

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ»

ΦΕΡΦΕΛΗ ΗΛΙΑΝΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δαπόντε Αλέξανδρος, Διευθυντής γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής στο ΠΠΓΝΛ,
Επιβλέπων Καθηγητής

Γκαράς Αντώνιος, επίκουρος καθηγητής Γυναικολογικής- Μαιευτικής κλινική
ΠΠΓΝΛ, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής. παθολογίας-γαστρεντερολόγος, Ιατρικής Π.Θ.,
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ



“The effect of breastfeeding on infant morbidity”

Περιεχόμενα	
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1. Ορισμός: μητρικός θηλασμός.....	9
2. Ιστορικά στοιχεία- τεχνική προετοιμασία και διαδικασία μητρικού θηλασμού.....	9
2.1 Μητρικός θηλασμός από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα.....	10
2.2. Προετοιμασία Θηλασμού και φροντίδα στήθους.....	12
2.2.1. Διαδικασία Θηλασμού.....	13
2.2.2. Σωστό πιάσιμο της θηλής και κράτημα στήθους.....	14
2.2.3. Στάσεις Θηλασμού.....	15
3. Επιδημιολογία και φυσιολογία του μητρικού θηλασμού.....	18
3.1 Φυσιολογία της γαλουχίας.....	18
3.1.2. Προετοιμασία για τη γαλουχία.....	18
3.1.3. Πρωτόγαλα.....	19
3.2 Πώς ωφελεί ο θηλασμός για τη μητέρα;.....	19
3.2.1 Απελευθέρωση καλών ορμονών.....	19
3.2.2 . Οφέλη για την υγεία.....	20
α. Πρακτικά προστιθέμενα μπόνους.....	20
β. Ποια είναι τα οφέλη του θηλασμού για το μωρό;.....	21
γ. Υπάρχουν οφέλη θηλασμού για τη μητέρα;.....	22
4. Θηλασμός στον 21ο αιώνα.....	23
5. ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ.....	27
5.1 Η ΜΗΤΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ.....	30
5.1.1. Διατροφικές ανάγκες σε μακρομοριακά συστατικά και μεταλλικά στοιχεία.....	30
6.1 Ειδικές Λοιμώξεις της μητέρας και Θηλασμός.....	33
7. Προσδιοριστικοί παράγοντες και συνέπειες της θνησιμότητας και της υγείας των βρεφών και των παιδιών.....	39
7.1 Αιτίες.....	41
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	46

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου Dr. Δαπόντε Αλέξανδρο για την καθοδήγηση και επίβλεψη της διατριβής μου.

Επίσης τους καθηγητές της τριμελούς επιτροπής Dr. Γκαρά και Dr. Καψωριτάκη για την πρόοδο μου στο μεταπτυχιακό.

Ευχαριστώ τέλος και την οικογένειά μου για την υποστήριξή τους με την αγάπη τους για την πορεία της ζωής μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διατροφή κατά τη βρεφική ηλικία είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη στις μετέπειτα ηλικίες και για το λόγο αυτόν η σωστή διατροφή έχει αποτελέσει κατά το παρελθόν, και συνεχίζει να αποτελεί ακόμη και σήμερα, αντικείμενο ανάπτυξης συνεχών δράσεων πολλών διεθνών οργανισμών. Το μητρικό γάλα, ως φυσιολογικός τρόπος διατροφής του βρέφους, προσφέρει την πλέον ιδανική τροφή για αυτά, καθώς περιέχει στη σωστή αναλογία ενέργεια, πρωτεΐνες, βιταμίνες, ορμόνες, αντισώματα και άλλα πολύτιμα διατροφικά στοιχεία. Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί και πλέον έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι τα οφέλη του μητρικού γάλακτος στη σωματική ανάπτυξη του βρέφους είναι αδιαμφισβήτητα και πολλαπλά. Τα τελευταία χρόνια, μετά από πολύχρονες έρευνες, έχουν αρχίσει να διαφαίνονται και τα οφέλη του στην ψυχική υγεία του βρέφους, όπως η ενίσχυση του δεσμού μητέρας-βρέφους, η ανάπτυξη της συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της και η δημιουργία ισχυρών δεσμών ανάμεσα στη μητέρα, το παιδί και την οικογένεια. Επιπλέον, ο μητρικός θηλασμός προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια στο παιδί, δημιουργεί παιδιά περισσότερο ασφαλή και ανεξάρτητα, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην ενίσχυση της γνωστικής και της ψυχοσυναισθηματικής τους ανάπτυξης. Μέσα από όλα τα παραπάνω ενισχύεται πλέον η πεποίθηση ότι το μητρικό γάλα είναι μοναδικό, προσφέρει τον πλέον ιδανικό τρόπο διατροφής των βρεφών και συμβάλλει αποτελεσματικά στη δημιουργία υγιών, σωματικά αλλά και ψυχικά, παιδιών και ενηλίκων.

ABSTRACT

Nutrition in infancy is very important for development in later ages and for this reason proper nutrition has been made in the past and still continues to be the subject of continuous action by many international organizations. Breast milk, as the normal diet of the infant, offers the most ideal food for them, as it contains the right amount of energy, proteins, vitamins, hormones, antibodies and other valuable nutritional elements. Many researches has been carried out and has now been scientifically documented that the benefits of breast milk to the baby's physical development are indisputable and multiple. In recent years, after many years of research, its benefits to the baby's mental health have also begun to emerge, such as strengthening maternal-infant bonding, developing the emotional relationship between mother and child, and creating strong links between the mother, the child and the family. In addition, breastfeeding provides emotional safety to the child, creates children more secure and independent, while at the same time helping to strengthen their cognitive and psycho-emotional development. Through all of the above, the belief that breast milk is unique, it offers the most ideal way of nourishing the infant and contributes effectively to the creation of healthy, physically and mentally, children and adults.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια στρατηγική για την παιδική και τη βρεφική διατροφή του Παγκόσμιου Οργανισμού (ΠΟΥ) και της UNICEF συνιστά την αποκλειστική διατροφή των βρεφών με μητρικό γάλα κατά τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους. Στη συνέχεια, προτείνει τη διατροφή τους επίσης με μητρικό γάλα και κατάλληλη συμπληρωματική διατροφή, μέχρι να φθάσουν στην ηλικία των 2 ετών ή και περισσότερο. Σήμερα, η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει το ζωτικής σημασίας ρόλο του μητρικού θηλασμού για την επιβίωση των βρεφών και την ανάπτυξη των 136,7 εκατομμυρίων παιδιών που γεννιούνται κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο. Ο μητρικός θηλασμός διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας. Είναι σημαντικός για την προστασία κατά των μολυσματικών ασθενειών, παρέχει τις βασικές θρεπτικές ουσίες κατά τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής του παιδιού και βοηθά στην πρόληψη του νανισμού, ενός είδους χρόνιου υποσιτισμού που έχει προσβάλλει 165 εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο. Ο μητρικός θηλασμός μειώνει επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι η παχυσαρκία. Επιπλέον, οι μελέτες έχουν δείξει ότι ο μητρικός θηλασμός ενισχύει τη γνωστική ανάπτυξη, βοηθώντας έτσι τα παιδιά να μαθαίνουν καλύτερα και να εξελίσσονται σε παραγωγικούς ενήλικες. Τα παιδιά τα οποία έχουν τραφεί αποκλειστικά με μητρικό γάλα κατά τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους, έχουν 14 φορές περισσότερες πιθανότητες να επιζήσουν έναντι εκείνων που δεν έχουν τραφεί με μητρικό γάλα.

Επιπλέον, το νεογνό προσλαμβάνει το πρωτόγαλα ως πρώτη τροφή, που είναι πλούσιο σε ενεργά ανοσολογικά κύτταρα, αντισώματα, προστατευτικές πρωτεΐνες και βιταμίνη Α, η οποία βοηθά στην προστασία των οφθαλμών και περιορίζει τις οφθαλμολογικές λοιμώξεις, αλλά περιέχει και ουσίες που προκαλούν συσπάσεις στα έντερα του βρέφους και τα βοηθούν έτσι να ενεργοποιηθούν και να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, αποτρέποντας αλλεργιογόνους και λοιπούς μικροοργανισμούς να διαπεράσουν τον οργανισμό του βρέφους. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περισσότερα από τα μισά νεογέννητα δεν τρέφονται με μητρικό γάλα κατά την πρώτη ώρα της ζωής τους. (Ε. ΓΑΚΗ και συν).

Μελέτες δείχνουν ότι η έναρξη του μητρικού θηλασμού, αμέσως μετά τη γέννηση, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου του νεογέννητου κατά 20%, ενισχύοντας το ανοσοποιητικό του σύστημα. Ένα βρέφος που θηλάζει ασθενεί σπανιότερα, επιβαρύνει λιγότερο το σύστημα υγείας και οι πιθανότητες για απουσίες των γονέων από την εργασία τους, λόγω ασθένειας του παιδιού, είναι λιγότερες.

Τα τελευταία χρόνια, μέσα από έρευνες πολλών ετών, έχουν αρχίσει να διαφαίνονται πλέον οι θετικές επιδράσεις του μητρικού θηλασμού όχι μόνο στη σωματική, αλλά και στην ψυχική ανάπτυξη των βρεφών, γεγονός το οποίο αποδεικνύει τη σπουδαιότητα και τη σημαντικότητά του στην υγιή ανάπτυξη των ίδιων, αλλά και του συνόλου της κοινωνίας.

1. Ορισμός: μητρικός θηλασμός

Διατροφή παιδικού μητρικού γάλακτος. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, το ανθρώπινο μητρικό γάλα προτιμάται για όλα τα βρέφη. Αυτό περιλαμβάνει ακόμη και πρόωρα και άρρωστα μωρά, με σπάνιες εξαιρέσεις. Είναι το λιγότερο πιθανό να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις, είναι φθινό, είναι άμεσα διαθέσιμο σε οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ή της νύχτας, τα μωρά δέχονται εύκολα τη γεύση, και τα αντισώματα στο μητρικό γάλα μπορούν να βοηθήσουν το μωρό να αντισταθεί στις μολύνσεις.

Στο μητρικό γάλα, τα αμινοξέα (τα δομικά στοιχεία των πρωτεϊνών) είναι καλά ισορροπημένα για το ανθρώπινο μωρό, όπως και τα σάκχαρα (κυρίως η λακτόζη) και τα λίπη. Το εντερικό σύστημα του μωρού βοηθά καλύτερα στην πέψη του από τις βιταμίνες, τα ένζυμα και τα ανόργανα συστατικά που βρίσκονται στο μητρικό γάλα. Τα θηλάζοντα μωρά τρώνε συχνότερα από τα μωρά που τρέφονται από τη φόρμουλα, αφού το μητρικό γάλα πέφτει πιο γρήγορα και αφήνει το στομάχι πιο άδειο.

Ο αποκλειστικός θηλασμός είναι η ιδανική διατροφή και αρκεί να υποστηριχθεί η βέλτιστη ανάπτυξη και εξέλιξη για τους πρώτους 6 μήνες μετά τη γέννηση, σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής. Επιπλέον, συνιστάται ο θηλασμός να συνεχίζεται για τουλάχιστον 12 μήνες, και στη συνέχεια για όσο διάστημα επιθυμείται αμοιβαία. Τα βρέφη που απογαλακτίστηκαν πριν από την ηλικία των 12 μηνών δεν θα πρέπει να λαμβάνουν τροφή αγελαδινού γάλακτος, αλλά θα πρέπει να λαμβάνουν συνταγή για βρέφη ενισχυμένα με σίδηρο. Βλέπε επίσης: πρακτικές θηλασμού; και το μητρικό γάλα.

2. Ιστορικά στοιχεία- τεχνική προετοιμασία και διαδικασία μητρικού θηλασμού

Από την αρχαιότητα μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα και την εκβιομηχάνιση των κοινωνιών, για περίπου 4.000-5.000 χρόνια, η κύρια τροφή ενός βρέφους είναι το ανθρώπινο γάλα, το οποίο προέρχεται είτε από την μητέρα (μητρικός θηλασμός), είτε από άλλη γυναίκα (θετός θηλασμός). Επομένως, για 100.000 γενιές του ανθρώπινου είδους το μητρικό γάλα είχε την μεγαλύτερη διατροφική αξία στην σίτιση ενός βρέφους.

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. Πολλά επιστημονικά συγγράμματα αποδεικνύουν την σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού. Αν και πραγματοποιήθηκαν πολλές απόπειρες εναλλακτικής διατροφής, πλην του μητρικού θηλασμού, δεν είχαν μεγάλη επιτυχία. Σε περιόδους πτώσεως των χρηστών ηθών και

κοινωνικής τύφλωσης, η συχνότητα του θηλασμού ήταν περιορισμένη. Ωστόσο, σε εποχές που η κοινωνία έχει σταθερότητα και εργατικότητα, ο θηλασμός αναπτύσσεται (Davies et al, 2013).

Ο μητρικός θηλασμός διατηρήθηκε ως και τις αρχές του 20 αιώνα, αλλά μετά την εκβιομηχάνιση, περιορίστηκε καθώς εμφανίζεται η κουλτούρα του μπιμπερό, μετά από την ακατάσχετη εμπορευματοποίηση του τεχνητού γάλακτος. Στις μέρες μας, ύστερα από συντονισμένες προσπάθειες, παρατηρείται επιστροφή στον μητρικό θηλασμό, μια διαδικασία που έχει πολλά οφέλη για την υγεία των βρεφών και κατ' επέκταση των κοινωνιών παγκοσμίως.

2.1 Μητρικός θηλασμός από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα

Σε πολλά συγγράμματα και σε παπύρους των αρχαίων χρόνων, περιγράφονται οδηγίες για την αύξηση παραγωγής του γάλακτος, τη διατροφή της μητέρας που θηλάζει, τη χαλάρωση, το συχνό θηλασμό και την σπουδαιότητα του μητρικού γάλακτος.

Στους Βαβυλωνίους, η θεά Αστάρτη, 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.

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)

Στην εποχή του Ομήρου, ο θεσμός της τροφού ήταν συχνός. Οι τροφοί ήταν σκλάβες, οι οποίες θηλάζαν τα παιδιά των μητέρων, που ανήκαν σε υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις και τα φρόντιζαν μέχρι να ενηλικιωθούν. Επίσης, είχαν σημαντικές υπευθυνότητες και τον πρώτο ρόλο στην επίβλεψη των υπηρετών και σκλάβων του σπιτιού.

Στην περίοδο των Πτολεμαίων, η ελληνική επίδραση είχε σαν επακόλουθο την αύξηση του αριθμού των τροφών, οι οποίες θηλάζαν τα παιδιά για έξι μήνες ή περισσότερο και μετά τους

έδιναν γάλα αγελάδας. Ο Ιπποκράτης αναφέρει για το μητρικό θηλασμό ότι «το γάλα της δικής του μάνας για το μωρό είναι ωφέλιμο ενώ για τα άλλα βλαβερό».

Στην αρχαία Σπάρτη, όλες οι γυναίκες, ακόμα και η βασίλισσα, ήταν υποχρεωμένες να θηλάσουν τον πρωτότοκο γιο τους και οι πληβείες (τροφοί) φρόντιζαν και θήλαζαν όλα τα υπόλοιπα παιδιά.

Κατά την ρωμαϊκή περίοδο, ο ένθερμος υποστηρικτής του μητρικού θηλασμού και γιατρός, Σοράνός, πίστευε ότι ο θηλασμός πρέπει να αρχίζει ύστερα από την τρίτη εβδομάδα μετά την γέννηση γιατί τότε παράγεται πλήρες γάλα αφού η μητέρα προλαβαίνει να ξεκουράζεται. Στο διάστημα των τριών εβδομάδων, η οικογένεια προσλάμβανε μια τροφή που, κατά το Σοράνο, έπρεπε να συνεχίσει να υπάρχει σ' όλο το διάστημα που το νεογέννητο θηλάζει. Το μητρικό γάλα είναι καλύτερο, γι' αυτό σε στιγμές που η μητέρα αδυνατεί να θηλάσει και προκειμένου να χρησιμοποιηθούν υποκατάστατα όπως το μέλι με νερό ή κατσικίσιο γάλα, καλό θα είναι να υπάρχει τροφός. Για την επιλογή της τροφού, έπρεπε να πληρούνται κάποια κριτήρια, όπως να ήταν υγιής, δεν έπρεπε να είναι μικρότερη από είκοσι ούτε μεγαλύτερη από σαράντα χρονών και να μην έχει γεννήσει πάνω από δυο ή τρεις φορές. Κατά την βυζαντινή περίοδο, αν και δεν υπάρχουν πολλά βιβλιογραφικά δεδομένα, οι μητέρες συνήθιζαν να τρέφουν τα παιδιά τους αποκλειστικά με το γάλα τους, όχι μόνο για θρεπτικούς λόγους αλλά και για προστασία του νεογέννητου από τις δυσμενείς εξωτερικές επιδράσεις.

Κατά το 18ο αιώνα, στη Γαλλία, η διατροφή του νεογέννητου ήταν ο μητρικός θηλασμός, ο θηλασμός από τροφό, η τεχνητή διατροφή με γάλα ζώων ή διατροφή με χυλό. Η πλειοψηφία των βρεφών, κυρίως στο Παρίσι, τρεφόταν από τροφούς, διότι οι μητέρες επιθυμούσαν να διατηρήσουν την εμφάνισή τους. Το 1705, νομοθετήθηκε η προστασία του παιδιού και τα δικαιώματα των τροφών. Οι τροφοί έπρεπε να θηλάζουν, εκτός από τα δικά τους παιδιά, δύο ξένα και κάθε παιδί έπρεπε να έχει τη δική του κούνια για την αποφυγή του κινδύνου της ασφυξίας.

