνα αλλά και την ανάγκη του μωρού για πιπίλισμα. Περιέχει περισσότερες από διακόσιες γνωστές θρεπτικές ουσίες, ενώ οι κατασκευαζόμενες βρεφικές τροφές περιέχουν περίπου το ήμισυ από αυτές. Ο θηλασμός παρέχει ισχυρή προστασία ενάντια σε πολυάριθμες απειλές για την υγεία του μωρού, όπως είναι οι ασθένειες, οι ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις και οι αλλεργίες, ενισχύοντας το ανοσοποιητικό του σύστημα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα το μητρικό γάλα μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης ή σοβαρότητας της νόσου και επιτρέπει την ταχύτερη ανάρρωση. Επιπλέον, τα μωρά που θηλάζουν εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, οξείες λοιμώξεις και νοσηλείες. (Lowdermilk, 2006)

Ο θηλασμός δημιουργεί μια ειδική σχέση που παρέχει φυσική και συναισθηματική άνεση, τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό. Μια μητέρα

που θηλάζει, ηρεμεί και χαλαρώνει μέσω του θηλασμού με αποτέλεσμα να δίνει στο παιδί της απεριόριστη προσοχή πολλές φορές κάθε μέρα. Θα κοιτάζει μέσα στα μάτια του, θα του μιλήσει και θα συνδεθεί μαζί του με ένα μοναδικό τρόπο.

Ο θηλασμός προάγει τη φυσική σύνδεση ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό χάρη στη συνδυασμένη δράση των ορμονών προλακτίνη και οκυτοκίνη. Η οκυτοκίνη βοηθά στη μείωση του άγχους και αυξάνει την προσοχή της μητέρας προς το μωρό της. Οι ορμόνες που διεγείρονται μέσω του θηλασμού βοηθούν τις μητέρες, ώστε να μην εμφανίζουν αρνητική διάθεση και να κοιμούνται καλύτερα, μειώνουν το άγχος και οδηγούν στην ομαλή μετάβαση από τον τοκετό στη μητρότητα. Οι περισσότεροι επιστήμονες, συμφωνούν ότι το μεγαλύτερο όφελος του θηλασμού είναι η συναισθηματική ευεξία μητέρας και παιδιού. (Lowdermilk, 2006), (Πανάγος, 2011)

## ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Οι μητέρες που επιλέγουν να θηλάσουν, αισθάνονται ολοκληρωμένες και αντιμετωπίζουν την περίοδο της λοχείας με μεγαλύτερη ευκολία. Το συναισθηματικό δέσιμο και η επαφή με το μωρό τους, ενισχύει την αυτοπεποίθησή τους (όσον αφορά την ικανότητά τους να το φροντίσουν). Έτσι, ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους. Επιπλέον, οι μητέρες που θηλάζουν, εμφανίζουν μειωμένες πιθανότητες εκρήξεων θυμού, κακοποίησης ή εγκατάλειψης των παιδιών τους. (Edenhofer, 2015), (<http://www.moh.gov.gr/articles/news/2873-eortasmos-pagkosmias-ebdomadas-mhtrikoy-thhlas moy> ).

## ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το μωρό απολαμβάνει τη ζεστασιά και τη σωματική επαφή με την αγκαλιά της μητέρας και αισθάνεται ασφάλεια και

ηρεμία, γεγονός που του δίνει τις πρώτες βάσεις για τη συναισθηματική και ψυχολογική του ανάπτυξη. Τα μωρά που θηλάζουν, μαθαίνουν να εμπιστεύονται τη μητέρα και να αντιλαμβάνονται την αγάπη και το ισχυρό δέσιμο. Μεγαλώνοντας, δεν εμφανίζουν έντονη προσκόλληση στους γονείς, γίνονται ανεξάρτητα και δε βιώνουν έντονο άγχος αποχωρισμού.

Ο θηλασμός είναι ιδανικός όχι μόνο για τα μωρά και τις μητέρες, αλλά και για τις οικογένειες και την κοινωνία γενικότερα. Μερικά από τα οφέλη του θηλασμού έχουν αντίκτυπο και στην κοινωνία, διότι μια κοινωνία που έχει υγιή μωρά ευνοείται, καθώς δεν επιβαρύνεται το κοινωνικό σύστημα υγείας. Επιπλέον, τα γνωστικά οφέλη του θηλασμού στα μωρά (το μητρικό γάλα εμφανίζεται ως παράγοντας ενίσχυσης της νοημοσύνης του παιδιού) ελαφρύνουν το βάρος του εκπαιδευτικού συστήματος της χώρας.

Όσον αφορά την οικογένεια, ο θηλασμός δημιουργεί ήρεμη ατμόσφαιρα μέσα στο σπίτι. Το μωρό τρέφεται σωστά και η μητέρα αποκτά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία της και μπορεί να αφιερώσει περισσότερο χρόνο στα άλλα μέλη της οικογένειας. Επιπλέον, ευνοείται ο οικονομικός προϋπολογισμός της οικογένειας πράγμα υπολογίσιμο σε περιόδους οικονομικής κρίσης. (Edenhofer, 2015), (Πολυχρονίδης, 2010)

#### **4.4 ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

##### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:

Έρευνες στο διεθνή χώρο, αλλά και η Εθνική Μελέτη Συχνότητας & Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού το 2009, έχουν συσχετίσει το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και της οικογενείας με αυξημένα ποσοστά θηλασμού.



Το αποτέλεσμα των χαμηλών ποσοστών θηλασμού στις πιο ευάλωτες κοινωνικοοικονομικά ομάδες του πληθυσμού έχει ως συνέπεια τη μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας των βρεφών και των παιδιών (καθώς είναι περισσότερο ευάλωτα στις ασθένειες που παρουσιάστηκαν παραπάνω), Επίσης, παρατηρείται αύξηση της οικογενειακής δαπάνης για την υγεία, η απουσία από την εργασία και η μείωση της παραγωγικότητας των μελών της οικογένειας που φροντίζουν τα ασθενή βρέφη ή παιδιά. Δηλαδή, ο μη θηλασμός καταλήγει να αναπαράγει την κοινωνική ανισότητα στην υγεία και να επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό των πιο ευάλωτων νοικοκυριών. (Σαρηγιαννίδης, 2013), (Πολυχρονίδης, 2010)

#### ΟΙ ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ, ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ:

Η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού είναι ένα αναγνωρισμένο από την Πολιτεία μας ανθρώπινο δικαίωμα. Το αναγνωρίζει στο άρθρο 24 η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Ν. 2101/ 92 ΦΕΚ τ. Α' 192) που υιοθετήθηκε από την Γενική Σύσκεψη των Ηνωμένων Εθνών το 1989, ενώ έκτοτε η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού βρίσκονται σταθερά στο επίκεντρο των πολιτικών των διεθνών οργανισμών για την ανάπτυξη και τη διατροφή των παιδιών.

Κυριότερες τέτοιες πρωτοβουλίες αποτελούν η Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού που υιοθετήθηκε από τον ΠΟΥ και έχει οικοδομηθεί πάνω στις αρχές του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων του Μητρικού Γάλακτος, η Διακήρυξη "Innocenti" για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού και η πρωτοβουλία του «Φιλικού για το Βρέφος Νοσοκομείου» του ΠΟΥ και της UNICEF. (Πανάγος, 2011), (Wills, 2013).

