



Τεχνολογικό Ίδρυμα Κρήτης

ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η αντίληψη και η προώθηση του μητρικού θηλασμού. Συγκριτική μελέτη Αθήνας και επαρχίας Σητείας»



Εισηγητής: Μάτης Αθανάσιος

Σπουδάστριες:
Μπουχαλάκη Ειρήνη
Χηράτου Μαρία



Τεχνολογικό Ίδρυμα Κρήτης

ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«The perception and the promotion of breastfeeding. Comparative study Athens and Sitias province»



Εισηγητής: Μάτης Αθανάσιος

Σπουδάστριες:
Bouchalaki Eirini
Xiratou Maria

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Κο Μάτη Αθανάσιο παιδίατρο ειδικευόμενο για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε καθώς και τους:

**Κα Κλαδίτου Μαρία, Ά επιμελήτρια παιδιατρικής κλινικής,
Κα Μαλαθράκη Μαρία, Αναπληρώτρια Διευθύντρια παιδιατρικής κλινικής,
Κο Κατσαράκη Ιωάννη, Ά επιμελητή παιδιατρικής κλινικής,
Κα Νεάρχου Αμαλία, Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου
– Κέντρο Υγείας Σητείας,**

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαιτέρως και τους:

**Κο Δημητροπουλάκη Πέτρο, Μαθηματικός PDAD Inform.Systems,
Κο Βασιλόπουλο Χρήστο, Επιστήμονα Τροφίμων (υπεύθυνος τμήματος διατροφής
Αρεταίειου νοσοκομείου),
Κο Παπαδιά Κωνσταντίνο, Αναπληρωτής καθηγητής μαιευτικής γυναικολογίας
Αρεταίειου νοσοκομείου,
Κα Καψαλάκη Μαρία, Παιδίατρο.**

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη Βακοντίου Μαρία για τη φιλοξενία που μας προσέφερε.

Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

❖ Περίληψη.....	σελ. 5
❖ Summary.....	σελ. 6
❖ Εισαγωγή.....	σελ. 7
❖ Κεφάλαιο 1: Ενεργειακές ανάγκες τελειόμηνου βρέφους	
1.1 Ενέργεια.....	σελ. 8
1.2 Πρωτεΐνη.....	σελ. 9
1.3 Υδατάνθρακες.....	σελ. 11
1.4 Λίπος.....	σελ. 11
1.5 Νερό.....	σελ. 12
1.6 Μέταλλα.....	σελ. 13
1.7 Βιταμίνες.....	σελ. 15
1.8 Ενεργειακές ανάγκες πρόωρων βρεφών ή βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση	
1.8.1 Ενέργεια.....	σελ. 20
1.8.2 Πρωτεΐνες.....	σελ. 22
1.8.3 Υδατάνθρακες.....	σελ. 22
1.8.4 Λίπος.....	σελ. 22
1.8.5 Ανόργανα στοιχεία.....	σελ. 23
1.8.6 Βιταμίνες.....	σελ. 24
1.8.7 Μέθοδος σίτισης πρόωρων βρεφών.....	σελ. 25
1.8.7.1 Παρεντερική διατροφή.....	σελ. 25
1.8.7.2 Εντερική διατροφή.....	σελ. 27
❖ Κεφάλαιο 2: Ενεργειακές ανάγκες θηλάζουσας	
2.1 Ενέργεια.....	σελ. 30
2.2 Πρωτεΐνη.....	σελ. 31
2.3 Υδατάνθρακες.....	σελ. 31
2.4 Λίπος.....	σελ. 31
2.5 Βιταμίνες & Μέταλλα.....	σελ. 31
2.5.1 Λιποδιαλυτές βιταμίνες.....	σελ. 31
2.5.2 Υδατοδιαλυτές βιταμίνες.....	σελ. 32
2.5.3 Μέταλλα.....	σελ. 32
❖ Κεφάλαιο 3: Μητρικό γάλα	
3.1 Διαδικασία παραγωγής γάλακτος.....	σελ. 32
3.2 Ρυθμιστές θηλασμού – Ορμόνες.....	σελ. 33
3.3 Σύνθεση μητρικού γάλακτος.....	σελ. 35
3.3.1 Νερό.....	σελ. 37
3.3.2 Πρωτεΐνες.....	σελ. 37
3.3.3 Υδατάνθρακες.....	σελ. 39
3.3.4 Λίπη.....	σελ. 40
3.3.5 Μέταλλα & Ιχνοστοιχεία.....	σελ. 42
3.3.6 Βιταμίνες.....	σελ. 42
3.3.6.1 Λιποδιαλυτές βιταμίνες.....	σελ. 43
3.3.6.2 Υδατοδιαλυτές βιταμίνες.....	σελ. 43
3.3.7 Άλλα μη θρεπτικά συστατικά.....	σελ. 44

❖	Κεφάλαιο 4: Θηλασμός	
	4.1 Η πρώτη επαφή μητέρας-παιδιού.....	σελ. 46
	4.2 Διαδικασία θηλασμού.....	σελ. 47
	4.2.1 Τεχνικές έκκρισης γάλακτος.....	σελ. 47
	4.2.1.1 Τεχνική Marmet.....	σελ. 47
	4.2.1.2 Έκλυση του αντανακλαστικού της οξυτοκίνης.....	σελ. 48
	4.3 Στάσεις θηλασμού	
	4.3.1 Η «κλασική» στάση.....	σελ. 50
	4.3.2 Παραλλαγή «κλασικής» στάσης.....	σελ. 52
	4.3.3 Η «πλευρική» στάση.....	σελ. 53
	4.3.4 Θηλασμός όταν είστε ξαπλωμένη στο πλάι.....	σελ. 54
	4.4 Διάρκεια θηλασμού.....	σελ. 54
❖	Κεφάλαιο 5: Παράγοντες που επηρεάζουν το μητρικό θηλασμό	
	5.1 Προβλήματα που αφορούν την μητέρα.....	σελ. 59
	5.2 Προβλήματα που αφορούν το παιδί.....	σελ. 66
❖	Κεφάλαιο 6: Τεχνητός θηλασμός	
	6.1 Εξανθρωποποιημένο γάλα.....	σελ. 72
	6.1.1 Γάλατα 1 ^{ης} βρεφικής ηλικίας.....	σελ. 78
	6.1.2 Γάλατα 2 ^{ης} βρεφικής ηλικίας.....	σελ. 81
	6.1.3 Γάλατα μετά το 1 ^ο χρόνο.....	σελ. 84
	6.1.4 Γάλατα χωρίς λακτόζη.....	σελ. 85
	6.1.5 Γάλατα σόγιας.....	σελ. 87
	6.1.6 Αντιαναγωγικά γάλατα.....	σελ. 87
	6.1.7 Υποαλλεργικά γάλατα.....	σελ. 89
	6.1.7.1 Γάλατα με μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη.....	σελ. 89
	6.1.7.2 Γάλατα με εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη.....	σελ. 91
	6.1.8 Στοιχειακά γάλατα.....	σελ. 93
	6.1.9 Γάλατα για πρόωρα-λιποβαρή νεογνά.....	σελ. 94
	6.1.10 Διάφορα γάλατα.....	σελ. 95
	6.2 Σύγκριση εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος-μητρικού γάλακτος.....	σελ. 98
	6.3 Οφέλη μητρικού θηλασμού.....	σελ. 99
❖	Κεφάλαιο 7: Πολιτική και προώθηση του μητρικού θηλασμού	
	7.1 Οργανώσεις και νομοθετικά μέτρα.....	σελ. 101
	7.1.1 Ενέργειες σήμερα σε ευρωπαϊκό επίπεδο.....	σελ. 105
	7.1.2 Ελληνική πραγματικότητα.....	σελ. 109
	7.1.3 Νοσοκομεία Φιλικά για τα Βρέφη.....	σελ. 110
	7.1.4: Rooming – in.....	σελ. 112
	7.2 Τράπεζα μητρικού γάλακτος.....	σελ. 114

B' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

❖	Σχολιασμός, συμπεράσματα.....	σελ. 118
❖	Συζήτηση.....	σελ. 203

- ❖ Περιορισμοί της έρευνας.....σελ. 205
- ❖ Σύγκριση αποτελεσμάτων με παρόμοια ερευνητικά δεδομένα διεθνούς βιβλιογραφίας.....σελ. 205

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

Περίληψη

Επί εκατομμύρια χρόνια η μοναδική τροφή του νεογέννητου και βρέφους ήταν το μητρικό γάλα. Σε πολλά αρχαία συγγράμματα αναφέρονται οδηγίες για την αύξηση και παραγωγή του γάλακτος, το θηλασμό, την σπουδαιότητα του μητρικού γάλακτος.

Η αποδοχή του μητρικού θηλασμού επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την γνώση της ωφελιμότητας και των πλεονεκτημάτων του. Στην έρευνα αυτή που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώνει κανείς πως οι περισσότερες γυναίκες είναι ενήμερες για το μητρικό θηλασμό, αλλά παρόλα αυτά δεν γνώριζαν πλήρως τα πλεονεκτήματά του. Διαπιστώνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ενημερώθηκε από γιατρό και πρόσωπα με γνώση πάνω στο θηλασμό, που αποτελούν έγκυρες πηγές πληροφόρησης, καθώς όμως και από το οικογενειακό περιβάλλον και τα ΜΜΕ, τα οποία ίσως και να τις παραπληροφόρησαν.

Με τη βοήθεια της έρευνας συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έναρξης θηλασμού μετά το τοκετό ήταν μετά από τρεις ώρες, κάτι το οποίο απέχει από τα δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που διαμένουν στην επαρχία θήλασε για 3-6 μήνες, ενώ στο αστικό κέντρο ήταν <3 μήνες.

Επίσης, διαπιστώσαμε ότι περίπου οι μισές από τις γυναίκες που θήλασαν, αναγκάστηκαν να διακόψουν εξαιτίας κάποιων προβλημάτων που παρουσιάστηκαν. Γι' αυτό η στήριξη της μητέρας από τους φορείς υγείας και από την οικογένεια είναι δύο παράγοντες που μπορούν να ωθήσουν ακόμα περισσότερες γυναίκες στην έναρξη ή στη διατήρηση του θηλασμού.

Το ενδιαφέρον της διεθνούς κοινότητας για τον θηλασμό είναι μεγάλο. Από τον Π.Ο.Υ και την UNICEF προτάθηκαν τα «δέκα βήματα για επιτυχή θηλασμό», η εφαρμογή των οποίων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την πρωτοβουλία «Φιλικό προς το βρέφος Νοσοκομείο».

Η εποχή μας είναι εποχή επιστροφής στο μητρικό θηλασμό και τα ποσοστά αυξάνονται συνεχώς σ' όλο τον κόσμο. Στην Ευρώπη τα υψηλότερα ποσοστά μητρικού θηλασμού έχουν οι Σκανδιναβικές χώρες. Στη Σουηδία όλα τα νοσοκομεία είναι «Φιλικά προς τα βρέφη». Στην Ελλάδα κανένα!!

Ο τόπος μας θεωρείται η χώρα με τα μικρότερα ποσοστά μητρικού θηλασμού από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τα υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης από τις γαλακτοβιομηχανίες.

Την ευθύνη για την προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού την έχουν κυρίως όλοι όσοι ασχολούνται με την φροντίδα μητέρας-παιδιού. Αυτοί, πρώτα, αλλά και σε επέκταση η κοινωνία και η πολιτεία, πρέπει να γνωρίσουν και να πιστέψουν, για να μπορέσουν να βοηθήσουν αποτελεσματικά. Όλοι οι φορείς υγείας σε οποιοδήποτε χώρο και αν εργάζονται, όπου προσφέρονται υπηρεσίες στη μητέρα και στο νεογέννητο της, είναι υποχρεωμένοι να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον φιλικό για τον θηλασμό. Ο ρόλος των μαιευτηρίων για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού είναι ουσιαστικός σε παγκόσμια κλίμακα.

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί ιδανικό μέσο διατροφής για τα βρέφη και συνεισφέρει στην υγιεινή τους ανάπτυξη και εξέλιξη. Μειώνει τη βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Συνεισφέρει στην υγεία των γυναικών. Προσφέρει κοινωνικά και οικονομικά οφέλη.

Οι μητέρες χρειάζονται γνώση και υποστηρικτικό περιβάλλον για να μπορέσουν να θηλάζουν αποκλειστικά και να αντισταθούν στον πειρασμό να δώσουν άλλες τροφές. Για μια σωστά ενημερωμένη μητέρα που θηλάζει και πιστεύει στον μητρικό θηλασμό η επιστροφή στην εργασία της δεν θα πρέπει να είναι αιτία διακοπής του θηλασμού.

Summary

For millions of years the one and only food for newborns and infants was human milk. In many ancient books directions are given on the increase and the production of milk, lactation and the importance of human milk.

The acceptance of breastfeeding is influenced to a great degree by the knowledge of its usefulness and its advantages. In this research we have found that most women are aware of breastfeeding, but nevertheless they didn't know all of its advantages. We realise that most women were informed by doctors and people with knowledge on lactation, who are valid sources of information, and from the family environment and the mass media, which may misinform them.

From the research we have found that the highest rate of initiation of breastfeeding after childbirth was after three hours, which contradicts the ten steps for the successful breastfeeding. Moreover, we have observed that a higher percentage of women who reside in rural areas breastfed for 3-6 months, while the women who reside in the city breastfed for <3 months.

Also, we have realised that half of the women stopped breastfeeding because of some problems that have been presented. That's why support for the mother from the institutions of health and from the family are two factors that can prompt even more women in the initiation or in the maintenance of lactation.

The interest of the international community in lactation is big. World Health Organization (WHO) and UNICEF proposed the "ten steps for successful breastfeeding", the application of which constitutes the corner stone for "Baby Friendly Hospitals".

Nowadays, women turn more to breastfeeding and the percentages of lactation are increasing continuously all over the world. In Europe, Scandinavian countries have the highest rates of breastfeeding. In Sweden all hospitals are "Baby Friendly". In Greece "Baby Friendly Hospitals" don't exist!!

Our country has the lowest percentages of breastfeeding compared to other countries of European Union and the highest rates of dependence on the dairy-farms.

The people who deal with the care of mother and child are mainly responsible for the promotion of breastfeeding. After them society and state follow and they have to be aware of and believe in breastfeeding in order to be able to help effectively. All health institutions that offer services to the mother and her newborn must create a friendly environment for lactation. The role of maternity hospitals for the promotion of breastfeeding is essential on a world wide scale.

Breastfeeding is the ideal food for infants and contributes to their healthy growth and development. It decreases the infant morbidity and mortality. It contributes to women's health. It offers social and economic benefits.

Mothers need to be aware and to have a supportive environment in order to be able to breastfeed exclusively and to resist from the temptation to give other foods. The return to work for a mother who breastfeeds and is correctly informed, is not a reason to stop lactation.

Εισαγωγή

Ο μητρικός θηλασμός είναι ένα αποκλειστικό προνόμιο της μητέρας και δε συμβαίνει τυχαία στη ζωή της. Ειδικές ορμόνες που παράγονται στις ωοθήκες, στον υποθάλαμο και στην υπόφυση είναι υπεύθυνες για αυτές τις μεταβολές, την προετοιμασία του μαστού και τη λειτουργία παραγωγής του γάλακτος.

Το μητρικό γάλα προσφέρει ενέργεια και όλα τα θρεπτικά συστατικά που απαιτούν οι ανάγκες του βρέφους. Η ποσότητα και η μορφή αυτών των συστατικών θεωρείται ιδανική, ώστε το βρέφος να αναπτύσσεται σωστά.

Υπάρχουν όμως πολλοί παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν την επιλογή της μητέρας να θηλάσει ή όχι. Όπως, η ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό, η κατάσταση της υγείας της, η άποψη του οικογενειακού περιβάλλοντος, η ηλικία στην οποία βρίσκεται, η εργασία της και η ψυχολογική της κατάσταση έχουν σημαντική θέση στην επιλογή αυτή. Επίσης, κατά τη διάρκεια του θηλασμού μπορούν να εμφανιστούν πολλά και ποικίλα προβλήματα, τα οποία πιθανόν να είναι καθοριστικά για τη πραγματοποίηση ή όχι του μητρικού θηλασμού από τη μητέρα.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, μία μητέρα είναι πολύ πιθανόν να επιλέξει να μη θηλάσει. Έτσι, πολλές μητέρες προτιμούν τα γάλατα εμπορίου για τη διατροφή του παιδιού τους. Το εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα έχει την πλησιέστερη σύνθεση με αυτή του ανθρώπινου, αλλά δεν παύει να είναι ελλιπής μπροστά στις τόσο ευεργετικές ιδιότητες που προσφέρει στο βρέφος το ανθρώπινο μητρικό γάλα, καθώς και στη δημιουργία του δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού.

Κεφάλαιο 1: Ενεργειακές ανάγκες τελειόμηνου βρέφους

Ο ρυθμός ανάπτυξης του βρέφους είναι ο ταχύτερος που συμβαίνει σε όλα τα στάδια της ζωής και σχετίζεται στενά με τη διατροφή του βρέφους. Τα βρέφη παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές ως προς το ρυθμό ανάπτυξης, το βάρος, το μήκος, τη δραστηριότητα και το μεταβολικό ρυθμό τους. Για όλους τους παραπάνω λόγους, είναι αδύνατο να γίνονται συγκεκριμένες γενικές συστάσεις που να αφορούν τις απαιτήσεις σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά των βρεφών. Ωστόσο, πάντα δίνονται οδηγίες χρησιμοποιώντας ορισμένους συντελεστές ασφαλείας.

Ο ρυθμός ανάπτυξης είναι ταχύτατος κατά το πρώτο εξάμηνο της ζωής του βρέφους, ενώ ελαττώνεται στο δεύτερο μισό του πρώτου χρόνου ζωής. Γι' αυτό το λόγο, οι συνιστώμενες προσλήψεις ενέργειας και θρεπτικών συστατικών αφορούν δύο διαφορετικές περιόδους, την περίοδο από τη γέννηση μέχρι τον 6^ο μήνα (1^η βρεφική ηλικία) και από τον 7^ο μήνα μέχρι το 12^ο μήνα της ζωής του βρέφους (2^η βρεφική ηλικία). Το σωματικό βάρος σχεδόν διπλασιάζεται στους πρώτους 4 μήνες της ζωής και τριπλασιάζεται έως το τέλος του πρώτου χρόνου. Ο ρυθμός ανάπτυξης ελαττώνεται σταδιακά, έτσι ώστε το βάρος να αυξάνεται λιγότερο από 5 κιλά μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου χρόνου της ηλικίας.

Λόγω του γρήγορου ρυθμού ανάπτυξης, το βρέφος έχει ανάγκη από όλα τα θρεπτικά συστατικά σε επαρκείς ποσότητες, ενώ ξεχωριστή σημασία αποκτούν τα θρεπτικά συστατικά που παρέχουν ενέργεια, καθώς και βιταμίνες A και D, το ασβέστιο, ο σίδηρος και το φυλλικό οξύ.

1.1: Ενέργεια

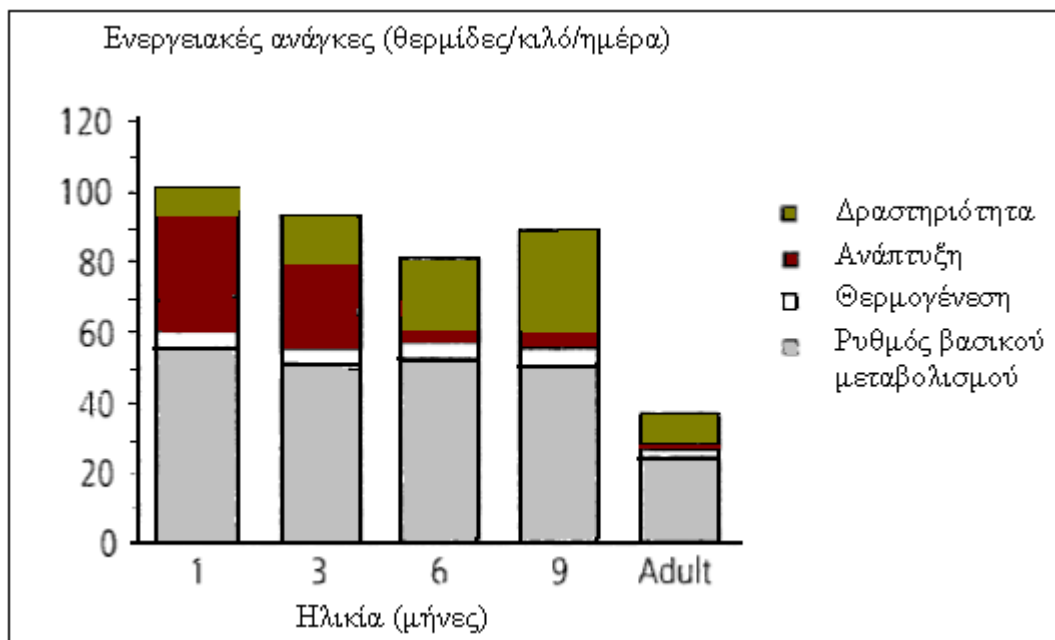
Τα θηλάζοντα βρέφη και αυτά που διατρέφονται με τα ειδικά γάλατα εμπορίου (περίπου 20 Kcal/30 ml), προσαρμόζουν από μόνα τους την πρόσληψη γάλακτος ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Οι απαιτήσεις του βρέφους σε ενέργεια εξαρτώνται από το βάρος και το μήκος του, το βαθμό σωματικής δραστηριότητας και το ρυθμό ανάπτυξής του. Το βρέφος χρειάζεται ενέργεια για τρεις βασικούς σκοπούς (Σχήμα 1):

- Το βασικό μεταβολισμό (περίπου το 50%)
- Την ανάπτυξη (μειώνεται από 33% κατά τους πρώτους 4 μήνες σε 7,4% από το 4^ο έως το 12^ο μήνα) και
- Τη φυσική δραστηριότητα.

Το ποσοστό ενέργειας που αντιστοιχεί στο καθένα από τα παραπάνω, μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής. Τους πρώτους μήνες το βρέφος καταναλώνει το μεγαλύτερο ποσοστό ενέργειας για την ανάπτυξή του, ενώ από τον 5^ο μήνα καταναλώνει το μεγαλύτερο ποσοστό ενέργειας για την υποδομή την αυξανόμενης φυσικής δραστηριότητας. Οι ενεργειακές ανάγκες για το βασικό μεταβολισμό δεν μεταβάλλονται στη διάρκεια του πρώτου έτους.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, μετά από μελέτες σε φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά, προτείνει πρόσληψη 108 θερμίδων ανά κιλό σωματικού βάρους ημερησίως για τους πρώτους 6 μήνες και 98 θερμίδες ανά κιλό ημερησίως για τη περίοδο από τον 7^ο έως τον 12^ο μήνα.^{1,2} Αυτά τα προτεινόμενα ποσά πρόσληψης είναι κατά 15% περίπου υψηλότερα από τις υπολογισμένες απώλειες ενέργειας.

Σχήμα 1: Σύγκριση των ενεργειακών αναγκών κατά τη βρεφική ηλικία και κατά την ενήλικη ζωή



Πηγή: Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region with emphasis on the former Soviet Countries. Michaelsen KF., Weaver L., Branca F., Robertson A. WHO Regional Publications, European Series 87, 2000.

Το βρέφος πρέπει να αναπτύσσεται σε βάρος και μήκος με τον ίδιο ρυθμό. Συνήθως, τα βρέφη που διατρέφονται με τα ειδικά γάλατα εμπορίου (υποκατάστατα μητρικού γάλακτος) προσλαμβάνουν περισσότερη ενέργεια ανά μονάδα μεγέθους του σώματός τους συγκριτικά με τα βρέφη που θηλάζουν. Γι' αυτό το λόγο, το σωματικό του βάρος αυξάνεται ταχύτερα, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι πλεονεκτούν όσον αφορά στο ρυθμό ανάπτυξής τους.

Εάν η πρόσληψη ενέργειας είναι χαμηλότερη από τις ανάγκες (αρνητικό ισοζύγιο ενέργειας), ο ρυθμός ανάπτυξης και η φυσική δραστηριότητα θα μειωθούν. Εάν το ισοζύγιο ενέργειας εξακολουθήσει να είναι αρνητικό, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης υποθρεψίας από πρωτεϊνική – θερμιδική ανεπάρκεια (ΠΘΑ).

Εάν η πρόσληψη ενέργειας είναι υψηλότερη από τις ανάγκες (θετικό ισοζύγιο ενέργειας), η εναπόθεση λίπους και η αύξηση του σωματικού βάρους θα είναι μεγαλύτερες. Πάντως, η εναπόθεση λίπους κατά τη βρεφική ηλικία είναι μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης και ο ρυθμός εναπόθεσής του είναι πολύ υψηλός κατά τους πρώτους 4 μήνες, ενώ στη συνέχεια μειώνεται έως την ηλικία των 6 ετών περίπου. Η υψηλή εναπόθεση λίπους κατά τη βρεφική ηλικία δεν είναι προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης παχυσαρκίας σε επόμενα στάδια της ζωής, αλλά αντίθετα, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι μία τέτοια συσχέτιση ενδεχομένως υπάρχει με το ρυθμό εναπόθεσης λίπους κατά τη νηπιακή περίοδο (ηλικίας 2-3 ετών).

1.2: Πρωτεΐνη

Η πρωτεΐνη παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη, αλλά και στην αντικατάσταση των ιστών και κυττάρων του σώματος. Τα ένζυμα, μόρια μεταφοράς που κυκλοφορούν στο αίμα, τα νύχια και τα μαλλιά, οι ορμόνες και συστατικά των κυτταρικών μεμβρανών αποτελούνται από πρωτεΐνες.

Η πρόσληψη πρωτεΐνης είναι πολύ σημαντική κατά τη βρεφική ηλικία, όταν ο αυξημένος ρυθμός ανάπτυξης επιβάλλει πρόσληψη αμινοξέων από τα οποία θα συνθεθούν νέοι ιστοί (κυρίως οργάνων και μυϊκού ιστού). Τα εννέα απαραίτητα αμινοξέα, που δεν μπορεί να συνθέσει ο άνθρωπος, πρέπει να λαμβάνονται από τη τροφή για επιτευχθεί άριστος ρυθμός ανάπτυξης. Στα πρόωρα βρέφη κρίνονται απαραίτητα και άλλα αμινοξέα, εκτός των εννέα, όπως η κυστίνη, η τυροσίνη και η ταυρίνη. Επίσης, σε

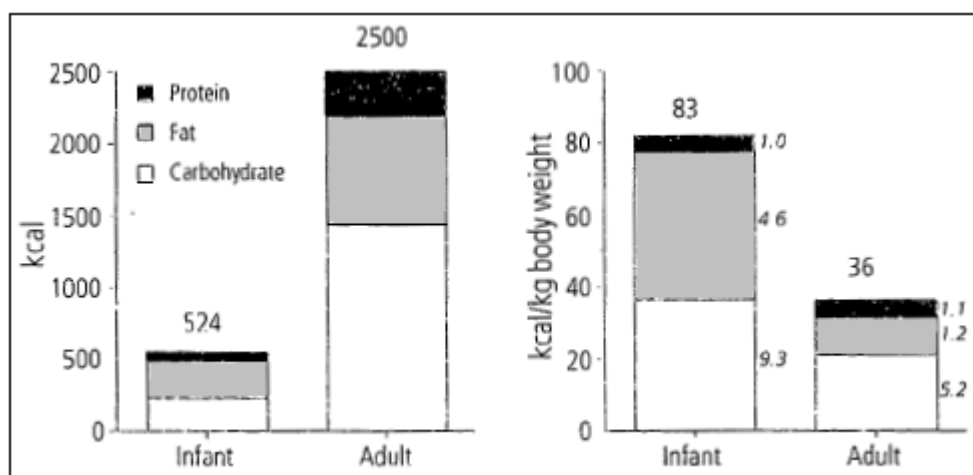
περιπτώσεις βρεφών με φαινυλκετονουρία, το βρέφος δεν μπορεί να μετατρέψει τη φαινυλαλανίνη σε τυροσίνη και επομένως σε αυτή τη περίπτωση θεωρείται και η τυροσίνη απαραίτητο αμινοξύ.

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη πρωτεΐνης είναι 2,2 γραμμάρια ανά κιλό σωματικού βάρους την ημέρα για τους πρώτους 6 μήνες και 1,6 γραμμάρια ανά κιλό σωματικού βάρους την ημέρα για τους υπόλοιπους 6 μήνες.^{1,2}

Η ποσότητα αυτή αφορά υγιή, τελειόμηνα βρέφη. Σε περιπτώσεις πρόωρων ή ασθενών βρεφών, οι ανάγκες σε πρωτεΐνη αυξάνονται. Η Αμερικάνικη Παιδιατρική Ακαδημία όρισε ως ελάχιστη ποσότητα πρωτεΐνης τα 1,8 γραμμάρια ανά 100 θερμίδες για τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, με ποιότητα πρωτεΐνης ανάλογη με αυτή της καζεΐνης.³ Το μητρικό γάλα περιέχει λιγότερη πρωτεΐνη από τα ειδικά γάλατα του εμπορίου, αλλά επαρκεί για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του βρέφους. Μετά τον 6^ο μήνα, η διαίτα του βρέφους πρέπει να εμπλουτίζεται με πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας, που να προέρχεται από γιαούρτι, πολτοποιημένο κρέας και δημητριακά αναμιγμένα με γάλα.

Αν η διαιτητική πρόσληψη πρωτεΐνης υπερβαίνει τη συνιστώμενη ποσότητα, μπορεί να προκληθούν προβλήματα στους νεφρούς (Πίνακας 1) και το ήπαρ, καθώς αυτά θα προσπαθούν να μεταβολίσουν και να αποβάλλουν το πλεονάζον άζωτο.

Πίνακας 1: Ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη και πηγές ενέργειας σε βρέφος ηλικίας 3-4 μηνών (6,3 κιλά) που θηλάζεται αποκλειστικά και ενός ενήλικα άνδρα (70 κιλά) με μέτρια φυσική δραστηριότητα που καταναλώνει μία συνιστώμενη διαίτα



Πηγή: Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region with emphasis on the former Soviet Countries. Michaelsen KF., Weaver L., Branca F., Robertson A. WHO Regional Publications, European Series 87, 2000.

Η κοιλιοκάκη είναι μία ασθένεια η οποία είναι αποτέλεσμα της ευαισθησίας ενός μικρού αριθμού παιδιών στη γλουτένη, μία πρωτεΐνη που μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου, οδηγώντας σε δυσαπορρόφηση και άλλα κλινικά προβλήματα, όπως η σιδηροπενική αναιμία. Η γλουτένη είναι ένα μίγμα πρωτεϊνών και βρίσκεται στα δημητριακά. Η γλιαδίνη είναι το μέρος της γλουτένης το οποίο είναι τοξικό στο επιθήλιο του εντέρου. Η περιεκτικότητα σε γλιαδίνη είναι υψηλότερη στο σιτάρι. Εάν βρέφη με γενετική προδιάθεση θηλάσουν αποκλειστικά για 6 μήνες και καθυστερήσει η εισαγωγή τροφίμων που περιέχουν γλουτένη, τότε η ασθένεια μπορεί να καθυστερήσει να εμφανιστεί ή ακόμα και να μην εμφανιστεί ποτέ. Αυτή η καθυστέρηση είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι η διατροφή και η ανάπτυξη δεν θα υπονομευθούν κατά την ιδιαίτερα ευαίσθητη αυτή περίοδο που χαρακτηρίζεται από υψηλό ρυθμό ανάπτυξης.

Η ανεπαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης σε συνδυασμό με ανεπαρκή πρόσληψη ενέργειας, οδηγεί σε πρωτεϊνική – θερμιδική ανεπάρκεια (ΠΘΑ), η οποία προκαλεί μείωση του ρυθμού ανάπτυξης του βρέφους. Σοβαρής μορφής ΠΘΑ οδηγεί σε δυστροφικό μαρασμό ή μαρασμικό kwashiorkor. Στις αναπτυγμένες χώρες, οι σοβαρές μορφές υποθρεψίας είναι συνήθως δευτερογενείς σε γαστρεντερικές

διαταραχές, ή σε χρόνια νοσήματα, όπως η φυματίωση, η ινοκυστική νόσος, ο καρκίνος. Η πρωτογενής υποθρεψία είναι συνήθως αποτέλεσμα χαμηλής προσφοράς τροφής, ανεπαρκούς φροντίδας και φτώχειας.

Πιο συγκεκριμένοι λόγοι περιλαμβάνουν:

- υπερβολική αραίωση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος,
- τροφές παρασκευασμένες στο σπίτι χωρίς ικανοποιητική περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά,
- μεγάλης διάρκειας μερικός θηλασμός, χωρίς την παράλληλη εισαγωγή των ενδεδειγμένων τροφών,
- υπερβολική χορήγηση χυμών,
- ανεπαρκής πρόσληψη τροφής λόγω φόβου εμφάνισης αλλεργιών στο βρέφος.

Αντίθετα, η υψηλή πρόσληψη πρωτεΐνης δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα και θεωρητικά μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες. Υψηλά επίπεδα αμινοξέων στο αίμα μπορεί να οδηγήσουν σε οξέωση, διάρροια και αυξημένα επίπεδα αζώτου, διότι το ήπαρ και ο νεφρός δεν είναι ακόμα σε θέση να μεταβολίσουν το πλεονάζον άζωτο. Επιπλέον, κυρίως σε περιόδους ασθeneιών με συνυπάρχουσα αφυδάτωση, η μειωμένη ικανότητα απέκκρισης των προϊόντων του μεταβολισμού των πρωτεϊνών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης υπερνατριάμιας.

1.3: Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες αποτελούν την πιο εύκολη διαθέσιμη πηγή ενέργειας για τον άνθρωπο. Ο κύριος υδατάνθρακας του γάλακτος είναι ο δισακχαρίτης λακτόζη, η οποία αποτελείται από 1 μόριο γλυκόζης και 1 μόριο γαλακτόζης. Η λακτόζη είναι σχετικά μη-διαλυτή και πέπτεται και απορροφάται με αργό ρυθμό με την επίδραση της λακτάσης. Η μη-απορροφήσιμη λακτόζη περνάει στο παχύ έντερο, όπου ζυμώνεται από τα βακτήρια του εντέρου σε μικρής αλύσου λιπαρά οξέα και γαλακτικό οξύ. Αυτές οι ενώσεις στη συνέχεια απορροφώνται, συνεισφέροντας στην ενεργειακή πρόσληψη. Επίσης, η παρουσία λακτόζης στο έντερο προωθεί την ανάπτυξη των μικροοργανισμών αυτών που παράγουν οξέα και συνθέτουν πολλές από τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β. Οι υδατάνθρακες πρέπει να προσδίδουν το 30-60% την ενέργειας που χρειάζεται το βρέφος. Το 39% περίπου της ενέργειας που παρέχει το μητρικό γάλα προέρχεται από υδατάνθρακες. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα ειδικά γάλατα του εμπορίου είναι περίπου 42%.^{1,2}

1.4: Λίπος

Το λίπος συμβάλλει στη φυσιολογική ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος, στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος και στην προστασία των ζωτικών οργάνων. Αποτελεί μία συμπυκνωμένη πηγή ενέργειας, προσφέρει γεύση και αίσθημα κορεσμού, παρέχει τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και μεταφέρει τις λιποδιαλυτές βιταμίνες. Η ενέργεια που αποδίδει το λίπος επιτρέπει στις πρωτεΐνες να χρησιμοποιηθούν για τη σύνθεση νέου ιστού. Το βρέφος πρέπει να προσλαμβάνει τουλάχιστον 3,8 γραμμάρια λίπους ανά 100 θερμίδες, με μέγιστο τα 6 γραμμάρια λίπους ανά 100 θερμίδες, που αντιστοιχεί στο 30-54% της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Οι ποσότητες αυτές μπορεί να προσλαμβάνονται από το μητρικό ή τα ειδικά γάλατα του εμπορίου.^{1,2}

Το 55% περίπου της ενέργειας που παρέχει το μητρικό γάλα προέρχεται από το λίπος. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα ειδικά γάλατα του εμπορίου είναι 45-50%. Ιδιαίτερη σημασία για τη διατροφή του βρέφους έχει η σύσταση του λίπους. Το λινελαϊκό οξύ, το οποίο είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη και για την καλή κατάσταση του δέρματος, πρέπει να παρέχει το 1,2% της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Τόσο το μητρικό, όσο και τα ειδικά γάλατα του εμπορίου, είναι πλούσια σε λινελαϊκό οξύ (5% και 10% της ενεργειακής πρόσληψης αντίστοιχα).³ Τα ω-3 λιπαρά οξέα μακράς αλύσου, που περιέχονται στο μητρικό γάλα, όπως και το εικοσαπενταενοϊκό και το δοκοσαεξαενοϊκό οξύ, είναι απολύτως αναγκαία για την ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς χιτώνα των ματιών και γενικά όλων των κυττάρων του σώματος.

1.5: Νερό

Το νερό είναι πολύ σημαντικό θρεπτικό συστατικό για το βρέφος. Αναλογικά με την επιφάνεια του σώματός του, το βρέφος χρειάζεται περισσότερο νερό από τον ενήλικα. Κατά τους πρώτους μήνες της ζωής, όταν το βρέφος τρέφεται αποκλειστικά με μητρικό γάλα, δε χρειάζεται επιπρόσθετη πρόσληψη νερού. Όταν διατρέφεται με ειδικά γάλατα εμπορίου, συνήθως είναι απαραίτητη η πρόσληψη νερού, ιδιαίτερα όταν η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι υψηλή.

Δεδομένου ότι ο νεφρός στην αρχή της βρεφικής ηλικίας υπολειτουργεί, το βρέφος είναι επιδεκτικό σε διαταραχές της υδατικής ισορροπίας. Οι ανάγκες σε νερό προσδιορίζονται από τις απώλειες, από τις ανάγκες για ανάπτυξη και από τις διαλυτές ουσίες που προέρχονται από τη διαίτα. Οι απώλειες νερού από την εξάτμιση κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία είναι πάνω από το 60% του ποσού που είναι απαραίτητο για να διατηρηθεί η ομοιόσταση, συγκριτικά με το 40-50% ενός ενήλικα. Σε όλες τις ηλικίες, περίπου το 24% των βασικών απωλειών θερμότητας οφείλονται σε εξάτμιση νερού από την επιδερμίδα και το αναπνευστικό σύστημα. Αυτό αντιστοιχεί σε 45ml ανά 100 θερμίδες που καταναλώνονται.^{1,2} Οι απώλειες νερού μέσω των κοπράνων αντιστοιχούν σε 10ml ανά κιλό σωματικού βάρους την ημέρα.

Το γάλα προσφέρει στο βρέφος το νερό που χρειάζεται για να αντικαταστήσει την απώλεια νερού μέσω του δέρματος, των πνευμόνων, των ούρων και των κοπράνων, καθώς και μία μικρή ποσότητα που του είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη. Οι ανάγκες σε νερό υπολογίζονται σε περίπου 1,5ml υγρών ανά θερμίδα την ημέρα. Το μητρικό γάλα και τα ειδικά γάλατα του εμπορίου, που έχουν παρόμοια οσμωτική πυκνότητα με το μητρικό προσδίδουν το νερό που είναι απαραίτητο για το βρέφος. Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην πιστή τήρηση των οδηγιών που αναγράφονται στη συσκευασία των ειδικών γαλάτων του εμπορίου, όσον αφορά στην αραίωση της σκόνης σε νερό. Θα πρέπει πάντα να ακολουθούνται οι συστάσεις της εταιρείας και να μην προστίθεται λιγότερο ή περισσότερο νερό. Όταν όμως το γάλα βράζεται, ένα μέρος του νερού εξατμίζεται και τα συστατικά συμπυκνώνονται. Γι' αυτό το λόγο, δεν πρέπει να βράζεται το γάλα που θα δοθεί στο βρέφος, αλλά μόνο το νερό που θα χρησιμοποιηθεί για την παρασκευή του γαλακτος.

Παρόλα αυτά, όταν υπάρχει υπερβολική απώλεια νερού λόγω αυξημένης εφίδρωσης, διάρροιας ή εμετού, το βρέφος χρειάζεται να προσλάβει επιπρόσθετα υγρά. Η απώλεια νερού και ηλεκτρολυτών που υφίσταται το βρέφος σε οποιαδήποτε από αυτές τις περιπτώσεις, και ιδιαίτερα στην περίπτωση της διάρροιας ή του συνδυασμού διάρροιας-εμετού, μπορεί να αποδειχθεί σοβαρή, και αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα, ενδέχεται να προκαλέσει αφυδάτωση του βρέφους, η οποία είναι μία πολύ επικίνδυνη κατάσταση ακόμη και για τη ζωή του.

Όταν στη διαίτα του βρέφους προστεθεί στερεά τροφή, χρειάζεται απαραίτητα και νερό ή άλλα υγρά. Όταν στο βρέφος χορηγείται νερό ή άλλα ροφήματα, για την παρασκευή των οποίων χρησιμοποιείται νερό, αυτό θα πρέπει να βραστεί και να αφηθεί να επανέλθει η θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Συχνά, κατά τη περίοδο της εισαγωγής των στερεών τροφών στο διαιτολόγιο συνίσταται να δίνονται στα βρέφη χυμοί φρούτων. Η κατανάλωση των χυμών φρούτων θα πρέπει να μην υπερβαίνει τα 120-180ml την ημέρα, έτσι ώστε να μη μειώνεται η κατανάλωση άλλων θρεπτικών στερεών τροφών λόγω μείωσης της όρεξης και να μην προκαλείται παρεμπόδιση της πέψης, μετεωρισμός ή διάρροια. Βρέφη που καταναλώνουν συχνά χυμούς φρούτων που περιέχουν σορβιτόλη και υψηλές συγκεντρώσεις φρουκτόζης, παρουσιάζουν μειωμένη απορρόφηση υδατανθράκων. Η μειωμένη απορρόφηση υδατανθράκων στα βρέφη μπορεί να συσχετίζεται με αυξημένη φυσική δραστηριότητα και αυξημένο μεταβολικό ρυθμό.⁴ Για τους λόγους αυτούς δεν πρέπει να ενθαρρύνεται η υπερβολική κατανάλωση χυμών φρούτων.

Τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνες επιβαρύνουν τη νεφρική λειτουργία και η ικανοποιητική πρόσληψη νερού παρεμποδίζει αυτή την επιβάρυνση.

1.6: Μέταλλα

Τα μέταλλα (ανόργανα στοιχεία) παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη του βρέφους.

Ασβέστιο

Οι ανάγκες σε ασβέστιο είναι υψηλές στη βρεφική ηλικία, καθώς συντελείται ταχύτατα η ανάπτυξη του σκελετού. Το γάλα είναι πολύ καλή πηγή ασβεστίου και εξασφαλίζει στο βρέφος την απαιτούμενη ποσότητα, είτε αυτό τρέφεται με μητρικό γάλα είτε με γάλα του εμπορίου.

Η απορρόφηση ασβεστίου μπορεί να μειωθεί όταν δημιουργούνται δεσμοί με μακράς αλύσου λιπαρά οξέα, τα οποία βρίσκονται σε υποκατάστατα μητρικού γάλακτος και σε μη-τροποποιημένο αγελαδινό γάλα. Η υποασβεστιαμία μπορεί να οδηγήσει σε υπασβεσταιμική τετανία. Συνήθως όμως οι διαταραχές στο μεταβολισμό του ασβεστίου που σχετίζονται με ραχίτιδα και στεατόρροια είναι αποτέλεσμα και ταυτόχρονης ανεπάρκειας σε βιταμίνη D.

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου είναι: ¹⁵

210mg για βρέφη 0-6 μηνών,
270mg για βρέφη 6-12 μηνών.

Νάτριο

Το νάτριο είναι ο κύριος ηλεκτρολύτης των εξωκυτταρικών υγρών, με σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ισορροπίας τους. Οι ανάγκες του βρέφους σε νάτριο καλύπτονται και από το μητρικό γάλα και το γάλα του εμπορίου.

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη νατρίου είναι: ¹⁰

120mg για βρέφη 0-6 μηνών,
200mg για βρέφη 6-12 μηνών.

Γενικά, συστήνεται η αποφυγή προσθήκης αλατιού στις στερεές και ημι-στερεές τροφές που καταναλώνει το βρέφος στο δεύτερο εξάμηνο της ζωής του, ώστε να μην επιβαρύνεται η νεφρική λειτουργία του. Προσοχή στην πρόσληψη νατρίου και άλλων ηλεκτρολυτών, θα πρέπει να δίνεται όταν το βρέφος βρίσκεται σε κατάσταση αυξημένης απώλειας υγρών, λόγω αυξημένης εφίδρωσης, εμετού ή διάρροιας. Ειδικά στην τελευταία περίπτωση συστήνεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η από του στόματος χορήγηση θεραπείας επανενυδάτωσης (Oral Rehydration Therapy, ORT), που είναι ένα διάλυμα χαμηλής οσμωτικότητας που περιέχει άλατα και γλυκόζη, ώστε να αντιμετωπιστεί η αφυδάτωση του βρέφους.⁵

Τα βρέφη δεν έχουν την ίδια ικανότητα με τους ενήλικες να αποβάλλουν την περίσσεια νατρίου. Η ικανότητα αυτή αρχίζει να αναπτύσσεται από την ηλικία των 4 περίπου μηνών. Επομένως, τα τρόφιμα που προστίθενται στο διαιτολόγιο του βρέφους κατά το 1^ο έτος της ζωής πρέπει να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε νάτριο και να μην προστίθεται αλάτι στο φαγητό.

Σίδηρος

Πριν από τον τοκετό το έμβρυο εναποθηκεύει σίδηρο ανάλογα με το μέγεθος του σώματός του. Τα πρόωρα ή ελλειποβαρή βρέφη έχουν μικρές ποσότητες εναποθηκευμένου σιδήρου. Ακόμα και τα τελειόμηνα βρέφη που γεννιούνται με φυσιολογικό τοκετό βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης ανεπάρκειας σιδήρου, διότι λόγω του υψηλού ρυθμού ανάπτυξης, αυξάνεται και ο όγκος του αίματος. Τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης κατά τον τοκετό είναι 17-19 gr/dl αίματος, ενώ στις πρώτες 6-8 εβδομάδες μειώνονται στα 10-11 gr/dl. Οι ανάγκες του βρέφους σε σίδηρο καλύπτονται από δύο πηγές: από τα αποθέματα που δημιουργήθηκαν κατά την εγκυμοσύνη και από την τροφή. Το 49% του σιδήρου από το μητρικό γάλα, το 10% από το αγελαδινό και το 4% από τα ειδικά γάλατα εμπορίου, που είναι εμπλουτισμένα σε σίδηρο, απορροφάται. Ο συνδυασμός των δύο αυτών πηγών καλύπτει τις ανάγκες του βρέφους τους πρώτους 4-6 μήνες ζωής, αργότερα όμως δεν επαρκεί, με αποτέλεσμα να χρειάζεται εμπλουτισμός των τροφίμων, προκειμένου να καλύπτεται το σύνολο των αναγκών. Τα βρέφη που διατρέφονται μόνο με μητρικό γάλα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αρνητικού ισοζυγίου

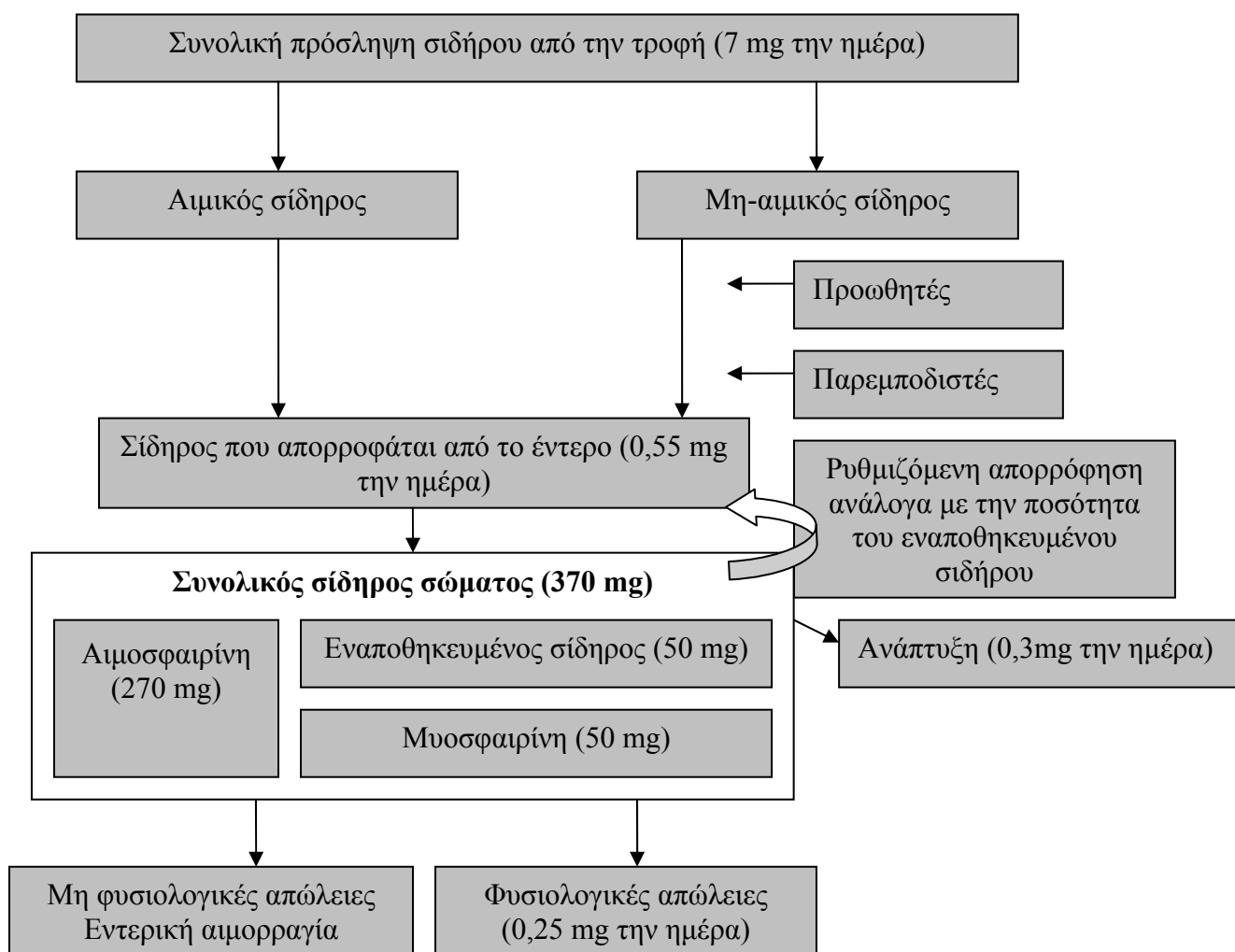
σιδήρου μετά τον 6^ο μήνα της ζωής τους, ενώ οι εναποθηκευμένες ποσότητες σιδήρου εκμηδενίζονται έως τον 6^ο-9^ο μήνα. Η εισαγωγή ατροποποίητου αγελαδινού γάλακτος στη διατροφή του βρέφους, πριν συμπληρωθεί ο πρώτος χρόνος της ζωής, αφενός δεν προσφέρει επαρκή σίδηρο για το βρέφος και αφετέρου μπορεί να προκαλέσει μικροαιμορραγίες από το πεπτικό σύστημα, που δημιουργούν σοβαρή αναιμία. Το ισοζύγιο σιδήρου σε ένα βρέφος ηλικίας 12 μηνών δίνεται στο σχήμα 1,1, ενώ οι διατροφικοί παράγοντες που επηρεάζουν το ισοζύγιο αυτό δίνονται στο Πίνακα 1,1.

Με την εισαγωγή των στερεών και ημιστερεών τροφών στη διατροφή του βρέφους, προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην περιεκτικότητα των προσφερόμενων τροφών σε σίδηρο και στη βιοδιαθεσιμότητα του σιδήρου στις τροφές. Συγκεκριμένα, ο σίδηρος του κόκκινου κρέατος απορροφάται καλύτερα από τον οργανισμό σε σχέση με το σίδηρο στα όσπρια και ορισμένα λαχανικά. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που μπορεί να συντελέσουν στην αύξηση ή στη μείωση της βιοδιαθεσιμότητας του σιδήρου. Στους παράγοντες που αυξάνουν τη βιοδιαθεσιμότητα του σιδήρου περιλαμβάνονται η βιταμίνη C και το όξινο περιβάλλον, ενώ παράγοντες που τη μειώνουν είναι οι ταννίνες, οι μη-αμυλούχοι πολυσακχαρίτες, τα φυτικά οξέα, τα φωσφορικά άλατα, τα οξαλικά άλατα, το ασβέστιο και οι πολυφαινόλες (Πίνακας 1,1).

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη σιδήρου είναι: ⁶

0,27mg για βρέφη 0-6 μηνών,
11mg για βρέφη 6-12 μηνών.

Σχήμα 1,1: Ισοζύγιο σιδήρου και παράγοντες που το επηρεάζουν σε ένα βρέφος ηλικίας 12 μηνών.



Πηγή: Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region with emphasis on the former Soviet Countries. Michaelsen KF., Weaver L., Branca F., Robertson A. WHO Regional Publications, European Series 87, 2000.

Πίνακας 1,1: Συστατικά των τροφίμων που παρεμποδίζουν (-) ή προωθούν (+) την απορρόφηση του μη-αιμικού σιδήρου

Τρόφιμο	Βαθμός Επίδρασης	Ενεργή ουσία
Παρεμποδιστές:		
Δημητριακά ολικής αλέσεως και καλαμπόκι	---	Άλατα φυτικών οξέων
Τσάι και λαχανικά με βαθύ πράσινο χρώμα	---	Πολυφαινόλες
Γάλα, τυρί	--	Ασβέστιο και φωσφορικά άλατα
Σπανάκι	-	Πολυφαινόλες και οξαλικό οξύ
Αυγά	-	Φωσφοπρωτεΐνη, αλβουμίνη
Δημητριακά	-	Φυτικές ίνες
Προωθητές:		
Ήπαρ/κρέας/ψάρι	+++	«Παράγοντας κρέατος»
Πορτοκάλι, αχλάδι, μήλο	+++	Βιταμίνη C
Μπανάνα	++	Βιταμίνη C
Μαρούλι, τομάτα, πράσινη πιπεριά, αγγούρι	+	Βιταμίνη C
Καρότο, πατάτα, μπρόκολο, λάχανο	++/+	Κιτρικό, μαλικό και ταρταρικό οξύ

Πηγή: British Nutrition Foundation. Iron: nutritional and physiological significance. Report of the British Nutrition Foundation Task Force. London, Chapman & Hall, 1995.

Ψευδάργυρος

Ο ψευδάργυρος είναι συστατικό πολλών ενζύμων στον οργανισμό και έχει ουσιώδη συμμετοχή σε πολλές μεταβολικές διεργασίες, όπως η σύνθεση πρωτεΐνης και νουκλεϊκών οξέων. Ο ψευδάργυρος απορροφάται κυρίως στο δωδεκαδάκτυλο, ενώ η κύρια οδός απέκκρισής του είναι το πεπτικό σύστημα και δευτερευόντως οι νεφροί και η επιδερμίδα. Η λακτόζη αυξάνει την απορρόφηση του ψευδαργύρου. Το μητρικό γάλα επαρκεί για καλύψει τις ανάγκες του βρέφους για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του.

Αποθηκευμένος ψευδάργυρος δεν υπάρχει κατά την γέννηση. Όμως, τα επίπεδα ψευδαργύρου στους ιστούς είναι παρόμοια με αυτά ενός ενήλικα. Επομένως, είναι απαραίτητη η πρόσληψη ψευδαργύρου από την τροφή. Η συνιστώμενη πρόσληψη είναι 2 mg ημερησίως κατά το πρώτο εξάμηνο και 3 mg κατά το δεύτερο εξάμηνο της ζωής του βρέφους.⁷ Η βιοδιαθεσιμότητα είναι μεγαλύτερη στο μητρικό γάλα συγκριτικά με το αγελαδινό και τα ειδικά γάλατα εμπορίου (59% ή και περισσότερο, 43-53% και 26-40%, αντίστοιχα) και επομένως, οι συστάσεις βασίζονται στις ανάγκες του βρέφους σε ψευδάργυρο, όταν αυτό τρέφεται με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος.³

1.7: Βιταμίνες

Οι μεταβολικές διεργασίες που επιτελούνται στο σώμα του βρέφους επιβοηθούνται από τις βιταμίνες.

Βιταμίνη A

Η βιταμίνη A είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική όραση και για την ανάπτυξη των ιστών. Είναι επίσης απαραίτητη για την ανάπτυξη του εμβρύου και για τις άλλες φυσιολογικές λειτουργίες, όπως η σπερματογένεση, η απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος, η ακοή και η ανάπτυξη. Η βιταμίνη A, όπως και οι προβιταμίνες της, συμβάλλουν ουσιαστικά στην προστασία του οργανισμού από τις ελεύθερες ρίζες οξυγόνου με την αντιοξειδωτική τους δράση.

Τα βρέφη γεννιούνται με αποθήκες βιταμίνης Α στο ήπαρ, και αυτές, μαζί με την πρόσληψη βιταμίνης Α από το μητρικό γάλα, επαρκούν έως την ηλικία των 6 μηνών. Όταν όμως η μητέρα παρουσιάζει ανεπάρκεια σε βιταμίνη Α, μπορεί να μην είναι σε θέση να προσδώσει επαρκή ποσότητα στο βρέφος, ώστε αυτό να μπορέσει να αναπτύξει τις αποθήκες στο ήπαρ και να είναι σε θέση να προστατευθεί από συμπτώματα ανεπάρκειας μετά τους πρώτους 6 μήνες.

Συστήνεται η πρόσληψη 400 μg ισοδυνάμων δραστηριότητας ρετινόλης την ημέρα κατά το πρώτο εξάμηνο και 500 μg στο δεύτερο εξάμηνο της ζωής του βρέφους.⁶ Στις αναπτυγμένες χώρες σπάνια παρατηρείται έλλειψη βιταμίνης Α σε βρέφη.

Βιταμίνη D

Τα επίπεδα βιταμίνης D στο νεογνό εξαρτώνται από τα επίπεδα της βιταμίνης στην μητέρα. Εάν τα επίπεδα βιταμίνης D της μητέρας είναι ανεπαρκή κατά την εγκυμοσύνη, το νεογνό θα έχει χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D ορού, καθώς και ανεπαρκή αποθέματα. Επιπλέον, η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνη D εξαρτάται από την κατάσταση του οργανισμού της μητέρας όσον αφορά στη βιταμίνη D.

Το μητρικό γάλα δεν προσφέρει στο βρέφος όλη την απαραίτητη βιταμίνη D, γι' αυτό και συστήνεται η έκθεση στον ήλιο. Όπου δεν υπάρχει αρκετή ηλιοφάνεια, χορηγείται συμπλήρωμα βιταμίνης D. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη βιταμίνης D είναι περίπου 10 μg την ημέρα για το πρώτο χρόνο της ζωής του βρέφους.⁷ Στο σημείο αυτό αξίζει να τονιστεί πως είναι αρκετή η έκθεση του βρέφους στον ήλιο για 30 λεπτά την εβδομάδα, φορώντας μόνο την πάνα ή 2 ώρες την εβδομάδα, όταν το βρέφος είναι ντυμένο χωρίς όμως να φορά καπέλο και να μη βρίσκεται πίσω από τζάμι.

Ανεπαρκής ανάπτυξη, λήθαργος και ευερεθιστικότητα είναι τα αρχικά σημάδια ανεπάρκειας βιταμίνης D. Μεγάλης διάρκειας ανεπαρκής πρόσληψη βιταμίνης D μπορεί να οδηγήσει σε ραχίτιδα και τα βρέφη, αλλά ακόμα περισσότερο τα παιδιά. Στη ραχίτιδα παρατηρείται μειωμένη ασβεστοποίηση στις επιφύσεις των οστών, όταν το οστό εξακολουθεί να αναπτύσσεται. Στην Ελλάδα, λόγω της ικανοποιητικής ηλιοφάνειας, τα προβλήματα από ανεπάρκεια της βιταμίνης D φαίνεται να είναι σπάνια. Στις μεγάλες όμως πόλεις, λόγω του νέφους, αυξάνεται ο κίνδυνος ραχίτιδας.

Υπερβολική πρόσληψη βιταμίνης D (>50 μg την ημέρα) μπορεί να προκαλέσει υπερασβεσταιμία, η οποία εκδηλώνεται με δίψα, ανορεξία, εμετούς, μειωμένο IQ, ανεπαρκή ανάπτυξη και κίνδυνο ασβεστοποίησης των μαλακών ιστών και δημιουργίας λίθων ασβεστίου στους νεφρούς.



Βιταμίνη E

Η βιταμίνη E του μητρικού γάλακτος επαρκεί για τις ανάγκες του βρέφους. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη βιταμίνης E είναι 4 mg α-τοκοφερόλης για βρέφη 0-6 μηνών και 5 mg α-τοκοφερόλης για βρέφη 6-12 μηνών.⁶ Η σχέση της τοκοφερόλης προς τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα του μητρικού γάλακτος (τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα αντιστοιχούν στο 6% της προσλαμβανόμενης ενέργειας) είναι άριστη και εμποδίζει την οξειδωση των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων σε υπεροξειδία.

Βιταμίνη K

Η πρόσληψη της βιταμίνης K χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Στη γέννηση, ο εντερικός σωλήνας του βρέφους είναι αποστειρωμένος, χωρίς βακτηρίδια που αργότερα θα παράγουν βιταμίνη K. Επίσης, τα επίπεδα της προθρομβίνης, που παράγεται με τη βοήθεια της βιταμίνης K, είναι χαμηλά. Το μητρικό γάλα, και κυρίως τις πρώτες ημέρες, προσφέρει ανεπαρκή ποσότητα βιταμίνης K, μόνο 2 μg/L, επομένως το βρέφος χρειάζεται να λάβει συμπλήρωμα για να προφυλαχθεί από το κίνδυνο ενδοκρανιακής αιμορραγίας. Το αγελαδινό γάλα και τα ειδικά γάλατα του εμπορίου που βασίζονται στο αγελαδινό γάλα έχουν τετραπλάσια περιεκτικότητα σε βιταμίνη K από το μητρικό γάλα. Συνήθως, στα βρέφη χορηγείται

εφάπαξ μία δόση βιταμίνης K (με ενδομυϊκή ένεση 0,5-1 mg βιταμίνης K ή 1-2,1 mg μέσω της στοματικής οδού), στο νοσοκομείο αμέσως μετά τη γέννηση.³⁴

Βιταμίνες της ομάδας B

Η συνιστώμενη Ημερήσια Διαιτητική Πρόσληψη Βιταμινών του Συμπλέγματος B, κατά την πρώτη και δεύτερη βρεφική ηλικία, δίνονται στο Πίνακα 1,2.

Αν το βρέφος καταναλώνει καθημερινά επαρκή ποσότητα μητρικού γάλακτος από υγιή και σωστά διατρεφόμενη μητέρα ή βρεφικού γάλακτος του εμπορίου, οι ανάγκες του σε βιταμίνες B καλύπτονται. Ιδιαίτερη σημασία για την ανάπτυξη έχουν η βιταμίνη B₁₂ και το φυλλικό οξύ, επειδή παίζουν σημαντικό ρόλο στη σύνθεση του DNA.

Πίνακας 1,2: Συνιστώμενη Ημερήσια Διαιτητική Πρόσληψη Βιταμινών B

Θειαμίνη:	0,2 mg	για βρέφη	0-6 μηνών
	0,3 mg	''	6-12 μηνών
Ριβοφλαβίνη:	0,3 mg	''	0-6 μηνών
	0,4 mg	''	6-12 μηνών
Νιασίνη:	2 mg NE*	''	0-6 μηνών
	4 mg NE*	''	6-12 μηνών
B ₆ :	0,1 mg	''	0-6 μηνών
	0,3 mg	''	6-12 μηνών
Φυλλικό οξύ:	65 µg	''	0-6 μηνών
	80 µg	''	6-12 μηνών
B ₁₂ :	0,4 µg	''	0-6 μηνών
	0,5 µg	''	6-12 μηνών
*NE: Ισοδύναμο νιασίνης (Niacin Equivalent)			

Πηγή: Trumbo P, Yates AA, Schlicker S, Poos M. Dietary reference intakes: vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. J Am Diet Assoc 2001 Mar; 101(3):294-30.

Βιταμίνη C

Η βιταμίνη C ή ασκορβικό οξύ, είναι σημαντική διότι εκτός από την πρόληψη εμφάνισης σκορβούτου και τη συνδρομή στην επούλωση πληγών, επιδρά στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και στη σύνθεση κολλαγόνου. Η βιταμίνη C συμμετέχει επίσης στην αντιοξειδωτική άμυνα του οργανισμού, με ιδιαίτερα σπουδαίο ρόλο ως υδατοδιαλυτή βιταμίνη.

Η βιταμίνη C είναι επίσης σημαντική, διότι αυξάνει την απορρόφηση του μη-αιμικού σιδήρου, ο οποίος βρίσκεται σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης.

Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνη C εξαρτάται από τη διαιτητική πρόσληψη της μητέρας. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη βιταμίνης C είναι 40 mg για βρέφη 0-6 μηνών και 50 mg για βρέφη 6-12 μηνών και βασίζεται στην περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνη C.⁶ Τα βρέφη που τρέφονται είτε με μητρικό γάλα, είτε με ειδικό γάλα του εμπορίου, εξασφαλίζουν επαρκή πρόσληψη βιταμίνης C.

1.8: Ενεργειακές ανάγκες πρόωρων βρεφών ή βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση.

Ο αριθμός των πρόωρων βρεφών και βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση αυξάνεται διαρκώς τα τελευταία χρόνια, λόγω κυρίως της αύξησης της συχνότητας των πολύδυμων κυήσεων που οφείλεται στη μεγαλύτερη ηλικία τεκνοποίησης της μητέρας και στην ευρεία διάδοση των τεχνικών τεχνητής γονιμοποίησης. Υψηλότερος αριθμός γεννήσεων βρεφών χαμηλού βάρους παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες και σε περιπτώσεις εφήβων μητέρων. Παράλληλα έχει σημειωθεί αξιοσημείωτη

πρόοδος στην αντιμετώπιση τέτοιου είδους περιπτώσεων, έτσι ώστε βρέφη χαμηλού ή πολύ χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση να είναι δυνατό να επιβιώσουν χωρίς μακροχρόνιες συνέπειες για την υγεία τους. Η θνησιμότητα των βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση είναι κατά πολύ υψηλότερη αυτής των βρεφών φυσιολογικού βάρους. Όταν το βάρος του βρέφους κατά την γέννηση είναι μικρότερο από 2,5 κιλά, ο κίνδυνος βρεφικού θανάτου αυξάνει κατά 5-65 φορές σε σχέση με το γενικό κίνδυνο ανάλογα με το βάρος γέννησης.⁷

Τα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση μπορούν να διακριθούν σε 3 κατηγορίες:

- α)** Βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση τα οποία ζυγίζουν λιγότερο από 2,5 κιλά,
- β)** Βρέφη πολύ χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση τα οποία ζυγίζουν λιγότερο από 1,5 κιλό και
- γ)** Βρέφη εξαιρετικά χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση τα οποία ζυγίζουν λιγότερο από 1,0 κιλό.

Το χαμηλό βάρος των βρεφών κατά τη γέννηση μπορεί να οφείλεται είτε στο γεγονός ότι τα βρέφη γεννιούνται πρόωρα, πριν την συμπλήρωση των 37 εβδομάδων κύησης, είτε διότι υπήρχε ενδομήτριος καθυστέρηση της ανάπτυξής τους, είναι δηλαδή μικρά σε σχέση με την ηλικία κύησης. Η ταξινόμηση των βρεφών παρουσιάζεται αναλυτικότερα στο Πίνακα 1,3 και στο σχήμα 1,2..

Γενικά τα τελειόμηνα βρέφη τα οποία είναι μικρά για την ηλικία κύησης είναι σχετικά ώριμα, διότι έχουν διανύσει μεγαλύτερο μέρος της εγκυμοσύνης. Συνήθως δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες που σχετίζονται με την επίδραση της απώλειας του χρόνου ενδομήτριας ανάπτυξης στις μεταβολικές λειτουργίες τους.

Οι διατροφικές ανάγκες των πρόωρων βρεφών χαμηλού βάρους είναι διαφορετικές από των τελειόμηνων βρεφών χαμηλού βάρους. Ανάλογα με τη διάρκεια της κύησης τα πρόωρα βρέφη έχουν απωλέσει πολλές από τις αναπτυξιακές φάσεις που συμβαίνουν κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Στο διάστημα μεταξύ της 24^{ης} και 36^{ης} εβδομάδας από τη σύλληψη, το βάρος του εμβρύου αυξάνεται με ρυθμό 15-20 γραμμ. ανά κιλό βάρους την ημέρα. Αυτή η αύξηση του βάρους είναι συγκρίσιμη μόνο με την αύξηση βάρους των παιδιών που αναρρώνουν από κατάσταση σοβαρού υποσιτισμού. Τα πρόωρα βρέφη εμφανίζουν παρόμοια προβλήματα με αυτά τα παιδιά σε σχέση με την παροχή ενέργειας, πρωτεΐνης και μεταλλικών στοιχείων.

Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της εγκυμοσύνης η συγκέντρωση του λίπους στο σώμα του εμβρύου αυξάνεται σημαντικά (περίπου κατά 550 γραμμ.). Τα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση, τόσο τα πρόωρα όσο και τα τελειόμηνα, έχουν χαμηλές αποθήκες γλυκογόνου και λίπους. Για το λόγο αυτό τα βρέφη αυτά θα πρέπει να λαμβάνουν διατροφική υποστήριξη, εντερική ή παρεντερική, το συντομότερο δυνατό, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο καταβολισμός των ιστών. Συχνά είναι δύσκολο να καλυφθούν οι διατροφικές απαιτήσεις αυτών των βρεφών τις πρώτες μέρες της ζωής, λόγω της ανωριμότητας των οργανικών τους συστημάτων και των σοβαρών ιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Η αδυναμία κάλυψης των διατροφικών απαιτήσεων των βρεφών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο λοιμώξεων, να επιμηκύνει την διάρκεια χρόνιων νοσημάτων και να επιδράσει αρνητικά στην ανάπτυξη και στη λειτουργία του εγκεφάλου.

Πίνακας 1,3: Ταξινόμηση πρόωρης γέννησης και βάρους γέννησης

Ωριμότητα σύμφωνα με την ηλικία κύησης (GA):

Πρόωρα: <38 εβδομάδες
Τελειόμηνα: 38 - 42 εβδομάδες
Γεννηθέντα: μετά την 42^η εβδομάδα

Βάρος γέννησης:

LBW: < 2.500g
VLBW: <1.500g
ELBW: <1.000g

Βάρος γέννησης ανάλογα με την ηλικία κύησης:

IUGR: βάρος <3^{ης} εκατοστιαίας θέσης
SGA: βάρος < 10^{ης} εκατοστιαίας θέσης

- ασύμμετρη SGA: βάρος μόνο <10^η εκατοστιαία θέση – οξεία υποθρεψία ή ανεπάρκεια πλακούντα
- συμμετρική SGA: βάρος, μήκος, περίμετρος κεφαλής < 10^η εκατοστιαία θέση – παρατεταμένη υποθρεψία, γενετική διαδικασία ή γενετικές ανωμαλίες .

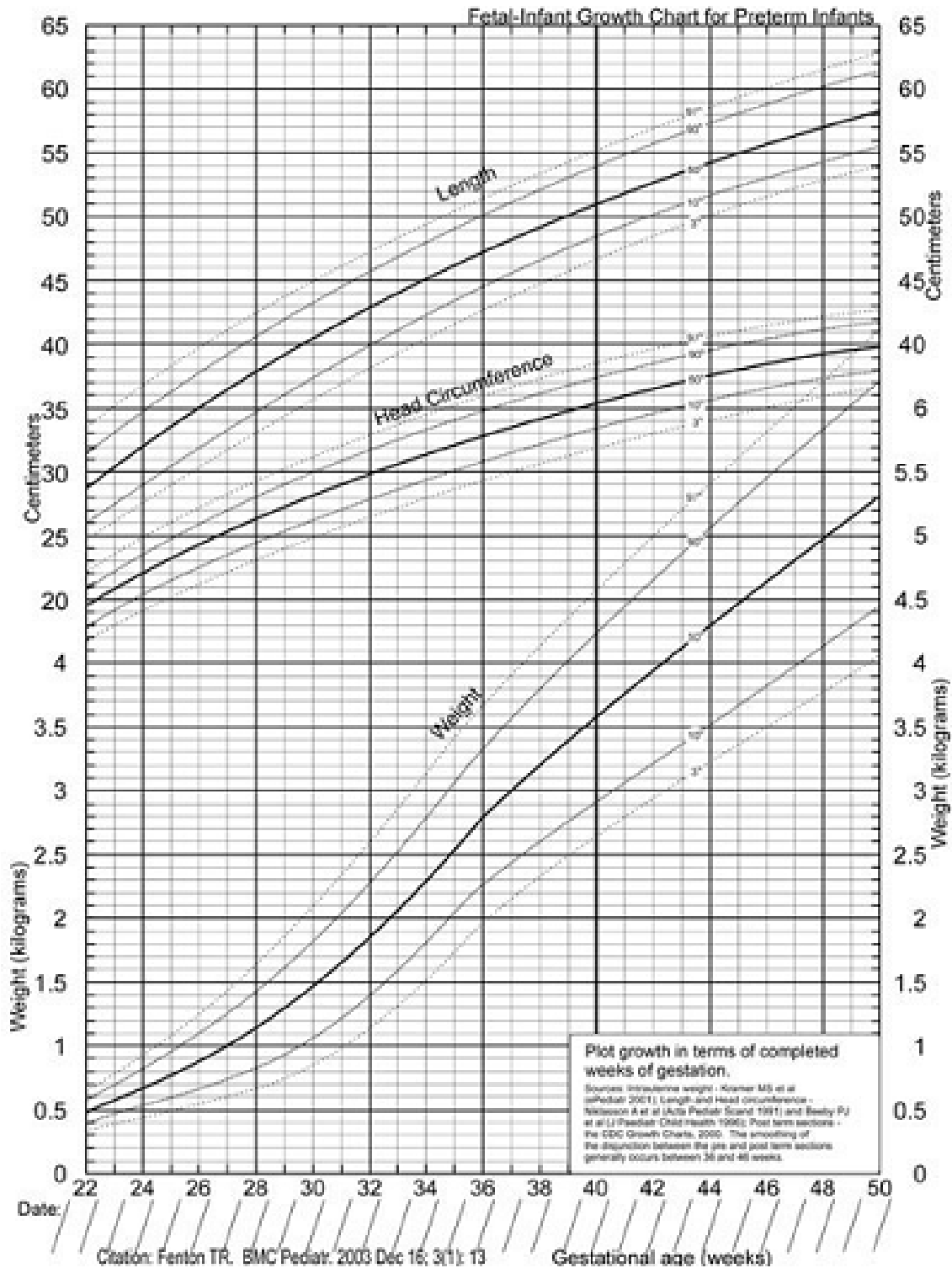
AGA: βάρος μεταξύ 10^{ης} και 90^{ης} εκατοστιαίας θέσης

LGA: βάρος >90^{ης} εκατοστιαίας θέσης

Όπου: LBW = χαμηλό βάρος γέννησης, VLBW = πολύ χαμηλό βάρος γέννησης, ELBW = εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης, IUGR = ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, SGA = χαμηλό για την ηλικία κύησης, AGA = κατάλληλο για την ηλικία κύησης, LGA = αυξημένο για την ηλικία κύησης

Πηγή: Hedricks, Duggan, Walker. *Εγχειρίδιο Παιδικής Διατροφής, τρίτη έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού. Αθήνα 2003.*

Σχήμα 1,2: Καμπύλες ανάπτυξης πρόωρων βρεφών



Πηγή: Fenton R Tanis. A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. BMC Pediatrics 2003;3(13):1471-2431.

1.8.1: Ενέργεια

Τα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση, τελειόμηνα ή πρόωρα έχουν υψηλότερες ενεργειακές ανάγκες από τα τελειόμηνα βρέφη που έχουν κανονικό βάρος για την ηλικία της κύησης, διότι έχουν υψηλότερο μεταβολικό ρυθμό ανάπαυσης, μειωμένη εντερική απορρόφηση, λιγότερο αποτελεσματική ρύθμιση της θερμοκρασίας και αυξημένο ρυθμό ανάπτυξης. Ο ρυθμός του βασικού μεταβολισμού αυξάνεται τη περίοδο μετά τη γέννηση και σχετίζεται άμεσα με την ενεργειακή πρόσληψη

και το ρυθμό αύξησης του βάρους. Ο ρυθμός αυτός είναι υψηλότερος στα μικρά για την ηλικία κύησης βρέφη, σε σχέση με τα κανονικά για την ηλικία κύησης βρέφη, και στα βρέφη που τρέφονται με εντερική διατροφή, σε σχέση με αυτά που τρέφονται με παρεντερική διατροφή. Οι ημερήσιες ενεργειακές ανάγκες των βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση είναι 105–130 θερμίδες ανά κιλό βάρους περίπου και μπορούν να καλυφθούν με πρόσληψη 180-200 ml μητρικού γάλακτος ανά κιλό βάρους ή 150-200 ml παρασκευάσματος για βρέφη ανά κιλό βάρους. Ορισμένα βρέφη μπορεί να χρειάζονται υψηλότερη ενεργειακή πρόσληψη για να αυξήσουν το βάρος τους. Οι συνιστώμενες ημερήσιες διαιτητικές προλήψεις των βρεφών που σιτίζονται με εντερική διατροφή όσο αφορά στην ενέργεια και σε ορισμένα θρεπτικά συστατικά φαίνονται στον Πίνακα 1,5.

Πίνακας 1,5: Συνιστώμενες ημερήσιες διαιτητικές προσλήψεις για πρόωρα βρέφη που σιτίζονται με εντερική διατροφή	
Θρεπτικό συστατικό	Συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη/κιλό
Ενέργεια (θερμίδες)	105-130
Πρωτεΐνες (γραμ./κιλό)	3,5-4,0
Λίπος (% συνολικής ενέργειας)	40-50
Λινελαϊκό οξύ (% συνολικής ενέργειας)	3-5
Υδατάνθρακες (% συνολικής ενέργειας)	40-50
Λιποδιαλυτές βιταμίνες	
Βιταμίνη A (IU)	700-1500
Βιταμίνη D (IU)	150-400
Βιταμίνη E (IU)	6-12
Βιταμίνη K (μg)	8-10
Υδατοδιαλυτές βιταμίνες	
Βιταμίνη C (mg)	18-24
Θειαμίνη (μg)	180-240
Ριβοφλαβίνη (μg)	250-360
Βιταμίνη B ₆ (μg)	150-210
Νιασίνη (mg)	3,6-4,8
Παντοθενικό οξύ (μg)	1,2-1,7
Βιοτίνη (μg)	3,6-6,0
Φυλλικό οξύ (μg)	25-50
Βιταμίνη B ₁₂ (μg)	0,3
Ανόργανα στοιχεία	
Νάτριο (mEq/κιλό)	4-8
Ασβέστιο (mg/100 θερμίδες)	175
Φώσφορος (mg/100 θερμίδες)	91,5
Σίδηρος (mg/100 θερμίδες)	2-4

Πηγή: Mahan LK, Escot-StumpS. Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy (10th ed.) Philadelphia: Saunders, 2000.

Το σώμα των πρόωρων βρεφών έχει μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε νερό, κυρίως εξωκυτταρικό νερό, από το σώμα των τελειόμηνων βρεφών. Η ποσότητα του εξωκυτταρικού νερού μειώνεται σε όλα τα βρέφη τις πρώτες μέρες της ζωής. Αυτή η μείωση συνοδεύεται από απώλεια βάρους της τάξης του 10-15% και βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας. Τα βρέφη εξαιρετικά χαμηλού βάρους συχνά χάνουν έως και 20% του βάρους που έχουν κατά τη γέννηση, χωρίς να παρουσιαστούν κάποιες επιπλοκές.

Το νερό αντιστοιχεί στο 50-70% της αύξησης του βάρους ενός αναπτυσσόμενου καλά σιτιζόμενου βρέφους, χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση. Οι ανάγκες του βρέφους σε νερό ποικίλουν ανάλογα με το μέγεθος του, τη διάρκεια της κύησης, την ηλικία του και το περιβάλλον (φωτοθεραπεία, θερμό περιβάλλον, χρήση υγραντήρων). Οι ημερήσιες ανάγκες του βρέφους σε νερό, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι απώλειες κυμαίνονται μεταξύ 120-200 ml ανά κιλό βάρους. Μικρότερη από την αναγκαία πρόσληψη υγρών μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση, διαταραχή των ηλεκτρολυτών και υπόταση, ενώ μεγαλύτερη πρόσληψη μπορεί να οδηγήσει σε οίδημα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια

και πιθανόν άνοιγμα του αρτηριακού πόρου. Το ισοζύγιο υγρών του βρέφους είναι πολύ σημαντικό και ταυτόχρονα πολύ ευμετάβλητο. Για το λόγο αυτό, απαιτείται συνεχής παρακολούθηση της πρόσληψης υγρών. Η παρακολούθηση γίνεται με την κλινική αξιολόγηση, το τακτικό ζύγισμα, την εκτίμηση του νατρίου στο πλάσμα και με την μέτρηση της οσμωτικότητας των ούρων.

1.8.2: Πρωτεΐνες

Μεταξύ της 24^{ης} και της 36^{ης} εβδομάδας της κύησης το άζωτο του σώματος του εμβρύου αυξάνεται από 14,6 σε 18,6 γραμ. ανά κιλό βάρους. Η πρωτεΐνη πέπτεται και απορροφάται ικανοποιητικά και περίπου το 90% του απορροφημένου διαιτητικού πρωτεϊνικού αζώτου ενσωματώνεται στους ιστούς του βρέφους. Η πρωτεΐνη πρέπει να καλύπτει περί το 10% της ενεργειακής πρόσληψης. Η ολική αποτελεσματικότητα της ενσωμάτωσης του αζώτου και η ανοχή στη διαιτητική πρωτεΐνη εξαρτάται από την παροχή ενέργειας απαραίτητων αμινοξέων και άλλων θρεπτικών συστατικών που απαιτούνται για τη σύνθεση του άλιπου ιστού και την ωριμότητα του μεταβολισμού των αμινοξέων, που έχουν τα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη είναι 3,5-4 γραμ. πρωτεϊνών ανά κιλό βάρους που θα πρέπει να αντιστοιχεί σε 10,2-12,4 % της ενεργειακής πρόσληψης. Εάν η ημερήσια πρόσληψη των πρωτεϊνών δεν είναι ικανοποιητική, παρατηρείται χαμηλός ρυθμός ανάπτυξης, υπολευκωματιναιμία και οίδημα, ενώ εάν υπερβαίνει τα 4 γραμ. ανά κιλό βάρους μπορεί να μη χρησιμοποιείται ικανοποιητικά ή να εμφανίζονται διάφορα προβλήματα υγείας. Τα αμινοξέα τυροσίνη, κυστίνη και ταυρίνη θεωρούνται απαραίτητα για τη σύνθεση των ιστών, διότι ο ανώριμος μεταβολισμός των βρεφών δεν είναι σε θέση να τα παράγει σε επαρκείς ποσότητες. Το μητρικό γάλα, ακόμη και εάν καταναλώνεται σε ποσότητες 180-200 ml ανά κιλό βάρους, δεν μπορεί να καλύψει τις πρωτεϊνικές ανάγκες του βρέφους χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση κυρίως σε περιπτώσεις ταχείας αύξησης του βάρους. Επομένως, συστήνεται η κατανάλωση συμπληρωματικού κατασκευάσματος για βρέφη, το οποίο θα περιέχει τροποποιημένη πρωτεΐνη.

1.8.3: Υδατάνθρακες

Τα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση κινδυνεύουν από υπογλυκαιμία πολύ περισσότερο σε σχέση με τα βρέφη που έχουν κανονικό βάρος για την ηλικία της κύησης. Τα βρέφη πολύ χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση εμφανίζουν επιπρόσθετα παρεμπόδιση της νεογλυκογένεσης και περιορισμένη οξειδωση του λίπους. Ως αποτέλεσμα αυτών, τα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση χρειάζονται γλυκόζη ως το κύριο οξειδωτικό υπόστρωμα για τον εγκέφαλο. Η κατανάλωση της γλυκόζης από αυτά τα βρέφη (5-6 γραμ./κιλό/λεπτό) είναι υψηλότερη από αυτή των τελειόμηνων βρεφών φυσιολογικού βάρους (3-5 γραμ/κιλό/λεπτό). Ακόμη και μέτρια υπογλυκαιμία μπορεί να επηρεάσει την μετέπειτα ψυχοκινητική και νευρολογική ανάπτυξη του βρέφους. Η ημερήσια πρόσληψη υδατανθράκων πρέπει να παρέχει ποσοστό 40-50% της ενεργειακής πρόσληψης.

Στα πρόωρα βρέφη η δραστητικότητα της λακτάσης είναι χαμηλή με αποτέλεσμα να τίθεται υπό αμφισβήτηση η ικανότητα των βρεφών να πέπτουν ικανοποιητικά τη λακτόζη. Αντίθετα επειδή η δραστητικότητα της σακχαράσης στις αρχές του τρίτου τριμήνου αντιστοιχεί στο 70% αυτής των νεογνών, η σακχαρόζη γίνεται εύκολα ανεκτή από τα περισσότερα πρόωρα βρέφη. Συνήθως στα παρασκευάσματα για πρόωρα βρέφη χρησιμοποιούνται η λακτόζη ή η γαλακτόζη. Επίσης, στη διατροφή των πρόωρων βρεφών χρησιμοποιούνται πολυμερή της γλυκόζης, για να επιτευχθεί η ίσο-οσμωτικότητα ορισμένων ειδικών παρασκευασμάτων.

1.8.4: Λίπος

Το αναπτυσσόμενο πρόωρο βρέφος και ιδιαίτερα με χαμηλό βάρος γέννησης χρειάζεται ικανοποιητική ποσότητα απορροφήσιμοι λίπους για να καλύψει τις υψηλές ενεργειακές απαιτήσεις για την αύξηση, να παρέχει τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και να διευκολύνει την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών. Η πέψη και η απορρόφηση των λιπών εξαρτώνται από τις λιπάσες και τα χολικά άλατα του βρέφους. Στα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση και ιδιαίτερα στα πρόωρα η

δραστηριότητα της λιπάσης είναι χαμηλή. Αυτό μπορεί να αντισταθμιστεί από την δραστηριότητα της λιπάσης του μητρικού γάλακτος. Η αποτελεσματικότητα της απορρόφησης του λίπους από βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση που θηλάζουν είναι της τάξης του 80%. Είναι χαμηλότερη όμως σε περισσότερο πρόωρα βρέφη και σε βρέφη που τρέφονται με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Συστήνεται η πρόσληψη του λίπους να αντιστοιχεί σε ποσοστό 40-50% επί της ενεργειακής πρόσληψης.

Τα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση παρουσιάζουν κλινικές, βιοχημικές και ιστολογικές ενδείξεις έλλειψης των απαραίτητων λιπαρών οξέων όταν η πρόσληψη του λινελαϊκού και λινολενικού οξέος προδίδει λιγότερο από 1% επί της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Συνιστάται τα πρόωρα βρέφη να προσλαμβάνουν 3-5% και 1% της ενέργειας από το λινελαϊκό και το λινολενικό οξύ αντίστοιχα, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες του στα απαραίτητα λιπαρά οξέα. Τα ακόρεστα λιπαρά οξέα απορροφώνται αποτελεσματικότερα από τα κορεσμένα λιπαρά οξέα και το μητρικό γάλα περιέχει μεγάλη αναλογία ακόρεστων λιπαρών οξέων, από τα οποία σημαντικό μέρος είναι τα ω-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου (εικοσανοειδή) που έχουν ιδιαίτερη σημασία για την καλή λειτουργία του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς χιτώνα των ματιών. Επειδή τα μέσης αλύσου ακόρεστα λιπαρά οξέα απορροφώνται καλύτερα από τα μακράς αλύσου λιπαρά οξέα, τα παρασκευάσματα για πρόωρα βρέφη έχουν εμπλουτιστεί με αυτό τον τύπο λιπαρών οξέων.

Σύμφωνα με πρόσφατες ενδείξεις, ιδιαίτερη αξία για την διατροφή αυτών των βρεφών έχει η ινοσιτόλη.⁸ Η ινοσιτόλη παίζει καθοριστικό ρόλο στο μεταβολισμό των λιπιδίων και προάγει την ομαλή ανάπτυξη του βρέφους. Ο εμπλουτισμός της διατροφής των πρόωρων βρεφών με ινοσιτόλη μειώνει τον κίνδυνο πνευμονολογικών και οφθαλμολογικών βλαβών.