Με την πάροδο των ετών, ο θεσμός του τροφού έγινε επάγγελμα και, μάλιστα επικερδές, ειδικά για τις γυναίκες της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. Όμως, η πρακτική αυτή, είχε και αρνητικά αποτελέσματα. Η πλειοψηφία των τροφών εγκατέλειπαν τα δικά τους παιδιά με επακόλουθο να αυξηθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των παιδιών (Μώρος, 2010).

Μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα, πάνω από τα 2/3 των γυναικών θηλάζαν τα βρέφη τους, σε παγκόσμιο επίπεδο. Στις αρχές του 20ου και ειδικά μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο παρατηρήθηκε δραματική μείωση του ποσοστού των γυναικών που θηλάζουν. Τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με τα βρέφη που τρέφονται κατά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους αποκλειστικά με μητρικό γάλα δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά.

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, ο θεσμός του τροφού εξαφανίστηκε και αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του μητρικού γάλακτος και αυτό οδήγησε στην ίδρυση των Τραπεζών Μητρικού θηλασμού για τα βρέφη, που δεν μπορούσαν να θηλάσουν από την μητέρα τους. Η πρώτη τράπεζα Μητρικού Θηλασμού δημιουργήθηκε το 1910 στην Βοστώνη.

Επίσης, λόγω της εκβιομηχάνισης, εισήχθη η τεχνητή διατροφή για το θηλασμό των βρεφών και ήταν επόμενη η παρακμή του μητρικού θηλασμού. Αυτός ήταν ακόμα ένας λόγος να αναγνωρισθεί η σημαντικότητα του γάλακτος της μητέρας.

2.2. Προετοιμασία Θηλασμού και φροντίδα στήθους

Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, δηλαδή έξω στη φύση, το στήθος της γυναίκας δε θα μπορούσε να προστατευτεί, χωρίς τη χρήση των ρούχων και θα ερχόταν σε επαφή με τον ήλιο, τον αέρα και το χώμα και θα ήταν ικανό να περάσει στην τελική του λειτουργία, που είναι ο θηλασμός. Στις μέρες μας, το στήθος της γυναίκας προστατεύεται από ρούχα, οπότε δεν είναι αρκετά σκληραγωγημένο. Ωστόσο, αυτό δεν είναι το μοναδικό ζήτημα. Αυτό από μόνο του δεν αποτελεί πρόβλημα (Κωνσταντόπουλος, 2008).

Ταυτόχρονα, η γυναίκα κατακλύζεται από σκέψεις, όπως ότι ο θηλασμός πονά, ότι το στήθος είναι απλώς μια άλλη μορφή διατροφής και οι θηλές της πρέπει να έχουν το τέλειο σχήμα της πιπίλας ή της θηλής ενός μπουκαλιού. Αυτό το γεγονός είναι σοβαρό ζήτημα. Επιπρόσθετα, πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι έχουν στήθος ακατάλληλο για θηλασμό. Από την άλλη, ορισμένες επιθυμούν να θηλάσουν αλλά πιστεύουν ότι έχασαν την ευκαιρία, γιατί δεν προετοιμάστηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι ορμόνες κάνουν το στήθος της εγκύου κατάλληλο και ικανό να θηλάσει, όσα βρέφη και αν γεννηθούν (Παπαβεντζής, 2011).

Γύρω από το ζήτημα του θηλασμού έχουν σχηματιστεί μύθοι, που κυκλοφορούν γύρω από αυτόν, όπως η τριβή των θηλών. Η τριβή των θηλών για να σκληρύνουν δεν είναι απαραίτητη, διότι το στόμα του βρέφους διαμορφώνει τη θηλή κατά τη διάρκεια του θηλασμού και γιατί είναι στυτικό όργανο. Κατά τη διάρκεια ενός σωστού θηλασμού εκκρίνεται η ορμόνη ωκυτοκίνη, που σκληραίνει και ανορθώνει τις θηλές χωρίς να προηγηθεί κάτι γι' αυτό.

Η σωστή προετοιμασία της εγκύου για το θηλασμό, αφορά κυρίως στο ψυχολογικό κομμάτι, ώστε να πιστέψει η ίδια ότι όλα θα πάνε καλά και ότι δεν θα αντιμετωπίσει πρόβλημα. Οι μητέρες θα βοηθηθούν πολύ εάν ενημερωθούν για την τέχνη και τη διαδικασία του θηλασμού, ρωτώντας μητέρες που θηλάσαν αποκλειστικά και επιτυχώς, διαβάζοντας σχετικά βιβλία και παρακολουθώντας τις συναντήσεις του Συνδέσμου Θηλασμού Ελλάδος (Παπαβεντζής, 2011).

Όσον αφορά το πρακτικό μέρος της προετοιμασίας της γυναίκας, που πρόκειται να θηλάσει, συνιστάνται τα εξής (Κωνσταντόπουλος, 2008). Η γυναίκα πρέπει:

- να διατηρεί σωστά τη σωματική της υγιεινή, να σαπουνίζει τις μασχάλες της, την περιοχή κάτω από το στήθος και να την στεγνώνει προσεκτικά.
- να καταναλώνει άφθονο νερό, για να ενυδατώνεται το δέρμα της.
- να μην σαπουνίζει τις θηλές της. Το δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω είναι όμοιο με το δέρμα που έχουν τα χείλη. Αν σαπουνίζει τα χείλη και το δέρμα της θηλής, θα ξεραθούν, θα ανοίξουν και θα πονά.
- να αποφεύγει τα συνθετικά εσώρουχα και ρούχα. Ειδικά τις ώρες που βρίσκεται στο σπίτι, συνιστάται να μη φοράει στηθόδεσμο ή να φοράει στηθόδεσμο θηλασμού ανοιγμένο μπροστά, ώστε οι θηλές να έρχονται σε επαφή και ελαφρά τριβή με το ρούχο ή τον αέρα.

2.2.1. Διαδικασία Θηλασμού

Ο θηλασμός είναι μία διαδικασία, που αρχίζει αμέσως μετά τον τοκετό. Κάθε πρωί είναι απαραίτητο για την μητέρα το μπάνιο καθαριότητας, η οποία πρέπει να πλένει το στήθος, τις πτυχές κάτω από αυτό και τις μασχάλες με σαπούνι και νερό. Τις επόμενες φορές το στήθος πλένεται πριν και μετά το θηλασμό μόνο με νερό. Η θηλάζουσα πρέπει να αποφεύγει τη χρήση των αντισηπτικών, διότι ξηραίνουν τη φυσική λιπαρότητα της θηλής και έτσι τραυματίζεται ευκολότερα. Επίσης, η μητέρα πρέπει να πλένει τα χέρια πριν από κάθε θηλασμό, γιατί έτσι προφυλάσσεται το μωρό από πολλές μολύνσεις. Όταν οι μητέρες δεν θηλάζουν συνιστάται η εφαρμογή ενός κατάλληλου στηθόδεσμου και η φροντίδα των θηλών ώστε να είναι καθαρές και στεγνές.

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 αδειάζεται συχνά και πλήρως από το

γάλα που περιέχει όπου αυτό πρακτικά σημαίνει συχνός και αποτελεσματικός (σωστός) θηλασμός. (Lowdermilk, 2006)

Κατά την διάρκεια του θηλασμού, η θέση της θηλάζουσας πρέπει να είναι αναπαυτική. Κάθε γυναίκα επιλέγει τη δική της στάση ώστε να είναι αναπαυτική. Αν η μητέρα θηλάζει καθιστή, ένα μαξιλάρι στα γόνατά θα δώσει την απαραίτητη βοήθεια. Το μωρό πρέπει να είναι ξαπλωμένο στο πλάι και γυρισμένο προς το στήθος της μητέρας. Με το ένα χέρι η μητέρα κρατάει το στήθος από κάτω και με την παλάμη του άλλου χεριού κρατάει το κεφαλάκι του μωρού από τον αυχένα. Όταν το βρέφος, ενώ ψάχνει, ανοίξει καλά το στόμα του, έχει σημασία το κάτω χείλος του να βρίσκεται κάτω από τη βάση της θηλής και τότε σπρώχνετε ελαφρά το κεφαλάκι του προς το στήθος. Με την κίνηση αυτή το βρέφος παίρνει στο στόμα του τμήμα της θηλαίας άλω, σε ίση απόσταση πάνω και κάτω από τη θηλή (Παπαβεντζής, 2011).

2.2.2. Σωστό πιάσιμο της θηλής και κράτημα στήθους

Το βρέφος πρέπει να θηλάζει τη θηλαία άλω δηλαδή τη σκούρα περιοχή γύρω από τη θηλή. Η θηλή θα πρέπει να βρίσκεται πάνω από τη γλώσσα του ενώ τα χείλη του να αγκαλιάζουν τη θηλαία άλω.

Οι μητέρες πρέπει να γνωρίζουν πως θα τοποθετήσουν σωστά το βρέφος τους στο στήθος, διότι οι ραγάδες και άλλες ενοχλήσεις οφείλονται κυρίως στην κακή στάση. Πρέπει να κάθονται άνετα, με χαλαρούς μύες. Για να πετύχουν τη σωστή θέση θηλασμού, οι μητέρες θα πρέπει να κρατάνε το στήθος με τα τέσσερα δάκτυλα από κάτω και τον αντίχειρα επάνω κοντά στη θηλαία άλω, για να πιέζουν ελαφρά κατά τη διάρκεια του θηλασμού και έτσι να μην κλείνεται η μυτούλα του μωρού. Έπειτα, σπρώχνεται ελαφρά το κεφαλάκι του μωρού προς το στήθος. Με τη σωστή θέση του βρέφους, επιτυγχάνεται να λαμβάνει περισσότερη ποσότητα γάλακτος και να μην μένει συνέχεια στο στήθος της μητέρας. Επομένως, αποφεύγεται ο τραυματισμός της θηλής, που είναι συχνά αιτία αποφυγής θηλασμού. Αν υπάρχει η υπόνοια πως είτε η μητέρα είτε το μωρό δεν είναι καλά τοποθετημένο, η διαδικασία επαναλαμβάνεται όσες φορές είναι απαραίτητο (Jule, 2010).

2.2.3. Στάσεις Θηλασμού

Ο σωστός θηλασμός στηρίζεται στη θέση της μητέρας και του βρέφους. Επομένως, η μητέρα πρέπει, από τους πρώτους θηλασμούς, να συμβουλευτεί τους επαγγελματίες υγείας, ώστε με την άμεση και σωστή βοήθεια θα γίνει πιο σύντομα αυτόνομη (Moorhead, 2006).

1. Football hold – Στάση του αμερικάνικου ποδόσφαιρου (Εικόνα 1):

Ο αυχένας και το πίσω μέρος του κεφαλιού του βρέφους τοποθετείται στην παλάμη της μητέρας και το σώμα του κατά μήκος του πήχη της. Έπειτα τα πόδια του βρέφους τοποθετούνται κάτω από τη μασχάλη της. Η μύτη και το πηγούνι του, πρέπει να “βλέπουν” το στήθος. Η στάση αυτή είναι πολύ πρακτική για γυναίκες που έχουν κάνει καισαρική τομή, για γυναίκες με πολύ μεγάλο στήθος, για πολύ μικρά μωρά, αλλά και για δίδυμα. Ένα μαξιλάρι θηλασμού κάτω από το χέρι της μητέρας θα κάνει τη στάση αυτή πιο ξεκούραστη.



Εικόνα 1 Football hold

2. Ξαπλωμένη στο πλάι:

Αυτή η θέση είναι ιδιαίτερα αναπαικτική και συνιστάται σε περίπτωση επώδυνης περινεοτομής, η καισαρικής, ή τη νύχτα, αν η μητέρα επιθυμεί να μείνει στο κρεβάτι και να ξεκουραστεί. Ξαπλώνει στο πλάι, με τον μηρό να ακουμπάει σε ένα μαξιλάρι. Για να είναι ο αυχένας χαλαρός, τοποθετείται το κεφάλι σε ένα μαξιλάρι. Το βρέφος τοποθετείται στο κρεβάτι, με το στόμα του στο ύψος της θηλής, το πρόσωπό του στραμμένο προς το στήθος και την κοιλιά του πάνω στην κοιλιά της μητέρας. Ένα μαξιλάρι στην πλάτη του θα το εμποδίσει να γυρίσει.



Εικόνα 2 Ξαπλωμένη στο πλάι

3. Καθιστική θέση:

Στη θέση αυτή, αν η μητέρα έχει τη δυνατότητα μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα μαξιλάρι θηλασμού, το οποίο είναι γεμισμένο με ένα μαλακό υλικό. Το μαξιλάρι θηλασμού θα επιτρέψει να βολευτεί η μητέρα καλά με το μωρό της. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει μαξιλάρι θηλασμού χρησιμοποιούνται πολλά μαξιλάρια. Η μητέρα κάθεται αναπαυτικά ώστε να φέρνει το στήθος προς τα μπρος χωρίς προσπάθεια και με τα πόδια ανασηκωμένα. Έπειτα, το κεφαλάκι του βρέφους τοποθετείται στο εσωτερικό του αγκώνα της μητέρας με την κοιλιά του πάνω στο σώμα της και το πρόσωπό του μπροστά στο στήθος της.

4. Καθισμένη σε μια καρέκλα:

Η μητέρα κάθεται στην καρέκλα ανασηκώνοντας τα πόδια με τη βοήθεια ενός σκαμνιού ή ενός χοντρού μαξιλαριού, έτσι ώστε τα γόνατα να είναι πιο ψηλά από τους γοφούς. Αν δεν υπάρχει κάτι να ανασηκώνει τα πόδια της μπορεί να σταυρώσει τις γάμπες τις. Ή να τοποθετήσει ένα μαξιλάρι ανάμεσα στη ράχη της καρέκλας και το πάνω μέρος της πλάτης, ώστε να μην σκύβει προς το παιδί. Το βρέφος τοποθετείται στο εσωτερικό του αγκώνα πάνω σε μαξιλάρια, για να βρεθεί στο ύψος του στήθους και το σώμα του πάνω στο σώμα της μητέρας. Το χέρι του βρέφους που ακουμπάει πάνω στη μητέρα τοποθετείται κάτω από τον μπράτσο της.

Σε όλες τις στάσεις, το βρέφος πρέπει:

- Να ανοίξει πολύ καλά το στόμα του και να πιάσει όχι μόνο τη θηλή αλλά και μεγάλο μέρος της θηλαίας άλω.
- Να αγκαλιάζει με τη γλώσσα, από κάτω τη θηλή.
- Να είναι τα χείλη του στραμμένα προς τα έξω, ώστε να μπορεί η μητέρα να το βλέπει.
- Να ακουμπάει το πηγούνι καλά το στήθος της μητέρας.

Ο μητρικός θηλασμός είναι ελεύθερος και απεριόριστος, δηλαδή το βρέφος έχει τη δυνατότητα να θηλάσει όλο το εικοσιτετράωρο και όσο επιθυμεί, χωρίς να το διακόπτει η μητέρα. Επίσης, η μητέρα δεν πρέπει να ανησυχεί, αν το βρέφος θηλάσει άλλες φορές περισσότερο χρόνο και άλλες λιγότερο. Επιπρόσθετα, τα γεύματα δεν είναι ποτέ ισόχρονα. Όσο πιο συχνά και απεριόριστα θηλάζει το βρέφος, τόσο γρηγορότερα έρχεται το πρωτόγαλα, το οποίο αν και είναι ποσοτικά λίγο, είναι πλούσιο σε θρεπτικές ουσίες.

Σε κάθε θηλασμό, το βρέφος πρέπει να θηλάζει μόνο από τον ένα μαστό και στον επόμενο από τον άλλον. Αν η μητέρα διακόψει τον θηλασμό από τον ένα μαστό και ξεκινήσει

από τον άλλο σε ένα γεύμα, το βρέφος θα τραφεί με λεπτότευστο γάλα, διότι η ποιότητα του γαλακτός είναι διαφορετική κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Στην αρχή του θηλασμού, το γάλα είναι λεπτότευστο ενώ προς το τέλος του θηλασμού παχύρευστο, γιατί περιέχει περισσότερο λίπος, που σημαίνει θερμίδες απαραίτητες για τις ανάγκες του νέου οργανισμού.

Η απομάκρυνση του βρέφους από το στήθος πραγματοποιείται πάντα βάζοντας απαλά το δάκτυλο ανάμεσα στο στόμα του βρέφους και στο στήθος και πιέζοντας το στήθος προς τα κάτω και όχι με τράβηγμα, γιατί μπορεί να τραυματιστούν οι θηλές.

Με κάθε ολοκλήρωση του γεύματος, το βρέφος πρέπει να μείνει όρθιο και ακουμπισμένο στο στήθος της μητέρας ή μπρούμυτα στα πόδια της, για να μπορεί η μητέρα να τρίβει απαλά την πλάτη, ώστε να ρευτεί και, έπειτα, τοποθετείται στο κρεβάτι με το κεφαλάκι στο πλάι (Jule, 2010).

3. Επιδημιολογία και φυσιολογία του μητρικού θηλασμού

3.1 Φυσιολογία της γαλουχίας .

Η γαλουχία είναι η έκκριση του γάλακτος από εξειδικευμένους αδένες (μαστικοί αδένες) για την παροχή τροφής στους απογόνους.

3.1.1. Επισκόπηση της γαλουχίας

Η γαλουχία περιγράφει την έκκριση του γάλακτος από τους μαστικούς αδένες και την χρονική περίοδο που η μητέρα γαλακτοκομεί για να ταΐσει το βρέφος. Η διαδικασία εμφανίζεται σε όλα τα θηλυκά θηλαστικά, αν και προηγείται της προέλευσης των θηλαστικών. Στον άνθρωπο η διαδικασία της διατροφής γάλακτος ονομάζεται θηλασμός ή νοσηλευτική.