Η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού είναι επίσης σύμφωνη με την Παγκόσμια Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Τροφίμων και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για το Σχέδιο Δράσης για την Διατροφή. Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί επίσης προτεραιότητα των Σχεδίων Δράσης για τα Τρόφιμα και την Διατροφική Πολιτική του Ευρωπαϊκού Γραφείου του ΠΟΥ, ενώ η σημασία της προστασίας, προαγωγής και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού έχει τονισθεί επανειλημμένα σε σημαντικά έγγραφα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Σαρηγιαννίδης, 2013)

#### ΤΑ ΧΑΜΗΛΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ:

Παρά τις επιστημονικές διαπιστώσεις και τις διακηρύξεις των διεθνών οργανισμών, τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού, ιδιαίτερα στο Δυτικό κόσμο, διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα. Στο διεθνή χώρο τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για τους 6 μήνες κυμαίνονται από 22% στη Γερμανία, 12% στη Σουηδία και στις Η.Π.Α. και 9,7% στην Αυστρία, μέχρι κάτω του 1% στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Για τη χώρα μας η Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού κατέγραψε ότι στο μαιευτήριο θήλασαν αποκλειστικά το 41% των γυναικών, ενώ στο τέλος του 6ου μήνα το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού σχεδόν μηδενίστηκε (0,9%). Στο τέλος του πρώτου χρόνου ποσοστό 6,4% των γυναικών συνέχιζε τον μη αποκλειστικό θηλασμό. (Edenhofer, 2015)

#### **4.5 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ – ΑΡΘΡΟ 03**

#### Άρθρο 03: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

«1.Για την διευκόλυνση των θηλαζουσών μητέρων:

α) Δημιουργείται χώρος θηλασμού σε δημόσιες υπηρεσίες που εξυπηρετούν κοινό, σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, σε αερολιμένες, σε λιμένες, σε σταθμούς υπεραστικών λεωφορείων, σε σταθμούς μέσων σταθερής τροχιάς, σε μουσεία, σε αρχαιολογικούς χώρους, σε χώρους άθλησης, σε εμπορικά κέντρα καθώς και σε άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους.

β) Οι εργαζόμενες θηλάζουσες μητέρες στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα μπορούν να αντλούν με έκθλιψη και να αποθηκεύουν το μητρικό γάλα κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας τους και εντός του χώρου που ορίζεται από το φορέα εργασίας τους και ο οποίος ονομάζεται χώρος θηλασμού στην Εργασία.

γ) Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, ύστερα από εισήγηση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού και γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής για το Μητρικό Θηλασμό, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις ίδρυσης, οργάνωσης, λειτουργίας και εποπτείας καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια των χώρων θηλασμού και των χώρων θηλασμού στην Εργασία. Αρμόδια υπηρεσία για την εφαρμογή των ανωτέρω είναι η Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας.

2. Στα δημόσια Νοσοκομεία, στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που λειτουργούν με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. και σε ιδιωτικές Κλινικές προωθείται η ανάπτυξη της Πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία» (Φ.Β.Ν.) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, προκειμένου να ενισχυθεί η προαγωγή του μητρικού θηλασμού.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού και γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής για το Μητρικό Θηλασμό, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις, οι διαδικασίες ανάπτυξης, τα κριτήρια, οι δείκτες και η διαδικασία αξιολόγησης καθώς και η εποπτεία των Νοσοκομείων και Ιδιωτικών Κλινικών του ανωτέρω Προγράμματος. Μετά την ολοκλήρωση των διαδικασιών αξιολόγησης της μονάδας υγείας που κρίνεται ΦΒΝ εκδίδεται σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας για αναγνώριση αυτού.

Αρμόδιες υπηρεσίες για την εφαρμογή των ανωτέρω είναι η Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και η Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

3. Στα δημόσια Νοσοκομεία, στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που λειτουργούν με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. και στις ιδιωτικές Κλινικές που διαθέτουν μονάδα νεογνών, δημιουργείται Τράπεζα Γάλακτος.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού και γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής για το Μητρικό Θηλασμό, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις, οι διαδικασίες ανάπτυξης, τα κριτήρια, οι δείκτες και η διαδικασίες αξιολόγησης καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια της Τράπεζας Γάλακτος. Αρμόδιες υπηρεσίες για την εφαρμογή των ανωτέρω είναι η Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και η Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

4. Στο πλαίσιο ανάπτυξης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας οργανώνονται προγράμματα και δράσεις προαγωγής του μητρικού θηλασμού, ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης των γυναικών και φορέων με στόχο τη διασφάλιση της συνέχειας των υπηρεσιών και παρεμβάσεων και μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

5. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας «Μητρώο Επιμορφωτών για την Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού».

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις σύστασης και λειτουργίας του Μητρώου, επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας, οι διαδικασίες καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια που κρίνεται απαραίτητη για τη συμμετοχή αυτών σε προγράμματα και δράσεις που προάγουν το μητρικό θηλασμό» (<http://www.opengov.gr/yyka/?p=1078> ), ([http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=1255](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=1255) ).

ΟΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ:

Ο ΠΟΥ και η UNICEF ξεκίνησαν το 1991 την πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (BFHI). Τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (ΦΒΝ), τα οποία πιστοποιούνται με βάση την ικανότητα τους να πληρούν τα 10 βήματα, έχουν θεσπιστεί από τον ΠΟΥ και τη UNICEF και παρουσιάζουν παγκόσμια σταθερή αύξηση τα τελευταία χρόνια ενώ αυτή τη στιγμή συμμετέχουν στην πρωτοβουλία πάνω από 152 κράτη. Η αναθεωρημένη Διακήρυξη Innocenti, καλεί μεταξύ άλλων, τις κυβερνήσεις να υποστηρίξουν την πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία. Η πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (ΦΒΝ) έχει μετρήσιμα και απτά αποτελέσματα, αυξάνοντας την πιθανότητα των βρεφών να θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους. (Σαρηγιαννίδης, 2013), (Πολυχρονίδης, 2010)

Καθοριστική επίσης για τη διατήρηση του θηλασμού έχει αναγνωριστεί να είναι η υποστήριξη από το περιβάλλον της θηλάζουσας. Το μυστικό για τις καλύτερες πρακτικές θηλασμού είναι η συνεχιζόμενη καθημερινή υποστήριξη για τη θηλάζουσα μητέρα μέσα στο σπίτι και στην κοινότητά της. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να αποδοθεί σε πέντε Κύκλους Υποστήριξης: την Οικογένεια και τα Κοινωνικά Δίκτυα, τα Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης, τον Εργασιακό Χώρο και την Εργασία, την Κυβέρνηση και την Νομοθεσία και την Απόκριση σε έκτακτη ανάγκη. (Σαρηγιαννίδης, 2013), (Πολυχρονίδης, 2010).

#### **4.6 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ – Η «ΜΑΣΤΙΓΑ» ΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ.**

Ορισμός:

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια ήπιας μορφής διαταραχή της συμπεριφοράς η οποία βιώνεται από το 80% των γυναικών που γίνονται μητέρες. Οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη υποφέρουν από κλάματα, αποθάρρυνση, συναισθήματα ανεπάρκειας, ενοχής, άγχους, ευερεθιστότητας και κόπωσης. Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, μούδιασμα και πόνο στο στήθος. Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν σχετίζεται την επιλόχεια ψύχωση.

#### Κλινική εικόνα:

Τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης μπορούν να συμβούν σε διάστημα από 24 ώρες μέχρι 6 μήνες μετά τη γέννηση ενός παιδιού.