1.8.5: Ανόργανα στοιχεία

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην παροχή ικανοποιητικών και ισορροπημένων ποσοτήτων ασβεστίου και φώσφορου. Όταν οι ανάγκες των βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση σε ασβέστιο και φώσφορο δεν καλύπτονται μπορεί να προκληθεί ανεπαρκής εναπόθεσή τους στα οστά και στη συνέχεια μεταβολική νόσος των οστών η οποία μπορεί να παρεμποδίσει την αύξηση του μήκους στη μετέπειτα ζωή. Οι αποθήκες σιδήρου των βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση επαρκούν μέχρι την 6^η-8^η εβδομάδα ζωής, εφόσον το βρέφος δε λαμβάνει σίδηρο εξωγενώς. Οι συχνές αιμοληψίες που γίνονται στα βρέφη μειώνουν περαιτέρω τις αποθήκες του σιδήρου. Οι ημερήσιες ανάγκες σε σίδηρο των βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση είναι της τάξης των 2-2,5 mg ανά κιλό βάρους. Ορισμένα παρασκευάσματα για βρέφη περιέχουν τέτοια ποσότητα σιδήρου που μπορεί να καλύψει τις ανάγκες αυτών των βρεφών. Αν αποφασιστεί η χορήγηση συμπληρώματος σιδήρου στα βρέφη είναι σκόπιμο αυτό να μην γίνει πριν την 4^η-8^η εβδομάδα, διότι δεν είναι εξακριβωμένος ο βαθμός απορρόφησης του σιδήρου που χορηγείται κατά την νεογνική περίοδο.

Πίνακας 1,5: Οδηγίες συμπληρωματικής χορήγησης σιδήρου σε πρόωρα βρέφη

	Βάρος γέννησης				Σημειώσεις
	<1.000g	1.000-.500g	1.500-1.800g	>1.800g	
Συνολική δόση	4 mg/kg/d	3-4 mg/kg/d	2-3mg/kg/d	2mg/kg/d	
Σκεύασμα					
Χαμηλό σε σίδηρο	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 4 mg/kg/d	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 3-4 mg/kg/d	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 2-3mg/kg/d	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 2mg/kg/d	-
Εμπλουτισμένο με σίδηρο	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 2 mg/kg/d	Συμπληρώστε με `στοιχειακό σίδηρο 1-2 mg/kg/d	Επιπλέον 1mg/kg/d ανάλογα με τις ανάγκες	Δεν απαιτείται επιπλέον συμπλήρωση	-

Μητρικό γάλα (HM) αποκλειστικά	Στοιχειακός σίδηρος 4 mg/kg/d	Στοιχειακός σίδηρος 3-4 mg/kg/d	Στοιχειακός σίδηρος 2 mg/kg/d	Στοιχειακός σίδηρος 2 mg/kg/d	Βρέφη που ζυγίζουν λιγότερο από 1800g πρέπει να προσλαμβάνουν HM (εμπλουτισμένο) 24 kcal/30g, πριν ξεκινήσει η συμπληρωματική χορήγηση σιδήρου
Συνδυασμός (σκεύασμα συν HM)					
Χαμηλό σε σίδηρο	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 4 mg/kg/d	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 3-4 mg/kg/d	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 2-3 mg/kg/d	Συμπληρώστε με στοιχειακό σίδηρο 2 mg/kg/d	-
Εμπλουτισμένο με σίδηρο	Υπολογίστε για συνολική δόση σιδήρου 4 mg/kg/d	Υπολογίστε για συνολική δόση σιδήρου 3-4 mg/kg/d	Επιπλέον 1mg/kg/d ανάλογα με τις ανάγκες	Δεν απαιτείται επιπλέον συμπλήρωση	-

Όπου: HM=Human Milk

Πηγή: Sun Y, Awnetwant EL, Collier SB, Gallagher LM, Olsen IE, Stewart JE. Manual of neonatal care, 4th edition. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1998.

1.8.5: Βιταμίνες

Τα πρόωρα βρέφη χρειάζονται τις ίδιες βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία με τα τελειόμηνα βρέφη, αλλά οι χαμηλές αποθήκες του σώματός τους, η ανωριμότητα, οι ασθένειες και ο ταχύς ρυθμός ανάπτυξης αυξάνουν τις απαιτήσεις τους. Τα ειδικά παρασκευάσματα για πρόωρα βρέφη και τα ενισχυτικά του μητρικού γάλακτος περιέχουν αυξημένες ποσότητες βιταμινών και ανόργανων στοιχείων.

Έλλειψη βιταμινών παρατηρείται σπάνια αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση κυρίως σε σχέση με τις λιποδιαλυτές βιταμίνες. Συχνά παρατηρούνται χαμηλές τιμές ρετινόλης στο πλάσμα οι οποίες συνοδεύονται από μεταβολικές ενδείξεις έλλειψης βιταμίνης Α. Τα πρόωρα βρέφη μπορεί να χρειάζονται αυξημένη ποσότητα βιταμίνης D (150-400 IU ανά ημέρα) για τη βελτιστοποίηση του μεταβολισμού του ασβεστίου και του φωσφόρου, καθώς και συμπλήρωμα βιταμίνης K (0,5-1,0 mg) που χορηγείται συνήθως ενδομυκικά την πρώτη μέρα της ζωής. Η χορήγηση μπορεί να επαναλαμβάνεται σε εβδομαδιαία βάση, έως ότου το βρέφος μπορεί να διατρέφεται ικανοποιητικά από το στόμα με αποτέλεσμα να προσλαμβάνει 2-3 μg ανά κιλό βάρους την ημέρα. Οι ανάγκες των πρόωρων βρεφών σε βιταμίνη E είναι αυξημένες και αυξάνονται ακόμη περισσότερο εάν τα βρέφη προσλαμβάνουν μεγάλη ποσότητα σιδήρου ή/και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων. Η σύνθεση των παρασκευασμάτων για πρόωρα βρέφη περιλαμβάνει την ιδανική αναλογία βιταμίνης E και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, ώστε να μην εμφανίζεται έλλειψη της βιταμίνης E. Συστήνεται ημερήσια πρόσληψη 0,7 IU βιταμίνης E (0,5mg α-τοκοφερόλης)/100 θερμίδες και τουλάχιστον 1 IU βιταμίνης E ανά γραμ. λινελαϊκού οξέος. Εάν το βρέφος λαμβάνει συμπλήρωμα σιδήρου, η ημερήσια πρόσληψη βιταμίνης πρέπει να αυξάνεται κατά 15 IU.

Η θειαμίνη, το ασκορβικό οξύ και το φυλλικό οξύ καταστρέφονται με την θέρμανση και οι απώλειές τους, όταν τα παρασκευάσματα για βρέφη θερμαίνονται ή το μητρικό γάλα παστεριώνεται, είναι μεγάλες. Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη διότι επηρεάζει την απορρόφηση του σιδήρου και πιθανά μειώνει την υπερτυροσιναιμία και την υπερφαινωλαλανιναιμία, που παρατηρούνται στα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση. Η ριβοφλαβίνη είναι ευαίσθητη στο φως και η έκθεση του μητρικού γάλακτος

σε αυτό μπορεί να προκαλέσει μεγάλη μείωση της δραστηριότητάς της. Έλλειψη βιοτίνης έχει παρατηρηθεί μόνο σε βρέφη που τρέφονται ενδοφλέβιος, ενώ έλλειψη θειαμίνης και βιταμίνης B₆ έχει βρεθεί σε βρέφη μητέρων που είχαν έλλειψη σε αυτές τις βιταμίνες και θήλαζαν τα βρέφη τους.

1.8.7: Μέθοδος σίτισης των πρόωρων βρεφών

Το έμβρυο είναι σε θέση να καταπίνει τη 16^η εβδομάδα και η κινητικότητα του εντέρου εμφανίζεται στις 28 εβδομάδες της κύησης. Όμως η ικανότητα θηλασμού, η κινητικότητα του εντέρου και η προστασία των αεροφόρων οδών δεν αναπτύσσονται πριν την 34^η εβδομάδα. Πριν από αυτό το χρονικό σημείο παρατηρείται παρεμπόδιση της κένωσης του στομάχου και δεδομένης της μικρής χωρητικότητας του στομάχου, υπάρχει κίνδυνος να γίνει παλινδρόμηση των υγρών του στομάχου στις αεροφόρους οδούς. Επιπρόσθετα η πίεση του στομάχου μπορεί να επηρεάσει και τους πνεύμονες. Λόγω αυτών των καταστάσεων αλλά και των σοβαρών προβλημάτων υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα βρέφη χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση, και κυρίως τα εξαιρετικά χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση συχνά είναι αδύνατο τα βρέφη αυτά να τραφούν εντερικά και θα πρέπει να τους χορηγηθεί παρεντερική διατροφή. Οι αποφάσεις για τον τρόπο σίτισης του βρέφους εξαρτώνται από τη διάρκεια της κύησης και την κλινική κατάσταση του πρόωρου βρέφους. Ο στόχος πρέπει να είναι η σίτιση του βρέφους με την πλέον δυνατή φυσιολογική μέθοδο, η οποία θα παρέχει στο βρέφος τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά για την αύξησή του, χωρίς να δημιουργεί κλινικές επιπλοκές.⁹

Πίνακας 1,6: Παρεντερική διατροφή στα πρόωρα βρέφη

Ανάγκες σε υγρά:

- Τα πρόωρα βρέφη έχουν μεγαλύτερο όγκο ECF.
- Η πρώτη ούρηση περιλαμβάνει το 10-15% του βάρους γέννησης και το 20% για τα βρέφη με ELBW.
- Αρχικές ανάγκες σε υγρά: 80-140 ml/kg/d
- Τα βρέφη με ELBW πιθανόν να χρειάζονται έως και 200 ml/kg/d
- Ο στόχος μετά την σταθεροποίηση των υγρών είναι: 100-150 ml/kg/d
- Περιορισμός των υγρών απαιτείται για τα βρέφη με PDA, BPD, CHF, νεφρική ανεπάρκεια, εγκεφαλικό οίδημα.
- Οι ακούσιες απώλειες νερού αυξάνονται με:
 - την αυξημένη διαπερατότητα του δέρματος κατά τη γέννηση
 - το αυξημένο δείκτη BSA προς βάρος
 - τη φωτοθεραπεία
 - τα ακτινοβολούμενα θερμά κρεβάτια
 - το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας
 - το στρες στο κρύο, την αυξημένη δραστηριότητα
- Οι ακούσιες απώλειες νερού μειώνονται με:
 - προστατευτικά θερμότητας
 - εφυγρασμένες θερμοκοιτίδες
- Απώλεια υγρών προκαλείται επίσης λόγω:
 - Εμέτων
 - διάρροιας
 - απωλειών από στομία
 - διαρροή από το θωρακικό καθετήρα

Υδατάνθρακες:

- Αρχική φόρτιση γλυκόζης 4-6 mg/kg/min.
 - Προσαρμόστε κατά 1-2 mg/kg/min ανάλογα με την ανοχή, αυξάνοντας έως ότου καλυφθούν οι διατροφικές ανάγκες.
 - Περιορίστε στα <14 mg/kg/min για να αποφεύγετε τον υπερσιτισμό, το λιπώδες ήπαρ, την αυξημένη παραγωγή CO₂.
-

-
- Συγκέντρωση δεξτρόζης, μπορεί να μειωτοποιηθεί με 12,5% σε περιφερική φλέβα.

Πρωτεΐνη:

- Βρέφη με <1000g BW: ξεκινήστε με 0,5 g/kg/d και προχωρήστε με 0,5 g/kg/d έως το στόχο.
- Βρέφη με >1000g BW: ξεκινήστε με 1,0 g/kg/d και προχωρήστε με 1,0 g/kg/d έως το στόχο.

Λίπος:

- Βρέφη με <1000g BW: ξεκινήστε με 0,5 g/kg/d και προχωρήστε με 0,5 g/kg/d έως το στόχο.
- Βρέφη με >1000g BW: ξεκινήστε με 1,0 g/kg/d και προχωρήστε με 1,0 g/kg/d έως το στόχο.
- Μπορείτε να χορηγήσετε λίπος μέσω κεντρικής ή περιφερικής φλέβας για 20-24 ώρες.
- Ελέγχετε τα τριγλυκερίδια ορού. Φυσιολογικά επίπεδα <150 mg/dl.
- Είναι δυνατόν να προκληθεί EFAD όταν δεν παρέχεται λίπος για <1 εβδομάδα. Χορηγήστε το λιγότερο 0,5g/kg/d προκειμένου να αποφευχθεί η EFAD.
- Πιθανόν να χρειαστεί ο περιορισμός του λίπους κατά την υπερβάλλουσα υπερχοληρυθριναιμία, προκειμένου να προληφθεί ο πυρηνικός ίκτερος.

Ενεργειακές ανάγκες:

- Tsnag: 80-90 μη πρωτεϊνικές kcal/kg/d με 3 g πρωτεΐνη/kg/d
- Zlotkin: >70 μη πρωτεϊνικές kcal/kg/d με 2,7-3,5g πρωτεΐνη/kg/d

Πρόσθετα:

- Na: 2-4 mEq/kg/d Ca: 60-90mg/kg/d
- K: 2-4 mEq/kg/d Phos: 47-70 mg/kg/d
- Cl: 2-3 mEq/kg/d Mg: 4,3-7,2 mg/kg/d

Παιδιατρικό (MVI):

- <1 kg :30% των προτύπων 5mL
- 1-3kg: 65% των προτύπων 5 mL
- >3 kg: 100% των προτύπων 5 mL

Έλεγχος βιοχημικών Παραμέτρων:

- Ημερησίως (καθώς ξεκινά και προχωρά η PN και τα λιπίδια)
 - Na, K, Cl, CO₂, γλυκόζη, τριγλυκερίδια.
- Εβδομαδιαίως (και πριν την έναρξη της PN και των λιπιδίων)
 - προσθέστε στα παραπάνω Ca, Mg, P, αλκαλική φωσφατάση, BUN, Cr, τριγλυκερίδια, ολική πρωτεΐνη, αλβουμίνη, χολερυθρίνη, AST, ALT, αιματοκρίτης

Όπου: ALT=alanine transaminase, AST=aspartate transaminase, BPD=βρογχοπνευμονική δυσπλασία, BSA=περιοχή επιφάνειας σώματος, BUN=άζωτο ουρίας αίματος, BW=βάρος γέννησης, CHF=ολική καρδιακή ανεπάρκεια, ECF=εξωκυττάριο υγρό, EFAD=ανεπάρκεια απαραίτητων λιπαρών οξέων, ELBW= εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης, PDA= patient ductus arteriosus, PN=παρεντερική διατροφή

Πηγή: Hedricks, Duggan, Walker. Εγχειρίδιο Παιδικής Διατροφής, τρίτη έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού. Αθήνα 2003

Μόλις τα βρέφη είναι σε θέση να τραφούν εντερικά συστήνεται η σταδιακή μετάβαση από την παρεντερική στην εντερική διατροφή. Η εντερική σίτιση ακόμη και μικρών ποσοτήτων τροφής είναι ευεργετική διότι προάγει την ομαλότερη ορμονική λειτουργία και τη λειτουργία της χολής, καθώς και την έναρξη της ωρίμανσης του εντερικού βλεννογόνου. Στην αρχή της εφαρμογής της εντερικής διατροφής δε θα πρέπει να δίνονται μεγάλες ποσότητες τροφής υψηλής οσμωτικής πυκνότητας, διότι έτσι

δημιουργείται προδιάθεση για άπνοια, ειλεό και νεκρωτική εντεροκολίτιδα. Επίσης, η τροφή θα πρέπει να προσφέρεται κατά διαστήματα και όχι με συνεχομένη ροή. Ο όγκος της προσφερόμενης τροφής θα πρέπει να αυξάνεται σταδιακά κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας της ζωής, ακόμη και αν το βρέφος μπορεί να δεχτεί μεγαλύτερη ποσότητα νωρίτερα. Η άμεση προσφορά μεγάλης ποσότητας τροφής δημιουργεί στα βρέφη προδιάθεση για εντερική βλάβη και νεκρωτική εντεροκολίτιδα. Η οσμωτική πυκνότητα της τροφής συστήνεται να είναι χαμηλή αρχικά και να αυξάνεται προοδευτικά, ανάλογα με την πρόοδο της υγείας και της ανάπτυξης του βρέφους.⁹

Πίνακας 1,7: Εντερική διατροφή: πρόοδος της σίτισης και στόχοι.

Έναρξη της σίτισης και πρόοδος

- Ξεκινήστε με βάση το βάρος γέννησης και προχωρήστε ανάλογα με την ανοχή

<i>Βάρος γέννησης (g)</i>	<i>Αρχικός ρυθμός (ml/kg/d)</i>	<i>Ρυθμός αύξησης (ml/kg/d)</i>
<800	10	10- 20
800- 1.000	10-20	10-20
1.001-1.250	20	20-30
1.251-1.500	30	30
1.501-1800	30-40	30-40
1.801-2.500	40	40-50
>2.500	50	50

Συμπτώματα δυσανοχής στο σκεύασμα:

- Αύξηση του γαστρικού υπολείμματος πάνω από το διπλάσιο του ρυθμού των προηγούμενων ωρών (συνεχής σίτιση) ή >1/2 του προηγούμενης σίτισης κατά διαστήματα εφάπαξ χορηγήσεις
- Αύξηση της κοιλιακής διάτασης περιμέτρου
- Εμετός
- Υπολείμματα χολής και/ή εμετός
- Θετική αίμη/αίμα στα κόπρανα
- Αναγωγικές ουσίες >0,5%
- Αλλαγές στους ήχους του εντέρου (περίσταση)
- Αύξηση της άπνοιας /βραδυκαρδίας κατά τη σίτιση

Ενεργειακός στόχος:

- 105-130 kcal/kg/d
- Ορισμένα βρέφη μπορεί να έχουν αυξημένες ανάγκες έως και 150-160 Kcal/kg/d (BPD, SGA)

Στόχος πρωτεΐνης:

- 3,0-4,0 g πρωτεΐνης/kg/d

Κατανομή των θερμίδων:

- Πρωτεΐνες: 9-12% των θερμίδων
- Υδατ/κες CHO: 40-45% των θερμίδων
- Λίπος: 40-50% των θερμίδων

Ασβέστιο:

- 120-230 mg/kg/d

Φώσφορος:

- 60-140 mg/kg/d

Πολυβιταμίνες:

- Τα βρέφη που σιτίζονται με εμπλουτισμένο (HMF) μητρικό γάλα ή ειδικό σκεύασμα για πρόωρα βρέφη, συνήθως δεν χρειάζονται πολυβιταμινούχα συμπληρώματα

- Στα πρόωρα βρέφη που σιτίζονται αποκλειστικά με μητρικό γάλα συστήνεται να χορηγείται πολυβιταμινούχο συμπλήρωμα

Βιταμίνη Ε:

- Προτεινόμενη δόση 6-12 IU/kg/d
- Πιθανόν να απαιτείται συμπληρωματική χορήγηση εάν προσλαμβάνεται στοιχειακός σίδηρος >4 mg/kg/d προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος αιμολυτικής αναιμίας

Σίδηρος:

- Τα πρόωρα βρέφη γεννιούνται με χαμηλές αποθήκες και υποβάλλονται σε αλληπάλληλες αιμοληψίες
- Συστήνεται η έναρξη συμπληρωματικής χορήγησης κατά την 4-6 εβδομάδα.
- Το βρέφος θα πρέπει να προσλαμβάνει πλήρη γεύματα (150ml/kg/d) στις 24 kcal/30d πριν ξεκινήσει η συμπληρωματική χορήγηση

Πηγή: Hedricks, Duggan, Walker. Εγχειρίδιο Παιδικής Διατροφής, τρίτη έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού. Αθήνα 2003

Κεφάλαιο 2: Ενεργειακές ανάγκες θηλάζουσας

Ισοζύγιο ενέργειας και σωματικό βάρος κατά τη διάρκεια του θηλασμού

Οι περισσότερες γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη εναποθηκεύουν περίπου 2-4 κιλά λίπους, το οποίο αργότερα θα χρησιμοποιηθεί για να παρέχει ένα μέρος της επιπλέον ενέργειας που θα είναι αναγκαία κατά το θηλασμό. Έχει υπολογισθεί ότι το εναποθηκευμένο λίπος προσδίδει 200-300 θερμίδες την ημέρα κατά μια περίοδο θηλασμού 3 μηνών. Αυτό το ποσό πληρεί μόνο εν μέρει τις ανάγκες ενέργειας και το υπόλοιπο πρέπει να προέλθει από την καθημερινή διατροφή, τους πρώτους τρεις μήνες του θηλασμού. Εάν ο θηλασμός διαρκέσει πάνω από τρεις μήνες ή εάν το σωματικό βάρος της θηλάζουσας μειωθεί κάτω από το ιδανικό για το ύψος της, τότε η πρόσληψη ενέργειας από την τροφή πρέπει να αυξηθεί^{10,11,12}.

Η διαδικασία του θηλασμού είναι διατροφικά απαιτητική, κυρίως για τις γυναίκες που θηλάζουν τα βρέφη τους αποκλειστικά για κάποιο χρονικό διάστημα. Η αύξηση των περισσότερων μακροθρεπτικών συστατικών συνιστάται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, όπως υποδεικνύει ο Πίνακας 2.

Δεν είναι απαραίτητο να προστεθούν μεγάλες ποσότητες γάλακτος στην ημερήσια πρόσληψη της θηλάζουσας. Μάλλον, πρωταρχική επίδραση της ποσότητας του γάλακτος αποτελεί η συχνότητα του θηλασμού, δηλαδή το πόσο συχνά θηλάζει η μητέρα το βρέφος της^{10,11,12}.

Η σύνθεση του γάλατος από την άλλη, ποικίλλει ανάλογα με τη διατροφή της μητέρας. Για παράδειγμα, η σύνθεση των λιπαρών οξέων του μητρικού γάλακτος εκφράζει τη διαιτητική της πρόσληψη. Επιπρόσθετα, τα επίπεδα σε σελήνιο, ιώδιο και μερικών από τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες στο γάλα, μπορεί να είναι μειωμένα αν η διαιτητική πρόσληψη της μητέρας είναι μειωμένη. Τα υπόλοιπα συστατικά φαίνεται να είναι σε σταθερά επίπεδα, ανεξάρτητα από τη διατροφή της μητέρας. Μια μελέτη, ωστόσο δείχνει ότι σημαντικές πρωτεΐνες που περιέχονται στο μητρικό γάλα μπορούν να εκκριθούν σε μειωμένα επίπεδα εάν η μητέρα υποσιτίζεται¹¹.

Η ενέργεια που απαιτείται για το θηλασμό, την υγεία και τη φυσική δραστηριότητα της μητέρας, παρέχεται από:

- τη δίαιτα και
- το λίπος που εναποθηκεύτηκε στο σώμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης¹⁰.

Συστάσεις για την καθημερινή διατροφική πρόσληψη που αφορά ομάδες τροφίμων, κατά τη διάρκεια του θηλασμού¹².

Γάλα, γιαούρτι και τυρί: 4-5 μερίδες την ημέρα (οι γυναίκες οι οποίες θηλάζουν πάνω από 1 βρέφος μπορεί να χρειάζεται να προσλαμβάνουν 6 ή και περισσότερες μερίδες).

Κρέατα, πουλερικά, ψάρι, αποξηραμένα φασόλια και αρακάς, αυγά και ξηροί καρποί: 180-210 γραμ. την ημέρα.

Φρούτα: 2-4 μερίδες την ημέρα (τουλάχιστον μια καλή πηγή βιταμίνης C).

Λαχανικά: 3-5 μερίδες την ημέρα (τουλάχιστον μια καλή πηγή βιταμίνης A).

Ψωμί, δημητριακά, ρύζι και ζυμαρικά: 6-11 μερίδες την ημέρα.

Υγρά: 8-12 ποτήρια νερό την ημέρα (μέχρι να ικανοποιηθεί το αίσθημα της δίψας εάν δεν είναι αρκετό).

Λίπη και έλαια: 2-3 μερίδες την ημέρα.

Πίνακας 2: Συνιστώμενες διατροφικές προσλήψεις: Προτεινόμενες διατροφικές προσλήψεις (RDA's) και επαρκείς προσλήψεις για θηλάζουσες ^{2,6,12,14,15}

	1 ^ο εξάμηνο	2 ^ο εξάμηνο
Ενέργεια (Kcal)	+500	+500
Πρωτεΐνη (g)	65	60
Βιταμίνη A (μg RE)	1300 >18 ετών 750 ≤18 ετών	1300 >18 ετών 750 ≤18 ετών
Βιταμίνη D (μg) AI*	5	5
Βιταμίνη E (mg)	19	19
Βιταμίνη K (μg)	90 >18 ετών 75 ≤18 ετών	90 >18 ετών 75 ≤18 ετών
Βιταμίνη C (mg)*	120 >18 ετών 115 ≤18 ετών	120 >18 ετών 115 ≤18 ετών
Θειαμίνη (mg)	1,4	1,4
Ριβοφλαβίνη (mg)	1,6	1,6
Νιασίνη (mg)	17	17
Βιταμίνη B ₆ (μg)	2,8	2,8
Φυλικό οξύ (μg)	500	500
Βιταμίνη B ₁₂ (μg)	2,6	2,6
Βιοτίνη (μg) AI*	35	35
Παντοθενικό οξύ (mg) AI*	7	7
Χολίνη (mg) AI*	550	550
Ασβέστιο (mg) AI*	1000 >18 ετών 1300 ≤18 ετών	1000 >18 ετών 1300 ≤18 ετών
Φώσφορος P (mg)	700 >18 ετών 1250 ≤18 ετών	700 >18 ετών 1250 ≤18 ετών
Μαγνήσιο Mg (mg)	360 >18 ετών 400 ≤18 ετών	360 >18 ετών 400 ≤18 ετών
Φθόριο F (mg) AI*	3	3
Σίδηρος Fe (mg)	15	15
Ψευδάργυρος Zn (mg)	19	19
Ιώδιο I (μg)	200	200
Σελήνιο Se (μg)	75	75

Όπου: Adequate Intake(AI) = Επαρκής Πρόσληψη

2.1: Ενέργεια

Το γάλα παράγεται με περίπου 80% αποδοτικότητα. Έτσι, για την παραγωγή 100 mL γάλακτος (περίπου 67 kcal) απαιτείται από τη μητέρα μια δαπάνη της τάξης των 85 kcal. Η μέση ημερήσια παραγωγή γάλακτος για τους πρώτους 6 μήνες είναι περίπου 750 mL και μπορεί να κυμαίνεται από 550 έως και 1200 mL/ημέρα. Υπενθυμίζουμε ότι η ποσότητα του γάλακτος που παράγεται από τη μητέρα εξαρτάται από τη συχνότητα των θηλασμών. Επομένως, τα βρέφη που θηλάζονται συχνά, πιθανώς διεγείρουν την παραγωγή μεγαλύτερων ποσοτήτων γάλακτος.^{10,11,12}

Κατά το δεύτερο εξάμηνο του θηλασμού, η παραγωγή γάλακτος γενικά μειώνεται κατά μέσο όρο στα 600 mL/ ημέρα. Κατά τη διάρκεια αυτού του διαστήματος, τα περισσότερα βρέφη αρχίζουν να καταναλώνουν και στερεή τροφή, με αποτέλεσμα η συχνότητα του θηλασμού να μειώνεται.^{10,11,12} Ενδείξεις που σημαίνουν ότι η παραγωγή γάλακτος είναι ικανοποιητική δίνονται στον Πίνακα 2,1.

Πίνακας 2,1: Ενδείξεις ικανοποιητικής παραγωγής γάλακτος από τη θηλάζουσα.¹²

- Αύξηση του βάρους του βρέφους σταθερή και ικανοποιητική, π.χ. 120-210 γραμμ. την εβδομάδα μετά την τέταρτη ημέρα της ζωής.
- Αλλαγή τουλάχιστον 6 υγρών πάνων την ημέρα.
- Τουλάχιστον 2-3 κενώσεις την ημέρα για τις πρώτες εβδομάδες.
- Τουλάχιστον 8-12 γεύματα την ημέρα για τις πρώτες εβδομάδες διάρκειας περίπου 15-20 λεπτών το καθένα.
- Υγιής συμπεριφορά του βρέφους.

Η συνιστώμενη διατροφική πρόσληψη (RDA) για τις ενεργειακές απαιτήσεις κατά τη διάρκεια του θηλασμού προτείνει μια επιπλέον αύξηση κατά 500 kcal/ημέρα (Πίνακας 2) σε σχέση με τις ενεργειακές απαιτήσεις σε μη-έγκυες γυναίκες. Μια γυναίκα που ήταν παχύσαρκη πριν την εγκυμοσύνη ή αυξήθηκε υπερβολικά το βάρος της κατά την εγκυμοσύνη δε θα χρειαστεί να καλύψει τις επιπλέον 500 θερμίδες/ημέρα σύμφωνα με το RDA. Τα αποθέματα του μητρικού λίπους συσσωρεύονται κατά την εγκυμοσύνη, εξασφαλίζοντας περίπου 100-150 kcal/ημέρα κατά τους πρώτους μήνες του θηλασμού. Όταν τα αποθέματα λίπους εξαντληθούν, η διατροφική ενέργεια πρέπει να αυξηθεί εάν η μητέρα έχει σκοπό να συντηρήσει όλα ή τα περισσότερα από τα βρέφη της μόνο με μητρικό γάλα.^{10,11,12}

Το σημαντικότερο αποτέλεσμα του θηλασμού όταν δεν υπάρχει επαρκής μητρική διατροφή, είναι η παραγωγή ολοένα λιγότερου γάλακτος κάθε μέρα. Αυτό συμβαίνει με τη θηλάζουσα η οποία ακολουθεί αυστηρή δίαιτα μείωσης βάρους, ενώ επιχειρεί να θηλάσει το βρέφος της. Άπαξ και ο θηλασμός στηριχθεί σωστά, μπορεί η μητέρα να περιορίσει μέτρια την πρόσληψη ενέργειας έτσι ώστε να αυξήσει το ρυθμό χρησιμοποίησης του λίπους χωρίς καμία δυσμενή επίδραση στην παραγωγή γάλακτος.^{10,11,12}

Μια μελέτη έδειξε ότι υγιείς θηλάζουσες γυναίκες κατάφεραν να χάσουν μέχρι και 0,5kg/εβδομάδα ενώ είχαν αρκετό γάλα για να στηρίξουν την ανάπτυξη των βρεφών τους.¹⁶ Οι γυναίκες που θηλάζουν πρέπει να έχουν υπόψη τους την αποθήκευση της ενέργειας στο θηλασμό, καθώς και το γεγονός ότι οι γυναίκες που θηλάζουν αποκλειστικά, χάνουν λίπος χωρίς μείωση της ενεργειακής πρόσληψης.¹⁷

Η ανεπαρκής ποσότητα παραγόμενου γάλακτος μπορεί να προκύψει από την ανεπαρκή πρόσληψη υγρών από την μητέρα. Οι μητέρες που θηλάζουν θα πρέπει να ενθαρρύνονται έτσι ώστε να καταναλώνουν 2-3 λίτρα υγρά ημερησίως, ίσως και περισσότερα σε πολύ ζεστές καιρικές συνθήκες. Θα πρέπει επίσης να έχουν συμβουλευτεί ότι η δια του στόματος χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων μπορεί να σταματήσει τη διεργασία του θηλασμού, κυρίως τις πρώτες 6-10 εβδομάδες.^{10,11,12}

2.2: Πρωτεΐνη

Για να υπολογιστούν οι μέσες ημερήσιες ανάγκες σε πρωτεΐνη, λαμβάνεται υπόψη η σύσταση του μητρικού γάλακτος και το γεγονός ότι παράγονται 750 ml γάλακτος καθημερινά, θέτοντας όμως ως προϋπόθεση ότι το 70% της πρωτεΐνης από την τροφή μετατρέπεται σε πρωτεΐνη γάλακτος.^{10,11,12}

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η πρόσληψη πρωτεΐνης μιας γυναίκας πρέπει να είναι 0,8 γραμ/κιλό σωματικού βάρους, κατά τη διάρκεια του θηλασμού απαιτείται αύξηση της πρωτεϊνικής πρόσληψης της μητέρας μέσω της διατροφής κατά 15 γρ την ημέρα (σύμφωνα με RDA) για τους πρώτους 6 μήνες του θηλασμού και κατά 12 γραμ. την μέρα για τους επόμενους, όπου παράγεται και λιγότερο γάλα. Αν η πρόσληψη δεν είναι ενδεδειγμένη, η αυξημένη αυτή ανάγκη μπορεί να καλυφθεί με την καθημερινή κατανάλωση 3-4 φλιτζανιών γάλακτος επιπλέον. Αυτή η επιπρόσθετη ποσότητα γάλακτος δεν καλύπτει βέβαια τις αυξημένες ανάγκες σε άλλα θρεπτικά συστατικά, όπως η βιταμίνη E, C και το φυλλικό οξύ. Γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαία η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.¹⁰

2.3: Υδατάνθρακες

Η πρόσληψη υδατανθράκων από τη δίαιτα της θηλάζουσας, δεν επηρεάζει την περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε υδατάνθρακες. Η λακτόζη είναι ο κύριος υδατάνθρακας του μητρικού γάλακτος και βρίσκεται σε περιεκτικότητα 70 γρ./ λίτρο γάλακτος.^{10,11,12}

2.4: Λίπος

Η σύνθεση της διαίτας της μητέρας δεν επηρεάζει τη συνολική περιεκτικότητα του λίπους ή τον όγκο του μητρικού γάλακτος. Αντίθετα επηρεάζει την αναλογία των λιπαρών οξέων. Για παράδειγμα, όταν η μητέρες ακολουθούσαν δίαιτες πλούσιες σε έλαια φυτικής προελεύσεως, το γάλα τους ήταν πλούσιο σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα.¹⁸

Το ανθρώπινο γάλα περιέχει 10-20 mg/dl χοληστερόλη, που καταλήγει κατά προσέγγιση σε ημερήσια κατανάλωση των 10 mg/ημέρα από το βρέφος. Η ποσότητα της χοληστερόλης στο μητρικό γάλα δε φαίνεται να επηρεάζεται από τη διατροφή της μητέρας. Ωστόσο, η συγκέντρωση της χοληστερόλης στο γάλα, η οποία είναι υψηλή, μειώνεται με την πάροδο του χρόνου.^{10,11,12}

2.5: Βιταμίνες & Μέταλλα

2.5.1: Λιποδιαλυτές βιταμίνες

Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνη A εξαρτάται από τη διαιτητική πρόσληψη και τα αποθέματα της μητέρας. Για να καλυφθούν οι ανάγκες της μητέρας και για να υπάρχει επάρκεια βιταμίνης A στο γάλα, η μητέρα χρειάζεται να παίρνει με τη διαίτά της 400-500 μg RE (retinol equivalents:ισοδύναμα ρετινόλης) επιπλέον ημερησίως.¹⁶ (Πίνακας 2)

Η περιεκτικότητα σε βιταμίνη D στο γάλα εξαρτάται επίσης από τη διαιτητική πρόσληψη και τα αποθέματα της μητέρας, καθώς και από την ποσότητα της έκθεσης στον ήλιο. Παρόλο όμως που η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνη D είναι πολύ χαμηλή, δε συνίσταται αύξηση στην πρόσληψή της, παρά μόνο στην περίπτωση που η μητέρα δεν εκτίθεται σε ικανοποιητικό βαθμό στον ήλιο.^{10,11,12}

Η περιεκτικότητα σε βιταμίνη E εξαρτάται επίσης από τη διαιτητική πρόσληψη. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού συστήνεται μια μικρή αύξηση στην πρόσληψή της. Πιο συγκεκριμένα η Εθνική Ακαδημία Επιστημών των ΗΠΑ¹² συστήνει πρόσληψη περίπου 12 mg α-τοκοφερόλης (η πιο ενεργή μορφή της βιταμίνης E) για τους πρώτους 6 μήνες θηλασμού και 11 mg α-τοκοφερόλης για τους επόμενους.⁶

Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνη K είναι ανεπαρκής για τις ανάγκες του βρέφους, ακόμα και όταν η μητέρα προσλαμβάνει αρκετή από τη διαίτά της. Για το λόγο αυτό, όλα τα νεογνήματα πρέπει να λαμβάνουν επιπρόσθετα βιταμίνη K.²⁰

2.5.2: Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Όπως και στην περίπτωση των λιποδιαλυτών βιταμινών, έτσι και η συγκέντρωση των υδατοδιαλυτών βιταμινών στο μητρικό γάλα εξαρτάται από τη διαιτητική πρόσληψη της μητέρας. Αν η δίαιτα της θηλάζουσας είναι πολύ φτωχή σε διάφορες βιταμίνες, αυτό θα έχει επιπτώσεις και στη σύσταση του γάλακτος της.^{10,11,12}

Για τις περισσότερες βιταμίνες συνιστάται αύξηση στην καθημερινή διαιτητική πρόσληψη. (Πίνακας 2)

2.5.3: Μέταλλα

Σε γενικές γραμμές, η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε ανόργανα στοιχεία δεν επηρεάζεται από τη διαιτητική πρόσληψη της μητέρας, όπως για παράδειγμα στις περιπτώσεις του ασβεστίου¹⁹, του φωσφόρου και του μαγνησίου. Όσον αφορά το ασβέστιο, δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποδεικνύουν ότι η πρόσληψη ασβεστίου (πάνω από 1600 mg/ημέρα) από τη μητέρα επηρεάζει την οστική πυκνότητά της κατά την περίοδο του θηλασμού. Φυσιολογικά, κατά τους 3-6 πρώτους μήνες του θηλασμού, η οστική πυκνότητα της μητέρας μπορεί να μειωθεί κατά 1-2%, γεγονός που επιφέρει 3-5% μείωση της σπονδυλικής οσφυϊκής πυκνότητας. Ωστόσο, η μείωση αυτή είναι παροδική και αντιστρέψιμη μετά το πρώτο διάστημα του θηλασμού και κατά τον απογαλακτισμό.²¹ Πολλοί θηλασμοί σε διάστημα λίγων χρόνων ή ο θηλασμός διδύμων ή τριδύμων μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση της οστικής μάζας της μητέρας. Η ικανοποιητική πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D θεωρείται σημαντική για την αναπλήρωση των απωλειών του ασβεστίου. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα είναι η καλύτερη πηγή, αλλά εάν αυτά τα προϊόντα δεν είναι ανεκτά από τη μητέρα, τότε θα πρέπει να βρει επιπρόσθετες πηγές ασβεστίου στα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, στα όσπρια και σε ορισμένα αποξηραμένα φρούτα. Πρέπει να επισημανθεί ότι το ασβέστιο στο λάχανο είναι εύκολα απορροφήσιμο, ενώ στο σπανάκι δεσμεύεται από το οξαλικό οξύ και δεν απορροφάται.¹⁶ Η επαρκής πρόσληψη (AI) ασβεστίου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού είναι η ίδια με αυτή σε μη-έγκυες και μη-θηλάζουσες γυναίκες: 1300 mg/ημέρα για 9-18 ετών και 1000 mg/ημέρα για 19-50 ετών.¹⁵ (Πίνακας 2)

Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε σίδηρο παραμένει σταθερή, ανεξάρτητα από τη διαιτητική πρόσληψη, διότι το σώμα της μητέρας προσαρμόζεται στις ανάγκες του βρέφους, κάτι το οποίο ενδεχομένως μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας της ίδιας. Όμως, η μητέρα πρέπει να προσέξει την πρόσληψη σιδήρου μέσω της διατροφής της, και για να αποκαταστήσει τις απώλειες του εναποθηκευμένου στο σώμα της σιδήρου που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.^{10,11,12}

Συμπληρώματα ψευδαργύρου στις μητέρες επιφέρουν αύξηση της συγκέντρωσης ψευδαργύρου στο γάλα τους. Σε έναν φυσιολογικό θηλασμό, η συγκέντρωση του ψευδαργύρου στο μητρικό γάλα μειώνεται δραματικά κατά τους πρώτους μήνες από 2-3 mg/ημέρα σε 1 mg/ημέρα στον τρίτο μήνα. Οι απαιτήσεις σε ψευδάργυρο κατά τη διάρκεια του θηλασμού είναι μεγαλύτερες απ' ό,τι στην εγκυμοσύνη.²⁰

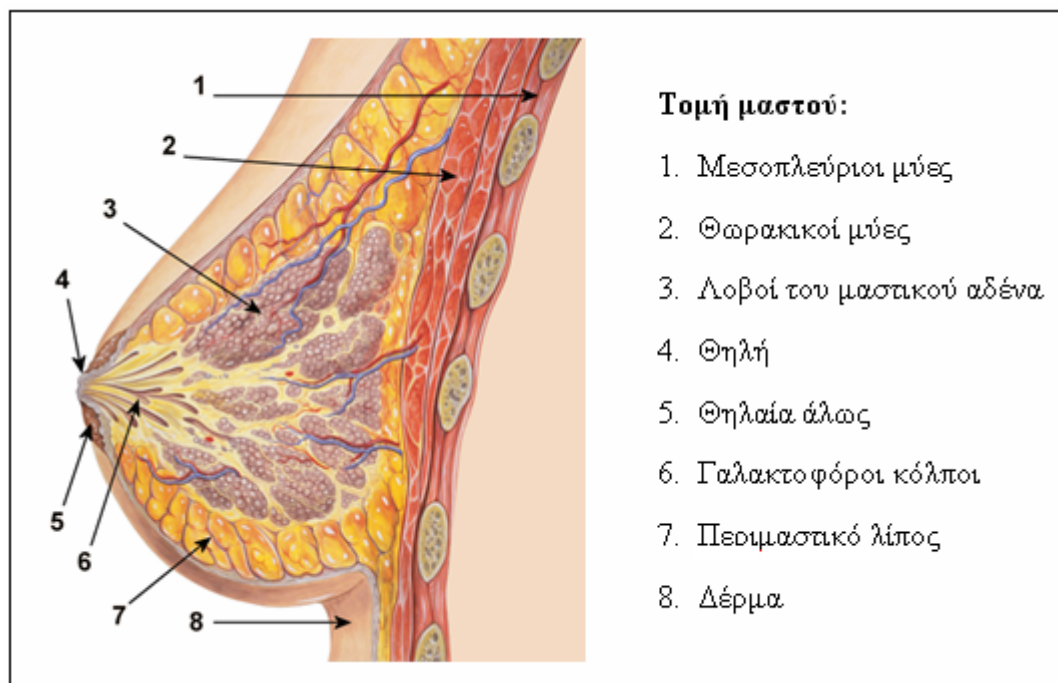
Κεφάλαιο 3: Μητρικό γάλα

3.1: Διαδικασία παραγωγής γάλακτος

Ο μαστικός αδένας της γυναίκας (Σχήμα 3) αποτελείται από κύτταρα που παράγουν γάλα και ένα πλέγμα από πόρους που περιβάλλονται από συνδετικό ιστό και λίπος. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ορμόνες προκαλούν την δραστηριοποίηση του μαστικού αδένου. Τα οιστρογόνα προωθούν την ανάπτυξη και διακλάδωση των γαλακτοφόρων πόρων και η προγεστερόνη την ανάπτυξη των κυττάρων που παράγουν γάλα. Ενώ, όμως κατά την εγκυμοσύνη οι ορμόνες αυτές προωθούν την ανάπτυξη του συστήματος αυτού, από την άλλη μεριά εμποδίζουν την έκκριση γάλακτος από τους μαστούς. Οι ορμόνες αυτές, μέσα σε μερικές μέρες μετά τον τοκετό επιστρέφουν σε επίπεδα που είχαν πριν από την έναρξη της εγκυμοσύνης και έτσι, επιτρέπεται η έναρξη της παραγωγής γάλακτος.

Η θηλή περιέχει 15 – 20 πόρους οι οποίοι παράγουν ή μεταφέρουν γάλα από τα κύτταρα παραγωγής, σε περιοχές του μαστού όπου θα εναποθηκευτεί και θα απελευθερωθεί όταν είναι απαραίτητο.¹⁰

Σχήμα 3. Φυσιολογία του μαστικού αδένου.



Πηγή: el.wikipedia.org

3.2: Ρυθμιστές θηλασμού – Ορμόνες

Το σύνηθες ερέθισμα για τη παραγωγή και έκκριση του γάλακτος είναι το πιπίλισμα. Τα υποδόρια νεύρα της θηλαίας άλως στέλνουν μήνυμα στον υποθάλαμο, μέσω της σπονδυλικής στήλης, ο οποίος με τη σειρά του διεγείρει το πρόσθιο και οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η προλακτίνη, η οποία παράγεται στο πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, διεγείρει τη παραγωγή γάλακτος στις κυψελίδες του μαστού. Η οξυτοκίνη, η οποία παράγεται στο οπίσθιο λοβό της υπόφυσης, προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων του μαζικού αδένου, ώστε να προωθηθεί το γάλα στους γαλακτοφόρους πόρους και στη θηλή. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται let down. Η οξυτοκίνη διεγείρει επίσης την σύσπαση των μυών της μήτρας, γι' αυτό ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης αιμορροϊδων μετά το τοκετό.

Η διαδικασία του let down είναι πολύ ευαίσθητη και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό ακόμα και σε πολύ μικρές αλλαγές των επιπέδων οξυτοκίνης. Τα επίπεδα οξυτοκίνης μπορεί να αλλάξουν λόγω του στρες, γι' αυτό το στρες που δημιουργείται κατά την διαδικασία της γέννας μπορεί να καθυστερήσει την παραγωγή γάλακτος.²² Οπότε η στήριξη που θα έχει η μητέρα από το σύντροφο, το γιατρό, τη νοσοκόμα, το οικογενειακό περιβάλλον και τους φίλους της, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για το βαθμό επιτυχίας του θηλασμού.

Η έκκριση του γάλακτος αρχίζει συνήθως 2-3 ημέρες μετά τον τοκετό. Αρχικά εκκρίνεται το πρωτόγαλα (πυκνό, κιτρινωπό και γαλακτώδες υγρό, το οποίο είναι πλούσιο σε ανοσολογικούς παράγοντες, και επομένως βοηθά στην άμυνα του οργανισμού, καθώς και σε θρεπτικά συστατικά, ιδίως πρωτεΐνη και μεταλλικά στοιχεία). Μετά την πάροδο των πρώτων 2-3 ημερών, αρχίζει να εκκρίνεται το γάλα, του οποίου η ποσότητα αυξάνεται τις επόμενες ημέρες. Κατά το τέλος της πρώτης εβδομάδας ο θηλασμός γίνεται πλέον κανονικά.

Ο κύκλος του θηλασμού αποτελείται από ορισμένα στάδια, τα οποία οδηγούν τελικά στην έκκριση του γάλακτος από το μαστικό αδέν. Τα στάδια αυτά είναι: α) ανάπτυξη του μαστικού αδέν (mammatogenesis), β) λακτογένεση (lactogenesis), γαλακτοποίηση (lactation or galactopoiesis) και γ) υποστροφή (involution)²³.

α) Ανάπτυξη του μαστικού αδέν

Οι μεταβολικές ορμόνες, οι αυξητικοί παράγοντες και η προλακτίνη αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την φυσιολογική ανάπτυξη του μαστικού αδέν με πιο σημαντικές τις σεξουαλικές στεροειδείς ορμόνες.²⁴ Καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων του μαστού εξαρτάται από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Παραδόξως, οι συγκεκριμένοι υποδοχείς από αυτές τις ορμόνες, εκφράζονται σε πολύ χαμηλά ή μη ανιχνεύσιμα επίπεδα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του μαστικού αδέν ή της λακτογένεσης. Τέτοια στοιχεία για την έκφραση των ορμονών αυτών, καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του θηλασμού και της παλινδρόμησης των οργάνων στην αρχική τους θέση πριν τον τοκετό, βρέθηκαν σε πειράματα που έγιναν σε βοοειδή.²⁵

Στο μαστικό αδέν εκφράζονται κυρίως οι υποδοχείς των οιστρογόνων α και όχι των οιστρογόνων β. Στοιχεία που ελήφθησαν από ποντίκια, στα οποία οι υποδοχείς των οιστρογόνων ή της προγεστερόνης είχαν αφαιρεθεί, επιβεβαιώνουν ότι τα σήματα τα οποία υποβοηθούνται από τα οιστρογόνα διαμέσου των υποδοχέων των οιστρογόνων είναι απαραίτητα για την μορφοποίηση των γαλακτοφόρων αγωγών, ενώ η προγεστερόνη σηματοδοτεί μαζί με τον υποδοχέα της έτσι ώστε να αρχίσει να αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Επιπρόσθετα οι δύο αυτές ορμόνες αλληλεπιδρούν και ενισχύεται η δράση τους συνεργιστικά. Ωστόσο, τα οιστρογόνα τελικά διεγείρουν την έκκριση του ινσουλινικού τύπου αυξητικό παράγοντα I (IGF-I) από τα στρωματικά κύτταρα του μαστού και ως εκ τούτου προκαλούν ανάπτυξη των επιθηλιακών κυττάρων. Τελικά δεν υπάρχει δραστηριότητα ανάπτυξης του μαστικού αδέν απουσία της GH και της προλακτίνης.²⁶

β) Λακτογένεση και Γαλακτοποίηση

Η παραγωγή του γάλακτος ελέγχεται από τις γαλακτοπαραγωγικές ορμόνες προλακτίνη και GH κατά τη λακτογένεση και τη γαλακτοποίηση. Και οι δύο αυτές ορμόνες είναι απαραίτητες για την μετάβαση από έναν αναπτυσσόμενο σε έναν γαλακτοφόρο μαστικό αδέν, παρόλο που η GH ορμόνη επικρατεί επί της προλακτίνης κατά τη γαλακτοποίηση, όπως βρέθηκε σε μηρυκαστικά²⁷ σε αντίθεση με τα τρωκτικά και τους ανθρώπους. Η προλακτίνη δρα τόσο απευθείας όσο και διαμέσου των μαστικών επιθηλιακών παραγόντων και ενεργοποιεί διάφορους μεταγραφικούς παράγοντες. Ένα από τα μόρια κλειδιά που μπορεί να δράσει σαν σηματοδότης και ενεργοποιείται από την προλακτίνη, είναι το Stat 5.²⁴

Η προλακτίνη ρυθμίζει τη μεταγραφή του γονιδίου της καζεΐνης (σύμπλεγμα πρωτεϊνών με Ca^{2+} και PO_4^{3-}) και της α-λακταλβουμίνης (μέρος του ενζυμικού τμήματος που απαιτείται για τη σύνθεση της λακτόζης). Η προλακτίνη επίσης επηρεάζει τα ένζυμα που σχετίζονται με τη σύνθεση λίπους στο λιπώδη και μαστικό ιστό. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η λιπάση της λιποπρωτεΐνης του μαστικού αδέν ενεργοποιείται, ενώ του λιπώδη ιστού απενεργοποιείται. Σαν αποτέλεσμα η υδρόλυση των λιποπρωτεϊνών κατά προτίμηση επαναστέλνεται προς τον μαστικό αδέν, και τελικά να παρέχει τα απαραίτητα υποστρώματα για τη σύνθεση των τριγλυκεριδίων από τον μαστικό ιστό. Η προλακτίνη επίσης επάγει τη σύνθεση του υποδοχέα της.

Για το αν η αυξητική ορμόνη δρα άμεσα στον μαστικό αδέν ή μόνο έμμεσα διαμέσου τοπικών παραγόμενων IGF-I ή διαμέσου IGF-I παραγόμενων στο ήπαρ δεν είναι εξακριβωμένο.^{27,28} Το mRNA για τον υποδοχέα της GH εκφράζεται κατά τη διάρκεια όλων των σταδίων του θηλασμού και ένα άμεσο αποτέλεσμα της GH στον μαστικό αδέν δεν μπορεί να εμφανιστεί, εάν και η δεσμευμένη GH που υπάρχει σε ιστούς μηρυκαστικών δεν έχει ανιχνευθεί σε πειράματα in vitro.²⁹ Η σύνθεση του IGF-I στον μαστικό αδέν έχει βρεθεί σε αρκετά είδη, ενώ η εμφάνιση του IGF-I είναι λιγότερο συνηθισμένη. Τα πρωταρχικά μαστικά κύτταρα βοοειδών εκφράζουν υποδοχείς τόσο για τον IGF-I όσο και για τον IGF- II, τους υποδοχείς της ινσουλίνης και πρωτεΐνες που προσδένονται στους IGF. Ανάμεσα στους τελευταίους

η πρωτεΐνη 3 που προσδένεται στους IGF είναι αυτή που κυριαρχεί. Ο IGF-I και οι υποδοχείς του μειώνονται κατά τον τοκετό, ενώ ο IGF-II και IGF-III παραμένουν αμετάβλητοι.

Μια αυξανόμενη λίστα τοπικών αυξητικών παραγόντων πέρα από τους IGF έχει φανεί ότι ρυθμίζει την επιβίωση και τον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο (απόπτωση) στο μαστικό αδένα.²⁴ Πολλές από αυτές τις πρωτεΐνες ή πολυπεπίδια είναι επίσης οι κυτοκίνες. Οι επιδερμικοί αυξητικοί παράγοντες (EGFs) και μέλη της οικογένειας του παράγοντα μετασχηματισμού του αυξητικού παράγοντα (TGF-β) αποτελούν παραδείγματα για τέτοιου είδους παράγοντες, οι οποίοι έχουν λάβει μέρος σε λειτουργίες του μαστού σε μηρυκαστικά. Τα EGF εμφανίζουν άμεσα μιτωτικά αποτελέσματα και δεσμεύονται με μεταβαλλόμενη συγγένεια σε διαφορετικές EGF-δεσμευμένες πρωτεΐνες. Οι υποδοχείς των EGF έχουν ανακαλυφθεί τόσο στα βοοειδή όσο και στο μαστικό αδένα των ονινη, όμως η πλειοψηφία των λειτουργικών μελετών μέχρι τώρα που έχουν διεξαχθεί σε τρωκτικά καθώς και ο ρόλος των EGF στα μηρυκαστικά δεν είναι ακόμα εξακριβωμένος. Ομοίως, η growth-promoting TGF-α και η growth-inhibiting TGF-β έχουν βρεθεί στον μαστικό αδένα βοοειδών από τους Plath et al.³⁰ Αυτοί οι συγγραφείς βρήκαν χαμηλά επίπεδα TGF-β καθώς και TGF-β1-έκφρασης κατά τη διάρκεια της λακτογένεσης και γαλακτοποίησης, ενώ βρέθηκαν υψηλότερα επίπεδα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του μαστού σε πρώιμα βοοειδή καθώς και κατά τη διάρκεια της επαναφοράς των οργάνων στο φυσιολογικό μέγεθος.²³

γ) Παλινδρόμηση του μαστού στην προ- τοκετού κατάσταση

Involution είναι η περίοδος της βαθμιαίας παλινδρόμησης του μαστικού αδένα μετά την πραγματοποίηση των λειτουργιών κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού θηλασμού. Η πορεία των γεγονότων σ' αυτό το στάδιο είναι σημαντική, γιατί από αυτή τη στιγμή μπορεί να επηρεαστεί η μετέπειτα πορεία του θηλασμού. Όπως και στα υπόλοιπα στάδια του θηλασμού, έτσι και αυτό βρίσκεται υπό ενδοκρινολογικό έλεγχο.^{31,32} Πειράματα in vitro έχουν δείξει ότι η απώλεια των επιθηλιακών κυττάρων με απόπτωση σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα προλακτίνης, GH και IGF-I. Έχει προταθεί ότι η GH φυσιολογικά διεγείρει τη σύνθεση του IGF-I και ότι η προλακτίνη βελτιστοποιεί τη δράση του IGF-I καταστέλλοντας τις δράσεις της IGFBP-5 (IGF δεσμευτική πρωτεΐνη), η οποία αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη δράση του IGF-I. Όπως στα τρωκτικά, μειωμένα επίπεδα προλακτίνης μπορούν συνεπώς να θεωρηθούν σαν ένα αρχικό σήμα για τον έλεγχο του κυτταρικού θανάτου κατά τη διάρκεια του involution.³³ Πέρα από την ορμονική μείωση, ένας άλλος παράγοντας, ο αναστολέας με επανατροφοδότηση του θηλασμού (FIL) έχει προταθεί ότι συμμετέχει στη μείωση της σύνθεσης του γάλακτος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της παραγωγής γάλακτος και involution.

3.3: Σύσταση μητρικού γάλακτος

Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά (πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, βιταμίνες και μέταλλα) για να καλύψει τις ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού στο πρώτο στάδιο της ζωής του. Επιπλέον, όπως το κολόστρον (ή πύαρ ή πρωτόγαλα), το μητρικό γάλα περιέχει αντισώματα της μητέρας που προφυλάσσουν το μωρό από τις συνήθεις αναπνευστικές και εντερικές λοιμώξεις.

Το ανθρώπινο γάλα είναι ένας κομψά σχεδιασμένος φυσικός πόρος. Είναι η μόνη τροφή που απαιτείται από την πλειοψηφία των υγιών νεογνών για περίπου έξι μήνες. Το ανθρώπινο γάλα παράγεται όχι μόνο για την ανάπτυξη, αλλά και για την προστασία των βρεφών από μολυσματικές ασθένειες. Η σύνθεσή του είναι μεταβλητή πέρα από μια απλή διατροφή, κατά τη διάρκεια της ημέρας, σύμφωνα με την ηλικία του βρέφους ή της κύησης κατά την παράδοση, την παρουσία μόλυνσης στο στήθος, την περίοδο και τη θρεπτική κατάσταση της μητέρας.

ΠΥΑΡ

Το πρώτο γάλα, το κολόστρον ή αλλιώς πύαρ ή πρωτόγαλα, είναι ένα παχύ, συχνά κίτρινο ρευστό που παράγεται κατά τη διάρκεια του σταδίου λακτογένεση II (1-3 ημέρες μετά τη γέννηση του βρέφους). Τα βρέφη μπορούν να πιουν μόνο 2-10 ml (1/2-2 κουτάλια) πρωτόγαλακτος ανά γεύμα τις πρώτες δύο με

τρεις ημέρες. Το πρωτόγαλα παρέχει περίπου 58-70 Kcal/100 ml και είναι υψηλότερο σε πρωτεΐνη, και χαμηλότερο σε υδατάνθρακες και λίπος απ' ό τι το ώριμο γάλα (που παράγεται δύο εβδομάδες μετά τη γέννηση του βρέφους). Η εκκριτική μουνολογουλίνη Α και η λακτοφερίνη είναι οι αρχικές πρωτεΐνες του πρωτογάλακτος, ενώ άλλες πρωτεΐνες που βρίσκονται στο ώριμο γάλα δεν είναι παρούσες. Το πύαρ έχει υψηλότερες συγκεντρώσεις σε νάτριο, κάλιο και χλώριο σε σχέση με το ώριμο γάλα.¹⁰

ΩΡΙΜΟ ΓΑΛΑ

Την 3η εβδομάδα ζωής του βρέφους το γάλα παίρνει την τελική του σύσταση και ονομάζεται πλέον ώριμο μητρικό γάλα. Περιέχει τα ίδια θρεπτικά συστατικά με το γάλα της αγελάδας, αλλά σε διαφορετική αναλογία (Πίνακας 3) Έχει πολύ μικρότερο ποσοστό πρωτεΐνης, ωστόσο παράγεται σε πιο αφομοιώσιμη μορφή και με μεγαλύτερη βιολογική αξία. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η μεγάλη περιεκτικότητα σε ταυρίνη, ένα αμινοξύ που θεωρείται απαραίτητο στα βρέφη και είναι πολύ σημαντικό για την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Το λίπος στο μητρικό γάλα αυξάνει με την πάροδο της γαλουχίας. Γενικά το γάλα της μητέρας έχει πολύ μεγαλύτερη αναλογία σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, από ό τι το γάλα της αγελάδας. Η σύσταση σε βιταμίνες γενικά αντανακλά τη διατροφική κατάσταση της μητέρας και την καθημερινή πρόσληψη. Τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία βρίσκονται σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό στο αγελαδινό γάλα με αποτέλεσμα να παρατηρείται νεφρική φόρτιση, σε συνδυασμό και με την αυξημένη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες. Στο μητρικό γάλα τα μέταλλα βρίσκονται σε αναλογία και μορφή που ευνοεί την απορρόφησή τους και εξασφαλίζει την φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους.¹⁰

Πίνακας 3: Σύσταση μητρικού γάλακτος ανά 100 ml

<u>Συστατικά γάλακτος</u>	<u>Ωριμο γάλα</u>	<u>Αγελαδινό γάλα</u>
Ενέργεια	65-75 Kcal	65 Kcal
Πρωτεΐνη		
% ολικής πρωτεΐνης	1,2-1,4 gr	3,4 gr
καζεΐνη	40 gr	82 gr
πρωτεΐνη ορού	60 gr	18 gr
Απαραίτητα αμινοξέα		
Ιστιδίνη	22 mg	95 mg
Ισολευκίνη	68 mg	228 mg
Λευκίνη	100 mg	350 mg
Λυσίνη	73 mg	277 mg
Μεθειονίνη	25 mg	88 mg
Φαινυλαλανίνη	48 mg	172 mg
Θρεονίνη	50 mg	164 mg
Τρυπτοφάνη	18 mg	49 mg
Βαλίνη	70 mg	245 mg
Μη-απαραίτητα αμινοξέα		
Αργινίνη	45 mg	129 mg
Αλανίνη	35 mg	75 mg
Ασπαρτικό	116 mg	166 mg
Κυστίνη	22 mg	32 mg
Γλουταμινικό	230 mg	680 mg
Γλυκίνη	0 mg	11 mg
Προλίνη	80 mg	250 mg
Σερίνη	69 mg	160 mg
Τυροσίνη	61 mg	179 mg
Λίπος	3,7-4,8 gr	3,9 gr
Υδατάνθρακες	7,1-7,8 gr	4,6 gr

Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία		
Ασβέστιο	32-36 mg	124 mg
Φώσφορος	14-15 mg	98 mg
Νάτριο	11-20 mg	52 mg
Κάλιο	57-62 mg	15 mg
Μαγνήσιο	2,6-3,0 mg	12 mg
Σίδηρος	62-93 µg	50 µg
Χαλκός	400 µg	300 µg
Ψευδάργυρος	3-5 mg	3-5 mg
Σελήνιο	13-50 µg	5-50 µg
Βιταμίνες		
Βιταμίνη Α	40-76 µg	40 µg
Βιταμίνη Β ₁	13-21 µg	40 µg
Βιταμίνη Β ₂	31 µg	200 µg
Βιταμίνη Β ₁₂	0,01 µg	0,3 µg
Βιταμίνη C	3,1-4,5 mg	1,5 mg
Βιταμίνη D	2,2 IU	1,4 IU
Βιταμίνη E	0,29-0,39 mg	0,09 mg
Βιταμίνη K	1,5 µg	6,0 µg
Φυλλικό οξύ	3,1-6,2 µg	5 µg

Πηγή:

1. Food and Nutrition Board, National Research Council, National Academy of Sciences: Recommended Dietary Allowances. National Academy Press 10th ed. Washington 1999.
2. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium and Zinc. National Academy Press. Washington 2001.
3. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium and Carotenoids. National Academy Press. Washington 2000.
4. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B₆, folate, vitamin B₁₂, pantothenic acid, biotin, and choline. National Academy Press. Washington 1998
5. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D and Fluoride. National Academy Press. Washington 1997.

3.3.1: Νερό

Το κυρίαρχο συστατικό του μητρικού γάλακτος είναι το νερό με ποσοστό 87% και συμβάλλει στη θερμορύθμιση του νεογέννητου. Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε νερό καλύπτει απόλυτα τις ανάγκες του βρέφους ανεξαρτήτως κλίματος και κατά συνέπεια, επιπλέον υγρά κρίνονται περιττά.

3.3.2: Πρωτεΐνες

Η συνολική περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη είναι χαμηλότερη από αυτή του αγελαδινού. Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη μειώνεται καθώς εξελίσσεται ο θηλασμός. Αναλυτικότερα, κατά τη δεύτερη βδομάδα μετά τον τοκετό, βρίσκεται σε επίπεδα 1,3% ενώ προς το τέλος του 2^{ου} με 3^{ου} μήνα μειώνεται στο 0,9%. Με την έναρξη του απογαλακτισμού, τα επίπεδα αρχίζουν να αυξάνονται και φτάνουν περίπου το 1,2%, όταν πλέον η παραγωγή γάλακτος έχει μειωθεί σημαντικά. Μελέτες ισοζυγίου του αζώτου που έγιναν σε υγιή θηλάζοντα βρέφη, έχουν δείξει ότι απορροφάται περίπου το 95% του αζώτου του μητρικού γάλακτος.³⁴

Παρατηρήσεις σε πολλές γυναίκες και σε διάφορες χώρες υποδεικνύουν ότι η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη δε μειώνεται αν η μητέρα ακολουθεί δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη ή χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας. Σε μια μελέτη παρατηρήθηκε ότι στο μητρικό γάλα υποσιτιζόμενων γυναικών τα επίπεδα λυσίνης και μεθειονίνης ήταν χαμηλά. Πάντως, τέτοιου είδους μεταβολές στην ποιότητα της πρωτεΐνης είναι παροδικές και αλλάζουν

χρησιμοποιώντας τα εναποθηκευμένα αμινοξέα στους ιστούς του σώματος της μητέρας, ώστε να επανέλθει ομοιόσταση της πρωτεΐνης. Όταν όμως παρατηρείται χρόνια υποσιτισμός σε πρωτεΐνη, η σύσταση του γάλακτος μπορεί να μεταβληθεί. Τέτοιες μεταβολές παρατηρήθηκαν σε γυναίκες από την Ταϊλάνδη,³⁵ όπου τα επίπεδα πρωτεΐνης στο μητρικό γάλα μειώθηκαν από 1,56% κατά τη διάρκεια της 1^{ης} εβδομάδας σε 0,6% μεταξύ της 180^{ης} και 270^{ης} ημέρας και κατόπιν αυξήθηκαν λίγο στο 0,7%, όταν τα φυσιολογικά για πρωτεΐνη επίπεδα του πρωτογάλακτος είναι 2% και του ώριμου γάλακτος 1%. Επομένως, ένα βρέφος 3 μηνών στην 50^η εκατοστιαία θέση σε σχέση με το βάρος, θα χρειαστεί περίπου 1250 ml γάλα την ημέρα για να προσλαμβάνει την πρωτεΐνη που του είναι απαραίτητη.¹⁰ Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι πρωτεΐνες ορού γάλακτος αντιστοιχούν περίπου στο 80% της ολικής πρωτεΐνης του γάλακτος και η καζεΐνη στο υπόλοιπο 20%. Οι κύριες πρωτεΐνες ορού είναι η α-λακταλβουμίνη, η λακτοφερρίνη και η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη Α (secretory IgA, SIgA). Η α-λακταλβουμίνη καταλύει συγκεκριμένες αντιδράσεις που υπεισέρχονται στη βιοσύνθεση της λακτόζης και η συγκέντρωσή της μειώνεται με την πρόοδο του θηλασμού. Η λακτοφερρίνη δεσμεύει το σίδηρο, και επομένως, μειώνει τη διαθεσιμότητά του σε περίπτωση ύπαρξης παθογόνου εντερικής χλωρίδας, παρεμποδίζοντας έτσι την ανάπτυξη παθογόνων βακτηρίων. Η συγκέντρωση της λακτοφερρίνης μειώνεται κατά τις πρώτες 12 εβδομάδες του θηλασμού (από 0,5% στην 1^η εβδομάδα σε 0,08% στη 12^η) και στη συνέχεια παραμένει σταθερή έως και για τα 2 επόμενα χρόνια. Η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη Α (SIgA) έχει την ικανότητα να δεσμεύει συγκεκριμένα αντιγόνα στο πεπτικό και στο αναπνευστικό σύστημα της μητέρας και του βρέφους και κατ' αυτό τον τρόπο να μειώνει τις λοιμώξεις. Επίσης, εξουδετερώνει διάφορες τοξίνες και ιούς και πιθανολογείται ότι ίσως δρα προστατευτικά κατά της εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων σε τρόφιμα, κυρίως σε περιπτώσεις όπου υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας. Η συχνότητα εμφάνισης αλλεργιών σε ορισμένα τρόφιμα είναι σαφώς χαμηλότερη στα βρέφη που θηλάζουν. Η συγκέντρωση της SIgA μειώνεται επίσης από 0,2% στην 1^η εβδομάδα σε 0,05% στη 12^η και κατόπιν παραμένει σταθερή έως και τα επόμενα 2 χρόνια.¹⁰

Επίσης, ορισμένες πρωτεΐνες, όπως η λυσοζύμη, δρουν ως ένζυμα. Τα επίπεδα της λυσοζύμης στο μητρικό γάλα είναι πολύ μικρά για να θεωρηθεί ότι έχει κάποια θρεπτική αξία, αλλά μπορεί να καταστρέψει παθογόνα βακτήρια μέσω της λύσης των κυτταρικών τους τοιχωμάτων. Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε λυσοζύμη αυξάνεται με την πρόοδο του θηλασμού. Το ελάχιστο της συγκέντρωσης της λυσοζύμης παρατηρείται στους πρώτους 3 μήνες, και στη συνέχεια αυξάνεται κατά το πρώτο έτος του θηλασμού.¹⁰

Η καζεΐνη έχει πολύ καλή πεπτικότητα. Η σημαντικότερη λειτουργική της ιδιότητα συνίσταται στο ότι δημιουργεί σύμπλοκα που περιλαμβάνουν ασβέστιο και φώσφορο και έτσι αυξάνεται η συγκέντρωση των στοιχείων αυτών στο μητρικό γάλα.³⁴

Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα στις ποσότητες που απαιτούνται από το βρέφος. Για παράδειγμα, το μητρικό γάλα είναι σχετικά φτωχό σε φαινυλαλανίνη, η οποία όταν βρίσκεται σε αυξημένα επίπεδα στο αίμα είναι επικίνδυνη για την υγεία του βρέφους, ενώ είναι πλούσιο σε κυστίνη και ταυρίνη (ελεύθερο αμινοξύ το οποίο δεν εμπεριέχεται στις πρωτεΐνες), αμινοξέα τα οποία το βρέφος δε μπορεί να συνθέσει στην ποσότητα που του είναι απαραίτητη.¹⁰ (Πίνακας 3,1)

Η μέση ημερήσια πρόσληψη πρωτεΐνης από βρέφη που θηλάζουν έχει υπολογιστεί ότι είναι 1,5 γραμ./κιλό σωματικού βάρους, σε σύγκριση με τα 2,7 γραμ./κιλό σωματικού βάρους στα βρέφη που λαμβάνουν υποκατάστατα. Επομένως, η καλύτερη ποιότητα του μητρικού γάλακτος έγκειται στη σύστασή του σε αμινοξέα. Πάντως, οι διαφορές δεν είναι μεγάλες, όταν η συγκέντρωση εκφράζεται ως ποσοστό της ολικής πρωτεΐνης. Έχει όμως παρατηρηθεί ότι τα επίπεδα όλων των αμινοξέων, εκτός από την ταυρίνη και την κυστίνη, είναι υψηλότερα τόσο στο πλάσμα όσο και στα ούρα, ύστερα από διατροφή με υποκατάστατο παρά μετά από ένα θηλασμό.³⁶ Αυτό ενδεχομένως σημαίνει ότι το βρέφος προσλαμβάνει περισσότερη πρωτεΐνη από αυτή που χρειάζεται με το υποκατάστατο μητρικού γάλακτος, και επομένως το μεταβολικό στρες που δημιουργείται, εκφράζεται με αυξημένα επίπεδα αζώτου ουρίας στο αίμα, αμμωνίας, οσμωτικότητας ούρων και μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική οξέωση, κυρίως σε βρέφη που είχαν χαμηλό σωματικό βάρος κατά τον τοκετό.³⁷

Πίνακας 3,1: Ορισμένα χαρακτηριστικά που αφορούν στη σύσταση του μητρικού γάλακτος σε αμινοξέα.

Χαρακτηριστικό	Επεξήγηση
Χαμηλότερης περιεκτικότητας σε μεθειονίνη και πλουσιότερο σε κυστίνη	Η συγκέντρωση της κυσταθειονάσης αυξάνεται αργά στο έμβρυο. Αυτό μειώνει την επαρκή μετατροπή της μεθειονίνης σε κυστίνη, η οποία είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη. Η μεθειονίνη μπορεί επομένως να αυξηθεί στην κυκλοφορία του αίματος ενός βρέφους που προσλαμβάνει αγελαδινό γάλα και έτσι να εμφανιστεί υπερμεθειονιναιμία, η οποία προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα.
Χαμηλότερης περιεκτικότητας σε φαινυλαλανίνη και τυροσίνη	Η συγκέντρωση της αμινοτρανσφεράσης της τυροσίνης και της οξειδάσης του παραϋδροξυφαινυλο πυροσταφυλικού αυξάνεται αργά στο έμβρυο. Βρέφη που τρέφονται με αγελαδινό γάλα μπορεί να εμφανίσουν υπερφαινυλαλανιναιμία και υπερτυροσιναιμία που επηρεάζουν την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος.
Πλούσιο σε ταυρίνη	Το μητρικό γάλα προσδίδει ταυρίνη, η οποία είναι απαραίτητη για τη σύζευξη των χολικών οξέων. Επίσης δρα και ως νευροδιαβιβαστής και νευρορυθμιστής στον εγκέφαλο και τον αμφιβληστροειδή χιτώνα. Ο άνθρωπος δε μπορεί να συνθέσει ταυρίνη σε επαρκείς ποσότητες, ενώ η περιεκτικότητά της στο αγελαδινό γάλα είναι χαμηλή.

3.3.3: Υδατάνθρακες

Ο κύριος υδατάνθρακας του μητρικού γάλακτος είναι ο δισακχαρίτης λακτόζη, η οποία αποτελείται από γλυκόζη και γαλακτόζη. Η συγκέντρωση της λακτόζης στο γάλα δε διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα και φαίνεται ότι δεν επηρεάζεται από τη διαίτα. Η λακτόζη είναι σχετικά μη-διαλυτή και πέπτεται και απορροφάται με αργό ρυθμό, με την επίδραση της λακτάσης. Η μη-απορροφήσιμη λακτόζη περνάει στο παχύ έντερο, όπου ζυμώνεται από τα βακτήρια του εντέρου σε μικρής αλύσου λιπαρά οξέα και γαλακτικό οξύ. Αυτές οι ενώσεις στη συνέχεια απορροφώνται, συνεισφέροντας στην ενεργειακή πρόσληψη. Επίσης, η παρουσία λακτόζης στο έντερο προωθεί την ανάπτυξη των μικροοργανισμών που παράγουν οξέα και συνθέτουν πολλές από τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β. Το περιβάλλον που δημιουργείται στο έντερο (μείωση του pH), λόγω της παραγωγής οξέων πιστεύεται ότι μειώνει την ανάπτυξη ανεπιθύμητων βακτηρίων στο έντερο του βρέφους και βελτιώνει την απορρόφηση του ασβεστίου, του φωσφόρου, του μαγνησίου και άλλων ιχνοστοιχείων. Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε λακτόζη είναι υψηλότερη από του αγελαδινού (7% έναντι 4,8%).¹⁰

Η υψηλή περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε λακτόζη είναι ένα ενδιαφέρον θέμα όσον αφορά στην αντιμετώπιση γαστρεντερικών λοιμώξεων σε βρέφη που θηλάζουν. Σε αντίθεση με τα βρέφη που τρέφονται με υποκατάστατα, και συχνά γίνονται δυσανεκτικά στη λακτόζη κατά τη διάρκεια οξέων γαστρεντερικών λοιμώξεων, τα βρέφη που θηλάζουν ανέχονται τα υψηλά επίπεδα λακτόζης του μητρικού γάλακτος. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω διαφορών στη μικροχλωρίδα του εντέρου, μείωσης του βαθμού σοβαρότητας της λοίμωξης από τα ανοσολογικά συστατικά του μητρικού γάλακτος, του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης υπεροσμωτικής αφυδάτωσης στα βρέφη που λαμβάνουν υποκατάστατα,

καθώς και λόγω άλλων μηχανισμών που δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμη. Μολονότι μια παροδική μετάβαση σε γάλα ελεύθερο λακτόζης μπορεί να κριθεί σκόπιμη, η παύση του θηλασμού δε συνίσταται σε βρέφη με διάρροια.³⁴

Τα επίπεδα του γάλακτος σε λακτόζη διατηρούνται σταθερά ακόμα και κάτω από συνθήκες εκσεσημασμένου υποσιτισμού, που συνδέεται με μείωση της παραγωγής γάλακτος.¹⁰ Αυτή η παρατήρηση υποδεικνύει ότι η σύνθεση λακτόζης και η συνολική παραγωγή γάλακτος επηρεάζονται στον ίδιο περίπου βαθμό από τη μειωμένη πρόσληψη τροφής της μητέρας.³⁸

Το μητρικό γάλα περιέχει σε μικρό ποσοστό και άλλους υδατάνθρακες, και πιο συγκεκριμένα ολιγοσακχαρίτες, καθώς και αντιβακτηριακούς παράγοντες, οι οποίοι προστατεύουν το πεπτικό σύστημα του βρέφους από την ανάπτυξη παθογόνων βακτηριδίων. Επιπλέον, αν και το μητρικό γάλα δεν περιέχει σύνθετους υδατάνθρακες, περιέχει το ένζυμο αμυλάση, το οποίο διασπά τα πολυμερή της γλυκόζης και τους σύνθετους υδατάνθρακες, όπως το άμυλο και βοηθάει στην καλύτερη πέψη τους στην πρώτη περίοδο της ζωής, όταν η συγκέντρωση της παγκρεατικής αμυλάσης είναι πολύ χαμηλή στα υγρά του δωδεκαδακτύλου.¹⁰

3.3.4: Λίπη

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες, έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στη σύσταση του λίπους στο μητρικό γάλα, το οποίο έχει μελετηθεί πρόσφατα.^{39,40} Το λίπος του γάλακτος αποτελεί την κύρια πηγή ενέργειας για το βρέφος συνεισφέροντας περίπου το 50% της συνολικής ενέργειας. Η μέση περιεκτικότητα σε λίπος στο μητρικό γάλα είναι περίπου 3,8-3,9 g/100ml, αλλά ποικίλλει ευρέως.⁴¹ Τα λιπίδια εμφανίζονται υπό μορφή σφαιριδίων του λίπους του γάλακτος με μια μέση διάμετρο μεταξύ 3 και 5 μm, τα οποία περιέχουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό τρι-άκυλο-γλυκερόλες στον πυρήνα. Τα κύρια συστατικά των λιπιδίων της αμφίπαθης σφαιρικής μεμβράνης του λίπους, που εκτίθεται στο υδατώδες μέρος του γάλακτος, είναι φωσφολιπίδια και χοληστερόλη.⁴¹

Η μελέτη που έγινε από τους Harzer et al,⁴² έδειξε μεταβολές των λιπιδίων του μητρικού γάλακτος κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η περιεκτικότητα σε τριγλυκερίδια φαίνεται ότι αυξάνεται (κυρίως κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά τον τοκετό), ενώ η συγκέντρωση της χοληστερόλης μειώθηκε, και η περιεκτικότητα των φωσφολιπιδίων παρέμεινε ίδια. Μετά από μια συνηθισμένη περίοδο, το 20% του γάλακτος απελευθερώνεται και παραμένει στον αδένα, το οποίο γάλα περιέχει 50% λίπος. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να προκύψει από την απορρόφηση σφαιρικών λιπιδίων στην επιφάνεια των επιθήλιων κυττάρων. Έχει προταθεί ότι αυτή η μεταβολή στη σύνθεση του λίπους του μητρικού γάλακτος κατά τη διάρκεια μιας διατροφής, ίσως να αποτελεί έναν από τους μηχανισμούς για έλεγχο της όρεξης στα βρέφη.¹⁰

Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η περιεκτικότητα του λίπους στο μητρικό γάλα μπορεί να μειωθεί μέχρι και στο 1 gm/100ml. Κάτω από αυτές τις περιστάσεις, οι περιεχόμενες θερμίδες του γάλακτος μπορούν να μειωθούν πολύ, και ταυτόχρονα να έχουμε σημαντική μείωση της διαθέσιμης ενέργειας για το βρέφος. Η βάση για τη μειωμένη σύνθεση του γάλακτος σε λίπος θεωρείται ότι αφορά όχι μόνο τη διατροφή κατά τη διάρκεια του θηλασμού, αλλά και την ανεπαρκή λήψη ενέργειας κατά την εγκυμοσύνη με ένα ανεπαρκές υποδόριο σκεύασμα γνωστό ως "λίπος-τράπεζα" ("fat-bank").^{43,44}

Επειδή και μόνο το γάλα μιας μητέρας είναι χαμηλό σε λίπος δεν σημαίνει ότι το βρέφος θα στερηθεί απαραίτητως το επαρκές γι' αυτό λίπος. Οι Tyson et al,⁴⁵ μελέτησαν δυο ομάδες ζευγαριών μητέρα-βρέφους. Η μια ομάδα των μητέρων παρήγαγε γάλα χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος. Στη μελέτη αυτή αξιολογήθηκαν: η ανάπτυξη των βρεφών, η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους και η μητρική ικανοποίηση. Τα μωρά που έλαβαν το χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος γάλα έδειξαν να προσαρμόζονται στην κατάστασή τους. Ξόδεψαν περισσότερο χρόνο σε κάθε γεύμα (θηλασμό) και κατάφεραν την πληρέστερη εκκένωση του στήθους. Η αύξηση ήταν συγκρίσιμη με αυτήν των βρεφών που έλαβαν το υψηλό σε λίπος γάλα. Οι μητέρες που παράγουν το χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος γάλα δεν είχαν καμία αρνητική αντίδραση όσον αφορά τη μητρική ικανοποίηση ή την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους κατά τη διάρκεια της σίτισης. Οι ερευνητές επισημαίνουν εντούτοις, ότι στην περίπτωση της παραγωγής του γάλακτος χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος, υπάρχει μια μικρή επιφύλαξη ειδικά αν η παραγωγή γάλακτος είναι πολύ μικρότερη.

Η λιποπεριεκτικότητα του γάλακτος διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα και μπορεί να επηρεάζεται ακόμα και από την εποχή παραγωγής του. Τα επίπεδα του λίπους στο μητρικό γάλα κυμαίνονται από 2,0% έως 5,3% (κατά μέσο όρο 3,5%).¹⁰ Περίπου το 98% του λίπους στο μητρικό γάλα αποτελείται από τριγλυκερίδια. Τα φωσφολιπίδια αποτελούν περίπου το 0,7%/100gr ή 25 mg/dl. Οι σημαντικότερες κατηγορίες φωσφολιπιδίων είναι η φωσφατιδυλοχολίνη (28,4%), η φωσφατιδυλοαιθανολαμίνη (27,7%), φωσφατιδυλοσερίνη (8,8%), φωσφατιδυλοinositol (6.1%) και η σφιγγομυελίνη (37,5%). Τα φωσφολιπίδια έχουν ιδιότητες γαλακτωματοποίησης. Το ανθρώπινο γάλα έχει υψηλή περιεκτικότητα σε χοληστερόλη (10-20 mg/dl ή 250-500 mg/100gr ή 0,5% του συνολικού λίπους). Η χοληστερόλη είναι η σημαντικότερη στερόλη του γάλακτος και αποτελεί το 90,1% της συνολικής περιεκτικότητας του μητρικού γάλακτος σε στερόλη, ενώ ακολουθεί η δεσμοστερόλη (8,6% των συνολικών στερολών). Οι ποσότητες φυτοστερόλης στο μητρικό γάλα είναι αμελητέες. Το ποσό χοληστερόλης μειώνεται καθώς η γαλακτοπαραγωγή προχωρεί, ακόμα κι αν η περιεκτικότητα σε λίπος μπορεί να αυξηθεί.¹⁰ Στο φρέσκο μητρικό γάλα περιέχονται επίσης και μικρά ποσά προϊόντων της λιπόλυσης, συμπεριλαμβανομένων των ελεύθερων λιπαρών οξέων, των μονο- και διγλυκεριδίων, των γλυκολιπιδίων, και των εστέρων στερόλης.⁴⁶ Δεν υπάρχει καμία σημαντική διαφορά στη σύνθεση των λιπιδίων στο γάλα των γυναικών τελειόμηνων και πρόωρων βρεφών, αν και έχει βρεθεί ότι περισσότερα λιπαρά οξέα μέσω και ενδιάμεσων αλύσεων (C10-C14) βρίσκονται στο γάλα των πρόωρων σε σχέση με των τελειόμηνων.^{47,48} Επίσης, το μητρικό γάλα περιέχει επαρκή ποσότητα πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (pufa), συμπεριλαμβανομένου του λινελαϊκού οξέος (απαραίτητο λιπαρό οξύ), ενώ η συγκέντρωση κορεσμένων λιπαρών οξέων μικρής αλύσου (C4 έως C8) είναι χαμηλή.

Τα χαρακτηριστικά των λιπιδίων του γάλακτος καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τη σύνθεση των λιπαρών οξέων τους. Το κυρίαρχο μέρος είναι κορεσμένα λιπαρά οξέα, η ακολουθία από ένα σχετικά μεγάλο μέρος τα λιπαρά οξέα όπως το ελαιϊκό οξύ (18:1n-9). Το σημαντικότερο pufa του μητρικού γάλακτος είναι το λινολεϊκό οξύ (LA), ενώ έχουν βρεθεί και α-λινολενικό (ALA), καθώς και περίπου 10 διαφορετικά είδη μακράς-αλύσου pufa (LC-Pufa), n-6 και n-3 σειρών σε ανθρώπινα δείγματα γάλακτος.

Η σύνθεση των λιπαρών οξέων του μητρικού γάλακτος ποικίλλει, ανάλογα με τη διάρκεια του θηλασμού. Το περιεχόμενο των λινελαϊκού (LA) και α-λινολενικού (ALA) λιπαρών οξέων αυξάνεται με την ωρίμανση του γάλακτος,^{48,49} ενώ τα ποσοστά του LC-Pufa και των δύο σειρών n-6 και n-3 μειώνεται εμφανώς,^{49,50} κατά περίπου 38% για το αραχιδονικό οξύ (AA) και περίπου 50% για το DHA κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό.⁴⁸ Μετά τον πρώτο μήνα του θηλασμού, οι αλλαγές στη σύνθεση των λιπαρών οξέων του γάλακτος δεν είναι τόσο χαρακτηριστικές.⁵¹ Το ποσοστό του DHA αναφέρθηκε ότι μειώνεται περίπου κατά 20% από την 6^η έως την 16^η εβδομάδα του θηλασμού, ενώ καμία περαιτέρω αλλαγή δεν φάνηκε μέχρι τη 30^η εβδομάδα. Μερικά από τα n-6 PUFA μειώνονται επίσης με την πάροδο του χρόνου, όπως το 18:3n-6, το 20:3n-6, το AA και το 22:5n-6. Μια πιθανή εξήγηση για αυτές τις αλλαγές είναι ότι η μακροχρόνια διάρκεια του θηλασμού μπορεί να αποσύρει τα αποθέματα των LC-Pufa του σώματος της μητέρας, τα οποία μπορούν να χρησιμεύσουν σαν μια πηγή των λιπαρών οξέων του γάλακτος.⁴¹

Σε μελέτες που έκαναν οι Bitman et al., συγκρίνοντας τη σύνθεση του μητρικού γάλακτος σε μητέρες τελειόμηνων και πρόωρων βρεφών, αναφέρθηκε υψηλότερο ποσοστό στα LC-Pufa του πρωτογάλακτος των μητέρων των πρόωρων βρεφών από εκείνα των τελειόμηνων.⁴⁷ Αντίθετα, άλλοι ερευνητές, έχουν διαπιστώσει ότι το γάλα των τελειόμηνων και πρόωρων βρεφών δεν διαφέρουν στα ποσοστά του LA, του ALA και των LC-Pufa κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά την παραγωγή.^{48,51,52} Μετά τον πρώτο μήνα του θηλασμού, δεν παρατηρήθηκε καμία περαιτέρω μείωση στην περιεκτικότητα των LC-Pufa στο πρόωρο γάλα, σε αντίθεση με αυτή των τελειόμηνων, όπου παρατηρήθηκε μια συνεχή πτώση. Κατά συνέπεια, κατά τη διάρκεια της περαιτέρω πορείας του θηλασμού, το γάλα των πρόωρων μπορεί να παρέχει μεγαλύτερες ποσότητες LC-Pufa, από το γάλα τελειόμηνων, το οποίο κατά πάσα πιθανότητα είναι όφελος για το θηλάζων πρόωρο βρέφος.⁴⁹

Αυτή τη στιγμή, υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για τη σημασία των ω-3 pufa λιπαρών οξέων μακράς-αλύσου στο μητρικό γάλα, όπως είναι το εικοσαπενταενοϊκό και το δοκοσαεξαενοϊκό οξύ (DHA)⁵⁶. Υπάρχουν στοιχεία από πολλές πηγές, που δείχνουν πόσο σημαντικό ρόλο παίζει το δοκοσαεξαενοϊκό οξύ (DHA) στην πρόωρη ανάπτυξη του ανθρώπου. Κατά την εγκυμοσύνη, ο

πλακούντας εμφανίζεται να παρέχει DHA, καθώς και άλλα ριφα λιπαρά οξέα μακρούς-αλύσου στο έμβryo. Μετά τον τοκετό, το μητρικό γάλα παρέχει μια ιδιαίτερα πλούσια πηγή DHA και αραχιδονικού οξέος (AA). Τα δομικά λιπίδια του εγκεφάλου και του νευρικού ιστού περιέχουν μεγάλα ποσά αυτών των λιπαρών οξέων. Ενώ, όπως έχουμε αναφέρει τα διαθέσιμα γάλατα εμπορίου που κυκλοφορούν σήμερα δεν παρέχουν τα σημαντικά αυτά λιπαρά οξέα. Οι Lucas et al. κατέληξαν σε ένα εντυπωσιακό συμπέρασμα, που υποστηρίζει την αξία του μητρικού γάλακτος στην νευρολογική ανάπτυξη.⁵³ Η μελέτη αυτή αφορούσε 926 πρόωρα βρέφη, τα οποία παρακολούθηθηκαν από τη γέννησή τους μέχρι την ηλικία των 7½-8 ετών. Μερικά από αυτά τρέφονταν με μητρικό γάλα στη βρεφική περίοδο, ενώ τα υπόλοιπα με ειδικά γάλατα εμπορίου. Η αξιολόγηση του δείκτη νοημοσύνης (IQ) στην ηλικία των 7½-8 ετών, έδειξε ότι τα παιδιά που τρέφονταν με μητρικό γάλα, όταν ήταν μωρά, είχαν σημαντικά υψηλότερα IQs (8,3 βαθμούς), αποτέλεσμα το οποίο επαληθεύτηκε με τον έλεγχο της κοινωνικής τάξης, την εκπαίδευση των μητέρων και την επαφή μητέρας-βρέφους. Οι ερευνητές θεωρούν ότι το DHA στο μητρικό γάλα μπορεί να εξηγήσει αυτή τη διαφορά. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και από τους Lanting et al⁵⁴ που αξιολόγησαν τη νευρολογική κατάσταση περίπου 500 παιδιών στα 9 τους χρόνια. Μερικά από αυτά τρέφονταν με μητρικό γάλα, όταν ήταν μωρά, ενώ τα υπόλοιπα με ειδικά γάλατα εμπορίου. Έτσι οι ερευνητές τόνισαν τη σημαντικότητα του θηλασμού και οι συνεισφορές των DHA και AA από το μητρικό γάλα προτάθηκαν για να εξηγήσουν το αποτέλεσμα. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η επαρκής πρόσληψη πρόωρων βρεφών με DHA βελτιώνει την οπτική τους ικανότητα.⁵⁵ Έχουν αναφερθεί επίσης, οι διαφορές στην οπτική ικανότητα μεταξύ των παιδιών που θηλάζαν και αυτών που τρέφονταν με γάλα εμπορίου.^{56,57} Τέλος, τα βρέφη που θηλάσαν βρέθηκε ότι έχουν υψηλότερη συγκέντρωση DHA και στα ερυθροκύτταρα και στον εγκέφαλο.⁵⁸ Ζωικά πρότυπα υποστηρίζουν τις κλινικές αυτές παρατηρήσεις και τονίζουν ότι η διατροφική ανεπάρκεια ω-3 λιπαρών οξέων οδηγεί στην μεταβαλλόμενη σύνθεση και λειτουργία του εγκεφάλου.