Η κύρια λειτουργία της γαλουχίας είναι να παρέχει διατροφή και ανοσοπροστασία στα βρέφη μετά τη γέννηση. Σε όλα σχεδόν τα θηλαστικά, η γαλουχία προκαλεί μια περίοδο στειρότητας, η οποία χρησιμεύει για να παρέχει το βέλτιστο διάστημα γέννησης για επιβίωση των απογόνων.

Στα περισσότερα είδη, το γάλα βγαίνει από τις θηλές της μητέρας. Ωστόσο, το platypus (ένα μη πλακουντιακό θηλαστικό) απελευθερώνει γάλα μέσω αγωγών στην κοιλιά του. Σε μόνο ένα είδος θηλαστικού, το ρόπαλο φρούτων Dayak, η παραγωγή γάλακτος είναι μια φυσιολογική αρσενική λειτουργία.

Σε ορισμένα άλλα θηλαστικά, το αρσενικό μπορεί να παράγει γάλα ως αποτέλεσμα μιας ανισορροπίας ορμονών. Αυτό το φαινόμενο μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και στα νεογέννητα βρέφη (για παράδειγμα γάλα μάγισσας).

Η γαλακτοποιία είναι η διατήρηση της παραγωγής γάλακτος. Αυτό το στάδιο απαιτεί προλακτίνη και ωκυτοκίνη.

3.1.2. Προετοιμασία για τη γαλουχία

Μέχρι τον πέμπτο ή τον έκτο μήνα της εγκυμοσύνης, τα στήθη είναι έτοιμα να παράγουν γάλα. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μέρους της εγκυμοσύνης, τα στήθη της γυναίκας εισέρχονται στο στάδιο λακτογένεσης I. Αυτό συμβαίνει όταν τα στήθη κάνουν το πρωτόγαλα, ένα χοντρό, μερικές φορές κιτρινωπό υγρό.

Σε αυτό το στάδιο, υψηλά επίπεδα προγεστερόνης εμποδίζουν την παραγωγή γάλακτος. Δεν αποτελεί ιατρικό πρόβλημα εάν μια έγκυος γυναίκα διαρρέει οποιοδήποτε πρωτόγαλα πριν από τη γέννηση του μωρού της, ούτε αποτελεί ένδειξη μελλοντικής παραγωγής γάλακτος.

Κατά τη γέννηση, τα επίπεδα της προλακτίνης παραμένουν υψηλά, ενώ η παράδοση του πλακούντα οδηγεί σε απότομη πτώση των επιπέδων γαλακτογόνου προγεστερόνης, οιστρογόνου και ανθρώπινου πλακούντα. Αυτή η απότομη απομάκρυνση της προγεστερόνης παρουσία υψηλών επιπέδων προλακτίνης διεγείρει την άφθονη παραγωγή γάλακτος του σταδίου λακτογένεσης II.

Όταν ο μαστός διεγείρεται, τα επίπεδα της προλακτίνης στο αίμα αυξάνονται και κορυφώνουν σε περίπου 45 λεπτά, στη συνέχεια επιστρέφουν στην κατάσταση προ-θηλασμού, περίπου τρεις ώρες αργότερα. Η απελευθέρωση της προλακτίνης πυροδοτεί τα κύτταρα στις κυψελίδες για να κάνει το γάλα.

3.1.3. Πρωτόγαλα

Το πρωτόγαλα είναι το πρώτο γάλα που παίρνει ένα θηλασμένο μωρό. Περιέχει υψηλότερες ποσότητες λευκών αιμοσφαιρίων και αντισωμάτων από το ώριμο γάλα και είναι ιδιαίτερα υψηλό στην ανοσοσφαιρίνη A (IgA), η οποία καλύπτει την επένδυση των ανώριμων εντέρων του μωρού και βοηθά στην πρόληψη των παθογόνων να εισβάλλουν στο σύστημα του μωρού. Η εκκριτική IgA συμβάλλει επίσης στην πρόληψη των αλλεργιών στα τρόφιμα. Τις πρώτες δύο εβδομάδες μετά τη γέννηση, η παραγωγή του πρωτογάλατος απομακρύνεται σιγά-σιγά από το ώριμο μητρικό γάλα.

3.2 Πώς ωφελεί ο θηλασμός για τη μητέρα;

Ο θηλασμός είναι ένα θαυμάσιο δώρο τόσο για την μητέρα όσο και για το μωρό της.

3.2.1 Απελευθέρωση καλών ορμονών

Πολλές μητέρες αισθάνονται την εκπλήρωση και τη χαρά από τη σωματική και συναισθηματική κοινωνία που γνωρίζουν με το παιδί τους ενώ θηλάζουν. Αυτά τα συναισθήματα αυξάνονται με την απελευθέρωση ορμονών, όπως:

Προλακτίνη: Παράγει μια γαλήνια, ενθουσιώδη αίσθηση που σας επιτρέπει να χαλαρώσετε και να εστιάσετε στο παιδί σας.

Οξυτοκίνη: Προωθεί μια ισχυρή αίσθηση αγάπης και προσκόλλησης μεταξύ των δυο σας.

Αυτά τα ευχάριστα συναισθήματα μπορεί να είναι ένας από τους λόγους που τόσες πολλές γυναίκες που έχουν θηλάσει το πρώτο τους παιδί επιλέγουν να θηλάσουν τα παιδιά που ακολουθούν.

3.2.2 . Οφέλη για την υγεία

Ο θηλασμός παρέχει οφέλη για τις μητέρες πέρα από τη συναισθηματική ικανοποίηση.

Οι μητέρες που θηλάζουν ανακτώνται από τον τοκετό πιο γρήγορα και εύκολα. Η ορμόνη οξυτοκίνη, που απελευθερώνεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, δρα για να επιστρέψει η μήτρα στο κανονικό της μέγεθος πιο γρήγορα και μπορεί να μειώσει την αιμορραγία μετά τον τοκετό.

Μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που έχουν θηλάσει εμπειρία μειώνουν τα ποσοστά του καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών αργότερα στη ζωή.

Κατά τον θηλασμό απελευθερώνεται μία ορμόνη, η οκυτοκίνη, η οποία βοηθά την μήτρα να επιστρέψει στο μέγεθος της πριν την εγκυμοσύνη και μπορεί να μειώσει την αιμορραγία της μήτρας μετά τη γέννηση. Ο θηλασμός μειώνει επίσης τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών. Μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο οστεοπόρωσης επίσης.

Μερικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι ο θηλασμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2, ρευματοειδούς αρθρίτιδας και καρδιαγγειακής νόσου, συμπεριλαμβανομένης της υψηλής αρτηριακής πίεσης και της υψηλής χοληστερόλης.

Ο αποκλειστικός θηλασμός καθυστερεί την επιστροφή της μητρικής περιόδου της μητέρας, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στην παράταση του χρόνου μεταξύ της εγκυμοσύνης. (Σημείωση: Ο αποκλειστικός θηλασμός μπορεί να παράσχει μια φυσική μορφή αντισύλληψης εάν η μέση της μητέρας δεν έχει επιστρέψει, το μωρό θηλάζει μέρα και νύχτα και το μωρό είναι ηλικίας κάτω των έξι μηνών).

α. Πρακτικά προστιθέμενα μόνους

Υπάρχουν αρκετά πρακτικά πλεονεκτήματα για το θηλασμό καθώς και τα οφέλη που μπορεί να εκτιμήσει ολόκληρη η οικογένεια.

Το ανθρώπινο γάλα είναι πολύ λιγότερο δαπανηρό από εκείνο του εμπορίου. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας θα χρειαστείτε το πολύ 400 έως 500 θερμίδες ημερησίως για να παράγετε αρκετό γάλα για το μωρό σας, ενώ η φόρμουλα μπορεί να κοστίζει μεταξύ 4€ και 10€ ανά ημέρα, ανάλογα με το εμπορικό σήμα και τον τύπο (σε σκόνη έναντι υγρού) .

Τη νύχτα, βάζοντας το μωρό στο στήθος σας είναι πολύ πιο απλό και ταχύτερο από το να σηκωθείτε για να προετοιμάσετε ή να ζεστάνετε ένα μπουκάλι φόρμουλας. (Ο σύντροφός σας μπορεί να κάνει ακόμα πιο εύκολη τη νυχτερινή τροφοδοσία με την αλλαγή του μωρού και την πρόσδεσή της σε εσάς για νοσηλεία.)

Είναι επίσης υπέροχο να μπορέσετε να σηκώσετε το μωρό και να βγείτε έξω - είτε γύρω από την πόλη ή σε μεγαλύτερα ταξίδια - χωρίς να χρειάζεται να μεταφέρετε μια τσάντα γεμάτη εξοπλισμό σίτισης.

Ο θηλασμός είναι επίσης καλός για το περιβάλλον, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν μπουκάλια για να πλύνετε ή δοχεία για να πετάξετε μακριά.

Το κορυφαίο όφελος: εκπλήρωση της μητέρας

Παρ' όλα αυτά τα οφέλη, όμως, οι περισσότερες μητέρες θέτουν το αίσθημα της μητρικής εκπλήρωσης στην κορυφή της λίστας των λόγων τους για το θηλασμό.

Ο θηλασμός παρέχει μια μοναδική συναισθηματική εμπειρία για τη θηλάζουσα μητέρα και το μωρό. Ο θηλασμός είναι η συμπεριφορά ενός γονέα που μόνο η μητέρα μπορεί να κάνει για το μωρό της, δημιουργώντας μια μοναδική και ισχυρή σωματική και συναισθηματική σύνδεση. Ο σύντροφός σας, τα αδέρφια του μωρού και άλλοι συγγενείς μπορούν όλοι να εκτιμήσουν το νέο μέλος της οικογένειας που καλωσορίζεται με έναν τέτοιο τρόπο αγάπης.

Η λήψη του θηλασμού είναι ένα προσωπικό ζήτημα. Είναι επίσης ένα που είναι πιθανό να αντλήσει ισχυρές απόψεις από τους φίλους και την οικογένεια.

Πολλοί ιατρικοί εμπειρογνώμονες, συμπεριλαμβανομένης της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής (ΑΑΠ) και του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων, συστήνουν τον θηλασμό αποκλειστικά (χωρίς τύπο, χυμό ή νερό) για 6 μήνες. Και θηλασμός για ένα χρόνο τουλάχιστον με άλλα τρόφιμα που πρέπει να ξεκινήσει σε ηλικία 6 μηνών, όπως τα λαχανικά, τα δημητριακά, τα φρούτα, οι πρωτεΐνες.

Αλλά εσείς και το μωρό σας είστε μοναδικοί και η απόφαση εξαρτάται από εσάς. Αυτή η επισκόπηση του θηλασμού μπορεί να σας βοηθήσει να αποφασίσετε.

β. Ποια είναι τα οφέλη του θηλασμού για το μωρό;

Το μητρικό γάλα παρέχει την ιδανική διατροφή για βρέφη. Έχει ένα σχεδόν τέλειο μείγμα βιταμινών, πρωτεϊνών και λιπών. Και όλα παρέχονται σε μια μορφή πιο εύπεπτη από τη συνταγή για βρέφη. Το μητρικό γάλα περιέχει αντισώματα που βοηθούν το μωρό να καταπολεμά τους ιούς και τα βακτηρίδια. Ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο το μωρό να έχει άσθμα ή αλλεργίες. Επιπλέον, τα μωρά που θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες, χωρίς οποιαδήποτε φόρμουλα, έχουν λιγότερες λοιμώξεις στο αυτί, αναπνευστικές νόσους και διάρροια. Έχουν επίσης λιγότερες νοσηλείες και ταξίδια στον γιατρό.

Ο θηλασμός συνδέεται με υψηλότερες βαθμολογίες IQ σε μετέπειτα παιδική ηλικία σε μερικές μελέτες. Επιπλέον, η φυσική εγγύτητα, η επαφή δέρμα με δέρμα, και η επαφή με τα μάτια βοηθάει στο να δεθεί το μωρό με την μητέρα και να αισθάνεται ασφαλής. Τα θηλάζοντα βρέφη έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν τη σωστή ποσότητα βάρους καθώς μεγαλώνουν παρά να γίνουν παιδιά με υπέρβαρο βάρος. Το AAP αναφέρει ότι ο θηλασμός παίζει επίσης ρόλο στην πρόληψη του SIDS (αιφνίδιο σύνδρομο θανάτου των παιδιών). Έχει θεωρηθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο διαβήτη, παχυσαρκίας και ορισμένων μορφών καρκίνου, αλλά χρειάζεται περισσότερη έρευνα.

γ. Υπάρχουν οφέλη θηλασμού για τη μητέρα;

Ο θηλασμός καίει επιπλέον θερμίδες, έτσι μπορεί να σας βοηθήσει να χάσετε βάρος εγκυμοσύνης πιο γρήγορα. Απελευθερώνει την ορμόνη οξυτοκίνη, η οποία βοηθά τη μήτρα να επιστρέψει στο μέγεθος της πριν την εγκυμοσύνη και μπορεί να μειώσει την αιμορραγία της μήτρας μετά τη γέννηση. Ο θηλασμός μειώνει επίσης τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών . Μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο οστεοπόρωσης επίσης.

Δεδομένου ότι δεν χρειάζεται να αγοράσετε και να μετρήσετε τον τύπο, να αποστειρώσετε θηλές ή ζεστά μπουκάλια, εξοικονομείτε χρόνο και χρήμα. Σας δίνει επίσης την κανονική ώρα να χαλαρώσετε ήσυχα με το νεογέννητο καθώς δεσμεύεστε.

δ. Θα κάνω αρκετό γάλα για να θηλάσω;

Τις πρώτες μέρες μετά τη γέννηση, τα στήθη της μητέρας κάνουν ένα ιδανικό "πρώτο γάλα". Ονομάζεται πρωτόγαλα. Το πρωτόγαλα είναι χοντρό, κιτρινωπό και σπάνιο, αλλά υπάρχουν πολλά για να καλύψουν τις διατροφικές ανάγκες του μωρού. Το πρωτόγαλα βοηθά το πεπτικό σύστημα του νεογνού να αναπτυχθεί και να προετοιμαστεί για να αφομοιώσει το μητρικό γάλα.

Τα περισσότερα μωρά χάνουν μια μικρή ποσότητα βάρους στις πρώτες 3 έως 5 ημέρες μετά τη γέννηση. Αυτό δεν σχετίζεται με το θηλασμό.

Καθώς το νεογνό χρειάζεται περισσότερο γάλα, της μητέρας ανταποκρίνονται κάνοντας περισσότερο γάλα. Οι ειδικοί συστήνουν αποκλειστικά τον θηλασμό (χωρίς τύπο, χυμό ή νερό) για 6 μήνες. Αν συμπληρώσετε με τη φόρμουλα, το στήθος σας μπορεί να κάνει λιγότερο γάλα. Ακόμα κι αν θηλάζετε λιγότερο από τους συνιστώμενους 6 μήνες, είναι καλύτερα να θηλάζετε για μικρό χρονικό διάστημα από ότι δεν υπάρχει καθόλου χρόνο. Μπορείτε να προσθέσετε στερεά φαγητά σε 6 μήνες αλλά επίσης να συνεχίσετε να θηλάζετε εάν θέλετε να διατηρήσετε την παραγωγή γάλακτος.

4. Θηλασμός στον 21ο αιώνα

Η σημασία του θηλασμού στις χώρες χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος είναι γνωστή, αλλά υπάρχει λιγότερη συναίνεση όσον αφορά τη σημασία της στις χώρες υψηλού εισοδήματος. Στις χώρες χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος, μόνο το 37% των παιδιών ηλικίας κάτω των 6 μηνών θηλάζουν αποκλειστικά. Με λίγες εξαιρέσεις, η διάρκεια του θηλασμού είναι βραχύτερη σε χώρες υψηλού εισοδήματος από εκείνες που είναι φτωχές σε πόρους. Οι μετα-αναλύσεις μας δείχνουν την προστασία από τις μολύνσεις παιδιών και την κακοήθεια, την αύξηση της νοημοσύνης και την πιθανή μείωση του υπερβολικού βάρους και του διαβήτη. Δεν διαπιστώθηκε συσχετισμός με αλλεργικές διαταραχές, όπως το άσθμα ή την αρτηριακή πίεση ή τη χοληστερόλη, και παρατηρήθηκε μια αύξηση στην τερηδόνα για μεγαλύτερες περιόδους θηλασμού. Για τις θηλάζουσες γυναίκες, ο θηλασμός έδωσε προστασία κατά του καρκίνου του μαστού και βελτίωσε το διάστημα των γεννήσεων, και μπορεί επίσης να προστατεύσει από τον καρκίνο των ωοθηκών και τον διαβήτη τύπου 2. Η κλιμάκωση του θηλασμού σε σχεδόν καθολικό επίπεδο θα μπορούσε να αποτρέψει 823.000 ετήσιους θανάτους σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών και 20.000 ετήσιους θανάτους από καρκίνο του μαστού. Πρόσφατα επιδημιολογικά και βιολογικά ευρήματα από την τελευταία δεκαετία επεκτείνουν τα γνωστά οφέλη του θηλασμού για τις γυναίκες και τα παιδιά, είτε είναι πλούσιοι είτε φτωχοί.