- Κακή διάθεση, συχνά κλάματα.
- Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση
- Διαταραχή και μείωση ύπνου
- Μείωση βάρους
- Μείωση ενεργητικότητας
- Αίσθημα άγχους
- Αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων
- Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας
- Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- Αισθήματα απόρριψης
- Σωματικά συμπτώματα όπως συχνόι πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία, μούδιασμα ή ζάλη

#### Αιτιολογικοί παράγοντες:

- Ιστορικό με κατάθλιψη στην ίδια, ή επιλόχεια κατάθλιψη. Όσες μητέρες παρουσίασαν ήδη επιλόχεια κατάθλιψη, έχουν 50% πιθανότητα να την εμφανίσουν ξανά σε επόμενη γέννα.
- Ιστορικό κατάχρησης ουσιών.
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας.
- Έλλειψη υποστήριξης από οικογένεια και φίλους.
- Επιπλοκές στην προηγούμενη εγκυμοσύνη ή γέννα.
- Συζυγικά ή οικονομικά προβλήματα προστίθενται στα αίτια κατάθλιψης.
- Νεαρή ηλικία μητέρας.
- Ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός.

#### Θεραπευτική προσέγγιση:

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι μια από τις πιο ενδεδειγμένες για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει την μητέρα να δει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και συμπεριφέρεται και την οδηγεί στην καταθλιπτική διάθεση αυτή και να την βοηθήσει να τον αλλάξει. Άλλου είδους ψυχοθεραπείες μπορεί να βοηθήσουν την γυναίκα να κατανοήσει την κατάθλιψη σε σχέση με τις διαπροσωπικές της σχέσεις ή με το τι της συνέβη στο παρελθόν.

Σε περίπτωση που η κατάθλιψη είναι σοβαρής μορφής, μπορεί να χρειαστεί αντικαταθλιπτική αγωγή. Συνήθως η δράση των αντικαταθλιπτικών εμφανίζεται την δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας και η λήξη της είναι το ανώτερο σε έξι μήνες από την έναρξή της. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν σε δυο χημικά συστατικά του εγκεφάλου, την σεροτονίνη και την νοραδρεναλίνη.

Αν και τα αντικαταθλιπτικά της νεότερης γενιάς (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης SSRI's) έχουν σαφώς λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με αυτά του παρελθόντος μπορεί να προκαλέσουν ναυτία τις πρώτες μέρες ή ακόμα και

άγχος αλλά τα συμπτώματα εξαφανίζονται. Μπορεί επίσης να προκαλέσουν υπνηλία ή ξηροστομία. Ωστόσο η φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει να συνοδεύεται και από ψυχοθεραπεία για να έχει αποτέλεσμα.

#### Η επιλόχεια κατάθλιψη και η προσκόλληση του βρέφους:

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι καταθλιπτικές μητέρες αλληλεπιδρούν λιγότερο με τα μωρά τους. Οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν, να παίξουν και να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους. Επίσης δεν είναι συνεπείς στην φροντίδα των νεογνών τους.

Η ασυνέπεια αυτή διαταράσσει τη φυσιολογική διαδικασία προσκόλλησης μεταξύ μητέρας και παιδιού . Αυτή η συναισθηματική διαδικασία προσκόλλησης, είναι το πιο σημαντικό καθήκον της παιδικής ηλικίας.

Μια ασφαλής προσκόλληση διαμορφώνεται όταν η μητέρα ανταποκρίνεται θερμά και με συνέπεια στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του μωρού της. Όταν το μωρό κλαίει, η μητέρα το καταπραΰνει. Εάν το μωρό γελά ή χαμογελά, η μητέρα ανταποκρίνεται αντίστοιχα. Στην ουσία, η μητέρα και το παιδί είναι σε συγχρονισμό. Αναγνωρίζουν και απαντούν ο ένας στα μηνύματα του άλλου.

Όμως, μια καταθλιπτική μητέρα είναι λιγότερο πιθανό να απαντήσει με τρόπο σύντονο στα μηνύματα του παιδιού της, με αποτέλεσμα το παιδί να είναι σε κίνδυνο για πολλαπλές αναπτυξιακές δυσκολίες, συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφοράς, και των συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων στο μέλλον.

#### «Ασπίδα» υγείας ο θηλασμός:



Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία περίπου μια στις δέκα μητέρες εμφανίζουν επιλόχεια κατάθλιψη κάποια στιγμή μετά τον τοκετό. Αναλύοντας δεδομένα που αφορούσαν συνολικά 14.000 γεννήσεις, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που είχαν δηλώσει ότι επιθυμούσαν να θηλάσουν και τελικά το έκαναν εμφάνιζαν 50% λιγότερες πιθανότητες εμφάνιση της εν λόγω ψυχικής κατάστασης, συγκριτικά με τις υπόλοιπες.

Αντίθετα, οι γυναίκες που αρχικά είχαν δηλώσει ότι θα ήθελαν να θηλάσουν και τελικά για κάποιον λόγο δεν τα κατάφεραν, εμφάνιζαν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Τον υψηλότερο κίνδυνο αντιμετώπιζαν οι μητέρες που ήθελαν, αλλά τελικά δεν κατάφεραν να θηλάσουν. Θα πρέπει λοιπόν οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν μεγάλη στήριξη στις γυναίκες που θέλουν να θηλάσουν, και να παρακολουθούνται στενά όσες τελικά δεν τα καταφέρνουν.

Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι πίσω από την προστατευτική δράση του θηλασμού ενάντια στην επιλόχεια κατάθλιψη, κρύβονται οι ορμόνες της «ευτυχίας» που εκκρίνονται στον γυναικείο οργανισμό κατά την παραγωγή του γάλακτος. Εκτιμούν ακόμα, ότι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες ενδεχομένως να συμβάλλουν στο συναίσθημα της αποτυχίας, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο της σοβαρής ψυχικής κατάστασης.

Η μητέρα μετά τον τοκετό ταλαιπωρείται από πόνο, έλλειψη ύπνου και στρες. Ο θηλασμός μπορεί να βοηθήσει στην χαλάρωσή της και στον περιορισμό του στρες που βιώνει, αποτρέποντας έτσι την εμφάνιση διαταραχών της ψυχικής υγείας.

### Ο ρόλος του νοσηλευτή:

Η κατάθλιψη στη λοχεία είναι μια ψυχική νόσος που μπορεί και πρέπει να θεραπευθεί, ειδάλλως θα μετατραπεί σε μόνιμη κατάσταση. Δεν αφορά μόνο στη ψυχική υγεία της μητέρας, αλλά και στο μωρό, αφού είναι δέκτης της

συναισθηματικής κατάστασης της μητέρας του. Κάθε μητέρα που νιώθει ότι κρατάει απόσταση από το μωρό της θα πρέπει να αναζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό.

Ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας οφείλει να προτρέψει και να συμβουλέψει την μητέρα ως εξής:

- Να θηλάσει. Οι ορμόνες που εκκρίνονται βοηθούν σημαντικά το δέσιμο μητέρας και νεογνού.
- Να φροντίσει το σώμα της, προσέχοντας την διατροφή της.
- Να ξεκουράζεται τις ώρες που το μωρό της κοιμάται.
- Να αποφεύγει αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα.
- Να αφιερώνει λίγο χρόνο στο να κάνει πράγματα τα οποία την ευχαριστούν, για παράδειγμα μια βόλτα με το μωρό.
- Να κρατήσει σε απόσταση πρόσωπα με τα οποία έχει έρθει σε σύγκρουση.
- Να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά της με τον σύντροφό της ή κάποιο οικογενειακό μέλος.
- Να ενημερώσει τον γυναικολόγο της, σε περίπτωση προηγούμενης κατάθλιψης ούτως ώστε να την παραπέμψει σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας.