3.3.5: Μέταλλα & Ιχνοστοιχεία

Τα κύρια ανόργανα στοιχεία του μητρικού γάλακτος είναι το κάλιο, το ασβέστιο, ο φώσφορος, το χλώριο και το νάτριο. Ο σίδηρος, ο χαλκός και το μαγγάνιο βρίσκονται σε μικρές ποσότητες, και επειδή τα στοιχεία αυτά είναι απαραίτητα για τη φυσιολογική σύνθεση ερυθροκυττάρων, βρέφη που θηλάζονται αποκλειστικά για μεγάλο χρονικό διάστημα (περισσότερο από 9 μήνες) και δεν καταναλώνουν άλλες τροφές, μπορεί να παρουσιάσουν αναιμία. Επίσης, το μητρικό γάλα είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε ψευδάργυρο, μαγνήσιο, αλουμίνιο, ιώδιο, χρώμιο, σελήνιο και φθόριο. Βρέφη που δεν προσλαμβάνουν φθοριωμένο νερό, ίσως χρειαστεί να λάβουν συμπλήρωμα φθορίου μετά από σύσταση γιατρού.¹⁰

Στις περισσότερες των περιπτώσεων, υπάρχει μικρή συσχέτιση μεταξύ της διατροφής της μητέρας και της περιεκτικότητας του γάλακτος σε ανόργανα στοιχεία. Όμως έχει υποδειχθεί ότι:

- Περίπου το 50% του σιδήρου από το μητρικό γάλα απορροφάται. Επίσης φαίνεται ότι το μητρικό γάλα δεν είναι αρκετό για να προσδώσει την ικανοποιητική για το βρέφος ποσότητα σιδήρου μετά τον 5^ο με 6^ο μήνα της ζωής του.
- Η βιοδιαθεσιμότητα του ψευδαργύρου είναι υψηλότερη στο μητρικό γάλα συγκριτικά με το αγελαδινό και τα υποκατάστατα (59%, 42% και 27-39% αντίστοιχα).

Όσον αφορά το σίδηρο, η συγκέντρωσή του στο γάλα δεν αντικατοπτρίζει τα επίπεδα σιδήρου στο σώμα της μητέρας και δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα από την περιεκτικότητα σιδήρου στη διαίτα της μητέρας. Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης ή η εμφάνιση αναιμίας, δεν συνιστούν λόγο διακοπής του θηλασμού. Στην πραγματικότητα, η απώλεια σιδήρου από τη μητέρα κατά το θηλασμό είναι μικρότερη απ' ό,τι κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρήσης.¹⁰

3.3.6: Βιταμίνες

Σε γενικές γραμμές, το μητρικό γάλα περιέχει όλες τις βιταμίνες που είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους. Πάντως, όταν η πρόσληψη βιταμινών από τη μητέρα είναι χρόνια χαμηλή, επηρεάζεται η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε αυτές. Ως γενικός κανόνας, η

περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε υδατοδιαλυτές βιταμίνες επηρεάζεται περισσότερο από τη διατροφή της μητέρας από ότι επηρεάζεται η περιεκτικότητα σε λιποδιαλυτές βιταμίνες.¹⁰

3.3.6.1: Λιποδιαλυτές βιταμίνες

Βιταμίνη Α: Η βιταμίνη Α παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και στη διάπλαση των ιστών, κυρίως του επιθηλίου του γαστρεντερικού και του αναπνευστικού συστήματος. Το γάλα είναι μια καλή πηγή βιταμίνης Α και των προδρόμων ουσιών της. Η περιεκτικότητά της στο πύαρ είναι περίπου δυο φορές μεγαλύτερη απ' ότι στο ώριμο γάλα. Τα αυξημένα επίπεδα καροτενοειδών στο πύαρ ευθύνονται για το χαρακτηριστικό κίτρινο χρώμα του.¹⁰

Η συγκέντρωσή της στο μητρικό γάλα επηρεάζεται από τη διατροφή της μητέρας και εμφανίζεται στα 40-76μg/L. Η πρόσληψη βιταμίνης Α και καροτένιου σε γυναίκες που ζουν σε ορισμένες Δυτικοευρωπαϊκές χώρες είναι υψηλότερη την άνοιξη και το καλοκαίρι, διότι τότε αυξάνεται η κατανάλωση πράσινων φυλλωδών και κίτρινων λαχανικών.¹⁰

Βιταμίνη D: Η ποσότητα της βιολογικά ενεργής μορφής της βιταμίνης D στο μητρικό γάλα είναι χαμηλή (0,5-1,5μg/L). Η διαιτητική πρόσληψη της μητέρας, καθώς και η έκθεσή της στον ήλιο επηρεάζουν τα επίπεδα της βιταμίνης στο βρέφος, διότι αυξάνουν την περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε αυτή τη βιταμίνη. Υπάρχει επομένως η αμφιβολία αν στο βρέφος που θηλάζεται αποκλειστικά, πρέπει να χορηγείται συμπλήρωμα βιταμίνης D. Οι έως τώρα μελέτες υποδεικνύουν ότι μπορούν να χορηγούνται συμπληρώματα της τάξεως των 10μg την ημέρα για προληπτικούς λόγους, αλλά σε περιοχές με ηλιοφάνεια αυτό δεν πρέπει να θεωρείται ιδιαίτερα απαραίτητο. Πάντως, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις εμφάνισης ραχίτιδας σε βρέφη που θήλαζαν.⁵⁹ Επαρκής έκθεση βρέφους στον ήλιο θεωρείται η 30λεπτη έκθεση την εβδομάδα, όταν αυτό φοράει μόνο τις πάνες του, ή η 2ωρη έκθεση την εβδομάδα, όταν είναι ντυμένο.¹⁰

Βιταμίνη Ε: Η βιταμίνη Ε παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της δημιουργίας υπεροξειδίων από τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα της δίαιτας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην περίπτωση πρώιμου τοκετού, όπου η ανεπάρκεια βιταμίνης Ε μπορεί να οδηγήσει σε μια ευαισθησία των μεμβρανών των ερυθροκυττάρων και στην εμφάνιση αιμολυτικής αναιμίας.¹⁰

Βιταμίνη Κ: Στο μητρικό γάλα, η βιταμίνη Κ βρίσκεται σε περιεκτικότητα περίπου 2 μg/L (Πίνακας 3). Η βιταμίνη Κ συντίθεται από τους μικροοργανισμούς του εντέρου, αλλά χρειάζεται να περάσουν αρκετές ημέρες, ώστε να αναπτυχθεί ένας ικανοποιητικός μικροβιακός πληθυσμός στο αποστειρωμένο έντερο του νεογνού. Ακόμα και τότε αλλά και αργότερα, έως και 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό, υπήρξαν περιπτώσεις αιμορραγικής νόσου που συσχετίστηκε με το θηλασμό, όταν δεν χορηγήθηκε βιταμίνη Κ κατά τη γέννηση. Ο καταλληλότερος τρόπος πρόληψης των προβλημάτων λόγω ανεπάρκειας της βιταμίνης Κ είναι η χορήγηση με ένεση 0,5-1,0mg βιταμίνης Κ₁ μετά τον τοκετό.¹⁰

3.3.6.2: Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Τα επίπεδα των υδατοδιαλυτών βιταμινών στο μητρικό γάλα μπορούν να επηρεαστούν από τη διαιτητική πρόσληψη της μητέρας μέσω της τροφής, αλλά και μέσω συμπληρωμάτων διατροφής (βιταμίνη C, ριβοφλαβίνη, νιασίνη, βιταμίνη Β₆ και βιοτίνη). Γενικά, προβλήματα στα επίπεδα αυτών των συστατικών στο μητρικό γάλα, σχετίζονται με ανεπάρκειά τους στη διατροφή της μητέρας, ενώ κλινικά προβλήματα που να σχετίζονται με τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες σε βρέφη, των οποίων οι μητέρες που τα θήλαζαν ακολουθούσαν ανεπαρκή διαίτα, σπάνια έχουν αναφερθεί.⁶⁰ Πάντως, τα επίπεδα μερικών από τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες φτάνουν σε ένα μέγιστο και από εκεί και πέρα, η αύξηση της διαιτητικής τους πρόσληψης δεν επιφέρει ιδιαίτερες αλλαγές στα επίπεδα αυτών στο γάλα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η βιταμίνη C, της οποίας τα επίπεδα στο γάλα φαίνεται ότι φτάνουν στο μέγιστο με πρόσληψη περίπου 90mg την ημέρα και υψηλότερη πρόσληψη της τάξεως των 250mg δεν επηρεάζει περισσότερο τα επίπεδα αυτής της βιταμίνης στο μητρικό γάλα.⁶¹

Η βιταμίνη B₆ είναι πιθανότατα ανεπαρκής στο μητρικό γάλα, ωστόσο, τα επίπεδα της βιταμίνης αυτής αντικατοπτρίζουν κατ' ευθείαν την διαιτητική πρόσληψη της μητέρας.⁶² Σε μια μελέτη, μητέρες που λάμβαναν 2,5mg/ημέρα συμπληρώματος βιταμίνης B₆ απέτυχαν να εφοδιάσουν τα βρέφη τους με τουλάχιστον 0,3mg της βιταμίνης B₆ ανά ημέρα, το οποίο αποτελεί τη συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη (RDA) για τα βρέφη.⁶³

Η βιταμίνη B₁₂ και το φυλλικό οξύ είναι δεσμευμένα στις πρωτεΐνες ορού του μητρικού γάλακτος, επομένως η σύστασή τους στο γάλα επηρεάζεται ελάχιστα από την πρόσληψη της μητέρας, συγκριτικά με τις υπόλοιπες υδατοδιαλυτές βιταμίνες. Παράγοντες που επηρεάζουν την έκκριση της πρωτεΐνης (ορμόνες, η ηλικία του βρέφους, ο χρόνος μεταφοράς) είναι περισσότερο πιθανό να επηρεάσουν τα επίπεδα βιταμίνης B₁₂ και φυλλικού στο μητρικό γάλα. Δεν έχει αναφερθεί αν κάποια αδιαθεσία του βρέφους οφείλεται σε χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέος στο γάλα. Τα επίπεδα φυλλικού αυξάνονται αναλόγως με τη διάρκεια του θηλασμού, παρόλη την μείωση του ορού και των ερυθρών αιμοκυττάρων της μητέρας.^{64,65,66} Μειωμένα επίπεδα βιταμίνης B₁₂ βρέθηκαν σε θηλάζοντα βρέφη από χορτοφάγες μητέρες,⁶⁴ γεγονός το οποίο οδήγησε στη σύσταση για πρόσληψη συμπληρώματος 2,6μg την ημέρα για τη μητέρα και 0,1-0,3μg για το βρέφος.⁶⁷ Συμπτώματα ανεπάρκειας σε βιταμίνη B₁₂ εμφανίζονται συνήθως στο βρέφος μεταξύ του 6^{ου} και του 12^{ου} μήνα και συνήθως παρατηρούνται πριν από την εμφάνιση συμπτωμάτων στη μητέρα.¹⁰

3.3.7 Άλλα μη θρεπτικά συστατικά

Διάφορα συστατικά του μητρικού γάλακτος έχουν συσχετιστεί με προστατευτικές ιδιότητες του ανοσοποιητικού συστήματος. Τρεις κυρίως μηχανισμοί έχουν προταθεί ότι πιθανώς εμπλέκονται στις προστατευτικές ιδιότητες του μητρικού γάλακτος:

1. Η αλληλεπίδραση μεταξύ συγκεκριμένων συστατικών του γάλακτος με παθογόνους μικροοργανισμούς στο γαστρεντερικό σωλήνα, καθώς και με τη φυσιολογική μικροχλωρίδα του αυλού.
2. Η άμεση ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους από αυτά τα συστατικά, μέσω αντι-φλεγμονωδών και άλλων μηχανισμών.
3. Η προαγωγή της υγείας του βρέφους μέσω της διατροφής, λόγω της υψηλής βιοδιαθεσιμότητας και βιολογικής αξίας των συστατικών του μητρικού γάλακτος.

Ο πρώτος μηχανισμός οδηγεί στην καταστροφή των παθογόνων μικροοργανισμών, στην πρόληψη της εισβολής παθογόνων μικροοργανισμών στο γαστρεντερικό σύστημα και στην παρεμπόδιση του πολλαπλασιασμού τους. Τα αντισώματα που εμπλέκονται σε αυτό το μηχανισμό συντίθενται στον οργανισμό της μητέρας. Πιο συγκεκριμένα, λεμφοκύτταρα του γαστρεντερικού και βρογχοτραχειακού συστήματος μεταφέρονται στο μαστικό αδένα της μητέρας, όπου παράγονται αντισώματα που εκκρίνονται στο γάλα και τα προσλαμβάνει το βρέφος κατά το θηλασμό.^{34,68,69} Ο δεύτερος μηχανισμός οδηγεί σε αύξηση της λειτουργικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος, είτε μέσω της αυξημένης σύνθεσης ορισμένων ανοσοπρωτεϊνών από το βρέφος, είτε σε μια ταχύτερη απόκριση σε κάποια πρόκληση. Ο τρίτος μηχανισμός βασίζεται στη συσχέτιση μεταξύ φτωχής διατροφικής κατάστασης και μειωμένης λειτουργικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος. Τη μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε ανοσοπρωτεΐνες την έχει το πρωτόγαλα.¹⁰

Παράγοντας Bifidus

Ο παράγοντας αυτός είναι ένας πολυσακχαρίτης που περιέχει άζωτο, και ο οποίος προωθεί την ανάπτυξη του *Lactobacillus bifidus*. Η μοναδικότητά του στο ανθρώπινο γάλα έχει επιβεβαιωθεί. Η ανάπτυξη αυτού του μικροοργανισμού ανταγωνίζεται την ανάπτυξη εντεροβακτηριδίων, τα οποία είναι παθογόνα, και επομένως συμβάλλει στη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.¹⁰

Ανοσοσφαιρίνες

Το μητρικό γάλα περιέχει διάφορες ανοσοσφαιρίνες όπως οι IgM, IgA, IgG, IgD και IgE, οι οποίες δρουν ως αντισώματα και προστατεύουν το γαστρεντερικό και αναπνευστικό σύστημα του

βρέφους από αντιγόνα. Η κύρια ανοσοσφαιρίνη του μητρικού γάλακτος είναι η IgA. Βρίσκεται σε μεγάλη συγκέντρωση στο πρωτόγαλα και σε μικρότερη, αλλά σημαντική, ποσότητα στο ώριμο γάλα. Η IgA είναι ανθεκτική στην πέψη και γι' αυτό μπορεί να δράσει στο γαστρεντερικό σύστημα. Οι ανοσοσφαιρίνες ενεργούν κατά μικροοργανισμών που μολύνουν το γαστρεντερικό σύστημα, και κυρίως του *Escherichia coli*, τα δεσμεύουν και κατ' αυτό τον τρόπο δεν τους επιτρέπουν να εμφανιστούν στην κυκλοφορία του αίματος.¹⁰

Γαλακτογενείς τροφικοί παράγοντες (milk-borne trophic factors) ή διαμορφωτές αύξησης (growth modulators) ή βιοδραστικά συστατικά (bioactive substances)

Το μητρικό γάλα περιέχει τρεις κατηγορίες συστατικών που διαφοροποιούν τη σύστασή τους από αυτή των υποκατάστατων:

- *Ορμόνες και τροφικά πεπτίδια.* Περιλαμβάνουν την αυξητική ορμόνη, την ινσουλίνη, τον insulin-like growth factor I (IGF-I), τον επιδερμικό αυξητικό παράγοντα (Epidermal Growth Factor, EGF), την προλακτίνη και τον παράγοντα απελευθέρωσης της αυξητικής ορμόνης (Growth Hormone Releasing Factor, GHRF). Υπάρχουν ενδείξεις ότι επιδρούν απευθείας στο μεταβολισμό του βρέφους και προάγουν την αύξηση και διαφοροποίηση διαφόρων ιστών και οργάνων. Πιθανολογείται επίσης ότι ασκούν προστατευτική δράση κατά των τοξινών και τοξικών ουσιών.⁷⁰
- *Νουκλεοτίδια, νουκλεοσίδια και μεταβολίτες αυτών.* Πρόκειται για πρόδρομες ουσίες των νουκλεϊκών οξέων. Πρόκειται για πρόδρομες ουσίες των νουκλεϊκών οξέων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα νουκλεοτίδια ρυθμίζουν ορισμένες μεταβολικές διεργασίες (το μεταβολισμό των λιπιδίων, τη σύνθεση των λιποπρωτεϊνών και τη λειτουργία των κυττάρων του ήπατος), προάγουν την αύξηση και τη διαφοροποίηση των ιστών και οργάνων και ρυθμίζουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος μέσω της αύξησης της παραγωγής των ανοσοσφαιρινών, της βελτίωσης της ανταπόκρισης του οργανισμού των βρεφών στους εμβολιασμούς, τη μείωση της νοσηρότητας και την αύξηση της ανοχής σε αντιγόνα των τροφίμων.^{70,71} Οι εταιρείες παραγωγής υποκαταστάτων έχουν προχωρήσει σε εμπλουτισμό των υποκατάστατων με νουκλεοτίδια, προσπαθώντας να μιμηθούν ακόμη περισσότερο τη σύσταση του μητρικού γάλακτος.⁷⁰
- *Πολυαμίνες.* Περιλαμβάνουν κυρίως τις ουσίες σπερμίνη και σπερμιδίνη και την πρόδρομη ουσία τους, πουτρεσκίνη. Η συγκέντρωση της σπερμίνης και της σπερμιδίνης στο μητρικό γάλα είναι δεκαπλάσια από αυτή στα υποκατάστατα. Αν και μελέτες σε πειραματόζωα έχουν δείξει ότι οι πολυαμίνες που περιέχονται στο γάλα των θηλαστικών έχουν σημαντική επίδραση στο μεταβολισμό και στο ανοσοποιητικό τους σύστημα, προάγοντας την αύξηση και τη διαφοροποίηση του ανώριμου πεπτικού συστήματος του νεογνού, η ευεργετική δράση τους στην ανάπτυξη διαφοροποίηση του πεπτικού συστήματος του ανθρώπου παραμένει υπό διερεύνηση.⁷⁰

Άλλοι Παράγοντες

- *Η λυσοζύμη* είναι ένα ένζυμο το οποίο καταστρέφει τα κυτταρικά τοιχώματα των βακτηριδίων και βρίσκεται σε 300 φορές μεγαλύτερη συγκέντρωση στο μητρικό απ' ό,τι στο αγελαδινό γάλα.
- *Η λακτοφερρίνη* δεσμεύει το σίδηρο, που δε γίνεται διαθέσιμος στα βακτηρίδια και έτσι μειώνει τον πολλαπλασιασμό τους.
- *Η λακτοπεροξειδάση* καταστρέφει τους στρεπτόκοκκους και τα εντερικά βακτήρια.
- *Οι προσταγλανδίνες* προστατεύουν την ακεραιότητα του γαστρεντερικού συστήματος.
- *Οι κυτταροκίνες* ρυθμίζουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.
- *Επίσης, κύτταρα και κυρίως λεμφοκύτταρα* στο μητρικό γάλα παράγουν ιντερφερόνη, η οποία δρα κατά των ιών, ενώ τα μακροφάγα συνθέτουν λακτοφερρίνη, λυσοζύμη και άλλους παράγοντες. Ο αριθμός των κυττάρων που βρίσκονται στο μητρικό γάλα μειώνεται δραστικά κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα του θηλασμού.⁷⁰

Κεφάλαιο 4: Θηλασμός

4.1: Η πρώτη επαφή μητέρας-παιδιού

Η γνωριμία και οι πρώτες στιγμές της μητέρας με το βρέφος της, είναι πάρα πολύ σημαντικές για την ανάπτυξη του δεσμού τους, όπως αποδεικνύεται από πολλές επιστημονικές έρευνες. Γι αυτό και η πρώτη επαφή της μητέρας και του πατέρα με το μωρό αμέσως μετά τον τοκετό και για την επόμενη μία τουλάχιστον ώρα δεν θα πρέπει να διακόπτεται από το προσωπικό του νοσοκομείου, εκτός και εάν υπάρχουν σοβαρά προβλήματα της υγείας της μητέρας ή του παιδιού που να το επιβάλλουν. Αυτή είναι και η πρακτική που ακολουθείται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.^{72,73}

Η διαδικασία της γνωριμίας της μητέρας και του πατέρα με το παιδί σε αυτές τις πρώτες ώρες, ονομάζεται στην αγγλική ορολογία της μαιευτικής Bonding. Είναι ο πρώτος δυνατός δεσμός (bond) ανάμεσα στους γονείς και το μωρό.

Σε αυτή την πρώτη ώρα, μεγάλο ρόλο παίζει η σωματική επαφή της μητέρας με το μωρό και αυτό σημαίνει επαφή δέρματος, χωρίς να παρεμβάλλονται ανάμεσά τους ρούχα. Σε αυτή την πρώτη ώρα λαμβάνει χώρα και ο πρώτος θηλασμός. Όταν το μωρό έχει την ευκαιρία, βρίσκει μόνο του το στήθος και συνήθως ο πρώτος θηλασμός όταν συμβαίνει αμέσως μετά τον τοκετό και χωρίς να χωριστεί το μωρό από τη μητέρα του, πετυχαίνει εύκολα και είναι μια καλή αρχή και για τους δύο.

Από πολυάριθμες μελέτες αποδεικνύεται ότι τα μωρά που αμέσως μετά τον τοκετό μένουν σε στενή σωματική επαφή με τη μητέρα τους, χωρίς διακοπή και για τουλάχιστον μια ώρα, «παίρνουν» το στήθος πιο εύκολα και θηλάζουν χωρίς προβλήματα και για περισσότερους μήνες από αυτά, που αμέσως μετά τον τοκετό χωρίζονται από τη μητέρα τους και η επόμενη επαφή τους είναι μετά από ώρες. Επίσης, έχουν λιγότερες δυσκολίες προσαρμογής στον «έξω κόσμο», διατηρούν τη θερμοκρασία και το σάκχαρό τους σε σταθερά επίπεδα και κλαίει πολύ λιγότερο, από αυτά που έπρεπε μετά τον τοκετό να αποχωριστούν τη μητέρα τους.^{73,74}

Οι μητέρες που μετά τον τοκετό μένουν με το παιδί τους, είναι για τις επόμενες ημέρες πιο στοργικές, μιλάνε περισσότερο μαζί του και το αποχωρίζονται πιο δύσκολα, από τις μητέρες στις οποίες δεν προσφέρθηκε η δυνατότητα του bonding.

Ο πρώτος θηλασμός, είναι καλό να λαμβάνει χώρα νωρίς μετά τον τοκετό, γιατί το αντανακλαστικό του θηλασμού στο νεογέννητο, περίπου μια ώρα μετά τον τοκετό, είναι πάρα πολύ ισχυρό και γι' αυτό, όταν ο πρώτος θηλασμός συμβαίνει σε αυτό το χρονικό διάστημα, είναι συνήθως πετυχημένος.

Το μωρό αναζητά τις θηλές και αρχίζει να θηλάζει, εφόσον δεν έχει επηρεαστεί από φάρμακα ή από μία δύσκολη γέννα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μην ασκηθεί πίεση στο παιδί και να μην υπάρχει ανυπομονησία. Μερικά μωρά είναι έτοιμα να αρχίσουν το θηλασμό μόλις 10 λεπτά μετά τη γέννησή τους, ενώ άλλα μπορεί να χρειαστούν 30 λεπτά ή ακόμη και ώρες προτού φτάσουν σε αυτό το σημείο. Χάρη στην ικανότητά του να συντονίζει την αναπνοή με τους μηχανισμούς κατάποσης, το μωρό είναι ταυτόχρονα σε θέση να πίνει, να καταπίνει και να αναπνέει. Σε περίπτωση που η πρώτη απόπειρα παρουσιάσει δυσκολίες, η μητέρα δεν πρέπει να εγκαταλείψει τη προσπάθεια, διότι η παραγωγή του γάλακτος θα αρχίσει αργότερα και επιπλέον το μωρό δεν χάνει την επιθυμία του στήθους.⁷³

Το μωρό πίνει το πρωτόγαλα το οποίο είναι πολύ πλούσιο σε αντισώματα, που το προστατεύουν από την πρώτη στιγμή από τυχόν λοιμώξεις. Παράλληλα, το πρωτόγαλα βοηθά το μωρό να αποβάλλει γρήγορα την πρώτη κένωση, το μηκόνιο, πράγμα που μειώνει τον κίνδυνο του νεογνικού ίκτερου.⁷⁴

Από την πλευρά της μητέρας, ο πρώτος θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό, βοηθά στη σύσπαση της μήτρας, την αποβολή του πλακούντα και τη μείωση της αιμορραγίας. Στο σώμα της ξεκινά η παραγωγή των ορμονών της γαλουχίας και το στήθος προετοιμάζεται για να παράγει το κανονικό γάλα τη 2^η με 3^η μέρα μετά τον τοκετό.

Είναι γεγονός ότι όσο πιο συχνά γίνεται ο θηλασμός, τόσο μεγαλύτερη είναι η ροή του γάλακτος. Τα σύντομα διαλείμματα ενισχύουν την παραγωγή του. Πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση συνθετικών θηλών και πιπίλας προτού ξεκινήσει η γαλουχία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του νεογνού να κρατήσει τη θηλή της μητέρας και να παρεμποδίσει την παραγωγή του γάλακτος και τη διαδικασία εκμάθησης.⁷⁴

Η ελληνική πραγματικότητα

Στη χώρα μας, συχνά αμέσως μετά τον τοκετό, το μωρό χωρίζεται από τη μητέρα του για να ζυγιστεί, να πλυθεί και να δειχθεί στους συγγενείς. Κατόπιν, μεταφέρεται στο τμήμα νεογνών ή στο τμήμα λεχωίδων χωριστά από τη μητέρα του και η επόμενη επαφή μεταξύ τους λαμβάνει χώρα μετά από ώρες. Αυτή είναι η πρακτική που ακολουθείται από τα περισσότερα ιδιωτικά και δημόσια μαιευτήρια της χώρας μας, παρά το γεγονός ότι η σημαντικότητα της αδιάκοπης επαφής ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί έχει αποδειχθεί από πολυάριθμες μελέτες, σε πολλές χώρες του εξωτερικού και ήδη τα μαιευτήρια στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες λειτουργούν με βάση τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών.

Οπότε, η μητέρα θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να ορίζει τι θα συμβεί στο παιδί της μετά τον τοκετό. Πρέπει να έχει μιλήσει με το γιατρό και τη μαία της, πριν ακόμα φτάσει η στιγμή του τοκετού, και να έχει μάθει τις απόψεις τους επάνω στο θέμα. Να εκδηλώσει την επιθυμία της να μείνει το βρέφος της κοντά της τουλάχιστον την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, εφόσον φυσικά η κατάσταση της και η υγεία του μωρού της το επιτρέπουν. Όσο πιο πολλές γυναίκες εκδηλώνουν αυτή την επιθυμία, τόσο πιο πιθανό είναι να αλλάξει η ρουτίνα στην αίθουσα τοκετών.

4.2: Διαδικασία θηλασμού

Όπως αναφέραμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, για να παραχθεί το γάλα γίνονται αρκετές ορμονικές αλλαγές στο σώμα της μητέρας. Το παραγόμενο γάλα ωθείται μέσα στους γαλακτοφόρους αγωγούς και αποθηκεύεται στις δεξαμενές γάλακτος. Έναυσμα για το αντανακλαστικό της ροής του γάλακτος αποτελεί η απελευθέρωση της ορμόνης οξυτοκίνη, γι' αυτό υπάρχουν κάποιες τεχνικές που διευκολύνουν την διαδικασία αυτή.

4.2.1: Τεχνικές έκκρισης γάλακτος

4.2.1.1: Τεχνική Marmet

Τη μέθοδο αυτή για μασάζ του στήθους, θα ήταν καλό να τη γνωρίζει κάθε γυναίκα που θηλάζει. Προσφέρει βοήθεια σε πολλές δύσκολες καταστάσεις, όπως όταν το γάλα δε ρέει, όταν υπάρχει πολύ γάλα και επιθυμεί η θηλάζουσα να ελαφρύνει λίγο το στήθος της, όταν το βρέφος για λίγο καιρό δεν μπορεί να πιει από το στήθος και η θηλάζουσα θέλει να διατηρήσει τη ποσότητα του γάλακτος σταθερή. Πολλές γυναίκες προτιμούν την τεχνική αυτή από το θήλαστρο, γιατί τις πονάει λιγότερο και την αισθάνονται σαν κάτι πιο φυσικό.

Για τις γυναίκες που προτιμούν να βγάζουν το γάλα τους με το θήλαστρο, η μέθοδος αυτή είναι μια πολύ καλή προετοιμασία, ώστε να αρχίσει να ρέει το γάλα. Επίσης, με τη μέθοδο αυτή μπορούν γρήγορα να φτάσουν και στο τελευταίο γάλα που είναι πολύ πλούσιο σε λίπος. Το γάλα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα βρέφη που έχουν έρθει πρόωρα στον κόσμο, γιατί τα βοηθά να κερδίσουν γρηγορότερα βάρος.

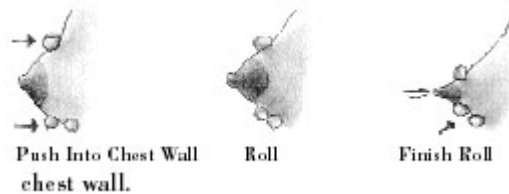
Τα βήματα της τεχνικής Marmet είναι τα εξής:⁷⁶



1. Τοποθετείστε τον αντίχειρα (πάνω από τη θηλή), το δείκτη και μέσο (κάτω από τη θηλή) περίπου 2-3 εκατοστά από τη θηλή, απόσταση η οποία δεν φτάνει απαραίτητα στα όρια της θηλαίας άλου. Χρησιμοποιήστε αυτή την απόσταση σαν οδηγό, αφού το μέγεθος του στήθους και της θηλαίας άλου δεν είναι το ίδιο σε όλες τις γυναίκες. Βεβαιωθείτε ότι τα δάχτυλά σας έχουν τοποθετηθεί στην σωστή θέση και σχηματίζουν το γράμμα C.

Σημείωση: Κάτω από τα δάχτυλά σας πρέπει να έχετε τοποθετήσει το δοχείο συγκέντρωσης του γάλακτος.

2. Πιέστε το στήθος προς το θώρακά σας.



- Καθώς πιέζετε μην αλλάζετε την θέση στην οποία είχατε τοποθετήσει αρχικά τα δάκτυλά σας, αλλά προσπαθήστε να παραμείνουν ενωμένα.
- Εάν έχετε μεγάλο στήθος, σηκώστε το πρώτα και μετά πιέστε το προς το θώρακά σας.

3. Γυρίστε τα δάκτυλά σας ταυτόχρονα με φορά από τα αριστερά προς τα δεξιά (δεξί στήθος) ή από τα δεξιά προς τα αριστερά (αριστερό στήθος). Αυτή η κίνηση συμπιέζει και αδειάζει τους γαλακτοφόρους αδένες, χωρίς να τραυματίζει τον ευαίσθητο ιστό του μαστού.



Σημείωση: Η θέση στην οποία πρέπει να βρίσκονται τα δάκτυλά σας κατά την ολοκλήρωση της κίνησης απεικονίζεται αριστερά.

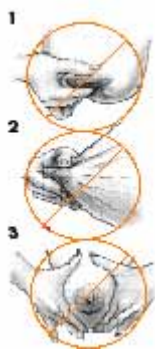
4. Επαναλάβετε την ίδια κίνηση ρυθμικά, αλλάζοντας κάθε φορά λίγο τη θέση των δακτύλων, έως ότου αδειάσουν τελείως οι γαλακτοφόροι αδένες.

Δηλαδή:

- Τοποθετήστε τα δάκτυλα στη σωστή θέση, πιέστε, γυρίστε...
- Τοποθετήστε τα δάκτυλα στη σωστή θέση, πιέστε, γυρίστε...κ.ο.κ

5. Χρησιμοποιήστε και τα δύο σας χέρια ταυτόχρονα για να αδειάσετε το στήθος σας..

Αποφύγετε τις κατωτέρω κινήσεις:



1. Μην πιέζετε το στήθος, διότι αυτό μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό (μώλωπες).

2. Την ολίσθηση των χεριών πάνω στο στήθος, η οποία μπορεί να προκαλέσει επίπονα εγκαύματα του δέρματος.

3. Το τράβηγμα της θηλής, γιατί μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό του ιστού.

4.2.1.2: Έκλυση του αντανακλαστικού της οξυτοκίνης

Κατά τη τεχνική αυτή μπορείτε να χρησιμοποιήσετε εάν θέλετε μια ζεστή κομπρέσα στο στήθος ή κάντε ένα ζεστό ντους πριν το μασάζ. Ακουμπήστε τα δύο δάκτυλα του ενός χεριού στο επάνω μέρος του στήθους. Πιέστε ελαφρά με τα δύο δάκτυλα προς το θώρακα και αρχίστε να κάνετε μικρές κυκλικές κινήσεις στο ίδιο σημείο. Μετά από δύο τρεις κύκλους, προχωρήστε λίγο πιο δίπλα και κάνετε το ίδιο. Συνεχίστε κάνοντας μικρούς κύκλους και ακολουθώντας μια σπειροειδή τροχιά, μέχρι να φτάσετε στη θηλή.⁷⁴



Όταν τελειώσετε με τους κύκλους, χαϊδέψτε απαλά μερικές φορές το στήθος σας με όλο το χέρι, ξεκινώντας από πάνω προς τα κάτω. Αυτή η κίνηση χαλαρώνει το στήθος και βοηθά στην έκκριση της οξυτοκίνης, που με τη σειρά της απελευθερώνει τη ροή του γάλακτος.

Προσοχή: η κίνηση αυτή είναι πολύ απαλή και ευχάριστη σα χάδι. Δεν πρέπει να εξασκείτε πίεση στον αδένα του στήθους.⁷⁴



Μετά σκύψτε προς τα μπρος και βάλτε τα χέρια σας κάτω από τα δύο στήθη. Με ελαφρές κινήσεις ανακινήστε τα μερικές φορές. Μπορεί να ακούγεται πολύ αστείο, η κίνηση αυτή όμως βοηθά να κατέβει το γάλα προς τη θηλή με τη βοήθεια της βαρύτητας.



Τα παραπάνω αποτελούν ένα κύκλο: μασάζ, χάδι και ανακίνηση. Το επόμενο βήμα είναι το βγάλσιμο του γάλακτος, το οποίο γίνεται ακολουθώντας τη τεχνική Marmet.

4.3: Στάσεις θηλασμού

Πριν περιγράψουμε τις στάσεις θηλασμού, θα αναφερθούμε σύντομα στη σημασία της συχνής εναλλαγής τους.

Η περιοχή του στήθους που αδειάζει καλύτερα κατά το θηλασμό, είναι αυτή που αντιστοιχεί στο πηγούνι του μωρού. Αυτό συμβαίνει γιατί σε αυτή την περιοχή η γλώσσα του μωρού, με τις κυματοειδείς κινήσεις της, αδειάζει καλύτερα τους γαλακτοφόρους πόρους. Όπως ήδη αναφέραμε, κάθε γαλακτοφόρος πόρος είναι υπεύθυνος για τη μεταφορά του γάλακτος από μια συγκεκριμένη περιοχή του αδένου του στήθους. Όταν λοιπόν η μητέρα θηλάζει μόνο σε μια στάση, αδειάζουν πάντα καλύτερα οι ίδιοι γαλακτοφόροι πόροι και κατά συνέπεια η ίδια περιοχή του αδένου του στήθους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, η περιοχή αυτή να δέχεται περισσότερα ερεθίσματα για να παράγει γάλα απ' ό,τι οι υπόλοιπες και ο αδένος του στήθους να μη λειτουργεί ομοιόμορφα. Έτσι, η συχνή εναλλαγή των διαφόρων στάσεων θηλασμού είναι ένα επιπλέον μέτρο για την αύξηση της παραγωγής γάλακτος από το στήθος.

Εάν θηλάζουσα έχει ευαίσθητες ή/και πληγωμένες θηλές, η εναλλαγή των διαφορετικών στάσεων θηλασμού, μπορεί να έχει πολύ ανακουφιστικά αποτελέσματα, γιατί η θηλή δεν επιβαρύνεται μόνο στα ίδια σημεία αλλά ομοιόμορφα γύρω-γύρω. Στην περίπτωση που έχει πολύ γάλα, παίζει σημαντικό ρόλο να αλλάζει συχνά τις στάσεις θηλασμού για να αδειάζει ομοιόμορφα το στήθος της.

Η σωστή τοποθέτηση του μωρού στο στήθος, είναι πολύ σημαντική για την επιτυχία του θηλασμού και βοηθά στην πρόληψη των ραγάδων των θηλών. Όταν το βρέφος τοποθετείται ορθά στο στήθος, το «αδειάζει» πιο εύκολα και πιο γρήγορα και το στήθος παράγει αρκετό γάλα.⁷⁶

4.3.1: Η «κλασική» στάση

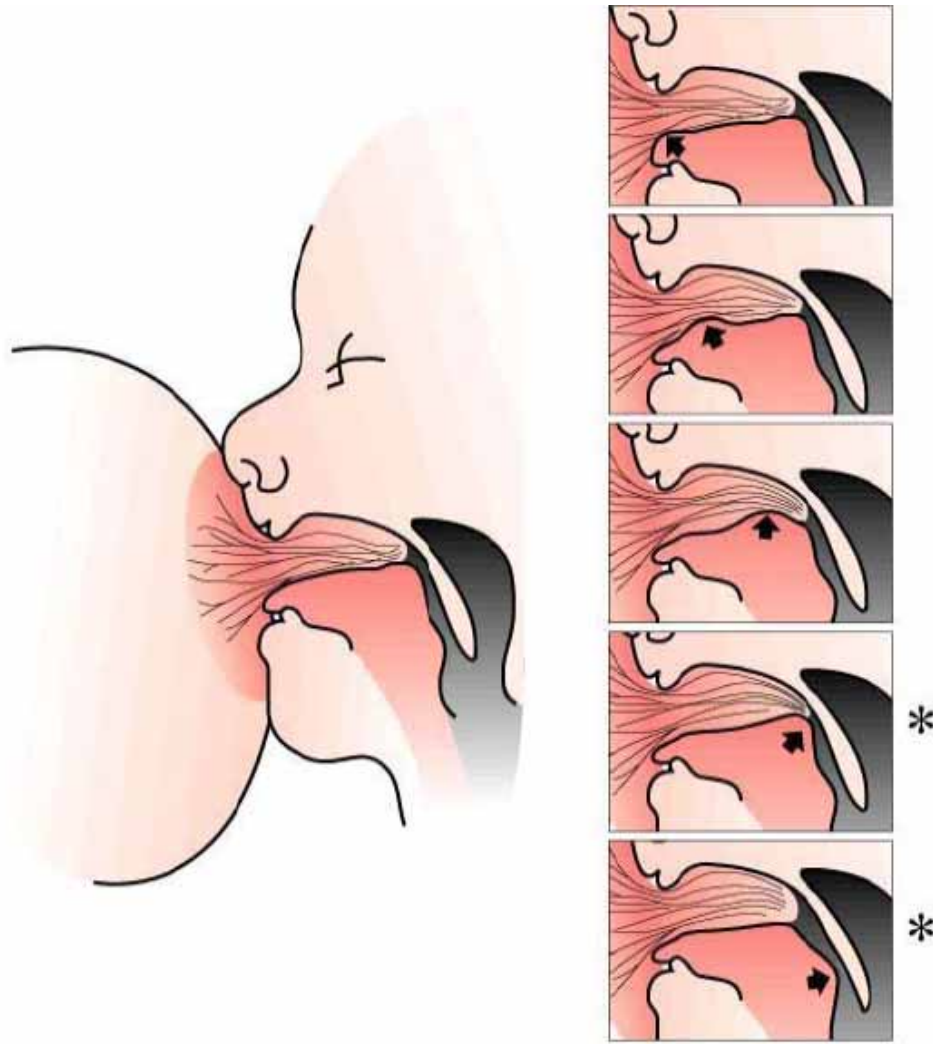
Όταν το μωρό αρχίζει να δείχνει τα πρώτα σημάδια ότι πεινάει και πριν ακόμα αρχίσει να κλαίει, η μητέρα μπορεί να προετοιμαστεί για το θηλασμό. Μπορεί να καθίσει άνετα σε μια πολυθρόνα ή στο κρεβάτι. Εάν επιθυμεί μπορεί να χρησιμοποιήσει μαξιλάρια για να στηρίξει την πλάτη της ή και ένα σκαμνάκι για τα πόδια. Τώρα μπορεί να ξεκινήσει το θηλασμό. Παρακάτω περιγράφεται ο τρόπος θηλασμού για το αριστερό στήθος.

Το μωρό τοποθετείται ξαπλωμένο στον πήχη του αριστερού χεριού της μητέρας, έτσι ώστε η κοιλιά του να είναι σε επαφή με την κοιλιά της και το στόμα του να είναι στο ίδιο ύψος με τη θηλή. Η θηλάζουσα μπορεί να βάλει ένα μαξιλάρι πάνω στην ποδιά της, για να μην κρατάει όλο το βάρος του μωρού της. Το κεφάλι του είναι ξαπλωμένο στην έσω πλευρά του αριστερού χεριού της, στο ύψος του αγκώνα και κοιτάει προς το στήθος. Το μωρό δε θα πρέπει να στρίβει το κεφάλι, για να βρει τη θηλή, για να μη δυσκολεύεται στη κατάποση. Τα δάχτυλα του αριστερού χεριού της μητέρας πρέπει να κρατάνε το γλουτό ή το πόδι του μωρού και το ωθούν κοντά της.

Η θηλάζουσα πιάνει με το δεξί χέρι το στήθος, έτσι ώστε ο αντίχειρας να είναι περίπου 5 εκατοστά πάνω από τη θηλή και όλα τα υπόλοιπα δάχτυλα, με πρώτο τον δείκτη, 5 εκατοστά κάτω από τη θηλή. Έτσι ώστε, το χέρι της να μοιάζει με ένα μισοφέγγαρο (C), σε απόσταση περίπου 5 εκατοστών πίσω από τη θηλή. Αυτή η απόσταση έχει σημασία, γιατί έτσι το βρέφος καταφέρνει να πάρει όσο το δυνατόν περισσότερο στήθος στο στόμα του.

Η μητέρα τώρα μπορεί να κατευθύνει καλά το στήθος της, οπότε με τη θηλή της αγγίζει απαλά το κάτω χείλος του βρέφους της και περιμένει μέχρι να ανοίξει το στόμα του. Όταν το μωρό έχει ανοιχτό το στόμα του, τόσο πλατιά όπως όταν χασμουριέται, το τραβάει γρήγορα κοντά της, ώστε να μπορεί να πιάσει εκτός από τη θηλή και ένα τμήμα της θηλαίαςάλου. Με αυτό το τρόπο η θηλή φτάνει βαθιά στο στόμα του μωρού, στο σημείο που συνορεύουν η μαλακή με τη σκληρή υπερώα (το κέντρο περίπου του ουρανίσκου). Εκεί βρίσκεται το κέντρο των θηλαστικών κινήσεων. Όταν ερεθίζεται από την επαφή με τη θηλή, το μωρό αρχίζει αυτόματα να κάνει θηλαστικές κινήσεις (Σχήμα 4).

Σχήμα 4: Η θέση και η κίνηση της γλώσσας κατά την διάρκεια του θηλασμού.



Πηγή: Woolridge Michae. *The 'anatomy' of infant sucking.* Midwifery 1986;2(4):164-71.

Όταν το βρέφος αρχίσει να θηλάζει, η θηλάζουσα πρέπει να ελέγξει για άλλη μια φορά τη στάση του. Η μύτη και το σαγόνι θα πρέπει να βρίσκονται σε επαφή με το στήθος. Τα χείλη θα πρέπει να είναι γυρισμένα προς τα έξω και το μωρό θα πρέπει να έχει ένα τμήμα της θηλαίας άλου στο στόμα του. Η γωνία που σχηματίζουν το επάνω με το κάτω χείλος του μωρού είναι περίπου 180°.



Στην αρχή οι θηλές είναι ευαίσθητες και μπορεί να πονάνε λίγο. Αυτό είναι φυσιολογικό και περνάει μετά από μερικές ημέρες, όταν πλέον οι θηλές έχουν σκληρύνει. Εάν όμως η μητέρα νιώθει δυνατούς πόνους κατά το θηλασμό, τότε θα πρέπει να εξετάσει αν το μωρό έχει πιάσει σωστά το στήθος.

Σε περίπτωση που διαπιστώσει ότι δεν θηλάζει σωστά, πρέπει να διακόψει το θηλασμό και να τον επαναλάβει. Όταν το μωρό θηλάζει λάθος για αρκετή ώρα, παρά τους πόνους, αυτό μπορεί να προκαλέσει ραγάδες των θηλών. Για να σταματήσει ο θηλασμός, η μητέρα πρέπει να βάλει το μικρό της δάχτυλο στη γωνία του στόματος του βρέφους και να το τραβήξει με προσοχή από τη θηλή. Έτσι διακόπτεται το κενό που σχηματίζεται κατά το θηλασμό και το μωρό δεν μπορεί να τραβήξει τη θηλή προς τα έξω, πράγμα που είναι πολύ επώδυνο και μπορεί και αυτό να πληγώσει τις θηλές.



Με τον καιρό, όλη η παραπάνω διαδικασία αυτοματοποιείται καθώς η μητέρα και το μωρό έχουν πλέον μάθει. Εάν τον πρώτο καιρό υπάρχουν δυσκολίες και ο θηλασμός δε λειτουργήσει αμέσως, η θηλάζουσα πρέπει να δείξει υπομονή, δίνοντας χρόνο στον εαυτό της και στο μωρό και αναζητώντας βοήθεια από μαιές ή συμβούλους θηλασμού, που ειδικεύονται πάνω στο θέμα.⁷⁷



4.3.2: Παραλλαγή «κλασικής» στάσης (Cross-cradle Position)

Η παραλλαγή της «κλασικής» στάσης (Cross-cradle Position) είναι πιο χρήσιμη κατά τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του βρέφους, διότι βοηθάει τις μητέρες να τοποθετήσουν ευκολότερα το μωρό τους στο στήθος. Η στάση αυτή της βοηθάει να κατευθύνουν το μωρό προς το στήθος, γι' αυτό και συνίσταται για πρόωρα και χαμηλά σε βάρος βρέφη, καθώς και σε βρέφη με χαμηλό μυϊκό τόνο ή κοντό χαλινό. Πρέπει να σημειωθεί όμως, ότι αυτή η στάση είναι προσωρινή και ότι η θηλάζουσα θα πρέπει να χρησιμοποιεί μία πιο βολική στάση, όταν αυτή και το βρέφος της έχουν πλέον εξοικειωθεί.

Η θηλάζουσα τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από το βρέφος, για να το φέρει στο ύψος της θηλής. Επίσης, τοποθετεί μαξιλάρια και κάτω από τους αγκώνες της, για να μην κρατάει όλο το βάρος του μωρού της. Παρακάτω περιγράφεται ο τρόπος θηλασμού για το αριστερό στήθος.

Η μητέρα πιάνει με το αριστερό της χέρι το στήθος τοποθετώντας τα δάχτυλά της με τον ίδιο τρόπο όπως στην «κλασική» στάση, με τη διαφορά ότι αντί να σχηματίζουν μισοφέγγαρο (C) σχηματίζουν το γράμμα U. Με τα δάχτυλα του δεξιού της χεριού κρατάει το βρέφος, τοποθετώντας τα απαλά πίσω από το λαιμό και τα αυτιά του μωρού, ώστε ο αντίχειρας και τα υπόλοιπα δάχτυλα να βρίσκονται πίσω από κάθε αυτί. Με αυτό τον τρόπο, ο λαιμός του μωρού υποβαστάζεται από τα δάχτυλα και την παλάμη του χεριού της μητέρας, το οποίο λειτουργεί σας «δεύτερος λαιμός». Όταν το μωρό έχει ανοιχτό το στόμα του, η μητέρα πρέπει να σπρώξει το κεφάλι του με τη παλάμη της προς το στήθος, ώστε το μωρό να πιάσει εκτός από τη θηλή και ένα τμήμα της θηλαίας άλου, για το λόγο που προαναφέραμε. Είναι σημαντικό η μητέρα να προσέξει να μην ακουμπάει το πάνω ή το πίσω μέρος του κεφαλιού του βρέφους, διότι μετά τη γέννα είναι πολύ ευαίσθητο. Επιπλέον, το μωρό μπορεί να έχει τη τάση να απομακρύνεται από το στήθος της μητέρας αντί να το πλησιάζει, όταν του ακουμπάνε το κεφάλι.

Αυτός μπορεί να είναι και ένας λόγος που οι θηλάζουσες αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο να κάνουν το βρέφος να πιάσει το στήθος.

Εάν η μητέρα παρατηρήσει ότι το βρέφος της δυσκολεύεται να αναπνεύσει, θα πρέπει να το τραβήξει πιο κοντά στο σώμα της χρησιμοποιώντας τον δεξί της αγκώνα. Με αυτό τον τρόπο αλλάζει τη κλίση του μωρού και έτσι η μύτη του δεν πιέζεται από το στήθος.⁷⁷



4.3.3: Η «πλευρική» στάση

Η στάση αυτή έχει πολλά πλεονεκτήματα, ιδιαίτερα στην αρχή και για μωρά που είναι πολύ ζωνρά. Επίσης, η στάση αυτή ερεθίζει το στήθος, με αποτέλεσμα να παράγει περισσότερο γάλα. Αυτό συμβαίνει γιατί η περιοχή που αδειάζει καλύτερα κατά αυτή τη στάση, είναι η πλάγια πλευρά του στήθους προς τη μασχάλη, η οποία περιλαμβάνει ένα πολύ μεγάλο μέρος του αδένου του στήθους.

Για να βάλει η θηλάζουσα το μωρό της να θηλάσει σε αυτή τη στάση, χρειάζεται ένα αναπαυτικό κάθισμα και ένα τουλάχιστον μαξιλάρι. Παρακάτω περιγράφεται ο τρόπος θηλασμού για το αριστερό στήθος.

Η μητέρα τοποθετεί το μαξιλάρι κάτω από το αριστερό της χέρι, ώστε να στηρίζεται καλά και να μην χρειάζεται να σηκώνει το σώμα του μωρού. Πιάνει με το αριστερό της χέρι τη βάση από το κεφάλι του μωρού, ώστε να το στηρίζετε καλά, ανάμεσα στο δείκτη και τον αντίχειρα, χωρίς να το κρατάει πολύ σφιχτά. Ο δείκτης θα πρέπει να δείχνει προς το αριστερό αντί του μωρού. Τα υπόλοιπα δάχτυλα του αριστερού χεριού, στηρίζουν απαλά την πλάτη του μωρού, προσέχοντας να μην αγγίζουν τα μάγουλα ή το λαιμό του μωρού. Η μητέρα πρέπει να στηρίζει το σώμα του μωρού πάνω στον πήχη του αριστερού της χεριού και τα πόδια του πρέπει να δείχνουν προς τα πίσω.

Στη συνέχεια, η θηλάζουσα πρέπει να φέρει το βρέφος κοντά στην αριστερή της πλευρά, έτσι ώστε το σώμα του, να έχει στενή επαφή με το σώμα της. Έπειτα, με το δεξί χέρι της πιάνει το στήθος της, όπως περιγράψαμε και παραπάνω, (λαβή περίπου πέντε εκατοστά πίσω από τη θηλή, με το χέρι σα μισοφέγγαρο) και ακουμπάει τη θηλή απαλά στα χείλη ή στα μάγουλα του μωρού και περιμένει μέχρι να ανοίξει καλά το στόμα του. Μετά σπρώχνει το βρέφος απαλά προς το στήθος, ώστε να πάρει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος της θηλαίας άλου στο στόμα του.⁷⁷



4.3.4: Θηλασμός όταν η θηλάζουσα είναι ξαπλωμένη στο πλάι

Αυτή η στάση θηλασμού είναι πολύ χρήσιμη τη νύχτα, όπου δε χρειάζεται η θηλάζουσα να σηκωθεί για να θηλάσει, ενώ στην περίπτωση που το μωρό κοιμάται κοντά της, μπορεί να αποκοιμηθεί αμέσως μετά τον θηλασμό. Επίσης, συχνά εξυπηρετεί καλύτερα και τις γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή. Παρακάτω περιγράφεται ο θηλασμός στο αριστερό στήθος.

Η μητέρα ξαπλώνει αναπαυτικά στην αριστερή πλευρά, με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι. Το μωρό είναι και αυτό ξαπλωμένο στο πλάι αντικριστά σε αυτήν, σε στενή επαφή με το σώμα της, έτσι ώστε η κοιλίτσα του να αγγίζει την κοιλιά της. Η θηλάζουσα μπορεί να στηρίζει το βρέφος, για να παραμείνει ξαπλωμένο στο πλάι, με ένα μαξιλαράκι στην πλάτη ή με μια πετσέτα την οποία έχει κάνει ρολό και τη έχει σπρώξει ανάμεσα στην πλάτη του μωρού και το κρεβάτι. Με το δεξί της χέρι κρατάει το στήθος, όπως περιγράψαμε και παραπάνω και ερεθίζει απαλά τα χείλη και τα μάγουλα του μωρού. Όταν εκείνο ανοίξει καλά το στόμα του, το σπρώχνει απαλά με το αριστερό της χέρι προς το στήθος.⁷⁷



4.4: Διάρκεια θηλασμού

Στην αρχή το βρέφος θηλάζει 3'-5' μόνο σε κάθε μαστό. Μετά αυξάνεται προοδευτικά η διάρκεια του θηλασμού 3 περίπου λεπτά τη μέρα.

Τις πρώτες μέρες δίνονται και οι δυο μαστοί σε κάθε θηλασμό, με εναλλαγή του μαστού, που θα δοθεί πρώτα. Η διάρκεια του θηλασμού καλό είναι να μη παρατείνεται περισσότερο από 7' -10' σε κάθε μαστό, γιατί οι θηλές είναι επώδυνες και μπορεί να προκληθούν ραγάδες από τη μεγάλη παράταση του θηλασμού. Την 1η εβδομάδα μπορεί ν' αφαιρεθεί το γάλα που περισσεύει μετά το θηλασμό, με τα χέρια.⁷⁸

Αργότερα όμως, η θηλάζουσα μπορεί να αφήνει το βρέφος στο μαστό περισσότερο μέχρι 15', το πολύ 20', ιδίως σ' ορισμένα νωθρά βρέφη. Σε πολύ νωθρά βρέφη μπορεί να παρατείνεται ο θηλασμός ακόμα περισσότερο ή να γίνεται με διαλείμματα. Πολλές φορές το βρέφος θηλάζει για λίγα λεπτά και μετά κοιμάται. Στη περίπτωση αυτή μπορεί να παίρνει το αναγκαίο ποσό γάλατος. Άλλες φορές όμως το γάλα που θηλάζει δεν είναι αρκετό και το βρέφος ξυπνά σε λίγο και συνεχίζει τον θηλασμό.⁷⁸

Ο θηλασμός καλό είναι να διακόπτεται 2 - 3 φορές κάθε φορά, για να φύγει ο αέρας με το ρέψιμο. Το βρέφος παίρνει το περισσότερο γάλα στα πρώτα 5'. Στο τέλος του θηλασμού παίρνει ελάχιστο γάλα, το οποίο όμως πρέπει απαραίτητα να πάρει, γιατί το τέλειο άδειασμα των μαστών είναι το καλύτερο διεγερτικό μέσο της έκκρισης των μαζικών αδένων. Ακόμα το γάλα στο τέλος του θηλασμού είναι πλουσιότερο σε λίπος.

Μετά το τέλος του θηλασμού, η μητέρα κρατά το βρέφος όρθιο στον ώμο της, για λίγα λεπτά και το χτυπά ελαφρά με το χέρι στην πλάτη, για να βγει ο αέρας που έχει καταπιεί. Ύστερα, το βρέφος τοποθετείται στο δεξιό πλευρό. Πολλές φορές μετά τον θηλασμό παρατηρείται λόξιγκας, που δεν έχει παθολογική σημασία.

Όταν σταδιακά γίνει κανονική η έκκριση του γάλακτος, δίνεται ο ένας μόνο μαστός σε κάθε θηλασμό. Διατηρείται όμως το σύστημα του θηλασμού και από τους δυο μαστούς σε κάθε θηλασμό, αν η ποσότητα του γάλατος δεν είναι αρκετή.

ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΘΗΛΑΣΜΩΝ

Οι απόψεις για το σύστημα θηλασμών, που πρέπει να εφαρμόζεται, κυμαίνονται ανάμεσα στο ελεύθερο και στο αυστηρά καθορισμένο ωράριο θηλασμών.⁷⁸

- Εναντίον του "ελεύθερου" συστήματος είναι το γεγονός, ότι η μητέρα δεν μπορεί πάντα να γνωρίζει αν το βρέφος κλαίει από πείνα ή αντίθετα από υπερσιτισμό ή αεροφαγία ή κολικό, ώστε ανάλογα με την όρεξη του βρέφους να ρυθμίζει και το ωράριο του θηλασμού.
- Εναντίον του "αυστηρά καθορισμένου" συστήματος είναι η αρχή, ότι κάθε βρέφος έχει την ατομικότητα του. Η χωρητικότητα και ο χρόνος εκκένωσης του στομάχου των βρεφών ποικίλλει, οι ανάγκες σε ποσότητα γάλατος ποικίλλουν από βρέφος σε βρέφος και η όρεξη των βρεφών ποικίλλει από μέρα σε μέρα, ώστε να μη μπορεί να εφαρμοστεί οποιοδήποτε πρόγραμμα, που θα θέλαμε εμείς να επιβάλλουμε αυθαίρετα. Ανάμεσα στα βρέφη υπάρχουν μεγάλες διαφορές.

Το βρέφος όμως, είναι ένα πολύ εκφραστικό ον, το οποίο έχει τη δυνατότητα να δείχνει τις ανάγκες του και τα συναισθήματά του με τις κινήσεις του, την έκφραση του προσώπου του και με το κλάμα. Για το θηλασμό, σημαντική είναι η αναγνώριση των πρώτων σημάτων του μωρού ότι πεινάει. Πριν ακόμα να κλάψει, το μωρό εκδηλώνει την πείνα του με άλλους τρόπους. Αρχίζει να κάνει θηλαστικές κινήσεις, πιπιλάει τα δάχτυλά του, γλείφει τα χείλη του, κουνάει το κεφάλι του δεξιά αριστερά «ψάχνοντας», ζαρώνει το μέτωπο και είναι γενικά ανήσυχο. Όταν κανείς παραβλέψει αυτά τα σημάδια για αρκετή ώρα, τότε αρχίζει το μωρό να κλαίει και φυσικά όσο πιο ανήσυχο είναι, τόσο δυσκολότερο είναι να το βάλει κανείς στο στήθος.





Η σωστή λύση βρίσκεται στη μέση. **Εφαρμόζεται ορισμένο πρόγραμμα χωρίς, αυστηρή επιμονή στη τήρησή του.** Έτσι η ώρα θηλασμού μπορεί να τροποποιείται μισή ώρα πριν ή μισή ώρα μετά τον κανονισμένο χρόνο του θηλασμού, όταν το βρέφος ξυπνά νωρίτερα ή αργότερα.

Στο θηλασμό είναι εύκολο να εφαρμόζεται το ελεύθερο σύστημα, επειδή το γάλα είναι πάντα έτοιμο και δεν υπάρχει κίνδυνος υπερσιτισμού. Ακόμη με αυτό εξασφαλίζεται πιο ομαλά και σίγουρα η εγκατάσταση της γαλουχίας και έτσι η θηλάζουσα στη συνέχεια μπορεί να εφαρμόσει ορισμένη τακτική στα γεύματα του βρέφους. Η εφαρμογή ορισμένου προγράμματος είναι το πρώτο βήμα, που θα προετοιμάσει το παιδί στις απαιτήσεις της ζωής του στη κοινωνία. Το ξύπνημα του βρέφους πρέπει να είναι απαλό και ευχάριστο. Το βρέφος πρέπει να αφήνεται για αρκετή ώρα να ξυπνήσει τελείως και να εκδηλώσει ενδιαφέρον για φαγητό.

Τον πρώτο μήνα καλό είναι το βρέφος να θηλάζει περισσότερες φορές και ακόμα πιο ιδανικά όσες θέλει. Δεν πρέπει η μητέρα να ανησυχεί μήπως αποκτήσει κακές συνήθειες. Η περίοδος αυτή είναι παροδική και δεν διαρκεί για πολύ. Μετά το βρέφος προσαρμόζεται στα 6 γεύματα τη μέρα.

Το βρέφος, λοιπόν να θηλάζει κάθε 3 ώρες περίπου, όμως όταν το βρέφος πεινάει νωρίτερα να τοποθετείται στο μαστό για να θηλάσει και αντίθετα όταν κοιμάται να μην το ξυπνάμε ακόμα και αν έχουν περάσει πάνω από 4 ώρες. Όταν όμως ο ύπνος παρατείνεται πάνω από 5 ώρες πρέπει να ξυπνήσει για να θηλάσει.

Για τα πολύ μικρά βρέφη και τα πρόωρα, οι θηλασμοί θα πρέπει να γίνονται κάπως συχνότερα, δηλαδή κάθε 2½ ώρες ή και κάθε 2 ώρες ή και συχνότερα μέχρι να αποκατασταθεί η γαλουχία, οπότε βαθμιαία αυξάνουμε τα μεσοδιαστήματα των θηλασμών.⁷⁸

Πολλές φορές η θηλάζουσα θα αναγκαστεί να επιτρέψει και το νυχτερινό θηλασμό, ιδίως όταν η ποσότητα του γάλακτος δεν είναι αρκετή ή όταν πρόκειται για εξασθενημένα βρέφη. Τον 1^ο μήνα συνήθως καταργείται ο νυχτερινός θηλασμός. Ο τελευταίος θηλασμός της μέρας δίνεται όσο το δυνατόν αργότερα, ώστε το βρέφος να ξυπνήσει στις 5 - 6 το πρωί, για να αρχίσει τον κανονικό ρυθμό θηλασμού κάθε 3 ή 4 ώρες. Δεν είναι λάθος η μητέρα να δώσει ένα ή και δυο νυχτερινούς θηλασμούς. Το βρέφος μόνο του θα προσαρμοστεί βαθμιαία στο νυχτερινό ύπνο. Οποσδήποτε, όταν η παραγωγή του γάλακτος αυξάνεται κανονικά, η μητέρα θα προσπαθεί να αραιώνει τους θηλασμούς, ώστε τον 3^ο μήνα να έχει 5 θηλασμούς τη μέρα, δηλαδή ένα κάθε 4 ώρες. Μπορεί όμως να συνεχίσει και το 3ωρο σύστημα μέχρι τον 5^ο μήνα.

ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΑΝΑΓΚΑΙΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Για να βρούμε την ποσότητα γάλακτος που χρειάζεται ένα βρέφος την ημέρα, υπολογίζουμε ότι αναλογούν 150g γάλακτος σε κάθε κιλό βάρους σώματος. Έτσι πολλαπλασιάζοντας το βάρος του βρέφους επί 150, έχουμε το συνολικό ποσό γάλακτος της ημέρας.

Εννοείται ότι όλοι αυτοί οι αριθμοί είναι απλώς καθοδηγητικοί για μια αρχική κατατόπιση. Γι' αυτό πρέπει να τους προσαρμόζουμε στις ανάγκες κάθε βρέφους.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Όταν το βρέφος φαίνεται υγιές και ευχαριστημένο μετά το θηλασμό, κοιμάται στα μεσοδιαστήματα του θηλασμού και αυξάνει κανονικά το βάρος του, είναι ένδειξη ότι αυτό τρέφεται καλά. Δεν συνιστάται η ζύγιση του βρέφους εκτός από τις καθορισμένες ζυγίσεις, που γίνονται κάθε εβδομάδα στην αρχή, και αργότερα κάθε 15ήμερο και μήνα για τον έλεγχο της αύξησής του.

Όταν όμως το βρέφος μετά το θηλασμό κλαίει, είναι ανήσυχο, ξυπνάει πολύ πριν τη κανονισμένη ώρα και το βάρος του δεν αυξάνει φυσιολογικά, είναι ένδειξη ότι το βρέφος δεν τρέφεται καλά. Το βρέφος που υποσιτίζεται, εκτός από το ότι δεν έχει κανονικό βάρος, έχει χαλαρούς μυς, το δέρμα του σχηματίζει πτυχές εύκολα, θηλάζει με μεγάλη προσπάθεια, ή θηλάζει με βουλιμία και δεν αφήνει εύκολα το μαστό. Σ' άλλες περιπτώσεις όμως αρνείται και περιφρονητικά αποστρέφεται τον άδειο μαστό. Είναι συνήθως δυσκοίλιο. Καμιά φορά μπορεί να παρουσιάζει συχνές κενώσεις, καστανές ή πράσινες, που αποτελούνται από βλέννα και άλλες εκκρίσεις του εντέρου. Άλλες φορές το βρέφος παρουσιάζει και εμετούς από τη κατάποση αέρα. Είναι φυσιολογικό φαινόμενο για το κανονικό βρέφος να καταπίνει λίγο αέρα στη διάρκεια του θηλασμού. Όταν όμως αυτό είναι πολύ πεινασμένο και το γάλα λίγο ή ο θηλασμός γίνεται σε άδειο μαστό, το στομάχι του βρέφους γεμίζει με αέρα. Πολλές φορές οι εμετοί και η διάρροια αυτή θεωρούνται σαν δυσπεψία για την οποία εφαρμόζεται δίαιτα, η οποία όμως φέρνει αντίθετα αποτελέσματα.⁷⁸

Η επιβεβαίωση της ανεπάρκειας του γυναικείου γάλακτος γίνεται με τη δοκιμαστική ζύγιση του βρέφους πριν και μετά το θηλασμό. Ζυγίζουμε το βρέφος με τα ρούχα του πριν και μετά το θηλασμό. Η διαφορά βάρους από τις δύο ζυγίσεις θα οφείλεται στο γάλα που πήρε από το θηλασμό. Η δοκιμαστική ζύγιση για να έχει αξία πρέπει να γίνεται σε όλους τους θηλασμούς της ημέρας, γιατί είναι γνωστό ότι το ποσό του γάλακτος ποικίλλει σε κάθε θηλασμό.

Επίσης, πρέπει να έχουμε υπόψη τον ατομικό παράγοντα, επειδή ορισμένα βρέφη αυξάνουν με μικρότερο ποσό γάλακτος και άλλα με μεγαλύτερο. Γι' αυτό, το ποσό του γάλακτος που παίρνει το βρέφος πρέπει να συσχετίζεται πάντα με το βάρος του και όταν αυτό αυξάνει κανονικά να μη ανησυχούμε. Καλό είναι να αποφεύγονται οι δοκιμαστικές ζυγίσεις, γιατί αυτές μεγαλώνουν τη νευρικότητα και την ανησυχία της μητέρας και έτσι ελαττώνεται η έκκριση του γάλακτος. Όταν το βρέφος υποσιτίζεται κανονίζουμε την ανάλογη αραιώση του ξένου γάλακτος, για να συμπληρωθεί ο θηλασμός και το ποσό του συμπληρώματος το αφήνουμε στη διάθεση του βρέφους. Πρέπει επίσης να έχουμε υπόψη, ότι η αύξηση του βάρους δεν είναι πάντα συνεχής. Μπορεί να υπάρχουν χρονικά

διαστήματα, 1-2 εβδομάδων, στα οποία το βάρος μένει στάσιμο. Στο τέλος του πρώτου χρόνου τα χρονικά αυτά διαστήματα μπορεί να είναι μεγαλύτερα. Επίσης, κάθε βρέφος που θηλάζει και δεν αυξάνει κανονικά, χωρίς να παρουσιάζει σημεία λοίμωξης ή πεπτικές διαταραχές, υποσιτίζεται ακόμα και όταν η μητέρα επιμένει ότι έχει γάλα.⁷⁸

ΜΙΚΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Στη μικτή διατροφή καταφεύγουμε, όταν η ποσότητα του μητρικού γάλακτος δεν είναι αρκετή. Αυτή γίνεται με 2 μεθόδους:⁷⁸

α) τη μέθοδο της συμπλήρωσης, στην οποία μετά το θηλασμό δίνεται κάποια ποσότητα ξένου γάλακτος και

β) τη μέθοδο αντικατάστασης, στην οποία γίνεται αντικατάσταση 1-2 ή περισσότερων θηλασμών με ξένο γάλα.

Προτιμάται η πρώτη μέθοδος και ιδίως τους πρώτους μήνες της γαλουχίας και ειδικότερα στα πρόωρα βρέφη, για να διατηρείται η λειτουργία των μαστών ακέραη. Η 2^η μέθοδος εφαρμόζεται σε βρέφη μεγαλύτερα από 3 μήνες, όπου η γαλουχία έχει πια σταθεροποιηθεί.

ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΤΗ ΜΙΚΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- 1) Πρέπει να δίνονται και οι δυο μαστοί σε κάθε θηλασμό και όχι περισσότερο από 10' ο καθένας, γιατί ο θηλασμός σε άδειο μαστό γεμίζει το στομάχι του μωρού με αέρα.
- 2) Το συμπλήρωμα δίνεται πάντα μετά τον θηλασμό. Αυτό εξασφαλίζει το τέλειο άδειασμα των μαστών και ακόμα η εκκριτική λειτουργία των μαστών διεγείρεται από τον ισχυρό θηλασμό του βρέφους το οποίο πεινά.
- 3) Το συμπλήρωμα ποτέ δεν πρέπει να είναι πολύ γλυκό, γιατί τότε το βρέφος δεν θα θέλει τον μαστό. Συνήθως στην αρχή συμπληρώνεται ο 4^{ος}, 2^{ος}, 5^{ος} θηλασμός και αν στο μεταξύ αυξηθεί το γάλα της μητέρας, ελαττώνεται ή διακόπτεται τελείως το συμπλήρωμα, αν όμως όχι μπορεί να δίνεται συμπλήρωμα και στους άλλους θηλασμούς. Το ποσό του συμπληρώματος αφήνεται στην όρεξη του βρέφους.

Προοδευτικά αυξάνουμε το ποσό του γάλακτος, μέχρι να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες του βρέφους, έχοντας σαν κριτήρια την όρεξη και την αύξηση του βάρους του. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι οι ανάγκες είναι ατομικές και ποικίλλουν πάρα πολύ. Όταν χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της αντικατάστασης η σειρά των θηλασμών που αντικαθιστούνται καθορίζεται συνήθως με τον ακόλουθο τρόπο: 4^{ος}, 2^{ος}, 5^{ος}, 3^{ος}, 6^{ος}, 1^{ος}. Καλό όμως είναι να μη αντικαθιστούνται περισσότεροι από 2 με 3 θηλασμοί και να συνεχίζονται οι υπόλοιποι θηλασμοί μόνοι τους ή με συμπλήρωμα.⁷⁸

- 4) Η μέθοδος της συμπλήρωσης (μητρικός θηλασμός και συμπλήρωμα μετά από κάθε θηλασμό) συνεχίζεται, όταν το μητρικό γάλα είναι περισσότερο από το 50% του συνολικού, διαφορετικά εφαρμόζεται η μέθοδος αντικατάστασης.
- 5) Τους 4 πρώτους μήνες, τα μπουκάλια και οι θηλές πρέπει να αποστειρώνονται με βρασμό ή με τοποθέτηση υποχλωριώδους διαλύματος. Στη συνέχεια, πρέπει να πλένονται καλά με νερό και σαπούνι με τη βοήθεια ειδικής βούρτσας.
- 6) Το γάλα παρασκευάζεται με χλιαρό νερό. Το νερό, τους 4 πρώτους μήνες της ζωής, πρέπει να βράζεται για 5 λεπτά. Τονίζεται ότι, όταν προστίθεται η σκόνη, το νερό δεν πρέπει να είναι πολύ ζεστό γιατί καταστρέφονται οι βιταμίνες και το γάλα κροκιδώνεται.
- 7) Το ποσό της σκόνης που απαιτείται για την παρασκευή του γάλακτος πρέπει να μετράται με τη μεζούρα του παρασκευαστή και η περίσσεια της σκόνης να αφαιρείται με μαχίρι και όχι να συμπιέζεται.
- 8) Τα μπουκάλια με το γάλα μπορούν να παραμείνουν στο ψυγείο για 24 ώρες. Στην περίπτωση αυτή το γάλα πριν χρησιμοποιηθεί, πρέπει να θερμαίνεται σε υδατόλουτρο έως ότου γίνει χλιαρό. Η

θερμοκρασία του ελέγχεται από τη μητέρα με ενστάλαξη μικρής ποσότητας στο δέρμα της ραχιαίας επιφάνειας του χεριού.

- 9) Το εύρος της οπής της θηλής πρέπει να είναι τέτοιο ώστε όταν το μπουκάλι αναστρέφεται, το γάλα να έχει για ελάχιστο χρόνο συνεχή ροή και στη συνέχεια να πέφτει με ρυθμό μια σταγόνα/sec.
- 10) Η θέση του βρέφους κατά τη σίτιση πρέπει να είναι η ίδια με αυτή που έχει το βρέφος που θηλάζει. Επισημαίνεται ότι η οριζόντια θέση του παιδιού κατά τη σίτιση, ιδιαίτερα αν είναι μισοκοιμισμένο, έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση επανειλημμένων επεισοδίων οξείας μέσης ωτίτιδας, λόγω της εισόδου γάλακτος στην ευσταχιανή σάλπιγγα.
- 11) Το μπουκάλι κρατιέται σε τέτοια θέση, ώστε η ελεύθερη επιφάνεια του γάλακτος να καλύπτει το στόμιο του για να αποφεύγεται η κατάποση αέρα. Για τον ίδιο λόγο πρέπει να παραμένει στο μπουκάλι μικρή ποσότητα γάλακτος μετά την ολοκλήρωση του γεύματος.

Κεφάλαιο 5: Παράγοντες που επηρεάζουν το μητρικό θηλασμό

Είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις που η υγεία της μητέρας ή του βρέφους καθιστούν προβληματικό το μητρικό θηλασμό ή επιβάλλουν την παροδική ή ακόμη και τη μόνιμη διακοπή του.

5.1: Προβλήματα που αφορούν τη μητέρα

1) Λοιμώξεις

Νόσηση ή φορεία από τον ανθρώπινο ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) αποτελεί αντένδειξη μητρικού θηλασμού. Υπολογίζεται ότι το 1/3 έως το 1/2 του συνόλου των κάθετων μεταδόσεων του HIV οφείλονται αποκλειστικά στο μητρικό θηλασμό. Συγκεκριμένα, το 15% περίπου των μητέρων με HIV λοίμωξη που προχρονολογείτε της κύησης και το 30% των μητέρων που μολύνθηκαν κατά τη διάρκεια της κύησης μεταδίδουν τη νόσο στο βρέφος με το μητρικό θηλασμό.⁷⁹

Ο ιός της ηπατίτιδας Β μεταδίδεται επίσης με το μητρικό γάλα και μπορεί να μολύνει το βρέφος που θηλάζει. Σημειώνεται όμως ότι η νόσηση ή η φορεία της μητέρας δεν αποτελεί αντένδειξη μητρικού θηλασμού εφόσον χορηγηθούν έγκαιρα στο νεογνό ειδική γ σφαιρίνη και εμβόλιο.

Ο ιός της ηπατίτιδας C ανευρίσκεται στο μητρικό γάλα, δεν έχει όμως αποδειχθεί ότι μπορεί να προκαλέσει νόσο στο βρέφος που θηλάζει. Η λοίμωξη ή φορεία της μητέρας δεν αποτελεί αντένδειξη μητρικού θηλασμού, η μητέρα όμως θα πρέπει να ενημερωθεί για το θεωρητικό έστω κίνδυνο μόλυνσης του βρέφους της.¹

Οι γυναίκες με ενεργό φυματίωση (θετικά πτύελα) που δεν ακολουθούν θεραπεία, δεν θα πρέπει να θηλάζουν. Στην περίπτωση αυτή συστήνεται η άντληση γάλακτος και η αποβολή του έως ότου συμπληρωθούν 1-2 εβδομάδες θεραπείας. Κατόπιν η μητέρα μπορεί να ξεκινήσει το θηλασμό. Πρέπει να γίνεται έλεγχος για συσσώρευση ισονιαζιδης (INH) και ηπατοτοξικότητας.^{79,80}

Αν η μητέρα που θηλάζει νοσήσει με ιλαρά, ήδη 48 ώρες μετά την εγκατάσταση της νόσου στο γάλα της υπάρχει ειδική IgA για την ιλαρά που ελαττώνει τα συμπτώματα της νόσου στο νεογέννητο. Αναφέρεται περίπτωση νεογέννητου που εμφάνισε ιλαρά την 14η ημέρα, θήλασε και η πορεία την νόσου του ήταν ομαλή.⁸⁶

Δερματικές βλάβες στο μαστό από τον ιό του απλού έρπητα αποτελούν αντένδειξη μητρικού θηλασμού, ενώ δερματικές βλάβες από τον ιό σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος θα πρέπει απλά να καλύπτονται.

Ο κυτταρομεγαλοϊός μπορεί να μεταφερθεί μέσω του μητρικού γάλακτος στο βρέφος που θηλάζει. Πρόβλημα κλινικής νόσησης του βρέφους μπορεί να προκύψει μόνο στα πρόωρα βρέφη, στα οποία η στάθμη των ειδικών αντισωμάτων που μεταφέρθηκαν μέσω του πλακούντα είναι χαμηλή και στα τελειόμηνα βρέφη που η μητέρα τους μολύνθηκε κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Βαριές λοιμώξεις της μητέρας, όπως μηνιγγίτιδα και σηψαιμία επιβάλλουν διακοπή του θηλασμού, καθώς και η ύπαρξη ελονοσίας.^{79,83} Αντίθετα, κοινές λοιμώξεις, όπως του αναπνευστικού

συστήματος, δεν πρέπει να οδηγούν ούτε σε παροδική έστω διακοπή του μητρικού θηλασμού. Στις περιπτώσεις αυτές η μόλυνση του βρέφους συνήθως προηγείται της εκδήλωσης της νόσου της μητέρας.⁷⁹

2) Χρόνια νοσήματα

Για να αποφασισθεί αν η μητέρα που πάσχει από χρόνια νόσημα θα θηλάσει ή όχι, πρέπει να συνεκτιμηθούν το είδος και η κλινική βαρύτητα του υποκείμενου νοσήματος, η τυχόν λήψη φαρμάκων και ποίων.

Σε βαριά χρόνια νοσήματα όπως είναι τα κακοήθη και η χρόνια αναπνευστική, κυκλοφορική, ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια πρέπει να αποφεύγεται ο μητρικός θηλασμός.

Υπάρχουν όμως χρόνια νοσήματα στα οποία ο μητρικός θηλασμός επιτρέπεται ή ακόμη επιβάλλεται. Έτσι ο υποθυρεοειδισμός, εφόσον ρυθμίζεται η θεραπεία του, δεν αποτελεί αντένδειξη. Ο σακχαρώδης διαβήτης εντάσσεται στα χρόνια νοσήματα που ο μητρικός θηλασμός συνίσταται, γιατί διευκολύνει τη ρύθμισή του. Συγκεκριμένα, στη μητέρα που θηλάζει η γλυκόζη χρησιμοποιείται ως πηγή σύνθεσης λακτόζης και προμήθειας ενέργειας για την παραγωγή γάλακτος με αποτέλεσμα να μειώνονται οι ανάγκες σε ινσουλίνη. Στην περίπτωση όμως που ο σακχαρώδης διαβήτης παραμελείται, δεν ρυθμίζεται σωστά και επιπλέκεται με συχνές κρίσεις οξοναιμίας, ο μητρικός θηλασμός αντενδείκνυται, γιατί ενδέχεται να αποβεί επιζήμιος για το βρέφος.⁷⁹

3) Άλλα αίτια

Η βαριά καρδιοπάθεια ή μη αντισταθμιζόμενη επαρκώς, η βαριά αναιμία οποιασδήποτε αιτιολογίας αποτελούν αντενδείξεις θηλασμού. Η σύφιλη της μητέρας δεν αποτελεί αντένδειξη, επιβάλλεται όμως αντισυφιλιδική θεραπεία τόσο της μητέρας όσο και του βρέφους.

Στην σπάνια περίπτωση που η μητέρα νοσήσει από κοκκύτη, ο οποίος έχει επιβεβαιωθεί κλινικά και εργαστηριακά, το νεογνό πρέπει να σιτιστεί με ειδικό γάλα του εμπορίου. Επίσης, σπάνια περίπτωση είναι η μητέρα να έχει συγγενής αγαλακτία, δηλαδή απουσία έκκρισης γάλακτος.⁸²

Όταν η μητέρα πάσχει από ινοκυστική νόσο του παγκρέατος μπορεί να θηλάσει, θα πρέπει όμως κατά καιρούς να εξετάζει το γάλα της για περιεκτικότητα νατρίου και χλωρίου. Για ασθενείς που χρειάζονται συνεχώς φαρμακευτική θεραπεία θα χορηγείται το κατάλληλο φάρμακο, δεδομένου ότι τα περισσότερα περνούν στο μητρικό γάλα.⁸⁶

Σε περίπτωση που υπάρχει πολύδυμη κύηση η μητέρα μπορεί να θηλάσει, διότι το γάλα επαρκεί εφόσον η παραγωγή υπακούει στο νόμο «ζήτηση – προσφορά». Ο πρώτος χρόνος της ζωής των διδύμων και των τριδύμων φορτίζει ιδιαίτερα την μητέρα, γι' αυτό και χρειάζεται ιδιαίτερη βοήθεια και φροντίδα της δικής της υγείας, σωστή διατροφή και ξεκούραση.⁸⁶

Σε καισαρική τομή ο θηλασμός δεν καθυστερεί. Αρχίζει αμέσως μόλις η μητέρα αισθάνεται έτοιμη μετά την νάρκωση. Εξυπακούεται ότι χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα και βοήθεια. Στην αρχή είναι ευκολότερο να θηλάσει ξαπλωμένη, γυρισμένη στο πλάι για να μην πιέζει το μωρό το τραύμα.⁸⁶

Σε περίπτωση που η μητέρα έχει κάνει κάποια πλαστική επέμβαση στον μαστό (προσθετική ή αφαιρετική), ο θηλασμός επηρεάζεται ανάλογα την επέμβαση. Σε μια αφαιρετική επέμβαση αφαιρείς τον μαστικό αδένα με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να διατηρήσεις αρκετή αιμάτωση γύρω από τη θηλή και να κρατήσεις ακέραιο τον αδένα γύρω από αυτή. Εκτός από κοσμητικούς λόγους οι πλαστικές επεμβάσεις γίνονται και για ιατρικούς λόγους. Νέα κορίτσια 13-14 ετών με τεράστιους μαστούς ή με συγγενή απλασία ή ασυμμετρία μαστών. Το κλειδί στις αφαιρετικές επεμβάσεις σε σχέση με τα προβλήματα του θηλασμού είναι ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται οι επεμβάσεις και αν οι γαλακτοφόροι πόροι κόβονται ή όχι. Έτσι μόνο το 50% των ασθενών θα μπορέσουν να θηλάσουν. Ενώ από αυτές που υποβάλλονται σε προσθετικές θεωρητικά καμιά δεν έχει πρόβλημα γιατί ο αδένας παραμένει άθικτος και συμπεριφέρεται φυσιολογικά.⁸⁶

Όταν η μητέρα παίρνει συνδυασμένα αντισυλληπτικά, τα οιστρογόνα καταστέλλουν την παραγωγή γάλακτος, μειώνοντας την ποσότητα και την ποιότητα του (χαμηλότερο ποσοστό λιπαρών και πρωτεϊνών). Το (μόνο προγεστερόνη) μπορεί να χρησιμοποιηθεί, αφού περάσουν τουλάχιστον 2

εβδομάδες από τον τοκετό και ακόμα καλύτερα βέβαια 6 εβδομάδες. Ο λόγος είναι ότι η παραγωγή του γάλακτος ξεκινάει με την απότομη πτώση της προγεστερόνης μετά την υστεροτοκία.⁸⁶

4) Φάρμακα

Ορισμένα φάρμακα μπορεί να απεκκριθούν στο μητρικό γάλα, όμως μόνο σ' ένα μικρό βαθμό απ' αυτά θεωρείται ότι αποτελεί αντένδειξη ο θηλασμός (Πίνακας 4-4δ).

Σ' αυτά τα φάρμακα περιλαμβάνονται χημειοθεραπευτικοί παράγοντες, ραδιενεργά ισότοπα, ναρκωτικά, λίθιο, εργοταμίνη και φάρμακα που καταστέλλουν τη γαλουχία. Επιπρόσθετα, τα σπασμολυτικά, τα αντισταμινικά, οι σουλφοναμίδες και τα σαλικυλικά μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ορισμένα θηλάζοντα βρέφη. Η πιθανή έκθεση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες θα μπορούσε να αξιολογηθεί.

Η απέκκριση φαρμάκων εντός του γάλακτος επηρεάζεται από τη δοσολογία και τη διάρκεια ενέργειας του φαρμάκου, από την εικόνα διατροφής του βρέφους και από την ολική διαίτα και ηλικία του βρέφους. Με τον έγκαιρο θηλασμό αποφεύγονται οι κορυφαίες πυκνότητες των επιλεγόμενων φαρμάκων στο αίμα. Η μητέρα θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να συζητά οποιαδήποτε λήψη φαρμάκου με τον ιατρό της.⁸¹

Πίνακας 4: Ραδιενεργές ουσίες που απαιτούν προσωρινή διακοπή του μητρικού θηλασμού*

Φάρμακα	Προτεινόμενος χρόνος διακοπής θηλασμού
Χαλκός 64 (⁶⁴ Cu)	Για 50 ώρες
Γάλλιον 67 (⁶⁷ Ga)	Για 2 εβδομάδες
Ίνδιον 111 (¹¹¹ In)	Πολύ μικρά ποσά στις 20 ώρες
Ιώδιον 123 (¹²³ I)	Μέχρι 36 ώρες
Ιώδιον 125 (¹²⁵ I)	Για 12 ημέρες
Ιώδιον 131 (¹³¹ I)	Για 2-14 ημέρες, εξαρτάται από τη μελέτη
Ραδιενεργό Na	Για 96 ώρες
Technetium 99m (^{99m} Tc), ^{99m} Tc macroaggregates, ^{99m} Tc O4	15 ώρες – 3 ημέρες

* Κατά τη διάρκεια της διακοπής του θηλασμού το γάλα θα πρέπει να εκθλιβεται για τη διατήρηση της παραγωγής γάλακτος και το εκθλιβόμενο γάλα θα πρέπει να απορρίπτεται, έως ότου η ραδιενεργός ουσία είναι παρούσα στο γάλα

Πηγή: The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. Committee on Drugs. Pediatrics 2001;108(3):776-78.