Η παχυσαρκία (που ορίζεται ως δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) $R30 \text{ kg} / \text{m}^2$) είναι ίσως η σημαντικότερη πρόκληση για την υγεία που αντιμετωπίζουν οι χώρες πλούσιες σε πόρους. Η παχυσαρκία αποτελεί μείζονα αιτία κακής υγείας και θνησιμότητας σε χώρες όπου επικρατεί, κυρίως μέσω αυξημένων ποσοστών ισχαιμικής καρδιοπάθειας, εγκεφαλικού επεισοδίου, διαβήτη, υπέρτασης και οστεοαρθρίτιδας, ενώ ο καρκίνος (ιδίως το κόλον και το στήθος) παίζει επίσης ρόλο (Haslam & James 2005).

Η σημερινή επικράτηση της παχυσαρκίας στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι περίπου 20%, κάπως χαμηλότερη από αυτή των ΗΠΑ στο 34% (Flegal et al., 2010), αλλά τα ποσοστά αυξάνονται ραγδαία και στις δύο χώρες. Η έκθεση Προοπτικής Διερεύνησης, που ανατέθηκε από την κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, έδειξε ότι, ελλείψει σημαντικής παρέμβασης, τα ποσοστά παχυσαρκίας θα συνεχίσουν να αυξάνονται στο Ηνωμένο Βασίλειο σε περίπου 50% στον ενήλικο πληθυσμό έως το 2050, ενώ το ετήσιο κόστος της παχυσαρκίας θα είναι 10 δισεκατομμύρια £ μέχρι το 2050 και το κοινωνικό κόστος να είναι 49 δισεκατομμύρια £ μέχρι το 2050 (Government Office for Science 2007).

Σε αντίθεση με τις επιπτώσεις της σε άλλους τομείς της υγείας, η επίπτωση της παχυσαρκίας στην αναπαραγωγή έχει λάβει λιγότερη προσοχή. Σε αυτό το θέμα εστίασης, εξετάζεται τόσο η επίδραση της παχυσαρκίας στις αναπαραγωγικές επιδόσεις όσο και η τρέχουσα γνώση των μηχανισμών με τους οποίους η παχυσαρκία ασκεί τα αρνητικά της αποτελέσματα. Η κατανόηση αυτών των ζητημάτων θα επιτρέψει την ανάπτυξη στοχοθετημένων θεραπειών για τη βελτίωση της αναπαραγωγικής υγείας μεταξύ των παχύσαρκων και των απογόνων τους.

Ίσως η πιο εδραιωμένη σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και τα αναπαραγωγικά προβλήματα είναι η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και στειρότητας, όπως ανασκοπείται από τον Brewer & Balen (2010). Η παχυσαρκία μειώνει τα επιτυχή ποσοστά εγκυμοσύνης σε φυσικούς και υποβοηθούμενους κύκλους σύλληψης, ενώ η γονιμότητα αποκαθίσταται εν μέρει εάν επιτευχθεί απώλεια βάρους. Ο ή οι μηχανισμοί με τους οποίους η παχυσαρκία μειώνει τα ποσοστά εγκυμοσύνης είναι πολύπλοκες και πιθανόν πολυπαραγοντικές. Η ανθεκτικότητα στην ινσουλίνη φαίνεται να αποτελεί βασικό παράγοντα της προκαλούμενης από την παχυσαρκία ανωφοβλάστη, με υψηλά επίπεδα ινσουλίνης που οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα σφαιρίνης που δεσμεύει τη σεξουαλική ορμόνη, υπερανδρογενεμία και υψηλά επίπεδα ελεύθερου ινσουλινοειδούς αυξητικού παράγοντα 1. Η απώλεια μόλις 5 % του σωματικού βάρους συνοδεύεται από αύξηση των ποσοστών ωορρηξίας και μειώνει τις βιοχημικές ανωμαλίες. Τα αυξημένα επίπεδα λεπτίνης και τα χαμηλά επίπεδα αδιπονεκτίνης έχουν επίσης εμπλακεί στον μηχανισμό με τον οποίο η παχυσαρκία μειώνει τα ποσοστά σύλληψης, αλλά υπάρχουν πολύ λιγότερες πληροφορίες για το ρόλο τους.

Πέραν της μείωσης των ποσοστών ωορρηξίας, η παχυσαρκία αυξάνει επίσης το ποσοστό αποβολής, μειώνοντας έτσι τα ποσοστά επιτυχούς εγκυμοσύνης μεταξύ των παχύσαρκων γυναικών. Οι πιθανοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν τα ωοκύτταρα χαμηλότερης ποιότητας ή / και ένα ελάττωμα στην ενδοθηλιακή δεκτικότητα - με την αντίσταση στην ινσουλίνη να εμπλέκεται και πάλι στο τελευταίο γεγονός.

Με βάση τα παραπάνω, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τα ποσοστά επιτυχίας των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι χαμηλότερα στα παχύσαρκα άτομα. Αυτά τα στοιχεία έχουν οδηγήσει τη Βρετανική Εταιρεία Γονιμότητας να συστήσει «Οι γυναίκες που είναι παχύσαρκες πρέπει να ξεκινήσουν ένα πρόγραμμα μείωσης του βάρους και εκείνες που έχουν υπερβολικό βάρος (που ορίζονται ως BMI 36 ή περισσότεροι) δεν πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία μέχρι να μειωθεί το βάρος τους» (Kennedy κ.ά. 2006).

Ο Denison et al. (2010) ανασκοπεί τη συμβολή του λιπώδους ιστού και του πλακούντα στη βιολογία των παχύσαρκων εγκύων γυναικών. Υπάρχει μια σαφής σύνδεση μεταξύ της εισβολής λιπώδους ιστού των T-λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων, των αυξημένων κυτταροκινών της κυτταρικής προέλευσης του λιπώδους ιστού και της ανθεκτικότητας στην ινσουλίνη σε μη έγκυες γυναίκες, αλλά υπάρχουν λιγότερες

πληροφορίες σχετικά με το εάν αυτό συμβαίνει επίσης κατά την εγκυμοσύνη. Ο πλακούντας πιθανότατα διαδραματίζει βασικό ρόλο - με μια αναδυόμενη υπόθεση ότι ο πλακούντας μπορεί να «αντιληφθεί» το μεταβολικό περιβάλλον και να μεταβάλει τη λειτουργία του αναλόγως: αν οι αλλαγές αυτές είναι ευεργετικές ή επιβλαβείς για την υγεία του μωρού, αυτό πρέπει ακόμη να καθοριστεί.

Η αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη σε παχύσαρκες εγκύους οδηγεί όχι μόνο σε επιπλοκές της εγκυμοσύνης για τη μητέρα αλλά και σε μεγαλύτερη ανάπτυξη και δυσανάλογα μεγαλύτερη μάζα λίπους για το μωρό. Έτσι, ο υψηλός προ-εγκυμοσύνης και ο πρώιμος BMI εγκυμοσύνης προδιάθεση για τη γέννηση ενός υπέρβαρου μωρού. Όπως ανασκοπείται από τον Drake & Reynolds (2010) σε αυτό το Focus Issue, αυτά τα υπέρβαρα βρέφη είναι πιο πιθανό να είναι παχύσαρκοι ως ενήλικες και να έχουν διαταραγμένο μεταβολισμό της γλυκόζης, αγγειακή λειτουργία και υπέρταση: η υπόθεση της «αναπτυξιακής υπερέφειας». Αυτή η μετάδοση της παχυσαρκίας από γενιά σε γενιά φαίνεται να περιορίζεται στις μητέρες, με την πατρική παχυσαρκία να έχει μικρή επίδραση. Εάν αυτό είναι αλήθεια, υποδηλώνει ότι το περιβάλλον μπορεί να είναι ο βασικός μεσολαβητής στη μετάδοση της παχυσαρκίας από την μητέρα στον απόγονο. Και πάλι, αυτός είναι ένας τομέας πολλών ερευνών. Οι πιθανές βιολογικές οδοί περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα της μητρικής παχυσαρκίας στον «προγραμματισμό» της όρεξης των απογόνων, των επιπέδων δραστηριότητας και της σύνθεσης των μυών και λιπώδους ιστού. Τέτοιες μελέτες χρειάζονται προσεκτικούς ελέγχους, αλλά οι περισσότερες μελέτες σε ανθρώπους (και ζώα) δεν έχουν διακρίνει προηγουμένως τις επιδράσεις της μητρικής παχυσαρκίας από τις επιπτώσεις της υπερέφειας των απογόνων.

Το προφανές ερώτημα είναι εάν μπορούν να εισαχθούν οποιεσδήποτε θεραπείες για τη θεραπεία αυτού του φαύλου κύκλου. Το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. συστήνει τώρα ότι οι παχύσαρκες έγκυες γυναίκες περιορίζουν την αύξηση βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Rasmussen et al., 2009), αλλά υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία που υποστηρίζουν έντονες επεμβάσεις στον τρόπο ζωής (βελτιωμένη διατροφή και άσκηση) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όπως αναφέρει Catalano (2010), οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής είναι πιθανό να είναι αποτελεσματικές εάν εφαρμοστούν νωρίς στην εγκυμοσύνη ή (ιδανικά) πριν από τη σύλληψη σε γυναίκες που σκοπεύουν να μείνουν έγκυες.

Δεδομένου ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη φαίνεται να είναι ο βασικός παράγοντας για πολλές από τις δυσμενείς συνέπειες της παχυσαρκίας σε έγκυες γυναίκες, οι θεραπείες που έχουν σχεδιαστεί για τη βελτίωση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη κατά την εγκυμοσύνη θα μπορούσαν να είναι αποτελεσματικές. Επί του παρόντος, διεξάγεται μελέτη ελεγχόμενη από το Ιατρικό Ερευνητικό Πανεπιστήμιο της Ιατρικής Έρευνας για την αποτελεσματικότητα και μηχανισμών της έρευνας για την υγεία, η οποία ελέγχεται από το Ιατρικό Ερευνητικό Συμβούλιο, για τον προσδιορισμό της επίδρασης του παράγοντα ευαισθητοποίησης στην

ινσουλίνη μετφορμίνη στο εκατοστιαίο βάρος γέννησης σε παχύσαρκες έγκυες γυναίκες (EMPOWAR , ISRCTN51279843), το οποίο εκτιμάται ότι θα αρχίσει να αντιμετωπίζει αυτό το ζήτημα.

Το τελευταίο έγγραφο σε αυτό το Focus Issue (Burt Solorzano & McCartney 2010) συζητά την επίδραση που έχει η παχυσαρκία στην εφηβική μετάβαση: προωθώντας την σε κορίτσια και καθυστερώντας την σε αγόρια. Η κοσμική τάση προς την προγενέστερη ηλικία της εφηβείας στα κορίτσια είναι γνωστή, αλλά δεν είναι σαφές εάν αυτό είναι μια αιτία ή αποτέλεσμα της αυξημένης επικράτησης της παχυσαρκίας στα παιδιά ή αν και οι δύο έχουν κοινούς, μέχρι στιγμής αβέβαιους παράγοντες. Οι Burt Solorzano & McCartney (2010) επανεξετάζουν και πάλι τους μηχανισμούς με τους οποίους η παχυσαρκία τροποποιεί την εφηβεία, με τη λεπτή και την ινσουλίνη να φαίνονται εκ νέου βασικοί υποψήφιοι στη διαδικασία αυτή.

Εκτιμάται ότι αυτές οι ανασκοπήσεις θα συνοψίσουν τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις που έχει η παχυσαρκία στην αναπαραγωγή. Η έκθεση Προοπτικής Διερεύνησης, που ανατέθηκε από την κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, έδειξε ότι η «επικράτηση της παχυσαρκίας αποτελεί μείζονα πρόκληση, όχι μόνο για την ιατρική και τη δημόσια υγεία, αλλά και για τη διακυβέρνηση και τη λήψη αποφάσεων» (Government Office for Science 2007). Όπως έχει αναφερθεί, αυτή η πρόκληση θα απαιτήσει τη συμβολή όχι μόνο από εκείνους που εργάζονται στους τομείς της δημόσιας υγείας, των καρδιαγγειακών παθήσεων και του καρκίνου, αλλά και από τους βιολόγους αναπαραγωγής, τους μαιευτήρες και τους γυναικολόγους. Η τελική ελπίδα είναι μια «θεραπεία» για την παχυσαρκία, αλλά η επίτευξη μιας τέτοιας φιλοδοξίας είναι πολύ μακριά, αλλά υπάρχουν λίγες ενδείξεις ότι οι συστάσεις αυτές έχουν αντίκτυπο στον επιπολασμό της παχυσαρκίας στον πληθυσμό. Έτσι, είναι πιθανό ότι η «πρόκληση» της παχυσαρκίας να παραμείνει για αναπαραγωγικούς βιολόγους για κάποιο χρονικό διάστημα.

5. ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το νεογέννητο λαμβάνει πολύτιμες ουσίες για τη θρέψη του και δέχεται πάρα πολλά ερεθίσματα. Έρχεται σε στενή επαφή με το δέρμα και τη ζεστασιά της αγκαλιάς της μητέρας του, μυρίζει το μαστό της μητέρας του, μπορεί να χαϊδεύει το μαστό της μητέρας του, ακούει τους παλμούς της καρδιάς της και κοιτάζει τη μητέρα του στα μάτια.⁶

Οι θετικές επιδράσεις του θηλασμού για την υγεία των βρεφών παρατηρούνται σε όλα τα επίπεδα, καθώς ο θηλασμός προάγει την ανάπτυξη του παιδιού και συνδέεται με υψηλότερες βαθμολογίες IQ σε νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης.⁷ Όσον αφορά στην ευφυΐα, μια μεταανάλυση 20 μελετών έδειξε βαθμολογίες της γνωστικής λειτουργίας κατά μέσο όρο 3,2 μονάδες υψηλότερες μεταξύ των παιδιών που είχαν θηλάσει, σε σύγκριση με εκείνα που σιτίζονταν με τεχνητή διατροφή.⁸ Ουσιαστικά, η ψυχική ανάπτυξη του βρέφους επηρεάζεται από το θηλασμό, ενώ, σύμφωνα με έρευνες, ο θηλασμός του βρέφους για 6 και περισσότερους μήνες σχετίζεται θετικά με την ψυχική του υγεία τόσο κατά τη βρεφική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή του.⁹

Επιπλέον, έρευνες και παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι τα βρέφη που έχουν συνεχή ή μεγάλη σωματική επαφή με τη μητέρα τους ή όποιον την υποκαθιστά, όχι μόνο σωματικά αλλά και κινητικά ή νοητικά αναπτύσσονται ταχύτερα. Ακόμη, έχειδειχθεί ότι οι οικογενειακές και οι κοινωνικές σχέσεις, καθώς και η συνεχής λεκτική επικοινωνία, βοηθούν τα βρέφη να αναπτυχθούν ταχύτερα και ομαλότερα. Ένας ακόμη πολύ σημαντικός λόγος είναι η ανάπτυξη της συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της, η οποία αρχίζει από το πρώτο βλέμμα που ανταλλάσσουν αμέσως μετά τον τοκετό και με πρότυπο τη συγκεκριμένη σχέση θα αναπτυχθεί ολόκληρος ο συναισθηματικός κόσμος του παιδιού.¹⁰ Συνεχιζόμενος μητρικός θηλασμός προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια στο παιδί, δίνει περαιτέρω ώθηση στην ψυχοκινητική του ανάπτυξη, δημιουργεί παιδιά περισσότερο ασφαλή και ανεξάρτητα σε βάθος χρόνου,¹¹ ενώ, σύμφωνα με έρευνες, αυξάνει τις πιθανότητες για ανοδική πορεία στην κοινωνία.¹² Η αυξημένη διάρκεια του θηλασμού έχει συσχετιστεί με υψηλότερη νοημοσύνη κατά την παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να συνεισφέρει στην κοινωνία.⁸ Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ και της UNICEF, κάποιες από τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της έλλειψης του θηλασμού και κυρίως του αποκλειστικού θηλασμού κατά τους πρώτους 6 μήνες της ζωής, αλλά και του είδους της διατροφής κατά τους πρώτους μήνες και τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου, περιλαμβάνουν και τη μειωμένη πνευματική και κοινωνική ανάπτυξη.²

Sigmund Freud, πατέρας της ψυχανάλυσης, θεωρούσε ότι οι εμπειρίες της ζωής του νεογέννητου είναι καθοριστικές για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το αφράτο στήθος, καθώς και το γεμάτο μυρωδιές και αγάπη γάλα αναπτύσσει δεσμό ανάμεσα στο μωρό και τη μητέρα. Το βρέφος αγαπά τον άνθρωπο που ικανοποιεί τις βιολογικές του ανάγκες για επιβίωση. Αυτή αγάπη, αυτός ο δεσμός προκαθορίζει και τις μετέπειτα σχέσεις του σε όλη του τη ζωή.¹³ Ένα παιδί που έχει τραφεί με μητρικό γάλα είναι υγιέστερο και εξυπνότερο, γεγονός που το βοηθά να έχει καλύτερες προοπτικές στη ζωή. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι ο μητρικός θηλασμός ενισχύει τη γνωστική ανάπτυξη, βοηθώντας έτσι τα παιδιά να μαθαίνουν καλύτερα και να γίνονται παραγωγικοί ενήλικες.³