([https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%80%CE%B9%CE%BB%CF%8C%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1\\_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%80%CE%B9%CE%BB%CF%8C%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7),  
[http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=1000](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=1000)).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1**

Γυναίκα ασθενής Α.Λ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 40 ετών, εισήχθη στην Μαιευτική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, συνοδεύοντας των 3 ημερών νεογέννητο της αγοράκι, ύστερα από εκδήλωση νεογνικού ίκτερου.

Συγκεκριμένα, το νεογνό παρουσίαζε κίτρινη χροιά του δέρματος, κίτρινη όψη των βλεννογόνων, μειωμένη όρεξη, ενόχληση για θηλασμό, ληθαργικότητα, ευερέθιστο κλάμα και ωχρά κόπρανα.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 30/07/2015 και ώρα 09:45 π.μ.

#### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Όνοματεπώνυμο: -

Φύλλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.: 27/07/2015 Ηλικία: 3 ημερών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Νεογνικός Ίκτερος

Οικ. Κατάσταση: -

#### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Το νεογέννητο γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό αλλά η γονιμοποίηση του εμβρύου είχε επιτευχθεί με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το νεογνό δεν πάσχει από κάποιο μεταδοτικό νόσημα (από το οποίο μολύνθηκε από την μητέρα) και δεν παρουσίασε οποιαδήποτε διαταραχή μέσα στο διάστημα των τριών ημερών από την γέννηση του πέραν της

συμπτωματολογίας του νεογνικού ίκτερου. Η θηλάζουσα μητέρα δεν φέρει δεν φέρει κληρονομικό ιστορικό κάποιας πάθησης. Έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν και συγκεκριμένα πριν δυο χρόνια στην παθολογική κλινική του ίδιου νοσοκομείου λόγω αναπνευστικής λοίμωξης η οποία οδήγησε σε πνευμονία αλλά με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή κατάφερε να ανταπεξέλθει πλήρως στο νόσημα.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ο παιδίατρος εξήγησε στη θηλάζουσα μητέρα ότι κατά την κύηση το έμβryo όταν βρισκόταν ακόμα στην κοιλιά της μαμάς του, τροφοδοτούνταν μέσω του αίματός της ίδιας από τον πλακούντα. Επειδή όμως το οξυγόνο που προσλάμβανε με αυτόν τον τρόπο ήταν λίγο, ο οργανισμός του αναγκαζόταν να τριπλασιάσει ή να τετραπλασιάσει τα ερυθρά αιμοσφαίρια.

Μετά τη γέννηση, επειδή το οξυγόνο είναι πια άφθονο, ο οργανισμός αναγκάζεται να «καταστρέψει» ένα μεγάλο αριθμό από αυτά - σχεδόν τα μισά - μετατρέποντας έτσι την αιμοσφαιρίνη των ερυθρών αιμοσφαιρίων σε χολερυθρίνη, μια ουσία κίτρινου χρώματος. Όσο το έμβryo είναι στη μήτρα, όλες οι άχρηστες ουσίες αποβάλλονται μέσω του πλακούντα. Με τη γέννηση, αυτό το ρόλο τον αναλαμβάνει το συκώτι. Επειδή όμως συχνά το συκώτι είναι ακόμη ανώριμο για να αντεπεξέλθει στα καθήκοντά του, προκαλείται ίκτερος κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής του.

## **ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το νεογνό εμφάνιζε κίτρινη χροιά του δέρματος και των βλεννογόνων λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης της χολερυθρίνης στους ιστούς (υπερχολερυθριναιμία), μειωμένη όρεξη και άρνηση να θηλάσει μητρικό γάλα, παρουσιαζόταν ληθαργικό με ευερέθιστο κλάμα και η μητέρα ανέφερε ότι τα

κόπρανα του ήταν ωχρά. Ο παιδίατρος πληροφόρησε την θηλάζουσα μητέρα του νεογνού ότι ο μοναδικός τρόπος να ελεγχτεί η χολερυθρίνη με ακρίβεια, είναι να πάρει αίμα και να μετρηθεί η τιμή της χολερυθρίνης στο αίμα από το χημικό. Η διαγνωστική προσέγγιση του νεογνού με ίκτερο θα συνεχιστεί με την λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού, μιας λεπτομερούς κλινικής εξέτασης, με αιματολογικές εξετάσεις που θα περιλαμβάνουν τον έλεγχο της ηπατικής βιολογίας και θα συμπληρωθεί με τον απεικονιστικό έλεγχο και τη βιοψία του ήπατος.

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Ο παιδίατρος αφού εξέτασε λεπτομερώς τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων απέκλισε πιθανές επιβλαβείς αιτίες που μπορεί να πυροδοτούσαν τον νεογνικό ίκτερο όπως ήταν η ασυμβατότητα Rhesus ή η έλλειψη του ενζύμου G-6-P-D και στη συνέχεια απέρριψε τυχόν υποθυρεοειδισμό ή φαινυλοκετονουρία.

Επειδή διέκρινε ότι η μητέρα βρισκόταν σε αγχώδη κατάσταση και μπορεί να επηρέαζε την γαλουχία του νεογνού προσπάθησε να την καθησυχάσει εξηγώντας της ότι ο νεογνικός ίκτερος των νεογνών είναι μια ήπια διαταραχή της αιματικής λειτουργίας που εάν αντιμετωπιστεί εγκαίρως δεν σηματοδοτεί την εκδήλωση κάποιας άλλης δυσλειτουργίας (όπως βλάβη εγκεφάλου). Συνήθως όπως και στο συγκεκριμένο περιστατικό παρουσιάζεται την τρίτη με τέταρτη μέρα ζωής του νεογνού και δεν ξεπερνά η τιμή της χολερυθρίνης τα 12-15 mg%.

Η αιτιολογία αυτής της μορφής ίκτερου μπορεί να οφείλεται είτε γιατί η αιμοσφαιρίνη των νεογνών είναι συνήθως υψηλή (18 gr%) και στην συνέχεια αυτή η αιμοσφαιρίνη καταστρέφεται γρήγορα και δίνει μεγάλες ποσότητες χολερυθρίνης είτε γιατί το συκώτι των νεογνών δεν είναι αρκετά ώριμο ώστε να μπορεί να συλλαμβάνει και να αποβάλλει μεγάλες ποσότητες χολερυθρίνης.

Η θεραπευτική προσέγγιση του νεογνού περιλαμβάνει την φωτοθεραπεία, δηλαδή την έκθεση του σε κυανό φως, ώστε να διασπαστεί η χολερυθρίνη σε μικρότερες αβλαβείς ουσίες (όπως είναι η φωτοχολερυθρίνη) και ταυτοχρόνως την προσπάθεια αύξησης των γευμάτων του με μητρικό γάλα μέχρι και 12 φορές ημερησίως εάν αυτό είναι εφικτό και από την μεριά της θηλάζουσας. Επισήμανε μάλιστα ότι ο μητρικός θηλασμός του νεογνού που εμφανίζει ίκτερο θα βοηθήσει σε σημαντικό βαθμό να μειωθεί η επαναρρόφηση της χολερυθρίνης από το έντερο.