Πίνακας 4α: Εξαρτησιογόνες ουσίες που αντενδείκνυνται κατά τη διάρκεια του θηλασμού

Φάρμακα	Αναφερόμενα αποτελέσματα ή αιτίες για ανησυχία
Αμφεταμίνη	Ευερεθιστικότητα, διαταραχές ύπνου
Κοκαΐνη	Δηλητηρίαση, ευερεθιστικότητα, έμετος, διάρροια, τρόμος, σπασμοί
Ηρωίνη	Τρόμος, ταραχή, έμετος, μη καλή σίτιση
Μαριουάνα	Μόνο 1 περίπτωση στη βιβλιογραφία· Ουδεμία επίδραση αναφέρεται
Νικοτίνη (κάπνισμα)	Σοκ, έμετος, διάρροια, ταχυκαρδία, ταραχή, ελαττωμένη παραγωγή γάλακτος
Φαινκυκλιδίνη (PCP)	Ισχυρά παραισθησιογόνα

Πηγή: The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. Committee on Drugs. Pediatrics 2001;108(3):776-78.

Πίνακας 4β: Φάρμακα που αντενδείκνυνται κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού

Φάρμακα	Αναφερόμενες επιδράσεις και συμπτώματα στα θηλάζοντα βρέφη
Βρωμοκρυπτίνη	Καταστέλλει τη γαλουχία, μπορεί να επιφέρει βλάβη στη μητέρα
Κοκαΐνη	Δηλητηρίαση με κοκαΐνη
Κυκλοφωσφαμίδη	Πιθανή η ανοσολογική καταστολή, ουδετεροπενία. Άγνωστη είναι η επίδραση στην ανάπτυξη ή στην καρκινογένεση
Κυκλοσπορίνη	Πιθανή η ανοσοκαταστολή. Άγνωστο αποτέλεσμα στην αύξηση και στην καρκινογένεση
Δοξορουμισίνη*	Πιθανή η ανοσοκαταστολή. Άγνωστο αποτέλεσμα στην αύξηση και στην καρκινογένεση
Εργοταμίνη	Έμετοι, διάρροια, σπασμοί (σε δόσεις χρησιμοποιούμενες για τη θεραπεία της ημικρανίας)
Λίθιο	Το 1/3 ή το 1/2 της θεραπευτικής συγκέντρωσης στο αίμα των βρεφών
Μεθοτρεξάτη	Πιθανή η ανοσοκαταστολή. Άγνωστο αποτέλεσμα στην αύξηση και στην καρκινογένεση
Φαινκυκλιδίνη (PCP)	Ισχυρό παραισθησιογόνο
Φαινυδιόνη	Αντιπηκτικό: Αυξημένος χρόνος προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης σ' ένα βρέφος

*Το φάρμακο συγκεντρώνεται στο ανθρώπινο γάλα

Πηγή: The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. Committee on Drugs. Pediatrics 2001;108(3):776-78.

Πίνακας 4γ: Φάρμακα που έχουν συσχετιστεί με σημαντική επίδραση στα θηλάζοντα βρέφη και θα πρέπει να δίνονται στις θηλάζουσες μητέρες με προσοχή*

Φάρμακα	Αναφερόμενες επιδράσεις
Acebutolol	Υπόταση, βραδυκαρδία, ταχύπνοια
5- αμινοσαλικυλικό οξύ	Διάρροια (1 περίπτωση)
Atenolol	Κυάνωση, βραδυκαρδία
Bromocriptine	Μειώνει τη γαλακτόρροια, μπορεί να είναι επικίνδυνο για τη μητέρα
Ασπιρίνη	Μεταβολική οξέωση (1 περίπτωση)
Κλεμαστίνη	Νωθρότητα, ευερεθιστικότητα, άρνηση λήψης τροφής, κλάμα, αυχενική δυσκαμψία
Εργοταμίνη	Έμετος, διάρροια, σπασμοί
Φαινυδιόνη	Αντιπηκτικό: αυξάνει τη προθρομβίνη και μερικώς το χρόνο προθρομβίνης (1 περίπτωση)
Φαινοβαρβιτάλη	Καταστολή, βρεφικοί σπασμοί μετά από τον απογαλακτισμό, μεθαιμοσφαιριναιμία (1 περίπτωση)
Πριμιδόνη	Καταστολή προβλήματα σίτισης
Σουλφασαλαζίνη	Αιματηρή διάρροια (1 περίπτωση)

*Η συγκέντρωση τους στο βρέφος μπορεί να είναι κλινικής σημασίας

Πηγή: The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. Committee on Drugs. Pediatrics 2001;108(3):776-78.

Πίνακας 4δ: Φάρμακα με άγνωστη επίδραση στα θηλάζοντα βρέφη που μπορεί να είναι ενδιαφέροντα*

Φάρμακα	Αναφερόμενες ή πιθανές επιδράσεις
<i>Αντιαγχώδεις παράγοντες</i>	
Alprazolam	Καμία
Diazepam	Καμία
Lorazepam	Καμία
Midazolam	-
Perphenazine	Καμία
Prazepam†	Καμία
Quazepam	Καμία
Temazepam	-
<i>Αντικαταθλιπτικοί παράγοντες</i>	
Amitriptyline	Καμία
Amoxapine	Καμία
Bupropion	Καμία
Clomipramine	Καμία
Desipramine	Καμία
Dothiepin	Καμία
Fluoxetine	Καμία
Fluoxamine	Καμία
Imipramine	Καμία
Nortriptyline	Καμία
Paroxetine	Καμία
Sertraline†	Καμία
Trazodone	Καμία
<i>Αντιψυχωτικοί παράγοντες</i>	
Chlorpromazine	Γαλακτόρροια σε ενήλικα άτομα, νωθρότητα και λήθαργος στο βρέφος, μείωση της ανάπτυξης
Chlorprothixene	Καμία
Clozapine†	Καμία
Haloperidol	Καμία
Mesoridazine	Καμία
Trifluoperazine	Καμία
<i>Άλλα</i>	
Amiodarone	Πιθανή εμφάνιση υποθυρεοειδισμού
Chloramphenicol	Πιθανή ιδιοσυγκρασική καταστολή του μυελού των οστών
Clofazimine	Αύξηση της μελαγχρωμίας του δέρματος
Metoclopramide†	Δεν έχει περιγραφεί ανεπιθύμητη ενέργεια
Metronidazole	Μεταλλαξιογόνο στο εργαστήριο. Διακοπή θηλασμού για 12-24 ώρες, όταν δίνεται μία δόση στη μητέρα
Tinidazole	Μεταλλαξιογόνο στο εργαστήριο. Διακοπή θηλασμού για 12-24 ώρες, όταν δίνεται μία δόση στη μητέρα

* Είναι ψυχοτρόπα φάρμακα, γι' αυτό πρέπει να δίνεται προσοχή όταν χορηγούνται στη θηλάζουσα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αν και δεν έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες ενέργειες, ωστόσο εμφανίζονται στο γάλα και θα μπορούσαν να μεταβάλλουν βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα τη λειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

† Το φάρμακο συγκεντρώνεται στο γάλα.

Πηγή: The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. Committee on Drugs. Pediatrics 2001;108(3):776-78.

5) Περιβαλλοντικοί και τροφικοί παράγοντες

Φάρμακα	Αναφερόμενες επιδράσεις ή συμπτώματα στο βρέφος ή επιδράσεις στο θηλασμό
Aflatoxin	Καμία
Aspartame	Προσοχή αν η μητέρα ή το βρέφος έχουν φαινυλκετονουρία
Bromide	Πιθανή απορρόφηση και μεταφορά της στο γάλα
Cadmium	Καμία
Chlordane	Καμία
Σοκολάτα (theobromine)	Ευερεθιστικότητα ή αύξηση της εντερικής δραστηριότητας εάν καταναλωθεί μεγάλη ποσότητα από τη μητέρα
DDT, benzene hexachlorides, dieldrin, aldrin, hepatachlorepoxyde	Καμία
Fava beans	Αιμόλυση σε ασθενή με G-6-PD ανεπάρκεια
Fluorides	Καμία
Hexachlorobenzene	Εξανθήματα δέρματος, διάρροια, έμετος, σκούρα ούρα, νευροτοξικότητα, θάνατος
Hexachlorophene	Καμία, πιθανή μόλυνση του γάλακτος κατά το πλύσιμο των θηλών
Lead	Πιθανή νευροτοξικότητα
Mercury, methylmercury	Μπορεί να επηρεάσει την νευρολογική ανάπτυξη
Methylmethacrylate	Καμία
Monosodium glutamate	Καμία
Polychlorinated biphenyls and polybrominated biphenyls	Μείωση αντοχής, υποτονία, μείωση των εκφράσεων του προσώπου
Σιλκόνη	Οισοφαγική δυσκινητικότητα
Tetrachloroethylene cleaning fluid (perchloroethylene)	Ίκτερος, σκούρα ούρα
Χορτοφαγία	Σημάδια ανεπάρκειας B12

Πηγή: *The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. Committee on Drugs. Pediatrics 2001;108(3):776-78.*

6) Προβλήματα από το μαστό

Επίπεδες ή εισέχουσες θηλές

Με τον όρο επίπεδες θηλές εννοούμε τις θηλές που σε κατάσταση ηρεμίας είναι επίπεδες, όταν όμως δεχθούν κάποιο ερέθισμα, όπως για παράδειγμα, χαμηλή θερμοκρασία ή πίεση στην περιοχή της θηλαίας άλου, βγαίνουν προς τα έξω. Πολλές φορές αρκεί για μια μητέρα με επίπεδες θηλές, πριν το θηλασμό μια ελαφριά τριβή για να τις βοηθήσει να βγουν προς τα έξω.

Σαν εισέχουσες θηλές ορίζονται οι θηλές εκείνες, που σε κατάσταση ηρεμίας μπορεί να είναι στραμμένες προς τα έξω, όταν όμως ασκηθεί κάποιο ερέθισμα στο στήθος, στρέφονται προς τα μέσα. Αυτό συμβαίνει για παράδειγμα, όταν με δύο δάχτυλα πιέσετε στην περιοχή της θηλαίας άλου, εκεί που βρίσκονται οι λήκυθοι των γαλακτοφόρων πόρων.

Οι θηλές, όπως και το στήθος, αλλάζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έτσι, ακόμα και αν η θηλάζουσα πριν την εγκυμοσύνη έχει επίπεδες ή εισέχουσες θηλές, δεν πρέπει να ανησυχεί. Στο τέλος της εγκυμοσύνης μπορεί όλα να έχουν αλλάξει. Εάν έχει επίπεδες ή εισέχουσες θηλές και θέλει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να τις προετοιμάσει για το θηλασμό, μπορεί από τον έβδομο μήνα, να προμηθευτεί τις ειδικές πλαστικές ασπίδες που κυκλοφορούν στο εμπόριο για αυτό το σκοπό. Τις φοράει

μέσα από το σουτιέν για μερικές ώρες την ημέρα και πολλές φορές βοηθούν ουσιαστικά, μακραινώντας τη θηλή. Πάντως και χωρίς κάποια προετοιμασία είναι δυνατόν να θηλάσει χωρίς προβλήματα.^{80,83}

Σπάργωμα (πέτρωμα) του στήθους

Πρόκειται για σχετικά επώδυνη κατάσταση κατά την οποία μια ποσότητα γάλακτος που δεν αντλήθηκε από το βρέφος εγκλωβίζεται στο στήθος. Το στήθος γίνεται σκληρό και ευαίσθητο και το βρέφος δυσκολεύεται να θηλάσει. Για να ξεπεραστεί αυτό το πρόβλημα, ο καλύτερος τρόπος είναι το «άδειασμα» του στήθους με το θηλασμό ή με τη βοήθεια ειδικού θηλαστρου. Επίσης βοήθεια προσφέρουν ζεστά επιθέματα, ζεστά ντους και μασάζ, με φορά από τη βάση του στήθους προς τη θηλή.^{80,83}

Ραγάδες της θηλής

Πρόκειται για τη διάβρωση στο κέντρο της θηλής ή το σχηματισμό έλκους συνήθως κατά τη περιφέρεια αυτής. Η διάβρωση εμφανίζεται τις πρώτες μέρες, ενώ το έλκος μετά την πρώτη εβδομάδα από το τοκετό.

Η θηλάζουσα αισθάνεται άλγος ποικίλης εντάσεως, ιδιαίτερα κατά το θηλασμό. Το άλγος έχει ανασταλτική επίδραση στην έκκριση του γάλακτος. Όταν η ραγάδα αιμορραγεί το βρέφος καταπίνει αίμα, το οποίο ερεθίζει το στομάχι του και προκαλεί έμετο. Εάν η καταποθείσα ποσότητα του αίματος είναι μεγάλη, το βρέφος έχει μελανές κενώσεις.

Σε αυτή τη περίπτωση συνίσταται η παροδική διακοπή θηλασμού, για να επέλθει θεραπεία, άμεγξη του γάλακτος και χρήση αλοιφής, η οποία περιέχει αντιβιοτικό και τοπικό αναισθητικό. Όταν μειωθεί η ένταση του άλγους ή όταν αυτό εξαφανιστεί εντελώς η μητέρα μπορεί να θηλάσει ξανά. Εάν οι θηλές είναι σκληρές συνίσταται η μάλαξη αυτών μετά την επάλειψη με λανολίνη.

Υπερφόρτωση των μαστών

Η πιο συχνή επιπλοκή της γαλουχίας είναι η υπερφόρτωση των μαστών, η οποία οφείλεται στην απόφραξη των γαλακτοφόρων πόρων από παχύρευστο γάλα, στάση, παρακώλυση της φλεβικής και λεμφικής κυκλοφορίας, παράλληλα με την ανεπαρκή κένωση του μαστού. Η επιπλοκή αυτή συνοδεύεται από διάταση των μαστών και άλγος. Για τη θεραπεία χορηγούνται παυσίπονα, τοποθετούνται θερμά επιθέματα, ενώ η αφαίρεση μικρής ποσότητας γάλακτος βοηθάει, καθώς με την εγκατάσταση του θηλασμού η επιπλοκή υποχωρεί. Όταν η διάταση των μαστών είναι μεγάλη ο θηλασμός και η μηχανική άμεγξη προκαλούν έντονο άλγος και αναστέλλουν την έκκριση του γάλακτος. Σε αυτή τη περίπτωση συνιστάται η χορήγηση 10mg στιλβεστρόλης τρεις φορές ημερησίως για 2-3 ημέρες. Όταν το οίδημα και ο πόνος υποχωρήσουν, το βρέφος τοποθετείται πάλι στο μαστό.⁸²

Μαστίτιδα

Πρόκειται για φλεγμονή του συνδετικού ιστού που υπάρχει μεταξύ των γαλακτοφόρων πόρων και οφείλεται συνήθως στο χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. Πρόδρομο εύρημα αποτελεί το τοπικό οίδημα που οφείλεται στη μη προώθηση του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους και την παρακώλυση της φλεβικής και λεμφικής κυκλοφορίας. Έτσι η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η συνέχιση του θηλασμού για να επιτευχθεί αποσυμφόρηση της περιοχής και να μειωθεί ο κίνδυνος αποστήματος. Παράλληλα χορηγείται αντιβιοτικό και τοπικά εφαρμόζονται επιθέματα. Επίσης η πρόιμη έναρξη συχνών θηλασμών αποτρέπει τη στάση του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους (γαλακτοφορίτιδα) και την εξέλιξη αυτής σε μαστίτιδα. Το βρέφος είναι ασφαλές, διότι η μόλυνση συμβαίνει μεταξύ των γαλακτοφόρων αδένων και όχι στο εσωτερικό τους. Από τη μαστίτιδα δεν επηρεάζεται ούτε η ποιότητα ούτε η ποσότητα του γάλακτος.^{80,82,83}

5.2: Προβλήματα που αφορούν το παιδί

Γαλακτοζαιμία

Η γαλακτοζαιμία είναι μία κληρονομούμενη ασθένεια, η οποία προκαλείται από την έλλειψη του ενζύμου γαλακτοζο-1-φωσφο ουριδυλο τρανσφεράση (galactose-1-phosphate uridyl transferase, G-1-PUT), το οποίο είναι απαραίτητο για τη μετατροπή της γαλακτόζης σε γλυκόζη. Η γαλακτοζαιμία εμφανίζεται με συχνότητα 1:600000 γεννήσεις. Η μη αντιμετωπιζόμενη συσσώρευση γαλακτόζης στο αίμα μπορεί να προκαλέσει καταστροφή ιστών και ενδεχομένως θάνατο. Στο νεογνό πρέπει αμέσως να δίνεται, μετά από εξέταση, διαίτα ελεύθερη γλουτένης με ειδικά υποκατάστατα γάλακτος.^{80,83}

Φαινυλκετονουρία

Προκαλείται από την έλλειψη του ενζύμου της υδρολάσης της φαινυλαλανίνης, το οποίο είναι απαραίτητο για τη μετατροπή της φαινυλαλανίνης σε τυροσίνη. Η κατάσταση αυτή επιφέρει διανοητική καθυστέρηση και το βρέφος πρέπει να καταναλώνει διαίτα ελεύθερη φαινυλαλανίνης.⁸³

Ατρησία ή στένωση των ρινικών χοανών

Πρόκειται για μία σχετικά σπάνια συγγενή διαμαρτία, που χαρακτηρίζεται από μεγάλη στένωση ή απόφραξη των δύο οπίσθιων ρινικών χοανών, από μεμβρανώδες ή οστικό διάφραγμα. Η συχνότητα εμφάνισης είναι 1:5000-7000 ζώντες γεννήσεις, με αναλογία θηλέων προς άρρενα 2:1. Η εντόπιση συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη. Στο 90% των περιπτώσεων ανευρίσκεται οστικό διάφραγμα, ενώ στο 50% των περιπτώσεων συνυπάρχουν και άλλες συγγενείς ανωμαλίες του κρανίου ή του προσώπου. Στις διαμαρτίες αυτές ανήκει το σύνδρομο Teacher Collin's ή γναθοπροσωπική δυσόστωση. Επίσης, αναφέρεται η συνύπαρξη με βραγχιακές κύστες και συγγενή πλάγια τραχηλικά συρίγγια. Η ατρησία των ρινικών χοανών συνυπάρχει, επίσης, και στο σύνδρομο CHARGE (Coloboma, Heart disease, Atresia Choanae, Retarded Growth, Genital Anomalies, Ear Anomalies)

Η συντηρητική αγωγή στην ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη ατρησία περιλαμβάνει θεραπευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση της αναπνευστικής δυσχέρειας. Αρχικά, τέτοιο μέτρο είναι η τοποθέτηση αεραγωγού, που ελέγχει προσωρινά την κατάσταση και αποτελεί μία επείγουσα αλλά απαραίτητη σοβαρή θεραπευτική παρέμβαση. Η τοποθέτηση του στοματογαστρικού καθετήρα βοηθά αφ' ενός στην σίτιση και αφ' ετέρου στη διατήρηση ανοιχτών αεροφόρων οδών. Σε σοβαρότερες καταστάσεις μπορεί να απαιτηθεί διασωλήνωση, ενώ η τραχειοστομία απαιτείται σπάνια και πρέπει να αποφεύγεται κατά τη νεογνική ηλικία. Η βασική θεραπεία όμως είναι μόνο χειρουργική και πρέπει να εκτελείται όσο το δυνατόν γρηγορότερα.^{84,85}



Εικόνα 5: Διαρινική διάνοιξη ατρησίας ρινικών χοανών με τη χρήση κηρίων Hegar

Σύνδρομο Pierre Robin (Pierre Robin Sequence)

Το σύνδρομο αυτό περιγράφηκε πρώτη φορά από το P. Robin το 1923, με τη κλασική τριάδα της γλωσσοπτώσης, του μικρογναθισμού και της υπερωιοσχιστίας. Σήμερα, το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από μικρογναθισμό και οπισθογναθισμό, οπίσθια γλωσσοπτώσια, που έχει ως αποτέλεσμα την απόφραξη των ανώτερων αεροφόρων οδών, ενώ συνυπάρχει σε ποσοστό 80% υπερωιοσχιστία, συνήθως της μαλθακής υπερώας. Η διαμαρτία αυτή υπολογίζεται σε 1:8500 ζώντες γεννήσεις και συμμετέχει σε περισσότερα από 30 σύνδρομα. Τέτοια είναι το Σ. Strickler ή κληρονομική αρθρο-οφθαλμοπάθεια και το Σ. Shprintzen ή υπερωιοκαρδιοπροσωπικό σύνδρομο. Επίσης, συνυπάρχει με διάφορες διαμαρτίες του ερειστικού συστήματος, συγγενείς καρδιαγγειακές ανωμαλίες, διαμαρτίες των οφθαλμών και την ατρησία των ρινικών χοανών.

Η θεραπευτική αγωγή έχει σαν σκοπό την αντιμετώπιση της απόφραξης των ανωτέρων αεροφόρων οδών, που εκδηλώνεται αμέσως μετά τη γέννηση ή και μέσα στις απόμενες 3 εβδομάδες ζωής. Τα επεισόδια της απόφραξης μπορεί να επαναληφθούν πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας και είναι πολύ σοβαρά, γεγονός που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και άμεση αντιμετώπιση. Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Τη σίτιση και φροντίδα του νεογνού σε πρηνή θέση με το κεφάλι στραμμένο σε μία πλευρά και ολόκληρο το σώμα σε οριζόντιο επίπεδο.
- Την ανάρτηση της κεφαλής με τη βοήθεια διχτύου, που επιτρέπει την πτώση της γλώσσας προς τα έξω και της κάτω γνάθου μπροστά και κάτω. Η μέθοδος αυτή προσφέρει μικρή βοήθεια σε περίπτωση που εφαρμόζεται σωστά η φροντίδα στην πρηνή θέση.
- Στοματοφαρυγγικός αεραγωγός απαιτείται μόνο σε βαρύτερες περιπτώσεις.
- Εναλλακτικά, μπορεί να τεθεί ρινοφαρυγγικός αεραγωγός, όπου το περιφερικό άκρο αυτού τοποθετείται αμέσως πάνω από τις φωνητικές χορδές.
- Σε βαρύτερη κατάσταση απαιτείται ενδοτραχειακή διασωλήνωση.
- Τραχειοτομία απαιτείται μόνο σε εξαιρετικά βαριές περιπτώσεις.
- Μεγάλη σημασία έχει η θερμιδική υποστήριξη του νεογνού. Το αυξημένο αναπνευστικό έργο έχει σαν αποτέλεσμα οι θερμιδικές ανάγκες του να είναι πολλαπλάσιες σε σχέση με ένα φυσιολογικό νεογνό.
- Γαστροστομία διενεργείται μόνο σε βαριές περιπτώσεις.^{84,85}

Εικόνα 5,1: Κλασική απεικόνιση συνδρόμου Pierre-Robin με μικρογναθισμό, οπισθογναθισμό, γλωσσοπτώσια και υπερωιοσχιστία.



Εικόνα 5,2: Μικρογναθισμός και γλωσσοπτώσια σε σύνδρομο Pierre-Robin



Σχιστίες του προσώπου

Πρόκειται για βαριές και συχνές συγγενείς διαμαρτίες που δημιουργούν πολλαπλά αισθητικά, κοινωνία και λειτουργικά προβλήματα. Τα αισθητικά και κοινωνικά προβλήματα έχουν σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον, που πολλές φορές δυσκολεύεται να αποδεχθεί το μικρό ασθενή, ενώ η ίδια η πάθηση δημιουργεί πολλαπλά λειτουργικά προβλήματα και μεγάλη δυσχέρεια κατά τη σίτιση.

Οι κυριότερες σχιστίες του προσώπου είναι οι ακόλουθες:

- **Χειλεοσχιστία ή Λαγόχειλο:** Πρόκειται για συγγενή διαμαρτία που χαρακτηρίζεται από έλλειμμα του άνω χείλους, διαφόρου βαθμού και βαρύτητας με ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Το έλλειμμα εντοπίζεται στη θέση της ακρολοφίας του φίλτρου του άνω χείλους. Πρόκειται για τη συχνότερη σχιστία του προσώπου 0,8-2,2%. Στην Ελλάδα υπολογίζεται σε 1:800 γεννήσεις. Η χειλεοσχιστία ή ο συνδυασμός της με υπερωιοσχιστία είναι συχνότερη στα αγόρια.

Ανάλογα με την έκταση της σχισμής του άνω χείλους έχουμε τους παρακάτω τύπους χειλεοσχιστίας:

Τύπος I: Σχισμή μόνο στο ερυθρό του χείλους. Ο σφινκτήρας μυς του στόματος είναι φυσιολογικός και καμία άλλη ανωμαλία του άνω χείλους δεν υπάρχει.

Τύπος II: Σχισμή που επεκτείνεται πέρα από το ερυθρό του χείλους, αλλά όχι μέχρι το ρώθωνα, που είναι αποπεπλατυσμένος. Η σχισμή διακόπτει όχι μόνο το δέρμα αλλά και το σφινκτήρα του στόματος, ο οποίος καθώς συσπάται διευρύνει τη σχισμή της χειλεοσχιστίας. Υπάρχει σκολίωση του ρινικού διαφράγματος με το κοίλο στραμμένο προς τη πλευρά της σχιστίας.

Τύπος III: Σχισμή που επεκτείνεται μέσα στο ρώθωνα και το βάθος της φθάνει μέχρι το σύστοιχο ούλο. Είναι δυνατή, επίσης, η συνύπαρξη διακοπής της συνέχειας του τόξου των φατνιακών αποφύσεων, σαν συνέχεια της σχισμής της χειλεοσχιστίας, οπότε αναφέρεται ως χειλεογναθοσχιστία.



Εικόνα 5,3: Χειλεοσχιστία

α) Τύπου I ετερόπλευρη

β) Τύπου I αμφοτερόπλευρη

γ) Τύπου III ή χειλεογναθοσχιστία

Η χειλεοσχιστία μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη (συμμετρική ή ασύμμετρη). Τέλος, η χειλεοσχιστία είναι δυνατόν να είναι μεμονωμένη ή σύνθετη με γναθοσχιστία ή με υπερωιοσχιστία.

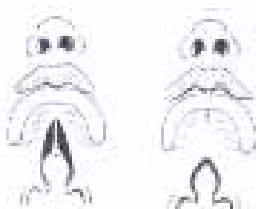
- **Υπερωιοσχιστία ή Λυκόστομα:** Είναι σχισμή ή έλλειμμα που εντοπίζεται στο μέσο της υπερώας και περιλαμβάνει είτε μέρος είτε ολόκληρη την υπερώα.

Ανάλογα με το βαθμό της υπερωιοσχιστίας, διακρίνουμε τις εξής παθολογοανατομικές μορφές:

Τύπος I: Η σχισμή αφορά τη σταφυλή και μέρος ή ολόκληρη τη μαλθακή υπερώα. Ο διαχωρισμός αυτός αποδιοργανώνει τη λειτουργία των μυών της υπερώας. Έτσι, με τη σύσπασή τους, αντί να απομονώνουν τον ρινοφάρυγγα από τη στοματοφαρυγγική κοιλότητα, διευρύνουν την παθολογική σχισμή, αυξάνοντας την επικοινωνία μεταξύ των δύο κοιλοτήτων.

Τύπος II: Η σχισμή αφορά ολόκληρη τη μαλθακή υπερώα και άλλοτε άλλης έκτασης τμήμα της σκληράς υπερώας, χωρίς όμως τη συμμετοχή του φατνιακού τόξου. Στον τύπο αυτό, εκτός του διαχωρισμού των μαλακών μορίων, υπάρχει διαχωρισμός του οριζώντιου πετάλου του υπερωίου οστού ή και της υπερωίου αποφύσεως της άνω γνάθου και έτσι δημιουργείται άμεση επικοινωνία του στόματος με τη ρινική κοιλότητα.

Τύπος III: Η σχισμή αφορά ολόκληρη τη μαλθακή και τη σκληρά υπερώα και ευρίσκεται λίγο δεξιά ή αριστερά της μέσης γραμμής δημιουργώντας έτσι πλήρη επικοινωνία των κοιλοτήτων του στόματος και της ρινός.



Εικόνα 5,3: Υπερωιοσχιστία

α) Σκληρής και μαλθακής υπερώας

β) Μαλθακής υπερώας

- **Χειλογναθοϋπερωιοσχιστία:** Ο τύπος III της υπερωιοσχιστίας συνοδεύεται, κατά κανόνα, από ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη χειλοεσχιστία. Το έλλειμμα ξεκινά από το άνω χείλος και τελειώνει στη σταφυλή, αφορά δηλαδή όλα τα μέρια του άνω χείλους, τα ούλα, το φατνιακό τόξο και ολόκληρη την σκληρά και μαλθακή υπερώα. Στην περίπτωση αυτή, η συγγενής διαμαρτία ονομάζεται χειλογναθοϋπερωιοσχιστία.



Εικόνα 5,4: Χειλογναθοϋπερωιοσχιστία
α) ετερόπλευρη
β) αμφοτερόπλευρη

Οι σχιστίες επηρεάζουν τη σίτιση του νεογνού σε διαφορετικό βαθμό, προκαλώντας δυσκολίες στο θηλασμό, λόγω αδυναμίας δημιουργίας αρνητικής ενδοστοματικής πίεσης. Για το σκοπό αυτό, αρχικά διευρύνονται οι οπές στα κοινά θήλαστρα και εξασφαλίζεται η εύκολη ροή του γάλακτος. Επίσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και τα ειδικά θήλαστρα τύπου Haberman, που ελαττώνουν την ανάγκη απομυζητικών κινήσεων από μέρους του νεογνού, με την αυτόματη ροή του γάλακτος στο στοματοφάρυγγα των νεογνών. Η χρήση σιλικονούχων πτερυγίων, που καλύπτουν το χάσμα της υπερώας, βοηθά στην κατάποση, αλλά μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστικά προβλήματα.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της χειλοεσχιστίας γίνεται συνήθως κατά τη 1^η εβδομάδα της ζωής, διότι το νεογνό έχει καλή φυσική κατάσταση του νεογνού και υπάρχουν ενισχυμένοι αμυντικοί μηχανισμών, λόγω της παθητικής ανοσοποίησης από τα μητρικά αντισώματα. Η χειρουργική αντιμετώπιση της υπερωιοσχιστίας γίνεται συνήθως στην ηλικία των 6-10 μηνών. Σκοπός αυτής είναι να εξασφαλιστεί, κατά το δυνατόν, η φυσιολογική αποκατάσταση της υπερώας με την δημιουργία κρημών και συρραφής του χάσματος της σχιστίας, με διάφορες χειρουργικές τεχνικές, όπως των V. Veau Lagenbeck, Trelat ή της τεχνικής V-Y- των ελεύθερων κρημών.

Εικόνα 5,5: Χειλογναθοϋπερωιοσχιστία – Απώτερα αποτελέσματα



Εικόνα 5,6: Χειλογναθοϋπερωιοσχιστία – Απώτερα αποτελέσματα



- **Κολόβωμα ή Χειλογναθοϋπερωιοδακρυσχιστία:** Πρόκειται για βαρύτερη σχιστία του προσώπου. Είναι σπάνια συγγενής διαμαρτία που αφορά ελλείμματα που περιλαμβάνουν το άνω χείλος, τα φατνία της άνω γνάθου, τους ρώθωνες, ενώ το οστικό έλλειμμα εκτείνεται μέχρι το ρινοδακρυϊκό πόρο, τον οποίο μερικές φορές το διανοίγει. Στο κολόβωμα συνυπάρχουν έντονα προβλήματα δυσμορφίας και κοινωνικής αποδοχής καθώς επίσης και λειτουργικά προβλήματα κατάποσης και σίτισης. Λόγω της βαρύτητας της διαμαρτίας απαιτείται σειρά διορθωτικών επεμβάσεων για τη σταδιακή αποκατάσταση όλων των ελλεμμάτων.^{84,85}

Μακρογλωσσία

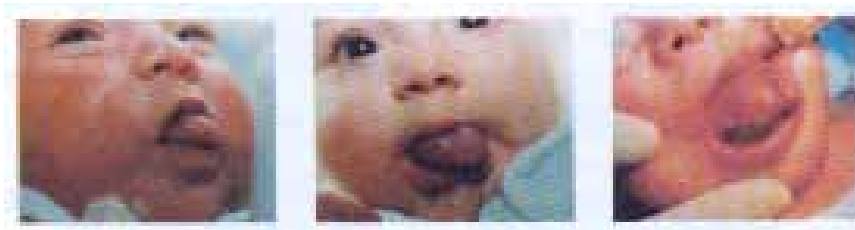
Η διαμαρτία αυτή χαρακτηρίζεται από την αύξηση του μεγέθους της γλώσσας, που έχει σαν αποτέλεσμα την έξοδό της εκτός του οδοντικού φραγμού στα μεγαλύτερα παιδιά, ειδικά όμως για τα νεογνά εκτός της φαρυγγικής ακρολοφίας. Όταν η προβάλλουσα γλώσσα έχει φυσιολογικό μέγεθος, όπως στο Σύνδρομο Down, τότε αναφερόμαστε σε ψευδομακρογλωσσία.

Όταν η προβολή οφείλεται σε παρεκτόπιση της γλώσσας από άλλες μάζες (κυστικό ύγρωμα, έκτοπος γλωσσικός θυρεοειδής κλπ.) ονομάζεται δευτεροπαθής μακρογλωσσία.

Η πρωτοπαθής μακρογλωσσία σπάνια είναι ιδιοπαθής. Συνήθως οφείλεται σε αύξηση του μεγέθους της γλώσσας που προκαλείται από συνύπαρξη λεμφαγγειωμάτων, αιμαγγειωμάτων, υποθυρεοειδισμού ή χρωματοσωμικών διαταραχών. Η μακρογλωσσία συχνά συνυπάρχει στο σύνδρομο Beckwith-Wiedemann ή EMGH (Exomphalos-Macroglossia-Gigantism-Hyperinsulism).

Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει τη νοσηλεία των νεογνών σε πρινή ή πλάγια θέση. Σε περίπτωση Beckwith-Wiedemann αντιμετωπίζονται αρχικά τα άλλα προβλήματα που συνήθως συνυπάρχουν, ιδιαίτερα η υπογλυκαιμία. Σε αιφνίδια διόγκωση της γλώσσας, μπορεί να απαιτηθεί επείγουσα διασωλήνωση ή σπανιότερα τραχειοστομία. Σήμερα, η μέθοδος εκλογής, είναι η σφηνοειδής εκτομή τμήματος της γλώσσας στο ελεύθερο άκρο της και η συρραφή της, με άριστα αποτελέσματα.⁸⁴

Εικόνα 5,7: Μακρογλωσσία



Επίγναθος

Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνιο συγγενή όγκο, που προβάλλει εκτός της στοματικής κοιλότητας, μεταβάλλοντας σημαντικά την ανατομία της περιοχής. Ο όγκος εξορμάται από την υπερώα ή την περιοχή του φάρυγγα, που καλύπτει την βάση του σφηνοειδούς κόλπου (θύλακας του Rathke). Αμέσως μετά τη γέννηση απαιτείται η διασφάλιση των αεροφόρων οδών με διασωλήνωση ή πολύ σπάνια σήμερα με τραχειοστομία. Η θεραπεία εκλογής του επιγνάθου είναι η ριζική χειρουργική αφαίρεση του όγκου, με πολύ καλά αποτελέσματα και χαμηλή θνητότητα.⁸⁴



Εικόνα 5,8: Επίγναθος με εντόπιση στην υπερώα και στον φάρυγγα

Συγγενής επουλίδα.

Πρόκειται για συγγενή διόγκωση, μισχωτή, που εξορμάται από τον υποβλεννογόνο χιτώνα των φαρυγγικών αποφύσεων της άνω ή της κάτω γνάθου και έχει μέγεθος συνήθως 2-3cm. Η θεραπεία είναι ριζική τοπική εκτομή της διόγκωσης. Η πρόγνωση είναι άριστη, αν και αναφέρονται περιπτώσεις τοπικής υποτροπής εξαιτίας ελλειπούς αφαίρεσης.^{84,85}

Εικόνα 5,9: Εγχειρητική αφαίρεση επουλίδας



Βατράχιο

Πρόκειται για κυστική μάζα η οποία εντοπίζεται αμέσως κάτω από τη γλώσσα στο έδαφος του στόματος. Οφείλεται σε μερική απόφραξη των εκφορητικών πόρων των υπογλώσσιων σιελογόνων αδένων, που οδηγεί σε διάταση του κεντρικότερου τμήματος του αδένα. Έχει σχήμα σφαιρικό ή ωοειδές και μπορεί να εμφανισθεί αμέσως μετά τη γέννηση. Έχει αναφερθεί και περίπτωση προγεννητικής διάγνωσης μεγάλου συγγενούς βατράχιου με τη βοήθεια υπερηχογραφήματος. Η διάγνωση τίθεται άμεσα από τη επισκόπηση της μάζας, ενώ μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στη σίτιση και στην αναπνοή.^{84,85}

Εικόνα 5,10: Βατράχιο – Μαρσιποποίηση



Ατρησία Οισοφάγου

Η ατρησία χαρακτηρίζεται από τη διακοπή της συνέχειας του οισοφάγου σε κάποιο σημείο της διαδρομής του. Η συχνότητα της ανέρχεται σε 1:3000-4500 γεννήσεις, ενώ από πλευράς φύλου, η σχέση των αγοριών προς τα κορίτσια ανέρχεται σε 2:1.

Η ατρησία του οισοφάγου κατά Ladd και Gross, χωρίζεται στους παρακάτω τύπους:

Τύπος Α: Ατρησία οισοφάγου χωρίς συρίγγιο. Συχνότητα 7,7%.

Τύπος Β: Ατρησία οισοφάγου με κεντρικό οισοφαγικό συρίγγιο. Συχνότητα 0,8%.

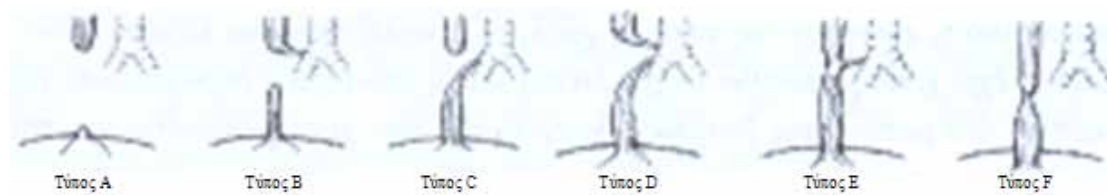
Τύπος C: Ατρησία οισοφάγου με περιφερικό τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο. Αυτή είναι η συχνότερη μορφή και αφορά το 86,5% των περιπτώσεων 7,7%.

Τύπος D: Ατρησία οισοφάγου με κεντρικό και περιφερικό τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο. Συχνότητα 0,7%.

Τύπος E: Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο τύπου H. Συχνότητα 4,2%.

Τύπος F: Στένωση ή μεμβρανώδες διάφραγμα του οισοφάγου χωρίς ατρησία.

Εικόνα 5,11: Ταξινόμηση των ατρησιών κατά Gross



Η θεραπεία είναι χειρουργική. Σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων ατρησίας απαιτείται η αποκατάσταση του ελλείμματος του οισοφάγου (Long gap), σε δύο ή τρεις χρόνους. Έτσι, κατά τον πρώτο χειρουργικό χρόνο διενεργείται η κλασική γαστροστομία τύπου Stamm, για τη σίτιση του νεογνού, και απολινώνεται το τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, με δεξιά θωρακοτομή. Επίσης, απαραίτητη είναι η διενέργεια τραχηλικής οισοφαγοστομίας στον ίδιο χρόνο, για τη συνεχή παροχέτευση της σιέλου και την αποφυγή εισροφίσεων του αναπνευστικού. Σε δεύτερο χειρουργικό χρόνο, η αποκατάσταση του μεγάλου χάσματος μεταξύ των κολοβωμάτων του οισοφάγου επιτυγχάνεται, με τη χρησιμοποίηση μεθόδων, όπως αγγειούμενο μόσχευμα του παχέος εντέρου, ο ανάστροφος γαστρικός σωλήνας (Heimlich-Gavriliu) ή η θωρακική μετατόπιση ολόκληρου του στομάχου (Spitz).

Προωρότητα

Σήμερα είναι γνωστό ότι το πρόωρο γάλα των μητέρων των πρόωρων νεογνών είναι η καταλληλότερη διατροφή τους λόγω της ειδικής σύνθεσης του και αυτό πρέπει να ενθαρρύνεται. Αν το παιδί δεν μπορεί ακόμα να θηλάσει απ' ευθείας από το στήθος, η πρόκληση και η διατήρηση της γαλουχίας γίνεται τεχνικά με αντλίες. Κατά την πρόκληση και διατήρηση της γαλουχίας πρέπει να εξασφαλίζονται η καθαριότητα και ασηψία, η εύκολη χρήση της αντλίας και η εκπαίδευση των μητέρων.

Το γάλα που συλλέγεται αποστέλλεται στην μονάδα που νοσηλεύεται το μωρό μέσω της Τράπεζας Γάλακτος και χορηγείται στο πρόωρο με καθετήρα από το νοσηλευτικό προσωπικό ή την ίδια την μητέρα του όταν αυτό είναι δυνατόν να γίνει ικανό να θηλάσει απ' ευθείας από την μητέρα του.⁸⁶

Κεφάλαιο 6: Τεχνητός θηλασμός

Ειδικά θεραπευτικά γάλατα έχουν παρασκευαστεί σύμφωνα με τις οδηγίες της Επιτροπής διατροφής της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας Infant Formula Act 1980 (revised in 1986) και της ESPGHAN (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής), προκειμένου να συμπληρώνουν ή να αντικαθιστούν το μητρικό θηλασμό στα βρέφη και να συμπληρώνουν τις διατροφικές ανάγκες των μεγαλύτερων παιδιών όταν υπάρχει τέτοια κλινική ένδειξη.

6.1: Εξανθρωποποιημένο γάλα

Όπως στα γάλατα για τα φυσιολογικά παιδιά, έτσι και εδώ, υπάρχουν σαφείς οδηγίες για τη σύσταση των διαιτητικών σκευασμάτων ως εξής: πρωτεΐνη 1.5-4.0g/dl και λίπη 3.0g/dl (Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία). Η προτεινόμενη πρωτεϊνική σύσταση είναι 2.2g/dl για βρέφη κάτω των 3 μηνών και το λιγότερο 1.8g/dl για βρέφη άνω των 3 μηνών. Επιπλέον, ο Foman προτείνει την παρακάτω θερμιδική σύσταση ανά 100kcal για τα βρέφη: 7-16% από πρωτεΐνη, 30-55% από λίπη και 65% από υδατάνθρακες. Αυξημένη λήψη υδατανθράκων >65% ανά 100kcal προκαλεί οσμωτική διάρροια, ενώ κατανάλωση >60% από τις θερμίδες σε λίπη προκαλεί κέτωση. Διαιτητικά σκευάσματα που περιέχουν <6% πρωτεΐνη προκαλούν έλλειψη πρωτεΐνης, ενώ >16%, σε συνδυασμό με μειωμένη πρόσληψη νερού, προκαλούν ουραιμία και αφυδάτωση. Υπολογίζεται ότι η λήψη 1000-1100ml την ημέρα πληρεί τις καθημερινές ανάγκες του παιδιού ηλικίας 1-11 ετών.

Η οσμωτικότητα των ειδικών διαιτητικών σκευασμάτων επηρεάζεται από τη συγκέντρωση των πρωτεϊνών, υδατανθράκων και λιπών και κυμαίνεται μεταξύ 300-400 mOsm/kg H₂O. Τα βρεφικά γάλατα με θερμιδική πυκνότητα 68 kcal/100ml έχουν οσμωτικότητα 150-380 mOsm/kg H₂O, ενώ στα ειδικά θεραπευτικά σκευάσματα μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 350-375 mOsm/kg H₂O. Η επικινδυνότητα της χορήγησης διαλυμάτων με οσμωτικότητα >400mOsm/kg H₂O έχει τεκμηριωθεί σε διάφορες μελέτες.^{87,88,89} Για το λόγο αυτό η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία δεν συστήνει διαλύματα με οσμωτικότητα >400 mOsm/kg H₂O.⁸⁷

Τα ειδικά θεραπευτικά γάλατα έχουν ως κοινό στόχο την προαγωγή της απορρόφησης των υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπιδίων από το έντερο σε ασθενείς με δυσλειτουργία του εντέρου, του ήπατος, του παγκρέατος, των νεφρών ή σε ασθενείς με μεταβολικά νοσήματα.

Θα αναφερθούν οι εξής κατηγορίες ειδικών εντερικών παρασκευασμάτων, περιγράφοντας τις ενδείξεις, τις αντενδείξεις, καθώς και μερικούς προβληματισμούς ως προς τη χρήση τους, όπως προκύπτουν από την πρόσφατη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας⁹⁰:

1. Γάλατα χωρίς λακτόζη.
2. Γάλατα σόγιας.
3. Αντιαναγωγικά γάλατα με άμυλο αραβοσίτου ή χαρουπάλευρο.
4. Γάλατα μερικής υδρόλυσης (γάλατα ΗΑ).
5. Υποαλλεργικά γάλατα με πρωτεΐνη εκτεταμένης υδρόλυσης, περιέχοντα αμινοξέα με ή χωρίς MCT.
6. Στοιχειακά γάλατα που περιέχουν αμινοξέα.
7. Γάλατα για πρόωρα-λιποβαρή βρέφη.
8. Υπερθερμιδικά εντερικά διαλύματα: α) ολικής πρωτεΐνης, β) μερικής υδρόλυσης.
9. Γάλατα με χαμηλή περιεκτικότητα πρωτεΐνης, νατρίου, καλίου: για νεφρική, ηπατική ανεπάρκεια.
10. Γάλατα για μεταβολικά νοσήματα (PKU).

1. Γάλατα χωρίς λακτόζη

Η φλεγμονή του εντέρου μετά από λοιμώξεις, ΙΦΝΕ και η εκτομή του λεπτού εντέρου οδηγούν σε απώλεια των λαχνών του βλεννογόνου και παράλληλη απώλεια των επιφανειακών ενζύμων του, με συχνότερη την απώλεια της λακτάσης. Έτσι, ο ασθενής παρουσιάζει δυσανεξία στη λακτόζη που εκδηλώνεται κλινικά με διάρροια, κοιλιακό άλγος και κοιλιακή διάταση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, χρειάζεται ειδικό γάλα χωρίς λακτόζη έως ότου αποκατασταθεί ο βλεννογόνος, σε περίπου διάστημα 3-4 εβδομάδων.

Τα γάλατα ελεύθερα λακτόζης περιέχουν σουκρόζη και άμυλο αραβοσίτου που κάνουν το γάλα πιο γλυκό στο βρέφος. Η σύστασή τους δεν διαφέρει με άλλα βρεφικά γάλατα 1^{ης} και 2^{ης} βρεφικής ηλικίας.

Η ένδεια της σουκράσης από τον εντερικό βλεννογόνο, ιδιαίτερα σε πρόωρα βρέφη, μπορεί να δημιουργήσει παράταση της διάρροιας μετά από γαστρεντερίτιδα. Αποφεύγεται η χρήση τους για μεγάλο χρονικό διάστημα, διότι η λακτόζη βοηθά στην απορρόφηση του ασβεστίου. Όμως, η απορρόφηση του ασβεστίου από ένα συνταγογραφούμενο γάλα ελεύθερο λακτόζης είναι επαρκής για να καλύψει τις ανάγκες σε ασβέστιο των τελειόμηνων βρεφών, όταν η περιεκτικότητα του γάλακτος σε ασβέστιο είναι ίδια με την αντίστοιχη στο βρεφικό γάλα που περιέχει λακτόζη και έχει παρασκευασθεί με βάση τις πρωτεΐνες αγελαδινού γάλατος.

Η χρήση των γαλάτων ελεύθερων λακτόζης δεν ενδείκνυται:

1. Σε βρέφη με γαλακτοζαιμία, διότι ενδέχεται να περιέχουν μικρές ποσότητες λακτόζης
2. Σε ασθενείς με αλλεργία στην πρωτεΐνη του γάλακτος της αγελάδας.

2. Γάλατα σόγιας

Τα γάλατα σόγιας έχουν κριθεί από την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία ως ασφαλή υποκατάστατα του γάλατος αγελάδας σε βρέφη που:

1. Οι γονείς τους θέλουν να ακολουθήσουν δίαιτα φυτοφάγων.
2. Σε βρέφη που πάσχουν από γαλακτοζαιμία ή ένδεια λακτάσης.

Τα βρέφη τα οποία τρέφονται με γάλα σόγιας απορροφούν τα ανόργανα στοιχεία και αναπτύσσονται όπως και τα βρέφη που καταναλώνουν παρασκευάσματα που βασίζονται στο αγελαδινό γάλα. Ως πηγή πρωτεΐνης περιέχουν μια πρωτεΐνη που έχει απομονωθεί από φασόλια σόγιας και έχει εμπλουτιστεί με L-μεθειονίνη, λόγω της μειωμένης περιεκτικότητάς της στην πρωτεΐνη της σόγιας. Τελευταία έχουν συμπληρωθεί με ταυρίνη και καρνιτίνη. Μεγαλύτερη ποσότητα σε σίδηρο, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία προστίθενται, λόγω της δέσμευσής τους από τις φυτικές πρωτεΐνες της σόγιας, έτσι ώστε να καλύπτουν επαρκώς τις ημερήσιες απαιτήσεις του βρέφους. Οι υδατάνθρακες που περιέχονται βρίσκονται με τη μορφή πολυμερών γλυκόζης (σιρόπι καλαμποκιού, σουκρόζη) και δεν περιέχεται λακτόζη. Τα λιπαρά είναι αποκλειστικά φυτικής προέλευσης.

Η χορήγηση των γαλάτων της σόγιας ενδείκνυται:

1. Σε περιπτώσεις συγγενούς ή επίκτητης ανεπάρκειας λακτάσης και γαλακτοζαιμίας.
2. Σε βρέφη χορτοφάγων οικογενειών.
3. Σε βρέφη με αλλεργία στην πρωτεΐνη του γάλακτος αγελάδας ή με δυσανεξία στο γάλα ιδιαίτερα μετά τους 6 μήνες εφόσον τα γάλατα εκτεταμένης υδρόλυσης ή τα στοιχειακά δεν γίνονται αποδεκτά.

Τα γάλατα σόγιας δεν ενδείκνυται για χρήση σε:

1. Σε βρέφη για την πρόληψη ή θεραπεία των κολικών.
2. Σε βρέφη με αλλεργία στο γάλα αγελάδας σαν πρώτη επιλογή.
3. Σε υγιή ή υψηλού κινδύνου βρέφη με ιστορικό ατοπικής νόσου. Εναλλακτική λύση αποτελούν τα γάλατα εκτεταμένης υδρόλυσης.
4. Σε βρέφη με ανεπάρκεια της σακχαράσης ή β-φρουκτοφουρανοσιδάσης ή ισομαλάσης (λόγω της παρουσίας σουκρόζης ως τμήμα των περιεχομένων υδατανθράκων).
5. Σε βρέφη με μη ανοχή στη φρουκτόζη.
6. Σε πρόωρα και ελλιποβαρή νεογνά <1.800g.

3. Αντιαναγωγικά γάλατα

Αντιαναγωγικά γάλατα όπου μέρος της λακτόζης έχει αντικατασταθεί με άμυλο αραβοσίτου ή χαρουπάλευρο, τα οποία δρουν ως παράγοντες πύκνωσης, έχουν κυκλοφορήσει στην ευρωπαϊκή αγορά τα τελευταία χρόνια. Μετά από τη διακοπή στη χρήση της σισαπρίδης έχουν αρχίσει να χορηγούνται ευρέως από τους παιδίατρους. Σύμφωνα, όμως, με τελευταίες έρευνες, πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή γιατί αναφέρεται δυσαπορρόφηση ιχνοστοιχείων, σιδήρου και ασβεστίου με την παρατεταμένη χρήση.

Τα παχύρρευστα γάλατα που είναι εμπλουτισμένα με άμυλο αραβοσίτου ή χαρουπάλευρο έχει αναφερθεί ότι είναι ικανά να ελαττώσουν τη συχνότητα των αναγωγών αλλά και την έκθεση του οισοφάγου στο οξύ του στομάχου, συγκρινόμενα

με τα κοινά γάλατα που έχουν γίνει πιο πυκνά μετά από προσθήκη ρυζάλευρου. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, το άνθος ορύζης που προστίθεται στο γάλα, εκτός του ότι υδρολύεται γρήγορα στο στομάχι και μειώνεται η αποτελεσματικότητά του, καθυστερεί το χρόνο γαστρικής κένωσης και μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα. Επίσης, αναφέρεται ότι βρέφη που λαμβάνουν γάλα που έχει πυκνωθεί με ρύζι παρουσιάζουν συχνότερα επεισόδια βήχα.

Η πύκνωση με χαρουπάλευρο μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα, διότι τα παράγωγα της ζύμωσης που δημιουργούνται στο παχύ έντερο, προκαλούν συχνότερα κολικούς, κοιλιακά άλγη και διάρροιες. Τέλος, βρέθηκε ότι οι διατροφικές φόρμουλες με χαμηλό λίπος και αυξημένο ποσοστό υδατανθράκων δεν βελτιώνουν τους δείκτες παλινδρόμησης στην pHμετρία.

Η κλινική βελτίωση των βρεφών με ΓΟΠ μετά την πύκνωση του γάλακτος με χαρουπάλευρο ή ρύζι αναφέρεται σε διάφορες μελέτες. Η χρήση όμως «αντιαναγωγικού» γάλακτος με αυξημένο ποσοστό καζεΐνης και άμυλο καλαμποκιού (80/20), για την αντιμετώπιση της ήπιας και μέτριας γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης χωρίς επιπλοκές, φαίνεται ότι επιφέρει όχι μόνο κλινική αλλά και εργαστηριακή βελτίωση σε μεγάλο ποσοστό των παιδιών, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στον Ελλαδικό

χώρο. Η παρατήρηση αυτή έρχεται να ανατρέψει τα μέχρι τώρα δεδομένα για τις αντιπαλινδρομικές ιδιότητες κάποιων ουσιών, όπου υπήρχε κλινική βελτίωση, αλλά δεν υπήρχε και εργαστηριακή απόδειξη.

Τα κυκλοφορούντα στο εμπόριο αντιαναγωγικά γάλατα έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος, με αποτέλεσμα να επιταχύνεται η γαστρική κένωση και το ομοιογενές περιεχόμενο να διοχετεύεται εύκολα στο έντερο, ανακουφίζοντας το βρέφος. Επιπλέον τα λιπαρά που περιέχουν είναι φυτικής προέλευσης, καθιστώντας το γάλα ιδιαίτερα εύπεπτο και ελαφρύ.

Ενδείξεις: Η μόνη ένδειξη χρήσης των αντιαναγωγικών γαλάτων κατά την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN) είναι σε βρέφη με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και απώλεια ή στασιμότητα βάρους.

4. Γάλατα μερικής υδρόλυσης (HA)

Τα γάλατα αυτά παρασκευάστηκαν αρχικά για την αντιμετώπιση της αλλεργίας στο γάλα αγελάδας. Σύμφωνα με καινούργιες μελέτες, δεν υπάρχει ρόλος για τη χρήση αυτών των σκευασμάτων σε βρέφη με τροφική αλλεργία, εφόσον τα πεπτίδια μακράς αλύσου είναι επίσης αλλεργιογόνα. Ο μόνος ρόλος τους είναι στην πρόληψη της αλλεργίας σε βρέφη υψηλού κινδύνου (δηλαδή με οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας), εάν χρησιμοποιούνται αμέσως μετά τη γέννα.

5. Υποαλλεργικά γάλατα με πρωτεΐνη εκτεταμένης υδρόλυσης, περιέχονται αμινοξέα με ή χωρίς MCT.

Τα γάλατα αυτά είναι προϊόντα τελευταίας τεχνολογίας και αποτελούν σημαντική πρόοδο στην παιδογαστρεντερολογία, σώζουν ζωές και έχουν αλλάξει ουσιαστικά την αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων από το πεπτικό. Χρησιμοποιούνται αντί παρεντερικής σίτισης, αποφεύγοντας το κόστος αλλά και τις παρενέργειές της και την παρατεταμένη νοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών. Χρησιμοποιούνται είτε συμπληρωματικά, είτε αποκλειστικά από το στόμα ή μέσω καθετήρα σίτισης.

Υπάρχει ποικιλία γαλάτων, ανάλογα με την πάθηση του πεπτικού. Η σύστασή τους είναι πρωτεΐνη γάλατος είτε σε μορφή ορολευκωματίνης, είτε καζεΐνης, που έχει υποστεί διάσπαση με θερμότητα και ενζυματική υδρόλυση σε ολιγοπεπτίδια με αλύσους διαφορετικού μήκους και ελεύθερα αμινοξέα. Επιπλέον, προστίθενται ελεύθερα αμινοξέα για να αναπληρώσουν την απώλειά τους κατά την επεξεργασία της ολικής πρωτεΐνης. Όσο πιο εκτεταμένη είναι η υδρόλυση, τόσο λιγότερο αλλεργιογόνο είναι το γάλα, χειρότερη είναι η γεύση, μεγαλύτερο το κόστος και αυξημένη η οσμωτικότητα. Δεν υπάρχουν *in vitro* τεστ που να ελέγχουν απόλυτα την υποαλλεργική ιδιότητα του γάλατος. Η αποτελεσματικότητά τους ελέγχεται κυρίως με τη χρήση τους σε κλινικές μελέτες.

Τα γάλατα κατά κανόνα δεν περιέχουν λακτόζη. Πολλές εταιρείες χρησιμοποιούν σουκρόζη, άμυλο ταπιόκας, άμυλο αραβοσίτου σε διαφορετικές συγκεντρώσεις. Τα λιπίδια είναι ένα μείγμα από λιπίδια μεσαίας αλύσου (MCT) και μακράς αλύσου (LCT). Τα MCT απορροφούνται απευθείας από την πυλαία φλέβα διαμέσου του εντερικού βλεννογόνου, αφού δεν απαιτείται ο σχηματισμός μηκιλλίων για την απορρόφησή τους. Για να αποφευχθεί η έλλειψη απαραίτητων λιπαρών οξέων, συχνά οι εταιρείες προσθέτουν μη κορεσμένα φυτικά έλαια (καλαμποκέλαιο κ.λπ.). Όλα τα προϊόντα είναι ελεύθερα γλουτένης.

Ενδείξεις: Τα γάλατα με πρωτεΐνη εκτεταμένης υδρόλυσης, περιέχοντα αμινοξέα με ή χωρίς MCT, είναι γάλατα πρώτης επιλογής σε ασθενείς με:

1. Αλλεργία στο γάλα αγελάδας ή σόγιας.
2. Ηωσινοφιλική εντεροκολίτιδα, ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, ηωσινοφιλική γαστρίτιδα.
3. Δυσασπορρόφηση εντέρου λόγω: φλεγμονής (ΙΦΝΕ), εκτομής (σύνδρομο βραχέος εντέρου), εντερίτιδας μετά από ακτινοβολία, χημειοθεραπεία.
4. Δυσασπορρόφηση λόγω παγκρεατικής ανεπάρκειας (στεατόρροια), κυστική ίνωση (μειωμένη παραγωγή αμυλάσης, λιπάσης, πρωτεϊνασών).
5. Δυσασπορρόφηση λόγω ηπατικής ανεπάρκειας - ατρησία χοληφόρων (απώλεια χολικών αλάτων).

Αντενδείξεις:

1. Βαρεία αλλεργία στο γάλα αγελάδας.
2. Αλλεργία μέσω IgE.
3. Κνίδωση.

Προβλήματα:

1. Άσχημη γεύση, εξαιτίας των πεπτιδίων που περιέχουν, με αποτέλεσμα να καταναλώνονται με δυσκολία από τα βρέφη άνω των 3 μηνών.
2. Αυξημένη οσμωτικότητα, που προκαλεί διάρροια, μειωμένη κένωση του στομάχου, εμετούς, σύνδρομο dumping όπου και απαιτείται αραιότερη διάλυση.
3. Αποκλειστική παρατεταμένη διατροφή μπορεί να προκαλέσει: έλλειψη ελεύθερων λιπαρών οξέων, μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου, λόγω παρατεταμένης χορήγησης δίαιτας χωρίς λακτόζη.
4. Αυξημένο κόστος που απαιτεί αυστηρή επιλογή των ασθενών.

6. Στοιχειακά γάλατα που περιέχουν αμινοξέα

Γάλατα πιο προηγμένης τεχνολογίας με 100% ελεύθερα αμινοξέα, MCT/LCT, πολυμερή γλυκόζης για μέγιστη απορρόφηση. Τα L- αμινοξέα απορροφούνται παθητικά από το έντερο. Ελεύθερα γλουτένης, λακτόζης, σουκρόζης.

Ενδείξεις:

1. Βαρεία αλλεργία στο γάλα αγελάδας, αλλεργία μέσω IgE.
2. Μη ανταπόκριση του αλλεργικού βρέφους σε γάλα εκτεταμένης υδρόλυσης.
3. Κνίδωση.
4. Σύνδρομο βραχέος εντέρου.
5. Νόσος Crohn με εκτεταμένες βλάβες λεπτού εντέρου.
6. Εντερικά συρίγγια.

Προβλήματα:

1. Άσχημη γεύση, που δυσκολεύει την παρατεταμένη χρήση.
2. Αυξημένη οσμωτικότητα, που προκαλεί διάρροια, μειωμένη κένωση του στομάχου, εμετούς, σύνδρομο dumping όπου απαιτείται αραιότερη διάλυση.
3. Η απορρόφηση των αμινοξέων είναι δυσκολότερη από αυτή των ολιγοπεπτιδίων και δίνει μικρότερο ισοζύγιο αζώτου.
4. Ακριβότερα γάλατα, που απαιτεί αυστηρή επιλογή των ασθενών και εξέταση από παιδογαστρεντερολόγο.
5. Αποκλειστική παρατεταμένη διατροφή μπορεί να προκαλέσει: έλλειψη απαραίτητων λιπαρών οξέων, μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου, λόγω παρατεταμένης χορήγησης δίαιτας χωρίς λακτόζη.

7. Γάλατα για πρόωρα-λιποβαρή βρέφη

Τα ειδικά γάλατα για πρόωρα νεογνά που κυκλοφορούν στο εμπόριο είναι ενισχυμένα σε λεύκωμα, θερμίδες, νάτριο, ασβέστιο και φώσφορο, ώστε να καλύπτουν τις ιδιαίτερες διατροφικές ανάγκες των αναπτυσσόμενων πρόωρων βρεφών. Η ποσότητα και η ποιότητα των θρεπτικών συστατικών που περιέχουν προάγουν την ανάπτυξη με εξαιρετικά ταχείς ρυθμούς. Διαφέρουν από τα γάλατα 1^{ης} βρεφικής ηλικίας από πολλές απόψεις. Καταρχήν διατίθενται στο εμπόριο όχι μόνο σε μορφή σκόνης αλλά και σε υγρή μορφή. Στόχος τους είναι η χορήγηση όλων των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών στο μικρότερο δυνατό όγκο, λαμβάνοντας υπόψη το ανώριμο πεπτικό, ηπατικό και νεφρικό σύστημα του νεογνού. Για το λόγο αυτό, οι συγκεντρώσεις πρωτεΐνης, βιταμινών και μετάλλων είναι μεγαλύτερες από αυτές των γαλάτων που χορηγούνται σε τελειόμηνα βρέφη.

Η πρωτεΐνη που περιέχουν ανευρίσκεται με τη μορφή της καζεΐνης και της ορολευκωματίνης, με κυρίαρχη πρωτεΐνη την πιο εύπεπτη ορολευκωματίνη. Ως πηγή υδατανθράκων πλην της λακτόζης

περιέχουν και ένα μίγμα πολυμερών γλυκόζης, το οποίο καθιστά το προϊόν περισσότερο εύπεπτο. Το λίπος είναι κυρίως φυτικής προέλευσης για μεγιστοποίηση της απορρόφησης. Παράλληλα γίνεται εμπλουτισμός τους με πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου (LCPUFAs) σε επίπεδα που να προσομοιάζουν με εκείνα του μητρικού γάλακτος. Συγκεκριμένα τα LCPUFAs ως απαραίτητα δομικά λιπίδια των βιομεμβρανών συμβάλλουν ενεργά στην ανάπτυξη του αμφιβληστροειδούς, βελτιώνοντας την οπτική οξύτητα, ενώ παράλληλα προάγουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος. Σε ένα γάλα της κατηγορίας αυτής περιέχεται κατά ένα ποσοστό MCT για ακόμη μεγαλύτερη και καλύτερη απορρόφηση. Παρόλο που δεν έχει μελετηθεί ακόμη ο εμπλουτισμός των γαλάτων για πρόωρα με πρεβιοτικά και προβιοτικά, εκτιμάται ότι η χορήγηση αυτών θα συμβάλει ενεργά στην ανάπτυξη της ανώριμης εντερικής χλωρίδας του πρόωρου νεογνού.

8. Υπερθερμιδικά εντερικά διαλύματα για βρέφη και παιδιά >1 έτους ολικής πρωτεΐνης και μερικής υδρόλυσης

Αυτά προσφέρουν 1.0-2.0kcal/ml, είναι ελεύθερα λακτόζης, και είτε έχουν ολική πρωτεΐνη, είτε υδρολυμένη πρωτεΐνη και MCT για καλύτερη απορρόφηση και ανεκτικότητα. Λόγω της αυξημένης οσμωτικότητας, όταν χρησιμοποιούνται για αποκλειστική διατροφή στα παιδιά, θα πρέπει να προστίθεται επιπλέον ποσότητα νερού στη διατροφή τους.

Ενδείξεις: αυξημένες μεταβολικές ανάγκες και ανάγκη για περιορισμό υγρών σε παιδιά με:

- α) συγγενείς καρδιοπάθειες
- β) χρόνια πνευμονοπάθεια
- γ) νεφρική ανεπάρκεια
- δ) κυστική ίνωση
- ε) δυστροφία
- στ) καρκίνο

Αντενδείξεις:

1. Δεν συνιστώνται για διαπυλωρική σίτιση.
2. Λόγω αυξημένης οσμωτικότητας και νεφρικού φορτίου δεν συνιστώνται για παιδιά <1 έτους.

9. Γάλατα με χαμηλή περιεκτικότητα πρωτεΐνης, νατρίου για νεφρική, ηπατική ανεπάρκεια

Τα γάλατα αυτά περιέχουν πρωτεΐνη 1-2g/dl, δεν περιέχουν νάτριο και έχουν χαμηλή περιεκτικότητα καλίου. Τα γάλατα για ηπατική ανεπάρκεια περιέχουν αμινοξέα διακλαδισμένης αλύσου και MCT.

10. Γάλατα για μεταβολικά νοσήματα

Υπάρχει πληθώρα γαλάτων για παιδιά με μεταβολικά νοσήματα, τα οποία σπάνια χρησιμοποιεί ο γενικός παιδίατρος. Ως βασική αρχή, αφαιρούνται ή μειώνονται τα συστατικά που δεν μεταβολίζονται είτε πρόκειται για αμινοξέα (π.χ. στην φαινυλκετονουρία), για λίπη (π.χ. διαταραχές στην οξείδωση των λιπαρών οξέων), για υδατάνθρακες (π.χ. στην έλλειψη γλυκόζης-γαλακτόζης).

Γενικά, τα ειδικά γάλατα έχουν συμβάλει στην αντιμετώπιση πολλών νοσημάτων στην παιδιατρική και έχουν αλλάξει την πορεία των ασθενειών. Συμπερασματικά, σε λίγα παιδιά δίδονται στοιχειακά γάλατα και γάλατα LF, σχεδόν καθόλου δεν δίδονται γάλατα HA και με φειδώ δίδονται αντιαναγωγικά γάλατα. Αποφεύγονται οι συχνές αλλαγές γαλάτων χωρίς να είναι γνωστή η αιτία, γιατί όχι σπάνια, αντί να βοηθήσουν μπορεί να βλάψουν.

6.1.1: Γάλατα 1^{ης} βρεφικής ηλικίας.⁹¹

ADAPTA 1 (GERBER)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει νουκλεοτίδια, 100% λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	70
Πρωτεΐνες (gr)	1,5 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,2 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,9 (80% φυτικά, 20% ζωικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	284
Αραίωση	1 μεζούρα / 30 ml

ALMIRON 1 (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει πρεβιοτικές ίνες, λακτόζη, οργανικά οξέα
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1.4 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,5 (7,4 gr λακτόζη, 0,1 gr οργανικά οξέα)
Λίπη (gr)	3,5 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	285
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

APTAMIL 1 (MILUPA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP's, πρεβιοτικές ίνες, νουκλεοτίδια,100% λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,4 (καζεΐνη 43%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,2 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,6 (95% φυτικά, 5% ζωικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	265
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

FRISOLAC H (FRIESLAND)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει νουκλεοτίδια, 100% λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,4
Υδατάνθρακες (gr)	7,4 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,5 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	280
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

GUIGOZ 1 (CANA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει σουκρόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,68(καζεΐνη 55%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,77 (λακτόζη 60%, μαλτοδεξτρίνες 20%, σουκρόζη 20%)
Λίπη (gr)	3,22 (φυτικά 70%, ζωικά 30%)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	231
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

MILUMIL 1(MILUPA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο
Ενέργεια (kcal)	75
Πρωτεΐνες (gr)	1,8(καζεΐνη 50%)
Υδατάνθρακες (gr)	8,7 (λακτόζη 83%, άμυλο 10%, μαλτοδεξτρίνες 7%)
Λίπη (gr)	3,6(100% φυτικά)
Ωσμωτικότητα (mosm/l)	285
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NAN 1 (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μειωμένο νεφρικό φορτίο
Ενέργεια(kcal)	68
Πρωτεΐνες(gr)	1,2 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,5 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,6 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	260
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NATIVA 1 (CANA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,75 (καζεΐνη 50%)
Υδατάνθρακες (gr)	6,9 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,62 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	225
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC 1 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Χαμηλή ωσμωτικότητα, περιέχει MCT
Ενέργεια (kcal)	65
Πρωτεΐνες (gr)	1,6(καζεΐνη 50%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,2 (70% λακτόζη, 25% μαλτοδεξτρίνες, 5%ολιγοσακχαρίτες)
Λίπη (gr)	3,3 (18,5% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	205
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC SATIETY 1 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο, χαμηλή ωσμωτικότητα
Ενέργεια (kcal)	67,1
Πρωτεΐνες (gr)	1,6(καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,2(50% λακτόζη, 25% μαλτοδεξτρίνες, 25% άμυλο καλαμποκιού)
Λίπη (gr)	3,6 (100% LCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	200
Αραίωση 1	μεζούρα/ 30 ml

S-26 GOLD 1 (WYETH)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP και νουκλεοτίδια, 100% λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες(gr)	1.5 (40% καζεΐνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7.2 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3.6 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	252
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

SANILAC 1 (ΓΙΩΤΗΣ)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP και νουκλεοτίδια, 100% λακτόζη
Ενέργεια(kcal)	67,3
Πρωτεΐνες(gr)	1,5 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,04 (100% λακτόζη)
Λίπη(gr)	3,6 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	304
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

SIMILAC Advance 1 (ABBOTT)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει νουκλεοτίδια
Ενέργεια(kcal)	68
Πρωτεΐνες(gr)	1,4
Υδατάνθρακες (gr)	7,3
Λίπη (gr)	3,65 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

6.1.2.: Γάλατα 2^{ης} βρεφικής ηλικίας.⁹¹

ADAPTA 2 (GERBER)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει νουκλεοτίδια, άμυλο
Ενέργεια (kcal)	73
Πρωτεΐνες (gr)	2,5(καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	8,8 (λακτόζη 53%, γλυκόζη 17%, μαλτοδεξτρίνες 11%, άμυλο 18%)
Λίπη (gr)	3,0 (80% φυτικά, 20% ζωικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	318
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

ALMIRON 2 (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει πρεβιοτικές ίνες
Ενέργεια (kcal)	70
Πρωτεΐνες (gr)	1,8(καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	8,0 (λακτόζη 98%, πολυσακχαρίτες και οργανικά οξέα)
Λίπη (gr)	3,4 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	295
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

APTAMIL 2 (MILUPA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP, πρεβιοτικές ίνες και νουκλεοτίδια, 100% λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	75
Πρωτεΐνες (gr)	2,1 (καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,8 (λακτόζη 100%)
Λίπη (gr)	4,0 (98% φυτικά, 2% ζωικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	295
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

FRISOMEL (FRIESLAND)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει νουκλεοτίδια, φρουκτόζη
Ενέργεια (kcal)	72
Πρωτεΐνες (gr)	2,3
Υδατάνθρακες (gr)	8,6 (λακτόζη 7,2gr, φρουκτόζη 1,4gr)
Λίπη (gr)	3,2 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	331
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

GUIGOZ 2 (CANA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει σουκρόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	2,64 (καζεΐνη 77%)
Υδατάνθρακες (gr)	8,12 (λακτόζη 48%, μαλτοδεξτρίνες 31,5%, σουκρόζη 20,5%)
Λίπη (gr)	2,62 (φυτικά 70%, ζωικά 30%)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	370
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

MILUMIL 2 (MILUPA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο, σουκρόζη
Ενέργεια (kcal)	77
Πρωτεΐνες (gr)	1,9(καζεΐνη 60%)
Υδατάνθρακες (gr)	9,2 (λακτόζη 60%, άμυλο 13,5%, σουκρόζη 13,5%, πολυσακχαρίτες)
Λίπη (gr)	3,4 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	280
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NAN 2 (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει Bifidus (προβιοτικά)
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	2,21 (καζεΐνη 60%, ορολευκωματίνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,9 (λακτόζη 77%, μαλτοδεξτρίνες 23%)
Λίπη (gr)	2,95 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NATIVA 2 (CANA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Λακτόζη 100%
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	2,24 (καζεΐνη 77%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,9 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	2,94 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	382
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC 2 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει MCT
Ενέργεια (kcal)	64,2
Πρωτεΐνες (gr)	1,8(καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,5 (70% λακτόζη, 25% μαλτοδεξτρίνες, 5% ολιγοσακχαρίτες)
Λίπη (gr)	3,0 (18,5% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	262
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC SATIETY 2 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο, χαμηλή οσμωτικότητα
Ενέργεια (kcal)	65,2
Πρωτεΐνες (gr)	2,0 (καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,1(50% λακτόζη, 25% μαλτοδεξτρίνες, 25% άμυλο)
Λίπη (gr)	3,2 (100% LCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	201
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

S-26 GOLD II (WYETH)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP και νουκλεοτίδια, χαμηλή οσμωτικότητα, 100% λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	2,2 (60% καζεΐνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,8 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,0 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	345
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

SANILAC 2 (ΓΙΩΤΗΣ)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP και νουκλεοτίδια, 100% λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	63,1
Πρωτεΐνες (gr)	2,2 (καζεΐνη 48%)
Υδατάνθρακες (gr)	6,9 (λακτόζη 100%)
Λίπη (gr)	2,88 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	327
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

SIMILAC ADVANCE 2 (ABBOTT)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει νουκλεοτίδια
Ενέργεια (kcal)	68
Πρωτεΐνες (gr)	1,5
Υδατάνθρακες (gr)	7,3 (κυρίως λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,6 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

6.1.3.: Γάλατα μετά το 1^ο χρόνο.⁹¹

ALMIRON 3 (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει πρεβιοτικές ίνες, σουκρόζη, άμυλο
Ενέργεια (kcal)	76
Πρωτεΐνες (gr)	1,9 (καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	9,6 (λακτόζη 6,7gr, σουκρόζη 1,2gr, άμυλο 1,3gr, άλλοι πολυσακχαρίτες 1,4 gr).
Λίπη (gr)	3,3 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	300
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

APTAMIL 3 (MILUPA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει πρεβιοτικές ίνες, σουκρόζη, άμυλο
Ενέργεια (kcal)	77
Πρωτεΐνες (gr)	1,9 (καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	9,7 (λακτόζη 6,7gr, σουκρόζη 1,3gr, άμυλο 1,3gr, άλλοι πολυσακχαρίτες 1,5 gr)
Λίπη (gr)	3,4(100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	300
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NESTLE ME BIFIDUS	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει Bifidus BL(προβιοτικά)
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	2,15 (καζεΐνη 77%)
Υδατάνθρακες (gr)	8,71 (λακτόζη 50%)
Λίπη (gr)	2,59 (80% milk fat, 20% soya oil)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC 3 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	-
Ενέργεια (kcal)	72,5
Πρωτεΐνες (gr)	2.5 (καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	9.5 (λακτόζη 43%, μαλτοδεξτρίνες 23%, φρουκτόζη 13.5%)
Λίπη (gr)	2.7 (33% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

S-26 PROGRESS (WYETH)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Χαμηλή περιεκτικότητα σε χοληστερόλη, περιέχει νουκλεοτίδια, σουκρόζη, άμυλο
Ενέργεια (kcal)	100
Πρωτεΐνες (gr)	3,2 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	14 (λακτόζη 33%, σουκρόζη 14%, άμυλο 5%)
Λίπη (gr)	3,3 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	356
Αραίωση	5 μεζούρες στα 175 ml νερού

6.1.4: Γάλατα χωρίς λακτόζη.⁹¹

AL 110 (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	χωρίς λακτόζη, περιέχει νουκλεοτίδια, χαμηλής οσμωτικότητας
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,68 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,55 (100% μαλτοδεξτρίνες)
Λίπη (gr)	3,33 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	185
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NATIVA LF (CANA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει νουκλεοτίδια, χαμηλή οσμωτικότητα
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,68 (40% καζεΐνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,55 (100% μαλτοδεξτρίνες)
Λίπη (gr)	3,33 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	185
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC AD (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Χωρίς λακτόζη, χαμηλής οσμωτικότητας, χαμηλό λίπος και ενέργεια. Περιέχει MCT, άμυλο ορύζης, φρουκτόζη
Ενέργεια (kcal)	62
Πρωτεΐνες (gr)	2,3 (100% καζεΐνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,1 (μαλτοδεξτρίνες 42,5%, άμυλο ορύζης 18,8%, φρουκτόζη, 14,5%, γλυκόζη 6%)
Λίπη (gr)	2,7 (18,5% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	135
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

S-26 L free (WYETH)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Χωρίς λακτόζη, περιέχει νουκλεοτίδια
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,5 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,2 (100% σιρόπι δημητριακών)
Λίπη (gr)	3,6
Οσμωτικότητα (mosm/l)	198
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

SANILAC FL (ΓΙΩΤΗΣ)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Χωρίς λακτόζη, περιέχει νουκλεοτίδια, χαμηλή οσμωτικότητα
Ενέργεια (kcal)	71
Πρωτεΐνες (gr)	1,6
Υδατάνθρακες (gr)	7,6 (100% μαλτοδεξτρίνες)
Λίπη (gr)	3,8 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	135
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

6.1.5: Γάλατα σόγιας.⁹¹

ISOMIL (ABBOTT)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Με βάση την πρωτεΐνη σόγιας, χωρίς λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	68
Πρωτεΐνες (gr)	1,8 (100% πρωτεΐνη σόγιας)
Υδατάνθρακες (gr)	6,9
Λίπη (gr)	3,69 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 60 ml

Nutrilon Soya (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Με βάση την πρωτεΐνη σόγιας, χωρίς λακτόζη, χαμηλής οσμωτικότητας. Περιέχει άμυλο.
Ενέργεια (kcal)	66
Πρωτεΐνες (gr)	1,8 (100% πρωτεΐνη σόγιας)
Υδατάνθρακες (gr)	8 (88% άμυλο, χωρίς λακτόζη, φρουκτόζη, γαλακτόζη)
Λίπη (gr)	3,6 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	150
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

6.1.6.: Αντιαναγωγικά γάλατα.⁹¹

ALMIRON A.R (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει χαρουπάλευρο
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,7 (καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	8,1 (λακτόζη 75%, πολυσακχαρίτες 25%)
Λίπη (gr)	3,1 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	260
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

FRISOLAC COMFORT (FRIESLAND)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει κόμμι χαρουπιού και νουκλεοτίδια
Ενέργεια (kcal)	64
Πρωτεΐνες (gr)	1,4
Υδατάνθρακες (gr)	7,6 (λακτόζη 93%)
Λίπη (gr)	3,4 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	270
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

GUIGOZ AR (CANA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο καλαμποκιού
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,7 (καζεΐνη 70%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,9 (λακτόζη 75,8%, άμυλο καλαμποκιού 24,2%)
Λίπη (gr)	3,14 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	251
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NAN A.R. (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο καλαμποκιού
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,74 (καζεΐνη 70%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,9 (λακτόζη 75,8%, άμυλο καλαμποκιού 24,2%)
Λίπη (gr)	3,14 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	239
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC A.R. 1 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο καλαμποκιού και MCT, χαμηλή ενέργεια.
Ενέργεια (kcal)	64,5
Πρωτεΐνες (gr)	1,7(καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,4 (λακτόζη 75%, άμυλο καλαμποκιού 25%)
Λίπη (gr)	3,1 (18,5% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	240
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC A.R. 2 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο καλαμποκιού, MCT, χαμηλό λίπος και ενέργεια.
Ενέργεια (kcal)	62
Πρωτεΐνες (gr)	2,1 (καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,3 (λακτόζη 75%, άμυλο καλαμποκιού 25%)
Λίπη (gr)	2,7 (18,5% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	265
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

S-26 GF (WYETH)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει άμυλο καλαμποκιού
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,6 (80% καζεΐνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,0 (λακτόζη 71%, άμυλο καλαμποκιού 26%)
Λίπη (gr)	3,6 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	207
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

6.1.7: Υποαλλεργικά γάλατα.⁹¹

6.1.7.1: Γάλατα με μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη

ALMIRON HA (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος, άμυλο
Ενέργεια (kcal)	74
Πρωτεΐνες (gr)	1,8 (πρωτεΐνη ορού γάλακτος 1,7gr)
Υδατάνθρακες (gr)	8,6 (λακτόζη 48%, άμυλο 14%, μαλτόζη, πολυσακχαρίτες)
Λίπη (gr)	3,6 (φυτικά 95%)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	270
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

APTAMIL HA (MILUPA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος, περιέχει LCP's, 100% λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,6 (100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,1 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,6 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	295
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

FRISOLAC HA (FRIESLAND)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,5 (100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,2 (λακτόζη 34,7%, σιρόπι γλυκόζης 65%)
Λίπη (gr)	3,5(100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	215
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NAN HA 1 (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,51 (100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,56 (λακτόζη 70%, μαλτοδεξτρίνη 30%)
Λίπη (gr)	3,41 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	196
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NAN HA 2 (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος, άμυλο
Ενέργεια (kcal)	72
Πρωτεΐνες (gr)	1,98 (100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	8,7 (λακτόζη 77%, άμυλο πατάτας 23%)
Λίπη (gr)	3,26 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	259
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NATIVA HA (CANA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,61 (100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,06 (λακτόζη 100%)
Λίπη (gr)	3,61 (97,4% φυτικά, 2,6% υδρολυμένο λίπος γάλακτος)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	196
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC HA 1 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος, άμυλο, MCT
Ενέργεια (kcal)	72,1
Πρωτεΐνες (gr)	1,6 (100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	7,4 (72,1% λακτόζη, 10,9% μαλτοδεξτρίνες, 15,7% άμυλο)
Λίπη (gr)	3,9 (18,5% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	250
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC HA 2 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος, άμυλο, MCT
Ενέργεια (kcal)	66,7
Πρωτεΐνες (gr)	1,5(100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	8,1(50% λακτόζη, 16,7% μαλτοδεξτρίνες, 28,2% άμυλο)
Λίπη (gr)	3,1(18,5% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

SIMILAC Advance HA (ABBOTT)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη γάλακτος, περιέχει νουκλεοτίδια, MCT, χωρίς λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	71
Πρωτεΐνες (gr)	1,87 (100% πρωτεΐνη ορού γάλακτος)
Υδατάνθρακες (gr)	7,88 (χωρίς λακτόζη, κυρίως μαλτοδεξτρίνες)
Λίπη (gr)	3,57 (20% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	199
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

6.1.7.2: Γάλατα με εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη

ALFARÉ (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη ορού γάλακτος, MCT, χαμηλή οσμωτικότητα, άμυλο
Ενέργεια (kcal)	72
Πρωτεΐνες (gr)	2,48 (80% πεπτίδια, 20% αμινοξέα)
Υδατάνθρακες (gr)	7,76 (κυρίως μαλτοδεξτρίνες, άμυλο πατάτας, ίχνη λακτόζης)
Λίπη (gr)	3,6 (50% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	175
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NUTRILON PEPTI (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη ορού γάλακτος
Ενέργεια (kcal)	66
Πρωτεΐνες (gr)	1,5 (85 % πεπτίδια, 15% αμινοξέα)
Υδατάνθρακες (gr)	6,9 (γλυκόζη, μαλτόζη, λακτόζη, πολυσακχαρίτες)
Λίπη (gr)	3,6 (97% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	220
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

PEPTI JUNIOR (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη ορού γάλακτος, MCT, αμελητέα ποσότητα λακτόζης, χαμηλή οσμωτικότητα
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,78(85 % πεπτίδια, 15% αμινοξέα)
Υδατάνθρακες (gr)	6,9 κυρίως πολυσακχαρίτες. 0,12gr λακτόζης
Λίπη (gr)	3,62 (50% φυτικά, 50% MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	190
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

PEPDITE (SHS)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη (μη προερχόμενη από γάλα), χωρίς λακτόζη, χορηγείται μέχρι τον 1 ^ο χρόνο
Ενέργεια (kcal)	71
Πρωτεΐνες (gr)	2,1 (ισοδύναμο πρωτεΐνης)
Υδατάνθρακες (gr)	7,8
Λίπη (gr)	3,5 (MCT 5%)
Οσμωτικότητα	237 mosm/ kg H ₂ O για διάλυμα με συγκέντρωση 15% βάρος/ όγκο
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

PEPDITE 1+ (SHS)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη (μη προερχόμενη από γάλα), χωρίς λακτόζη, χορηγείται μετά τον 1 ^ο χρόνο
Ενέργεια (kcal)	88
Πρωτεΐνες (gr)	2,8 (ισοδύναμο πρωτεΐνης)
Υδατάνθρακες (gr)	11,4
Λίπη (gr)	3,5 (MCT 35%)
Οσμωτικότητα	319 mosm/ kg H ₂ O για διάλυμα με συγκέντρωση 20% βάρος/ όγκο
Αραίωση	20gr με 100 ml

MCT PEPPDITE (SHS)	
Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος	
Ειδικά χαρακτηριστικά	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη(μη προερχόμενη από γάλα), 75% MCT, χωρίς λακτόζη, χορηγείται μέχρι τον 1 ^ο χρόνο
Ενέργεια (kcal)	68
Πρωτεΐνες (gr)	2 (ισοδύναμο πρωτεΐνης με 78% πεπτίδια και 22% αμινοξέα)
Υδατάνθρακες (gr)	8,8 (70% πολυσακχαρίτες, μαλτοτριόζη 16%, μαλτόζη 11%, δεξτρόζη 3%)
Λίπη (gr)	2,7 (MCT 75%, LCT 25%)
Οσμωτικότητα	260 mosm/ kg H ₂ O για διάλυμα με συγκέντρωση 15% βάρος/ όγκο
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

MCT PEPPDITE 1+ (SHS)	
Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος	
Ειδικά χαρακτηριστικά	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη(μη προερχόμενη από γάλα), 75% MCT, χωρίς λακτόζη, χορηγείται μετά τον 1 ^ο χρόνο
Ενέργεια (kcal)	91
Πρωτεΐνες (gr)	2,8 (ισοδύναμο πρωτεΐνης με 78% πεπτίδια και 22% αμινοξέα)
Υδατάνθρακες (gr)	11,8 (70% πολυσακχαρίτες, μαλτοτριόζη 16%, μαλτόζη 11%, δεξτρόζη 3%)
Λίπη (gr)	3,6 (MCT 75%, LCT 25%)
Οσμωτικότητα	460 mosm/ kg H ₂ O για διάλυμα με συγκέντρωση 20% βάρος/ όγκο
Αραίωση	1 μεζούρα/ 100 ml

6.1.8: Στοιχειακά γάλατα.⁹¹

NEOCATE (SHS)	
Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος	
Ειδικά χαρακτηριστικά	Ελεύθερα αμινοξέα (συνθετικά), χωρίς λακτόζη. Για παιδιά μέχρι τον 1 ^ο χρόνο
Ενέργεια (kcal)	71
Πρωτεΐνες (gr)	1,95(ισοδύναμο πρωτεΐνης)
Υδατάνθρακες (gr)	8,1 (81% πολυσακχαρίτες, μαλτοτριόζη 10%, μαλτόζη 7%)
Λίπη (gr)	3,5 (κορεσμένα 1gr, μονοακόρεστα 1,6gr, πολυακόρεστα 0,6gr)
Οσμωτικότητα	360 mosm/ kg H ₂ O για διάλυμα με συγκέντρωση 15% βάρος/ όγκο
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NEOCATE ADVANCE (SHS)	
Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος	
Ειδικά χαρακτηριστικά	Ελεύθερα αμινοξέα(συνθετικά), χωρίς λακτόζη. Για παιδιά μετά τον 1 ^ο χρόνο
Ενέργεια (kcal)	100
Πρωτεΐνες (gr)	2,5 (ισοδύναμο πρωτεΐνης)
Υδατάνθρακες (gr)	14,6 (81% πολυσακχαρίτες, μαλτοτριόζη 10%, μαλτόζη 7%)
Λίπη (gr)	3,5 (κορεσμένα 1gr, μονοακόρεστα 1,5gr, πολυακόρεστα 0,5gr)
Οσμωτικότητα	288 mosm/ kg H ₂ O για διάλυμα 100gr σκόνη σε 680ml H ₂ O
Αραίωση	1 μεζούρα/ 100 ml

NUTRI-JUNIOR (NUTRICIA)	
Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος	
Ειδικά χαρακτηριστικά	Ελεύθερα αμινοξέα, χωρίς λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	65
Πρωτεΐνες (gr)	1,4 (ισοδύναμο πρωτεΐνης)
Υδατάνθρακες (gr)	7,1 (100% μαλτοδεξτρίνες)
Λίπη (gr)	3,4 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	255
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

PREGOMIN (MILUPA)	
Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος	
Ειδικά χαρακτηριστικά	Ελεύθερα αμινοξέα σόγιας και κολλαγόνου, χωρίς λακτόζη. Περιέχει άμυλο και έχει χαμηλή οσμωτικότητα.
Ενέργεια (kcal)	75
Πρωτεΐνες (gr)	2,0 (ισοδύναμο πρωτεΐνης σόγιας και κολλαγόνου)
Υδατάνθρακες (gr)	8,6 (79% μαλτοδεξτρίνες, 21%άμυλο)
Λίπη (gr)	3,6 (100% φυτικό)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	182
Αραίωση	1 μεζούρα/30 ml

6.1.9: Γάλατα για πρόωρα-λιποβαρή νεογνά.⁹¹

NENATAL (NUTRICIA)	
Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος	
Ειδικά χαρακτηριστικά	Χαμηλό νεφρικό φορτίο και οσμωτικότητα, υψηλή θερμιδική αξία. Περιέχει LCP
Ενέργεια (kcal)	80,3
Πρωτεΐνες (gr)	2,2 (καζεΐνη 40%, πρωτεΐνη ορού 60%)
Υδατάνθρακες (gr)	8 (λακτόζη 50%, μαλτοδεξτρίνες 50%)
Λίπη (gr)	4,4 (φυτικά 90%)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	216
Νεφρικό φορτίο(mosm/l)	133
Αραίωση	Έτοιμο προς πόση

PRE NAN (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP και MCT, υδρολυμένες πρωτεΐνες, υψηλή θερμιδική αξία
Ενέργεια (kcal)	80
Πρωτεΐνες (gr)	2,32 (καζεΐνη 21,5%, πρωτεΐνη ορού 78,5%)
Υδατάνθρακες (gr)	8,58 (λακτόζη 65%, μαλτοδεξτρίνες 35%)
Λίπη (gr)	4,16 (MCT 38%)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	290
Νεφρικό φορτίο(mosm/l)	143,2
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

PREMATIL (MILUPA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP
Ενέργεια (kcal)	70
Πρωτεΐνες (gr)	2,4(καζεΐνη 40%, πρωτεΐνη ορού 60%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,7(λακτόζη 64%, μαλτοδεξτρίνες 35%)
Λίπη (gr)	4,4(φυτικά 93%)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	290
Νεφρικό φορτίο(mosm/l)	150
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

S-26 GOLD LBW RTF (WYETH)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP και MCT, υψηλή θερμιδική αξία
Ενέργεια (kcal)	82
Πρωτεΐνες (gr)	2,03 (40% καζεΐνη)
Υδατάνθρακες (gr)	8,6 (50% λακτόζη, 50% μαλτοδεξτρίνες)
Λίπη (gr)	4,4 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	260
Νεφρικό φορτίο (mosm/l)	134
Αραίωση	Έτοιμο προς πόση

6.1.10: Διάφορα γάλατα.⁹¹

NAN Sensitive (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη, χωρίς λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,5
Υδατάνθρακες (gr)	7,5 (100% μαλτοδεξτρίνες)
Λίπη (gr)	3,4
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NAN Sensitive (NESTLE)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη, χωρίς λακτόζη
Ενέργεια (kcal)	67
Πρωτεΐνες (gr)	1,5
Υδατάνθρακες (gr)	7,5 (100% μαλτοδεξτρίνες)
Λίπη (gr)	3,4
Οσμωτικότητα (mosm/l)	-
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC AC 1 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Χαμηλή περιεκτικότητα λακτόζης, MCT
Ενέργεια (kcal)	65,4
Πρωτεΐνες (gr)	1,6 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,3 (λακτόζη 31,5%, μαλτοδεξτρίνες 68,5%)
Λίπη (gr)	3,3 (18,5 % MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	220
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC AC 2 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Χαμηλή περιεκτικότητα λακτόζης, MCT, χαμηλή ενέργεια
Ενέργεια (kcal)	62,6
Πρωτεΐνες (gr)	2,1 (καζεΐνη 80%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,1 (λακτόζη 31,5%, μαλτοδεξτρίνες 68,5%)
Λίπη (gr)	2,9 (18,5 % MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	252
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC IT 1 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	100% λακτόζη, MCT
Ενέργεια (kcal)	70,7
Πρωτεΐνες (gr)	1,7 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	8,1 (100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	3,5 (18,5 % MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	269
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

NOVALAC IT 2 (MEDISPES)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml έτοιμου γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	100% λακτόζη, χαμηλό λίπος και ενέργεια, περιέχει MCT
Ενέργεια (kcal)	62,2
Πρωτεΐνες (gr)	2,0(καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,4(100% λακτόζη)
Λίπη (gr)	2,8(18,5 % MCT)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	288
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

OMNEO 1 (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη, χαμηλή περιεκτικότητα λακτόζης, περιέχει πρεβιοτικές ίνες, άμυλο, για την 1 ^η βρεφική ηλικία
Ενέργεια (kcal)	70
Πρωτεΐνες (gr)	1,7 (100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	8,4 (λακτόζη 35%, άμυλο 18%, πολυσακχαρίτες 35%)
Λίπη (gr)	3,3 (95% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	260
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

OMNEO 2 (NUTRICIA)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Μερικώς υδρολυμένη πρωτεΐνη, χαμηλή περιεκτικότητα λακτόζης, περιέχει πρεβιοτικές ίνες, άμυλο, για 2 ^η βρεφική ηλικία
Ενέργεια (kcal)	72
Πρωτεΐνες (gr)	1,9 (100% ορολευκωματίνη)
Υδατάνθρακες (gr)	8,7 (λακτόζη 35%, άμυλο 23%, πολυσακχαρίτες 31%)
Λίπη (gr)	3,3 (95% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	290
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

SANILAC AC (ΓΙΩΤΗΣ)	
	Περιεκτικότητα ανά 100ml γάλακτος
Ειδικά χαρακτηριστικά	Περιέχει LCP, νουκλεοτίδια. Σχετικά χαμηλή περιεκτικότητα λακτόζης
Ενέργεια (kcal)	71,5
Πρωτεΐνες (gr)	1,7 (καζεΐνη 40%)
Υδατάνθρακες (gr)	7,5 (λακτόζη 60%, μαλτοδεξτρίνες 40%)
Λίπη (gr)	3,9 (100% φυτικά)
Οσμωτικότητα (mosm/l)	225
Αραίωση	1 μεζούρα/ 30 ml

6.2: Σύγκριση εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος-μητρικού γάλακτος

Η σύσταση του μητρικού γάλακτος διαφέρει από τη σύσταση του αγελαδινού γάλακτος, γι' αυτό και η κατανάλωσή του δεν συνίσταται σε βρέφη μικρότερα του ενός έτους. Το μητρικό και το αγελαδινό γάλα παρέχουν τις ίδιες θερμίδες ανά 30ml, όμως η περιεκτικότητά τους σε θρεπτικά συστατικά που προσδίδουν αυτή διαφέρει. Για παράδειγμα, οι πρωτεΐνες προσδίδουν το 6-7% της ενέργειας στο μητρικό γάλα και το 20% στο αγελαδινό. Το μητρικό γάλα περιέχει 60% πρωτεΐνες ορού (κυρίως λακταλβουμίνες) και 40% καζεΐνη, σε αντίθεση με το αγελαδινό που περιέχει 20% πρωτεΐνες ορού και 80% καζεΐνη. Η καζεΐνη πέπτεται δυσκολότερα στο στομάχι του βρέφους, σε σύγκριση με τη λακταλβουμίνη, ευνοώντας την ταχεία γαστρική κένωση. Επίσης, στο μητρικό γάλα υπάρχουν σε μεγαλύτερη συγκέντρωση τα αμινοξέα ταυρίνη και κυστεΐνη, τα οποία είναι απαραίτητα για τα πρόωρα βρέφη. Η λακτόζη που περιέχεται στο μητρικό γάλα προσδίδει το 42% της ενέργειας, ενώ στο αγελαδινό μόνο το 30%.