Για τα πρόωρα βρέφη, τα οφέλη είναι επίσης σημαντικά και αφορούν στα θρεπτικά και τα ανοσολογικά στοιχεία τα οποία προσφέρει το μητρικό γάλα, καθώς και στη συμβολή του μητρικού θηλασμού στην ψυχολογική και τη νευρολογική ανάπτυξή τους. Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι, αφήνοντας το νεογέννητο στην αγκαλιά της μητέρας, προάγουμε την εδραίωση του αποκλειστικού θηλασμού, βοηθάμε το μωρό να θηλάσει για περισσότερους μήνες, ενώ παράλληλα ενισχύουμε το δέσιμο μητέρας-βρέφους και την αλληλεπίδρασή τους. Επί πλέον, το μωρό επιδεικνύει μεγαλύτερη ωριμότητα στη συμπεριφορά και στο νευρικό του σύστημα, με λιγότερο κλάμα. Ο μητρικός θηλασμός προάγει το δέσιμο μεταξύ της μητέρας και του παιδιού¹⁵ και σφυρηλατεί ισχυρούς δεσμούς ανάμεσα στη μητέρα, το παιδί και την οικογένεια.⁶ Σύμφωνα με έρευνες, παιδιά που έχουν θηλάσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα φαίνεται ότι έχουν στενότερες οικογενειακές σχέσεις, σε σύγκριση με εκείνα που έχουν θηλάσει για μικρό χρονικό διάστημα ή δεν έχουν θηλάσει καθόλου. Επίσης, με το θηλασμό αναπτύσσεται ένα μεγάλο συναισθηματικό δέσιμο ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, γεγονός τεράστιας σημασίας, αφού η συναισθηματική ανάπτυξη και η ψυχική υγεία του ατόμου φαίνεται ότι εξαρτάται από το σχετικό δέσιμο.¹⁶

Το συναισθηματικό δέσιμο επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες, όπου επί πλέον αναφέρεται ότι ο δεσμός αυτός είναι ισχυρότερος αν ο θηλασμός αρχίσει τις πρώτες ώρες μετά τη γέννηση.¹⁷ Η μητέρα που θηλάζει αισθάνεται ολοκληρωμένη ως γυναίκα, βοηθώντας το παιδί της να μεγαλώσει σωστά.⁶ Χρειάζεται απρόσκοπτη επαφή με το βρέφος, καθώς η ισχυρή σύνδεση των γονέων με το μωρό ενισχύεται από το θηλασμό.¹⁸

Τα ευρήματα των σχετικών μελετών υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας ευαίσθητης περιόδου στις πρώτες ώρες της ζωής, κατά τη διάρκεια της οποίας η στενή επαφή μητέρας και παιδιού μπορεί να επιφέρει μακροπρόθεσμες θετικές επιδράσεις στο δέσιμό τους.^{11,17} Η σωματική επαφή και ο θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό είναι σημαντικά, γιατί εκτός από τους άλλους λόγους, που σχετίζονται με τη σωματική υγεία του νεογέννητου, το βρέφος εμφανίζει λιγότερο άγχος, είναι περισσότερο ήρεμο, ενώ η αναπνευστική και η καρδιακή του λειτουργία είναι πιο σταθερές.⁵

Μέσα από κάποιες έρευνες έχει δειχθεί ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί έναν από τους παράγοντες που μπορεί να προστατεύσουν τα παιδιά από την παραμέληση των γονέων τους.¹⁹

Οι ορμόνες που περιέχει το μητρικό γάλα διαδραματίζουν εξ ίσου σημαντικό ρόλο στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του νεογέννητου.¹¹ Η μελατονίνη, μια ορμόνη που εκκρίνεται από την υπόφυση, διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στη ρύθμιση του ύπνου, καθώς αποτελεί το φυσικό υπνωτικό του σώματός μας. Μελέτες δείχνουν ότι τα επίπεδα μελατονίνης στο μητρικό γάλα αυξάνονται σημαντικά κατά τις βραδινές και τις νυκτερινές ώρες, με εμφανές αποτέλεσμα την ηρεμία του βρέφους μέσα από το θηλασμό. Οι ενδορφίνες είναι ορμόνες που επίσης παράγονται στον εγκέφαλο της μητέρας. Φθάνουν στο βρέφος μέσα από το μητρικό γάλα και ασκούν αναλγητική και κατασταλτική δράση. Συγκεκριμένα νουκλεοτίδια που περιέχονται στο μητρικό γάλα και έχουν βρεθεί να ασκούν υπνωτική δράση αυξάνονται στο μητρικό γάλα κατά τις νυκτερινές ώρες.¹¹

Όταν υγιή παιδιά τοποθετούνται πάνω στην κοιλιά και το στήθος της μητέρας τους αμέσως μετά τον τοκετό, παρουσιάζουν αξιοσημείωτες ικανότητες. Βρίσκονται σε εγρήγορση, μπορούν να «μπουσουλήσουν» και με την απαλή φροντίδα της μητέρας τους να φθάσουν από την κοιλιά στο στήθος της. Εκεί, αρχίζουν να αγγίζουν και να μαλάσσουν το στήθος. Το πρώτο απαλό άγγιγμα του μητρικού στήθους από το χέρι ή το κεφάλι του νεογνού απελευθερώνει την ωκυτοκίνη, μια ορμόνη της μητέρας που, ταυτόχρονα, διευκολύνει τη ροή του μητρικού γάλακτος και ενισχύει την αγάπη της για το μωρό.⁵ Η ωκυτοκίνη που βρίσκεται μέσα στο μητρικό γάλα ενισχύει τα συναισθήματα ηρεμίας και παρηγοριάς στο βρέφος.¹¹ Το ανθρώπινο γάλα περιέχει επίσης σε μεγάλη ποσότητα παράγοντες, όπως το σιαλικό οξύ, που επιταχύνουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου και αυξάνουν το δείκτη νοημοσύνης του παιδιού. Επίσης, το ανθρώπινο γάλα περιέχει πολλή λακτόζη, η οποία είναι το απαραίτητο καύσιμο για τον εγκέφαλο των βρεφών, αλλά και τεράστια ποσά ωφέλιμων λιπαρών και χοληστερίνης που προάγουν την ανάπτυξη.¹¹

5.1 Η ΜΗΤΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ

Το μητρικό γάλα έχει την ιδιότητα να αλλάζει σύσταση, μυρωδιά, γεύση και ποσότητα ανάλογα με τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας. Έτσι, το βρέφος εκτίθεται σε μια ποικιλία γευστικών ερεθισμάτων πριν το ίδιο γευτεί τις πρώτες στερεές τροφές. Η μητέρα, λοιπόν, οφείλει να διατηρεί ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο όπως έκανε και στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Στην ιδανική και επιθυμητή κατάσταση, όπου η μητέρα θηλάζει αποκλειστικά το βρέφος της, οι ημερήσιες ενεργειακές ανάγκες της είναι παρόμοιες με αυτές του τρίτου τριμήνου κύησης.

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει ένδειξη ειδικών διατροφικών συστάσεων χρειάζεται να υπενθυμίσουμε στην μητέρα πως το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για το νεογέννητό της και πως μια ισορροπημένη και ποιοτική διατροφή θα διευκολύνει την παραγωγή του μητρικού γάλακτος και επιπλέον θα διατηρήσει σωστές διατροφικές συνήθειες για τη ίδια και το μωρό της.

Στη διάρκεια της γαλουχίας οι θηλάζουσες χρειάζεται να παραμένουν ενυδατωμένες και να καταναλώνουν ανάλογα υγρά με το αίσθημα της δίψας τους. Το Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής συστήνει η ημερήσια κατανάλωση υγρών στη διάρκεια της γαλουχίας να ανέρχεται περίπου στα 13 ποτήρια σε σχέση με τα 9, που καταναλώνει συνήθως μια μη θηλάζουσα. Κατανάλωση καφεΐνης π.χ. καφές, τσάι, πρέπει να περιορίζεται στα 200 mg ημερησίως και ιδανικά να αποφεύγεται.

5.1.1. Διατροφικές ανάγκες σε μακρομοριακά συστατικά και μεταλλικά στοιχεία

Ασβέστιο: Συνιστάται η κατανάλωση τριών μερίδων γαλακτοκομικών, όπως και στη διάρκεια της κύησης. Αν η μητέρα δεν θέλει να καταναλώνει γάλα μπορεί να εξασφαλίσει την πρόσληψη ασβεστίου με κατανάλωση άλλων γαλακτοκομικών, όπως το γιαούρτι και όλα τα είδη τυριών (δεν υπάρχουν περιορισμοί όπως στη διάρκεια της εγκυμοσύνης).

Σε αντίθεση με τον συνήθη μύθο ότι το γάλα προάγει την παραγωγή γάλακτος, εάν η μητέρα έχει αλλεργία στα γαλακτοκομικά ή ακολουθεί χορτοφαγικό διαιτολόγιο μπορεί να αντικαταστήσει τα γαλακτοκομικά με άλλα τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο, όπως μπρόκολο, ταχίνι, βερούκοκα, αμύγδαλα. Επιπλέον, υπάρχουν εμπλουτισμένοι με ασβέστιο χυμοί και δημητριακά.

Εάν η ημερήσια κατανάλωση ασβεστίου δεν είναι 1000mg ημερησίως συστήνεται η συμπληρωματική χορήγηση ασβεστίου. Καλό είναι να αποφεύγονται τα συμπληρώματα

ασβεστίου που προέρχονται από θρυμματισμένα κοχύλια γιατί πιθανόν να περιέχουν μόλυβδο.

Η απώλεια της οστικής μάζας είναι αναστρέψιμη και αποκαθίσταται μετά την επανεμφάνιση της εμμηνόρρυσιας και στη διάρκεια του αποθηλασμού.

Βιταμίνες: Τα επίπεδα των βιταμινών στο μητρικό γάλα εξαρτώνται από την διατροφή της μητέρας, που οφείλει να είναι πλούσια σε φρέσκα και αποξηραμένα φρούτα, λαχανικά, ξηρούς καρπούς, ψάρια κτλ.

Συνεπώς, εάν η διατροφή της θηλάζουσας είναι ισορροπημένη δεν κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση συμπληρωμάτων. Αντίθετα, οι θηλάζουσες που έχουν χαμηλή πρόσληψη θερμίδων ή έχουν ειδικό διαιτολόγιο με αποκλεισμό τροφών πιθανότατα να χρειάζονται συμπληρώματα διατροφής κατόπιν ιατρικής συμβουλής. Συγκεκριμένα, οι μητέρες με αυστηρή χορτοφαγική διατροφή που δεν καταναλώνουν αυγά, γαλακτοκομικά, ψάρια και πουλερικά χρειάζονται απαραίτητως συμπληρώματα B12.

Η βιταμίνη D διευκολύνει την απορρόφηση του ασβεστίου και είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του νεογνικού σκελετού, υποστήριξη που εξασφαλίζεται από την διάρκεια της κύησης μέσω των μητρικών αποθηκών σε βιταμίνη D. Το μητρικό γάλα είναι σχετικά φτωχό σε βιταμίνη D. Αυτός είναι ο λόγος που η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει τη χορήγηση σταγόνων βιταμίνης D σε όλα τα θηλάζοντα βρέφη.

Μέταλλα και ιχνοστοιχεία: Χρειάζεται να σημειωθεί πως τα επίπεδα καλίου, ψευδαργύρου, φωσφόρου, μαγνησίου, σεληνίου, σιδήρου δεν επηρεάζουν την ποιότητα του μητρικού γάλακτος, οπότε η πρόσληψη συμπληρώματος - όπου χρειάζεται- είναι προς όφελος της μητέρας. Χαρακτηριστικά, ο σίδηρος εκκρίνεται σε πολύ μικρές ποσότητες στο μητρικό γάλα και επομένως οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μικρή ανάγκη για επιπλέον σίδηρο καθώς και φυλλικό οξύ, εκτός αν κρίνεται αναγκαίο λόγω υποκείμενης αναιμίας.

Το ιώδιο περνά στο μητρικό γάλα και είναι απαραίτητο για τη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του βρέφους. Επομένως είναι απαραίτητη η κατανάλωση ιωδιούχου άλατος (χωρίς υπερβολή στην ημερήσια κατανάλωση) και τροφών πλούσιων σε ιώδιο. Διαφορετικά, σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής είναι αναγκαία η πρόσληψη συμπληρώματος ιωδίου.

Να σημειωθεί ότι τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία υπάρχουν σε όλες τις κατηγορίες τροφών και επομένως μια ισορροπημένη διατροφή εξασφαλίζει την ικανοποιητική πρόσληψη τους.

Πρωτεΐνες: Αν και η πρόσληψη πρωτεΐνης από την μητέρα δεν επηρεάζει τη συγκέντρωση της πρωτεΐνης στο μητρικό γάλα, εντούτοις συνιστάται η επιπλέον πρόσληψη περίπου 25 γρ. ημερησίως.

Ωμέγα 3 λιπαρά οξέα: Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε ω-3 λιπαρών οξέων συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη του βρεφικού εγκεφάλου. Για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητη

ήδη από την εγκυμοσύνη η κατανάλωση λιπαρών ψαριών –κατά προτίμηση μικρών π.χ. σαρδέλα, γούρος, ρέγκα για τον περιορισμό της πρόσληψης βαρέων μετάλλων - και ορισμένων ξηρών καρπών και σπόρων π.χ. καρύδι, λιναρόσπορος.

Η πρόσληψη συμπληρωμάτων διατροφής μετά τον τοκετό δεν θεωρείται αναγκαία, εκτός κι αν υπάρχει συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη.

6. ΜΗΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Μερικά νοσήματα της μητέρας μπορεί να επηρεάσουν τον θηλασμό και αντίστροφα ο θηλασμός μπορεί να επιβαρύνει την υγεία της μητέρας που θηλάζει, όταν αυτή πάσχει από ένα χρόνιο νόσημα.

6.1 Ειδικές Λοιμώξεις της μητέρας και Θηλασμός

Ηπατίτιδα Β

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού από την μητέρα στο παιδί μειώνεται σημαντικά όταν αμέσως μετά τον τοκετό χορηγείται στο νεογνό ανοσοσφαιρίνη κατά της ηπατίτιδας Β και ακολουθεί ο εμβολιασμός μέσα στις πρώτες 12 ώρες από την γέννηση. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο θηλασμός από μητέρες φορείς της ηπατίτιδας Β αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης στο βρέφος, ακόμα και αν δεν είναι διαθέσιμο το εμβόλιο. Η μητέρα μπορεί να θηλάζει κανονικά.

Ηπατίτιδα C

Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται με τον μητρικό θηλασμό. Ο ιός μεταδίδεται κυρίως με μετάγγιση και επαφή με μολυσμένο αίμα.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ειδικών Λοιμώξεων της Αμερικής, η λοίμωξη της μητέρας από τον ιό της ηπατίτιδας C δεν αποτελεί αντένδειξη για τον μη-τρικό θηλασμό. Η μητέρα θηλάζει κανονικά, εκτός εάν έχει θη-λές με ραγάδες που αιμορραγούν, οπότε ο θηλασμός πρέπει να αποφεύγεται από τον μαστό που πάσχει, μέχρι την επύλωση ή αποκατάσταση των μαστών.

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS)

Στις αναπτυσσόμενες χώρες αντενδείκνυται ο θηλασμός στις οροθετικές μητέρες. Αυτό δεν ισχύει στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου ο κίνδυνος θανάτου από υποθρεψία ή λοιμώξεις στα μη θηλάζοντα βρέφη είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού από το μητρικό γάλα. Έχει διαπιστωθεί ότι στις περιοχές όπου ο HIV ενδημεί, τα βρέφη που θηλάζαν αποκλειστικά για τους πρώτους 3 μήνες παρουσίαζαν μικρότερο κίνδυνο να μολυνθούν.

Ιός της ανεμευλογιάς – έρπητος ζωστήρος

Η ανεμευλογιά είναι ένα μεταδοτικό νόσημα που οφείλεται στον ιό της ανεμευλογιάς-έρπητος ζωστήρος (Varicella-Zoster Virus, VZV). Η πρωτολοίμωξη ξεκινά με ενοφθαλμισμό του ιού στους βλεννογόνους. Η μεταφορά του ιού γίνεται με τις αναπνευστικές εκκρίσεις ή με άμεση επαφή με δερματικές βλάβες. Η λοίμωξη της μητέρας κατά την περιγεννητική περίοδο μπορεί να προκαλέσει σοβαρή νόσο στο νεογέννητο. Όταν η λοίμωξη εκδηλωθεί στην μητέρα ως και πέντε ημέρες πριν από τον τοκετό, τα ειδικά αντισώματα για τον ιό, που περνούν διαμέσου του πλακούντα στο παιδί, είναι προστατευτικά και δεν χρειάζεται κάποια παρέμβαση. Όταν η μητέρα εκδηλώσει τη λοίμωξη σε λιγότερο από πέντε ημέρες πριν τον τοκετό έως και 2 ημέρες μετά τον τοκετό, θα πρέπει να χορηγηθεί άμεσα στο νεογνό (στις πρώτες 48-72 ώρες και όχι πιο αργά από τις 92 ώρες) ειδική ανοσοσφαιρίνη κατά του ιού (VZIG). Συνιστάται επίσης η απομόνωση της μητέρας από το νεογνό της, αλλά διατήρηση της γαλουχίας με αντλήσεις και χορήγηση του μητρικού γάλακτος.

Στις υπόλοιπες περιπτώσεις ο θηλασμός συνεχίζεται κανονικά. Όταν η μητέρα εμφανίσει έρπητα ζωστήρα, δε χρειάζεται χορήγηση ανοσοσφαιρίνης, καθώς έχει προστατευτικό τίτλο αντισωμάτων από την πρωτολοίμωξη. Καλό όμως είναι να μην έρχεται το βρέφος σε επαφή με τις δερματικές βλάβες. Επίσης, η χορήγηση ασυκλοβίρης στην μητέρα δεν αποτελεί αντένδειξη για τον θηλασμό.