Εάν το νεογνό, παρά τις παραπάνω παρεμβάσεις, δεν καταφέρει να ανταποκριθεί στο θεραπευτικό πλάνο θα χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή (λήψη φαινοβαρβιτάλης – επάγει τα ηπατικά ένζυμα) και αν η τιμή της χολερυθρίνης υπερβεί το όριο των 24mg%, τότε θα ακολουθήσει η μέθοδος της αφαιμαξομετάγγισης.

<b>ολόγηση νούς κες- βλήματα- λευτική ωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<p>Κίτρινη χροιά δέρματος</p> <p>Κίτρινη όψη βλεννογόνων</p> <p>Μειωμένη όρεξη για θηλασμό</p> <p>Ευερέθιστο κλάμα</p> <p>Ωχρά κόπρανα</p> <p>ΝΕΟΓΝΙΚΟΣ</p> <p>ΙΚΤΕΡΟΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Μείωση της χολερυθρίνης</li> <li>· Πρόληψη επιπλοκών (εγκεφαλική βλάβη)</li> <li>· Αποτροπή λοιμώξεων ή μόλυνσης</li> <li>· Φυσιολογική διακύμανση TBL, DBL, IBL.</li> <li>· Αποφυγή αφαιμαξομετάγγισης</li> <li>· Συνέχιση γαλουχίας με μητρικό γάλα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Τακτική λήψη ζωτικών σημείων</li> <li>· Ενημέρωση θηλάζουσας για το θεραπευτικό σχήμα</li> <li>· Παρακολούθηση οπτικής οξύτητας νεογνού</li> <li>· Επαγρύπνηση νοσηλευτικής παρακολούθησης για εκδήλωση παθολογικού ίκτερου (υποτονία, σπαστικότητα, πυρετός)</li> <li>· Έλεγχος αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων</li> <li>· Ενθάρρυνση θηλάζουσας για</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Φωτοθεραπεία</li> <li>· Αύξηση θηλασμού από 8-12 φορές ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Επιτυχή αντιμετώπιση νεογνικού ίκτερου</li> <li>· Φυσιολογική χολερυθρίνη και ηπατικά ενζύμια</li> <li>· Αποφυγή κινδύνου έκθεσης νεογνού λοιμογόνου παράγοντα</li> <li>· Πρόληψη αφαιμαξογγισης</li> <li>· Συνέχιση μητρικού θηλασμού</li> <li>· Αποτελεσματικό</li> </ul>

		<p>αύξηση της διαδικασίας του θηλασμού</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ενημέρωση σωστού τρόπου θηλασμού</li> <li>· Πρόληψη διακοπής της γαλουχίας- διακοπή παραγωγής μητρικού γάλακτος λόγω στρες.</li> <li>· Παρακολούθηση κενώσεων νεογνού</li> </ul>		<p>κή θ νεογνού του μητι γάλακτος</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Φυσιολογ ανάπτυξη σωματικό βάρος</li> </ul>
--	--	--	--	--



## **5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2**

Γυναίκα ασθενής Ν.Κ., έγγαμη και εργαζόμενη, ηλικίας 33 ετών, εισήχθη στην Γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, ύστερα από εκδήλωση μαστίτιδας στον αριστερό μαστό.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε άλγος μαστού, διόγκωση μαστού, ερυθρότητα, αίσθημα θερμότητας, σκληρότητα στη θηλή, έκκριση υγρού και αίσθημα κόπωσης.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 11/08/2015 και ώρα 12:00 π.μ.

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Όνοματεπώνυμο: Ν.Κ.

Φύλλο: Θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.: 03/11/1982 Ηλικία: 33 ετών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η ασθενής κατά την λήψη του ατομικού ιστορικού ανέφερε ότι στο παρελθόν, και συγκεκριμένα πριν από 5 χρόνια, είχε παρουσιάσει διαταραχή της εμμήνου ρύσης και είχε ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή με την χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών καθώς το πρόβλημα της δυσλειτουργίας ήταν ορμονικής φύσεως. Επισήμανε μάλιστα, ότι προ διατείας είχε πραγματοποιήσει συνεδρίες ψυχοθεραπείας καθώς εμφάνιζε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή λόγω έντονου στρες της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου.

### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η ασθενής διανύει την 10<sup>η</sup> ημέρα λοχείας της και το γάλα που παράγει από τους μαστούς είναι αρκετά ικανοποιητικό για την αποκλειστική θρέψη του νεογνού με μητρικό γάλα. Η ασθενής παραπονιέται ότι η καθημερινότητα της προκαλεί έντονο άγχος καθώς δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της τόσο ως μητέρα όσο και ως εργαζόμενη γυναίκα. Το πολύπλοκο ωράριο εργασίας την ανάγκασε να θηλάζει το νεογνό σε μακρά χρονικά διαστήματα, πολλές φορές βιαστικότητα, ενώ ο προσωπικός της γυναικολόγος την είχε παροτρύνει να χρησιμοποιεί θήλαστρο προκειμένου να αδειάζουν οι μαστοί από το γάλα και να ταΐζετε το νεογνό με μπιμπερό από τον πατέρα.

Η μερική κατάργηση του θηλασμού σε περίοδο που το μητρικό γάλα παραγόταν σε αυξημένη ποσότητα, η λανθασμένη τεχνική θηλασμού και η αγχώδης συμπεριφορά της θηλάζουσας προκάλεσε συμφόρηση του αριστερού μαστού και ερεθισμό και κατέληξε στην απόφραξη του γαλακτοφόρου πόρου με αποτέλεσμα την πρόκληση μαστίτιδας.

## **ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ασθενής κατά την εισαγωγή της στην γυναικολογική κλινική παρουσίαζε την εξής συμπτωματολογία: άλγος μαστού, ερυθρότητα, διόγκωση μαστού, αίσθημα θερμότητας, σκληρότητα θηλής, έκκριση υγρού από τη θηλή και αίσθημα κόπωσης. Η κλινική εικόνα της ασθενούς είναι επαρκής για την διάγνωση μαστίτιδας λόγω συμφόρησης του μητρικού γάλακτος και ο γυναικολόγος σε συνεργασία με ειδικευόμενο μαστολόγο την παρότρυναν να ακολουθήσει μια σειρά επιπρόσθετων διαγνωστικών εξετάσεων (αιματολογική ανάλυση, καλλιέργεια μητρικού γάλακτος και υπερηχογράφημα) με σκοπό να απορριφθεί τυχόν μικροβιακός παράγοντας ή εκδήλωση αποστήματος ως επιπλοκή της υπάρχουσας πάθησης.

## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο γυναικολόγος καθησύχασε την θηλάζουσα μητέρα ότι τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων είναι ενθαρρυντικά καθώς διαπιστώνεται ότι η βλάβη είναι εύκολα αντιμετωπίσιμη και δεν αντενδείκνυται στον μητρικό θηλασμό. Η θεραπευτική αγωγή συμπεριλαμβάνει τις παρακάτω ιατρικές οδηγίες:

- § Αύξηση τεχνικής θηλασμού κάθε 2 ώρες για αποτελεσματική αφαίρεση του μαστού από το γάλα
- § Τοπικές κυκλικές μαλάξεις μαστού
- § Εφαρμογή κρύων κομπρέσων για ανακούφιση από το αίσθημα θερμότητας του μαστού
- § Αποφυγή χρήσης θήλαστρου – προσπάθεια απομάκρυνσης του γάλακτος μέσω αποκλειστικά του θηλασμού
- § Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον έντονο πόνο (λήψη ακεταμινοφαίνης)
- § Χορήγηση αντιφλεγμονωδών (ιβουπροφαίνη 1,6 g.γ/ημερησίως)
- § Ξεκούραση θηλάζουσας
- § Αποτροπή δίαιτας, υγιεινή διατροφή και λήψη υγρών
- § Εάν τα συμπτώματα επιδεινωθούν και η ασθενής εμφανίσει ρίγος, πυρετό >38,5 και άλγος αρθρώσεων-μυών θα χορηγηθεί αντιβίωση συμβατή με τον θηλασμό για να αποτραπεί οποιοδήποτε ενδεχόμενο ανάπτυξης αποστήματος ή πρόωρου απογαλακτισμού.