Τα λίπη που περιέχονται στο μητρικό και στο αγελαδινό γάλα προσδίδουν το 50% της ενέργειας, όπου το λιπαρό οξύ με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση είναι το ολεϊκό. Το λινολεϊκό οξύ, το οποίο είναι απαραίτητο, προσδίδει το 4% της ενέργειας στο μητρικό γάλα και μόνο το 1% της ενέργειας στο αγελαδινό. Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε χοληστερόλη είναι 7-47mg/dl, ενώ του αγελαδινού 10-35mg/dl. Επιπλέον, το μητρικό γάλα περιέχει μία λιπάση που ενεργοποιείται από τα χολικά άλατα και μία λιποπρωτεϊνική λιπάση που βοηθούν στην υδρόλυση των τριγλυκεριδίων του γάλακτος.

Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε υδατοδιαλυτές βιταμίνες εξαρτάται από τη διατροφή της θηλάζουσας. Το αγελαδινό γάλα περιέχει ικανοποιητικά ποσά βιταμίνης του συμπλέγματος B, αλλά ελάχιστα ποσά βιταμίνης C. Η περιεκτικότητα σε βιταμίνη A είναι επαρκής και στα δύο είδη γάλακτος. Το μητρικό γάλα αποτελεί πλουσιότερη πηγή βιταμίνης E, διότι περιέχει 2 IU/l (2mg α-τοκοφερόλης). Όσον αφορά τη βιταμίνη D το μητρικό γάλα περιέχει πέντε μεταβολίτες της παρέχοντας 40-50 IU/l (1-1,25 μg χολεκαλσιφερόλης), όμως η ανάγκη για επιπρόσθετη βιταμίνη D μεγαλώνει με την αύξηση της ηλικίας του βρέφους. Το αγελαδινό γάλα συνήθως εμπλουτίζεται με 400 IU/l (10 μg χολεκαλσιφερόλης) της βιταμίνης D.

Η περιεκτικότητα σε σίδηρο στο μητρικό και στο αγελαδινό γάλα είναι μικρή (0,3mg/l), όμως στο μητρικό απορροφάται περίπου το 49%, ενώ στο αγελαδινό λιγότερο από το 1%. Επίσης, η βιοδιαθεσιμότητα του ψευδαργύρου είναι μεγαλύτερη στο μητρικό σε σχέση με το αγελαδινό γάλα. Το αγελαδινό γάλα περιέχει τριπλάσια ποσότητα ασβεστίου, εξαπλάσια ποσότητα φωσφόρου και διπλάσια ποσότητα φθορίου σε σχέση με το μητρικό.

Η περιεκτικότητα του νατρίου και του καλίου στο μητρικό γάλα είναι περίπου το 1/3 με αυτή του αγελαδινού, με αποτέλεσμα να μειώνεται το νεφρικό φορτίο. Η οσμωτικότητα του μητρικού γάλακτος είναι κατά μέσο όρο 286 mOsm/kg, ενώ του αγελαδινού 400 mOsm/kg.

Το μητρικό γάλα περιέχει μακροφάγα T και B λεμφοκύτταρα, αντιμικροβιακούς παράγοντες, IgA, λακτοφερρίνη και άλλα, ορμόνες, ένζυμα και αυξητικούς παράγοντες. Πιο αναλυτικά περιέχει:

- Εκκρηκτική IgA: Παθητική ανοσολογική προστασία μέσω του εντερομαστικού ανοσοποιητικού συστήματος.
- Λακτοφερρίνη: Σιδηροδεσμευτική πρωτεΐνη, ελαττώνει τα σημεία δέσμευσης του σιδήρου στα οποία δεσμεύονται σιδηροεξαρτώμενοι παθογόνοι οργανισμοί.
- Αυσοζύμη: Αντιμικροβιακός παράγοντας
- Λακτοβάκιλος bifidus: Προάγει την ανάπτυξη ωφέλιμων βακτηρίων, εμποδίζει την ανάπτυξη εντεροπαθογόνων.
- Λευκά αιμοσφαίρια: Συμπεριλαμβάνουν τα μακροφάγα και τα λεμφοκύτταρα, τα οποία αμύνονται στις λοιμώξεις.⁹²

Τέλος, η σύσταση μητρικού γάλακτος αλλάζει βάσει των αναγκών του βρέφους (πρωτόγαλα, μεταβατικό και ώριμο γάλα, γάλα πρόωρου έναντι τελειόμηνου βρέφους) και επίσης, υφίσταται αλλαγές μεταξύ κάθε σίτισης, από το πρωί μέχρι το απόγευμα και κατά τη διάρκεια του θηλασμού.⁹²

Θρεπτικά συστατικά	Πρωτόγαλα	Ωριμο γάλα	Αγελαδινό γάλα
Ενέργεια (Kcal/100ml)	67	67	67
Υδα/κες (Λακτόζη- gm/dl)	5.7	7.1	7.0-8.5
Πρωτεΐνη (gm/dl)	2.9	1.06	1.5-2.2
Καζεΐνη/πρωτεΐνες ορού	40:60	40:60	80:20
Λίπος (gm/dl)	2.95	4.54	3.5-4.5
Νάτριο (g/l)	0.50	0.17	0.25
Κάλιο (g/l)	0.74	0.51	0.80
Χλώριο (g/l)	0.59	0.37	0.57
Ασβέστιο (g/l)	0.48	0.34	46-73
Φώσφορος (g/l)	0.16	0.14	32-56
Ασβέστιο/ Φώσφορος	3.1	2.4	1.3-1.5
Μαγνήσιο (g/l)	0.04	0.03	5.6
Χαλκός (mg/l)	1.34	0.51	0.40
Ψευδάργυρος (mg/l)	5.59	1.18	5.0
Ιώδιο (mg/l)	0	0.06	0.01
Σίδηρος (mg/l)	1.0	0.50	0.15
Βιταμίνη A (mg/l)	1.61	0.61	1.5
Βιταμίνη D (IU)	0	4-100	41-50
Τοκοφερόλη (mg/l)	14.8	2.4	8
Θειαμίνη (mg/l)	0.02	0.14	0.47
Ριβοφλαβίνη (mg/l)	0.30	0.37	1.0
Βιταμίνη (mg/l)	0	0.18	0.50
Νικοτινικό οξύ (mg/l)	0.75	1.83	6.7
Βιταμίνη B ₁₂ (μg/l)	0.06	0.34	2.0
Παντοθενικό οξύ (mg/l)	1.83	2.46	3.0
Φυλλικό οξύ (μg/l)	5.0	14.0	10-13
Βιταμίνη C (mg/l)	72	52	6.7
Οσμωτικότητα	290-300	280-300	300-380

6.3: Οφέλη μητρικού θηλασμού

Οφέλη για την υγεία του βρέφους^{92,78}:

Προστασία του βρέφους στα κάτωθι νοσήματα:

- Διάρροια
- Μέση Ωτίτιδα
- Λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος
- Βακτηραιμία
- Βακτηριακή μηνιγγίτιδα
- Αλλαντίαση
- Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος
- Νεκρωτική εντεροκολίτιδα
- Σύνδρομο δυσαπορρόφησης
- Δυσανεξία στο γάλα της αγελάδας
- Σηψαιμία
- Ανεπάρκεια της IgA ανοσοσφαιρίνης
- Μεταμόσχευση μυελού των οστών
- Κοιλιοκάκη

- Σακχαρώδη διαβήτη τύπου I & II
- Ελάττωση της συχνότητας του παιδικού καρκίνου
- Πρόληψη για μελλοντικό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου

Πιθανή προστασία έναντι:

- Αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS)
- Νόσου του Crohn
- Ελκώδους κολίτιδας
- Λεμφώματος
- Λευχαιμίας
- Ασθένειας Hodgkin (καρκίνος ήπατος)
- Υπερχοληστερολαιμίας
- Άσθματος
- Αλλεργικών παθήσεων
- Άλλων χρόνιων πεπτικών παθήσεων

Άλλα οφέλη:

- Καλύτερη θρέψη, αύξηση και ανάπτυξη
- Αύξηση επιβίωσης πρόωρων
- Αύξηση του δείκτη νοημοσύνης
- Χαμηλό κίνδυνο επιμόλυνσης της τροφής καθώς αυτή παρέχεται απευθείας από το μαστό
- Μείωση της τερηδόνας
- Πρόληψη παχυσαρκίας

Οφέλη για την υγεία της μητέρας:

- Αύξηση των επιπέδων ωοτοκίνης, οδηγώντας σε μείωση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, ταχεία επαναφορά της μήτρας.
- Καθυστέρηση της ωορρηξίας και αύξηση της απόστασης μεταξύ δυο διαδοχικών κυήσεων.
- Βελτίωση της επανασβέστωσης των οστών μετά τον τοκετό
- Ελάττωση των καταγμάτων του ισχύου στη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο.
- Ο θηλασμός βοηθάει την μητέρα να χάσει τα επιπλέον κιλά που πήρε κατά την εγκυμοσύνη, καθώς συνεπάγεται με μία αξιοσημείωτη κατανάλωση θερμίδων.
- Στατιστικά έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες που έχουν θηλάσει είναι λιγότερο επιρρεπείς στον καρκίνο του μαστού και μήτρας.

Κοινωνικοοικονομικά:

- Οι γονείς έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο να αφιερώσουν στο νεογέννητο και στα αδέρφια του, καθώς δεν απαιτείται χρόνος παρασκευής της τροφής
- Μειωμένα περιστατικά απουσίας προσωπικού, λόγω λιγότερων περιστατικών βρεφικών/παιδικών ασθενειών.
- Μειωμένες απώλειες οικογενειακού εισοδήματος, λόγω απουσιών από τη δουλειά.
- Μειωμένα έξοδα νοσηλείας λόγω μειωμένης βρεφικής/παιδικής θνητότητας, μειωμένη διανομή έτοιμων γαλάτων
- Εξοικονόμηση πολύτιμων διαθέσιμων πηγών, όπως καθαρό πόσιμο νερό και καύσιμες ύλες. Για να παρασκευαστεί το τεχνητό γάλα με το οποίο θα τραφεί το βρέφος, απαιτούνται 3 λίτρα νερό κάθε μέρα (1 λίτρο που θα αναμιχθεί με τη σκόνη γάλακτος και 2 λίτρα για την αποστείρωση του μπουκαλιού)

7.1: Οργανώσεις και νομοθετικά μέτρα

Το 1956 στις Ηνωμένες Πολιτείες ιδρύθηκε ο Διεθνής Σύνδεσμος Θηλασμού (La Leche League International), ο οποίος είναι μια μη κερδοσκοπική οργάνωση, από επτά μητέρες που ήθελαν να γίνει ο θηλασμός πιο ικανοποιητικός για την μητέρα και το παιδί της. Σήμερα ο Σύνδεσμος Θηλασμού La Leche League διαθέτει ομάδες σε 60 χώρες του κόσμου.

Ο Σύνδεσμος Θηλασμού La Leche league προσφέρει πληροφορίες, υποστήριξη και ενθάρρυνση, κυρίως με προσωπικές συμβουλές, στις γυναίκες που θέλουν να θηλάσουν τα παιδιά τους. Πλαισιώνεται από μια Επιστημονική Συμβουλευτική Επιτροπή που αποτελείται από 43 ειδικούς (γιατρούς, ψυχολόγους κλπ) και οι οποίοι προσφέρουν και βοήθεια όποτε χρειαστεί.

Ο Σύνδεσμος Θηλασμού La Leche League είναι η μεγαλύτερη και παλαιότερη οργάνωση θηλασμού στον κόσμο και συμβουλευει την UNICEF και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) πάνω σε θέματα θηλασμού. Διανέμει πάνω από 3 εκατομμύρια έντυπα και βιβλία κάθε χρόνο, μερικά από τα οποία έχουν μεταφραστεί σε 30 γλώσσες.

Η Σύμβουλος του Συνδέσμου Θηλασμού La Leche League είναι πρώτα από όλα μια μητέρα με πείρα πάνω στο θηλασμό, που έχει θηλάσει ένα ή περισσότερα μωρά και είναι πρόθυμη να μοιραστεί τις γνώσεις και τον ενθουσιασμό της για το θηλασμό. Η Σύμβουλος Θηλασμού έχει εκπαιδευτεί για να μπορεί να βοηθήσει μητέρες να μάθουν την τέχνη του θηλασμού και συνεχίζει να ενημερώνεται μέσα στον οργανισμό της για τις τελευταίες εξελίξεις πάνω σε θέματα θηλασμού. Προσφέρει τις υπηρεσίες της εθελοντικά και εκτός από τις προγραμματισμένες μηνιαίες συναντήσεις, δέχεται τηλεφωνήματα από μητέρες οποιαδήποτε μέρα και ώρα. Ο Σύνδεσμος Θηλασμού La Leche League εκπροσωπείται στην Ελλάδα από τον Σύνδεσμο Θηλασμού Ελλάδος.⁹³

Τα τελευταία 20 χρόνια η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ασχολείται και αυτή με την προώθηση του Μητρικού Θηλασμού και μάχεται ενάντια στο καθεστώς των εταιριών παρασκευής υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

Το 1981 η Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας υιοθέτησε τον «Διεθνή Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος» ομόφωνα (εκτός των ΗΠΑ), με σκοπό τον έλεγχο της προώθησης αυτών των σκευασμάτων και κατά συνέπεια την πρόληψη της ευρείας διάδοσής τους. Οι διατάξεις που περιλαμβάνει αναφέρονται συνοπτικά στον Πίνακα 7. Χρειάστηκαν 10 χρόνια ώστε η Ευρωπαϊκή Ένωση να θεσπίσει σχετικό νόμο, ο οποίος αφορούσε αποκλειστικά το γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας (τεχνητό γάλα που χρησιμοποιείται στους 6 πρώτους μήνες).⁹⁴

Το 1990, 32 κυβερνήσεις υπέγραψαν την «Διακήρυξη του Innocenti» στη Φλωρεντία της Ιταλίας, η οποία υποστηρίχθηκε από τον ΠΟΥ και την UNICEF. Οι τέσσερις στόχοι της Διακήρυξης του Innocenti ήταν μέχρι το 1995 οι εξής:⁹⁵

1. Η καθιέρωση Εθνικού Συντονιστή και Εθνικής Επιτροπής για το Μητρικό Θηλασμό.
2. Η εφαρμογή των 10 βημάτων για το Μητρικό Θηλασμό σε όλα τα Μαιευτήρια.
3. Η εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα στο σύνολό του
4. Η ενεργοποίηση νομοθεσίας για την προστασία των δικαιωμάτων της εργαζόμενης μητέρας που θηλάζει.

Το 1991 η ΠΟΥ δημοσίευσε μια αναφορά με τίτλο «Οδηγίες για την εφαρμογή πρακτικών μητρικού θηλασμού». Ο σκοπός αυτής της μελέτης που περιγράφηκε στην αναφορά ήταν να εκτιμήσει τα επίπεδα μητρικού θηλασμού παγκοσμίως με βάση κοινά κριτήρια και να συγκρίνει τα επίπεδα αυτά μετά από κάθε διαφημιστική εκστρατεία.

Το 1992, η ΠΟΥ και η UNICEF δημιουργούν την Πρωτοβουλία των “Baby Friendly Hospitals” (BFH-Φιλικών για τα Βρέφη Νοσοκομείων), η οποία βασίστηκε στην εφαρμογή του κανόνα «10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό».

Εν τω μεταξύ, πάνω από 15000 νοσοκομεία σε περισσότερες από 171 χώρες σε όλο τον κόσμο κέρδισαν το δικαίωμα να χαρακτηριστούν BFH, αλλά τα δύο τρίτα αυτών των νοσοκομείων βρίσκονται σε αναπτυσσόμενες χώρες. Μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών, η Βόρειος Αμερική και η Βόρειος Ευρώπη προπορεύονται κατά πολύ, ενώ στην Κεντρική και Νότια Ευρώπη τέτοιου τύπου νοσοκομεία μετρώνται στα δάκτυλα του ενός χεριού! (Πίνακας 7,1).

Το 2001, η ΠΟΥ οργάνωσε ένα εξειδικευμένο συμβούλιο για τη συλλογή όλων των δημοσιευμένων ερευνών στην ιατρική βιβλιογραφία που αφορούσαν την ιδανική διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Αποτέλεσμα των ερευνών αυτών ήταν η διαπίστωση πως ο μητρικός θηλασμός για τους 6 πρώτους μήνες υπερέρχει του αντίστοιχου των 4 μηνών, μόνο σε ότι αφορά τον κίνδυνο γαστρεντερικών λοιμώξεων.

Το 2002, δύο παγκοσμίου εμβέλειας πρωτοβουλίες ήταν σε εξέλιξη: η πρώτη αφορούσε τη θέσπιση νέων διεθνών τιμών αναφοράς για την ανάπτυξη των παιδιών που θήλασαν, με σκοπό την μετέπειτα σύγκρισή τους με αυτές των παιδιών που τράφηκαν με άλλους τρόπους κατά την πρώτη βρεφική ηλικία. Η δεύτερη πρωτοβουλία αφορούσε τη σύσταση μιας Παγκόσμιας Στρατηγικής για τη Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού.

Η Παγκόσμια Στρατηγική υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη-μέλη της ΠΟΥ το Μάιο του 2002 και λαμβάνει υπόψη τις ειδικές ανάγκες των παιδιών που βιώνουν αντίξοες συνθήκες ζωής και περιλαμβάνει πολιτικές για τη συμπληρωματική διατροφή.

Η Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού έχει ακόμα συμπεριλάβει και λάβει υπόψη:⁹⁵

- Το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος (1981).
- Τις αποφάσεις Παγκοσμίων Διασκέψεων Υγείας.
- Την Διακήρυξη του Innocenti για την Προστασία, την Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού (1990).
- Την Πρωτοβουλία της ΠΟΥ/UNICEF για το «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο» (1992).
- Την Παγκόσμια Διακήρυξη και το Σχέδια Δράσης για τη Διατροφή (FAO/ΠΟΥ, 1992).
- Το πρώτο Σχέδιο Δράσης για τα Τρόφιμα και τη Διατροφική Πολιτική που δημοσιεύτηκε από το Ευρωπαϊκό Γραφείο της ΠΟΥ για τα χρόνια 2000-2005.

Το Σχέδιο Δράσης είναι η λογική προέκταση των παραπάνω προγραμμάτων, προτάσεων και αποφάσεων. Προσφέρει ένα πρακτικό εργαλείο για την πραγματοποίηση των στόχων και των προσδοκιών τους.

Πίνακας 7: Αποφάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Υγείας πάνω στον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος⁹⁴

♦ Απαγορεύεται η διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σε νοσοκομειακούς ή άλλους χώρους υγείας και στο κοινό.

Η διαφήμιση ενός προϊόντος είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να μεταφέρει ένα μήνυμα, με το οποίο θα πείσει τον πελάτη για να το αγοράσει. Δεν αποτελεί έναν αντικειμενικό τρόπο προβολής πληροφοριών για το προϊόν. Οι διαφημίσεις δε μπορούν από την φύση τους να πουν όλη την αλήθεια και συνήθως μεταφέρουν μόνο τα μηνύματα που θέλει να περάσει ο κατασκευαστής του προϊόντος. Αν τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος διαφημίζονται στα νοσοκομεία, υποθάλπονται τα μηνύματα του νοσοκομείου για την προαγωγή της υγείας και έτσι υποδηλώνεται ότι το σύστημα υγείας επιδοκιμάζει το προϊόν. Η διαφήμιση ξένου γάλακτος υπονομεύει την αυτοπεποίθηση της μητέρας στο δικό της γάλα και αντιπροτείνει το ξένο γάλα σαν αποδεκτό και βολικό υποκατάστατο. Σκεφτείτε τις συνέπειες αν ένα νοσοκομείο αποφάσιζε να τοποθετήσει διαφημίσεις για το κάπνισμα.

♦ Απαγορεύεται η διανομή δωρεάν δειγμάτων στις μητέρες και στις έγκυες που να περιέχουν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος.

Η διανομή δειγμάτων είναι ένας από τους αποτελεσματικότερους τρόπους προαγωγής ενός προϊόντος. Η διανομή δωρεάν δειγμάτων υποκατάστατων μητρικού γάλακτος είναι πολύ πιθανό να υπονομεύσει το θηλασμό, ίσως περισσότερο και από τη διαφήμιση.

♦ Απαγορεύεται η δωρεάν ή με μειωμένη τιμή προμήθεια βρεφικού γάλακτος σε νοσοκομεία και μαιευτήρια.

Οι περισσότερες μητέρες που δίνουν ξένο γάλα, θα συνεχίσουν να χρησιμοποιούν τη μάρκα

του γάλακτος που χρησιμοποιείται και στο μαιευτήριο. Οι εταιρείες επομένως συναγωνίζονται για να προμηθεύσουν με το δικός τους γάλα τα νοσοκομεία και σε μερικές χώρες προμηθεύουν το γάλα τους δωρεάν ή με πολύ μεγάλη έκπτωση (σε πολλές περιπτώσεις πληρώνοντας το νοσοκομείο γι' αυτό το προνόμιο). Επιπλέον, προσφέρουν πληρωμές στο νοσοκομείο για κάθε μωρό που τρέφεται με το δικό τους γάλα.

♦ Απαγορεύεται η επαφή των μητέρων με τους αντιπροσώπους των εταιριών βρεφικού γάλακτος.

Οι αντιπρόσωποι των εταιριών πληρώνονται για να προωθούν τα προϊόντα της εταιρίας τους. Πολλές φορές προσφέρονται να παρέχουν εκπαιδευτικές υπηρεσίες ή συμβουλές στις μητέρες, που πιθανόν να μην είναι αμερόληπτες.

♦ Τα πληροφοριακά φυλλάδια που απευθύνονται σε μητέρες πρέπει να υπόκεινται σε περιορισμούς.

Όταν επιτρέπεται στις εταιρείες να παρέχουν πληροφοριακά φυλλάδια στις μητέρες, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούν αυτή την ευκαιρία για να προωθούν τα προϊόντα τους. Θα πρέπει να αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και η ανωτερότητα του μητρικού γάλακτος όπως και οι αρνητικές επιπτώσεις στο θηλασμό της χορήγησης συμπληρωμάτων με το μπουκάλι και η δυσκολία να αντιστραφεί η απόφαση μιας μητέρας να μην θηλάσει. Οι πληροφορίες για το πώς παρασκευάζεται το ξένο γάλα, θα πρέπει να περιέχονται στα φυλλάδια μόνον αν κρίνεται απαραίτητο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, τα φυλλάδια θα πρέπει να αναφέρουν πληροφορίες για το συνολικό κόστος από τη χρήση του προϊόντος και τα ενδεχόμενα προβλήματα υγείας από άσκοπη ή λανθασμένη χρήση του.

♦ Δεν πρέπει οι εταιρίες να προσφέρουν δώρα στο ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα δώρα αποσκοπούν στο να δημιουργήσουν ένα κλίμα καλής θελήσεως μεταξύ του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού και των αντιπροσώπων των εταιριών, αλλά στην ουσία είναι ένα μέσο για την προώθηση των προϊόντων τους. Μερικά από τα δώρα των εταιριών είναι αντικείμενα που οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία τα βρίσκουν χρήσιμα για την δουλειά τους και μερικές φορές βασίζονται στις εταιρίες για την προμήθεια τους. Αν οι μητέρες δουν το ιατρό-νοσηλευτικό να χρησιμοποιεί τέτοια δώρα όπως στυλό, φλιτζάνια, συνταγολόγια κτλ που φέρουν το όνομα και το σήμα της εταιρείας επάνω τους, τότε η εταιρεία έχει χρησιμοποιήσει πετυχημένα τους εργαζόμενους για να προωθήσει τα προϊόντα της.

♦ Απαγορεύεται η διανομή δωρεάν δειγμάτων βρεφικού γάλακτος στο ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό.

Είναι πολύ πιθανό τα δείγματα αυτά να καταλήξουν στις μητέρες. Δωρεάν δείγματα μπορούν να δοθούν για αποκλειστικά επαγγελματική εκτίμηση ή ερευνητικούς σκοπούς μέσα στο νοσοκομείο. Θα πρέπει να συνοδεύονται από τις σχετικές οδηγίες, περιλαμβανομένου του ερευνητικού πρωτοκόλλου ή της αναφοράς των ευρημάτων της έρευνας.

♦ Τα ενημερωτικά φυλλάδια που απευθύνονται στο ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να περιορίζονται σε επιστημονικές και συγκεκριμένες πληροφορίες.

Οι διαφημιστές είναι επαγγελματίες που εγγυώνται ότι τα διαφημιστικά τους μηνύματα είναι πολύ εκλεπτυσμένα και αποτελεσματικά, αφού απευθύνονται σε επαγγελματίες στο χώρο της υγείας. Δυστυχώς, πολλοί από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά βασίζονται στις πληροφορίες που τους παρέχουν οι εταιρείες. Αν πρόκειται όμως να δοθούν ισορροπημένες και ακριβείς συμβουλές στις μητέρες, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται ολοκληρωμένη πληροφόρηση, η οποία είναι αξιόπιστη και απαλλαγμένη από διαφημιστικά μηνύματα.

♦ Απαγορεύονται οι φωτογραφίες μωρών πάνω σε ετικέτες και διαφημιστικά των εταιριών ξένου γάλακτος.

Οι φωτογραφίες ευτυχισμένων, υγιών νηπίων πάνω στα κουτιά γάλακτος έχουν σκοπό τη σύνδεση του προϊόντος με την ευεξία των μωρών. Οι μητέρες ενθαρρύνονται να πιστέψουν ότι και τα δικά τους μωρά θα γίνουν εξίσου υγιή αν χρησιμοποιήσουν το προϊόν. Άλλες εικόνες στις ετικέτες όπως αρκουδάκια ή άλλα παιχνίδια, έχοντας συχνά ανθρώπινη μορφή

χρησιμοποιούνται επίσης συχνά για να παρουσιάσουν το προϊόν ως ιδεώδες. Ούτε αυτές οι εικόνες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται. Οι ετικέτες πρέπει να αναγράφουν την προειδοποίηση ότι ο θηλασμός είναι ο καλύτερος και ότι το ξένο γάλα πρέπει να χρησιμοποιείται έπειτα από εντολή γιατρού.

♦ Τι γίνεται με τις ετικέτες άλλων προϊόντων;

Θα πρέπει να αναγραφούν λεπτομερώς τις απαραίτητες πληροφορίες για τη σωστή χρήση των προϊόντων. Δε θα πρέπει να αποθαρρύνουν το θηλασμό. Ο Κώδικας είναι κάπως αόριστος για άλλα προϊόντα εκτός από το γάλα σκόνη. Δεν αναφέρεται στο είδος των πληροφοριών που πρέπει να περιλαμβάνουν. Τα μπιμπερό και οι πιπίλες είναι ίσως το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός θέματος που συνήθως αγνοείται. Για παράδειγμα, θα πρέπει στις οδηγίες τους για την σωστή χρήση μπιμπερό και θηλών να περιλαμβάνονται συμβουλές για σωστή αποστείρωση και η προειδοποίηση ότι δεν πρέπει να μένει μόνο του το μωρό με το μπιμπερό, γιατί υπάρχει κίνδυνος πνιγμού.

Πίνακας 7,1: «Φιλικά για τα Βρέφη Νοσοκομεία» ανά χώρα και κάλυψη των γεννήσεων. (2003)

Country	BFHs/total hospitals	% of births in BFHs	Teaching BFHs
Austria	14/110	12	✓
Belgium	0/107	0	
Bulgaria	5/127	8	✓
Switzerland	46/150	40	✓
Czech Republic	30/116	23	✓
Germany	18/1100	3	✓
Denmark	11/35	22	✓
Estonia	1/17	2	
Spain	8/498	1.5	✓
Finland	4/35	7	
France	2/800	0.3	
United Kingdom	44/305	15*	✓
Greece	0	0	
Hungary	9/100	11	✓
Ireland	0/22	0	
Iceland	0/15	0	
Italy	7/700	1	
Lithuania	3/54	12	
Luxembourg	2/6	35	✓
Latvia	4/30	8	
Malta	0/3	0	
Netherlands	24/200	25	✓
Norway	36/57	75	✓
Poland	50/434	12	✓
Portugal	0/60	0	
Romania	10/237	5	✓
Sweden	52/52	100	✓
Slovenia	10/14	85	✓
Slovak Republic	11/72	30	✓

7.1.1: Ενέργειες σήμερα σε ευρωπαϊκό επίπεδο

Το θέμα του Μητρικού Θηλασμού κατέχει μια σημαντική θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Το 2000, το πρόγραμμα EURODIET περιείχε ως σημαντική σύσταση τη δημιουργία και εφαρμογή ενός Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης για το Μητρικό Θηλασμό. Τον Δεκέμβριο του 2000, η ΕΕ κατοχύρωσε απόφαση του Συμβουλίου για τη Διατροφή και την Υγεία, στην οποία ο Μητρικός Θηλασμός αναγνωρίστηκε ως προτεραιότητα.

Όσον αφορά τις προσπάθειες που γίνονται σήμερα στον Ευρωπαϊκό χώρο, κατά τη λήξη της Ιρλανδικής Προεδρίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τον Ιούνιο του 2004 στο Δουβλίνο της Ιρλανδίας, παρουσιάστηκε το Σχέδιο Δράσης για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη.

Πρόκειται για ένα μοντέλο δράσης, το οποίο προτείνει τα μέτρα και τις δραστηριότητες εκείνες που θα πρέπει να διαθέτει ένα τοπικό ή εθνικό σχέδιο για να προστατεύει, να προάγει και να υποστηρίζει το μητρικό θηλασμό. Κάποιες χώρες ή περιοχές στην Ευρώπη μπορεί να διαθέτουν ήδη καλά συντονισμένες δομές και εφαρμοσμένες πρακτικές υψηλής ποιότητας που να χρειάζονται ελάχιστη ή και καμία παραπάνω βελτίωση. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν άλλες χώρες και περιοχές που δεν διαθέτουν καλά συντονισμένες πρακτικές, οι οποίες επιπρόσθετα μπορεί να μην βασίζονται σε συγκεκριμένη πολιτική ή επιστημονική βάση. Είναι φανερό, ότι στις τελευταίες, η εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης είναι περισσότερο αναγκαία. Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν σε αυτό το πρόγραμμα δείχνουν ότι η κατάσταση στην Ευρώπη βρίσκεται ανάμεσα στις δυο αυτές πραγματικότητες.

Η συγκέντρωση πληροφοριών βασίστηκε σε μια έρευνα, η οποία έγινε στα πλαίσια του σχεδίου «Πρόωθηση του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη», χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και συντονίστηκε από τον Andriano Cattaneo. Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν με τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου - Φεβρουαρίου 2005. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε στις αρμόδιες υπηρεσίες των 15 κρατών-μελών της ΕΕ για την προώθησή του, καθώς και στις Ισλανδία, Ελβετία και Νορβηγία. Παράλληλα, δόθηκε μέσω του Ευρωπαϊκού γραφείου του ΠΟΥ και σε 10 επικουρικά κράτη της ΕΕ (Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία, Πολωνία, Ουγγαρία, Τσεχία, Σλοβακία, Μάλτα, Σλοβενία και Κύπρος) και σε 2 υποψήφια κράτη (Βουλγαρία, Ρουμανία). Η ποιότητα των δεδομένων που συλλέχθηκαν δεν ήταν ομοιογενής, αντικατοπτρίζοντας τη διαφορετική ανάπτυξη των συστημάτων συλλογής πληροφοριών υγείας στην Ευρώπη.

Σε επίπεδο πολιτικής, σχεδιασμού και διαχείρισης, υπάρχουν διαφορές στις εθνικές συστάσεις όσον αφορά την πλήρωση των κανόνων της Διακήρυξης του Innocenti μεταξύ των κρατών που μελετήθηκαν. Κάθε κράτος θέτει διαφορετικές προτεραιότητες και ακολουθεί άλλη τακτική για την επίτευξη του ίδιου στόχου: ορισμένες έχουν θεσπίσει εθνικό συντονιστή για το μητρικό θηλασμό, άλλες ακόμα και εθνικό συμβούλιο, ενώ πολλές δεν έχουν αναπτύξει καμία πρωτοβουλία στον τομέα αυτό.

Ακόμα και στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, χώρες όπως η Αυστρία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία, η Σλοβακία και η Μ. Βρετανία διαθέτουν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με το μητρικό θηλασμό, που χορηγούν αντίστοιχο πιστοποιητικό παρακολούθησης και απευθύνονται είτε σε εκπαιδευόμενους επαγγελματίες υγείας, είτε σε εργαζόμενους. Επιπλέον, διενεργούνται και εκπαιδευτικά σεμινάρια μέσα σε «Φιλικά για τα Βρέφη Νοσοκομεία» με σκοπό την εξοικείωση και επιμόρφωση των εργαζομένων σε αυτή την καινούρια προοπτική. Τέλος, κάποιες χώρες χορηγούν συγκεκριμένο Δίπλωμα Συμβούλου Μητρικού Θηλασμού Διεθνούς Αναγνώρισης μετά από εξετάσεις.

Ακόμα και ο θεσμός των Baby Friendly Hospitals δεν έχει εδραιωθεί σε αρκετές χώρες, ώστε να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Επιπλέον, αν και οι 29 χώρες έχουν αποδεχτεί τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίου και Διαφήμισης των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, δεν γίνεται έλεγχος για την πλήρη εφαρμογή του από τις αντίστοιχες κυβερνήσεις. Παράλληλα, υπάρχει ελλιπής ενημέρωση του καταναλωτικού κοινού, αλλά και αδιαφορία των υγειονομικών αρχών για την επαρκή πληροφόρησή τους, πάνω στις αρμοδιότητές τους για το θέμα.

Ένας άλλος παράγοντας απαραίτητος για την εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού, ο οποίος εμφανίζει μεγάλη ετερογένεια ανάμεσα στις διάφορες χώρες, είναι η νομοθεσία σχετικά με τις εργαζόμενες μητέρες που θηλάζουν. Σε διαφορετικό επίπεδο ανάπτυξης βρίσκονται και τα προγράμματα στις κοινότητες, όπως οι ομάδες υποστήριξης μητέρας προς μητέρα.

Σύγχυση, τέλος, υπάρχει στις μεθόδους καταγραφής των δεδομένων σχετικά με το μητρικό θηλασμό σε όλες τις χώρες, γεγονός που δυσχεραίνει τη διεξαγωγή συμπερασμάτων, ενώ τα ήδη υπάρχοντα είναι επισφαλής. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ακόμα και οι μελέτες που ολοκληρώνονται αργούν να δημοσιευθούν (έως και 3 χρόνια), με αποτέλεσμα η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού να είναι ακόμη ελλιπέστερη.

Για το λόγο αυτό, χρειάζεται προσεκτική επιλογή και προσαρμογή των δραστηριοτήτων του Σχεδίου Δράσης, με στόχο την κάλυψη των αδυναμιών του κάθε τοπικού και εθνικού προγράμματος. Το Σχέδιο Δράσης δε συστήνει συγκεκριμένες τακτικές που να ισχύουν σε όλη την Ευρώπη. Οι στρατηγικές ή τα σχέδια δράσης που θα βασιστούν σε αυτό το Σχέδιο θα είναι αποτελεσματικά μόνο αν εφαρμοστούν σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο και ληφθούν υπόψη τα διαθέσιμα οικονομικά αποθέματα, οι δομές, το ανθρώπινο δυναμικό και οι οργανωτικές δυνατότητες που υπάρχουν.

Για τη θέσπιση του Σχεδίου Δράσης λήφθηκαν υπόψη καθοριστικοί για το μητρικό θηλασμό παράγοντες, στους επιμέρους τομείς:⁹⁵

- Μητέρα, παιδί, οικογένεια (ηλικία, εκπαίδευση, προηγούμενη εμπειρία μητέρας στο μητρικό θηλασμό, οικογενειακή κατάσταση, τρόπος ζωής, βάρος γέννησης νεογνού, είδος τοκετού και υγεία νεογνίου, πρόσβαση σε μητέρες πρότυπα κ.α.)
- Σύστημα Υγείας (δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας πριν τον τοκετό, ποιότητα αυτών, τύπος και ποιότητα υποστήριξης για τον μητρικό θηλασμό, πρόσβαση σε ειδικούς συμβούλους, ομάδες υποστήριξης)
- Πολιτική δημόσιας υγείας (βαθμός προτεραιότητας και οικονομική βοήθεια για το θηλασμό, επίσημες πολιτικές συστάσεις και σχέδια, συστήματα καταγραφής και παρακολούθησης, ποιότητα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, πληροφόρηση, επιμόρφωση, χρήση ΜΜΕ για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού)
- Κοινωνική πολιτική και πολιτιστικές συνήθειες (νομική κατοχύρωση και εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα, της μητρότητας, εμπόδια και ηθικοί φραγμοί για το μητρικό θηλασμό σε δημόσιο χώρο, ύπαρξη και δραστηριότητες εθελοντικών ομάδων)

Με βάση τα παραπάνω οργανώθηκε το Σχέδιο Δράσης για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού, το οποίο αναπτύχθηκε σε έξι επιμέρους τομείς:

1. Πολιτική και σχεδιασμός,
2. Πληροφόρηση, επιμόρφωση, επικοινωνία
3. Εκπαίδευση
4. Προστασία, προαγωγή, υποστήριξη
5. Σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης
6. Έρευνα

1. Πολιτική και σχεδιασμός

Στον τομέα της πολιτικής και του σχεδιασμού, το Σχέδιο Δράσης στοχεύει τη δημιουργία ολοκληρωμένης εθνικής πολιτικής για το μητρικό θηλασμό, βασισμένη στην Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού και ενσωματωμένη στην συνολική πολιτική υγείας. Στόχος επίσης είναι η δημιουργία συγκεκριμένης πολιτικής για τη μείωση των ανισοτήτων (υποβαθμισμένες ομάδες, παιδιά με ειδικές συνθήκες ζωής) και η ενθάρρυνση των επιστημονικών συλλόγων για την έκδοση συστάσεων και πρακτικών οδηγιών με βάση την εθνική πολιτική και η παρότρυνση των μελών τους να τις εφαρμόσουν.

Επιπλέον, είναι σκόπιμο να αναπτυχθούν βραχυπρόθεσμα τοπικά και εθνικά σχέδια (1-2 χρόνια) και να επανασχεδιαστούν μετά την καταγραφή των αποτελεσμάτων τους, ενώ παράλληλα και αντίστοιχο μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχέδιο (5-10 χρόνια), ενσωματωμένο στο συνολικό εθνικό σχεδιασμό υγείας και επανασχεδιασμός του μετά την αξιολόγησή του.

Τέλος, χρειάζεται συντονισμός των πρωτοβουλιών για το μητρικό θηλασμό με άλλα σχέδια και δραστηριότητες στον τομέα της προαγωγής της δημόσιας υγείας. Υπεύθυνοι για την υλοποίηση αυτών

των στόχων είναι τα αρμόδια υπουργεία και οι εθνικές επιτροπές μητρικού θηλασμού, με τη συνεργασία τοπικών υγειονομικών αρχών και των επιστημονικών συλλόγων.

Με τις παραπάνω ενέργειες θα επιτευχθεί η διαμόρφωση, η οριστικοποίηση, η δημοσίευση και η διάδοση εθνικής πολιτικής, η αποδοχή από όλους τους φορείς τόσο των βραχυπρόθεσμων όσο και των μακροπρόθεσμων σχεδιασμών και η καθιέρωση ένδο και διατομεακών επιτροπών, ώστε να διευκολύνεται η συνεργασία των αντίστοιχων φορέων.

Επιπλέον, τα αρμόδια υπουργεία καλούνται να ορίσουν τοπικό/εθνικό συντονιστή με κατάλληλα προσόντα και τοπική/εθνική επιτροπή που να συνεπικουρεί στο έργο του συντονιστή. Αναγκαία προϋπόθεση είναι βέβαια η συνεχής καταγραφή και αξιολόγηση του έργου τους. Με αυτό τον τρόπο θα διασφαλιστεί η ορθή διαχείριση και επιτέλεση των προσπαθειών για την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Απαραίτητη συνθήκη για την υλοποίηση όλων των παραπάνω είναι η εξασφάλιση επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού και ανεξάρτητης από οικονομικά συμφέροντα χρηματοδότησης. Οι κυβερνήσεις οφείλουν να εκπληρώσουν τους όρους αυτούς στο ακέραιο.

2. Πληροφόρηση, επιμόρφωση, επικοινωνία

Ένας βασικός στόχος για τις δραστηριότητες της πληροφόρησης, επιμόρφωσης και επικοινωνίας πρέπει να είναι, όπως υπογραμμίζεται στη Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα το Παιδιού (CRC), η διασφάλιση του δικαιώματος όλων των ομάδων της κοινωνίας για σαφείς, ολοκληρωμένες και ανεπηρέαστες πληροφορίες για το μητρικό θηλασμό. Σύμφωνα με το Σχέδιο Δράσης, οι ενέργειες αυτές πρέπει να γίνουν τόσο σε επίπεδο ατόμων όσο και σε επίπεδο κοινότητας. Οι αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες, οι ειδικοί σύμβουλοι, σε συνεργασία με τις ομάδες υποστήριξης από μητέρα σε μητέρα και τη συμβολή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, καλούνται να παρέχουν σαφείς και έγκυρες πληροφορίες τόσο στις μέλλουσες μητέρες όσο και στον οικογενειακό κύκλο αυτών (σύντροφος/πατέρας, γιαγιάδες) για την ορθή και αποτελεσματική ενημέρωσή τους.⁹⁶ Ενδείξεις φανερώνουν, πως η τήρηση του προτεινόμενου χρόνου για τον πλήρη θηλασμό συνδέεται άμεσα με την υποστήριξη και την αποδοχή από τον σύζυγο/πατέρα και από τη μητέρα της θηλάζουσας.⁹⁷

Πιο συγκεκριμένα, τα γραπτά και οπτικά μέσα διαφήμισης οφείλουν να είναι συμβατά με τις εθνικές πολιτικές και συστάσεις, προβάλλοντας τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στους 6 πρώτους μήνες ζωής και τη συνέχισή του μέχρι τα δυο χρόνια ως το φυσιολογικό τρόπο διατροφής και ανατροφής των βρεφών και των μικρών παιδιών. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να εμποδίζεται η διανομή διαφημιστικών προϊόντων σχετικών με τη βρεφική διατροφή, όπως άλλωστε υπαγορεύει και ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Θεμιτός είναι και ο εορτασμός της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού, με σκοπό την ευαισθητοποίηση του κοινού για το εν λόγω θέμα.⁹⁶

3. Εκπαίδευση

Όσον αφορά την εκπαίδευση του προσωπικού υγείας πριν και κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας, αυτή χρειάζεται βελτίωση. Πριν την επαγγελματική αποκατάσταση, τόσο τα προπτυχιακά όσο και τα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών που απευθύνονται στους σχετικούς με το μητρικό θηλασμό επαγγελματίες υγείας, χρήζουν αναθεώρησης και συνίσταται προσθήκη ειδικών μαθημάτων πάνω στο θέμα αυτό. Σε αυτό θα συμβάλλουν σεμινάρια, συγγράμματα και άλλα εκπαιδευτικά μέσα με καλύτερα ποιοτικά κριτήρια. Την ευθύνη υλοποίησης αυτών των στόχων έχουν οι Κοσμήτορες των Σχολών Επιστημών Υγείας, οι Καθηγητές των σχετικών Τμημάτων και οι επαγγελματικοί σύλλογοι. Αντίστοιχα, κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας, πρέπει να δίνεται η δυνατότητα συνεχιζόμενης, πολυδιάστατης εκπαίδευσης.

Η εκπαίδευση αυτή θα είναι βασισμένη στις συστάσεις των ΠΟΥ/UNICEF ή άλλων κατοχυρωμένων ποιοτικά σεμιναρίων, με χορήγηση συγγραμμάτων για το μητρικό θηλασμό και τη γαλουχία σε όλο το προσωπικό, δίνοντας προτεραιότητα σε αυτό που επικοινωνεί άμεσα με τις μητέρες σε μαιευτήρια και παιδιατρικές μονάδες. Παράλληλα, πρέπει να διασφαλίζεται η επιρροή των παρασκευαστών και διανομέων προϊόντων σε αυτά τα εκπαιδευτικά μέσα. Η χορήγηση πιστοποιητικών

IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) αποτελεί ένα κίνητρο για τους επαγγελματίες υγείας. Συντονιστές αυτής της προσπάθειας είναι οι υπεύθυνοι Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, Σχολές Επιστημών Υγείας, επαγγελματικοί σύλλογοι και μη κυβερνητικές οργανώσεις.

4. Προστασία, προαγωγή και υποστήριξη

Για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού απαιτείται μια πολυπαραγοντική προσπάθεια.

Η Προστασία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην πλήρη εφαρμογή του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος με ειδικές ρυθμίσεις στην ΕΕ, στους μηχανισμούς ελέγχου της εφαρμογής του και στη ποινική δίωξη των παραβάσεών του.⁹³ Τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι χώρες που πρόκειται να ενταχθούν σε αυτή πρέπει να εναρμονίσουν την εθνική τους νομοθεσία με αυτή της ΕΕ, συμπεριλαμβάνοντας τις Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τα γάλατα πρώτης βρεφικής ηλικίας, καθώς και τα υπόλοιπα γάλατα. Οι Οδηγίες κατευθύνουν τα κράτη σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να εντάξουν τις ρυθμίσεις αυτές στη δική τους νομοθεσία, αφήνοντας παράλληλα μια σχετική ελευθερία στις κυβερνήσεις των κρατών, για τους χειρισμούς τους στο θέμα. Έτσι, όσον αφορά τη νομοθεσία για την διαφήμιση και προώθηση των προϊόντων αυτών, η σχετική νομοθεσία μπορεί να διαμορφωθεί ακόμη αυστηρότερη, συγκριτικά με την προτεινόμενη από την Ευρωπαϊκή επιτροπή. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αλλαγής νομοθεσίας αποτελούν η Δανία και το Λουξεμβούργο.

Επιπλέον, η Προστασία βασίζεται στην ύπαρξη συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης του μητρικού θηλασμού, ανεξάρτητα από εμπορικά συμφέροντα. Παράλληλα, πρέπει να εξασφαλιστεί ότι ο Διεθνής Κώδικας λαμβάνεται υπόψη στις αποφάσεις των συναντήσεων της ΕΕ για το Διατροφικό Κώδικα (Codex Alimentarius). Σημαντικός παράγοντας για την τήρηση των κανόνων του είναι η λεπτομερής ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, ακόμα και σε προπτυχιακό επίπεδο, για τις υποχρεώσεις τους. Αντίστοιχα, η ενημέρωση του κοινού για τις αρχές, τους στόχους και το περιεχόμενο του Κώδικα θα βοηθήσει στην καταγραφή των παραβιάσεών του και κατά συνέπεια στη συμμόρφωση των παραβατών.

Ένα σημαντικό κεφάλαιο για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού αποτελεί η νομοθεσία που αφορά τις εργαζόμενες μητέρες. Σημαντικό βήμα στο ζήτημα αυτό έγινε το 2000 στο Συνέδριο 183 για την Προστασία της Μητρότητας, από το Διεθνή Οργανισμό Εργασίας (ΔΟΕ). Ο Οργανισμός έθεσε νέους όρους για την προστασία και την υποστήριξη του θηλασμού στις εργαζόμενες μητέρες:

- Την παροχή τουλάχιστον 14 εβδομάδων έμμισθης άδειας μητρότητας.
- Την καθιέρωση, ενός ή περισσότερων έμμισθων διαλειμμάτων για θηλασμό καθημερινά ή ημερήσια μείωση του ωραρίου εργασίας, έτσι ώστε να ενισχυθεί η παράταση του θηλασμού, δίχως απώλεια μισθού.
- Την εργασιακή προστασία και τη μη διάκριση των εργαζόμενων γυναικών που θηλάζουν.

Οι προτάσεις αυτές του ΔΟΕ είναι ευθύνη των κυβερνήσεων να ενταχθούν στο νομοθετικό πλαίσιο των κρατών, αλλά ακόμη, αν είναι δυνατόν, και να βελτιωθούν με συμπληρωματικά μέσα (π.χ. η νομοθεσία θα έπρεπε να μεριμνήσει για την κατάλληλη διαμόρφωση των εργασιακών χώρων, ώστε να είναι προσιτοί στις μητέρες που επιθυμούν να θηλάζουν, να υπάρχουν παιδικοί σταθμοί κ.α.).⁹⁸

Μεγάλη βοήθεια στο ζήτημα της προώθησης του μητρικού θηλασμού έχει προσφέρει, όπου έχει εφαρμοστεί, και η Πρωτοβουλία «Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο», που λόγω της ιδιαίτερα μεγάλης σημασίας που έχει θα αναλυθεί παρακάτω.

Σ' αυτό το σημείο, θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, που είναι καθοριστικός για την καλύτερη δυνατή επίτευξη του σκοπού αυτού. Η υποστήριξη των μητέρων που θηλάζουν είναι δεδομένο πως θα πρέπει να πλαισιωθεί από το σύνολο των φορέων που έχουν ήδη αναφερθεί (ειδικούς συμβούλους μητρικού θηλασμού, ομάδες υποστήριξης κ.α.).⁹⁶ Μελέτες δείχνουν πως η γενικότερη υποστήριξη των γυναικών έχει πολύ σημαντικά αποτελέσματα σε ότι αφορά την έναρξη αλλά και τη διάρκεια, τόσο του αποκλειστικού θηλασμού, όσο και της συμπληρωματικής διατροφής.⁹⁷

5. Σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης

Η καταγραφή των ποσοστών του μητρικού θηλασμού αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εφαρμογής ενός επιτυχημένου Σχεδίου Δράσης. Η συγκρισιμότητα των στοιχείων διασφαλίζεται όταν η συλλογή τους γίνεται με διεθνείς προδιαγραφές και κοινά αποδεκτές μεθόδους. Έχοντας αυτό ως δεδομένο, τα αρμόδια υπουργεία και οι στατιστικές υπηρεσίες των χωρών πρέπει να δημιουργήσουν ένα σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης, βασισμένο σε διεθνώς αποδεκτούς και κοινά συμφωνημένους βασικούς ορισμούς και μεθόδους. Απαραίτητη είναι η δημιουργία κοινών πρωτοκόλλων, διότι με αυτό τον τρόπο θα είναι εφικτός ο σωστός προσδιορισμός του μητρικού θηλασμού σε κάθε χώρα, ενώ θα διευκολυνθεί η λεπτομερής καταγραφή των πρακτικών που ακολουθούν οι υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες αυτών, ώστε να είναι αξιολογήσιμη και η προσπάθεια επιμόρφωσης του αντίστοιχου προσωπικού. Παράλληλα, με τον τρόπο αυτό θα διασφαλιστεί τόσο η τήρηση των κανόνων του Διεθνούς Κώδικα για τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, όσο και η εφαρμογή της εθνικής πολιτικής και νομοθεσίας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για την προστασία των δικαιωμάτων της εργαζόμενης μητέρας. Μείζονος σημασίας είναι η έγκαιρη δημοσίευση όλων των αποτελεσμάτων των μεθόδων παρακολούθησης, για την καλύτερη δυνατή αξιοποίησή τους.

6. Έρευνα

Η δημιουργία του Σχεδίου Δράσης αποκάλυψε την ανάγκη για περισσότερη έρευνα σε έναν ή περισσότερους τομείς παρέμβασης και την μελέτη της επίδρασής τους στις πρακτικές του μητρικού θηλασμού. Συγκεκριμένα χρειάζεται να διευκρινιστούν και να καθοριστούν:

- Η επίδραση της διαφήμισης σύμφωνα με το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.
- Τρόποι επέκτασης και τελειοποίησης της νομοθεσίας για την προστασίας της μητρότητας.
- Διαφορετικές και ποικίλες μέθοδοι πληροφόρησης, επιμόρφωσης και επικοινωνίας για την κοινωνία.
- Καινούργιες παρεμβάσεις και γενικά πρωτοβουλίες στον τομέα της δημόσιας υγείας.
- Το κόστος/όφελος, το κόστος/αποτελεσματικότητα και η δυνατότητα εφαρμογής των διαφορετικών μεθόδων παρέμβασης.

Το Σχέδιο Δράσης στοχεύει στην ενημέρωση αυτών που σχεδιάζουν την πολιτική δημόσιας υγείας και όσων εργάζονται σε κυβερνητικούς οργανισμούς που σχετίζονται με τα θέματα των γυναικών, με την ευημερία των παιδιών και την εκπαίδευση. Στοχεύει επίσης στην ευαισθητοποίηση και συνεργασία των εργαζομένων του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα και με μη κυβερνητικούς οργανισμούς για την προώθηση του μητρικού θηλασμού.

7.1.2: Ελληνική πραγματικότητα

Η Ελλάδα, όπως και πολλές άλλες χώρες, δεν διαθέτει εθνική βάση δεδομένων για το μητρικό θηλασμό, ούτε καν συλλογή δεδομένων σε τοπικό επίπεδο που να έχει γίνει σε κοινά συμφωνημένους διατροφικούς ορισμούς.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποιες απόπειρες καταγραφής του επιπολασμού του μητρικού θηλασμού στην περιοχή της Αθήνας (Αττική).⁹⁹

Η πολιτική που ακολουθείται στην Ελλάδα σε σχέση με το μητρικό θηλασμό πληρεί τα τρία από τα τέσσερα κριτήρια της Διακήρυξης του Innocenti, αφού δεν διαθέτει Εθνικό Συντονιστή. Ωστόσο, σύμφωνα με αναφορές της UNICEF έχει σχηματιστεί Εθνική Επιτροπή για το Μητρικό Θηλασμό, ως αρχή μιας προσπάθειας να καλυφθούν οι ανάγκες οργάνωσης της χώρας στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Χαρακτηριστικό είναι ότι δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί εκτενώς στην Ελλάδα η Πρωτοβουλία των «Φιλικών για το Βρέφος Νοσοκομείων». Σύμφωνα με στοιχεία από την 1^η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό, που έλαβε χώρα στην Αθήνα στις 7/12/2005, φαίνεται ότι το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λέσβου θα είναι το πρώτο που θα κερδίσει επίσημα αυτόν τον χαρακτηρισμό.

Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο καλύπτει σε επαρκή βαθμό τα δικαιώματα των εργαζόμενων μητέρων. Υπάρχει επίσης σχετική μέριμνα για τις κοινωνικά υποβαθμισμένες ομάδες και μειονότητες. Ωστόσο, οι υπάρχουσες διατάξεις επιδέχονται επιπλέον βελτίωση.

Στο θέμα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, υπάρχει ένας επίσημος φορέας διεκπεραίωσης Εκπαιδευτικών Σεμιναρίων, βασισμένων στις προτάσεις της ΠΟΥ. Πρόκειται για τη Μονάδα Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού του Γενικού Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου» στην Αθήνα και γίνονται υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα εκπαιδευτικά αυτά προγράμματα είναι διάρκειας 40 ωρών, πραγματοποιούνται δυο φορές ετησίως και συνοδεύονται από σχετικό πιστοποιητικό παρακολούθησης.¹⁰⁰

Επίσης, το Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου στην Αθήνα, όπως και το Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», διαθέτουν Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος. Ο θεσμός αυτός, δίνει την δυνατότητα στις μητέρες που γεννούν πρόωρα να διατηρήσουν τη γαλουχία τους και να χορηγείται το δικό τους γάλα στα παιδιά τους μέσω της τράπεζας γάλακτος, μέχρι να γίνουν αυτά ικανά να θηλάσουν απ' ευθείας από τις μητέρες τους.

Η Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, που καθιερώθηκε από την Παγκόσμια Συμμαχία για το Μητρικό Θηλασμό (W.A.B.A.-World Alliance for Breastfeeding Action) από το 1992 από 1 έως 7 Αυγούστου, στην Ελλάδα από το 1996 λαμβάνει χώρα από 1 έως 7 Νοεμβρίου λόγω κοινωνικών και καιρικών συνθηκών. Στα πλαίσια αυτού του θεσμού διοργανώνονται ημερίδες και άλλες ενημερωτικές εκδηλώσεις τόσο για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, όσο και για το ευρύτερο κοινό.⁹⁵

Επίσης, υπάρχουν και εθελοντικοί μη κερδοσκοπικοί σύλλογοι για την υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού όπως είναι «Οι φίλοι του Μητρικού Θηλασμού» και ο «Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδας» (La Leche League Greece).

7.1.3: Νοσοκομεία Φιλικά για τα Βρέφη

Οι σύγχρονες πρακτικές παροχής υγείας είναι συχνά ανεξάρτητες από τις επίσημες συστάσεις όσον αφορά την επιτυχή εγκατάσταση του Μητρικού Θηλασμού. Τα «10 βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό» αποτελούν τη βάση για την Πρωτοβουλία των «Φιλικών για τα Βρέφη Νοσοκομείων», που παρουσίασαν το 1992 η ΠΟΥ και η UNICEF παγκοσμίως. Τα 10 βήματα αποτελούν μια περίληψη των απαραίτητων πρακτικών για την προστασία της μητρότητας, με σκοπό τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τη μητέρα που επιθυμεί να θηλάσει και έτσι, να επιφέρουν βελτίωση στην επίπτωση και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Αυτά είναι.^{101,102}

1. Να υπάρχει γραπτή πολιτική και η πολιτική αυτή να ακολουθείται από όλους τους φορείς του μαιευτηρίου που ασχολούνται με τη φροντίδα του νεογέννητου.
2. Οι φορείς να εκπαιδεύονται ώστε να γίνουν ικανοί να εφαρμόσουν την πολιτική αυτή.
3. Να ενημερώνονται όλες οι μητέρες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.
4. Ο θηλασμός να αρχίζει το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό με τη βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού.
5. Οι μητέρες να εκπαιδεύονται στην τέχνη του θηλασμού. Σε περίπτωση πρόωρου τοκετού και αναγκαστικού αποχωρισμού από το παιδί τους οι μητέρες να εκπαιδεύονται στη διατήρηση της γαλουχίας.
6. Στο νεογέννητο να δίνεται μόνο μητρικό γάλα, ούτε υγρά, ούτε συμπληρώματα ξένου γάλακτος εκτός αν υπάρχει ειδικός ιατρικός λόγος.
7. Να εφαρμόζεται το σύστημα “rooming – in”, που σημαίνει το νεογέννητο δίπλα στη μητέρα του 24 ώρες το 24ωρο.
8. Ο θηλασμός να είναι ελεύθερος και απεριόριστος.
9. Να μην δίνονται πιπίλες στα παιδιά που θηλάζουν.
10. Να ιδρυθούν ομάδες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και μετά την έξοδο του νεογέννητου από το μαιευτήριο, στις οποίες να μετέχουν και μητέρες.

Η Πρωτοβουλία επίσης απαγορεύει την προμήθεια στα νοσοκομεία δωρεάν ή χαμηλού κόστους τεχνητού βρεφικού γάλακτος και μπουκαλιών σίτισης και απαιτεί τον περιορισμό της διαφήμισης και των δραστηριοτήτων προώθησής τους. Για να γίνει ένα νοσοκομείο «Φιλικό για το βρέφος», κάθε υπηρεσία που αφορά τον τομέα του μαιευτηρίου και τη φροντίδα του νεογέννητου πρέπει να εφαρμόζει τα 10 βήματα.

Αυτό ενισχύθηκε από την 44^η Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας το 1992, η οποία επέβαλε στα κράτη-μέλη να ενθαρρύνουν και να στηρίζουν κάθε δημόσιο και ιδιωτικό φορέα Παροχής Υγείας που διαθέτει μαιευτικό τμήμα ώστε να γίνει «Φιλικό για το Βρέφος».

Θα πρέπει επίσης να αναγνωριστεί ότι ακόμη και οι μητέρες που αποφασίζουν να μην θηλάσουν επωφελούνται από τις φιλικές για το βρέφος τακτικές, όπως είναι η σωματική επαφή μητέρας-παιδιού, η σίτιση μετά από επιθυμία καθώς και το rooming in, το οποίο έχει ιδιαίτερη σημασία, γι' αυτό και θα αναλυθεί παρακάτω.

Η επίδραση της Πρωτοβουλίας στη διάρκεια και τον επιπολασμό των λοιμώξεων έχει μελετηθεί από μια μεγάλη έκταση έρευνα στη Λευκορωσία (M.S. Kramer.personal communication. 1999). Η πλειονότητα των νοσοκομείων αυτής της χώρας ήταν μεταξύ της έναρξης της Πρωτοβουλίας ή της συνέχειας των παραδοσιακών τους πρακτικών.

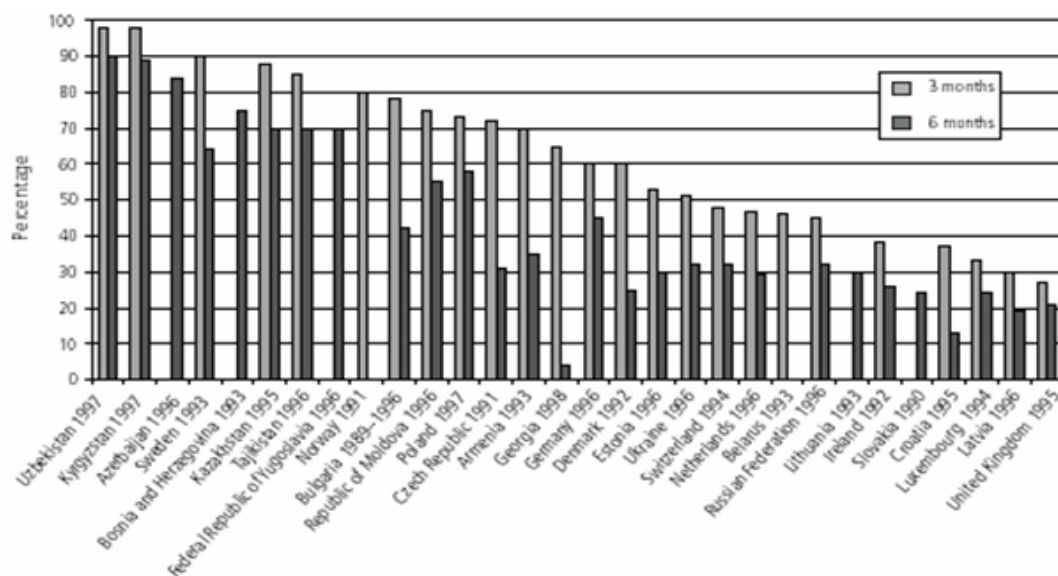
Η πρακτική εξάσκηση και η συνεχής εκπαίδευση του νοσοκομειακού προσωπικού είναι καίριας σημασίας για την επίτευξη των στόχων της Πρωτοβουλίας για τα «Φιλικά για τα Βρέφη Νοσοκομεία». Όλο το προσωπικό των νοσοκομείων και οι υπάλληλοι των υγειονομικών υπηρεσιών οφείλουν να έχουν θετική τοποθέτηση απέναντι στο μητρικό θηλασμό και να είναι σε θέση να παρέχουν συνεχή και έγκυρη πληροφόρηση στην κατάλληλη γλώσσα και ύφος, ώστε να τους αντιλαμβάνονται οι γονείς. Είναι γεγονός ότι η απόφαση της γυναίκας να θηλάσει επηρεάζεται σημαντικά από τους επαγγελματίες υγείας.

Επίσης, στις μητέρες θα πρέπει να παρέχονται συνεχώς συμβουλές, υποστήριξη και ενθάρρυνση στην απόφασή τους να θηλάσουν, η οποία μπορεί να εκτείνεται μέχρι το δεύτερο χρόνο ζωής του παιδιού ή και περισσότερο, σύμφωνα με τις τρέχουσες οδηγίες των ΠΟΥ/UNICEF. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι αντικρουόμενες συμβουλές από το υγειονομικό προσωπικό σχετίζονται με την πρόωρη διακοπή του μητρικού θηλασμού.

Για τη διασφάλιση του περιεχομένου της πληροφορίας, τοπικές πολιτικές δημόσιας υγείας θα πρέπει να διαμορφώνουν, σε συνεργασία με τους γονείς, τις αποφάσεις για τη διατροφή του παιδιού. Επιπλέον, οι Κυβερνήσεις οφείλουν να εφαρμόσουν το Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και τις επόμενες σχετικές αποφάσεις της Παγκόσμιας Διακήρυξης Υγείας και οι Εταιρίες παραγωγής υποκατάστατων μητρικού γάλακτος υποχρεούνται να συμμορφωθούν με αυτόν. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν πλήρη γνώση των προβλεπόμενων από τον Κώδικα, εφόσον έχουν υποχρέωση να τον εφαρμόζουν.⁹⁴

Ο Κώδικας υιοθετήθηκε από την Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας το 1981 ως η «ελάχιστη υποχρέωση» να εφαρμοστεί στην «ολότητα» του σε όλες τις χώρες. Ο Κώδικας δεν προσπαθεί να διακόψει τη διαθεσιμότητα ή την πώληση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, αλλά δεν εγκρίνει τις δραστηριότητες που προτρέπουν το ευρύ κοινό να τα χρησιμοποιεί. Κυρίως όμως, καλείται να προστατεύσει τα παιδιά που σιτίζονται με τέτοια προϊόντα, διασφαλίζοντας την ορθή ενημέρωση των γονέων μέσω των ετικετών και να εξασφαλίσει ότι οι αποφάσεις για την χορήγησή τους βασίζονται σε αντικειμενικές συστάσεις.

Σχήμα 7: Το ποσοστό του μητρικού θηλασμού σε διάφορες χώρες της Ευρώπης



Πηγή: WHO Regional Office for Europe

Πίνακας 7,2: Ποσοστά (%) μητρικού θηλασμού ανά χρονολογία και χώρα

Country	Year	Initiation			Discharge			3-4 months			6 months			12 months Any
		Any	Full	Exclusive	Any	Full	Exclusive	Any	Full	Exclusive	Any	Full	Exclusive	
Austria	1998	96					95			79			46	10
Belgium	1998-2000	63-72							30-37			10		4
Bulgaria	2001	97								49		36		
Switzerland	1994	92							73			62	41	11
Czech Republic	1999-2001						91					53		23
Germany	1997-1998	96			86		73	60†		33†	48		10	13
Denmark	2000	98						75†	60†					
Estonia	2001							61				40		
Spain	2001	71						58		42	40		23	
Finland	2000				91		65	74		41	51		1	
France	2000				53			15						
UK	2000	69						28†			21			13‡
Hungary	2001									62†			35	
Ireland	1999						36							
Iceland	2000				96		93	75†		47†	65		13	13
Italy	2000	89				78					62	45		
Lithuania	2000-2002	98						46			26		14	7
Luxembourg	2001	88					65	58†		40†	32		4	
Malta	2002						52							
Netherlands	2002			80			72	47		35	34		17	
Norway	1998	99					94	90		70	80		7	36
Poland	1997-2002						71			31†			9	
Portugal	1998-1999		90						63				34	16
Sweden	2000				98*	93*		83†	68†		72	33		
Slovenia	2000					96	90							
Slovak Republic	2000			93						55			30	

* Στοιχεία 1 εβδομάδας

† Στοιχεία στους 4 μήνες

‡ Στοιχεία στους 9 μήνες

Δεν υπάρχουν στοιχεία από την Ελλάδα και τη Ρουμανία.

Δεν υπάρχουν στοιχεία από τη Λετονία επειδή δεν επιτρέπουν τον υπολογισμό της επίπτωσης με την ηλικία.

7.1.4: Rooming – in

«Το παιδί κοντά στην μητέρα του ή όπως διεθνώς ονομάζεται ‘Rooming-in’». Ο δυτικός πολιτισμός με την υλιστική μηχανική ανάπτυξη έβαλε και την Ιατρική σε πλάνες. Δεν προσπάθησε να

βελτιώσει και να τροποποιήσει εσφαλμένες αντιλήψεις που επικρατούσαν, από άγνοια, στην παραδοσιακή σχέση μητέρας-παιδιού, αλλά να αλλάξει την δομή της φυσικής αυτής σχέσης. Το νεογέννητο θεωρήθηκε πολύ ευάλωτο πλάσμα. Χρειαζόταν άμεση προφύλαξη από τους κινδύνους του έξω κόσμου και επικράτησε η άποψη ότι μια σοβαρή εστία λοίμωξης ήταν η ίδια η μητέρα, άρα είναι προτιμότερο να τους χωρίζουμε και να νοσηλεύουμε τα νεογνά χωριστά σε κοινό θάλαμο. Σ' αυτό βέβαια το σημείο πίστευαν ότι συμβάλλει και η μείωση του κόστους νοσηλείας από τη μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Έτσι, μ' αυτή τη νοοτροπία αναπτύχθηκαν μεγάλα μαιευτικά κέντρα, με πολυτελή κατασκευή και σύγχρονα εξοπλισμένα, φροντίζοντας το παιδί να μένει χωριστά από την μητέρα του. Από τον κανόνα ξέφυγαν λίγα «παραδοσιακά» θα λέγαμε κέντρα όπου γίνεται εφαρμογή του συστήματος 'Rooming-in' και πολύ λιγότερα με 'Bedding-in'.

Από το 1970 και μέχρι σήμερα, ερευνητές-μελετητές, Ψυχολόγοι-Ψυχίατροι-Ιατρικά κέντρα, ο Π.Ο.Υ, επισημαίνουν τους κινδύνους που εγκυμονεί αυτή η απομάκρυνση από την φύση. Οι κίνδυνοι είναι σοβαροί, οι επιπτώσεις μη αναστρέψιμες κι εμείς δεν πρέπει να κωφεύουμε. Βέβαια, είναι φανερό ότι για να είναι η μητέρα και το μωρό μαζί, όλο το 24ωρο, πρέπει να βρίσκονται και οι δυο σε άριστη φυσική κατάσταση.^{101,102}

Ο ψυχαναλυτής Formani το 1970 και ο παιδίατρος – ψυχαναλυτής Ninnicot (1974) θεωρούν την, μετά τον τοκετό, επικοινωνία και επαφή μεταξύ μητέρας και νεογνού ως το κεντρικό πρόβλημα της όλης εξέλιξης της ζωής του παιδιού.^{101,102}

Ο Klausss και οι συνεργάτες του από το 1970-1976 μελέτησαν την ανάπτυξη παιδιών που αμέσως μετά την γέννηση έμειναν κοντά στην μητέρα τους, σε σύγκριση με παιδιά που είχαν στερηθεί αυτή την πρώτη επαφή και παρατήρησαν ότι, τρία χρόνια μετά, τα παιδιά που στερήθηκαν την μητέρα τους είχαν περισσότερα προβλήματα ομιλίας και συμπεριφοράς. Ο Rolson παρατηρεί: «είναι εντυπωσιακό να βλέπει κανείς το ενδιαφέρον που δείχνει ένα φυσιολογικό νεογέννητο όταν βλέπει συνεχώς το πρόσωπο της μητέρας του, η οποία το κρατά στην αγκαλιά της ή το ψηλαφεί με την άκρη των δακτύλων της ή μ' ελαφρύ χέρι χαϊδεύει όλο το σώμα του». Αντίθετα, αντιδρά πολύ λιγότερο, όταν το πρόσωπο αυτό δεν είναι η μητέρα του αλλά κάποια εναλλασσόμενα μέσα στο 24ωρο πρόσωπα, όπως συμβαίνει με το προσωπικό των Νοσοκομείων.^{101,102}

Αλλά και οι μητέρες δεν είναι ευχαριστημένες όταν δεν έχουν το μωρό τους κοντά τους σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει. Ο Goldstein σε έρευνα με χίλιες γυναίκες που γέννησαν σε διάφορες κλινικές του Βερολίνου, 50% και άνω δεν ήταν ευχαριστημένες από τις συνθήκες παραμονής και νοσηλείας χωριστά από τα παιδιά τους. Έρευνα από παιδίατρος του Μαιευτηρίου «ΕΛΕΝΑ» με 1100 γυναίκες που γέννησαν στο Μαιευτήριο σε ένα χρόνο και από τις οποίες 897 είχαν φυσιολογικό τοκετό, σε ποσοστό 87% οι πολύτοκες και 97% οι πρωτότοκες θέλουν τα μωρά κοντά τους. Οι ψυχαναλυτικές μελέτες της εξέλιξης έχουν αποδείξει ότι για να συνδεθεί το μωρό με το σώμα του και τις λειτουργίες του και για να φθάσει να νοιώσει ότι είναι ένα όλον (σύνολο) απαιτούνται πολύπλοκες, εσωτερικές διαδικασίες που υφαίνονται στον ιστό των σχέσεων του παιδιού με την μητέρα του. Το νεογνό χρειάζεται και θέλει τρία πράγματα: ζεστασιά στην αγκαλιά της μητέρας του, τροφή (γάλα) από τον μαστό της μητέρας του και ασφάλεια- σιγουριά από την αίσθηση της παρουσίας της, διατύπωσε ο Dick-Road (1977).^{101,102}

Με το σύστημα 'Rooming-in' όλα αυτά είναι δυνατά και συμβάλλουν στην φυσιολογική ανάπτυξη του μωρού, ενώ στον θάλαμο νεογνών δεν είναι δυνατή η ανάπτυξη μιας τέτοιας ολοκληρωτικής σχέσης. Ο Π.Ο.Υ το 1989 επισημαίνει ότι ο κίνδυνος για περιγεννητική μόλυνση που αποτελεί μεγάλη ανησυχία, είναι πράγματι χαμηλότερος στο δωμάτιο της μητέρας από ότι στο κλειστό περιβάλλον του δωματίου των νεογνών, όπου σοβαρές επιδημίες μπορούν να συμβούν. Η διατήρηση της επαφής μητέρας και παιδιού, που γίνεται αμέσως μετά την γέννηση, ευνοεί την δημιουργία αποικιών μικροοργανισμών στο δέρμα και στο γαστρεντερικό σύστημα του παιδιού ιδίως με εκείνων της μητέρας, οι οποίοι δεν είναι παθογόνοι, γιατί τα αντίστοιχα αντισώματα το οποία έχει αναπτύξει η μητέρα, περνούν με το γάλα της στο παιδί. Έτσι, το παιδί είναι ταυτόχρονα εκτεθειμένο και προστατευμένο από οργανισμούς για του οποίους πολύ αργότερα το ίδιο θα αναπτύξει αντισώματα.^{101,102}

Αντιθέτως παιδιά που μένουν σε δωμάτια νεογνών είναι εκτεθειμένα σε πολύ περισσότερα είδη μικροοργανισμών που προέρχονται από το νοσηλευτικό προσωπικό, περισσότερο παθογόνων και

ανθεκτικών στα διάφορα φάρμακα και για τους οποίους βέβαια το ξένο γάλα δεν περιέχει ειδικά αντισώματα.

Σ' αυτό το περιβάλλον πιο εύκολα αναπτύσσονται δερματοπάθειες, μολύνσεις αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος. Το Rooming-in επιτρέπει όλη η φροντίδα του νεογέννητου να γίνεται από την μητέρα του και έτσι περιορίζει την ανάγκη μεταφοράς των παιδιών από το προσωπικό μέσα στο νοσοκομείο ώστε να ασχολείται άνετα με αλλά καθήκοντα. Έτσι η οικονομία προσωπικού είναι πολύ μεγαλύτερη από το να νοσηλεύουμε τα παιδιά σε χωριστούς θαλάμους.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι να οργανωθεί το Rooming-in ανάλογα με την προετοιμασία του Νοσοκομείου – του ειδικού μαιευτικού τμήματος. Εκείνο όμως που έχει πρωταρχική σημασία, είναι όλοι μας να πιστεύουμε στην πρωταρχική θεμελιώδη αξία του.

Rooming – in γιατί:

- ◆ Περιορίζει το κόστος
- ◆ Απαιτεί τον ελάχιστο εξοπλισμό
- ◆ Δεν χρειάζεται πρόσθετο προσωπικό
- ◆ Περιορίζει την μόλυνση
- ◆ Βοηθάει στην εδραίωση και διατήρηση του Μητρικού Θηλασμού
- ◆ Διευκολύνει την διαδικασία δέσμευσης

7.2: Τράπεζα μητρικού γάλακτος

Μερικές φορές η μητέρα αδυνατεί να βγάλει γάλα για να δώσει στο μωρό της λόγω κάποιας ασθένειάς της. Η τράπεζα μητρικού γάλακτος δοτριών μπορεί να λύσει αυτό το πρόβλημα. Για λόγους ασφαλείας θα πρέπει η συλλογή, αποθήκευση και χρήση του μητρικού γάλακτος δοτριών να ακολουθεί κάποιες οδηγίες.

Οι περισσότερες τράπεζες μητρικού γάλακτος δοτριών, στην Αγγλία, ακολουθούν οδηγίες που έχουν καθοριστεί από την Βρετανική Παιδιατρική Ένωση. Αυτές οι οδηγίες αναφέρονται και στην πιθανότητα μετάδοσης λοιμώξεων μέσω του γάλακτος δοτριών. Συνιστάται ο έλεγχος του γάλακτος των δοτριών για τους ιούς Η.Ι.Υ και ΗΤ.Λ.Υ-Ι.⁹⁵

Το μητρικό γάλα πρέπει να παστεριώνεται για 30 λεπτά στους 56°C, θερμοκρασία στην οποία φαίνεται ότι καταστρέφεται ο ιός Η.Ι.Υ. Αν ακολουθήσουμε αυτές τις οδηγίες η πιθανότητα λοιμώξεων μέσω μητρικού γάλακτος δωρητών μπορεί να εξαλειφθεί.

Τι είναι η Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος;⁹⁵

Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος είναι μία υπηρεσία που έχει σκοπό την συλλογή, την εξέταση, την επεξεργασία, την διατήρηση και την χορήγηση προσφερόμενου Μητρικού Γάλακτος.

Προσφερόμενο γάλα είναι το γάλα που δίνεται εθελοντικά από μητέρες για να χορηγηθεί σε άλλα παιδιά.

Παγωμένο-νωπό γάλα είναι το γάλα που μετά την συλλογή καταψύχεται και διατηρείται στους -20°C όχι περισσότερο από 3 μήνες.

Αναμεμιγμένο-παστεριωμένο γάλα είναι το γάλα που αναμίχθηκε και παστεριώθηκε το λιγότερο στους 57°C και περισσότερο στους 63°C για 30 λεπτά.

Γάλα μητέρων για δικά τους παιδιά. Το γάλα που συλλέγεται από μητέρες για τα δικά τους παιδιά (αυτό είναι κυρίως γάλα μητέρων πρόωρων ή προβληματικών παιδιών).

Δότρια μητρικού είναι μια υγιής γαλακτοφορούσα μητέρα που γέννησε τελειόμηνο ή πρόωρο νεογέννητο.

Το πρωτόκολλο των δοτριών περιλαμβάνει:⁹⁵

- Ιστορικό της δότριας για την οικογενειακή της κατάσταση, ασθένειες, φάρμακα, συνήθειες (κάπνισμα, ποτά, ναρκωτικά, σεξουαλική ζωή), ταξίδια τα 3 τελευταία χρόνια.
- Εξέταση αίματος με έγγραφη συγκατάθεση της για AIDS, ηπατίτιδα Β και C, σύφιλη και μεγαλοκυτταροϊό.

- Εκπαίδευση των δοτριών σε κανόνες γενικής καθαριότητας, καθαρή συλλογή γάλακτος, διατήρηση +4°C, κατάψυξη -20°C και μεταφορά του γάλακτος.