Απλός έρπητας

Ο κίνδυνος μόλυνσης του νεογνού μέσω του μητρικού γάλακτος είναι πάρα πολύ μικρός. Οι ερπητικές βλάβες δεν αποτελούν αντένδειξη για θηλασμό εκτός κι αν εντοπίζονται στην περιοχή των μαστών. Οι δερματικές βλάβες πρέπει να καλύπτονται και η μητέρα να διατηρεί αυστηρές συνθήκες υγιεινής. Στην περίπτωση που δεν μπορεί να θηλάσει η μητέρα λόγω προσβολής των μαστών, το γάλα θα πρέπει να αντλείται και να χορηγείται με εναλλακτικούς τρόπους σίτισης μέχρι να υποχωρήσουν οι βλάβες. Εφιστάται η προσοχή στα μέτρα υγιεινής κατά τη συλλογή του γάλακτος ώστε στη διάρκεια αυτής να μην μολυνθεί το αντλημένο γάλα από τις βλάβες της θηλής.

Κυτταρομεγαλοϊός (CMV)

Είναι πολύ διαδεδομένη νόσος. Οι περισσότεροι άνθρωποι ν-σουν στην παιδική τους ηλικία. Μεταδίδεται με τα υγρά του σώματος, αλλά και μέσω του μητρικού γάλακτος. Η μετάδοση της λοίμωξης από την μητέρα στο νεογνό μετά τον τοκετό μπορεί να συμβεί με τον θηλασμό, καθώς η πλειοψηφία των οροθετικών μητέρων φέρουν τον ιό στο γάλα τους. Περίπου 50-60 % των βρεφών που σιτίζονται με μητρικό γάλα που περιέχει τον ιό μολύνονται από CMV. Η ανεύρεση του ιού στο μητρικό γάλα είναι αποτέλεσμα πρωτολοίμωξης, λοίμωξης από άλλο στέλεχος ή αναζωπύρωσης προηγηθείσας λοίμωξης. Τα περισσότερα τελειόμηνα βρέφη δεν εμφανίζουν κλινική συμπτωματολογία, λόγω της

διαπλακουντιακής μεταφοράς προστατευτικού τίτλου αντισωμάτων κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση των προώρων με βάρος γέννησης < 1500gr ή ηλικία κύησης < 32 εβδομάδων, στα οποία η μετάδοση του ιού μέσω του μητρικού γάλακτος μπορεί να οδηγήσει σε συμπτωματική λοίμωξη. Περίπου 15 % με 25 % των προώρων που προσβάλλονται από τον ιό μέσω του μητρικού γάλακτος είναι πιθανόν να εμφανίσουν πνευμονίτιδα, ηπατίτιδα, εγκεφαλίτιδα ή εικόνα ανάλογη της σηψαιμίας (άπνοια, βραδυκαρδία, ηπατοσπληνομεγαλία, διάταση κοιλίας, ωχρότητα, ουδετεροπενία, θρομβοπενία και αύξηση των ηπατικών ενζύμων). Δεν είναι γνωστό κατά πόσο τα βρέφη αυτά αναπτύσσουν μελλοντικά νευρολογική συνδρομή. Στην περίπτωση των προώρων που προσβλήθηκαν από τον ιό ή στα βρέφη με βαριά κλινική εικόνα χορηγείται 10 έως 14 ημέρες ενδοφλέβια γκανσικλοβίρη.

Φυματίωση

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει ότι οι μητέρες που έχουν διαγνωστεί με ενεργό φυματίωση πρέπει να αποχωρίζονται από τα μωρά τους και δεν πρέπει να θηλάζουν μέχρι να λάβουν θεραπεία για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Αν υπάρξει σαφής κλινική βελτίωση και η καλλιέργεια πτυέλων είναι αρνητική, μπορούν με ασφάλεια να θηλάσουν το μωρό τους. Η φυματίωση μεταδίδεται από τα σταγονίδια του αέρα μέσω της αναπνευστικής οδού και δεν μεταδίδεται με το μητρικό γάλα. Η μητέρα μπορεί να αντλεί το γάλα της και κάποιος άλλος να το δίνει στο παιδί για το διάστημα που δεν μπορεί να θηλάσει.

Το νεογέννητο μητέρας με ενεργό φυματίωση ελέγχεται και ξεκινάει αγωγή με ισονιαζίδη (INH) για 6 μήνες. Το βρέφος εμβολιάζεται με BCG αλλά μετά το τέλος της αγωγής με INH, γιατί η αγωγή εξουδετερώνει το εμβόλιο. Αν το βρέφος έχει ήδη εμβολιαστεί στη γέννηση και έχουν περάσει πάνω από δύο μήνες μεταξύ εμβολιασμού και διάγνωσης της μητέρας, το βρέφος δε χρειάζεται επανάληψη του BCG. Θα χρειαστεί όμως αγωγή με INH για 6 μήνες.

Ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται στις γυναίκες που λαμβάνουν τα αντιφυματικά φάρμακα ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, στρεπτομυκίνη και εθαμβουτόλη. Προσοχή και συμβουλή ειδικού ενδείκνυται στις περιπτώσεις που και η μητέρα και το βρέφος λαμβάνουν αγωγή, ώστε να μην προκύψει θέμα υπερδοσολογίας στο βρέφος. Στα βρέφη και τις μητέρες που λαμβάνουν INH θα πρέπει να χορηγείται συμπληρωματικά πυριδοξίνη (βιταμίνη B6) Σε περίπτωση διάγνωσης μητέρας με ενεργό φυματίωση καλό είναι να γίνεται έλεγχος οροθετικότητας για τον ιό HIV.

6.2 Χρόνια Νοσήματα της Μητέρας

Τα συστηματικά νοσήματα χρειάζονται καλή γνώση της παθογένειας τους και των φαρμάκων που χορηγούνται σε αυτά.

Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) δεν αποτελεί αντένδειξη για τον θηλασμό. Δυστυχώς, όμως, τα ποσοστά θηλασμού των μητέρων με ΣΔ τύπου 1 είναι πολύ χαμηλά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη νοσηρότητα, σε πρακτικές του νοσοκομείου που δεν ευνοούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και στην δυσκολία ως προς τον γλυκαιμικό έλεγχο της μητέρας.

Ορισμένες οδηγίες που μπορεί να εξασφαλίσουν την επιτυχία του θηλασμού σε μητέρες με σακχαρώδη διαβήτη, είναι κυρίως η ενημέρωση και η εκπαίδευση των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και τη διαχείριση του διαβήτη.

Ο θηλασμός που αρχίζει μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό και η άμεση επαφή δέρμα με δέρμα θα ελαττώσουν τον αυξημένο κίνδυνο που έχουν τα βρέφη των μητέρων με διαβήτη να εμφανίσουν υπογλυκαιμία. Το πρωτόγαλα καθώς επίσης και το ώριμο μητρικό γάλα περιέχουν αυξημένη ποσότητα γλυκόζης, που βοηθά στη σταθεροποίηση του σακχάρου στο αίμα του νεογέννητου. Για να αποφευχθεί τυχόν υπογλυκαιμία στα νεογνά διαβητικών μητέρων, η σίτιση θα πρέπει να ξεκινάει τις πρώτες δύο ώρες μετά τον τοκετό και να παρακολουθείται τακτικά το σάκχαρο του αίματος, μέχρι να εξασφαλιστεί ικανοποιητική σίτιση και σταθεροποίηση των τιμών του σακχάρου. Συνήθως, η παρακολούθηση αφορά τις πρώτες 24-72 ώρες ζωής.

Επίσης, τα νεογνά διαβητικών μητέρων μπορεί να εμφανίζουν διαταραχές ασβεστίου και μαγνησίου καθώς και αυξημένο αιματοκρίτη, θρομβοπενία και ίκτερο. Για το λόγο αυτό συστήνεται ανάλογος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος από την πρώτη ημέρα ζωής.

Συχνά, ιδίως σε περιπτώσεις ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη κατά την κύηση, το νεογνό νοσηλεύεται στο τμήμα νεογνών είτε προληπτικά προκειμένου να γίνει ο κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος και να εξασφαλιστεί στενή κλινική παρακολούθηση, είτε λόγω επιλοκών όπως αναπνευστική δυσχέρεια. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να ενθαρρύνεται η έναρξη του θηλασμού όσο το δυνατόν νωρίτερα και η τακτική στη συνέχεια σίτιση του νεογνού από την μητέρα. Σε περίπτωση που το νεογνό δεν μπορεί να θηλάσει, η μητέρα μπορεί να αντλεί, αποθηκεύοντας το γάλα της για να το δώσει αργότερα στο μωρό της. Αν κριθεί αναγκαίο, χορηγείται υποκατάστατο μητρικού γάλακτος μέχρι την εγκατάσταση του θηλασμού.

Υποθυρεοειδισμός

Ο υποθυρεοειδισμός της μητέρας δεν αποτελεί αντένδειξη για τον θηλασμό. Η μητέρα παίρνει τη θυροξίνη και θηλάζει κανονικά. Άλλωστε, οι θυρεοειδικές ορμόνες είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη του στήθους και την έναρξη της γαλακτοφορίας. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων των ορμονών T4 και T3 και της παραγωγής γάλακτος. Όταν υπάρχει ανεπάρκεια θυρεοειδικών ορμονών υπάρχει αρνητική επίδραση στην επάρκεια γάλακτος. Μελέτη σε ποντίκια έδειξε ότι στις μητέρες που έπασχαν από υποθυρεοειδισμό τα επίπεδα της ωκυτοκίνης ως απάντηση στον θηλασμό ήταν χαμηλά, με συνέπεια μικρότερη παραγωγή γάλακτος από αυτές τις μητέρες. Επίσης, το γάλα τους είχε μικρότερη συγκέντρωση τριγλυκεριδίων.

Υπερθυρεοειδισμός

Ο υπερθυρεοειδισμός συνήθως αντιμετωπίζεται με αντιθυρεοειδικά φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα αναστέλουν τη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών. Η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο ή χειρουργική αφαίρεση του θυρεοειδούς εφαρμόζονται σε περιπτώσεις που η φαρμακευτική θεραπεία δεν μπορεί να ελέγξει τη νόσο. Ο υπερθυρεοειδισμός της μητέρας δεν είναι απόλυτη αντένδειξη για τον θηλασμό, ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα φάρμακα που παίρνει η μητέρα. Ο θηλασμός αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια χορήγησης ραδιενεργού ιωδίου και για τουλάχιστον 4 εβδομάδες από τη διακοπή της αγωγής.

Ρευματικά νοσήματα

Οι ρευματικές παθήσεις είναι συχνές στην αναπαραγωγική ηλικία των γυναικών. Σε πανελλήνια μελέτη ο επιπολασμός στον πληθυσμό των ενηλίκων γυναικών υπολογίστηκε 33,7 %. Φαίνεται ότι οι γυναίκες που θήλασαν έχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο (ΣΕΛ). Ο κίνδυνος μειώνεται αντιστρόφως ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που θήλασαν αποκλειστικά και τη διάρκεια του θηλασμού.

Η μητέρα με αυτοάνοσο νόσημα μπορεί να θηλάσει, αλλά ο παιδίατρος σε συνεργασία με τον ρευματολόγο θα τη συμβουλεύσουν για τα φάρμακα που θα χρειασθεί να πάρει. Σχεδόν όλα τα φάρμακα, που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των ρευματικών παθήσεων, εκκρίνονται στο γάλα της μητέρας.

Ο θηλασμός επιτρέπεται κατά τη διάρκεια της λήψης των παρακάτω φαρμάκων, που είναι γνωστό ότι δεν έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες στα παιδιά που θηλάζουν:

- Παρακεταμόλη
- Μερικά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη)
- Υδροξυχλωροκίνη (ανθελονοσιακό φάρμακο)
- Σουλφασαλαζίνη

Επιληψία

Με την προϋπόθεση ότι η νόσος ελέγχεται με φαρμακευτική αγωγή και η μητέρα δεν κάνει σπασμούς μπορεί να θηλάζει κανονικά. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα χαρακτηρίζονται από μεγάλη διαπερατότητα του πλακούντα και σχετικά μικρή απέκκριση στο μητρικό γάλα. Ο θηλασμός συμβάλλει στη σταδιακή μείωση των επιπέδων των φαρμάκων, που ανιχνεύονται μετά τη γέννηση στο αίμα του νεογέννητου. Αν και τα περισσότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι συμβατά με τον θηλασμό, μπορεί να προκαλέσουν στο νεογνό υπνηλία, νωθρότητα και να επηρεάσουν τον θηλασμό. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι καρβαμαζεπίνη, λαμοτριγίνη, φαινυτοΐνη και το βαλπροϊκό οξύ.

7. Προσδιοριστικοί παράγοντες και συνέπειες της θνησιμότητας και της υγείας των βρεφών και των παιδιών

Η βρεφική θνησιμότητα είναι ο θάνατος μικρών παιδιών ηλικίας κάτω των 1 ετών. Ο αριθμός των νεκρών μετράται από το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας (IMR), που είναι ο αριθμός των θανάτων παιδιών κάτω του ενός έτους ανά 1000 γεννήσεις. Το ποσοστό θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών είναι επίσης σημαντικό στατιστικό στοιχείο, δεδομένου ότι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας εστιάζεται μόνο σε παιδιά κάτω του ενός έτους. [1]

Η πρόωρη γέννηση είναι ο μεγαλύτερος συντελεστής στο IMR. [2] Άλλες κύριες αιτίες της παιδικής θνησιμότητας είναι η ασφυξία κατά τη γέννηση, η πνευμονία, οι συγγενείς δυσπλασίες, οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού, όπως η μη φυσιολογική παρουσίαση της πρόπτωσης του ομφαλίου εμβρύου ή η παρατεταμένη εργασία, η νεογνική λοίμωξη, η διάρροια, η ελονοσία, η ιλαρά και ο υποσιτισμός. Μια από τις πιο κοινές αιτίες πρόληψης της παιδικής θνησιμότητας είναι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [5]. Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στη βρεφική θνησιμότητα, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, οι περιβαλλοντικές συνθήκες και η πολιτική και ιατρική υποδομή [6]. Η βελτίωση της υγιεινής, η πρόσβαση σε καθαρό πόσιμο νερό, η ανοσοποίηση έναντι μολυσματικών ασθενειών και άλλα μέτρα δημόσιας υγείας μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των υψηλών ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας.

Η παιδική θνησιμότητα είναι ο θάνατος ενός παιδιού πριν από τα πέμπτα γενέθλια του παιδιού, μετρούμενο ως ποσοστό παιδικής θνησιμότητας κάτω των 5 ετών (U5MR). Τα εθνικά στατιστικά στοιχεία ομαδοποιούν μερικές φορές αυτά τα δύο ποσοστά θνησιμότητας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, 9,2 εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο πριν από τα πέμπτα γενέθλιά τους. περισσότερο από το 60% αυτών των θανάτων θεωρείται ότι μπορούν να αποφευχθούν με μέτρα χαμηλού κόστους, όπως ο συνεχής θηλασμός, οι εμβολιασμοί και η βελτιωμένη διατροφή [7].

Πάνω από 10 εκατομμύρια βρέφη και παιδιά κάτω των 5 ετών πεθαίνουν κάθε χρόνο. Πάνω από το 99% αυτών των θανάτων συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες και στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Τα ποσοστά θνησιμότητας κάτω των 5 ετών κυμαίνονται από 3 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις στην Ισλανδία και τη Σουηδία έως πάνω από 250 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις στο Αφγανιστάν, το Νίγηρα, την Αγκόλα και τη Σιέρα Λεόνε. Το 2000, η Διακήρυξη της Χιλιετίας των Ηνωμένων Εθνών καθόρισε τον στόχο της μείωσης κατά 2/3 του ποσοστού θνησιμότητας κάτω των 5 ετών μεταξύ του 1990 και του 2015. Μετά από 10 χρόνια, ο ρυθμός μειώθηκε από 95 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις σε 76 θανάτους ανά 1000 ζωντανών τοκετών το 2005, μείωση κατά 20%. Οι χώρες της Λατινικής Αμερικής και της Ανατολικής Ασίας παρουσιάζουν μείωση κατά 43%. Η Μέση Ανατολή και οι χώρες της

Βόρειας Αφρικής και η Νότια Ασία είχαν πτώση 33-35%. Αντίθετα, η υποσαχάρια Αφρική παρουσίασε μείωση μόνο κατά 10%.

Οι περισσότεροι θάνατοι βρεφών και νηπίων μπορούν να αποφευχθούν με φθηνά μέτρα όπως η διατροφική υποστήριξη της εγκύου μητέρας, η πρόσβαση σε καθαρό νερό, η ανοσοποίηση έναντι μολυσματικών ασθενειών από την παιδική ηλικία, η παροχή εξειδικευμένου βοηθού κατά τη γέννηση, η θεραπεία της διάρροιας και η αφυδάτωση με πόσιμο υγρό επανυδάτωσης, και εφαρμογή ελνοσιακών μέτρων ελέγχου, συμπεριλαμβανομένων των εντομοκτόνων που έχουν υποστεί κατεργασία με δίχτυα. Η βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της παιδικής θνησιμότητας στο βρέφος, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η πολιτική βούληση ενός έθνους να παράσχει στήριξη στις γυναίκες και τα παιδιά. Αντιστρόφως, ο πόλεμος, η κοινωνικοπολιτική φθορά και η επιδημία HIV / AIDS έχουν αυξήσει τη θνησιμότητα του βρέφους και της παιδικής ηλικίας από το 1990 έως το 2005 όπως εξηγείται από το Ιράκ, τη Ζιμπάμπουε και τη Μποτσουάνα.