<p><i>ολόγηση νούς κες- βλήματα- γλευτική ωση</i></p>	<p><i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i></p>	<p><i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i></p>	<p><i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i></p>	<p><i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i></p>
<p>Άλγος μαστού Διόγκωση μαστού Ερυθρότητα Αίσθημα θερμότητα Σκληρότητα α θηλής Έκκριση υγρού Αίσθημα κόπωσης ΜΑΣΤΙΤΙ ΔΑ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Αντιμετώπιση άλγους</li> <li>· Πρόληψη μικροβιακής μαστίτιδας</li> <li>· Αποτροπή επιπλοκών (απόστημα, πρόωρος απογαλακτισμός)</li> <li>· Αντιμετώπιση συμφορητικής μαστίτιδας</li> <li>· Αποφυγή εγκατάστασης αγχώδης συμπεριφοράς θηλάζουσας</li> <li>· Θεραπεία συμβατή με τον θηλασμό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Τακτική λήψη ζωτικών σημείων (πυρετός – ένδειξη για απόστημα)</li> <li>· Ενημέρωση θηλάζουσας για το θεραπευτικό πλάνο</li> <li>· Παρακολούθηση μαστού (εξάλειψη διόγκωσης ή ερυθρότητας)</li> <li>· Διδασκαλία ορθής τεχνικής θηλαστικών κινήσεων</li> <li>· Ενθάρρυνση θηλάζουσας για αύξηση της διαδικασίας του θηλασμού</li> <li>· Ενημέρωση τήρησης υγιεινής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Θηλασμός ανά 2 ώρες</li> <li>· Τοπικές κυκλικές μαλάξεις μαστού</li> <li>· Εφαρμογή κρύων κομπρέσων</li> <li>· Αποφυγή θήλαστρου</li> <li>· Χορήγηση αναλγητικών (ακεταμινοφαίνη)</li> <li>· Λήψη αντιφλεγμονωδών (ιβουπροφαίνη 1,6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Επιτυχή αντιμετώπιση μαστίτιδας</li> <li>· Πρόληψη επιπλοκών</li> <li>· Συνέχιση γαλουχίας νεογνού</li> <li>· Αποφυγή αντιβιοτικής αγωγής</li> </ul>

		<p>μαστών</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πλύσιμο θήλαστρου σε τυχόν χρήση του</li> <li>• Πρόληψη τραυματισμού θηλής (μόλυνση, λοιμογόνοι παράγοντες)</li> <li>• Αποφυγή μεγάλων μεσοδιαστημάτων θηλασμού</li> <li>• Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωματολογίας ενδεικτικής επιπλοκής (ρίγος, υψηλός πυρετός, άλγος μύων – αρθρώσεων, έκκριση αίματος από τη θηλή)</li> </ul>	<p>g.r/ ημερησίως )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ξεκούραση – ανάπαυση θηλάζουσας</li> <li>• Υγιεινή διατροφή-λήψη υγρών</li> <li>• Επιδείνωση συμπτωμάτων – χορήγηση αντιβίωσης συμβατή με τον θηλασμό</li> </ul>	
--	--	---	---	--

### 5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στις μέρες μας οι γνώσεις που σχετίζονται με θέματα μητρότητας και μητρικού θηλασμού ολοένα μεταβάλλονται και έρχονται στο προσκήνιο καινούργιες πληροφορίες που αντικαθιστούν τις παλαιωμένες αντιλήψεις που περιβάλλουν την θηλάζουσα μητέρα και το οικογενειακό της περίγυρο. Δεν είναι λίγες οι λανθασμένες οδηγίες που ακολουθεί μια μητέρα κατά την διάρκεια του θηλασμού και αποτελούν την βάση για την εκπλήρωση εσφαλμένων αποφάσεων που επηρεάζουν αρνητικά τόσο την υγεία της ίδιας όσο και του βρέφους.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται αναφορά για τους σημαντικότερους δέκα κανόνες ορθής πρακτικής που περιλαμβάνουν το έργο των επαγγελματιών υγείας: (Wills, 2013)

- § Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το μητρικό θηλασμό και κοινοποίησή της τακτικά σε όλο το προσωπικό υγείας.
- § Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
- § Ενημέρωση όλων των λεχόνων με γραπτά και προφορικά μέσα σχετικά για τα οφέλη του μητρικού γάλακτος και την αδυναμία πλήρους αντικατάστασης του με γάλα του εμπορίου.
- § Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό το πρώτο ημίωρο μετά τη γέννηση.
- § Επίδειξη στις θηλάζουσες για την τεχνική ενός ικανοποιητικού και αποτελεσματικού θηλασμού και ενθάρρυνση με διάφορες μεθόδους διατήρησης της γαλουχίας για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

- § Απαγόρευση επιπρόσθετης λήψης τροφής σε βρέφη αποτελεσματικά στη μέθοδο θηλασμού με εξαίρεση αν αυτό επιβάλλεται σύμφωνα με την ιατρική γνωμάτευση.
- § Εφαρμογή της πρακτικής “rooming in”, δηλαδή να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα μαζί με το νεογνό της 24 ώρες την ημέρα.
- § Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το βρέφος το αποζητάει.
- § Απαγόρευση τεχνητών θηλών ή χρήση πιπίλας σε βρέφη που παρατηρείται αδυναμία θηλασμού.
- § Ανάπτυξη και υποστήριξη εξειδικευμένων ομάδων που χειρίζονται θέματα μητρότητας και ενθάρρυνσης θηλασμού με σκοπό να παραπέμπονται οι θηλάζουσες μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο.  
(Πολυχρονίδης, 2010)



## Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Το 1990 οι εκπρόσωποι όλων των κρατών πραγματοποίησαν την συνάντηση κορυφής με επίκεντρο τα παιδιά σε παγκόσμιο επίπεδο με σκοπό να κατοχυρώσουν επίσημα μια σειρά δραστηριοτήτων σύμφωνα με τις οποίες θα

μεταδίδονταν όλες οι έγκυρες πληροφορίες που σχετίζονταν με τον μητρικό θηλασμό. Η προσπάθεια αφορούσε κυρίως την εξάλειψη μιας ισχυρής ιδεολογίας που επικεντρωνόταν στην αποφυγή του μητρικού γάλακτος και στην εγκαθίδρυση του επεξεργασμένου γάλακτος. Έτσι το 1992 η διεθνής κοινότητα καθιέρωσε τον εορτασμό της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού για τον μήνα Αύγουστο ενώ στην Ελλάδα αποφασίστηκε επίσημα να γιορτάζεται από το 1996 για τον μήνα Νοέμβριο.