Σύμφωνα με τον εργαστηριακό έλεγχο των δοτριών βρέθηκαν 1,98% οροθετικές για αυστραλιανό αντιγόνο και 0,19% οροθετικές για μεγαλοκυτταροϊό. Όλοι οι άλλοι δείκτες ήταν αρνητικοί. Επομένως η μόνη αιτία αποκλεισμού των δοτριών είναι προς το παρόν η ηπατίτιδα Β.

Οι δότριες είναι μητέρες που γεννούν πρόωρα ή προβληματικά παιδιά και το γάλα τους χορηγείται μόνο στο δικά τους παιδιά και μητέρες που γεννούν τελειόμηνα παιδιά και προσφέρουν εθελοντικά γάλα για τα άλλα παιδιά, κατά την προσαρμογή τους στο Μαιευτήριο που συνήθως είναι 4-5 μέρες. Η χορήγηση γάλακτος είναι δωρεάν.

Η Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος του Μ.Γ.Ν. – Μαιευτηρίου «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»¹⁰³

Στην χώρα μας η πρώτη Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος ιδρύθηκε στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» δωρεά Έλενας Βενιζέλου το 1947 και λειτουργεί μέχρι σήμερα. Αρχεία υπάρχουν από το 1959, αναδιοργανώθηκε το 1985 και έγινε οργανική οντότητα του Μαιευτηρίου και ανήκει στην «μονάδα φυσιολογικών νεογέννητων προαγωγής μητρικού θηλασμού», Τ.Μ.Γ. του νεογνολογικού τμήματος.

Υπεύθυνοι για την λειτουργία της είναι Νεογνολόγος, Παιδίατρος και εξειδικευμένη Προϊσταμένη Μαία, υπεύθυνες Μαίες και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Λειτουργεί σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές και έχει επικοινωνία με τράπεζες του εξωτερικού. Από το 1959 που άρχισε η καταγραφή της συλλογής του μητρικού γάλακτος μέχρι το 1999 συγκεντρώθηκαν 24000 λίτρα Μητρικού Γάλακτος.

Η καταγωγή της Τράπεζας Μητρικού Γάλακτος είναι πολύ παλιά, ξεκινάει από την αρχαία Ρώμη τον 4^ο αιώνα. Οι σύγχρονες Τράπεζες χρονολογούνται από το 1990. Η πρώτη έγινε στη Βιέννη, ακολούθησαν η Βοστώνη, η Μεγάλη Βρετανία, η Σκανδιναβία, η Γερμανία και άλλες χώρες της Ευρώπης. Αργότερα στις αρχές της δεκαετίας του 1980, παρατηρήθηκε μία πτώση του ενδιαφέροντος για τις Τράπεζες μητρικού Γάλακτος και πολλές σταμάτησαν να λειτουργούν, πιθανότατα για τον φόβο της μετάδοσης του ιού του AIDS με το μητρικό γάλα. Σήμερα οι τράπεζες Μητρικού Γάλακτος λειτουργούν με πρωτόκολλο που εξασφαλίζουν την συλλογή από υγιείς μητέρες δότριες καθώς και την ασφαλή επεξεργασία, διατήρηση και χορήγηση Μητρικού Γάλακτος χωρίς κανένα κίνδυνο μετάδοσης οποιασδήποτε νόσου.

Τρόπος λειτουργίας Τράπεζας Μητρικού Γάλακτος

Το γάλα των δοτριών μητέρων για τα δικά τους παιδιά συλλέγεται στο Μαιευτήριο ή στο σπίτι τους. Η συλλογή του γάλακτος στο Μαιευτήριο γίνεται σε ειδικό χώρο με αποστειρωμένα σκεύη και με ειδικές διεργασίες για την αποφυγή επιμόλυνσης από μικροβιακούς παράγοντες. Η καθαρότητα του χώρου ελέγχεται με καλλιέργειες σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα πρώτα 10cc πετιούνται και στη συνέχεια το γάλα μεταγγίζεται σε αποστειρωμένα πλαστικά μπιμπερό, όπου αναγράφονται το όνομα της δότριας, η ώρα και η ημερομηνία. Στα γυάλινα μπιμπερό καταστρέφονται τα κύτταρα του γάλακτος και επικάθεται στα τοιχώματα τους περισσότερη ποσότητα λίπους. Το γάλα των μητέρων για τα δικά τους παιδιά χορηγείται αμέσως νωπό ή διατηρείται στο ψυγείο σε θερμοκρασία +4°C για 24 ώρες. Αν δεν καταναλωθεί διατηρείται στην κατάψυξη -20°C. Στην κατάψυξη το γάλα διατηρείται τουλάχιστον 3 μήνες. Ακολουθεί απόψυξη και χορήγηση χωρίς καμία επιπλέον διαδικασία.

Το γάλα που συλλέγεται στο Μαιευτήριο από μητέρες που γεννούν τελειόμηνα παιδιά, τοποθετείται στην κατάψυξη στους -20°C. Όταν συγκεντρωθεί η κατάλληλη ποσότητα γίνεται απόψυξη, ανάμιξη –pooling- έγχυση σε αποστειρωμένα μπιμπερό και παστεριώνεται στον ειδικό παστεριωτή μητρικού γάλακτος στους 62,5°C για 30 min.

Πριν και μετά την παστερίωση στέλνεται δείγμα για μικροβιολογική εξέταση. Το παστεριωμένο γάλα ξανατοποθετείται στην κατάψυξη στους -20°C και μετά το αποτέλεσμα του μικροβιολογικού ελέγχου είναι έτοιμο για χρήση. Το γάλα αυτό χορηγείται σε διάφορα παιδιά.

Το γάλα κρίνεται κατάλληλο για χρήση μετά τη παστερίωση όταν:

1. Ο ολικός αριθμός των μικροβίων είναι $<1 \times 10^6$ /ml
2. Ο αριθμός του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου είναι $<1 \times 10^3$ /ml
3. Ο αριθμός της E. Coli και του στρεπτόκοκκου των κοπράνων είναι $<1 \times 10^4$ /ml
4. Ο αριθμός του B αιμολυτικού στρεπτόκοκκου είναι $<1 \times 10^3$ /ml
5. Δεν υπάρχει παρουσία ψευδομονάδας, αερόβιων και αναερόβιων κόκκων, ανεξαρτήτως αριθμού.

Τυχαίος μικροβιολογικός έλεγχος του γάλακτος γίνεται και στο γάλα των μητέρων για δικά τους παιδιά που χορηγείται νωπό. Κατά μέσο όρο το ποσοστό της ακαταλληλότητας δεν ξεπερνά το 2-3% της ολικής ποσότητας που συλλέγεται. Οι διαδικασίες του γάλακτος: απόψυξη, ανάμιξη για παστερίωση, παρασκευή γευμάτων γίνονται στο θάλαμο νηματικής ροής για την εξασφάλιση της στειρότητας του.

Με ποσοστό θηλασμού κατά μέσο όρο 74,8% η ποσότητα μητρικού γάλακτος που συλλέγεται είναι 500-600lt το χρόνο και το 77% χορηγείται νωπό. Αυτό είναι σημαντικό γιατί με την παστερίωση επηρεάζονται ορισμένα συστατικά του Μητρικού Γάλακτος. Το αναμειγμένο-παστεριωμένο γάλα της Τράπεζας είναι πρόωρο, πύαρ, μεταβατικό και ώριμο γάλα μητέρων που γέννησαν πρόωρα με αναλογίες περίπου 34% πρόωρο, 19% πύαρ, 20% μεταβατικό, 27% ώριμο.

Επίσης σημαντικό είναι το γιατί η διαφορετική ποιοτική του σύσταση από το ώριμο γάλα, μητέρων που γεννούν τελειόμηνα, έχει ιδιαίτερη σημασία για την ανάπτυξη των πρόωρων παιδιών. Το γάλα χορηγείται στα τελειόμηνα νεογέννητα που νοσηλεύονται στην εντατική και ενδιάμεση μονάδα νοσηλείας του Νεογνολογικού τμήματος και σε άλλα νοσηλευτικά Ιδρύματα, εφόσον υπάρχει επάρκεια.

Η αναγκαιότητα της Τράπεζας Μητρικού Γάλακτος είναι φανερή. Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος και Μητρικός Θηλασμός είναι αλληλοεξαρτώμενα. Η προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού και η διατήρηση της γαλουχίας των μητέρων που γεννούν πρόωρα είναι το πρώτο βήμα.

Η διατήρηση του μητρικού γάλακτος.

Κανένα άλλο γάλα φυσικό ή τυποποιημένο, δεν είναι τόσο καλό για το μωρό σας όσο το δικό σας. Πολλές μητέρες μπορούν να παράγουν αρκετό γάλα για να ικανοποιήσουν πλήρως τις ανάγκες του μωρού τους όσο λείπουν. Αυτό προϋποθέτει γνώση μερικών τεχνικών για την σωστή διατήρηση του ανθρώπινου γάλακτος και του πως πρέπει αυτό να δοθεί στο μωρό. Καλό είναι να είσαστε σίγουροι ότι το πρόσωπο που κρατάει το μωρό σας συνειδητοποιεί την ανάγκη λήψης ορισμένων προληπτικών μέτρων για την χρήση του γάλακτος που του αφήνετε.

Το γάλα που θα χρησιμοποιηθεί μέσα σε 1 ημέρα μπορεί να φυλαχτεί στο ψυγείο, εκτός κατάψυξης, μέχρι την ώρα που θα δοθεί στο μωρό. Το γάλα που θα κρατηθεί για περισσότερο από 1 ημέρα πρέπει να μπει στην κατάψυξη. Το γάλα μπορεί να διατηρηθεί για δυο εβδομάδες στην κατάψυξη ενός μονόπορτου ψυγείου και μπορεί να αποθηκευτεί μέχρι και 4 μήνες στην κατάψυξη ενός δίπορτου, που ανοίγει έστω και συχνά. Το γάλα επίσης μπορεί να διατηρηθεί για 6 μήνες ή και περισσότερο σε έναν ξεχωριστό καταψύκτη που έχει σταθερή θερμοκρασία -18°C . Το γάλα πρέπει να κρυώσει πρώτα στο ψυγείο και μετά να καταψυχθεί.

Να καταψύχετε ο γάλα σας σε μικρές ποσότητες από 60-120 γραμμάρια. Έτσι, το πρόσωπο που κρατάει το μωρό μπορεί να επιλέξει την κατάλληλη ποσότητα, ανάλογα με την πείνα του μωρού ή με το πόσο τρώει συνήθως αυτήν την ώρα, χωρίς να σπαταλάει το γάλα.

Να βάζετε σε κάθε δοχείο μια ετικέτα με την ακριβή ημερομηνία αν το γάλα πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για να ταϊστούν περισσότερα από ένα μωρά, θα μπορούσατε να προσθέσετε και το όνομα του μωρού.

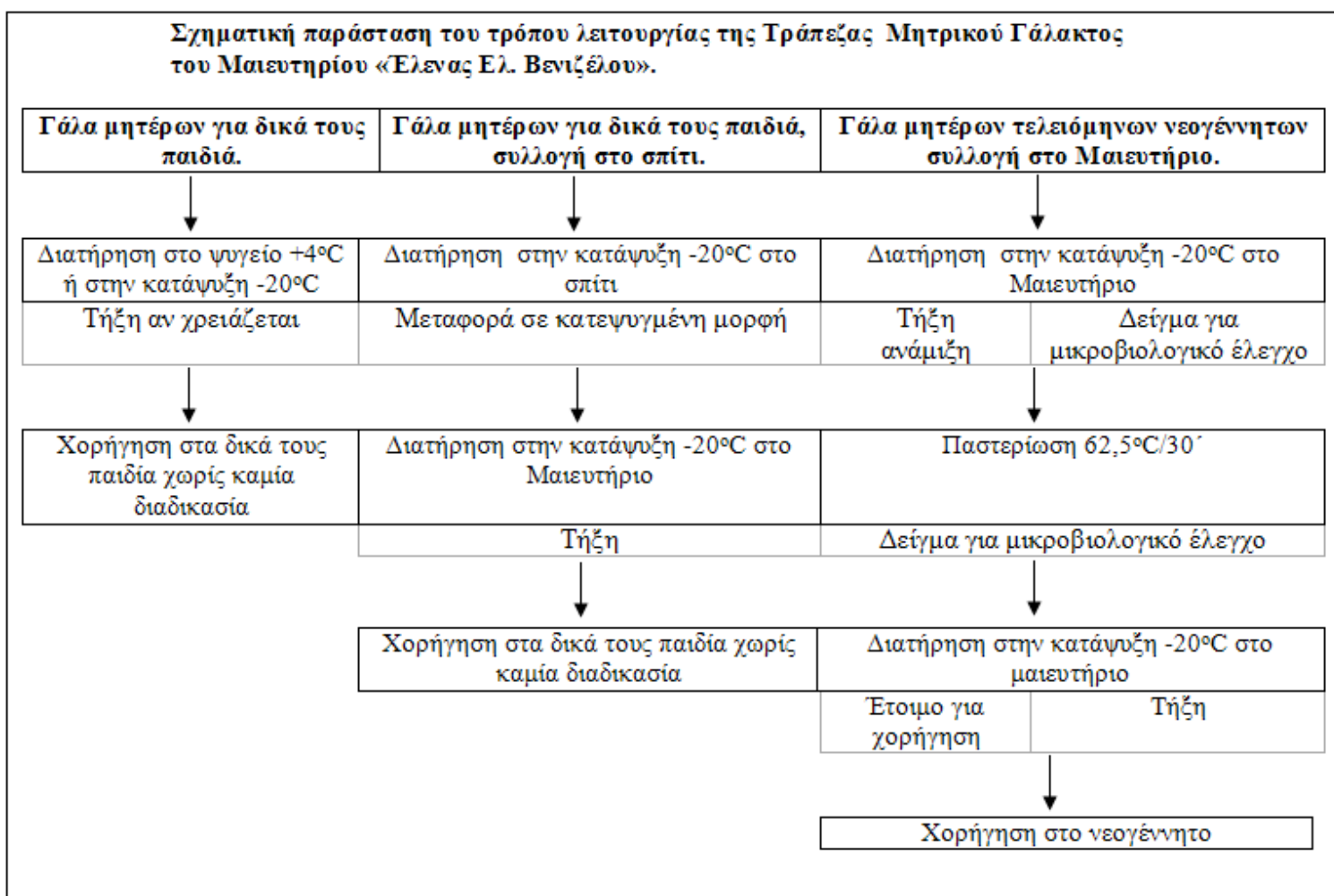
Αφού βγάλετε το γάλα σας είτε με το θήλαστρο, είτε με το χέρι μέσα σε ένα καθαρό δοχείο, για να το διατηρήσετε, μεταφέρετε το σε ένα αποστειρωμένο πλαστικό δοχείο ή μπιμπερό ή σε ένα πλαστικό σακουλάκι, ειδικό για την κατάψυξή του.

Να χρησιμοποιείτε πάντα ένα ξεχωριστό δοχείο για να βάλετε το γάλα στο ψυγείο κάθε φορά που βγάτε το γάλα σας, είτε με το θήλαστρο είτε με το χέρι. Αφού κρυώσουν αυτές οι μικρές ποσότητες μπορούν να αναμιχθούν. Μπορείτε να προσθέσετε κρύο γάλα σε άλλο ήδη κατεψυγμένο, μόνο που πρέπει να προσέχετε ώστε η ποσότητα του πρώτου να είναι μικρότερη για να μη λιώσει το δεύτερο. Όταν

γεμίζετε τα δοχεία που θα μπουν στην κατάψυξη, ποτέ να μην τα γεμίζετε εντελώς, αλλά να αφήνετε ελεύθερο χώρο γιατί το γάλα διαστέλλεται όταν παγώνει. Μην σφραγίζετε τα καπάκια παρά μόνο όταν το γάλα έχει παγώσει εντελώς.

Όταν χρησιμοποιείτε τα ειδικά σακουλάκια για την κατάψυξη του γάλακτος, πάντα να τα βάζετε διπλά, ώστε να αποφεύγετε το ενδεχόμενο να σχιστούν. Πιέστε τα στο άνω μέρος για να βγει ο αέρας, διπλώστε τα προς τα κάτω αφήνοντας 2 εκατοστά πάνω από το γάλα, δέστε τα και τοποθετείστε τα σε ένα δοχείο, που θα τα κρατήσει όρθια μέχρι να παγώσουν εντελώς.

Σχηματική παράσταση του τρόπου λειτουργίας της Τράπεζας Μητρικού Γάλακτος του Μαιευτηρίου «Ελενας Ελ. Βενιζέλου».



Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Περιγραφή έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη περίοδο Ιούνιο – Ιούλιο 2008. Το δείγμα ήταν τυχαίο και αποτελούνταν από 100 δευτερότοκες γυναίκες, από τις οποίες οι 50 διέμεναν στην Αθήνα και οι άλλες 50 στην επαρχία Σητείας.

Οι γυναίκες που διέμεναν στην επαρχία Σητείας θήλασαν όλες (50) τα βρέφη τους, ενώ από αυτές που διέμεναν στην Αθήνα, οι 46 θήλασαν τα βρέφη τους και οι 4 δεν τα θήλασαν.

Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθεί και να αποσαφηνιστεί η αντίληψη και η προώθηση του μητρικού θηλασμού στην επαρχία Σητείας και στην Αθήνα και μέσα από τα αποτελέσματα να γίνει συγκριτική μελέτη.

Η διαδικασία της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσχέδιο, αλλά για την σύνταξή του χρησιμοποιήθηκε ένα μέρος από το ερωτηματολόγιο της παρακάτω βιβλιογραφίας 'World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Department of Child and Adolescent Health Development. Breastfeeding and replacement feeding practices in the context of mother-to-child transmission of HIV. An assessment tool for research.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μορφή προσωπικής συνέντευξης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε δημόσιο νοσοκομείο των δύο αυτών πόλεων (Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα – Νοσοκομείο Σητείας). Πριν γίνει η ανάλυση των δεδομένων, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ερωτηθέντες μητέρες δεν έχουν γεννήσει όλες στα αντίστοιχα νοσοκομεία από όπου συλλέχθηκαν οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων.

Το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε χωρίζεται σε τρία σκέλη:

- α) Γενικές ερωτήσεις,
- β) Ερωτήσεις που αφορούν γυναίκες που δε θήλασαν και
- γ) Ερωτήσεις που αφορούν γυναίκες που θήλασαν.

Αναλυτικότερα:

α) Οι γενικές ερωτήσεις μας έδωσαν πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση υγείας των ομάδων που εξετάσαμε, τον τρόπο και τον αριθμό τοκετών, την ενημέρωση/πληροφόρηση για το μητρικό θηλασμό και στοιχεία της άποψής τους για τη προώθηση του μητρικού θηλασμού.

β) Σ' αυτό το σκέλος λάβαμε πληροφορίες για τη περίοδο που η υπό εξέταση ομάδα πήρε την απόφαση να μη θηλάσει, τους λόγους που την ώθησαν σε αυτό, τις γνώσεις που έχει σε σχέση με το μητρικό θηλασμό και το εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα και για το αν υπάρχει πιθανότητα να αλλάξει αυτή της η στάση στο μέλλον.

γ) Σ' αυτό το σκέλος λάβαμε πληροφορίες για τη περίοδο που η υπό εξέταση ομάδα πήρε την απόφαση να θηλάσει, τους λόγους που την ώθησαν σε αυτό, τις δυσκολίες που συνάντησε κατά το θηλασμό, του λόγους διακοπής αυτού, τις διατροφικές γνώσεις και τις προσωπικές απόψεις/εμπειρίες που έχει σε σχέση με το μητρικό θηλασμό.

Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε η ταξινόμησή τους σε γυναίκες που θήλασαν και σε αυτές που δε θήλασαν. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν στο πρόγραμμα Excel 2002 και στο με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, release 11.0.0, 2001, standard version), ώστε να γίνει η αξιολόγησή τους και να διεξαχθούν τα συμπεράσματα.

Υποθέσεις έρευνας

Δημιουργούνται τρεις υποθέσεις:

1. Στην πρώτη υπόθεση εικάζεται ότι η πληροφόρηση των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα σε σχέση με το μητρικό θηλασμό θα είναι καλύτερη και πληρέστερη σε σύγκριση με τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας.
2. Στην δεύτερη υπόθεση τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού θα είναι ίδια περίπου στις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα και στην επαρχία Σητείας, αλλά διαφορετικοί λόγοι θα έχουν οδηγήσει σε αυτό.
3. Στην τρίτη υπόθεση εικάζεται ότι η προαγωγή και η προώθηση του μητρικού θηλασμού θα γίνεται με πιο ορθό τρόπο στην Αθήνα σε σχέση με την επαρχία Σητείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΒΑΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΑΡΧΙΑ ΣΗΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΘΗΝΑ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1) Κατανομή συμμετέχοντων ανά ηλικία

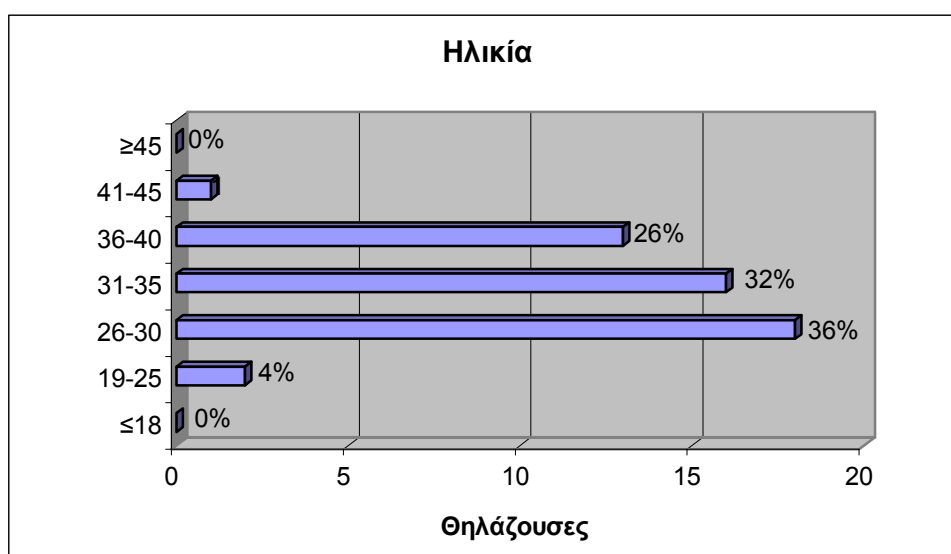
Όσο αφορά την ηλικία των μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας το 0% των ερωτηθεισών μητέρων είχαν ηλικία ≤ 18 , το 4% των ερωτηθεισών μητέρων είχαν ηλικία 19-25, το 36% είχαν ηλικία που κυμαινόταν από 26-30 ετών, το 32% είχαν ηλικία που κυμαινόταν από 31-35, το 26% είχαν ηλικία που κυμαινόταν από 36-40, το 2% είχαν ηλικία που κυμαινόταν από 41-45 και το 0% των ερωτηθεισών μητέρων είχαν ηλικία ≥ 45 .

Όσο αφορά την ηλικία των μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα το 0% των ερωτηθεισών μητέρων είχαν ηλικία ≤ 18 , το 2% των ερωτηθεισών μητέρων είχαν ηλικία 19-25, το 34% είχαν ηλικία που κυμαινόταν από 26-30 ετών, το 22% είχαν ηλικία που κυμαινόταν από 31-35, το 20% είχαν ηλικία που κυμαινόταν από 36-40, το 2% είχαν ηλικία που κυμαινόταν από 41-45 και το 0% των ερωτηθεισών μητέρων είχαν ηλικία ≥ 45 (Πίνακας 1, Εικόνα 1, Εικόνα 1,1).

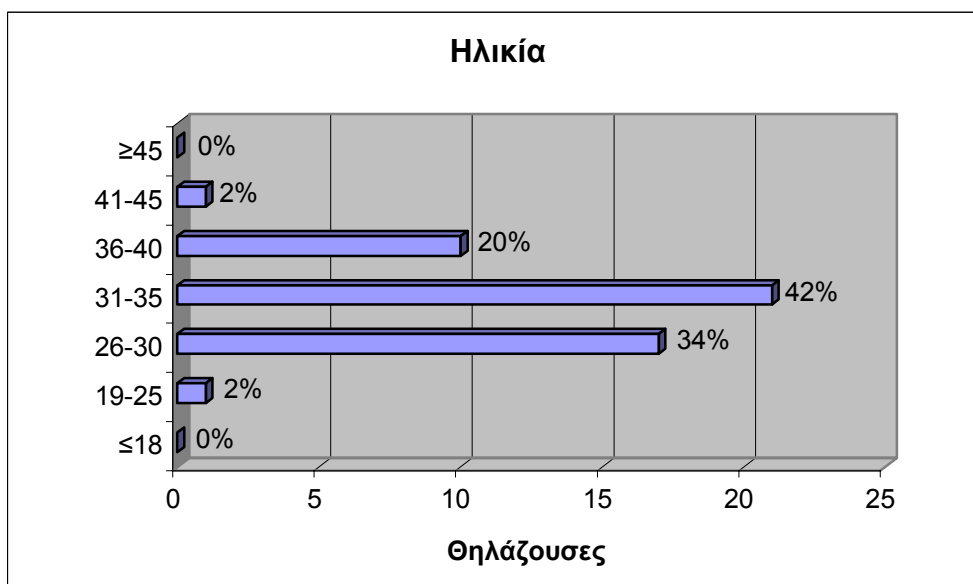
Πίνακας 1: Ηλικία συμμετεχόντων μητέρων

Ηλικία	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
≤ 18	0	0	0	0
19-25	2	1	4	2
26-30	18	17	36	34
31-35	16	21	32	22
36-40	13	10	26	20
41-45	1	1	2	2
≥ 45	0	0	0	0

Εικόνα 1: Ηλικία μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 1,1: Ηλικία μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



2) Εθνικότητα

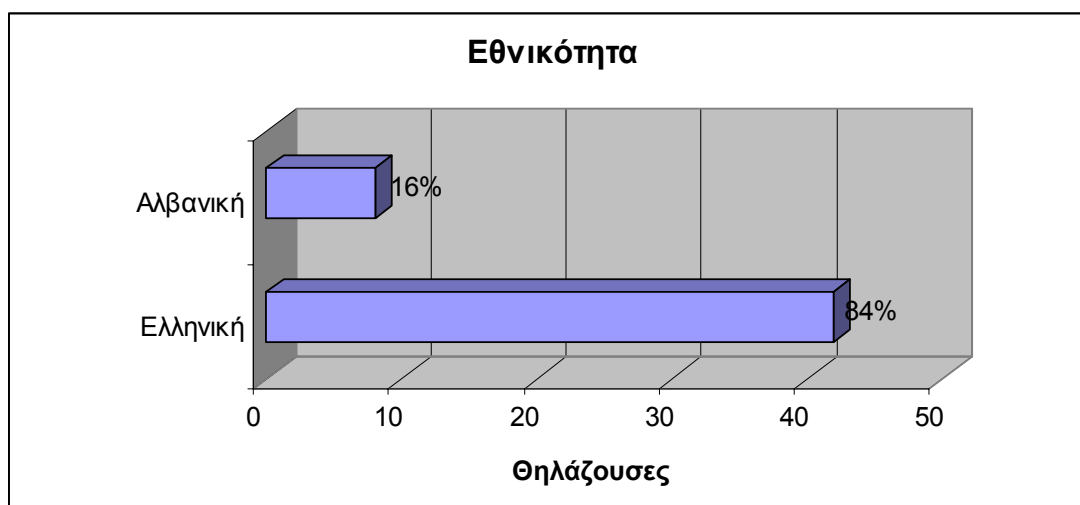
Το 84% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας ήταν ελληνικής εθνικότητας και το 16% αλβανικής εθνικότητας.

Το 68% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα ήταν ελληνικής εθνικότητας και το 16% αλβανικής εθνικότητας, το 4% αιγυπτιακής εθνικότητας, το 2% ρουμανικής εθνικότητας, το 2% ουκρανικής εθνικότητας, το 6% φιλιπινέζικης εθνικότητας και το 2% πολωνικής εθνικότητας (Πίνακας 2, Εικόνα 2, Εικόνα 2,1).

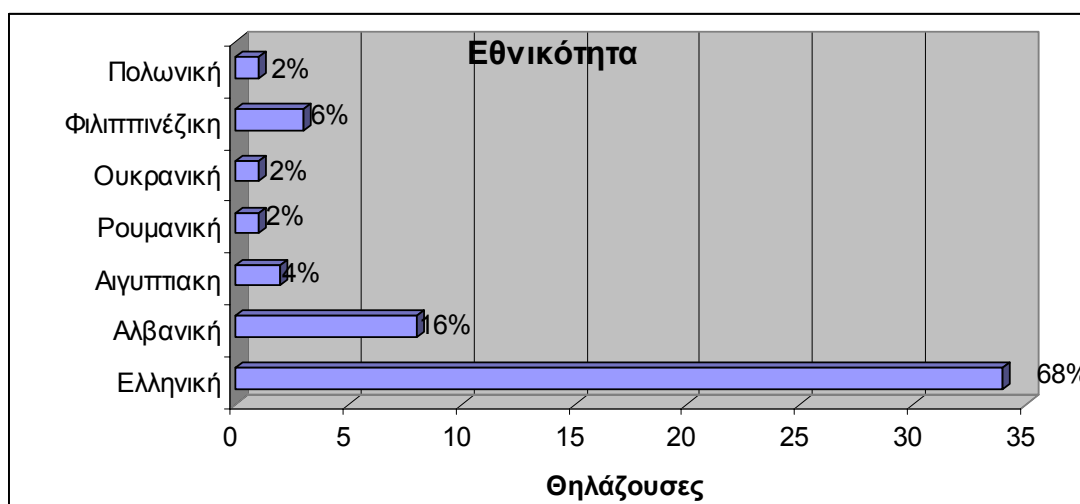
Πίνακας 2: Εθνικότητα συμμετεχόντων μητέρων

Εθνικότητα	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ελληνική	42	34	84	68
Αλβανική	8	8	16	16
Αιγυπτιακή	0	2	0	4
Ρουμανική	0	1	0	2
Ουκρανική	0	1	0	2
Φιλιπινέζικη	0	3	0	6
Πολωνική	0	1	0	2

Εικόνα 2: Εθνικότητα μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 2,1: Εθνικότητα μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



3) Επάγγελμα

Το 16% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 14% ιδιωτικοί, το 8% ελεύθεροι και το 62% άνεργοι.

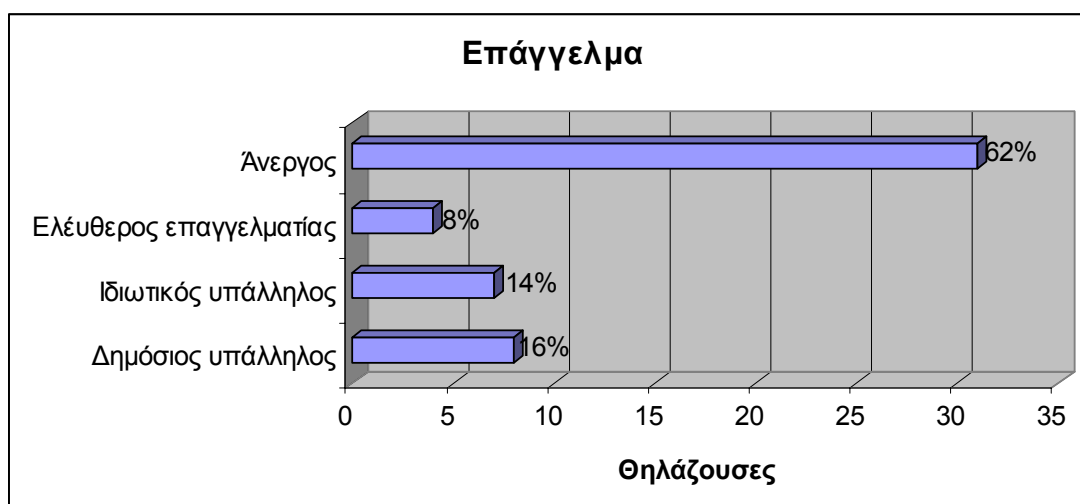
Το 18% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 48% ιδιωτικοί, το 6% ελεύθεροι και το 28% άνεργοι (Πίνακας 3, Εικόνα 3, Εικόνα 3,1).

Παρατηρούμε ότι τα ποσοστά θηλασμού των εργαζόμενων μητέρων δεν διέφεραν από αυτές που δεν εργάζονταν, για το λόγο ότι στη διάρκεια της άδειας μητρότητάς τους, ανεξαρτήτως χρόνου, όλες διέκοψαν κάποια στιγμή το μητρικό θηλασμό.

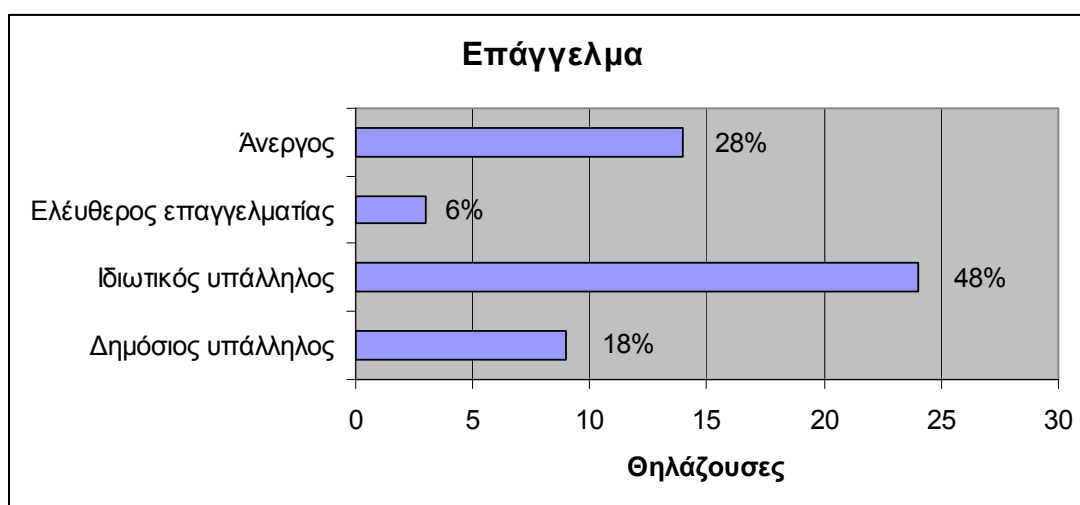
Πίνακας 3: Επάγγελμα συμμετεχόντων μητέρων

Επάγγελμα	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Δημόσιος υπάλληλος	8	9	16	18
Ιδιωτικός υπάλληλος	7	24	14	48
Ελεύθερος επαγγελματίας	4	3	8	6
Άνεργος	31	14	62	28

Εικόνα 3: Επάγγελμα μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 3,1: Επάγγελμα μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



4) Ώρες εργασίας

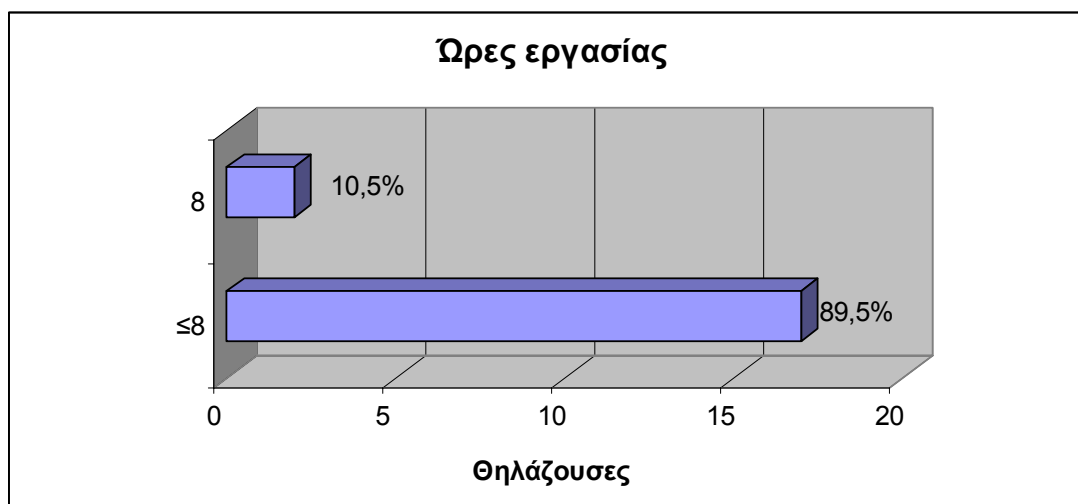
Το 89,5% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας δούλευαν ≤ 8 ώρες/ημέρα και το 10,5% δούλευαν >8 ώρες/ημέρα.

Το 91,66% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα δούλευαν ≤ 8 ώρες/ημέρα και το 8,33% δούλευαν >8 ώρες/ημέρα (Πίνακας 4, Εικόνα 4, Εικόνα 4,1).

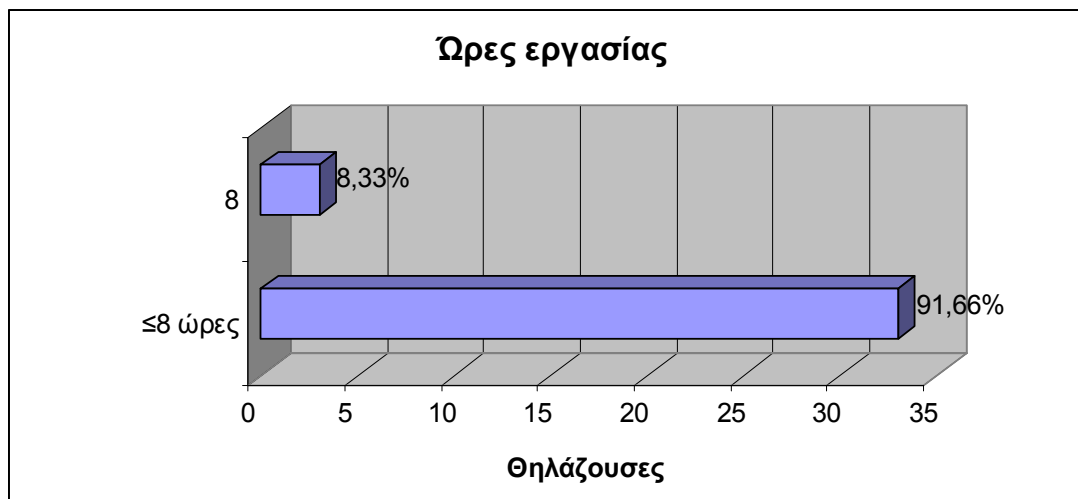
Πίνακας 4: Ώρες εργασίας συμμετεχόντων μητέρων

Ώρες εργασίας	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
≤ 8 ώρες	17	33	89,5	91,66
> 8 ώρες	2	3	10,5	8,33

Εικόνα 4: Ώρες εργασίας συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 4,1: Ώρες εργασίας συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



5) Βαθμίδα εκπαίδευσης των μητέρων

Το 6% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας είχαν βασική εκπαίδευση, το 62% μέση, το 30% ανώτερη και το 2% μεταπτυχιακή.

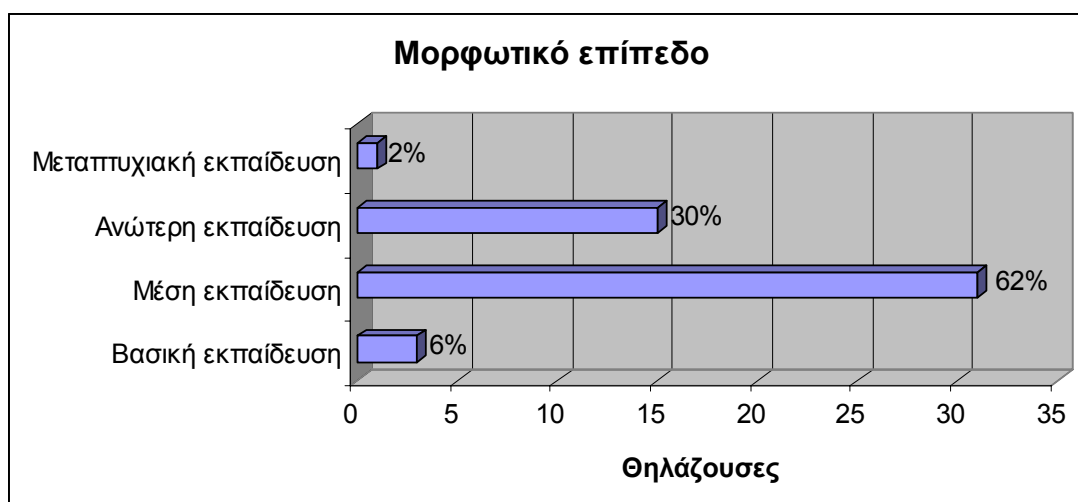
Το 12% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα είχαν βασική εκπαίδευση, το 38% μέση, το 40% ανώτερη και το 10% μεταπτυχιακή (Πίνακας 5, Εικόνα 5, Εικόνα 5,1).

Παρατηρούμε ότι ανεξάρτητα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθεισών μητέρων οι περισσότερες είχαν ενημερωθεί για το μητρικό θηλασμό.

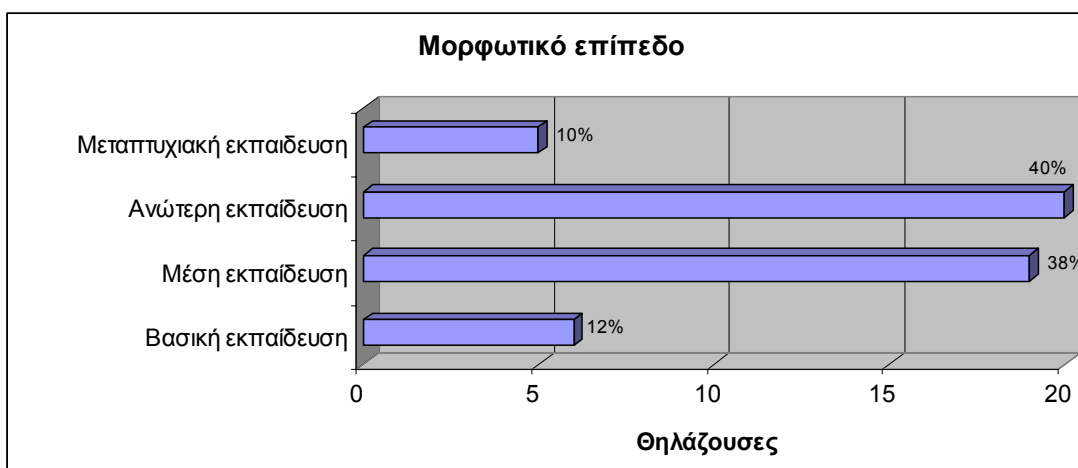
Πίνακας 5: Βαθμίδα εκπαίδευσης συμμετεχόντων μητέρων

Μορφωτικό επίπεδο	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Βασική εκπαίδευση	3	6	6	12
Μέση εκπαίδευση	31	19	62	38
Ανώτερη εκπαίδευση	15	20	30	40
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση	1	5	2	10

Εικόνα 5: Βαθμίδα εκπαίδευσης συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας.



Εικόνα 5,1: Βαθμίδα εκπαίδευσης συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



6) Οικογενειακή κατάσταση

Το 98% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας ήταν παντρεμένες και το 2% διαζευγμένες.

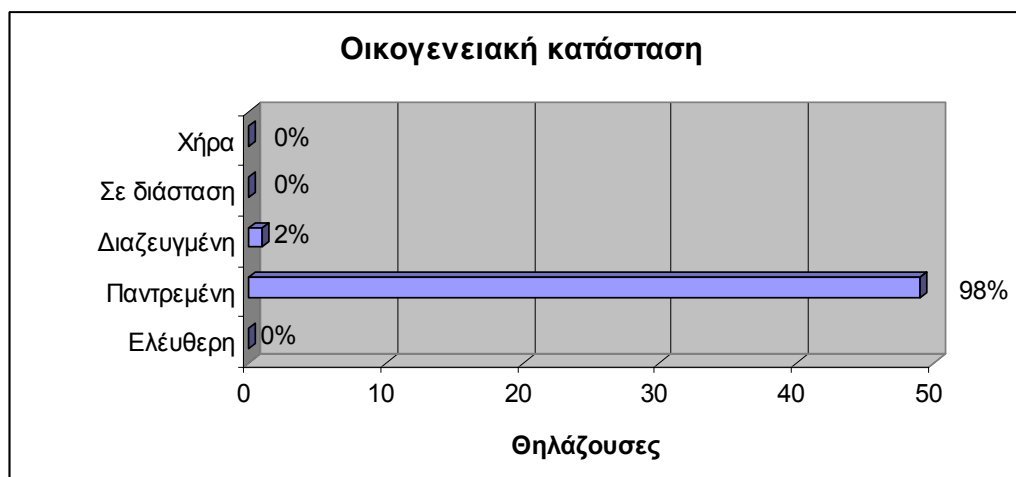
Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα ήταν παντρεμένες (Πίνακας 6, Εικόνα 6, Εικόνα 6,1).

Βάση των απαντήσεων διαπιστώσαμε ότι δεν έπαιξε ρόλο η οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με τα ποσοστά θηλασμού.

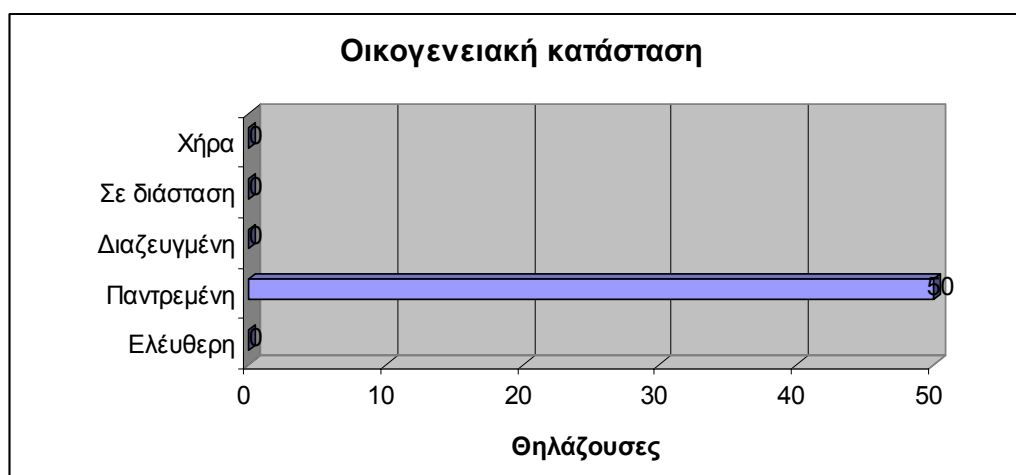
Πίνακας 6: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων μητέρων

Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ελεύθερη	0	0	0	0
Παντρεμένη	49	50	98	100
Διαζευγμένη	1	0	2	0
Σε διάσταση	0	0	0	0
Χήρα	0	0	0	0

Εικόνα 6: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 6,1: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



7) Ποσοστό καπνίσματος

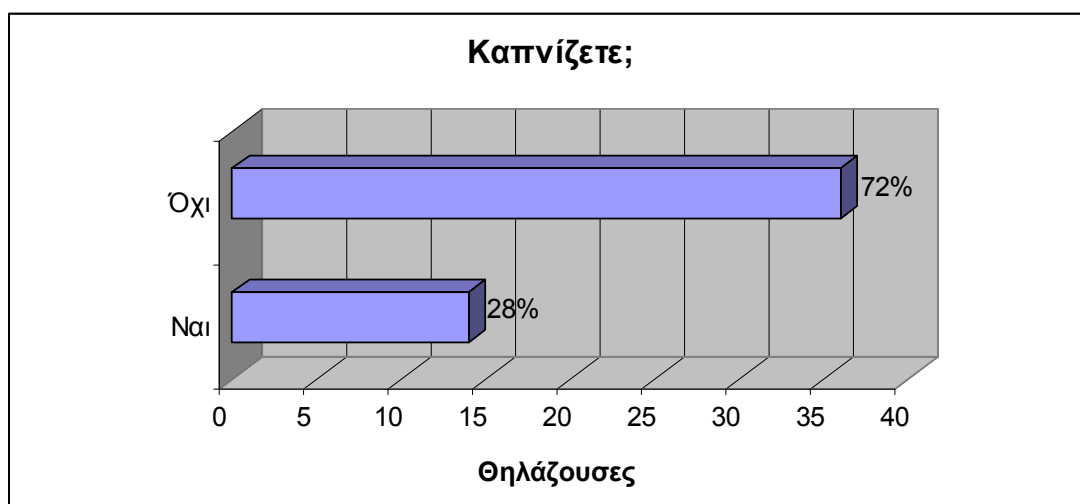
Το 28% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας ήταν καπνίστριες και το 72% δεν ήταν καπνίστριες.

Το 22% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα ήταν καπνίστριες και το 78% δεν ήταν καπνίστριες (Πίνακας 7, Εικόνα 7, Εικόνα 7,1).

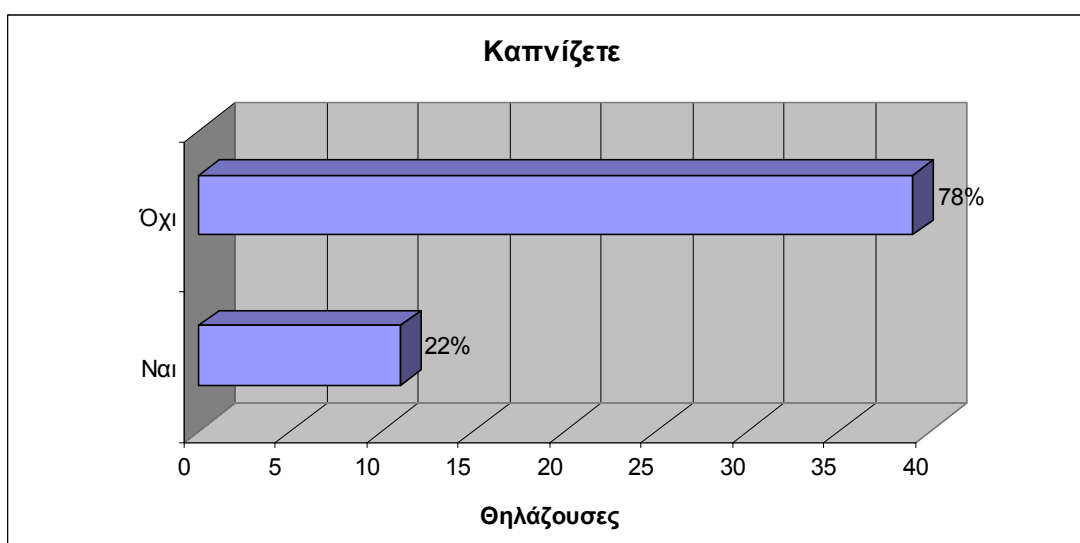
Πίνακας 7: Ποσοστό καπνίσματος συμμετεχόντων μητέρων

Καπνίζετε	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	14	11	28	22
Όχι	36	39	72	78

Εικόνα 7: Ποσοστό καπνίσματος συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 7,1: Ποσοστό καπνίσματος συμμετεχόντων μητέρων που στην Αθήνα



8) Αριθμός τσιγάρων

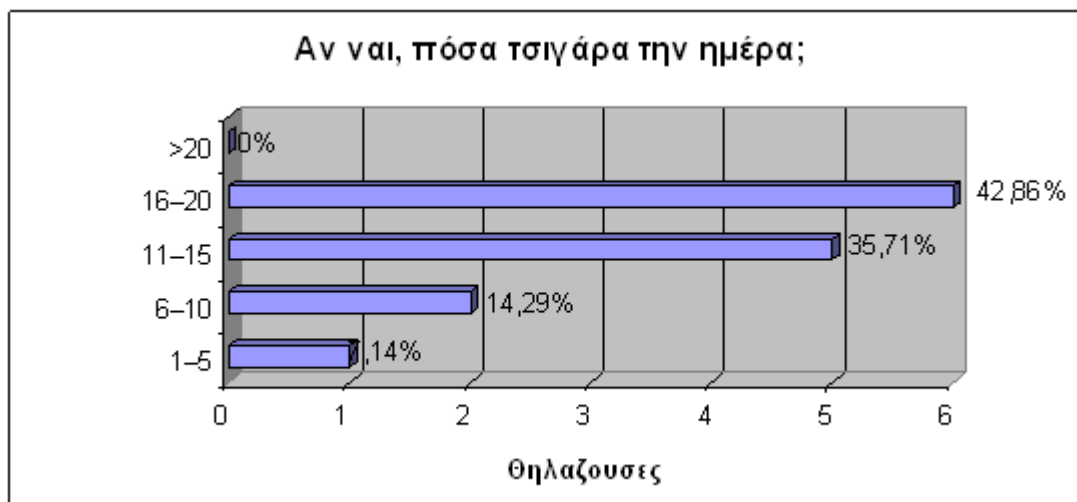
Το 7,14% των ερωτηθεισών μητέρων που κάπνιζαν και διαμένουν στην επαρχία Σητείας κάπνιζαν 1-5 τσιγάρα/ημέρα, το 14,29% κάπνιζαν 6-10 τσιγάρα/ημέρα, το 35,71% κάπνιζαν 11-15 τσιγάρα/ημέρα, το 42,86% κάπνιζαν 16-20 τσιγάρα/ημέρα και το 0% κάπνιζαν >20 τσιγάρα/ημέρα και το 72% δεν ήταν καπνίστριες.

Το 18,2% των ερωτηθεισών μητέρων που κάπνιζαν και διαμένουν στην Αθήνα κάπνιζαν 1-5 τσιγάρα/ημέρα, το 27,3% κάπνιζαν 6-10 τσιγάρα/ημέρα, το 9% κάπνιζαν 11-15 τσιγάρα/ημέρα, το 27,3% κάπνιζαν 16-20 τσιγάρα/ημέρα και το 18,2% κάπνιζαν >20 τσιγάρα/ημέρα και το 72% δεν ήταν καπνίστριες (Πίνακας 8, Εικόνα 8, Εικόνα 8,1).

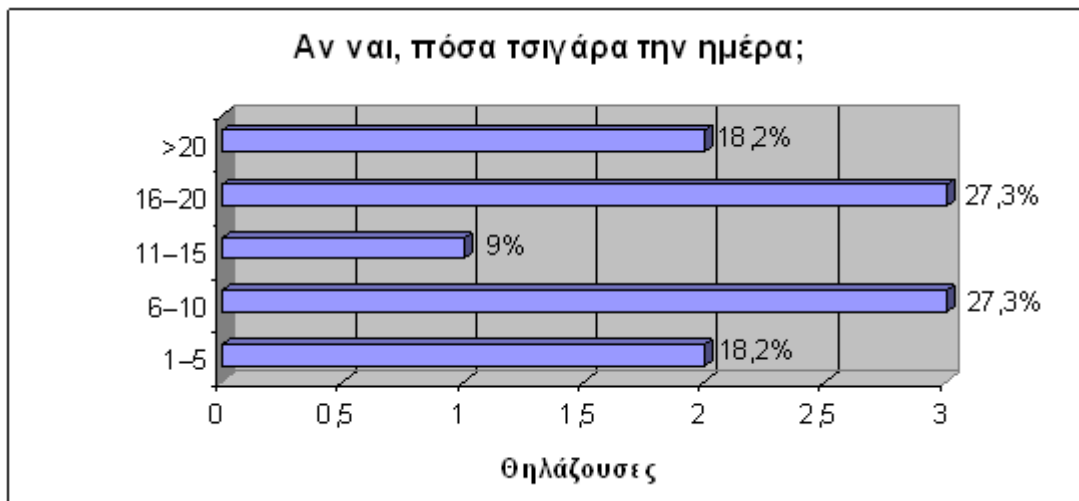
Πίνακας 8: Αριθμός τσιγάρων συμμετεχόντων μητέρων

Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
1-5	1	2	7,14	18,2
6-10	2	3	14,29	27,3
11-15	5	1	35,71	9
16-20	6	3	42,86	27,3
>20	0	2	0	18,2

Εικόνα 8: Αριθμός τσιγάρων συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 8,1: Αριθμός τσιγάρων συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



9) Ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ

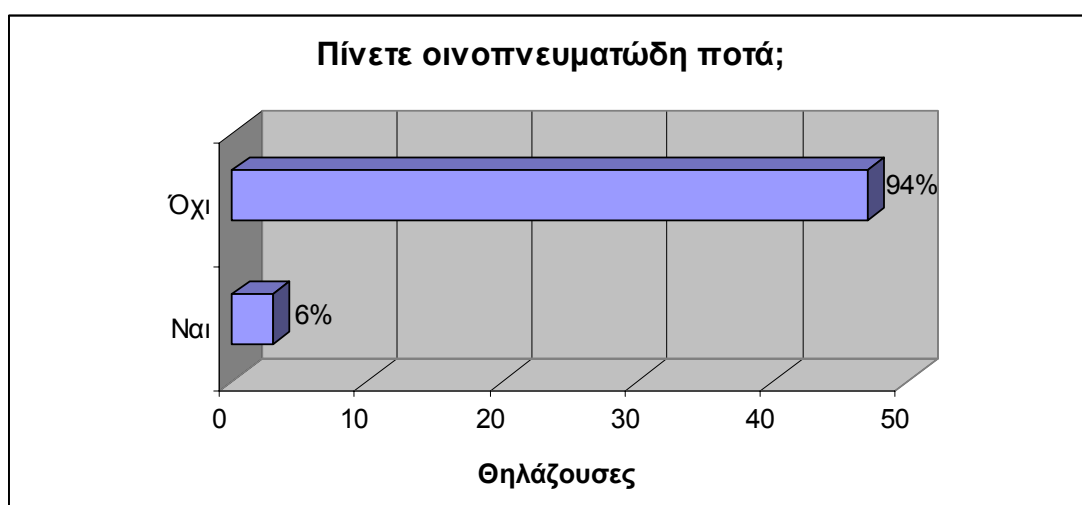
Το 6% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά και το 94% δεν κατανάλωναν.

Το 10% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά και το 90% δεν κατανάλωναν (Πίνακας 9, Εικόνα 9, Εικόνα 9,1).

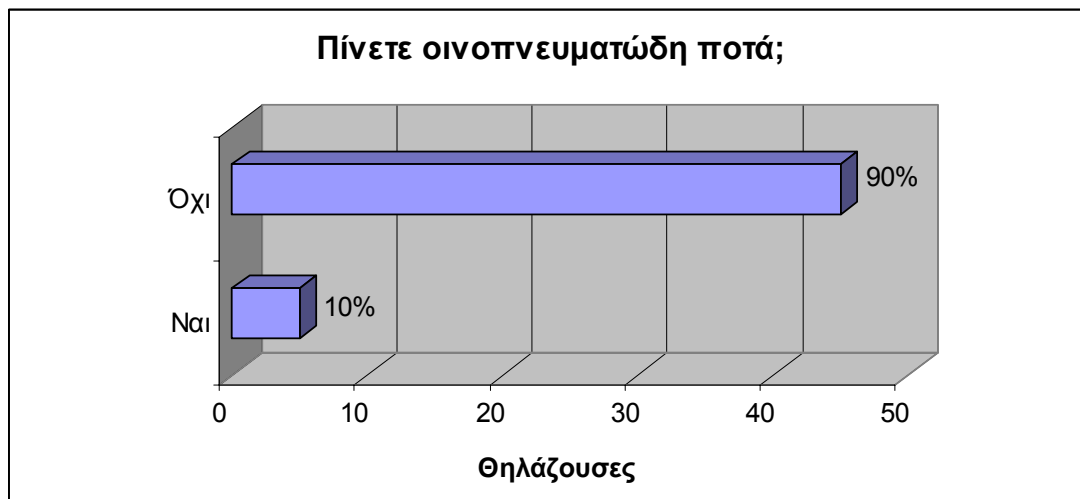
Πίνακας 9: Ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ συμμετεχόντων μητέρων

Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	3	5	6	10
Όχι	47	45	94	90

Εικόνα 9: Ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 9,1: Ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



10) Αριθμός οινοπνευματούχων ποτών

Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων (3 γυναίκες) που κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά και διαμένουν στην επαρχία Σητείας έπιναν 1-2 ποτήρια/εβδομάδα, 0% έπινε 3-4 ποτήρια/εβδομάδα, το 0% έπινε >5 ποτήρια/εβδομάδα.

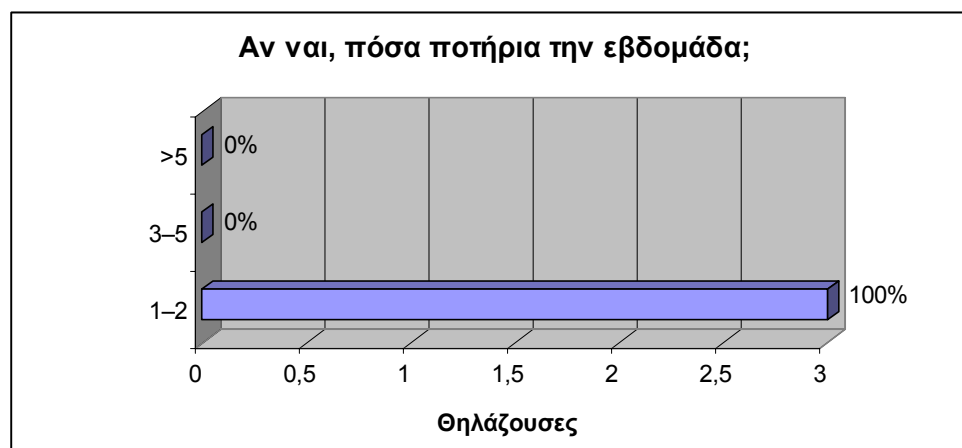
Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων (5 γυναίκες) που κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά και διαμένουν στην Αθήνα έπιναν 1-2 ποτήρια/εβδομάδα, 0% έπινε 3-4 ποτήρια/εβδομάδα, το 0% έπινε >5 ποτήρια/εβδομάδα (Πίνακας 10, Εικόνα 10, Εικόνα 10,1).

Το ποσοστό του αριθμού των οινοπνευματούχων ποτών παρατηρούμε ότι δεν επηρεάζει το θηλασμό, διότι κυμαίνεται στα 1-2 ποτήρια/εβδομάδα, ποσό που είναι επιτρεπτό.

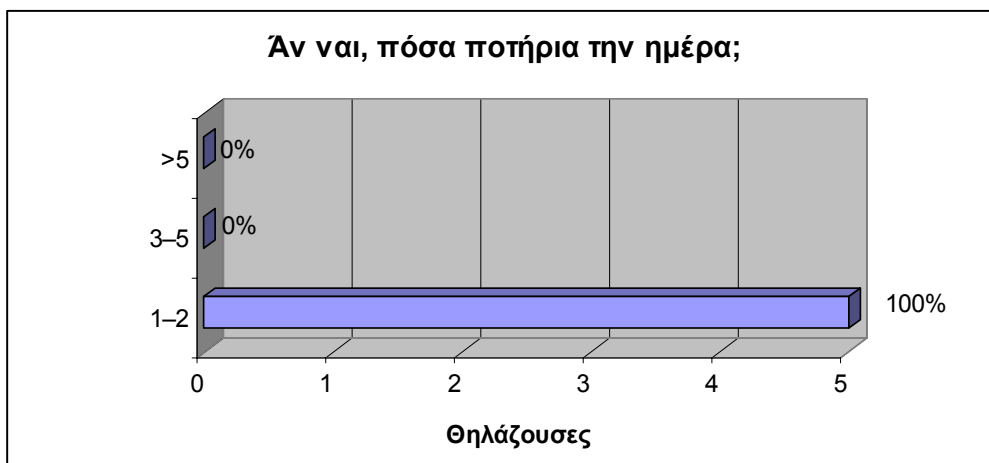
Πίνακας 10: Αριθμός οινοπνευματούχων ποτών συμμετεχόντων μητέρων

Αν ναι, πόσα ποτήρια την εβδομάδα;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
1-2	3	5	100	100
3-5	0	0	0	0
>5	0	0	0	0

Εικόνα 10: Αριθμός οινοπνευματούχων ποτών συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 10,1: Αριθμός οινοπνευματώχων ποτών συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



11) Ποσοστό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών

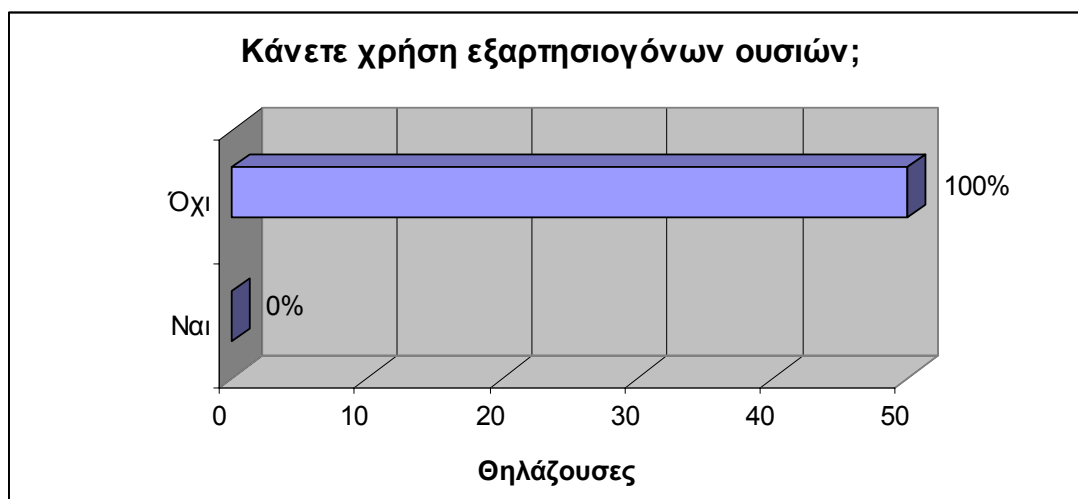
Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας δεν έκαναν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα δεν έκαναν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Πίνακας 11, Εικόνα 11, Εικόνα 11,1).

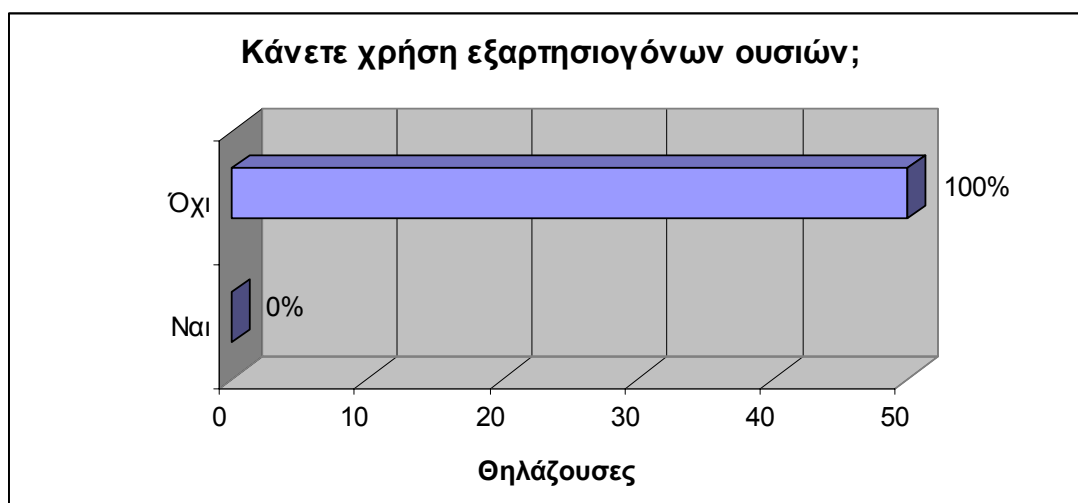
Πίνακας 11: Ποσοστό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών συμμετεχόντων μητέρων

Κάνετε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	0	0	0	0
Όχι	50	50	100	100

Εικόνα 11: Ποσοστό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 11,1: Ποσοστό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



12) Ενημέρωση μητρικού θηλασμού

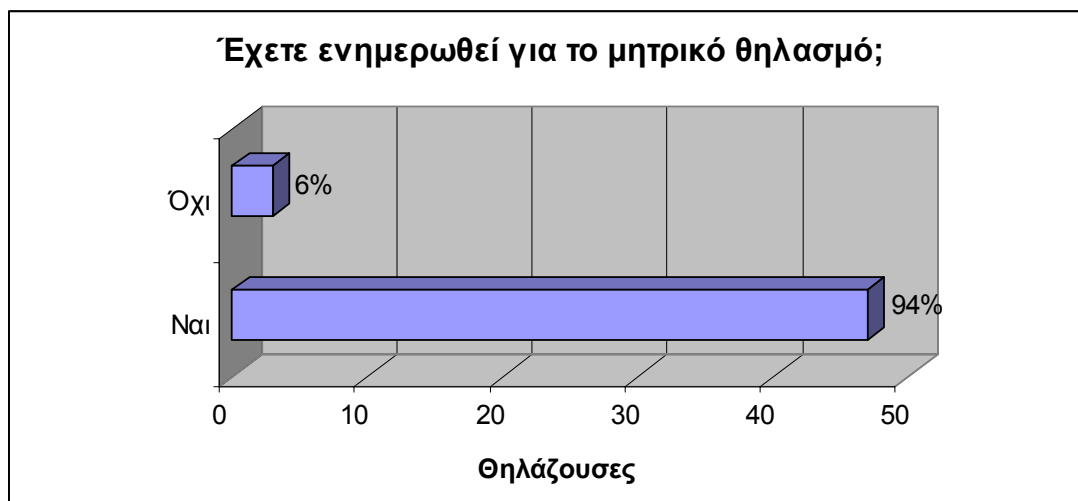
Το 94% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας έχουν ενημερωθεί για το μητρικό θηλασμό και το 6% δεν έχουν.

Το 98% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα έχουν ενημερωθεί για το μητρικό θηλασμό και το 2% δεν έχουν (Πίνακας 12, Εικόνα 12, Εικόνα 12,1).

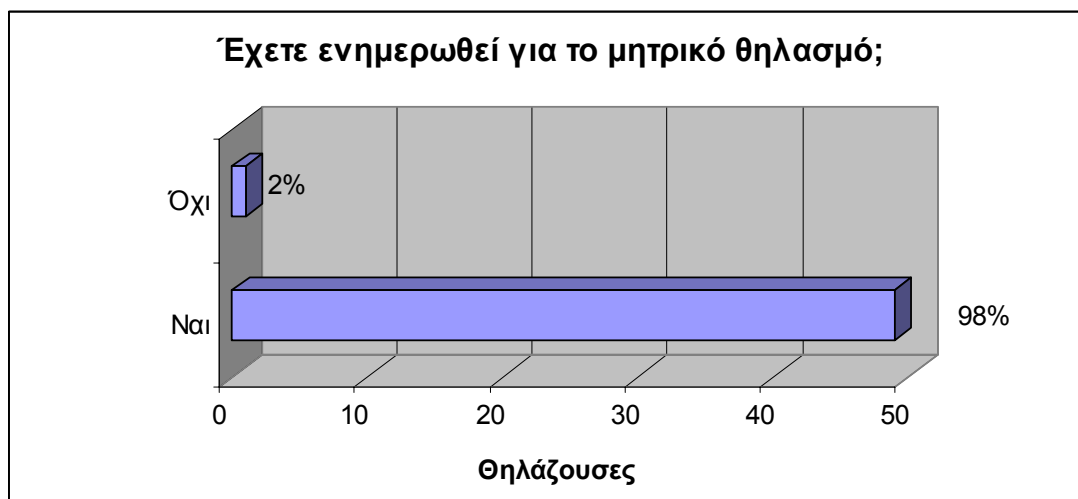
Πίνακας 12: Ενημέρωση μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων

Έχετε ενημερωθεί για το μητρικό θηλασμό;	Αριθμός		Ποσοστά	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	47	49	94	98
Όχι	3	1	6	2

Εικόνα 12: Ενημέρωση μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 12,1: Ενημέρωση μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



13) Πηγές ενημέρωσης μητρικού θηλασμού

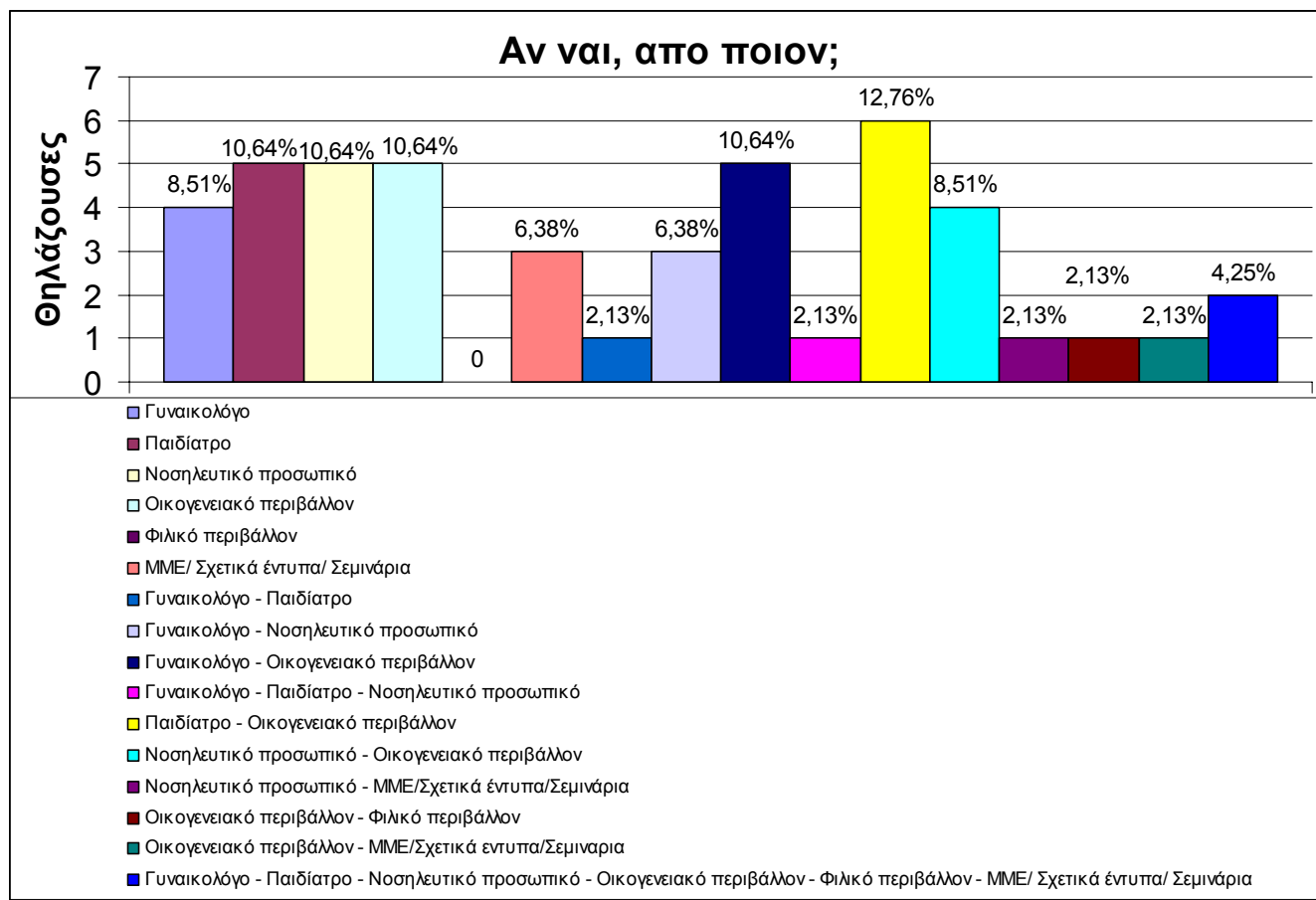
Το 8,51% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας ενημερώθηκαν για το μητρικό θηλασμό από το γυναικολόγο, το 10,64% από το παιδίατρο, το 10,64% από το νοσηλευτικό προσωπικό, το 10,64% από το οικογενειακό περιβάλλον, το 0% από το φιλικό περιβάλλον, το 6,38% από τα ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια, το 2,13% από το γυναικολόγο-παιδίατρο, το 6,38% από γυναικολόγο-νοσηλευτικό προσωπικό, το 10,64% από το γυναικολόγο-οικογενειακό περιβάλλον, το 2,13% από το γυναικολόγο-παιδίατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, το 12,76% από το παιδίατρο-οικογενειακό περιβάλλον, το 8,51% από το νοσηλευτικό προσωπικό-οικογενειακό περιβάλλον, το 2,13% από το νοσηλευτικό προσωπικό- ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια, το 2,13% από το οικογενειακό περιβάλλον-φιλικό περιβάλλον, το 2,13% από το οικογενειακό περιβάλλον- ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια και το 4,25% από Γυναικολόγο - παιδίατρο - νοσηλευτικό προσωπικό - οικογενειακό περιβάλλον - φιλικό περιβάλλον - ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια Πίνακας 13 και στην Εικόνα 13.

Πίνακας 13: Πηγές ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

Ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό	Αριθμός	Ποσοστά
Γυναικολόγο	4	8,51
Παιδίατρο	5	10,64
Νοσηλευτικό προσωπικό	5	10,64
Οικογενειακό περιβάλλον	5	10,64
Φιλικό περιβάλλον	0	0
ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	3	6,38
Γυναικολόγο - Παιδίατρο	1	2,13
Γυναικολόγο - Νοσηλευτικό προσωπικό	3	6,38
Γυναικολόγο - Οικογενειακό περιβάλλον	5	10,64
Γυναικολόγο - Παιδίατρο - Νοσηλευτικό προσωπικό	1	2,13
Παιδίατρο - Οικογενειακό περιβάλλον	6	12,76
Νοσηλευτικό προσωπικό - Οικογενειακό περιβάλλον	4	8,51
Νοσηλευτικό προσωπικό - ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	1	2,13
Οικογενειακό περιβάλλον - Φιλικό περιβάλλον	1	2,13

Οικογενειακό περιβάλλον - ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	1	2,13
Γυναικολόγο – Παιδίατρο - Νοσηλευτικό προσωπικό - Οικογενειακό περιβάλλον - Φιλικό περιβάλλον - ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	2	4,25

Εικόνα 13: Πηγές ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

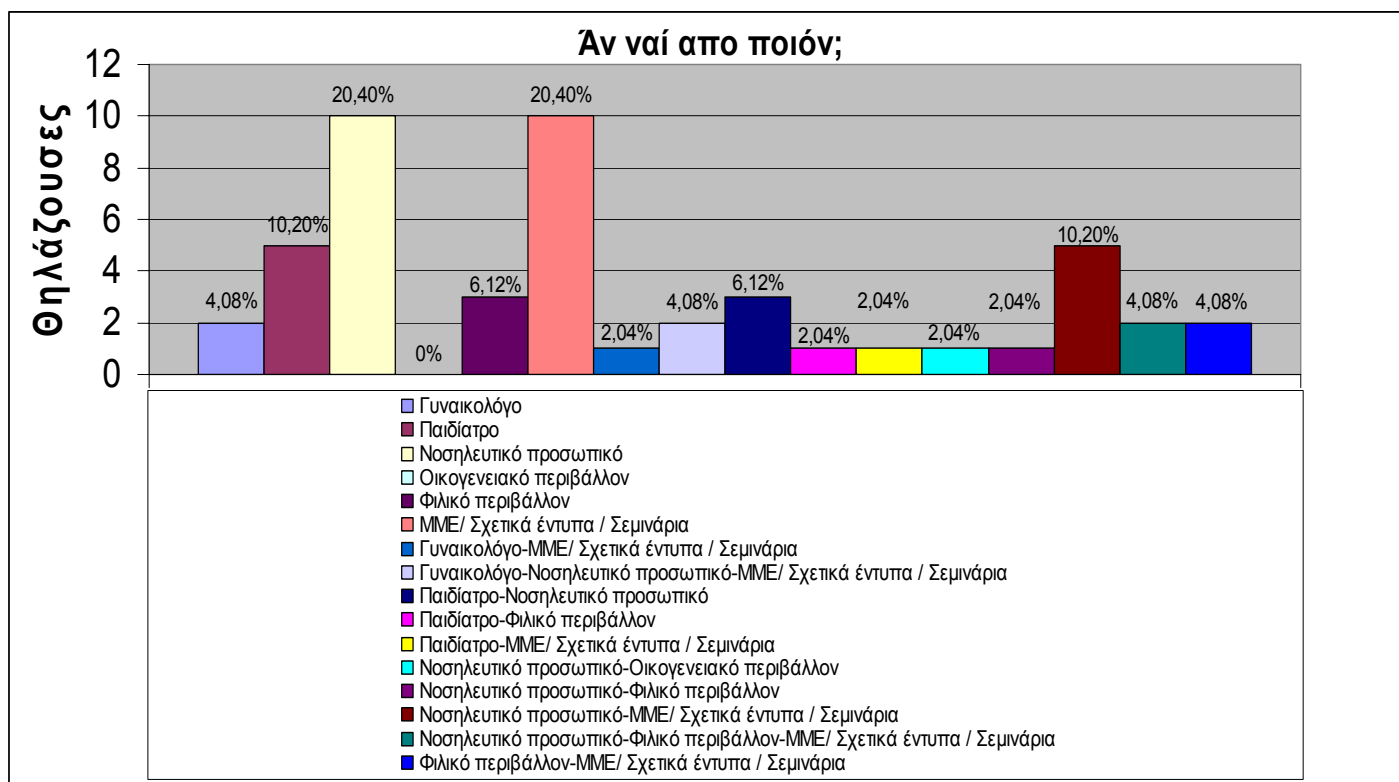


Το 4,08% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα ενημερώθηκαν για το μητρικό θηλασμό από το γυναικολόγο, το 10,20% από το παιδίατρο, το 20,40% από το νοσηλευτικό προσωπικό, το 0% από το οικογενειακό περιβάλλον, το 6,12% από το φιλικό περιβάλλον, το 20,40% από τα ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια, το 2,04% από το γυναικολόγο-ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια, το 4,08% από το γυναικολόγο-νοσηλευτικό προσωπικό-ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια, το 4,08% από Γυναικολόγο-Νοσηλευτικό προσωπικό-ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια, το 6,12% από Παιδίατρο-Νοσηλευτικό προσωπικό, το 2,04% από Παιδίατρο-Φιλικό περιβάλλον, το 2,04% από Παιδίατρο-ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια, το 2,04% από Νοσηλευτικό προσωπικό-Οικογενειακό περιβάλλον, το 2,04% Νοσηλευτικό προσωπικό-Φιλικό περιβάλλον, το 10,20% από το Νοσηλευτικό προσωπικό-ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια, το 4,08% από το Νοσηλευτικό προσωπικό-Φιλικό περιβάλλον-ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια και το 4,08% από Φιλικό περιβάλλον-ΜΜΕ/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια Πίνακας 13,1 και στην Εικόνα 13,1.

Πίνακας 13,1: Πηγές ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα

Ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό	Αριθμός	Ποσοστά
Γυναικολόγο	2	4,08
Παιδίατρο	5	10,20
Νοσηλευτικό προσωπικό	10	20,40
Οικογενειακό περιβάλλον	0	0
Φιλικό περιβάλλον	3	6,12
MME/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	10	20,40
Γυναικολόγο - MME/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	1	2,04
Γυναικολόγο - Νοσηλευτικό προσωπικό - MME/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	2	4,08
Παιδίατρο - Νοσηλευτικό προσωπικό	3	6,12
Παιδίατρο - Φιλικό περιβάλλον	1	2,04
Παιδίατρο - MME/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	1	2,04
Νοσηλευτικό προσωπικό - Οικογενειακό περιβάλλον	1	2,04
Νοσηλευτικό προσωπικό - Φιλικό περιβάλλον	1	2,04
Νοσηλευτικό προσωπικό - MME/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	5	10,20
Νοσηλευτικό προσωπικό - Φιλικό περιβάλλον - MME/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	2	4,08
Φιλικό περιβάλλον - MME/Σχετικά έντυπα/Σεμινάρια	2	4,08

Εικόνα 13: Πηγές ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



14) Χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος για διαφημιστικούς λόγους

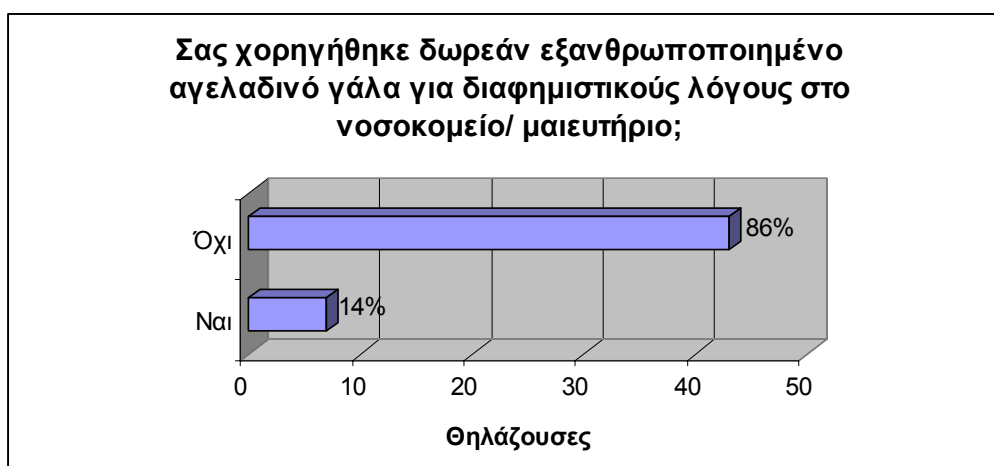
Στο 14% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας χορηγήθηκε δωρεάν εξανθρωποποιημένο γάλα για διαφημιστικούς λόγους και στο 86% δεν χορηγήθηκε.

Στο 30% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα χορηγήθηκε δωρεάν εξανθρωποποιημένο γάλα για διαφημιστικούς λόγους και στο 70% δεν χορηγήθηκε (Πίνακας 14, Εικόνα 14, Εικόνα 14,1).

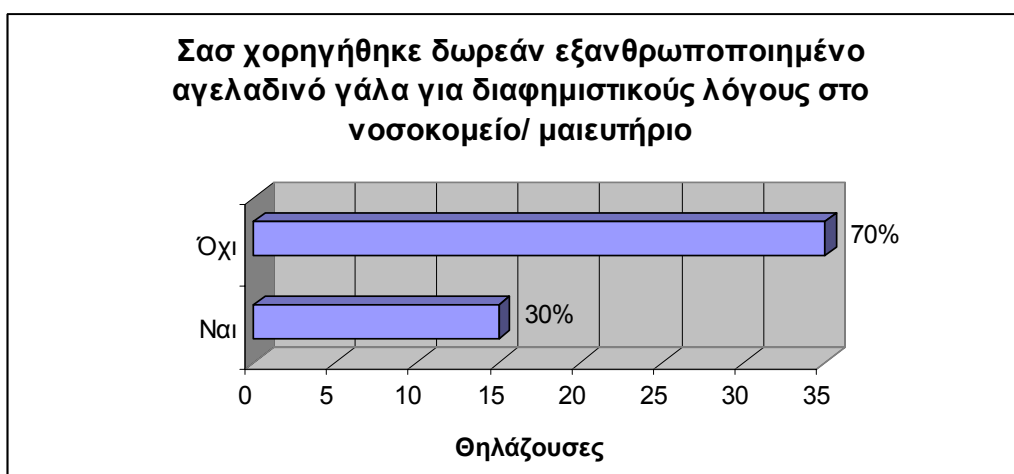
Πίνακας 14: Χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος για διαφημιστικούς λόγους συμμετεχόντων μητέρων

Σας χορηγήθηκε δωρεάν εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα για διαφημιστικούς λόγους στο νοσοκομείο/μαιευτήριο;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	7	15	14	30
Όχι	43	35	86	70

Εικόνα 14: Χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος για διαφημιστικούς λόγους συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 14,1: Χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος για διαφημιστικούς λόγους συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



15) Χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος στο βρέφος τις 3 πρώτες μέρες

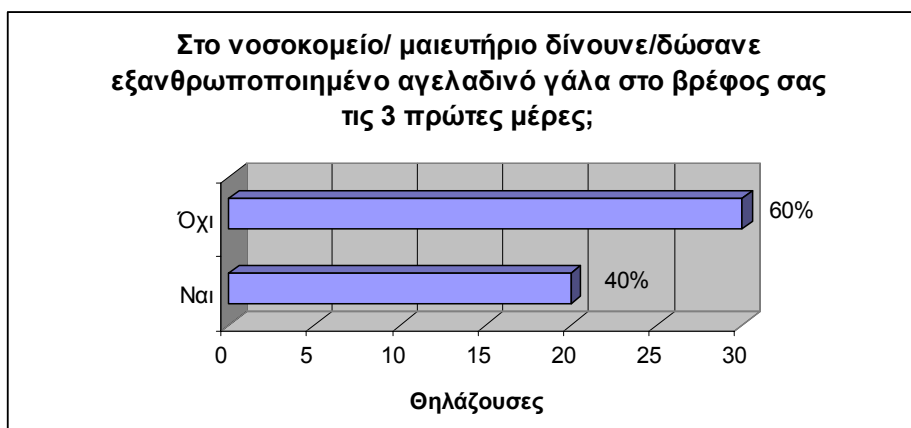
Στο 40% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας χορηγήθηκε εξανθρωποποιημένο γάλα στο βρέφος τις 3 πρώτες μέρες μετά το τοκετό και στο 60% δεν χορηγήθηκε.