Ιστορικά, η βρεφική θνησιμότητα στις ανεπτυγμένες χώρες βελτιώθηκε για πρώτη φορά όταν αυξήθηκε το βιοτικό επίπεδο και μειώθηκε η θνησιμότητα των μολυσματικών ασθενειών. Πιο πρόσφατα, η πρόοδος της μαιευτικής και νεογνικής φροντίδας για τις εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου και τα πρόωρα βρέφη έχει μειώσει τα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας τόσο χαμηλά όσο 3 ανά 1000 γεννήσεις. Η στατηγική «Πίσω στον ύπνο» (“back to sleep”) και άλλες στρατηγικές περιορισμού των κινδύνων έχουν μειώσει την εμφάνιση αιφνίδιου θανάτου από 50% και πάνω από το 1990. Παρά τις προόδους αυτές, ακόμα και στις ανεπτυγμένες χώρες παραμένουν μειονεκτούσες υποομάδες και πληθυσμοί που κινδυνεύουν με σημαντικά υψηλότερο βρέφος και παιδί ποσοστά θνησιμότητας.

7.1 Αιτίες

Παρατίθενται πιο αναλυτικά οι αιτίες που οδηγούν στην βρεφική και παιδική θνησιμότητα.

Ιατρικές

Οι αιτίες της παιδικής θνησιμότητας που σχετίζονται με τις ιατρικές καταστάσεις περιλαμβάνουν: χαμηλό βάρος γέννησης, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, υποσιτισμό, συγγενείς δυσπλασίες και λοιμώδεις νόσοι, συμπεριλαμβανομένων των παραμελημένων τροπικών ασθενειών.

Συγγενείς Δυσπλασίες

Οι συγγενείς δυσπλασίες είναι γενετικές ανωμαλίες που γεννιούνται από τα μωρά, όπως το σχιστό χείλος, το σύνδρομο Down και τα καρδιακά ελαττώματα. Πολλές φορές, αυτό συμβαίνει όταν η μητέρα καταναλώνει αλκοόλ, αλλά μπορεί επίσης να είναι μια αιτία της γενετικής ή να έχει μια άγνωστη αιτία [16]. οι συγγενείς παραμορφώσεις είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην παιδική θνησιμότητα. Ο υποσιτισμός και οι μολυσματικές ασθένειες ήταν η κύρια αιτία θανάτου σε πιο ανεπτυγμένες χώρες. Στην Καραϊβική και τη Λατινική Αμερική, οι συγγενείς ανωμαλίες αντιπροσώπευαν μόνο το 5% των θανάτων νηπίων στις χώρες αυτές, ενώ ο υποσιτισμός και οι μολυσματικές ασθένειες έλαβαν το 7% έως 27% των βρεφών τη δεκαετία του 1980. [17] Σε πιο ανεπτυγμένες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, σημειώθηκε αύξηση των θανάτων νηπίων λόγω συγγενών παραμορφώσεων. Αυτές οι γενετικές ανωμαλίες είχαν ως επί το πλείστον να κάνουν με την καρδιά και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Τον 19ο αιώνα, σημειώθηκε μείωση του αριθμού των νεογέννητων θανάτων από καρδιακές παθήσεις. Από το 1979 έως το 1997, σημειώθηκε μείωση της παιδικής θνησιμότητας κατά 39% λόγω καρδιακών προβλημάτων.

Χαμηλό βάρος γέννησης

Το χαμηλό βάρος γέννησης αποτελεί το 60-80% του ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η εφημερίδα «New England Journal of Medicine» δήλωσε ότι «Τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας εμφανίζονται σε βρέφη βάρους 3.000 έως 3.500 g. Για τα νεογνά που ζυγίζουν 2.500 g ή λιγότερο, το ποσοστό θνησιμότητας αυξάνεται ταχέως με τη μείωση του βάρους, και τα περισσότερα από τα βρέφη που ζυγίζουν 1.000 g ή λιγότερο πεθαίνουν. Σε σύγκριση με τα κανονικά βάρη γέννησης των βρεφών, εκείνα με χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση είναι σχεδόν 40 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν στη νεογνική περίοδο · για τα βρέφη με πολύ χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, ο σχετικός κίνδυνος νεογνικού θανάτου είναι σχεδόν 200 φορές μεγαλύτερος. " Η βρεφική θνησιμότητα λόγω χαμηλού βάρους γέννησης είναι συνήθως μια άμεση αιτία που πηγάζει από άλλες ιατρικές επιπλοκές όπως η πρόωρη γέννηση, η κακή κατάσταση της μητρικής θρέψης, η έλλειψη προγεννητικής φροντίδας, η μητρική ασθένεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ένα ανθυγιεινό

περιβάλλον στο σπίτι [10]. Μαζί με το βάρος κατά τη γέννηση, η περίοδος κύησης αποτελεί τους δύο σημαντικότερους παράγοντες πρόβλεψης της πιθανότητας επιβίωσης ενός βρέφους και της συνολικής υγείας του.

Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νηπίου

Το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νηπίου (SIDS) είναι ένα σύνδρομο όπου ένα βρέφος πεθαίνει στον ύπνο του χωρίς κανένα λόγο πίσω του. Ακόμη και με πλήρη αυτοψία, κανείς δεν κατάφερε να καταλάβει τι προκαλεί αυτή την ασθένεια. Αυτή η ασθένεια είναι συχνότερη στις δυτικές χώρες [23]. Παρόλο που οι ερευνητές δεν είναι σίγουροι για το τι προκαλεί αυτή την ασθένεια, έχουν ανακαλύψει ότι είναι πιο υγιεινό για τα μωρά να κοιμούνται στην πλάτη τους αντί για το στομάχι τους. Αυτή η ανακάλυψη έσωσε πολλές οικογένειες από την τραγωδία που προκαλεί αυτή η ασθένεια. Οι επιστήμονες έχουν ανακαλύψει επίσης τρεις αιτίες μέσα σε ένα μοντέλο που δημιούργησαν, το σύγχρονο μοντέλο τριπλού κινδύνου. Αυτό το μοντέλο δηλώνει ότι τρεις συνθήκες όπως η μητέρα που καπνίζει ενώ είναι έγκυος, η ηλικία του βρέφους και το άγχος οδηγούν σε καταστάσεις όπως η υπερθέρμανση, ο επιρρεπής ύπνος, ο κοιμόνας και η κάλυψη του κεφαλιού. [23]

Υποσιτισμός

Ο υποσιτισμός ορίζεται ως ανεπαρκής πρόσληψη τροφής, όπως οι πρωτεΐνες και οι βιταμίνες, που επηρεάζουν δυσμενώς την ανάπτυξη, την ενέργεια και την ανάπτυξη ανθρώπων σε όλο τον κόσμο [25]. Είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις γυναίκες και τα βρέφη κάτω των 5 ετών που ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες στις φτωχότερες περιοχές της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής [26]. Τα παιδιά είναι πιο ευάλωτα, καθώς δεν έχουν ακόμη αναπτύξει πλήρως ένα ισχυρό ανοσοποιητικό σύστημα, καθώς και εξαρτώνται από τους γονείς να παρέχουν την απαραίτητη τροφή και θρεπτική πρόσληψη. Εκτιμάται ότι περίπου 3,5 εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα παιδικού ή μητρικού υποσιτισμού, με ψευδή ανάπτυξη, χαμηλό σωματικό βάρος και χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση που αντιπροσωπεύει περίπου 2,2 εκατομμύρια σχετιζόμενους θανάτους [27]. Παράγοντες που συμβάλλουν στον υποσιτισμό είναι η κοινωνικοοικονομική, η περιβαλλοντική, η κατάσταση του φύλου, η περιφερειακή θέση και οι καλλιεργητικές πρακτικές του θηλασμού [28]. Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο πιο πιεστικός παράγοντας, καθώς μπορεί να αλληλοεπικαλύπτεται και να ποικίλλει μεταξύ των περιφερειών.

Μεταδοτικές ασθένειες

Τα μωρά που γεννιούνται από χώρες χαμηλού έως μεσαίου εισοδήματος στην υποσαχάρια Αφρική και τη νότια Ασία διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο νεογνού. Οι βακτηριακές λοιμώξεις της κυκλοφορίας του αίματος, των πνευμόνων και της κάλυψης του εγκεφάλου (μηνιγγίτιδα) ευθύνονται για το 25% των νεογνών. Τα νεογνά μπορούν να αποκτήσουν μολύνσεις κατά τη γέννηση από βακτηρίδια που υπάρχουν στο αναπαραγωγικό σύστημα της μητέρας τους. Η μητέρα μπορεί να μην γνωρίζει τη λοίμωξη, ή μπορεί να έχει μια μη θεραπευμένη πυελική φλεγμονώδη νόσο ή σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια. Αυτά τα βακτήρια μπορούν να κινηθούν μέχρι τον κόλπο του καναλιού στον αμνιακό σάκο που περιβάλλει το μωρό. Η λοίμωξη που μεταδίδεται με το αίμα από τη μητέρα είναι μια άλλη οδός βακτηριακής μόλυνσης από τη μητέρα στο μωρό. Η νεογνική μόλυνση είναι επίσης πιο πιθανή με την πρόωρη ρήξη των μεμβρανών (PROM) του αμνιακού σάκου [32].

Επτά από τους δέκα θανάτους στην παιδική ηλικία οφείλονται σε μολυσματικές ασθένειες: οξεία αναπνευστική λοίμωξη, διάρροια, ιλαρά και ελονοσία. Η οξεία αναπνευστική λοίμωξη, όπως η πνευμονία, η βρογχίτιδα και η βρογχιολίτιδα, αντιπροσωπεύουν το 30% των παιδικών θανάτων. Το 95% των περιπτώσεων πνευμονίας εμφανίζονται στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Η διάρροια είναι η δεύτερη μεγαλύτερη αιτία παιδικής θνησιμότητας στον κόσμο, ενώ η ελονοσία προκαλεί το 11% των παιδικών θανάτων. Η ιλαρά είναι η πέμπτη μεγαλύτερη αιτία της παιδικής θνησιμότητας. [10] [33] Το φολικό οξύ για τις μητέρες είναι ένας τρόπος για την καταπολέμηση της έλλειψης σιδήρου. Μερικά μέτρα δημόσιας υγείας που χρησιμοποιούνται για τη μείωση των επιπέδων αναιμίας από έλλειψη σιδήρου περιλαμβάνουν άλας ιωδίου ή πόσιμο νερό και περιλαμβάνουν συμπληρώματα βιταμίνης Α και πολυβιταμινών στη διατροφή της μητέρας [10]. Μια ανεπάρκεια αυτής της βιταμίνης προκαλεί ορισμένους τύπους αναιμίας (χαμηλό αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων).

2. Περιβαλλοντικές

Το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας μπορεί να προσδιοριστεί από την υγιεινή και την κοινωνική κατάσταση ενός έθνους αλλά και από τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες εντός μίας χώρας.

Η βιολογική ρύπανση των υδάτων είναι ένας καλύτερος δείκτης της παιδικής θνησιμότητας από ό, τι οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία. Το νερό μολυσμένο από διάφορα παθογόνα στεγάζει πλήθος παρασιτικών και μικροβιακών λοιμώξεων. Οι λοιμώδεις νόσοι και τα παράσιτα μεταφέρονται μέσω της ρύπανσης των υδάτων από ζωικά απόβλητα [36]. Οι περιοχές χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης είναι πιο επιρρεπείς σε ανεπαρκή υποδομή υδραυλικών εγκαταστάσεων και σε ανεπαρκώς διατηρημένες εγκαταστάσεις [10]. Η καύση αναποτελεσματικών καυσίμων διπλασιάζει τον ρυθμό των παιδιών κάτω των 5 ετών με οξεία λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος [10]. Το κλίμα

και η γεωγραφία παίζουν συχνά ρόλο στις συνθήκες υγιεινής. Για παράδειγμα, η μη προσβασιμότητα του καθαρού νερού επιδεινώνει τις κακές συνθήκες αποχέτευσης [36].

Οι άνθρωποι που ζουν σε περιοχές όπου η ατμοσφαιρική ρύπανση είναι υψηλότερη τείνουν να έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας. Οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της ρύπανσης του ατμοσφαιρικού αέρα συνδέονται με αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής θνησιμότητας. Η ατμοσφαιρική ρύπανση συνδέεται σταθερά με τη νεογνική θνησιμότητα λόγω αναπνευστικών επιδράσεων και συνδρόμου ξαφνικού θανάτου από βρέφη. Η υψηλή παιδική θνησιμότητα επιδεινώνεται επειδή τα νεογνά είναι μια ευάλωτη υποομάδα που επηρεάζεται από την ατμοσφαιρική ρύπανση [38]. Τα νεογνά που γεννήθηκαν σε αυτά τα περιβάλλοντα δεν αποτελούν εξαίρεση.

Οι γυναίκες που εκτίθενται σε αυξημένη ατμοσφαιρική ρύπανση σε καθημερινή βάση και είναι έγκυες θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά από τους γιατρούς τους, καθώς και μετά τη γέννηση του μωρού. Τα μωρά που ζουν σε περιοχές με λιγότερη ατμοσφαιρική ρύπανση έχουν περισσότερες πιθανότητες να ζήσουν μέχρι τα πρώτα γενέθλιά τους. Όπως αναμενόταν, τα μωρά που ζουν σε περιβάλλον με μεγαλύτερη ατμοσφαιρική ρύπανση διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τη βρεφική θνησιμότητα. Οι περιοχές με υψηλότερη ατμοσφαιρική ρύπανση έχουν επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερη πληθυσμιακή πυκνότητα, υψηλότερα ποσοστά εγκληματικότητας και χαμηλότερα επίπεδα εισοδήματος, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας.

3. Τραύμα της πρώιμης παιδικής ηλικίας

Το τραύμα της πρώιμης παιδικής ηλικίας περιλαμβάνει σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση παιδιού ηλικίας από 0 έως 5 ετών. Το τραύμα στην πρώιμη ανάπτυξη έχει ακραίες επιπτώσεις σε όλη τη διάρκεια της ζωής του και συμβάλλει σημαντικά στη βρεφική θνησιμότητα. Τα αναπτυσσόμενα όργανα είναι εύθραυστα. Όταν ένα βρέφος κλονίζεται, ξυλοκοπείται, στραγγαλίζεται ή βιάζεται, η κρούση είναι εκθετικά πιο καταστροφική από ό, τι όταν η ίδια κακοποίηση συμβαίνει σε ένα πλήρως ανεπτυγμένο σώμα. Οι μελέτες εκτιμούν ότι 1-2 παιδιά ανά εκατομμύριο ΗΠΑ ετησίως τραυματίζονται θανάσιμα.

4. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η κοινωνική τάξη αποτελεί βασικό παράγοντα της παιδικής θνησιμότητας, ιστορικά και σήμερα. Μεταξύ 1912 και 1915, το Γραφείο των Παιδιών στις Ηνωμένες Πολιτείες εξέτασε δεδομένα σε οκτώ πόλεις και σχεδόν 23.000 γεννήσεις. Ανακάλυψαν ότι τα χαμηλότερα εισοδήματα τείνουν να συσχετίζονται με την υψηλότερη βρεφική θνησιμότητα. Στις περιπτώσεις που ο πατέρας δεν είχε εισόδημα, το ποσοστό της παιδικής θνησιμότητας ήταν 357% υψηλότερο από αυτό για τους υψηλότερους εισοδήματα (1.250 δολάρια +). Οι διαφορές μεταξύ των φυλών ήταν επίσης εμφανείς. Οι αφρικανικές-αμερικανικές μητέρες βιώνουν τη βρεφική θνησιμότητα με ρυθμό 44% υψηλότερο από τον μέσο όρο. Ωστόσο, οι έρευνες δείχνουν ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες δεν αντιπροσωπεύουν πλήρως τις φυλετικές ανισότητες της παιδικής θνησιμότητας.

Η κοινωνική τάξη υπαγορεύει ποιες ιατρικές υπηρεσίες είναι διαθέσιμες σε ένα άτομο. Οι διαφορές που οφείλονται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες έχουν επιδεινωθεί από την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας. Οι αναπτυγμένες χώρες, κυρίως οι Ηνωμένες Πολιτείες, έχουν δει απόκλιση μεταξύ εκείνων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, οι οποίοι δεν μπορούν να διαθέσουν προχωρημένους ιατρικούς πόρους, οδηγώντας σε αυξημένες πιθανότητες παιδικής θνησιμότητας και σε άλλους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο μητρικός θηλασμός είναι ο μοναδικός φυσικός τρόπος διατροφής ενός βρέφους και θα πρέπει να προστατεύεται και να προωθείται σε όλες τις χώρες.²⁰ Κατά την ελληνική λαϊκή παράδοση, η νέα μητέρα με τη γαλακτοφορία εδραιώνεται ως μια δημιουργική και γόνιμη παρουσία στην κοινωνία. Το γάλα της θεωρείται αγνό, εξαγνίζον και θεραπευτικό, ενώ ο μητρικός θηλασμός θεωρείτο ως το όγδοο μυστήριο. Έτσι δηλώνεται η ιερότητα του θηλασμού και της μητέρας.⁶

Τα τελευταία χρόνια, οι έρευνες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού έχουν διευρυνθεί και δεν περιορίζονται μόνο σε εκείνες που αναδεικνύουν τις επιδράσεις του στη σωματική ανάπτυξη των βρεφών. Αρχίζουν πλέον μέσα από συστηματικές έρευνες και μελέτες να διαφαίνονται τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και οι θετικές επιδράσεις του σε όλα τα επίπεδα, ενώ μελέτες αρκετών ετών αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους, γεγονός εξαιρετικά σημαντικό, αφού σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εν λόγω ερευνών επηρεάζει τη μετέπειτα πορεία του κατά την παιδική, αλλά και την ενήλικη ζωή του.