Η Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, υποστηρίζεται σε παγκόσμια κλίμακα από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), την Παγκόσμια Συμμαχία για την Προώθηση του Μητρικού Θηλασμού (WABA) και τη UNICEF και αποτελεί μια ισχυρή δύναμη που θα αναδείξει την ανεκτίμητη αξία των πλεονεκτημάτων του μητρικού θηλασμού για την παιδική επιβίωση και ανάπτυξη, αλλά και για την υγεία που προσφέρει στις μητέρες που αποφασίζουν να θηλάσουν. (Lowdermilk, 2006)

Η νοσηλευτική ευθύνη αναφορικά με την Εβδομάδα του Μητρικού Θηλασμού επικεντρώνεται σε τέσσερις βασικούς στόχους:

- ✓ Την ενίσχυση του ρόλου των «Δέκα Βημάτων» για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία με σκοπό να μεγιστοποιηθεί σε σημαντικό βαθμό η εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού.
- ✓ Την παρακίνηση και ευθύνη των Συστημάτων Υγείας καθώς και του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού στη δημόσια υγεία όπου ο μητρικός θηλασμός θα αποτελεί ανώδυνη και αποτελεσματική τεχνική στην οποία θα έχει πρόσβαση η κάθε μητέρα ανεξαιρέτως φυλετικών χαρακτηριστικών.
- ✓ Ενημέρωση της κοινότητας σχετικά με την κινδυνολογία που απορρέει από την απουσία του μητρικού γάλακτος στην



διατροφική προσέγγιση του παιδιού καθώς και την συγκριτική αξιολόγηση μητρικού και επεξεργασμένου γάλακτος.

- ▼ Νομική διευκόλυνση των θηλαζουσών μητέρων στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού τόσο στο ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα κατά την περίοδο της επαγγελματικής τους δραστηριοποίησης. (Lowdermilk, 2006), (<http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/751> ).

#### **5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ**

Οι νοσηλευτές οφείλουν να τονίζουν μέσα από το έργο τους ως επαγγελματίες υγείας ότι όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα στη γαλουχία τους με το μητρικό γάλα καθώς ενισχύει σε υψηλά επίπεδα το ανοσοποιητικό τους σύστημα και τα προφυλάσσει από πολυάριθμες παθήσεις του οργανισμού. Οι Νομικές Διατάξεις που αναφέρονται στα Δικαιώματα του Παιδιού αποσαφηνίζουν τη βασική ανάγκη της σωστής διατροφής και υποστηρίζει την υποχρέωση της πολιτείας να ενημερώνει με τον εγκυρότερο τρόπο όλες τις κοινωνικές ομάδες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και να εξασφαλίζει στις μητέρες κατάλληλη περίθαλψη πριν και μετά το θηλασμό. Ο νοσηλευτής λοιπόν θα πρέπει να πληροφορεί και να επεξηγεί προς την δημόσια υγεία ότι: (Lowdermilk, 2006)

- Ο Μητρικός Θηλασμός είναι μέρος των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη διατροφή και στην υγεία
- Το μητρικό γάλα είναι η καλύτερη τροφή για τα βρέφη. Είναι συνέχεια της διατροφής και προστασίας που λάμβανε το μωρό μέσω του ομφάλιου λώρου. Παρέχει θρεπτικά ισορροπημένη διατροφή και έχει

την ίδια δράση με τον εμβολιασμό, μειώνοντας τις πιθανότητες προσβολής από ορισμένες ασθένειες.

Û Η πράξη του θηλασμού είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο της σωστής παιδικής φροντίδας, συμβάλλοντας στην υγιή ανάπτυξη του παιδιού τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.

Û Ο θηλασμός προστατεύει το δικαίωμα κάθε γυναίκας στην υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο του στήθους ή των ωοθηκών, της αναιμίας από σιδηροπενία και την οστεοπόρωση. (Lowdermilk, 2006), (Πολυχρονίδης, 2010)

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να παρατηρεί και να καταγράφει χαρακτηριστικά της θηλάζουσας μητέρας τα οποία ενδέχεται να πυροδοτήσουν κάποια ψυχική διαταραχή ή μια προσωρινή δυσλειτουργία της ολικής συμπεριφοράς της. Ορισμένα σημαντικά συμπτώματα αναφέρονται στη συνέχεια: (Ραγιά, 2009)

- Û Έντονο άγχος
- Û Κρίσεις θυμού
- Û Απρόσφορο συναίσθημα
- Û Διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία
- Û Διάχυτη απελπισία
- Û Τάση απομόνωσης
- Û Μειωμένη κοινωνική επαφή
- Û Ανάρμοστη ή αδικαιολόγητη συμπεριφορά
- Û Διαταραγμένη σκέψη
- Û Σημάδια χαμηλής αυτοπεποίθησης
- Û Απραξία ή μειωμένη ενασχόληση με το βρέφος

- Γρήγορη απώλεια βάρους
- Κρίσεις πανικού
- Έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις
- Αρνητικότητα και ανεξήγητη απώλεια διάθεσης ή ενεργητικότητας
- Τρόποι συμπεριφοράς που παρεκκλίνουν από τα συνηθισμένα φυσιολογικά όρια (αυτοκαταστροφικές ιδέες, άρνηση επικοινωνίας με πρόσωπα της οικογενείας, διατροφικές δυσλειτουργίες, χρήση οινόπνευματωδών ουσιών)
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (προμήνυμα επιλόχειας κατάθλιψης)
- Καταθλιπτική διάθεση
- Απομάκρυνση από το βρέφος και άρνηση να το φροντίσει
- Παραμέληση των βασικών της αναγκών
- Απροθυμία να συμβιβαστεί με τις παρούσες υποχρεώσεις (αυτοφροντίδα)
- Αίσθημα ενοχής και τύψεις (Ραγιά, 2009), (Edenhofer, 2015)

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ενέργειες που προβαίνει η μητέρα προκειμένου να ενισχύσει την υγεία του παιδιού της και να ενδυναμωθεί η σχέση θηλάζουσας – βρέφους. Ωστόσο μετά την γέννηση η μητέρα έρχεται αντιμέτωπη με πολυάριθμες καινούργιες καταστάσεις και μεταβάλλεται η μέχρι τότε γνώριμη καθημερινότητα της. Ιδίως σε γυναίκες νεαρής ηλικίας το πρώτο εξάμηνο της μητρότητας παρουσιάζεται ως ένα στάδιο με πολλαπλές ψυχολογικές διακυμάνσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελεί την αφετηρία για την εγκατάσταση μιας μόνιμης αγχώδους συμπεριφοράς ή την εκδήλωση κάποιας ψυχικής δυσλειτουργίας.