Στο 70% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα χορηγήθηκε εξανθρωποποιημένο γάλα στο βρέφος τις 3 πρώτες μέρες μετά το τοκετό και το 30% δεν χορηγήθηκε (Πίνακας 15, Εικόνα 15, Εικόνα 15,1).

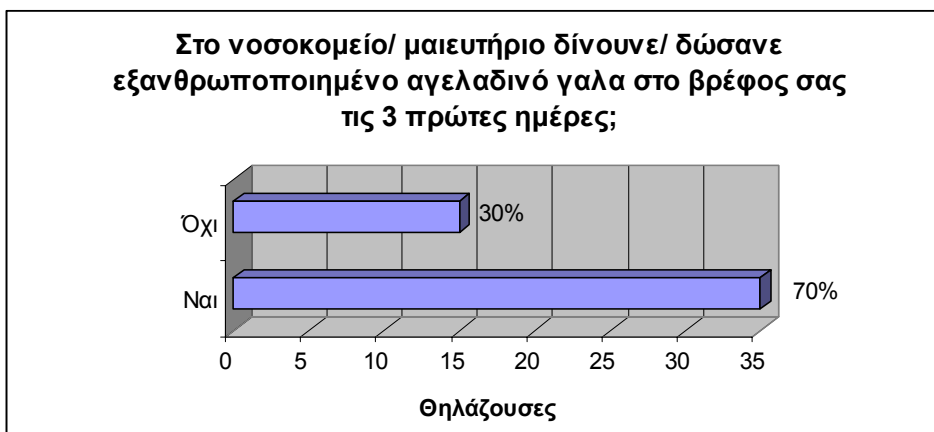
Πίνακας 15: Χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος στο βρέφος τις 3 πρώτες μέρες των συμμετεχόντων μητέρων

Στο νοσοκομείο/μαιευτήριο δίνουνε/δώσανε εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα στο βρέφος σας τις 3 πρώτες μέρες;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	20	35	40	70
Όχι	30	15	60	30

Εικόνα 15: Χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος στο βρέφος τις 3 πρώτες μέρες των συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 15,1: Χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος στο βρέφος τις 3 πρώτες μέρες των συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



16) Απόψεις επάρκειας ενημέρωσης μητρικού θηλασμού

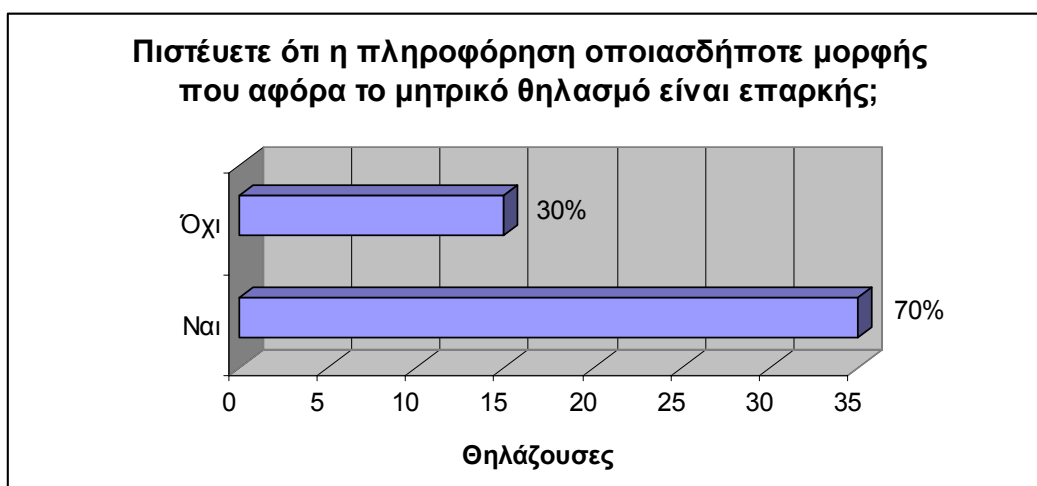
Στο 70% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας πιστεύουν ότι η ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό είναι επαρκής και στο 70% πιστεύει ότι είναι ελλιπής.

Στο 50% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα πιστεύουν ότι η ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό είναι επαρκής και στο 50% πιστεύει ότι είναι ελλιπής (Πίνακας 16, Εικόνα 16, Εικόνα 16,1).

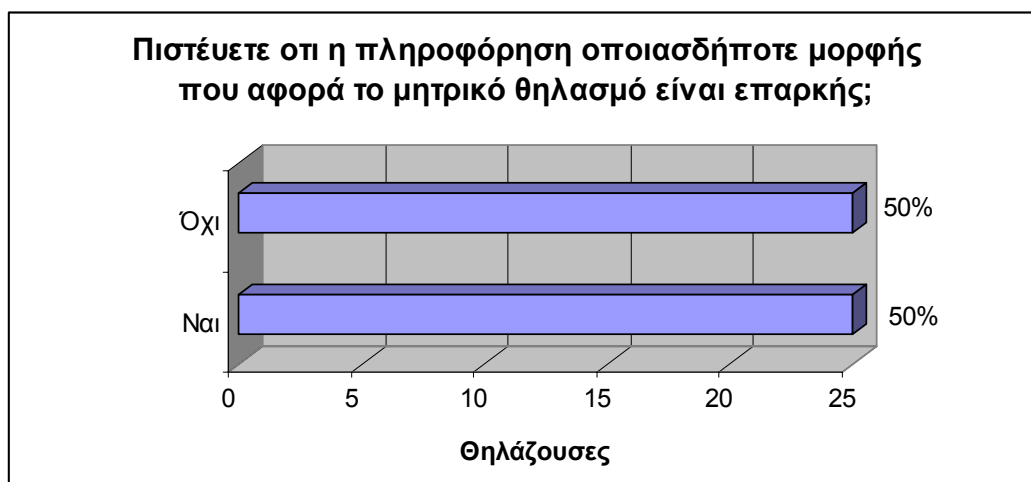
Πίνακας 16: Απόψεις επάρκειας ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων

Πιστεύετε ότι η πληροφόρηση οποιασδήποτε μορφής που αφορά το μητρικό θηλασμό είναι επαρκής;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	35	25	70	50
Όχι	15	25	30	50

Εικόνα 16: Απόψεις επάρκειας ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 16,1: Απόψεις επάρκειας ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



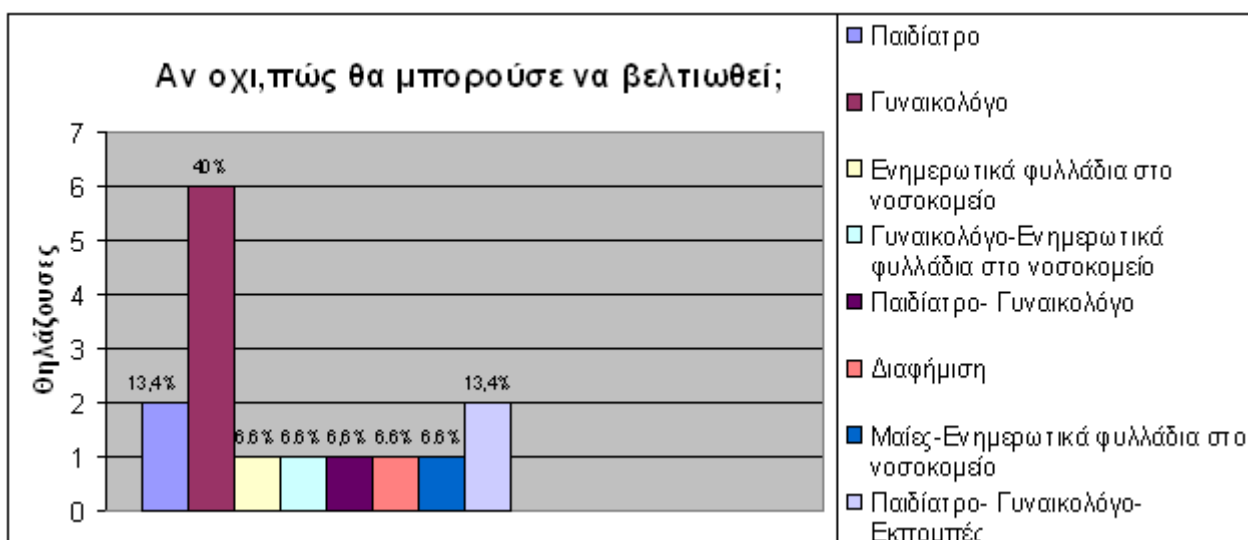
17) Τρόποι βελτίωσης ενημέρωσης μητρικού θηλασμού

Το 13,33% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας πιστεύουν ότι η ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό μπορεί να βελτιωθεί από το Παιδίατρο, το 40% από το Γυναικολόγο, το 0% από το Διαιτολόγο, το 0% από εκπομπές, το 6,67% από Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο, το 0% από Μαίες, το 0% από Σεμινάρια, το 0% από Βιβλία, το 0% από το Νοσηλευτικό προσωπικό, το 6,67% από Γυναικολόγο - Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο, το 6,67% από Παιδίατρο – Γυναικολόγο, το 6,67% από Διαφήμιση, το 6,67% από Μαίες - Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο και το 13,33% από Παιδίατρο – Γυναικολόγο - Εκπομπές Πίνακας 17 και Εικόνα 17.

Πίνακας 17: Τρόποι βελτίωσης ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

Αν όχι, πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί;	Αριθμός	Ποσοστό
Παιδίατρο	2	13,33
Γυναικολόγο	6	40
Διαιτολόγο	0	0
Εκπομπές	0	0
Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο	1	6,67
Μαίες	0	0
Σεμινάρια	0	0
Βιβλία	0	0
Νοσηλευτικό προσωπικό	0	0
Γυναικολόγο - Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο	1	6,67
Παιδίατρο - Γυναικολόγο	1	6,67
Διαφήμιση	1	6,67
Μαίες - Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο	1	6,67
Παιδίατρο – Γυναικολόγο - Εκπομπές	2	13,33

Εικόνα 17: Τρόποι βελτίωσης ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

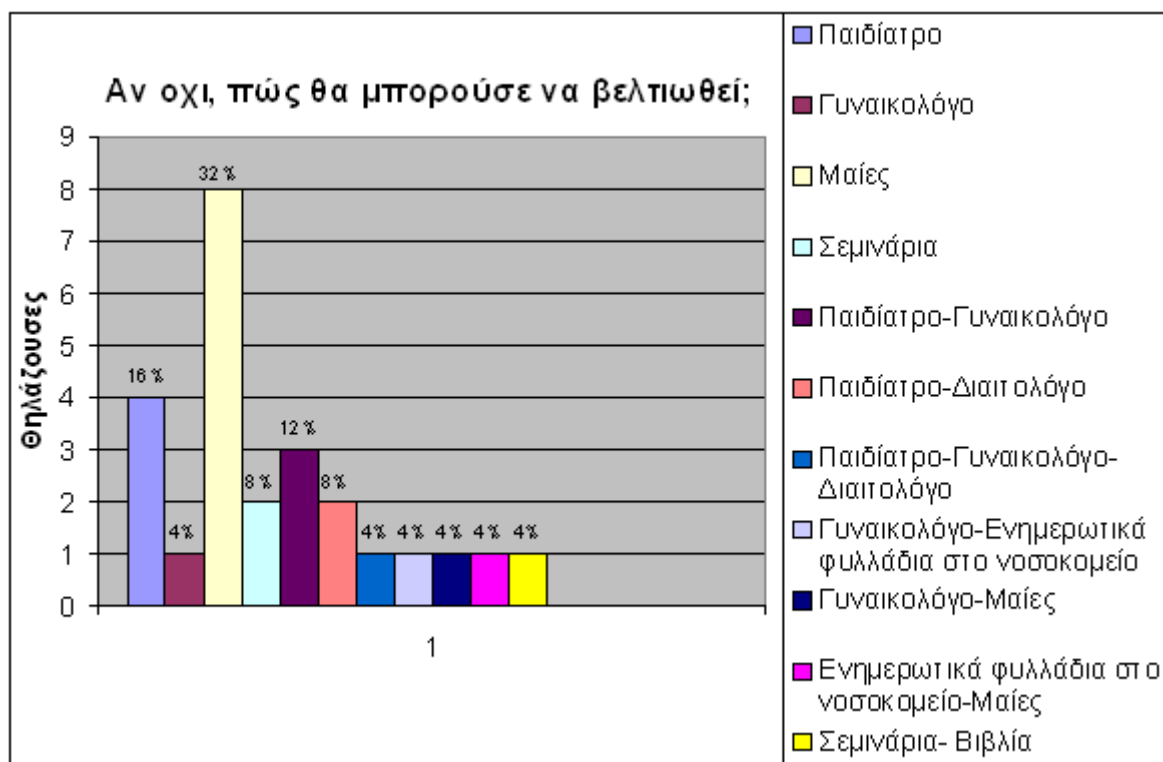


Το 16% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα πιστεύουν ότι η ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό μπορεί να βελτιωθεί από το Παιδίατρο, το 4% από το Γυναικολόγο, το 0% από το Διαιτολόγο, το 0% από εκπομπές, το 0% από Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο, το 32% από Μαίες, το 8% από Σεμινάρια, το 0% από Βιβλία, το 0% από το Νοσηλευτικό προσωπικό, το 0% από Διαφήμιση, το 12% από Παιδίατρο – Γυναικολόγο, το 8% από Παιδίατρο – Διαιτολόγο, το 4% από Παιδίατρο - Γυναικολόγο – Διαιτολόγο, το 4% από Γυναικολόγο - Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο, το 4% από Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο - Μαίες και το 4% από Σεμινάρια - Βιβλία Πίνακας 17,1 και Εικόνα 17,1.

Πίνακας 17,1: Τρόποι βελτίωσης ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα

Αν όχι, πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί;	Αριθμός	Ποσοστό
Παιδίατρο	4	16
Γυναικολόγο	1	4
Διαιτολόγο	0	0
Εκπομπές	0	0
Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο	0	0
Μαίες	8	32
Σεμινάρια	2	8
Βιβλία	0	0
Νοσηλευτικό προσωπικό	0	0
Διαφήμιση	0	0
Παιδίατρο - Γυναικολόγο	3	12
Παιδίατρο - Διαιτολόγο	2	8
Παιδίατρο - Γυναικολόγο - Διαιτολόγο	1	4
Γυναικολόγο - Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο	1	4
Γυναικολόγο - Μαίες	1	4
Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο - Μαίες	1	4
Σεμινάρια - Βιβλία	1	4

Εικόνα 17: Τρόποι βελτίωσης ενημέρωσης μητρικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



18) Ποσοστό τελειόμηνων και πρόωρων βρεφών

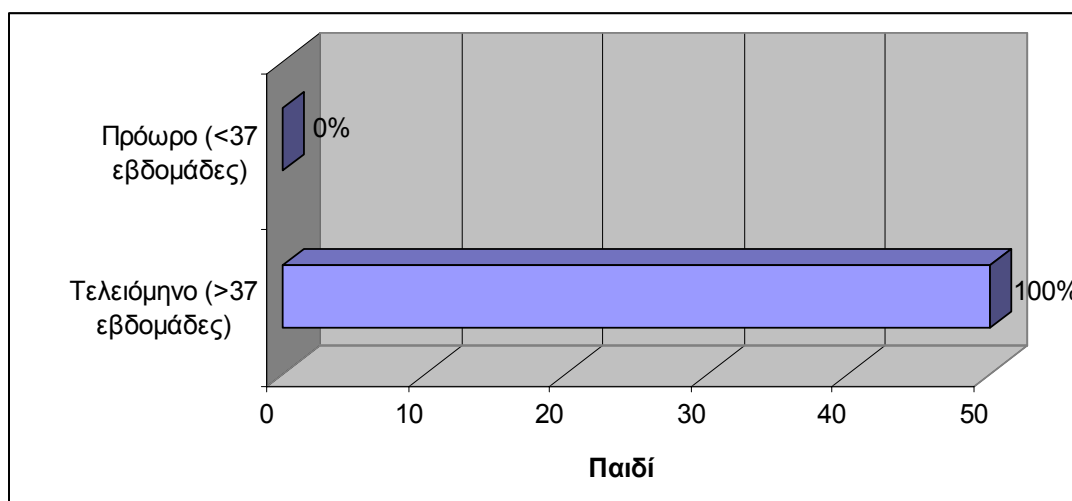
Το 100% των πρωτοτόκων βρεφών των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας ήταν τελειόμηνα και δεν υπήρχαν πρόωρα.

Το 92% των βρεφών των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα ήταν τελειόμηνα και το 8% πρόωρα (Πίνακας 18, Εικόνα 18, Εικόνα 18,1).

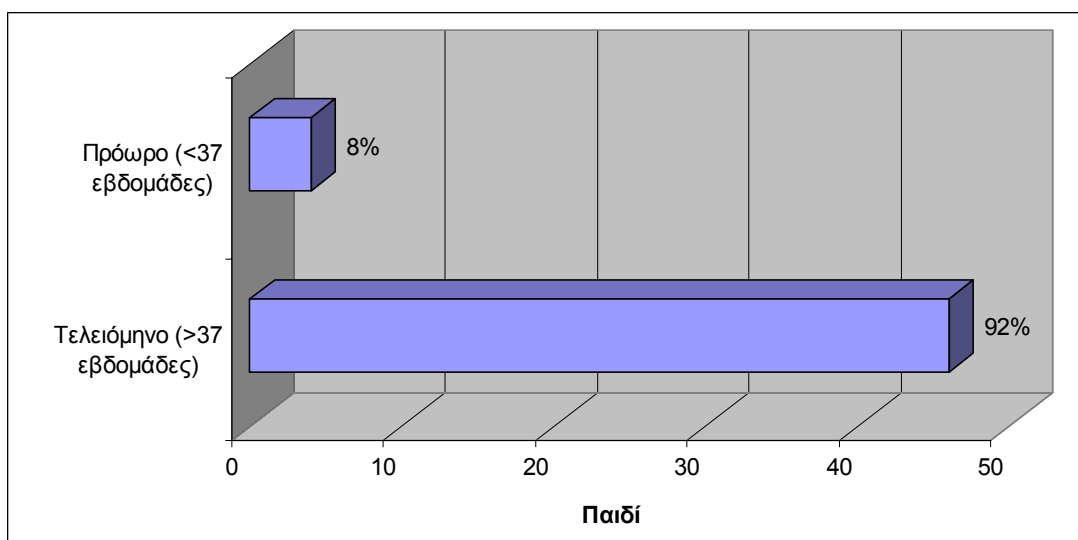
Πίνακας 18: Ποσοστό τελειόμηνων και πρόωρων βρεφών

Πρωτοτόκα παιδιά	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Τελειόμηνα (>37 εβδομάδες)	50	46	100	92
Πρόωρα (<37 εβδομάδες)	0	4	0	8

Εικόνα 18: Ποσοστό τελειόμηνων και πρόωρων βρεφών συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 18,1: Ποσοστό τελειόμηνων και πρόωρων βρεφών συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνας



19) Τρόπος τοκετού

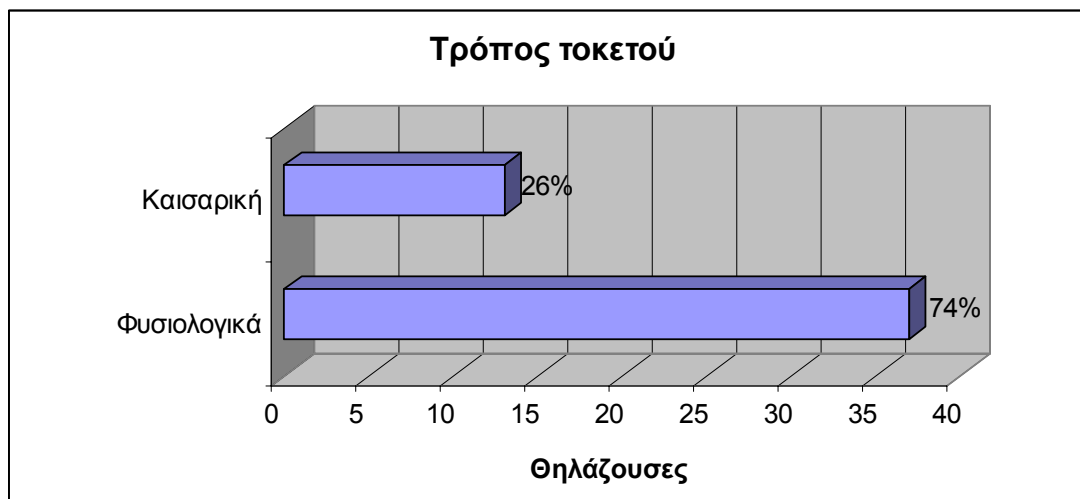
Το 74% των πρωτοτόκων βρεφών των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας γεννήθηκαν φυσιολογικά και το 26% με καισαρική τομή.

Το 62% των βρεφών των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα γεννήθηκαν φυσιολογικά και το 38% με καισαρική τομή (Πίνακας 19, Εικόνα 19, Εικόνα 19,1).

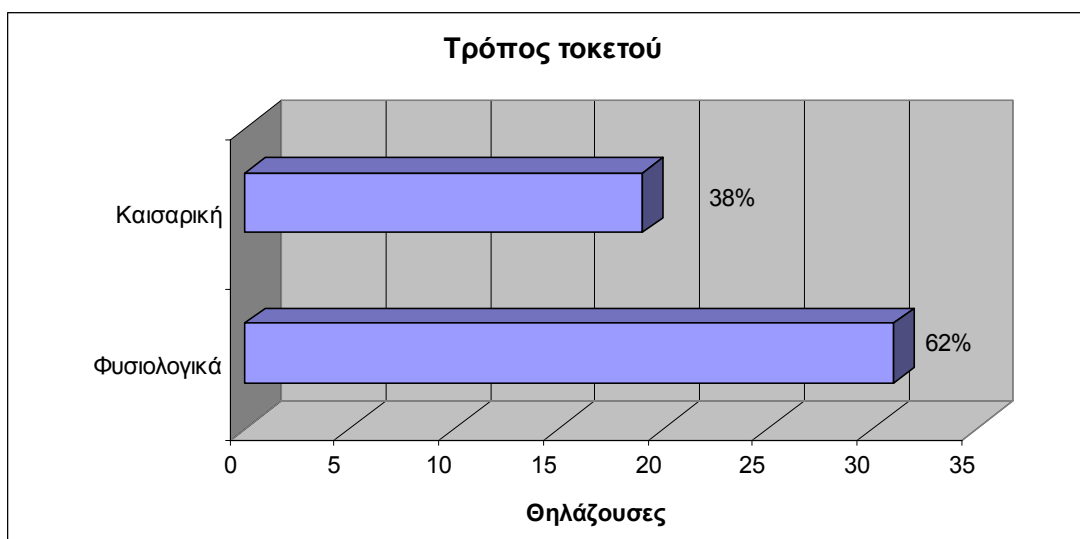
Πίνακας 19: Τρόπος τοκετού βρεφών

Τρόπος τοκετού	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Φυσιολογικός τοκετός	37	31	74	62
Καισαρική τομή	13	19	26	18

Εικόνα 19: Τρόπος τοκετού βρεφών συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 19,1: Τρόπος τοκετού βρεφών συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



20) Έναρξη θηλασμού μετά το τοκετό

Το 12% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας θήλασαν το βρέφος τους σε 1h, το 62% σε 3h, το 14% σε 24h, το 10% σε 3d και το 0% >3d.

Το 4,1% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα θήλασαν το βρέφος τους σε 1h, το 34,7% σε 3h, το 26,5% σε 24h, το 26,5% σε 3d και το 8,2% >3d (Πίνακας 20, Εικόνα 20, Εικόνα 20,1).

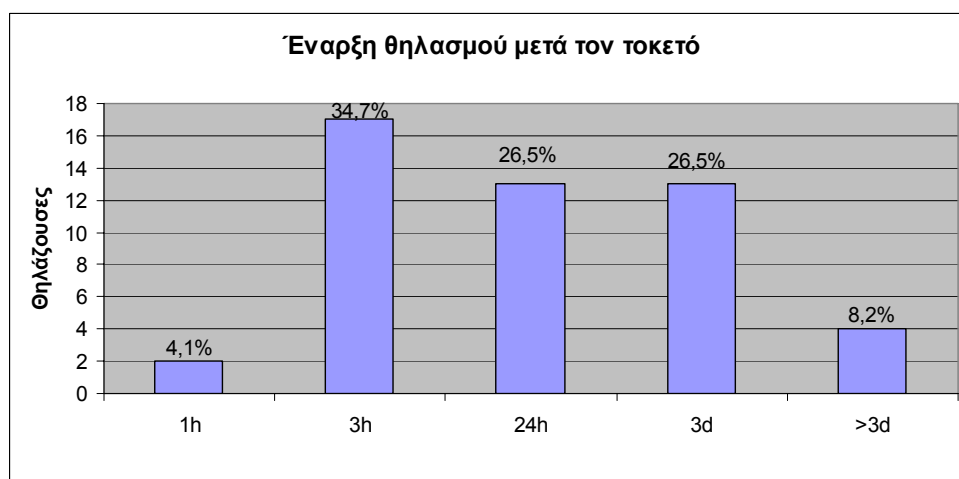
Πίνακας 20: Έναρξη θηλασμού μετά το τοκετό συμμετεχόντων μητέρων

Έναρξη θηλασμού μετά το τοκετό	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
1h	6	2	12	4,1
3h	32	17	62	34,7
24h	7	13	14	26,5
3d	5	13	10	26,5
>3d	0	4	0	8,2

Εικόνα 20: Έναρξη θηλασμού μετά το τοκετό συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 20,1: Έναρξη θηλασμού μετά το τοκετό συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



21) Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού

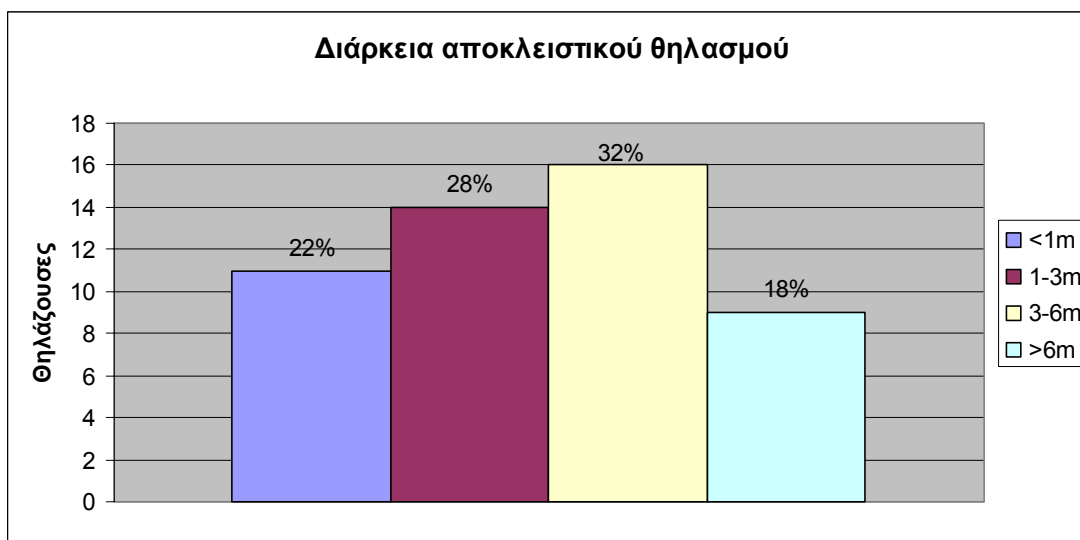
Το 22% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας θήλασαν αποκλειστικά το βρέφος τους για <1m, το 28% για 1-3m, το 32% για 3-6m και το 18% για >6m.

Το 44,9% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα θήλασαν αποκλειστικά το βρέφος τους για <1m, το 24,5% για 1-3m, το 16,3% για 3-6m και το 14,3% για >6m (Πίνακας 21, Εικόνα 21, Εικόνα 21,1).

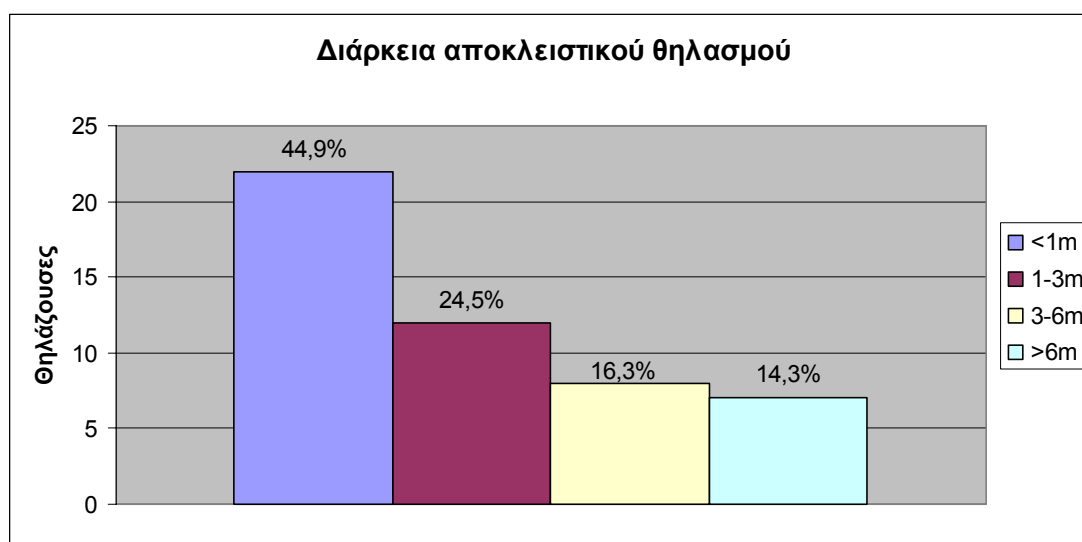
Πίνακας 21: Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων

Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
<1m	11	22	22	44,9
1-3m	14	12	28	24,5
3-6m	16	8	32	16,3
>6m	9	7	18	14,3

Εικόνα 21: Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 21,1: Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



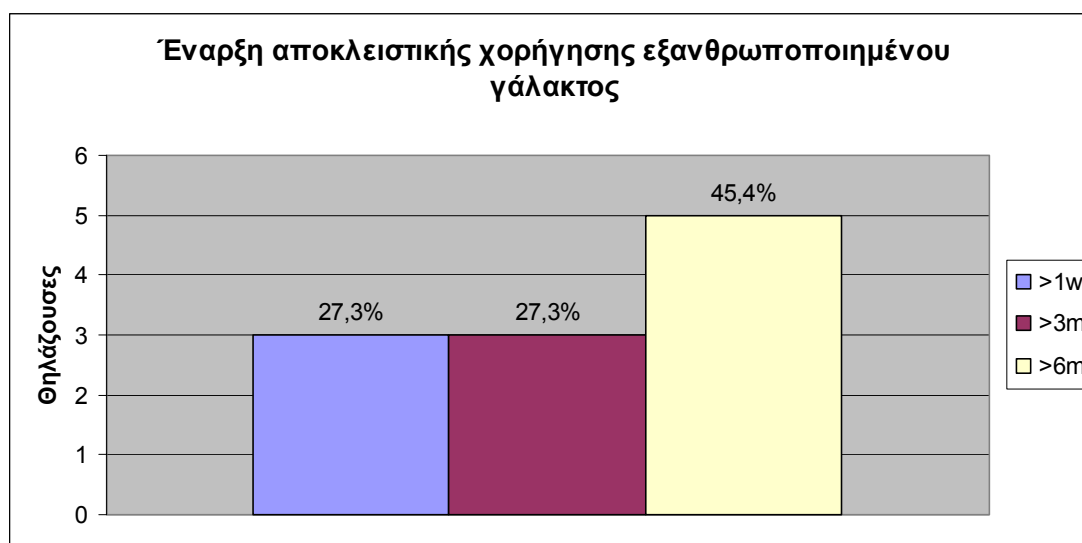
22) Έναρξη αποκλειστικής χορήγησης εξανθρωποποιημένου γάλακτος

Το 27,3% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα άρχισαν να χορηγούν αποκλειστικά εξανθρωποποιημένο γάλα στο βρέφος τους από >1w, το 0% από >1m, το 27,3% από >3m και το 45,4% από >6m (Πίνακας 22 και Εικόνα 22).

Πίνακας 22: Έναρξη αποκλειστικής χορήγησης εξανθρωποποιημένου γάλακτος συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα

Έναρξη αποκλειστικής χορήγησης εξανθρωποποιημένου γάλακτος	Αριθμός	Ποσοστό
>1w	3	27,3
>1m	0	0
>3m	3	27,3
>6m	5	45,4

Εικόνα 22: Έναρξη αποκλειστικής χορήγησης εξανθρωποποιημένου γάλακτος συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



23) Έναρξη χορήγησης αγελαδινού και εξανθρωποποιημένου γάλακτος

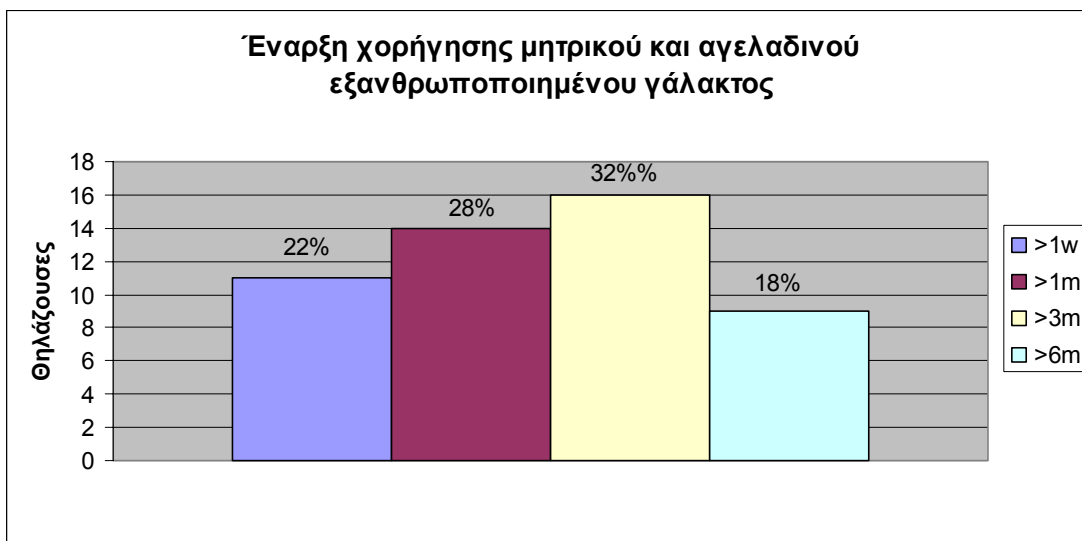
Το 22% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας άρχισαν να χορηγούν αγελαδινό και εξανθρωποποιημένο γάλα (σε συνδυασμό) στο βρέφος τους από >1w, το 28% από >1m, το 32% από >3m και το 18% από >6m.

Το 31,6% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα άρχισαν να χορηγούν αγελαδινό και εξανθρωποποιημένο γάλα (σε συνδυασμό) στο βρέφος τους από >1w, το 18,4% από >1m, το 28,9% από >3m και το 21,1% από >6m (Πίνακας 23, Εικόνα 23, Εικόνα 23,1).

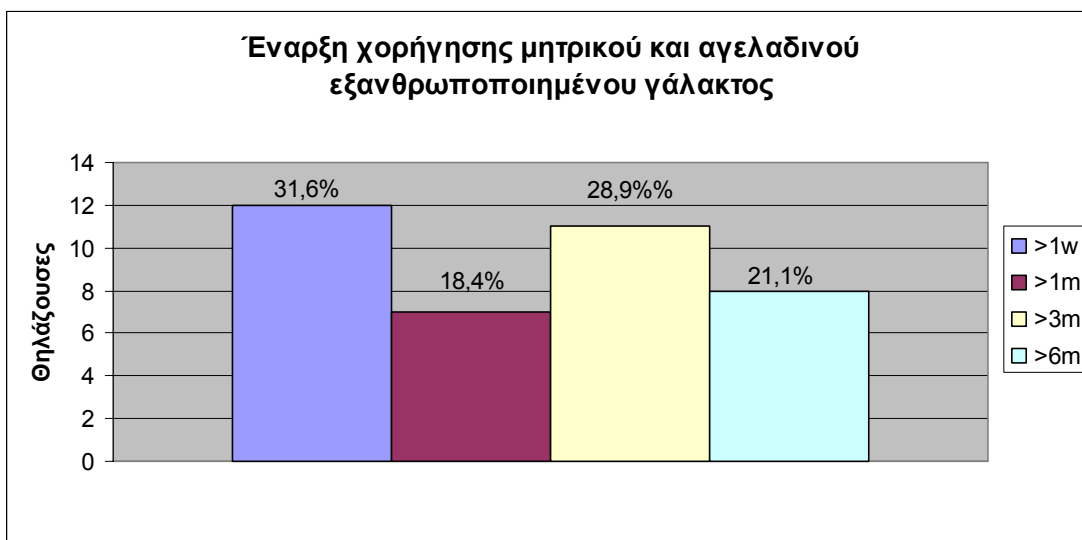
Πίνακας 23: Έναρξη χορήγησης αγελαδινού και εξανθρωποποιημένου γάλακτος συμμετεχόντων μητέρων

Έναρξη χορήγησης αγελαδινού και εξανθρωποποιημένου γάλακτος	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
>1w	11	12	22	31,6
>1m	14	7	28	18,4
>3m	16	11	32	28,9
>6m	9	8	18	21,1

Εικόνα 23: Έναρξη χορήγησης αγελαδινού και εξανθρωποποιημένου γάλακτος συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 23,1: Έναρξη χορήγησης αγελαδινού και εξανθρωποποιημένου γάλακτος συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΘΗΛΑΣΑΝΕ/ΘΗΛΑΖΟΥΝΕ

24) Απόφαση έναρξης θηλασμού

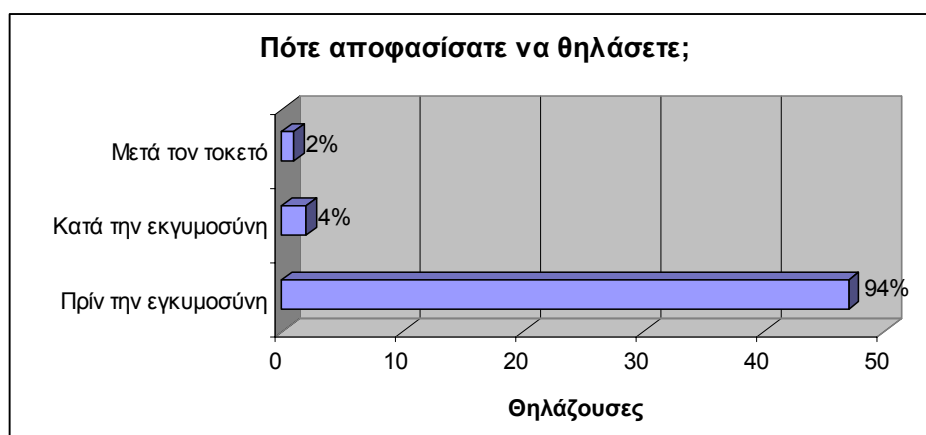
Το 94% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας αποφάσισαν να θηλάσουν πριν την εγκυμοσύνη, το 4% κατά την εγκυμοσύνη και το 2% μετά το τοκετό.

Το 56,52% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα αποφάσισαν να θηλάσουν πριν την εγκυμοσύνη, το 21,74% κατά την εγκυμοσύνη και το 21,74% μετά το τοκετό (Πίνακας 24, Εικόνα 24, Εικόνα 24,1).

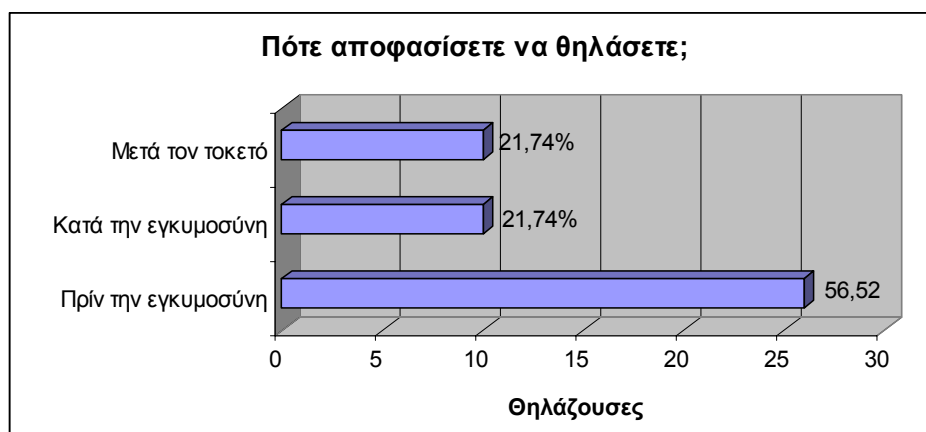
Πίνακας 24: Απόφαση έναρξης θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων

Απόφαση για το μητρικό θηλασμό	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Πριν την εγκυμοσύνη	47	26	94	56,52
Κατά την εγκυμοσύνη	2	10	4	21,74
Μετά το τοκετό	1	10	2	21,74

Εικόνα 24: Απόφαση έναρξης θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 24,1: Απόφαση έναρξης θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



25) Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που θήλασαν για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χρειάστηκε να διακόψουν

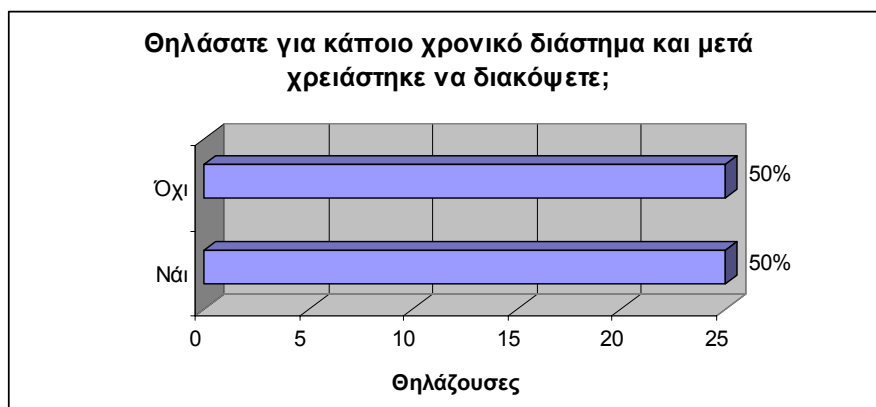
Το 50% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας θήλασαν για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χρειάστηκε να διακόψουν και το 50% δεν χρειάστηκε να διακόψουν.

Το 47,8% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα θήλασαν για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χρειάστηκε να διακόψουν και το 52,2% δεν χρειάστηκε να διακόψουν (Πίνακας 25, Εικόνα 25, Εικόνα 25,1).

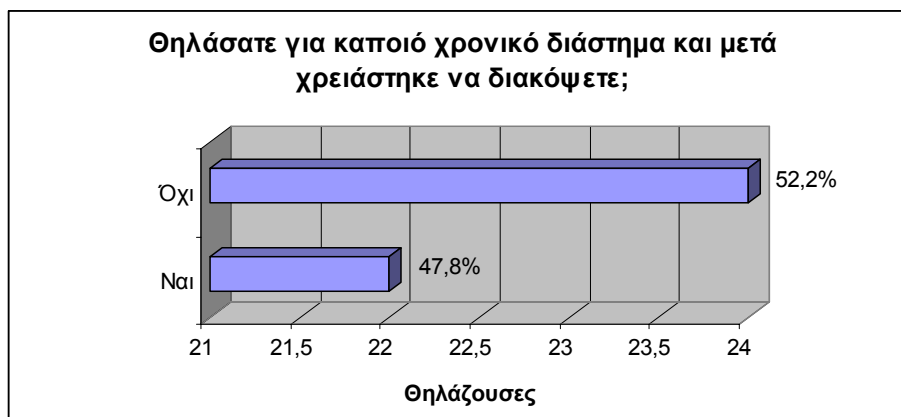
Πίνακας 25: Ποσοστά συμμετεχόντων μητέρων που θήλασαν για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χρειάστηκε να διακόψουν

Θηλάσατε για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χρειάστηκε να διακόψετε;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	25	22	50	47,8
Όχι	25	24	50	52,2

Εικόνα 25: Ποσοστά συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, όπου θήλασαν για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χρειάστηκε να διακόψουν



Εικόνα 25,1: Ποσοστά συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα, όπου θήλασαν για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χρειάστηκε να διακόψουν



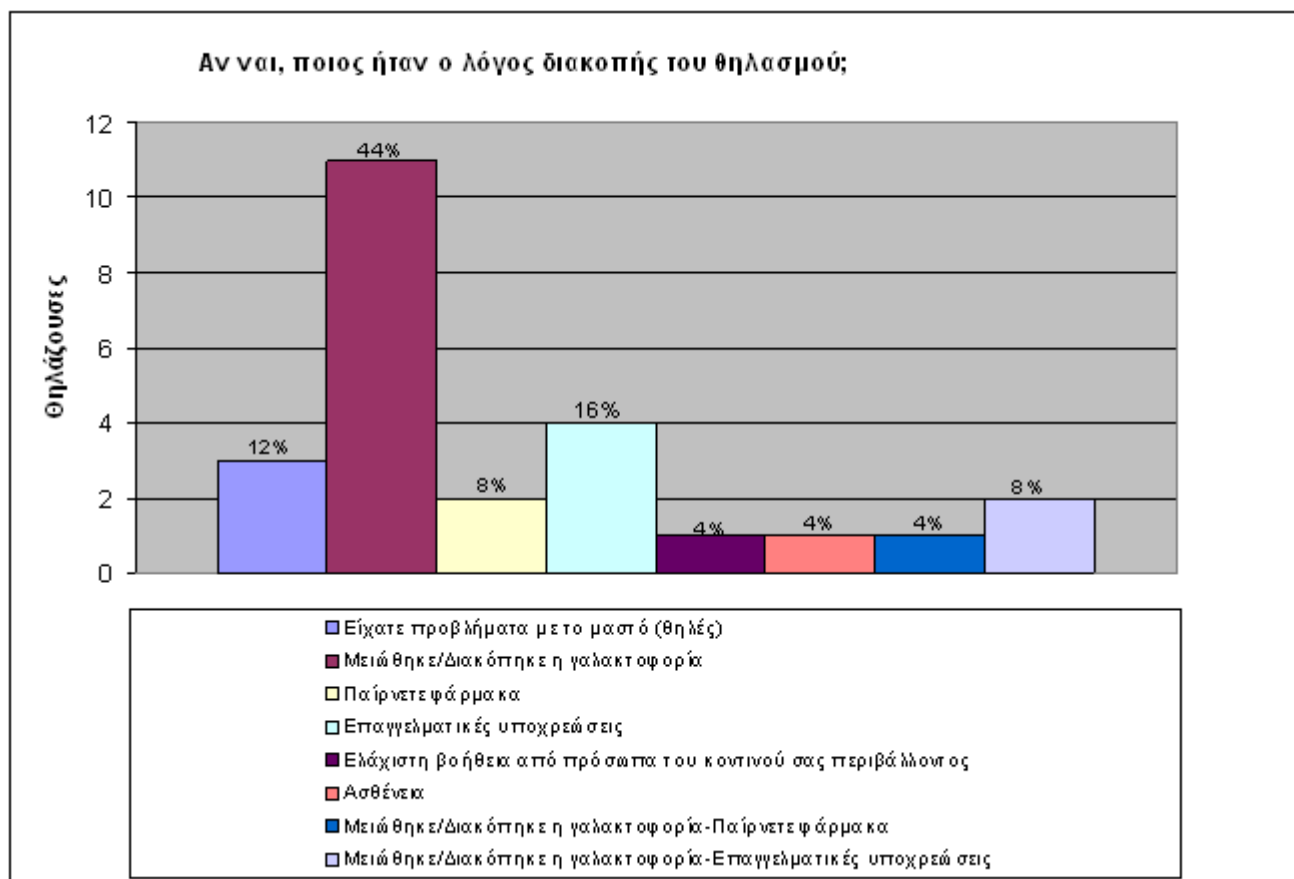
26) Λόγοι διακοπής του θηλασμού

Το 12% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας διέκοψαν το θηλασμό διότι είχαν προβλήματα με το μαστό (θηλές), το 44% διότι μειώθηκε/διακόπηκε η γαλακτοφορία, το 8% έπερνε φάρμακα, το 16% είχε επαγγελματικές υποχρεώσεις, το 4% είχε ελάχιστη βοήθεια από πρόσωπα του κοντινού περιβάλλοντος, το 4% είχε ασθένεια, το 0% επειδή κάπνιζε, το 0% επειδή έκανε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, το 0% επειδή είχε αραιό γάλα, το 4% διότι μειώθηκε/διακόπηκε η γαλακτοφορία – έπερνε φάρμακα, το 8% επειδή μειώθηκε/διακόπηκε η γαλακτοφορία – είχε επαγγελματικές υποχρεώσεις Πίνακα 26 και στην Εικόνα 26.

Πίνακας 26: Λόγοι διακοπής του θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

Αν ναι, ποιος ήταν ο λόγος διακοπής του θηλασμού;	Αριθμός	Ποσοστό
Είχατε προβλήματα με το μαστό (θηλές)	3	12
Μειώθηκε/Διακόπηκε η γαλακτοφορία	11	44
Παίρνετε φάρμακα	2	8
Επαγγελματικές υποχρεώσεις	4	16
Ελάχιστη βοήθεια από πρόσωπα του κοντινού σας περιβάλλοντος	1	4
Ασθένεια	1	4
Κάπνισμα	0	0
Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	0	0
Αραιό γάλα	0	0
Μειώθηκε/Διακόπηκε η γαλακτοφορία - Παίρνετε φάρμακα	1	4
Μειώθηκε/Διακόπηκε η γαλακτοφορία - Επαγγελματικές υποχρεώσεις	2	8

Εικόνα 26: Λόγοι διακοπής του θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

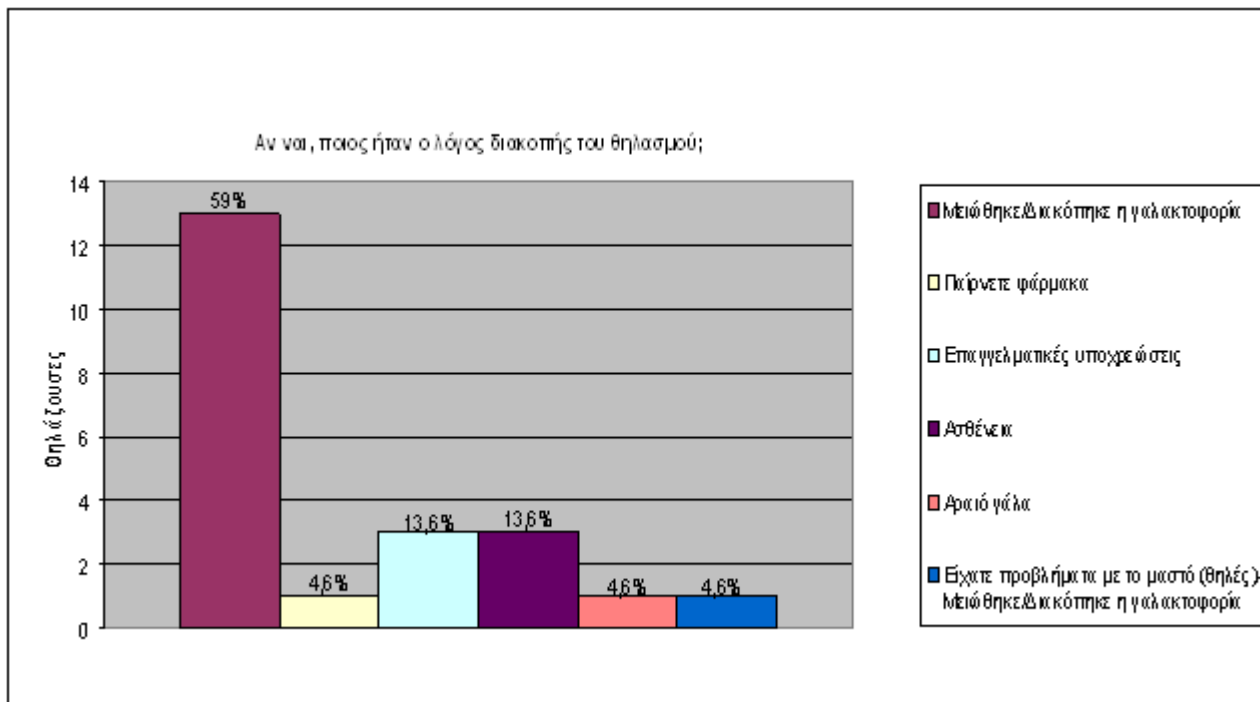


Το 0% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα διέκοψαν το θηλασμό διότι είχαν προβλήματα με το μαστό (θηλές), το 59% διότι μειώθηκε/διακόπηκε η γαλακτοφορία, το 4,5% έπερνε φάρμακα, το 13,6% είχε επαγγελματικές υποχρεώσεις, το 0% είχε ελάχιστη βοήθεια από πρόσωπα του κοντινού περιβάλλοντος, το 13,6% είχε ασθένεια, το 0% επειδή κάπνιζε, το 0% επειδή έκανε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, το 4,5% επειδή είχε αραιό γάλα και το 4,5% διότι είχαν προβλήματα με το μαστό (θηλές) - μειώθηκε/διακόπηκε η γαλακτοφορία Πίνακας 26,1 και στην Εικόνα 26,1.

Πίνακας 26,1: Λόγοι διακοπής του θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα

Αν ναι, ποιος ήταν ο λόγος διακοπής του θηλασμού;	Αριθμός	Ποσοστό
Είχατε προβλήματα με το μαστό (θηλές)	0	0
Μειώθηκε/Διακόπηκε η γαλακτοφορία	13	59
Παίρνετε φάρμακα	1	4,5
Επαγγελματικές υποχρεώσεις	3	13,6
Ελάχιστη βοήθεια από πρόσωπα του κοντινού σας περιβάλλοντος	0	0
Ασθένεια	3	13,6
Κάπνισμα	0	0
Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	0	0
Αραιό γάλα	1	4,5
Είχατε προβλήματα με το μαστό (θηλές) - Μειώθηκε/Διακόπηκε η γαλακτοφορία	1	4,5

Εικόνα 26,1: Λόγοι διακοπής του θηλασμού συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



27) Απόψεις για αν το μητρικό γάλα καλύπτει τις ανάγκες του βρέφους

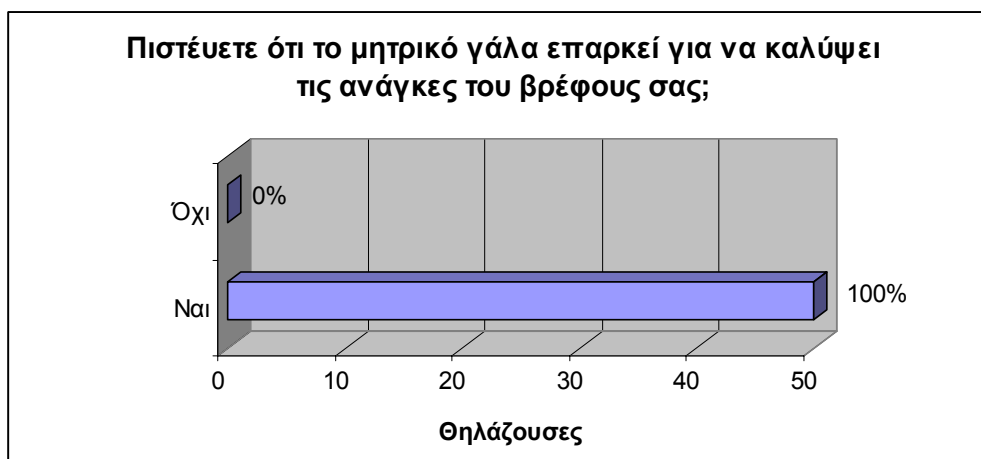
Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας πιστεύουν ότι το μητρικό γάλα επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους τους.

Το 76% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα πιστεύουν ότι το μητρικό γάλα επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους τους και το 24% πιστεύει ότι δεν επαρκεί (Πίνακας 27, Εικόνα 27, Εικόνα 27,1).

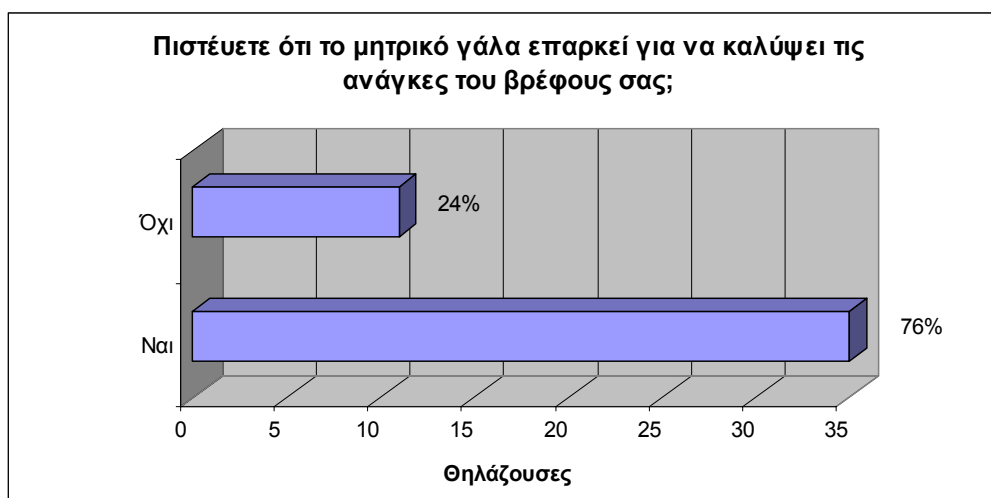
Πίνακας 27: Απόψεις για αν το μητρικό γάλα καλύπτει τις ανάγκες του βρέφους συμμετεχόντων μητέρων

Πιστεύετε ότι το μητρικό γάλα επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους σας;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	50	35	100	76
Όχι	0	11	0	24

Εικόνα 27: Απόψεις για αν το μητρικό γάλα καλύπτει τις ανάγκες του βρέφους συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 27,1: Απόψεις για αν το μητρικό γάλα καλύπτει τις ανάγκες του βρέφους συμμετεχόντων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



28) Ποσοστά ερωτηθέντων μητέρων που πιστεύουν ότι το μητρικό γάλα δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους τους και δίνουν ως συμπλήρωμα εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα

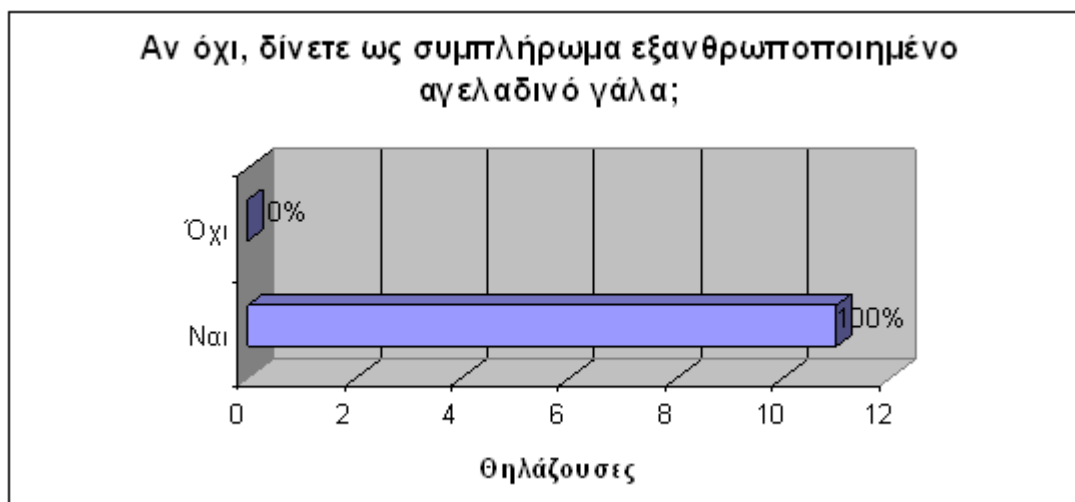
Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων (11 μητέρες), που διαμένουν στην Αθήνα και πιστεύουν ότι το μητρικό γάλα δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους τους, δίνουν ως συμπλήρωμα εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα και το 0% δεν δίνει (Πίνακας 28 και Εικόνα 28).

Καμία από τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας δεν πιστεύει ότι το μητρικό γάλα δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους τη, οπότε δεν δίνουν ως συμπλήρωμα εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα.

Πίνακας 28: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που πιστεύουν ότι το μητρικό γάλα δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους τους και δίνουν ως συμπλήρωμα εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα

Αν όχι, δίνετε ως συμπλήρωμα εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	0	11	0	100
Όχι	0	0	0	0

Εικόνα 28: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και πιστεύουν ότι το μητρικό γάλα δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους τους και δίνουν ως συμπλήρωμα εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα



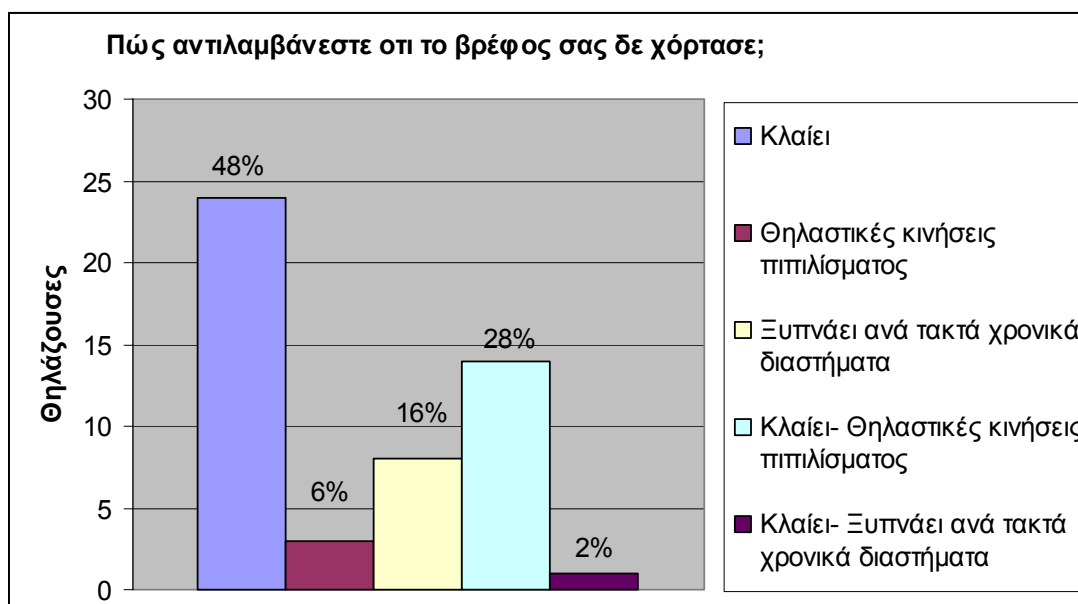
29) Συμπεριφορές που κάνουν τις ερωτηθείσες μητέρες να καταλάβουν ότι το βρέφος τους δεν χόρτασε

Το 48% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας καταλαβαίνουν ότι το βρέφος του δεν χόρτασε διότι κλαίει, το 6% διότι κάνει θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος, το 16% διότι ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα, το 0% διότι είναι ανήσυχο, το 28% διότι κλαίει - και κάνει θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος και το 2% διότι κλαίει - και ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Πίνακας 29 και Εικόνα 29).

Πίνακας 29: Συμπεριφορές που κάνουν τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας να καταλάβουν ότι το βρέφος τους δεν χόρτασε

Πώς αντιλαμβάνεστε ότι το βρέφος σας δε χόρτασε;	Αριθμός	Ποσοστό
Κλαίει	24	48
Θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος	3	6
Ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα	8	16
Ανήσυχο	0	0
Κλαίει - Θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος	14	28
Κλαίει - Ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα	1	2

Εικόνα 29: Συμπεριφορές που κάνουν τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας να καταλάβουν ότι το βρέφος τους δεν χόρτασε

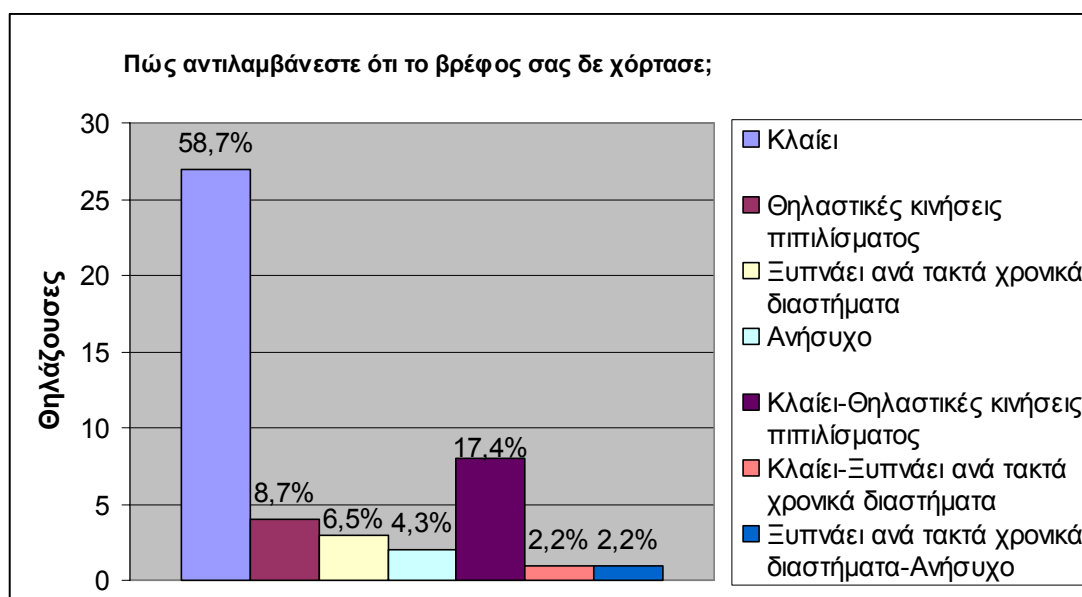


Το 58,7% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα καταλαβαίνουν ότι το βρέφος του δεν χόρτασε διότι κλαίει, το 8,7% διότι κάνει θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος, το 6,5% διότι ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα, το 4,3% διότι είναι ανήσυχο, το 17,4% διότι κλαίει - κάνει θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος, το 2,2% διότι κλαίει - ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα και το 2,2% διότι ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα - είναι ανήσυχο (Πίνακας 29,1 και Εικόνα 29,1).

Πίνακας 29,1: Συμπεριφορές που κάνουν τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα να καταλάβουν ότι το βρέφος τους δεν χόρτασε

Πώς αντιλαμβάνεστε ότι το βρέφος σας δε χόρτασε;	Αριθμός	Ποσοστό
Κλαίει	27	58,7
Θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος	4	8,7
Ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα	3	6,5
Ανήσυχο	2	4,3
Κλαίει - Θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος	8	17,4
Κλαίει-Ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα	1	2,2
Ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα-Ανήσυχο	1	2,2

Εικόνα 29,1: Συμπεριφορές που κάνουν τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα να καταλάβουν ότι το βρέφος τους δεν χόρτασε



Δεν μπορούμε να συμπεράνουμε αν το βρέφος υπερσιτιζόταν, σιτιζόταν επαρκώς ή υποσιτιζόταν με βάση τις συμπεριφορές που είχε, διότι οι απαντήσεις που δόθηκαν μπορεί να αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες του βρέφους για σίτιση ή να οφείλονται σε άλλα αίτια.

30) Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που είχαν σταθερό ωράριο θηλασμού

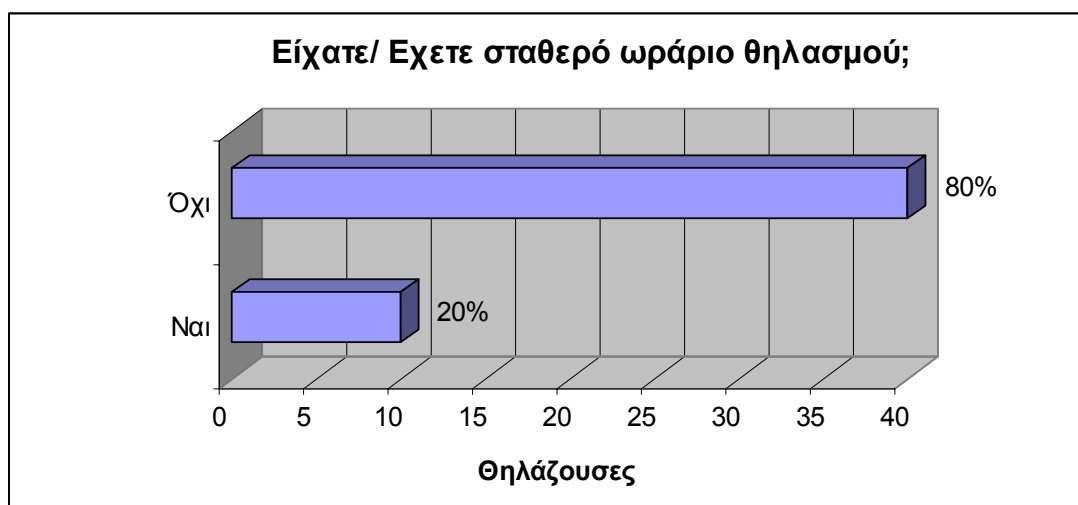
Το 20% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας είχαν σταθερό ωράριο θηλασμού και το 80% δεν είχαν.

Το 61% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα είχαν σταθερό ωράριο θηλασμού και το 39% δεν είχαν (Πίνακας 30, Εικόνα 30, Εικόνα 30,1).

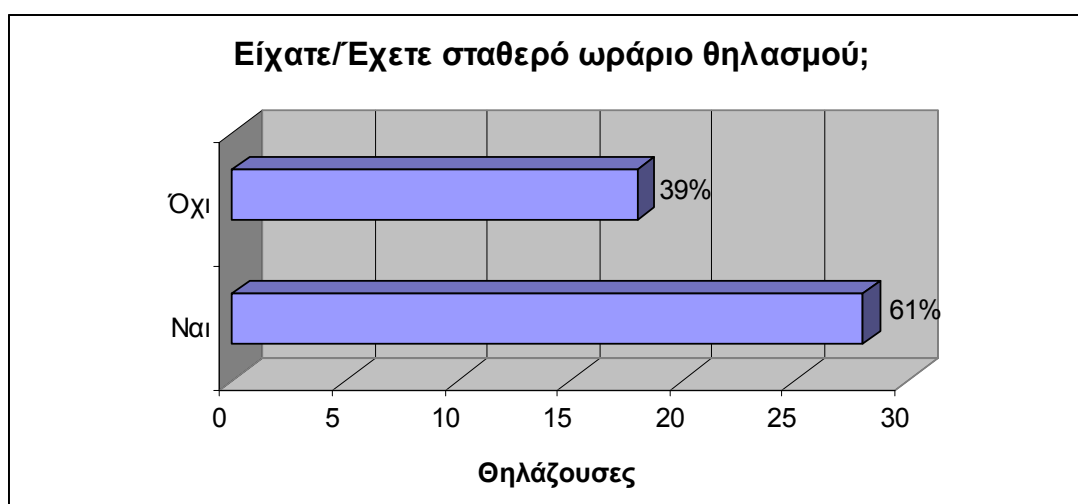
Πίνακας 30: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που είχαν σταθερό ωράριο θηλασμού

Είχατε / Έχετε σταθερό ωράριο θηλασμού;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	10	28	20	61
Όχι	40	18	80	39

Εικόνα 30: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας και είχαν σταθερό ωράριο θηλασμού



Εικόνα 30,1: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και είχαν σταθερό ωράριο θηλασμού



31) Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που θήλαζαν και δούλευαν ταυτόχρονα

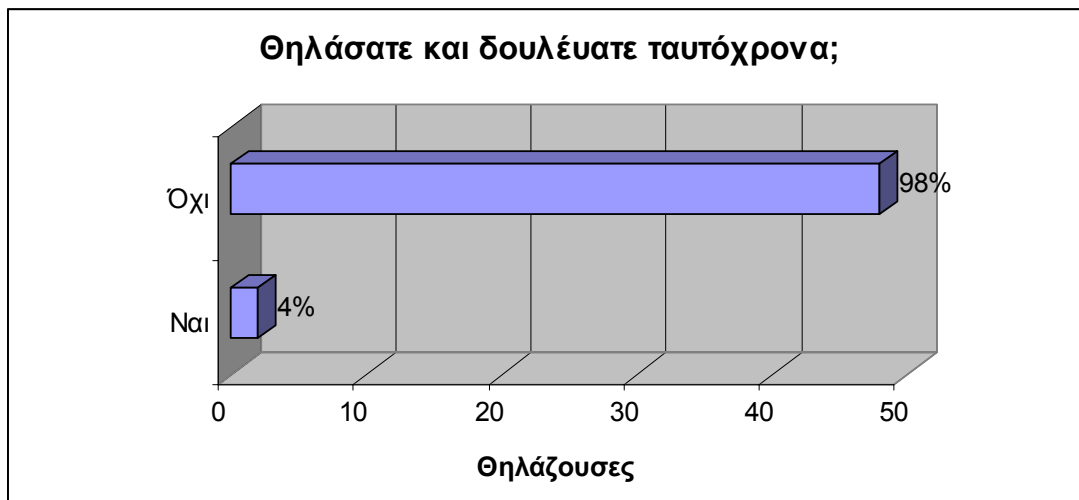
Το 4% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας θήλαζαν και δούλευαν ταυτόχρονα και το 96% δεν δούλευαν.

Το 15,2% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα θήλαζαν και δούλευαν ταυτόχρονα και το 84,8% δεν δούλευαν (Πίνακας 31, Εικόνα 31, Εικόνα 31,1).

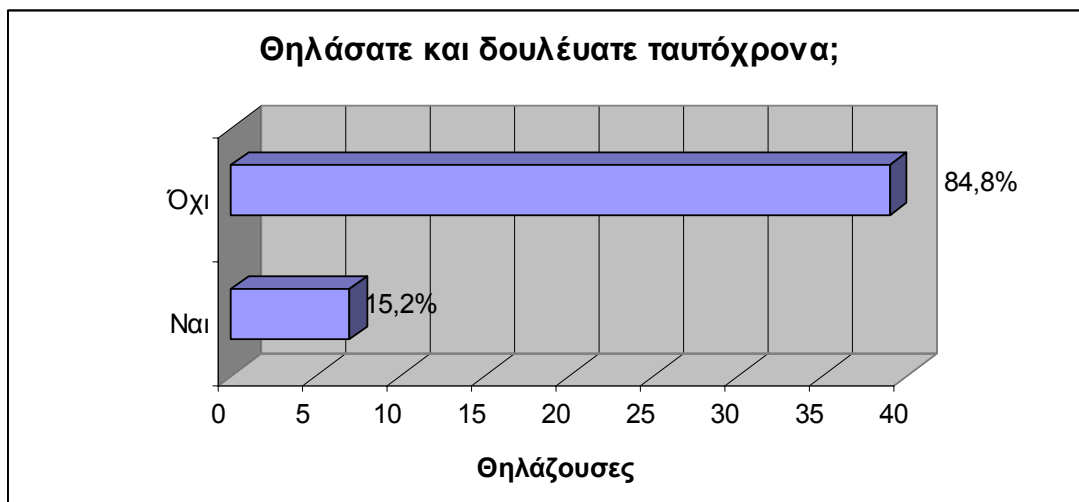
Πίνακας 31: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που θήλαζαν και δούλευαν ταυτόχρονα

Θηλάσατε και δουλεύατε ταυτόχρονα;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	2	7	4	15,2
Όχι	48	39	96	84,8

Εικόνα 31: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, όπου θήλαζαν και δούλευαν ταυτόχρονα



Εικόνα 31,1: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα, όπου θήλαζαν και δούλευαν ταυτόχρονα



32) Λόγοι ερωτηθεισών μητέρων για τους οποίους επέλεξαν το μητρικό θηλασμό

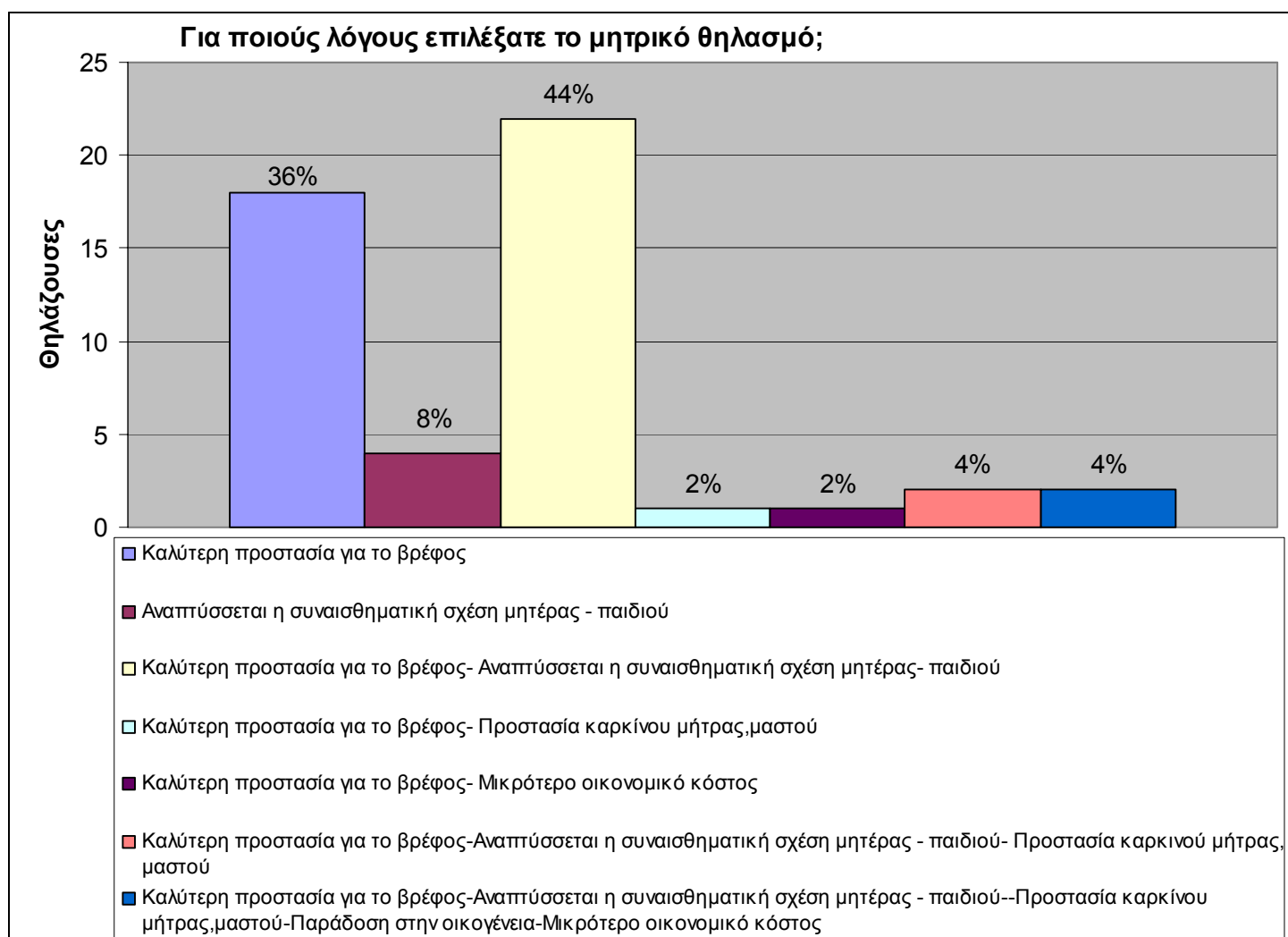
Το 36% των ερωτηθεισών μητέρων που θήλασαν και διαμένουν στην επαρχία Σητείας το επέλεξαν διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος, το 8% διότι αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού, το 0% διότι παρέχει προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού, το 0% διότι είναι παράδοση στην οικογένεια, το 0% διότι έχει μικρότερο οικονομικό κόστος, το 0% διότι παρέχει καλύτερη ανάπτυξη βρέφους, το 0% διότι δεν περιέχει μικρόβια, το 0% διότι είναι εύκολος τρόπος σίτισης, το 0% διότι αποφορτίζονται οι μαστοί, το 0% διότι έχει μεγαλύτερη βιοδιαθεσιμότητα θρεπτικών συστατικών, το 0% διότι δεν έχει υποστεί επεξεργασία, το 4% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού - παρέχει προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού - είναι παράδοση στην οικογένεια - έχει μικρότερο οικονομικό κόστος, το 44% διότι παρέχει

καλύτερη προστασία για το βρέφος - αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού, το 2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - παρέχει προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού, το 2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - έχει μικρότερο οικονομικό κόστος και το 4% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού - παρέχει προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού (Πίνακας 32 και Εικόνα 32).

Πίνακας 32: Λόγοι ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για τους οποίους επέλεξαν το μητρικό θηλασμό

Για ποιους λόγους επιλέξατε το μητρικό θηλασμό	Αριθμός	Ποσοστό
Καλύτερη προστασία για το βρέφος	18	36
Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας - παιδιού	4	8
Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού	0	0
Παράδοση στην οικογένεια	0	0
Μικρότερο οικονομικό κόστος	0	0
Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους	0	0
Δεν περιέχει μικρόβια	0	0
Εύκολος τρόπος σίτισης	0	0
Για αποφόρτιση μαστών	0	0
Λόγω μεγαλύτερης βιοδιαθεσιμότητας των θρεπτικών συστατικών	0	0
Γιατί δεν έχει υποστεί επεξεργασία	0	0
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού - Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού - Παράδοση στην οικογένεια - Μικρότερο οικονομικό κόστος	2	4
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας - παιδιού	22	44
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού	1	2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Μικρότερο οικονομικό κόστος	1	2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας - παιδιού - Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού	2	4

Εικόνα 32: Λόγοι ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για τους οποίους επέλεξαν το μητρικό θηλασμό



Το 42,2% των ερωτηθεισών μητέρων που θήλασαν και διαμένουν στην Αθήνα το επέλεξαν διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος, το 0% διότι αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού, το 0% διότι παρέχει προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού, το 4,3% διότι είναι παράδοση στην οικογένεια, το 0% διότι έχει μικρότερο οικονομικό κόστος, το 4,3% διότι παρέχει καλύτερη ανάπτυξη βρέφους, το 0% διότι δεν περιέχει μικρόβια, το 0% διότι είναι εύκολος τρόπος σίτισης, το 0% διότι αποφορτίζονται οι μαστοί, το 2,2% διότι έχει μεγαλύτερη βιοδιαθεσιμότητα θρεπτικών συστατικών, το 0% διότι δεν έχει υποστεί επεξεργασία, το 10,8% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - παρέχει προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού, το 8,6% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - παρέχει καλύτερη ανάπτυξη βρέφους, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - δεν έχει υποστεί επεξεργασία, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - είναι εύκολος τρόπος σίτισης, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - αποφορτίζονται οι μαστοί, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού- παρέχει καλύτερη ανάπτυξη βρέφους, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού - παρέχει καλύτερη ανάπτυξη βρέφους - είναι παράδοση στην οικογένεια, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - παρέχει προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού - παρέχει

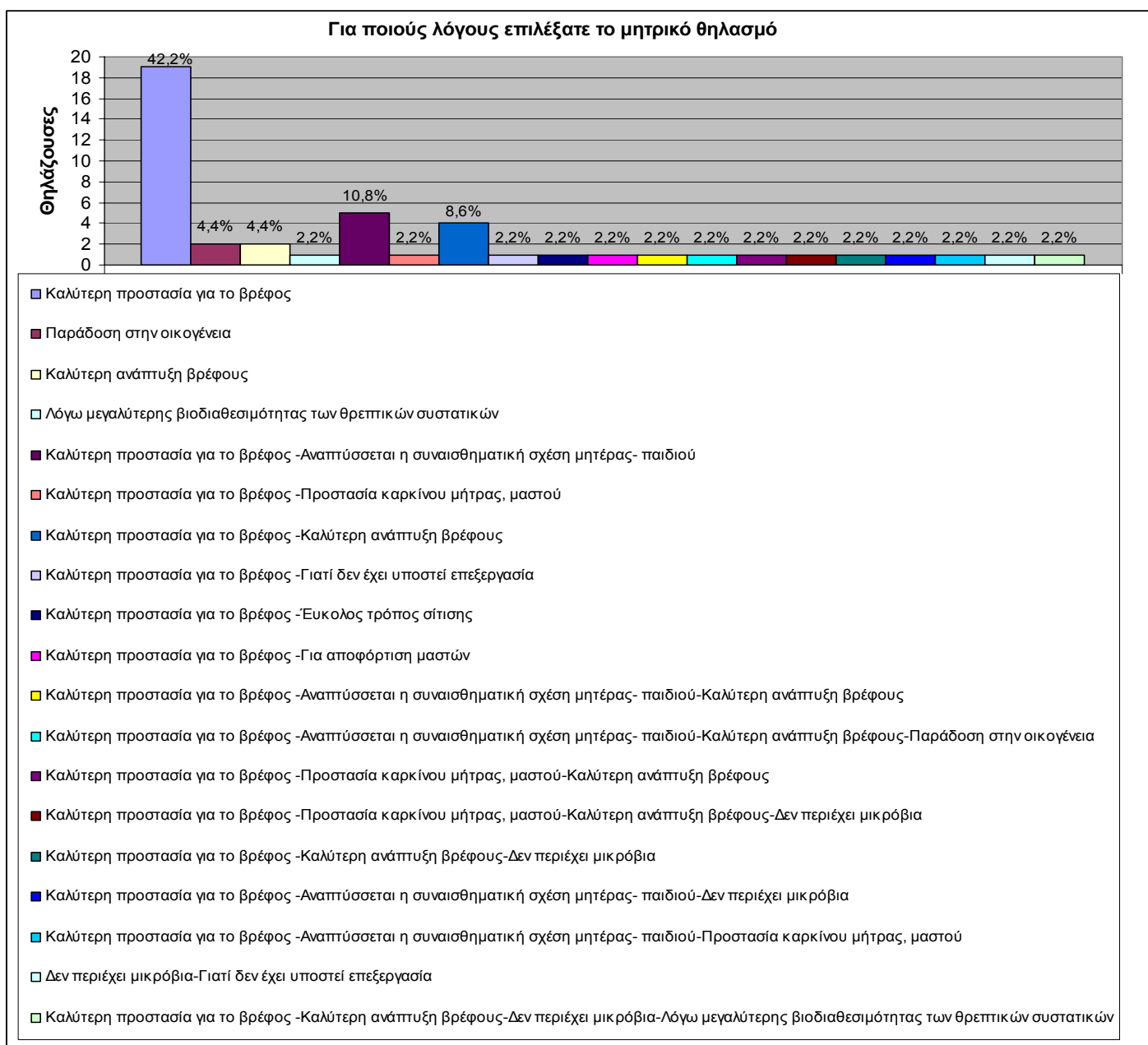
καλύτερη ανάπτυξη βρέφους, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - παρέχει προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού - παρέχει καλύτερη ανάπτυξη βρέφους - δεν περιέχει μικρόβια, το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - παρέχει καλύτερη ανάπτυξη βρέφους - δεν περιέχει μικρόβια και το 2,2% διότι παρέχει καλύτερη προστασία για το βρέφος - αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού - δεν περιέχει μικρόβια (Πίνακας 32,1 και Εικόνα 32,1).