Παρά το γεγονός όμως ότι υπάρχουν πολλά τεκμηριωμένα οφέλη του μητρικού θηλασμού, σε παγκόσμιο επίπεδο μόνο το 39% των παιδιών ηλικίας <6 μηνών θήλασαν αποκλειστικά, το 2012. Αυτό το παγκόσμιο ποσοστό ήταν ελάχιστο βελτιωμένο κατά τις περασμένες δεκαετίες, εν μέρει λόγω των μεγάλων χωρών στις οποίες τα ποσοστά θηλασμού είναι μικρά, αλλά και εξ αιτίας της γενικής έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τις θηλάζουσες μητέρες. Χώρες με υποστηρικτική πολιτική και ολοκληρωμένα πανεθνικά προγράμματα έχουν κατορθώσει να αυξήσουν σημαντικά τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.³

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την πρώτη πανελλαδική μελέτη για το μητρικό θηλασμό του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, προβάλλεται επιτακτικά η ανάγκη για υιοθέτηση και εφαρμογή πολιτικών και πρακτικών που θα ενισχύσουν το θηλασμό στη χώρα μας, καθώς το 88% των μητέρων άρχισαν να θηλάζουν, αλλά μόνο το 41% από αυτές θήλαζαν αποκλειστικά και μόλις το 0,8% των βρεφών θήλαζαν αποκλειστικά στους 6 μήνες. Η πλειοψηφία των γυναικών που ερωτήθηκαν (89%) δήλωσε ότι είχε αποφασίσει να θηλάσει το μωρό πριν αυτό γεννηθεί και περίπου το ίδιο ποσοστό γυναικών (88%) άρχισε να θηλάζει. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας συνέχισε να θηλάζει το 83% των γυναικών, στο τέλος του 1ου μήνα το 60%, στο τέλος του 3ου μήνα το 39% και στο τέλος του 6ου μήνα το 22%. Όσο για το θηλασμό μετά από τους 6 μήνες, μόνο το 9% των γυναικών διατήρησε το θηλασμό σε συμπληρωμένους 9 μήνες και 6% σε συμπληρωμένους 12 μήνες.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε ότι το επίπεδο του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα είναι χαμηλό, καθώς την πρώτη ημέρα της ζωής θήλασαν αποκλειστικά το 41% των γυναικών, στο τέλος του 1ου μήνα μόλις το 21%, στο τέλος του 3ου μήνα το 11% και τον 6ο μήνα το ποσοστό αυτό σχεδόν μηδενίστηκε (0,8%).¹⁴

Αν και ο μητρικός θηλασμός συνιστά μια φυσική και ενστικτώδη πράξη, είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να μπορέσει να αποτελέσει τον κανόνα. Στη χώρα μας, τα τελευταία χρόνια, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την ενημέρωση των νέων γονέων και αρκετά νοσοκομεία, δημόσια και ιδιωτικά, έχουν αρχίσει όχι μόνο να ενημερώνουν τις μέλλουσες μητέρες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και να τις διευκολύνουν στην άσκηση αυτής της πρακτικής, αλλά και να προσφέρουν εξειδικευμένα εκπαιδευτικά σεμινάρια στους επαγγελματίες υγείας. Ήδη, δύο νοσοκομεία έχουν ανακηρυχθεί από τη UNICEF ως «φιλικά προς τα βρέφη», που σημαίνει ότι τηρούν τα 10 βήματα για το μητρικό θηλασμό, τα οποία θεσπίστηκαν από τον ΠΟΥ και τη UNICEF.³

Σε παγκόσμιο επίπεδο, λιγότερα από τα μισά παιδιά <6 μηνών επωφελούνται από τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και γι' αυτόν το λόγο είναι κρίσιμης σημασίας η αποτελεσματική προώθηση της συγκεκριμένης φυσικής πρακτικής, καθώς «δεν υπάρχει κάποια άλλη παρέμβαση στην υγεία που να έχει τόσο μεγάλο αντίκτυπο στα μωρά και τις μητέρες όπως είναι αυτή του μητρικού θηλασμού και η οποία να κοστίζει τόσο λίγο στα κράτη», δηλώνει η Αναπληρώτρια Εκτελεστική Διευθύντρια της UNICEF, Geeta Rao Gupta.³

Ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο υποστηρικτικό περιβάλλον από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας αποτελεί το μυστικό για την αδιάλειπτη υποστήριξη της θηλάζουσας μητέρας και την προτροπή της για τη συνέχιση του θηλασμού (Catalano PM, 2010).

Είναι εξαιρετικά σημαντική, λοιπόν, η εκπαίδευση από οργανωμένες ομάδες εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας των εγκύων, των μητέρων και του υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος, τόσο κατά την παραμονή τους στα μαιευτήρια όσο και μετά την έξοδό τους από αυτά, αλλά και η υποστήριξη και η προώθηση του μητρικού θηλασμού ήδη από την παιδική και την εφηβική ηλικία, για την αλλαγή νοοτροπίας και την προσπάθεια αλλαγής κουλτούρας της κοινωνίας προς τον αποκλειστικό θηλασμό, καθώς τα οφέλη που προκύπτουν από αυτόν είναι μακροπρόθεσμα και αφορούν τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των βρεφών.

Η διατροφή κατά τη βρεφική ηλικία είναι πολύ σημαντική για τα μεταγενέστερα στάδια ανάπτυξης και γι 'αυτό η κατάλληλη διατροφή για βρέφη εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό θέμα για τις συνεχιζόμενες αναπτυξιακές δραστηριότητες πολλών διεθνών οργανισμών. Το μητρικό γάλα, ο φυσικός τρόπος για τη διατροφή των βρεφών, προσφέρει το ιδανικό φαγητό για βρέφη, καθώς παρέχει τις βέλτιστες αναλογίες ενέργειας, πρωτεϊνών, βιταμινών, ορμονών, αντισωμάτων και άλλων πολύτιμων θρεπτικών συστατικών. Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο από πολλές μελέτες ότι τα οφέλη του μητρικού γάλακτος στη σωματική ανάπτυξη των μωρών είναι αναμφισβήτητα και πολλαπλά. Μετά από χρόνια έρευνας, έχουν αρχίσει επίσης να εμφανίζονται τα οφέλη του θηλασμού για την ψυχική υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brewer CJ & Balen AH 2010 The adverse effects of obesity on conception and implantation. *Reproduction* 140 347–364. (doi:10.1530/REP-09-0568)
2. Burt Solorzano CM & McCartney CR 2010 Obesity and the pubertal transition in girls and boys. *Reproduction* 140 399–410. (doi:10.1530/REP-10-0119)
3. Catalano PM 2010 Obesity, insulin resistance, and pregnancy outcome. *Reproduction* 140 365–371. (doi:10.1530/REP-10-0088)
4. Denison FC, Roberts KA, Barr SM & Norman JE 2010 Obesity, pregnancy, inflammation, and vascular function. *Reproduction* 140 373–385. (doi:10.1530/REP-10-0074)
5. Drake AJ & Reynolds RM 2010 Impact of maternal obesity on offspring obesity and cardiometabolic disease risk. *Reproduction* 140 387–398. (doi:10.1530/REP-10-0077)
6. Llewyn Davis (2013)
7. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL & Curtin LR 2010 Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2008. *Journal of the American Medical Association* 303 235–241. (doi:10.1001/jama.2009.2014)
8. Government Office for Science 2007 Foresight – Tackling Obesities: Future Choices – Project Report, edn 2. London: Government Office for Science. Available at <http://www.foresight.gov.uk/obesity/17.pdf>.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION – UNICEF. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. WHO/UNICEF, Geneva, 1990
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF. Global Strategy for infant and young child feeding. WHO/UNICEF, Geneva, 2003
11. UNICEF. Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Κοντά στις μητέρες. UNICEF, Ελλάδα, 2013. Διαθέσιμο στο: www.unicef.gr
12. UNICEF. 20ή Επέτειος της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού. UNICEF, Ελλάδα, 2012. Διαθέσιμο στο: www.unicef.gr
13. UNICEF. Μητρικός θηλασμός: Η 1η ώρα. UNICEF, Ελλάδα, 2007.
14. ΚΩΣΤΑΛΑΣ Χ. Νεογνολογία. Τόμος Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1996
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The international code of marketing of breast-milk substitutes. Frequently asked questions. Updated version. WHO, Geneva, 2008
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and young child feeding. WHO, Geneva, 2009
17. ODDY WH, KENDALL GE, LI J, JACOBY P, ROBINSON M, DE KLERK NH ET AL. The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: A pregnancy cohort study followed for 14 years. *Pediatrics* 2010, 156:568–574

18. ΜΩΡΑΪΤΟΥ Μ. Γένεσις – Όλες οι όψεις της εγκυμοσύνης, του το-κετού, της λοχείας, της φροντίδας του νεογνού. Εκδόσεις Πρά-σινο Φύλλο, Θεσσαλονίκη, 1996
19. ΠΑΠΑΒΕΝΤΣΗΣ Σ. Επιστροφή στο μητρικό θηλασμό. Οδηγός επι-βίωσης για γονείς και επαγγελματίες υγείας. 2η έκδοση. Εκδό-σεις Πατάκη, Αθήνα, 2011
20. SACKER A, KELLY Y, IACOVOU M, CABLE N, BARTLEY M. Breast feed-ing and intergenerational social mobility: What are the mech-anisms? Arch Dis Child 2013, 98:666–671
21. ΣΥΚΑΚΗΨΔΟΥΚΑ Α. Ο τοκετός είναι αγάπη. 10η βελτιωμένη έκ-δοση. Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα, 1985
22. ΓΑΚΗ Ε, ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ Δ, ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ Γ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Τ, ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥΨΚΟΥΜΑΤΟΥ Ι. Εθνική μελέτη συχνότητας και προσ-διοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού. Ινστιτούτο Υγεί-ας του Παιδιού, Αθήνα, 2009
23. UNICEF. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός. Ο χρυσός κανό-νας. Ασφαλής, υγιής, εφαρμόσιμος. UNICEF, Ελλάδα, 2004. Διαθέσιμο στο: www.unicef.gr
24. FERGUSSON DM, WOODWARD LJ. Breast feeding and later psycho-social adjustment. Paediatr Perinat Epidemiol 1999, 13:144–157
25. KLAUS M. Mother and infant: Early emotional ties. Pediatrics 1998, 102(Suppl E):1244–1246
26. BRITTON JR, BRITTON HL, GRONWALDT V. Breastfeeding, sen-sitivity, and attachment. Pediatrics 2006, 118:e1436–e1443
27. STRATHEARN L, MAMUN A, NAJMAN M, O’CALLAGHAN MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. Pediatrics 2009, 123:483–493
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International code of market-ing of breast-milk substitutes. WHO, Geneva, 1981
29. De Leoz ML, Kalanetra KM, Bokulich NA, et al. Human milk glycomics and gut microbial genomics in infant feces show a correlation between human milk oligosaccharides and gut microbiota: a proof-of-concept study. J Proteome Res 2015;491–502.
30. Bourges D, Meurens F, Berri M, et al. New insights into the dual recruitment of IgA+ B cells in the developing mammary gland. Mol Immunol 2008; 45: 3354–62.
31. Latuga MS, Stuebe A, Seed PC. A review of the source and function of microbiota in breast milk. Semin Reprod Med 2014;68–73.
32. Ardeshir A, Narayan NR, Mendez-Lagares G, et al. Breast-fed and bottle-fed infant rhesus macaques develop distinct gut microbiotas and immune systems. Sci Transl Med 2014; 6: 252ra120.
33. Verduci E, Banderali G, Barberi S, et al. Epigenetic e ects of human breast milk. Nutrients 2014; 6: 1711–24.
34. Verier C, Meirhaeghe A, Bokor S, et al, and the Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence (HELENA) Study Group. Breast-feeding

- modulates the influence of the peroxisome proliferator-activated receptor-gamma (PPARG2) Pro12Ala polymorphism on adiposity in adolescents: the Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence (HELENA) cross-sectional study. *Diabetes Care* 2010; 33: 190–96.
35. Torregrosa Paredes P, Gutzeit C, Johansson S, et al. Differences in exosome populations in human breast milk in relation to allergic sensitization and lifestyle. *Allergy* 2014; 69: 463–71.
 36. Munch EM, Harris RA, Mohammad M, et al. Transcriptome profiling of microRNA by Next-Gen deep sequencing reveals known and novel miRNA species in the lipid fraction of human breast milk. *PLoS One* 2013; 8: e50564.
 37. Hassiotou F, Hartmann PE. At the dawn of a new discovery: the potential of breast milk stem cells. *Adv Nutr* 2014; 5: 770–78.
 38. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva: World Health Organization, 1989.
 39. World Health Organization. Essential Nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: World Health Organization, 2013.
 40. Greenland S. Can meta-analysis be salvaged? *Am J Epidemiol* 1994;140:783–87.
 41. Bailar JC 3rd. The promise and problems of meta-analysis. *N Engl J Med* 1997; 337: 559–61.
 42. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382: 427–51.
 43. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:24–60.
 44. Requejo J, Bryce J, Victora CG, and the Countdown to 2015 writing team. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. New York: UNICEF and the World Health Organization, 2014.
 45. Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Macadam PS, Dettwyler KA, eds. *Breastfeeding: biocultural perspectives*. New York: Walter de Gruyter, Inc; 1995: 39–73.
 46. Peres KG, Peres MA, Thomson WM, Broadbent J, Hallal PC, Menezes AB. Deciduous-dentition malocclusion predicts orthodontic treatment needs later: findings from a population-based birth cohort study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2015; 147: 492–98. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization, 2013.
 47. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al, and the PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). *Promotion of Breastfeeding*

- Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285: 413–20.
48. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, et al, and the PROBIT Study Group. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2007; 86: 1717–21.
 49. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillman MW, Cook DG. The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 1298–307.
 50. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, et al, and the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 578–84.
 51. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; 339: 261–64.
 52. Richards M, Hardy R, Wadsworth ME. Long-term effects of breast-feeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function. *Public Health Nutr* 2002; 5: 631–35.
 53. Martin RM, Goodall SH, Gunnell D, Davey Smith G. Breast feeding in infancy and social mobility: 60-year follow-up of the Boyd Orr cohort. *Arch Dis Child* 2007; 92: 317–21.
 54. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 1998; 101: E9.
 55. Victora CG, Barros FC, Horta BL, Lima RC. Breastfeeding and school achievement in Brazilian adolescents. *Acta Paediatr* 2005; 94: 1656–60.
 56. Horta BL, Bas A, Bhargava SK, et al, and the COHORTS group. Infant feeding and school attainment in five cohorts from low- and middle-income countries. *PLoS One* 2013; 8: e71548.
 57. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e199–e205.
 58. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr* 2015; 169: e151025.
 59. Becker S, Rutstein S, Labbok MH. Estimation of births averted due to breastfeeding and increases in levels of contraception needed to substitute for breastfeeding. *J Biosoc Sci* 2003; 35: 559–74.
 60. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD003517.

61. Bobrow KL, Quigley MA, Green J, Reeves GK, Beral V. Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. *Int J Obes (Lond)* 2013; 37: 712–17.
62. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* 2015; 171: 142–54.
63. Gura T. Nature's first functional food. *Science* 2014; 345: 747–49.
64. Hooper LV, Littman DR, Macpherson AJ. Interactions between the microbiota and the immune system. *Science* 2012; 336: 1268–73.
65. Mayer EA, Knight R, Mazmanian SK, Cryan JF, Tillisch K. Gut microbes and the brain: paradigm shift in neuroscience. *J Neurosci* 2014; 34: 15490–96.
66. Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010; 107: 11971–75.
67. Azad MB, Konya T, Maughan H, et al. Gut microbiota of healthy Canadian infants: profiles by mode of delivery and infant diet at 4 months. *CMAJ* 2013; 185: 385–94.
68. Yatsunenko T, Rey FE, Manary MJ, et al. Human gut microbiome viewed across age and geography. *Nature* 2012; 486: 222–27.
69. Vahlquist B. Introduction. Contemporary patterns of breast-feeding Report of the WHO Collaborative Study on Breast-feeding. Geneva: World Health Organization, 1981.
70. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Human milk in the modern world. Oxford: Oxford University Press, 1978.
71. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Human milk in the modern world [letter]. *BMJ* 1978; 2: 1573.
72. Task Force on the Assessment of the Scientific Evidence Relating to Infant-Feeding Practices and Infant Health. Report of the task force on the assessment of the scientific evidence relating to infant-feeding practices and infant health. *Pediatrics* 1984;74: 579–762.
73. Rollins NC, et al. Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. *Lancet* 2016; 387: 491–504.
74. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: definition. Geneva: World Health Organization, 2008.
75. Royston P, Sauerbrei W. Multivariable model-building: a pragmatic approach to regression analysis based on fractional polynomials for modelling continuous variables. Chichester: Wiley, 2008.
76. Walker N, Tam Y, Friberg IK. Overview of the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2013; 13 (suppl 3): S1.
77. Requejo JH, Bryce J, Barros AJ, et al. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. *Lancet* 2015; 385: 466–76.

78. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality. A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; published online Aug 7. DOI:10.1111/apa.13147.
79. Roberts TJ, Carnahan E, Gakidou E. Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. *BMC Med* 2013; 11: 254.
80. Berger-Achituv S, Shohat T, Garty BZ. Breast-feeding patterns in Central Israel. *Isr Med Assoc J* 2005; 7: 515–19.
81. Davis E.A., Blair E., Jacoby P., Zubrick S.R. (2013), The role of family and maternal factors in childhood obesity, *The Medical Journal of Australia*, 186, 591– 595 94
82. Häggkvist AP, Brantsæter AL, Grjibovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutr* 2010; 13: 2076–86.
83. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 2011; 128: 1117–25.+
84. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008; 99: 1127–32.