Ο νοσηλευτής οφείλει μέσω της παρατηρητικότητας, της γνώσης περί ολικής νοσηλευτικής εκτίμησης και σύμφωνα με τις εξιδανικευμένες μεθόδους που διαθέτει να κατανοεί την θηλάζουσα και να ανιχνεύει οποιαδήποτε αλλαγή

της λειτουργικότητας της σε οποιοδήποτε επίπεδο του βίου της και αν εντοπίζεται. Η υγεία ή η εκδήλωση μιας ψυχικής δυσλειτουργίας της θηλάζουσας είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει την νοσηλευτική υποστήριξη ως προς την: (Ραγιά, 2009), (Wills, 2013)

- ✓ Σωματική διάσταση (διαταραχή οργανικών λειτουργιών, κινητική δυσλειτουργία, έλλειψη σωματικής φροντίδας)
- ✓ Ψυχολογική διάσταση (συναισθηματική αστάθεια, στρες, κρίσεις πανικού, μειωμένη αυτοπεποίθηση, σκέψεις ανικανότητας)
- ✓ Κοινωνική διάσταση (διαταραγμένη επικοινωνία, εξάλειψη διαπροσωπικών σχέσεων, απάρνηση μητρικού ρόλου, ανικανότητα κοινωνικών υποχρεώσεων ή καθηκόντων στο οικογενειακό περιβάλλον, άρνηση αντιμετώπισης προβλημάτων)
- ✓ Πνευματική διάσταση (θρησκευτική αντίληψη θηλάζουσας, διαταραχή του προσωπικού συστήματος αξιών, κατάρρευση προσωπικών αντιλήψεων) (Ραγιά, 2009), (Wills, 2013)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ø Ο Μητρικός θηλασμός αποτελεί το σημαντικότερο προνόμιο της μητέρας όπου σε αυτό στηρίχθηκε η διαίωσιση του ανθρώπινου είδους.
- Ø Η σπουδαιότητα του μητρικού γάλακτος στη διατροφή του βρέφους οφείλεται στα πολυάριθμα συστατικά που εμπεριέχει.
- Ø Ο Μητρικός θηλασμός αποτελεί μια δεξιότητα η οποία διδάσκεται. Απαιτεί υπομονή και εξάσκηση καθώς οι συνθήκες θηλάζουσας και βρέφους σε ορισμένες περιπτώσεις δεν τον ευνοούν.
- Ø Η εξέλιξη της ιατρικής γνώσης προσφέρει μια σειρά επιστημονικών δεδομένων αναφερόμενα στη τελειότητα του μητρικού γάλακτος και είναι βέβαιο ότι η διαδικασία της αύξησης των επιστημονικά κατοχυρωμένων πλεονεκτημάτων του θα εξακολουθήσει και στο μέλλον.
- Ø Σήμερα με έμφαση, η Παγκόσμια Παιδιατρική Κοινότητα αλλά και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, συνιστούν ανεπιφύλακτα την διατροφή αποκλειστικά με μητρικό γάλα κατά τους έξι (6) πρώτους μήνες ζωής, ή αν αυτό δεν είναι δυνατόν, τουλάχιστον κατά τους 3-4 πρώτους μήνες.
- Ø Στον Ελλαδικό χώρο ωστόσο, οι μητέρες που θηλάζουν τα βρέφη τους αποτελούν μειονότητα. Γίνεται λοιπόν σαφές πως δεν φθάνει η γνώση για να υιοθετηθεί η σωστή συμπεριφορά από την μεριά της θηλάζουσας.
- Ø Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα, πέραν της σωματικής ευεξίας που προσφέρει ο θηλασμός τόσο στο βρέφος όσο και στη θηλάζουσα, είναι ότι συμβάλει καλύτερα στην ανάπτυξη του ψυχικού δεσμού μητέρας-παιδιού, με την άμεση σωματική επαφή.
- Ø Από κοινωνική οπτική γωνία ο μητρικός θηλασμός είναι οικολογικός: αστείρευτος πόρος ευεργετικός για τον πλανήτη και το παιδί. Συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας, των εξόδων φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και στη μείωση εξόδων αγοράς ξένου γάλακτος.

- Ø Ο Μητρικός Θηλασμός είναι μέρος των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη διατροφή και στην υγεία, επιχείρημα θέσεως για την δράση του νοσηλευτικού προσωπικού στην προαγωγή αυτής της δεξιότητας.
- Ø Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού υπογραμμίζει τη βασική ανάγκη της σωστής διατροφής και διασαφηνίζει την υποχρέωση της πολιτείας να ενημερώνει με τον εγκυρότερο τρόπο όλες τις κοινωνικές ομάδες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.
- Ø Ο Νοσηλευτής, ως επαγγελματίας υγείας, οφείλει να κατοχυρώνετε με όλες τις διαθέσιμες μεθόδους και γνώσεις, με σκοπό να εγκαθιδρύσει την ανεκτίμητη αξία του Μητρικού Θηλασμού στη Δημόσια Υγεία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Netter, Frank, (2011), Βασική κλινική ανατομία, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
2. Βασιλικός, Βασίλης, (2007), Μάθημα Ανατομίας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
3. Μαρκόπουλος, Χρήστος, (2008), Παθήσεις του μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
4. Φύσσας, Γιάννης, (2006), Ο μαστός και οι παθήσεις του, Εκδοτικός Οίκος Λιβάνη, Αθήνα
5. Τοκμακίδης, Παναγιώτης, (2001), Ο γυναικείος μαστός, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
6. Friedrich, Jule, (2010), Οδηγός μητρότητας: Θηλασμός, Εκδότης Μαλλιάρης Α.Ε Παιδεία, Θεσσαλονίκη
7. Πανάγος, Κων/νος, (2011), Παρένθετη μητρότητα, Εκδόσεις Σάκουλλα Α.Ε., Αθήνα
8. Lowdermilk, Deitra, (2006), Νοσηλευτική Μητρότητας, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα
9. Edenhofer, Iris, (2010), Οδηγός Μητρότητας: Λοχεία, Εκδότης Μαλλιάρης Παιδεία, Θεσσαλονίκη
10. Edenhofer, Iris, (2015), Μητρότητα - Οδηγός για την νέα μητέρα, Εκδότης Μαλλιάρης Παιδεία, Αθήνα
11. Anderson, John, (2005), Οδηγός Εγκυμοσύνης, Εκδόσεις Τερζόπουλος, Αθήνα
12. Dobbyn, Sarah, (2009), Διατροφή και Γονιμότητα, Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα
13. Ραγιά, Αφροδίτη, (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, 7<sup>η</sup> Έκδοση Βελτιωμένη, Αθήνα
14. Σαρηγιαννίδης, Μιλτιάδης, (2013), Σύγχρονη Νομοθεσία, Εκδόσεις Σάκουλλα Α.Ε, Αθήνα

15. Πολυχρονίδης, Ιωάννης, (2010), Δημόσια Υγεία και Υγειονομική Πολιτική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
16. Wills, Evelyn, (2013), Νοσηλευτικές Θεωρίες, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
17. Stoppard, Miriam, (2009), Σύλληψη – Εγκυμοσύνη – Τοκετός, Εκδόσεις Μίνωας, Αθήνα



## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. <http://www.child.org.cy/%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%B4%CE%AD%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/%CE%9C%CE%97%CE%A4%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%A3%CE%98%CE%97%CE%9B%CE%91%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3/tabid/108/articleType/ArticleView/articleId/160/Default.aspx>
2. [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B7%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C\\_%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B1](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B7%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B1)
3. <http://thilamos.gr/mitriko%20gala.htm>
4. [http://www.f-thilamos.gr/index.php?option=com\\_content&view=category&id=21&Itemid=125](http://www.f-thilamos.gr/index.php?option=com_content&view=category&id=21&Itemid=125)
5. <http://pediatros-thes.gr/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%B1/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BC%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B7-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CE%B8%CE%B7%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%BC%CF%8C-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-iq/>
6. <http://www.opengov.gr/yyka/?p=1078>
7. <http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/75181a27e029e8d9/94ffdad89680d66e/4b7bb0379e2a232c.html>
8. <http://www.moh.gov.gr/articles/news/2873-eortasmos-pagkosmias-ebdomadas-mhtrikoy-thhiasmoy>
9. <http://www.thilamos.com/category/basics/>
10. [http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=1255](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=1255)
11. [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_3-2003/04/04askisi.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2003/04/04askisi.htm)

12. [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%80%CE%B9%CE%BB%CF%8C%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1\\_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%80%CE%B9%CE%BB%CF%8C%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7)
13. [http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=1000](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=1000)