Πίνακας 32,1: Λόγοι ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τους οποίους επέλεξαν το μητρικό θηλασμό

Για ποιους λόγους επιλέξατε το μητρικό θηλασμό	Αριθμός	Ποσοστό
Καλύτερη προστασία για το βρέφος	19	42,2
Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας - παιδιού	0	0
Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού	0	0
Παράδοση στην οικογένεια	2	4,3
Μικρότερο οικονομικό κόστος	0	0
Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους	2	4,3
Δεν περιέχει μικρόβια	0	0
Εύκολος τρόπος σίτισης	0	0
Για αποφόρτιση μαστών	0	0
Λόγω μεγαλύτερης βιοδιαθεσιμότητας των θρεπτικών συστατικών	1	2,2
Γιατί δεν έχει υποστεί επεξεργασία	0	0
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας - παιδιού	5	10,8
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους	4	8,6
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Γιατί δεν έχει υποστεί επεξεργασία	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Εύκολος τρόπος σίτισης	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Για αποφόρτιση μαστών	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας - παιδιού - Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος -Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας - παιδιού - Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους - Παράδοση στην οικογένεια	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού - Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού - Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους -Δεν περιέχει μικρόβια	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους - Δεν περιέχει μικρόβια	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Αναπτύσσεται η	1	2,2

συναισθηματική σχέση μητέρας- παιδιού - Δεν περιέχει μικρόβια		
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας- παιδιού - Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού	1	2,2
Δεν περιέχει μικρόβια - Γιατί δεν έχει υποστεί επεξεργασία	1	2,2
Καλύτερη προστασία για το βρέφος - Καλύτερη ανάπτυξη βρέφους - Δεν περιέχει μικρόβια - Λόγω μεγαλύτερης βιοδιαθεσιμότητας των θρεπτικών συστατικών	1	2,2

Εικόνα 32,1: Λόγοι ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τους οποίους επέλεξαν το μητρικό θηλασμό



33) Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που τους παρείχε κάποιο άτομο βοήθεια

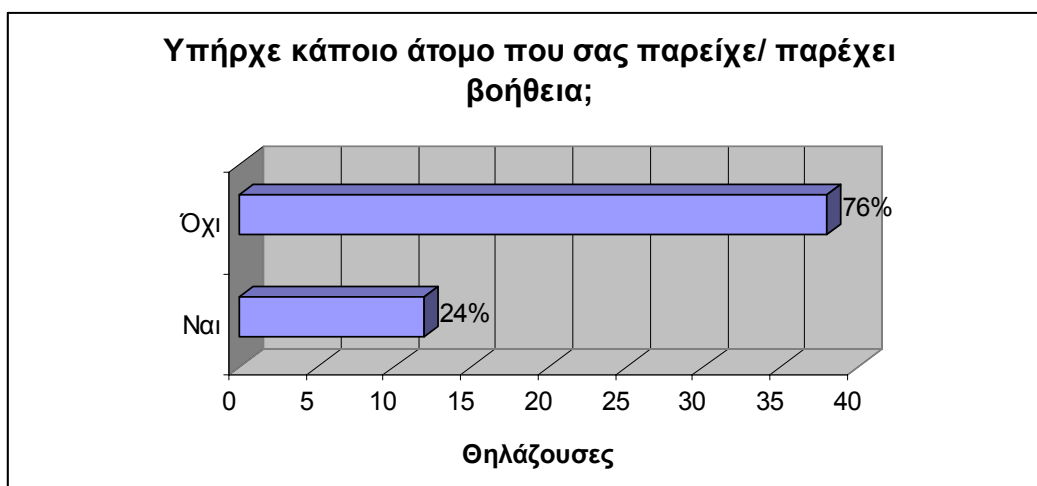
Το 24% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας είχαν κάποιο άτομο που τους παρείχε βοήθεια και το 76% δεν είχαν.

Το 58,7% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα είχαν κάποιο άτομο που τους παρείχε βοήθεια και το 41,3% δεν είχαν (Πίνακας 33, Εικόνα 33, Εικόνα 33,1).

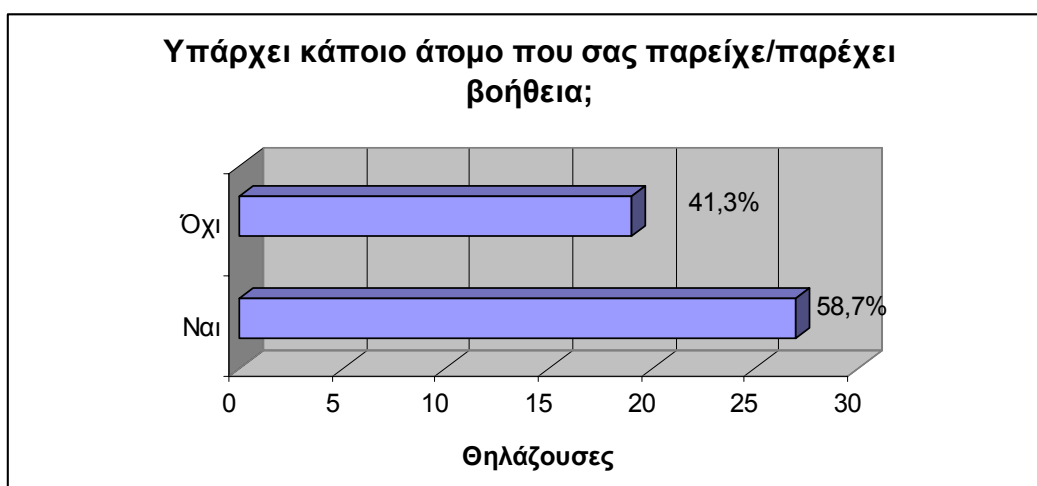
Πίνακας 33: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που τους παρείχε κάποιο άτομο βοήθεια

Υπάρχει κάποιο άτομο που σας παρείχε/παρέχει βοήθεια;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	12	27	24	58,7
Όχι	38	19	76	41,3

Εικόνα 33: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας και τους παρείχε κάποιο άτομο βοήθεια



Εικόνα 33,1: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Αθήνας και τους παρείχε κάποιο άτομο βοήθεια



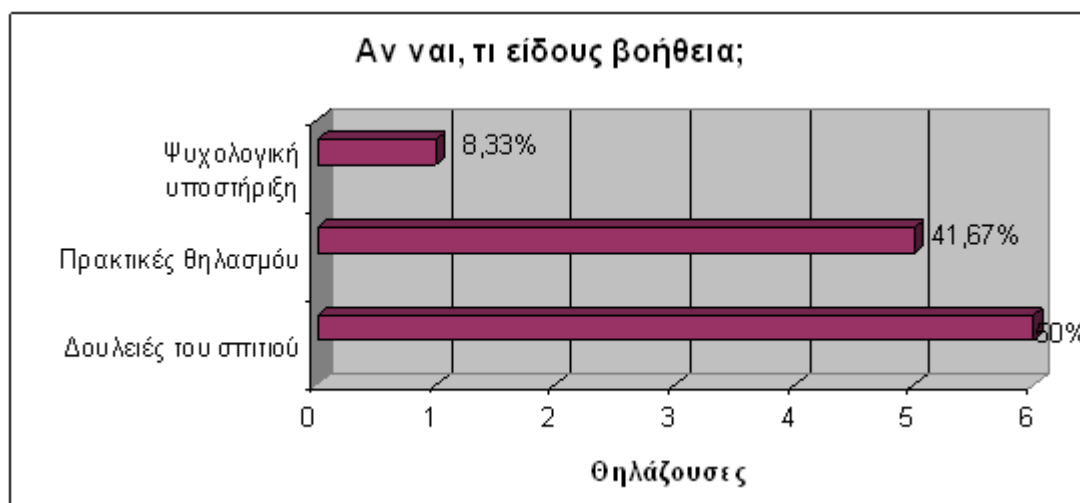
34) Είδος βοήθειας ερωτηθεισών μητέρων που τους παρείχε κάποιο άτομο

Το 50% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας και τους παρείχε κάποιο άτομο βοήθεια ήταν στις δουλειές σπιτιού, το 41,67% ήταν στις πρακτικές θηλασμού και το 8,33% ήταν ψυχολογική υποστήριξη (Πίνακας 34 και Εικόνα 34)

Πίνακας 34: Είδος βοήθειας ερωτηθεισών μητέρων που τους παρείχε κάποιο άτομο και διαμένουν στην επαρχία Σητείας

Αν ναι, τι είδους βοήθεια;	Αριθμός	Ποσοστό
Δουλειές σπιτιού	6	50
Πρακτικές θηλασμού	5	41,67
Ψυχολογική υποστήριξη	1	8,33

Εικόνα 34: Είδος βοήθειας ερωτηθεισών μητέρων που τους παρείχε κάποιο άτομο και διαμένουν στην επαρχία Σητείας

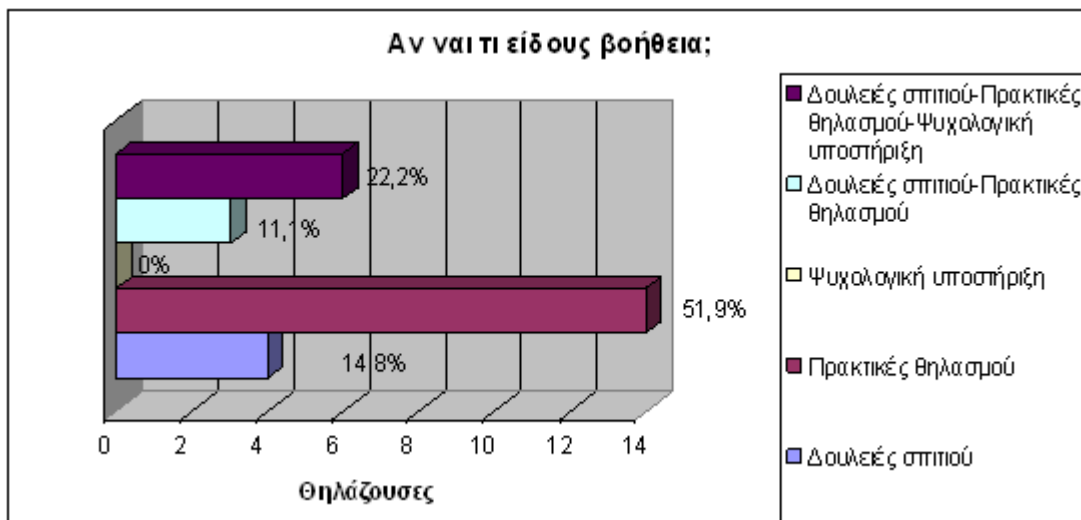


Το 14,8% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και τους παρείχε κάποιο άτομο βοήθεια ήταν στις δουλειές σπιτιού, το 51,9% ήταν στις πρακτικές θηλασμού, το 0% ήταν ψυχολογική υποστήριξη, το 11,1% ήταν στις δουλειές σπιτιού - στις πρακτικές θηλασμού και το 22,2% ήταν στις δουλειές σπιτιού - στις πρακτικές θηλασμού - ψυχολογική υποστήριξη (Πίνακας 34,1 και Εικόνα 34,1)

Πίνακας 34,1: Είδος βοήθειας ερωτηθεισών μητέρων που τους παρείχε κάποιο άτομο και διαμένουν στην Αθήνα

Αν ναι, τι είδους βοήθεια;	Αριθμός	Ποσοστό
Δουλειές σπιτιού	4	14,8
Πρακτικές θηλασμού	14	51,9
Ψυχολογική υποστήριξη	0	0
Δουλειές σπιτιού - Πρακτικές θηλασμού	3	11,1
Δουλειές σπιτιού - Πρακτικές θηλασμού - Ψυχολογική υποστήριξη	6	22,2

Εικόνα 34,1: Είδος βοήθειας ερωτηθεισών μητέρων που τους παρέιχε κάποιο άτομο και διαμένουν στην Αθήνα



Παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των απαντήσεων που δόθηκαν ήταν οι πρακτικές θηλασμού ή ο συνδυασμός αυτών με κάποιο άλλο είδος βοήθειας.

35) Ποσοστά ύπαρξης δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού

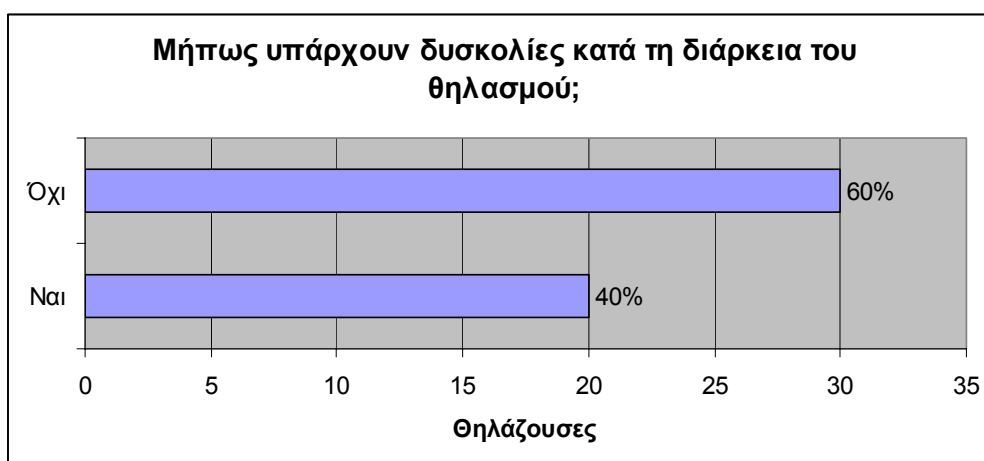
Το 40% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας συνάντησε δυσκολίες κατά τη διάρκεια θηλασμού και το 60% δεν συνάντησε.

Το 56,5% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα συνάντησε δυσκολίες κατά τη διάρκεια θηλασμού και το 43,5% δεν συνάντησε (Πίνακας 35, Εικόνα 35, Εικόνα 35,1).

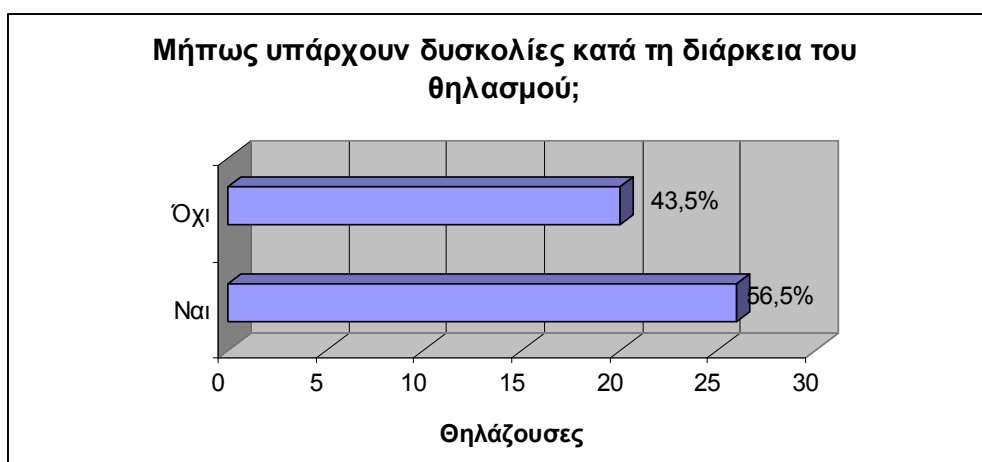
Πίνακας 35: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που συνάντησαν δυσκολίες κατά τη διάρκεια θηλασμού

Μήπως υπάρχουν δυσκολίες κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	20	26	40	56,5
Όχι	30	20	60	43,5

Εικόνα 35: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας και συνάντησαν δυσκολίες κατά τη διάρκεια θηλασμού



Εικόνα 35,1: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και συνάντησαν δυσκολίες κατά τη διάρκεια θηλασμού



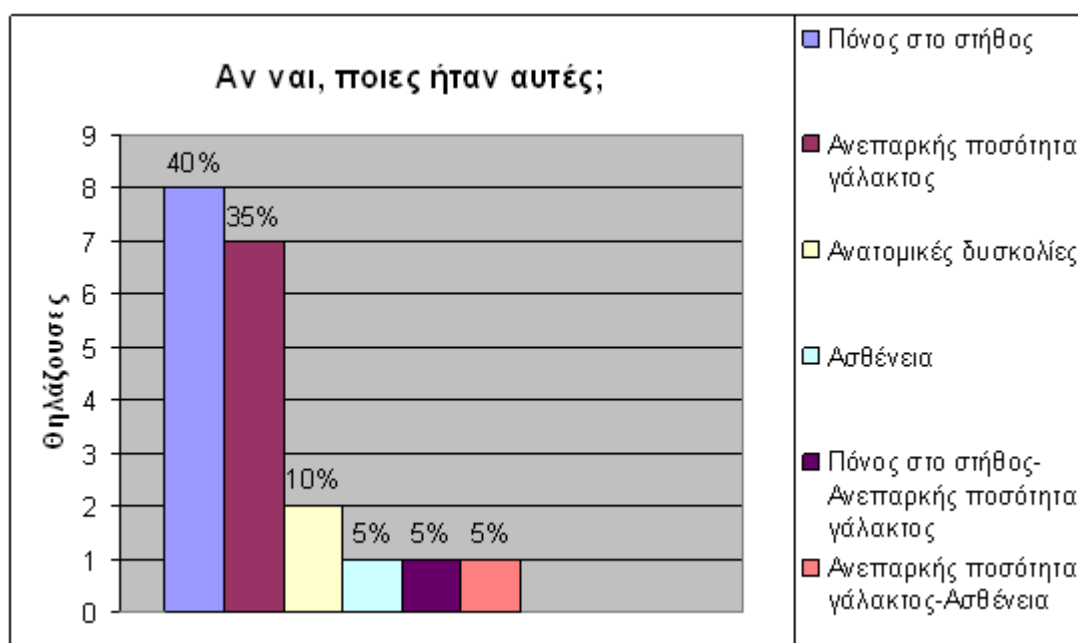
36) Είδος δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού

Το είδος των δυσκολιών των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας κατά τη διάρκεια θηλασμού ήταν πόνος στο στήθος κατά 40%, ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος κατά 35%, ανατομικές δυσκολίες κατά 10%, ασθένεια κατά 5%, πρόβλημα στις θηλές κατά 0%, προσκόλλησης του βρέφους στο μαστό κατά 0%, αραιό γάλα κατά 0%, πόνος στο στήθος - ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος κατά 5% και ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος - ασθένεια κατά 5% (Πίνακας 36 και Εικόνα 36)

Πίνακας 36: Είδος δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

Αν ναι, ποιες ήταν αυτές;	Αριθμός	Ποσοστό
Πόνος στο στήθος	8	40
Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	7	35
Ανατομικές δυσκολίες	2	10
Ασθένεια	1	5
Πρόβλημα θηλές	0	0
Προσκόλλησης βρέφους στο μαστό	0	0
Αραιό γάλα	0	0
Πόνος στο στήθος - Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	1	5
Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος - Ασθένεια	1	5

Εικόνα 36: Είδος δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

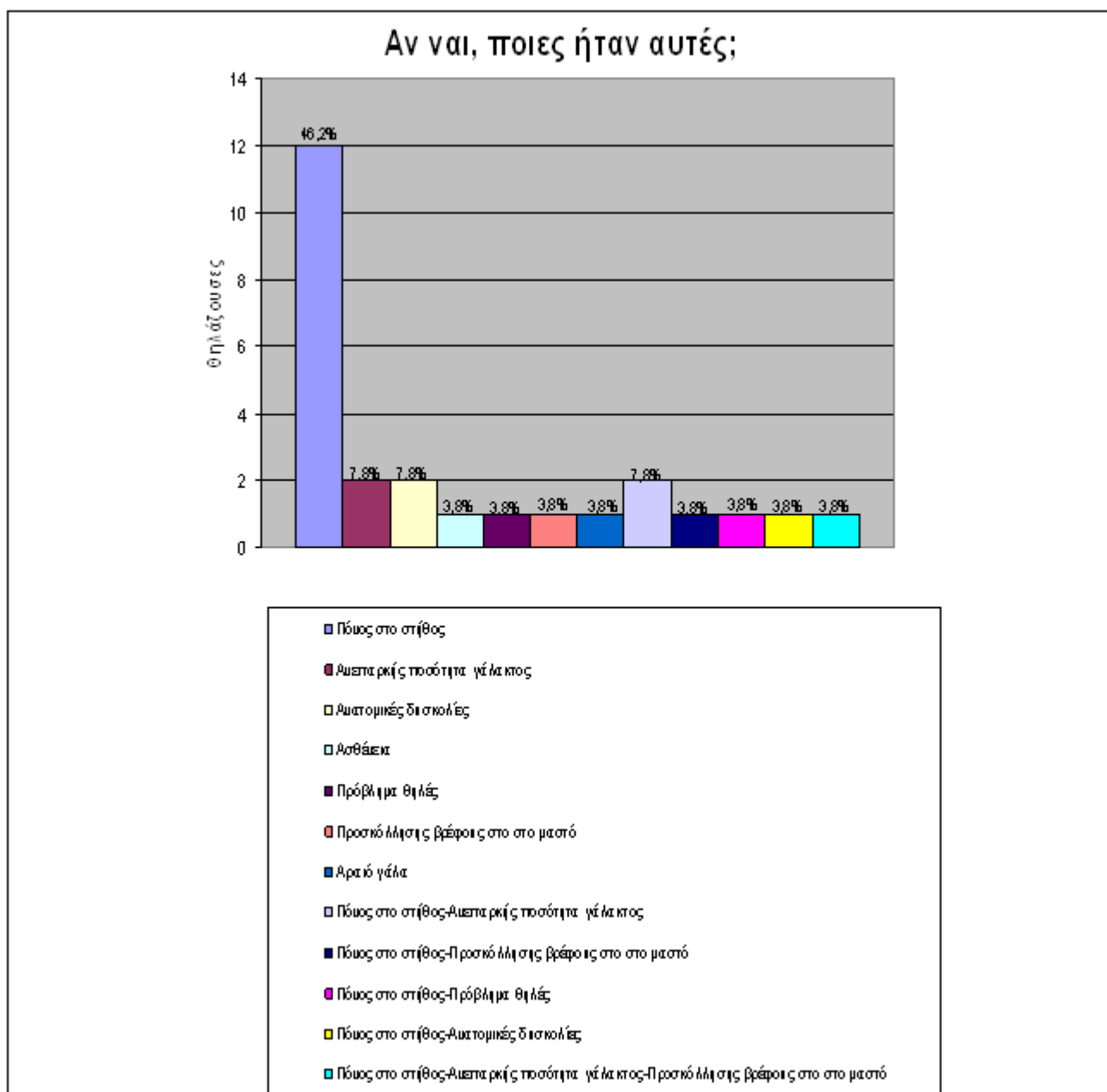


Το είδος των δυσκολιών των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα κατά τη διάρκεια θηλασμού ήταν πόνος στο στήθος κατά 46,2%, ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος κατά 7,8%, ανατομικές δυσκολίες κατά 7,8%, ασθένεια κατά 3,8%, πρόβλημα στις θηλές κατά 3,8%, προσκόλλησης του βρέφους στο μαστό κατά 3,8%, αραιό γάλα κατά 3,8%, πόνος στο στήθος - ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος κατά 7,8%, πόνος στο στήθος - προσκόλλησης του βρέφους στο μαστό κατά 3,8%, πόνος στο στήθος - πρόβλημα θηλές κατά 3,8%, πόνος στο στήθος - ανατομικές δυσκολίες κατά 3,8% και πόνος στο στήθος - ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος - προσκόλλησης του βρέφους στο μαστό κατά 3,8% (Πίνακας 36,1 και Εικόνα 36,1)

Πίνακας 36,1: Είδος δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα

Αν ναι, ποιες ήταν αυτές;	Αριθμός	Ποσοστό
Πόνος στο στήθος	12	46,2
Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	2	7,8
Ανατομικές δυσκολίες	2	7,8
Ασθένεια	1	3,8
Πρόβλημα θηλές	1	3,8
Προσκόλλησης βρέφους στο μαστό	1	3,8
Αραιό γάλα	1	3,8
Πόνος στο στήθος - Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	2	7,8
Πόνος στο στήθος - Προσκόλλησης βρέφους στο μαστό	1	3,8
Πόνος στο στήθος - Πρόβλημα θηλές	1	3,8
Πόνος στο στήθος - Ανατομικές δυσκολίες	1	3,8
Πόνος στο στήθος - Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος - Προσκόλλησης βρέφους στο μαστό	1	3,8

Εικόνα 36,1: Είδος δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



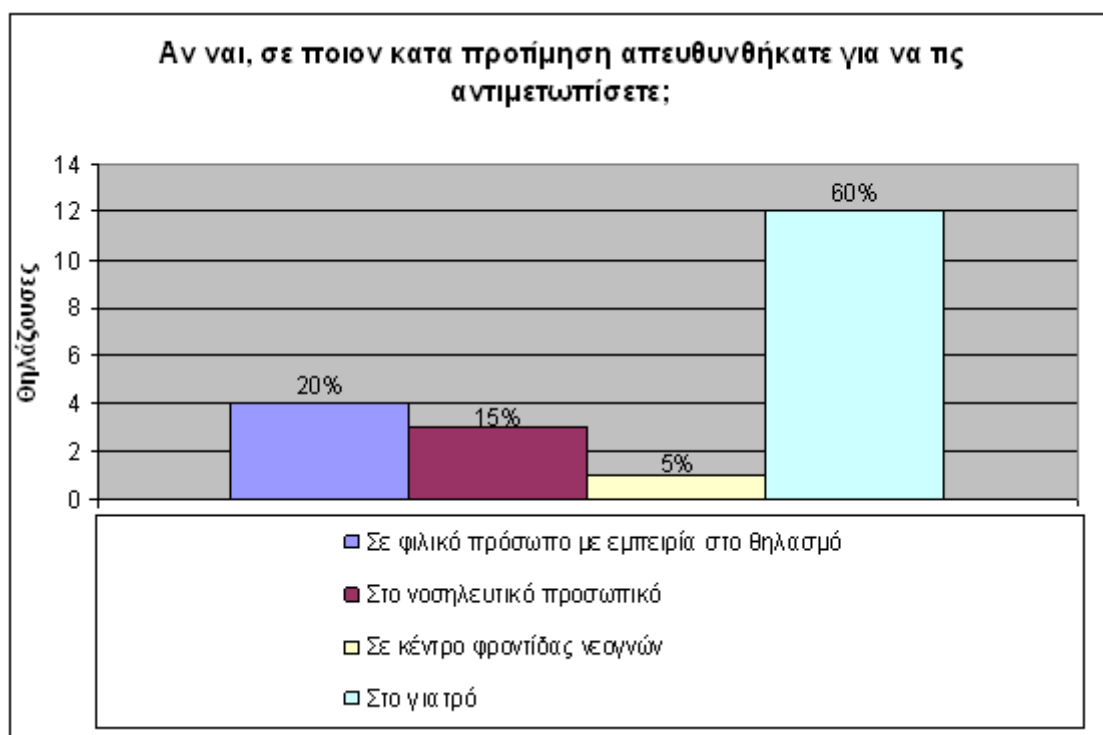
37) Προτιμήσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού

Το 20% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας και συνάντησαν δυσκολίες κατά τη διάρκεια του θηλασμού, προτίμησαν να τις αντιμετωπίσουν απευθυνόμενες σε φιλικό πρόσωπο με εμπειρία στο θηλασμό, το 15% στο νοσηλευτικό προσωπικό, το 5% σε κέντρο φροντίδας νεογνών και το 60% στο γιατρό (Πίνακας 37 και Εικόνα 37)

Πίνακας 37: Προτιμήσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

Αν ναι, σε ποιόν κατά προτίμηση απευθυνθήκατε για να τις αντιμετωπίσετε;	Αριθμός	Ποσοστό
Σε φιλικό πρόσωπο με εμπειρία στο θηλασμό	4	20
Στο νοσηλευτικό προσωπικό	3	15
Σε κέντρο φροντίδας νεογνών	1	5
Στο γιατρό	12	60

Εικόνα 37: Προτιμήσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



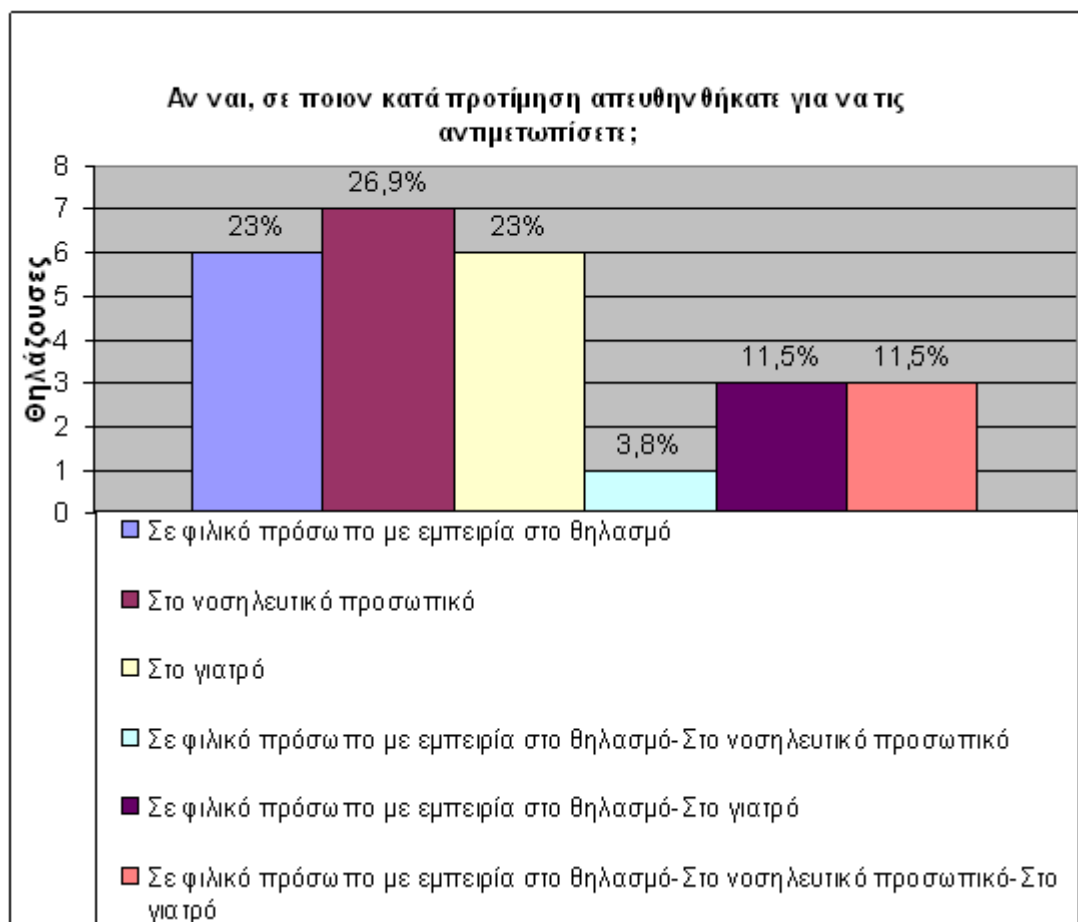
Το 20% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και συνάντησαν δυσκολίες κατά τη διάρκεια του θηλασμού, προτίμησαν να τις αντιμετωπίσουν απευθυνόμενες σε φιλικό πρόσωπο με εμπειρία στο θηλασμό, το 15% στο νοσηλευτικό προσωπικό, το 5% σε κέντρο φροντίδας νεογνών και το 60% στο γιατρό (Πίνακας 37,1 και Εικόνα 37,1)

Πίνακας 37,1: Προτιμήσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα

Αν ναι, σε ποιόν κατά προτίμηση απευθυνθήκατε για να τις αντιμετωπίσετε;	Αριθμός	Ποσοστό
Σε φιλικό πρόσωπο με εμπειρία στο θηλασμό	6	23
Στο νοσηλευτικό προσωπικό	7	26,9
Σε κέντρο φροντίδας νεογνών	0	0
Στο γιατρό	6	23
Σε φιλικό πρόσωπο με εμπειρία στο θηλασμό - Στο νοσηλευτικό προσωπικό	1	3,8

Σε φιλικό πρόσωπο με εμπειρία στο θηλασμό - Στο γιατρό	3	11,5
Σε φιλικό πρόσωπο με εμπειρία στο θηλασμό - Στο νοσηλευτικό προσωπικό - Στο γιατρό	3	11,5

Εικόνα 37,1: Προτιμήσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών κατά τη διάρκεια θηλασμού ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



38) Ποσοστά διακοπής θηλασμού λόγω των δυσκολιών που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκειά του

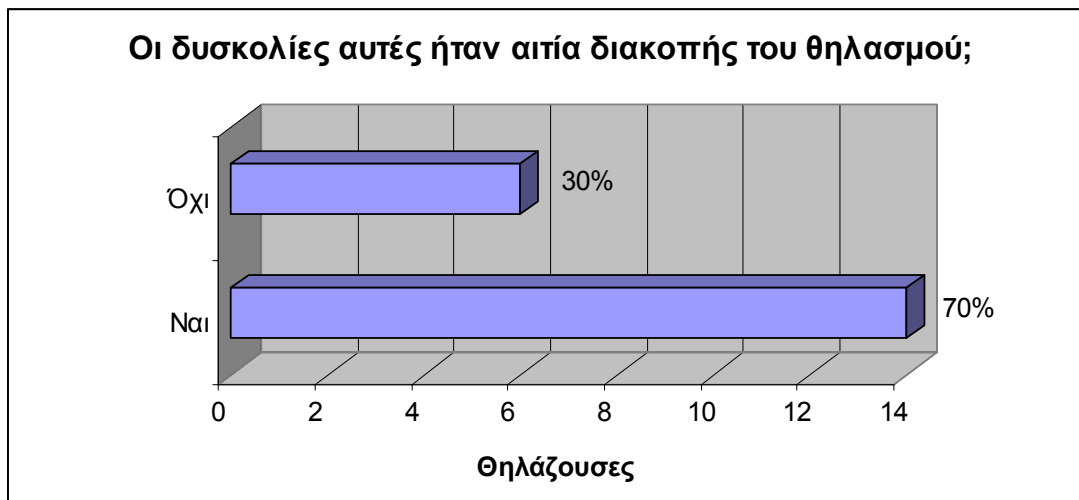
Το 70% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας διέκοψαν το θηλασμό, λόγω των δυσκολιών που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκειά του και το 30% δεν τον διέκοψαν.

Το 38,5% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα διέκοψαν το θηλασμό, λόγω των δυσκολιών που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκειά του και το 61,5% δεν τον διέκοψαν (Πίνακας 38, Εικόνα 38, Εικόνα 38,1).

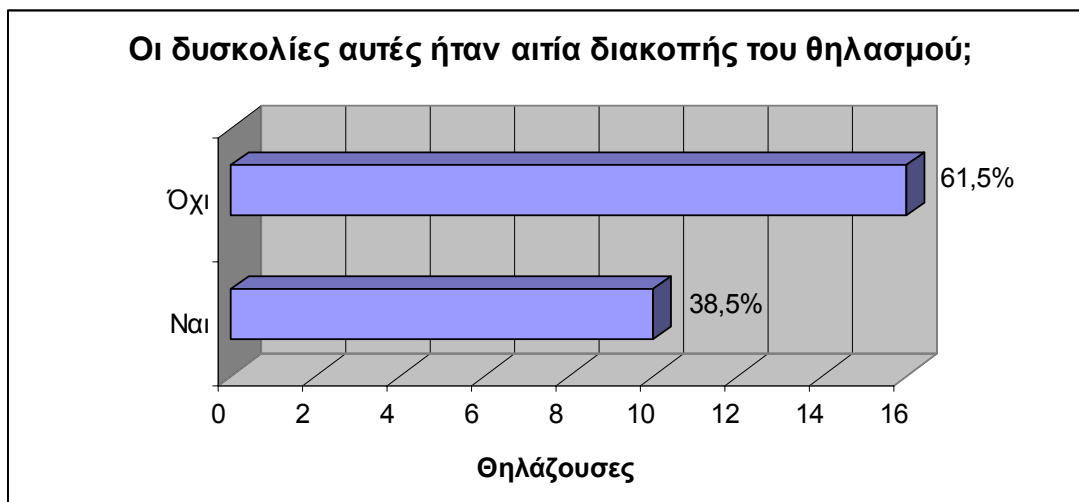
Πίνακας 38: Ποσοστά διακοπής θηλασμού λόγω των δυσκολιών που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκειά του των ερωτηθεισών μητέρων

Οι δυσκολίες αυτές ήταν αιτία διακοπής του θηλασμού;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	14	10	70	38,5
Όχι	6	16	30	61,5

Εικόνα 38: Ποσοστά διακοπής θηλασμού λόγω των δυσκολιών που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια του των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 38,1: Ποσοστά διακοπής θηλασμού λόγω των δυσκολιών που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια του των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



39) Απόψεις για το αν η διατροφή επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος

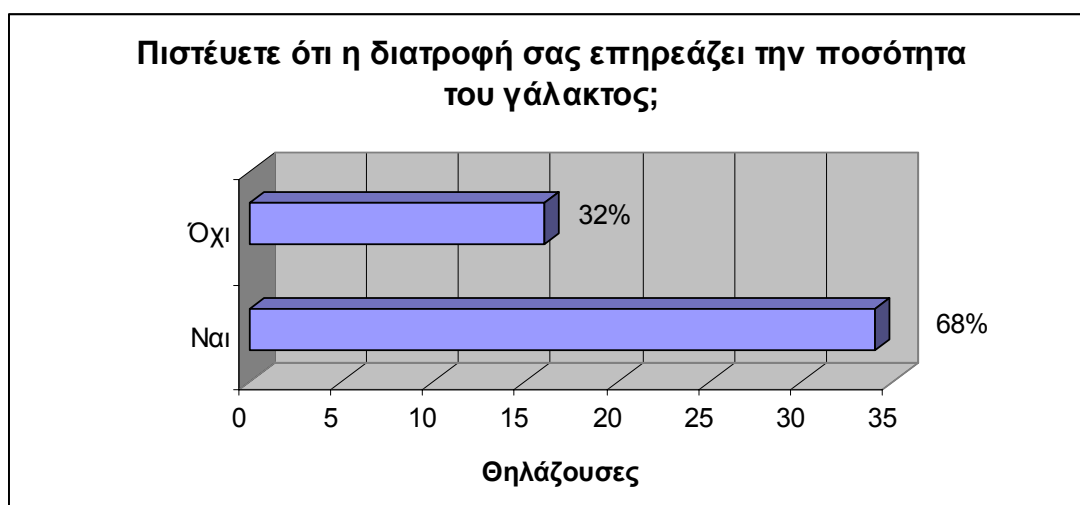
Το 68% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας πιστεύουν ότι η διατροφή επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος και το 32% δεν την επηρεάζει.

Το 65,2% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα πιστεύουν ότι η διατροφή επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος και το 34,8% δεν την επηρεάζει (Πίνακας 39, Εικόνα 39, Εικόνα 39,1).

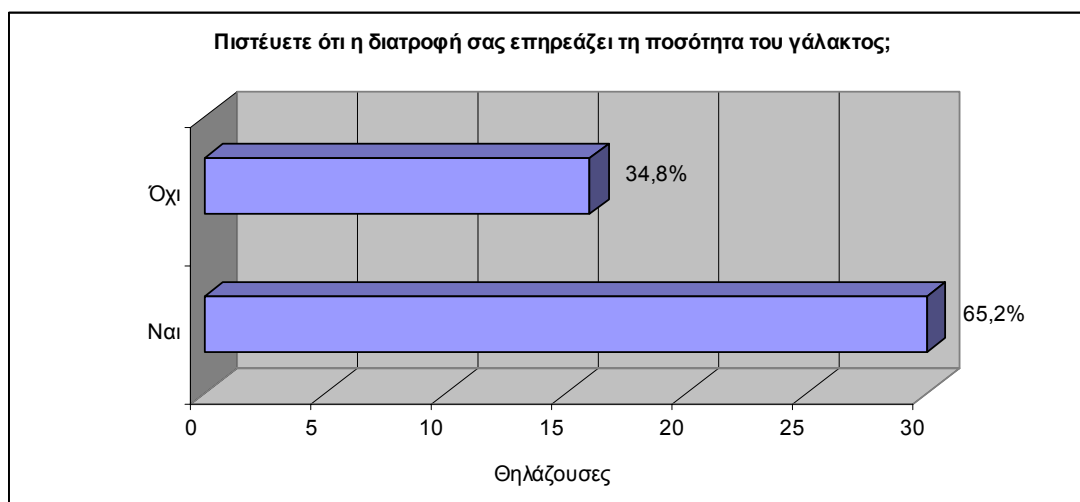
Πίνακας 39: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων για το αν η διατροφή επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος

Πιστεύετε ότι η διατροφή σας επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	34	30	68	65,2
Όχι	16	16	32	34,8

Εικόνα 39: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για το αν η διατροφή επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος



Εικόνα 39,1: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν η διατροφή επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος



40) Ποσοστό ερωτηθεισών μητέρων που πιστεύουν ότι η διατροφή τους επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος και ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη διατροφή

Το 80% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας και πιστεύουν ότι η διατροφή τους επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος, ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη διατροφή και το 20% δεν ακολουθεί.

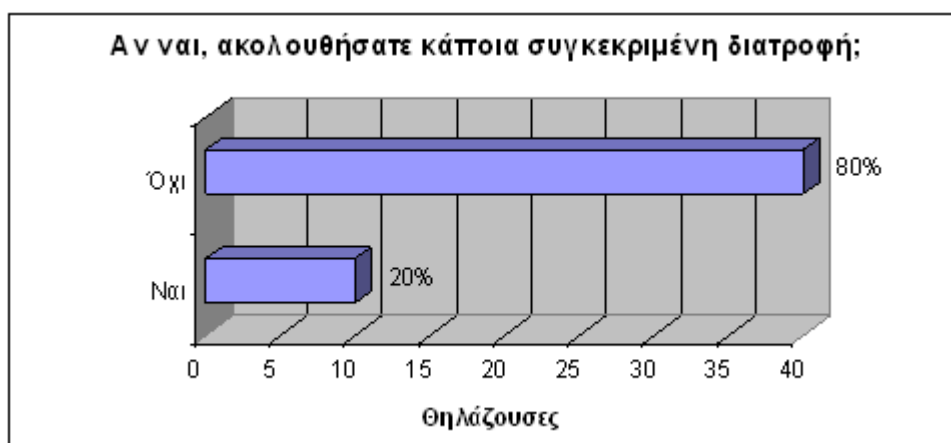
Το 73,4% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και πιστεύουν ότι η διατροφή τους επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος, ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη διατροφή και το 26,6% δεν ακολουθεί (Πίνακας 40, Εικόνα 40, Εικόνα 40,1).

Παρατηρούμε ότι παρόλο που ένα μεγάλο ποσοστό γνωρίζει ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ποσότητα του μητρικού γάλακτος (68% Σητεία και 65,2% Αθήνα) δεν ακολούθησαν όλες μία συγκεκριμένη διατροφή (20% και 26,6%, αντίστοιχα).

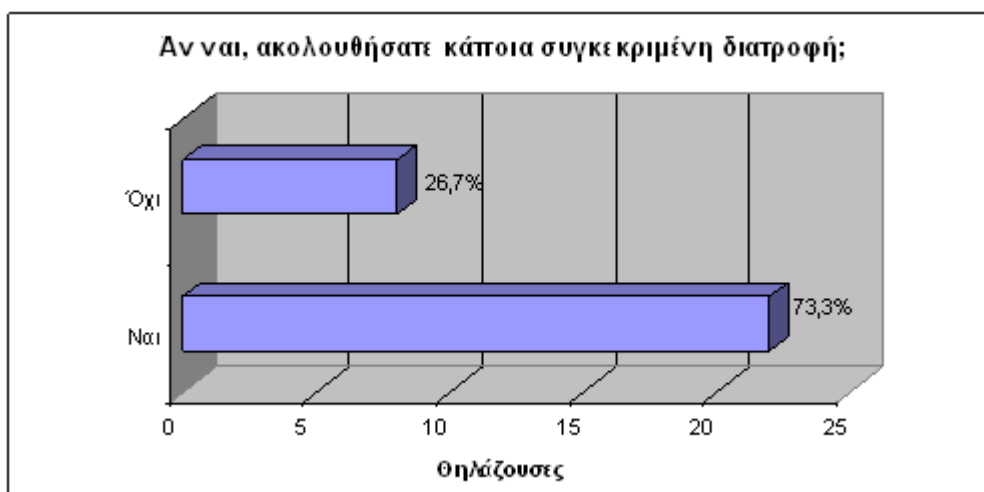
Πίνακας 40: Ποσοστό ερωτηθεισών μητέρων που πιστεύουν ότι η διατροφή τους επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος και ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη διατροφή

Αν ναι, ακολουθήσατε κάποια συγκεκριμένη διατροφή;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	40	22	80	73,4
Όχι	10	8	20	26,6

Εικόνα 40: Ποσοστό ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας και πιστεύουν ότι η διατροφή τους επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος και ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη διατροφή



Εικόνα 40,1: Ποσοστό ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και πιστεύουν ότι η διατροφή τους επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος και ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη διατροφή



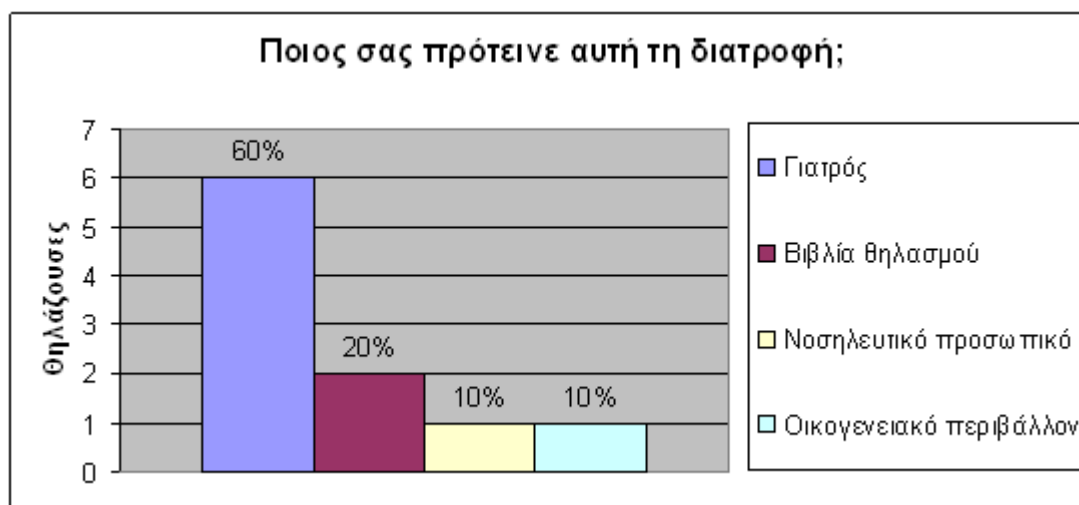
41) Προτιμήσεις για την επιλογή διατροφής

Το 0% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας και ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη διατροφή, προτίμησαν να την επιλέξουν συμβουλευόμενες το διαιτολόγο, το 60% το γιατρό, το 20% τα βιβλία θηλασμού, το 0% τα ΜΜΕ, το 0% τα περιοδικά, το 10% το νοσηλευτικό προσωπικό, το 10% το οικογενειακό περιβάλλον, το 0% το φιλικό περιβάλλον, το 0% αυτοσχέδιασε και το 0% τις μαίες (Πίνακας 41 και Εικόνα 41).

Πίνακας 41: Προτιμήσεις για την επιλογής διατροφής ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

Ποιος σας πρότεινε αυτή τη διατροφή;	Αριθμός	Ποσοστό
Διαιτολόγος	0	0
Γιατρός	6	60
Βιβλία θηλασμού	2	20
ΜΜΕ	0	0
Περιοδικά	0	0
Νοσηλευτικό προσωπικό	1	10
Οικογενειακό περιβάλλον	1	10
Φιλικό περιβάλλον	0	0
Αυτοσχέδια	0	0
Μαίες	0	0

Εικόνα 41: Προτιμήσεις για την επιλογής διατροφής ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας

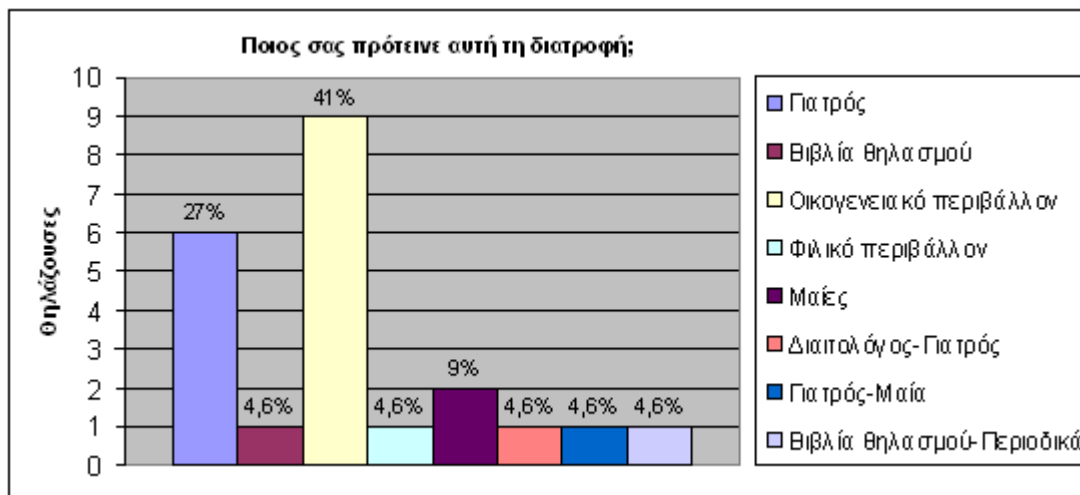


Το 0% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη διατροφή, προτίμησαν να την επιλέξουν συμβουλευόμενες το διαιτολόγο, το 27% το γιατρό, το 4,5% τα βιβλία θηλασμού, το 0% τα ΜΜΕ, το 0% τα περιοδικά, το 0% το νοσηλευτικό προσωπικό, το 41% το οικογενειακό περιβάλλον, το 4,5% το φιλικό περιβάλλον, το 0% αυτοσχέδια, το 10% τις μαίες, το 4,5% το διαιτολόγος - γιατρός, το 4,5% το γιατρό - μαία και το 4,5% τα βιβλία θηλασμού - περιοδικά (Πίνακας 41,1 και Εικόνα 41,1).

Πίνακας 41: Προτιμήσεις για την επιλογής διατροφής ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα

Ποιος σας πρότεινε αυτή τη διατροφή;	Αριθμός	Ποσοστό
Διαιτολόγος	0	0
Γιατρός	6	27
Βιβλία θηλασμού	1	4,5
ΜΜΕ	0	0
Περιοδικά	0	0
Νοσηλευτικό προσωπικό	0	0
Οικογενειακό περιβάλλον	9	41
Φιλικό περιβάλλον	1	4,5
Αυτοσχέδια	0	0
Μαίες	2	10
Διαιτολόγος - Γιατρός	1	4,5
Γιατρός - Μαία	1	4,5
Βιβλία θηλασμού - Περιοδικά	1	4,5

Εικόνα 41: Προτιμήσεις για την επιλογής διατροφής ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα



42) Ποσοστό ερωτηθεισών μητέρων που πιστεύουν ότι ο θηλασμός αποτελεί ευκαιρία για να χάσουν κάποια κιλά που πήραν κατά την εγκυμοσύνη

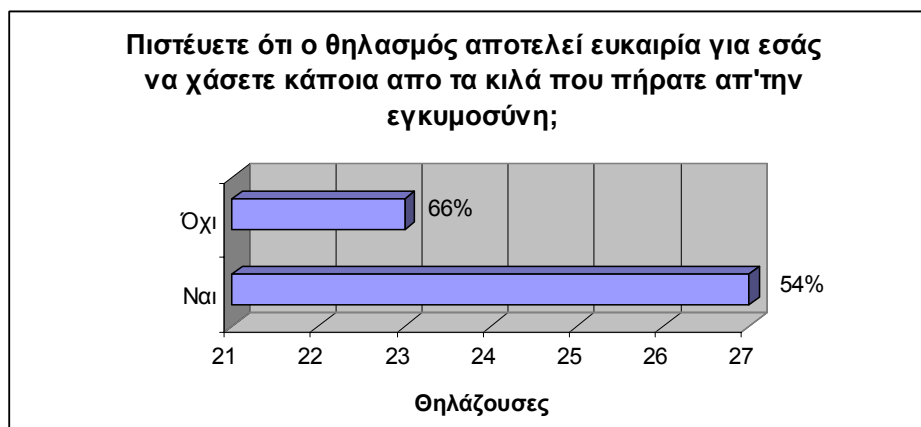
Το 54 % των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας πιστεύουν ότι ο θηλασμός αποτελεί ευκαιρία για να χάσουν κάποια κιλά που πήραν κατά την εγκυμοσύνη και το 46 % δεν το πιστεύει.

Το 19,6% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα πιστεύουν ότι ο θηλασμός αποτελεί ευκαιρία για να χάσουν κάποια κιλά που πήραν κατά την εγκυμοσύνη και το 80,4% δεν το πιστεύει (Πίνακας 42, Εικόνα 42, Εικόνα 42,1).

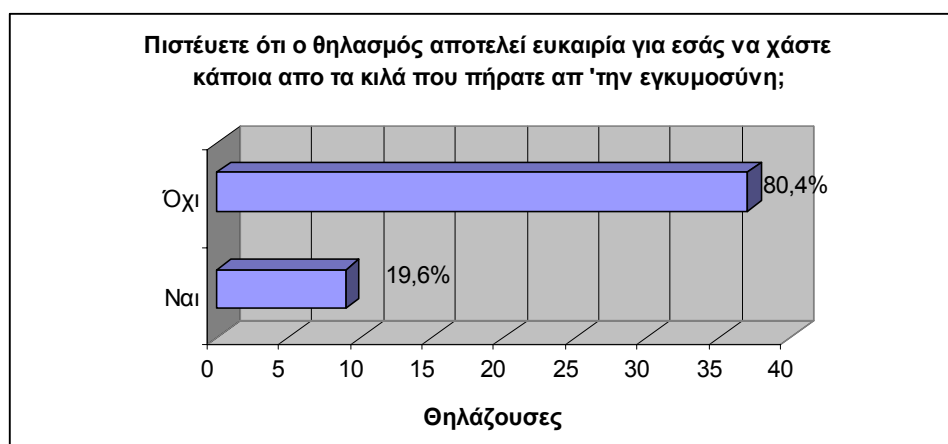
Πίνακας 42: Ποσοστό ερωτηθεισών μητέρων που πιστεύουν ότι ο θηλασμός αποτελεί ευκαιρία για να χάσουν κάποια κιλά που πήραν κατά την εγκυμοσύνη

Πιστεύετε ότι ο θηλασμός αποτελεί ευκαιρία για εσάς να χάσετε κάποια απ' τα κιλά που πήρατε απ' την εγκυμοσύνη;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	27	9	54	19,6
Όχι	23	37	46	80,4

Εικόνα 42: Ποσοστό ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας που πιστεύουν ότι ο θηλασμός αποτελεί ευκαιρία για να χάσουν κάποια κιλά που πήραν κατά την εγκυμοσύνη



Εικόνα 42,1: Ποσοστό ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα που πιστεύουν ότι ο θηλασμός αποτελεί ευκαιρία για να χάσουν κάποια κιλά που πήραν κατά την εγκυμοσύνη



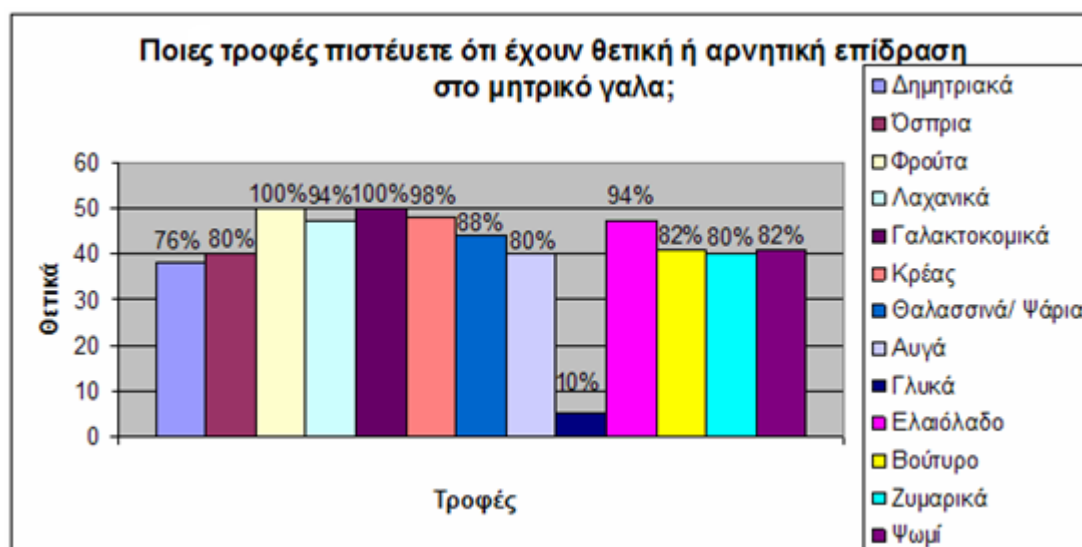
43) Απόψεις για τη θετική ή αρνητική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα

Τα ποσοστά των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για τη θετική ή αρνητική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα αναφέρονται στο Πίνακα 43, Εικόνα 43 και Πίνακα 43,1, Εικόνα 43,1, αντίστοιχα.

Πίνακας 43: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για τη θετική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα

Τροφές που πιστεύουν ότι έχουν θετική επίδραση στο μητρικό γάλα	Αριθμός	Ποσοστό
Δημητριακά	38	76
Όσπρια	40	80
Φρούτα	50	100
Λαχανικά	47	94
Γαλακτοκομικά	50	100
Κρέας	48	98
Θαλασσινά/Ψάρια	44	88
Αυγά	40	80
Γλυκά	5	10
Ελαιόλαδο	47	94
Βούτυρο	41	82
Ζυμαρικά	40	80
Ψωμί	41	82

Εικόνα 43: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για τη θετική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα



Πίνακας 43,1: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για τη αρνητική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα

Τροφές που πιστεύουν ότι έχουν αρνητική επίδραση στο μητρικό γάλα	Αριθμός	Ποσοστό
Δημητριακά	12	24
Όσπρια	10	20
Φρούτα	0	0
Λαχανικά	3	6
Γαλακτοκομικά	0	0
Κρέας	2	2
Θαλασσινά/Ψάρια	6	12
Αυγά	10	20
Γλυκά	45	90
Ελαιόλαδο	3	6
Βούτυρο	9	18
Ζυμαρικά	10	20
Ψωμί	9	18

Εικόνα 43,1: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για τη αρνητική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα.

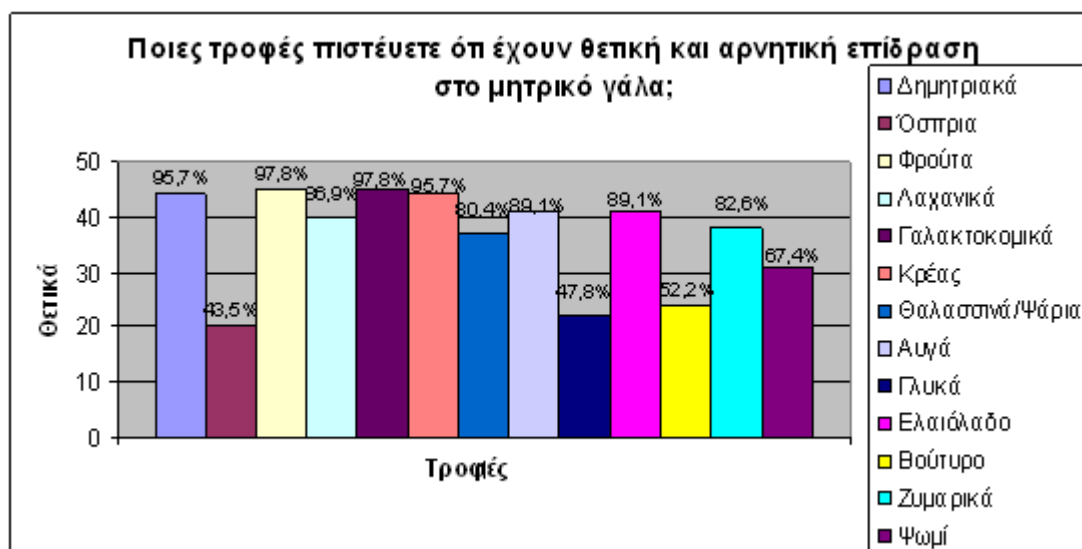


Τα ποσοστά των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τη θετική ή αρνητική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα αναφέρονται στο Πίνακα 43,2, Εικόνα 43,1 και Πίνακα 43,3, Εικόνα 43,3, αντίστοιχα.

Πίνακας 43,2: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τη θετική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα

Τροφές που πιστεύουν ότι έχουν θετική επίδραση στο μητρικό γάλα	Αριθμός	Ποσοστό
Δημητριακά	44	95,7
Όσπρια	20	43,5
Φρούτα	45	97,8
Λαχανικά	40	86,9
Γαλακτοκομικά	45	97,8
Κρέας	44	95,7
Θαλασσινά/Ψάρια	37	80,4
Αυγά	41	89,1
Γλυκά	22	47,8
Ελαιόλαδο	41	89,1
Βούτυρο	24	52,2
Ζυμαρικά	38	82,6
Ψωμί	31	67,4

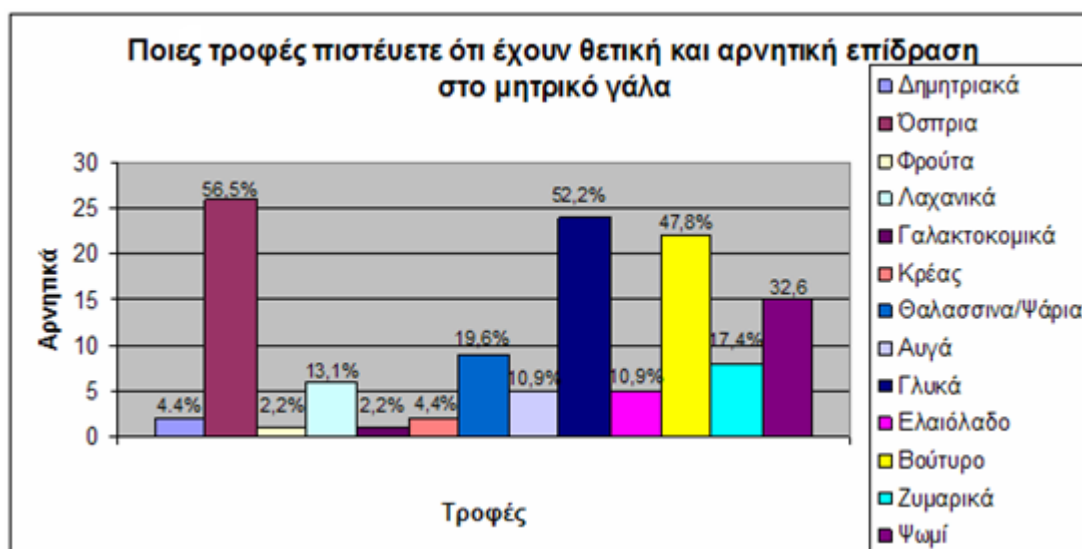
Εικόνα 43,2: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τη θετική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα



Πίνακας 43,3: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τη αρνητική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα

Τροφές που πιστεύουν ότι έχουν αρνητική επίδραση στο μητρικό γάλα	Αριθμός	Ποσοστό
Δημητριακά	2	4,4
Όσπρια	26	56,5
Φρούτα	1	2,2
Λαχανικά	6	13,1
Γαλακτοκομικά	1	2,2
Κρέας	2	4,4
Θαλασσινά/Ψάρια	9	19,6
Αυγά	5	10,9
Γλυκά	24	52,2
Ελαιόλαδο	5	10,9
Βούτυρο	22	47,8
Ζυμαρικά	8	17,4
Ψωμί	15	32,6

Εικόνα 43,3: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τη αρνητική επίδραση κάποιων τροφών στο μητρικό γάλα



44) Απόψεις για το αν το αίσθημα του θηλασμού τις ικανοποιεί

Το 62% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας ικανοποιούνται από το αίσθημα του θηλασμού απόλυτα, το 34% αρκετά, το 2% όχι ιδιαίτερα και το 2% καθόλου.

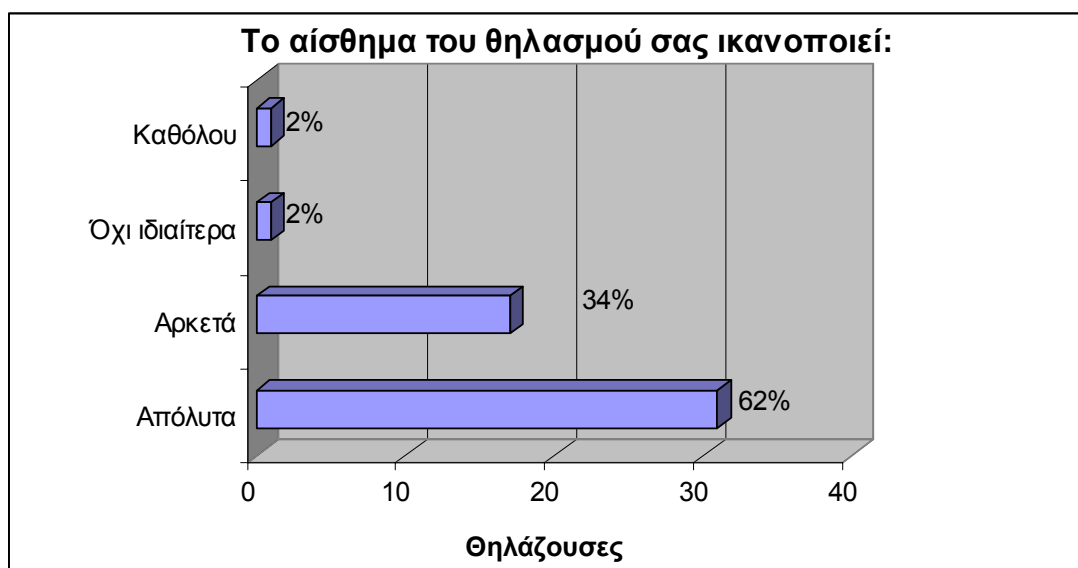
Το 60,9% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα ικανοποιούνται από το αίσθημα του θηλασμού απόλυτα, το 30,4% αρκετά, το 6,5% όχι ιδιαίτερα και το 2,2% καθόλου (Πίνακα 44, Εικόνα 44, Εικόνα 44,1).

Παρατηρούμε ότι ένα μικρό ποσοστό απάντησε ότι το αίσθημα θηλασμού δεν τις ικανοποιεί ιδιαίτερα ή και καθόλου, αλλά αυτό πιθανόν να οφείλεται στις δυσκολίες που συνάντησαν.

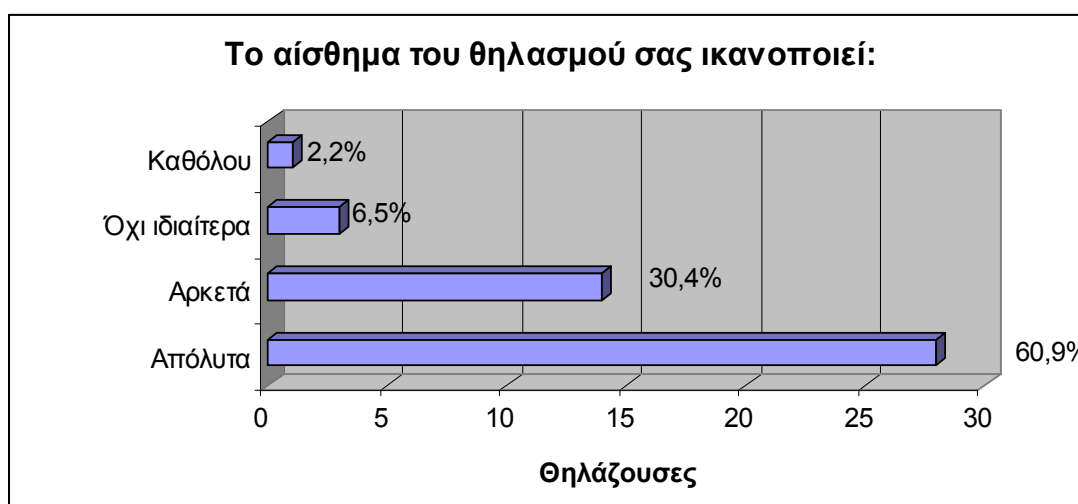
Πίνακας 44: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων για το αν το αίσθημα του θηλασμού τις ικανοποιεί

Το αίσθημα του θηλασμού σας ικανοποιεί	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Απόλυτα	31	28	62	60,9
Αρκετά	17	14	34	30,4
Όχι ιδιαίτερα	1	3	2	6,5
Καθόλου	1	1	2	2,2

Εικόνα 44: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για το αν το αίσθημα του θηλασμού τις ικανοποιεί



Εικόνα 44,1: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν το αίσθημα του θηλασμού τις ικανοποιεί



45) Απόψεις για το αν οι ερωτηθείσες μητέρες αισθάνονται άνετα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους

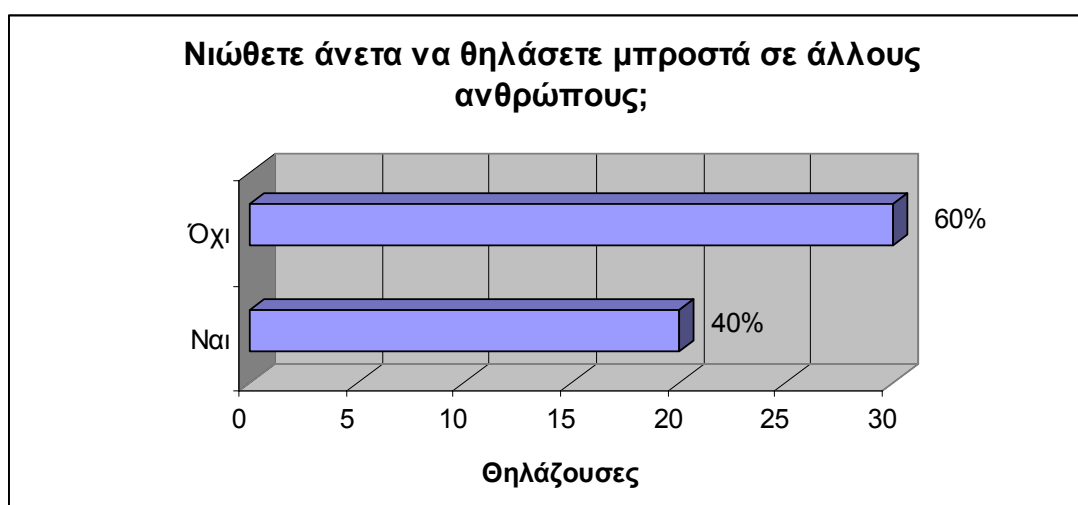
Το 40% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας αισθάνονται άνετα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους και το 60 % δεν αισθάνονται άνετα.

Το 43% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα αισθάνονται άνετα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους και το 57% δεν αισθάνονται άνετα (Πίνακα 45, Εικόνα 45, Εικόνα 45,1).

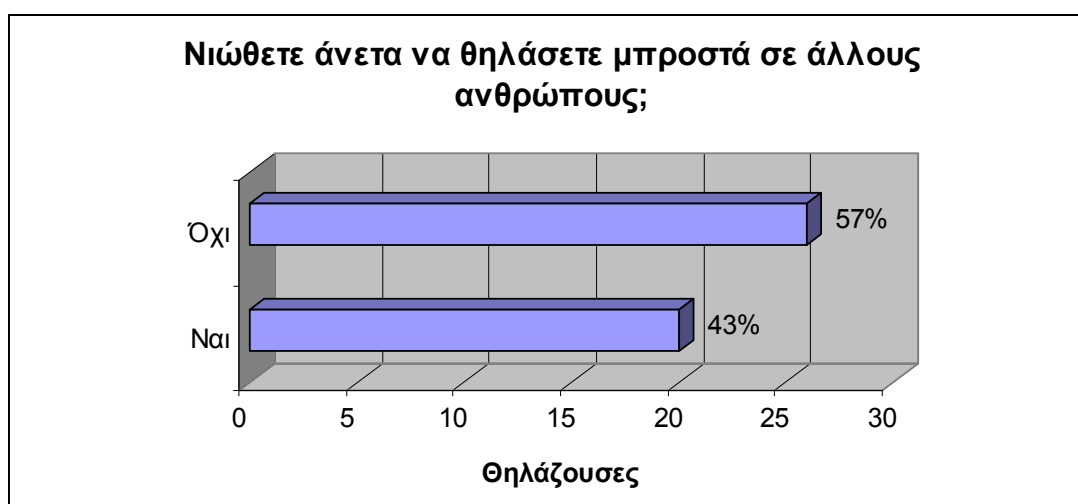
Πίνακας 45: Απόψεις για το αν οι ερωτηθείσες μητέρες αισθάνονται άνετα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους

	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	20	20	40	43
Όχι	30	26	60	57

Εικόνα 45: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για το αν αισθάνονται άνετα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους



Εικόνα 45,1: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν αισθάνονται άνετα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους



46) Απόψεις για το αν ο θηλασμός είναι ένας πρακτικός τρόπος σίτισης

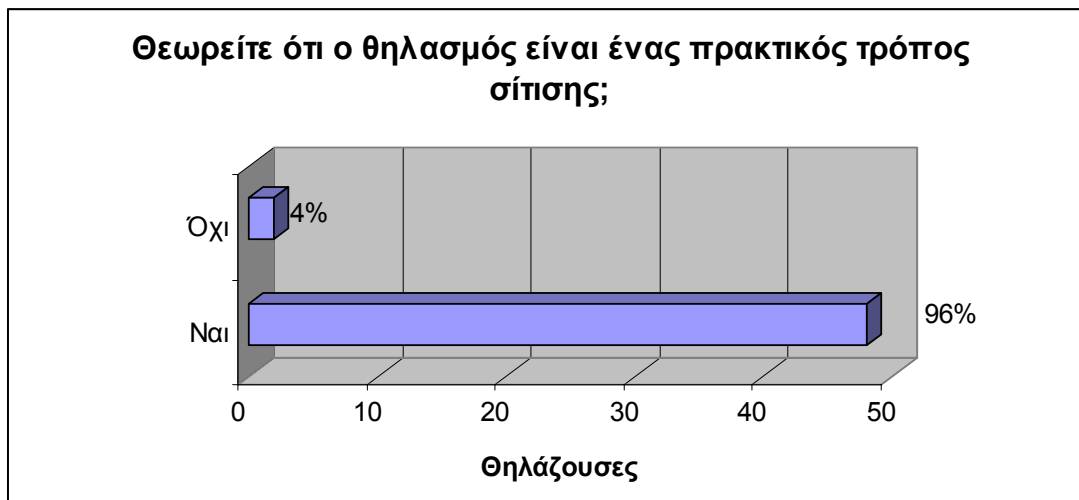
Το 96% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας πιστεύει ότι ο θηλασμός είναι ένας πρακτικός τρόπος σίτισης και το 4% δεν το πιστεύει.

Το 80,4% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα πιστεύει ότι ο θηλασμός είναι ένας πρακτικός τρόπος σίτισης και το 19,6% δεν το πιστεύει (Πίνακα 46, Εικόνα 46, Εικόνα 46,1).

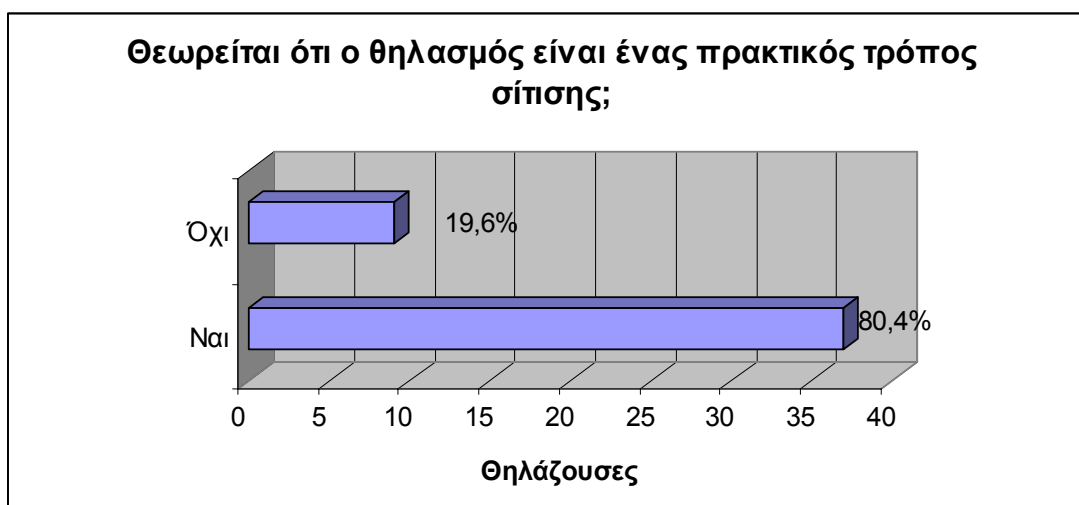
Πίνακας 46: Απόψεις για το αν ο θηλασμός είναι ένας πρακτικός τρόπος σίτισης

Θεωρείται ότι ο θηλασμός είναι ένας πρακτικός τρόπος σίτισης;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	48	37	9	80,4
Όχι	2	9	4	19,6

Εικόνα 46: Απόψεις για το αν οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας αισθάνονται άνετα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους



Εικόνα 46,1: Απόψεις για το αν οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα αισθάνονται άνετα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους



47) Απόψεις για το αν έπαιξε ρόλο η τιμή του εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος στην επιλογή θηλασμού

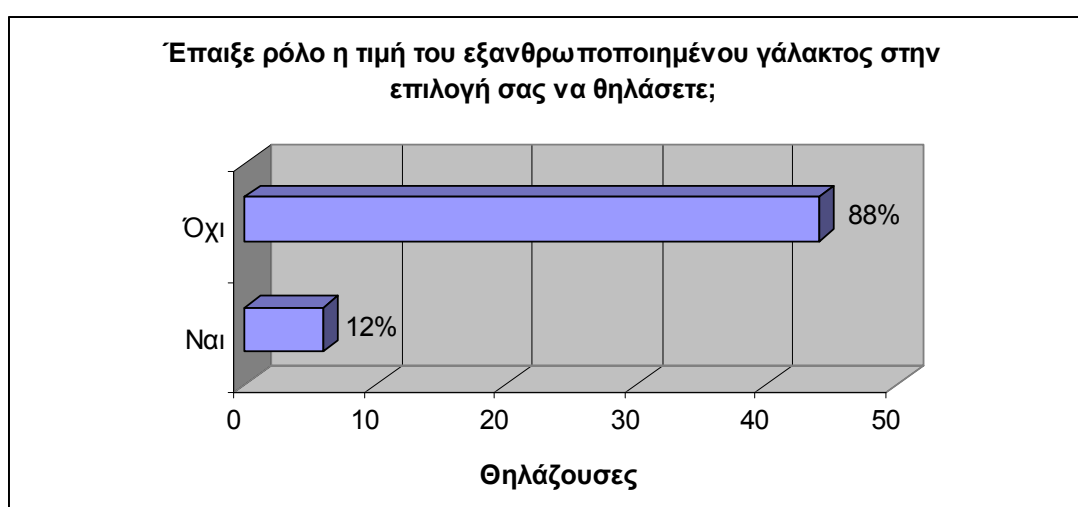
Για το 12% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας έπαιξε ρόλο η τιμή του εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος στην επιλογή θηλασμού και για το 88% δεν έπαιξε.

Για το 6,5% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα έπαιξε ρόλο η τιμή του εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος στην επιλογή θηλασμού και για το 93,5% δεν έπαιξε (Πίνακα 47, Εικόνα 47, Εικόνα 47,1).

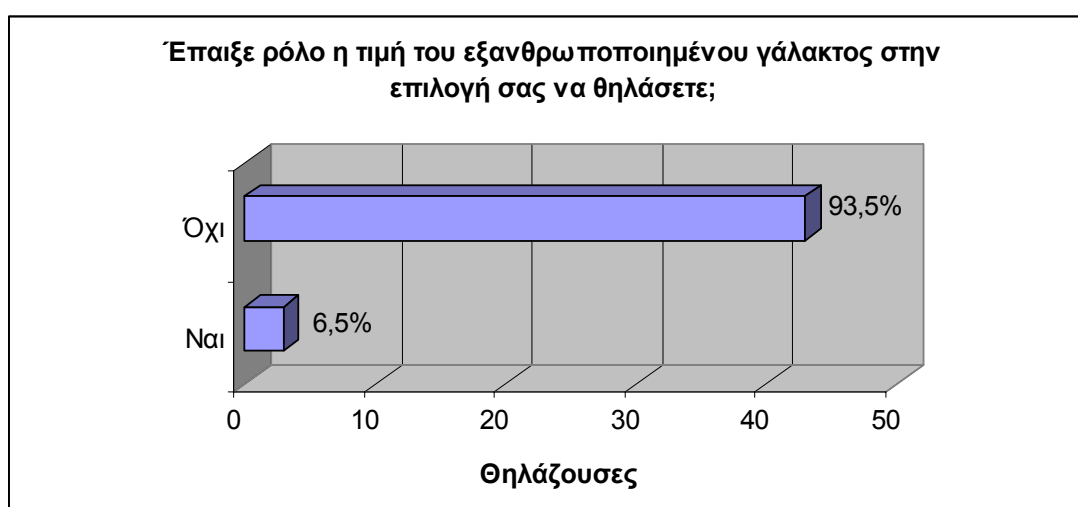
Πίνακας 47: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων για το αν έπαιξε ρόλο η τιμή του εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος στην επιλογή θηλασμού

Έπαιξε ρόλο η τιμή του εξανθρωποποιημένου γάλακτος στην επιλογή σας να θηλάσετε;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	6	3	12	6,5
Όχι	44	43	88	93,5

Εικόνα 47: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας για το αν έπαιξε ρόλο η τιμή του εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος στην επιλογή θηλασμού



Εικόνα 47,1: Απόψεις των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν έπαιξε ρόλο η τιμή του εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος στην επιλογή θηλασμού



48) Ποσοστό των χώρων θηλασμού στους οποίους μπορούν να θηλάσουν οι ερωτηθείσες μητέρες ανάλογα το τόπο διαμονής τους

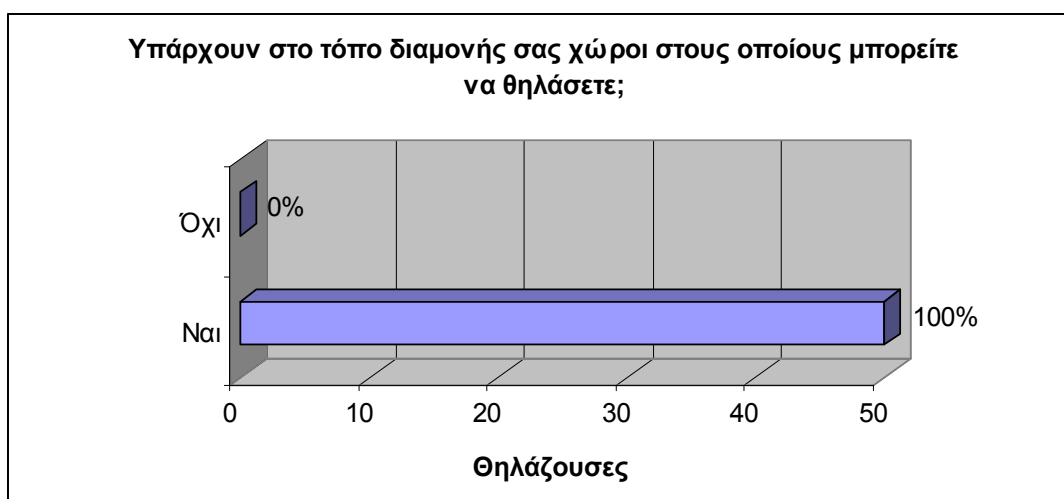
Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας απάντησαν ότι δεν υπάρχουν χώροι στους οποίους μπορούν να θηλάσουν.

Το 95,7% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα απάντησαν ότι δεν υπάρχουν χώροι στους οποίους μπορούν να θηλάσουν και για 4,3% ότι υπάρχουν (Πίνακα 48, Εικόνα 48, Εικόνα 48,1).

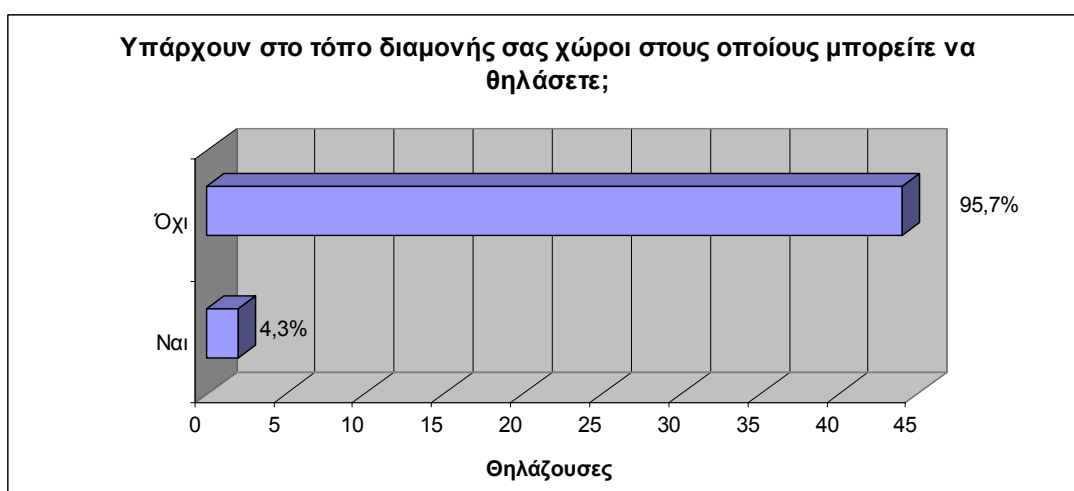
Πίνακας 48: Ποσοστό των χώρων στους οποίους μπορούν να θηλάσουν οι ερωτηθείσες μητέρες

Υπάρχουν στο τόπο διαμονής σας χώροι στους οποίους μπορείτε να θηλάσετε;	Αριθμός		Ποσοστό	
	Σητεία	Αθήνα	Σητεία	Αθήνα
Ναι	0	2	0	4,3
Όχι	50	44	100	95,7

Εικόνα 48: Ποσοστό των χώρων στους οποίους μπορούν να θηλάσουν οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας



Εικόνα 48,1: Ποσοστό των χώρων στους οποίους μπορούν να θηλάσουν οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα



49) Χώροι στους οποίους μπορούν να θηλάσουν οι ερωτηθείσες μητέρες ανάλογα το τόπο διαμονής τους

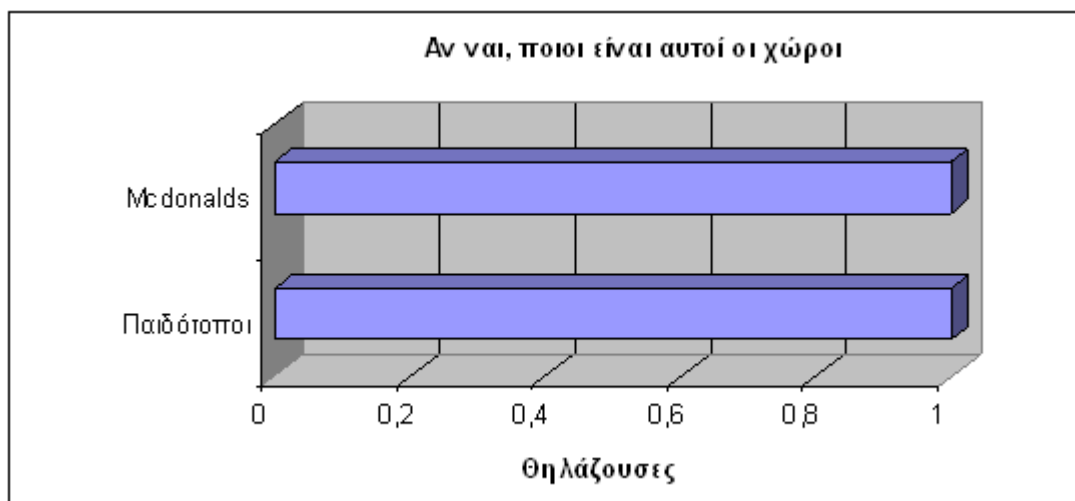
Το 0% των ερωτηθεισών μητέρων, που διαμένουν στην Αθήνα και απάντησαν ότι υπάρχουν χώροι στο τόπο διαμονής τους στους οποίους μπορούν να θηλάσουν, ήταν στο χώρο εργασίας τους, το 50% σε παιδότοπους, το 0% σε εστιατόρια, το 0% σε αεροδρόμια και το 50% σε MacDonald's (Πίνακα 49 και Εικόνα 49).

Καμία από τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας δεν απάντησαν ότι υπάρχουν χώροι στο τόπο διαμονής τους στους οποίους μπορούν να θηλάσουν.

Πίνακας 49: Χώροι στους οποίους μπορούν να θηλάσουν οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα

Αν ναι, ποιοι είναι αυτοί οι χώροι;	Αριθμός	Ποσοστό
Χώρος εργασίας	0	0
Παιδότοποι	1	50
Εστιατόρια	0	0
Αεροδρόμια	0	0
McDonald's	1	50

Εικόνα 49: Χώροι στους οποίους μπορούν να θηλάσουν οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα



ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕ ΘΗΛΑΣΑΝ/ΘΗΛΑΖΟΥΝΕ

Καμία από τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας δεν απάντησε ότι δεν θηλάσσει. Οπότε τα παρακάτω αποτελέσματα αφορούν μόνο τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα.

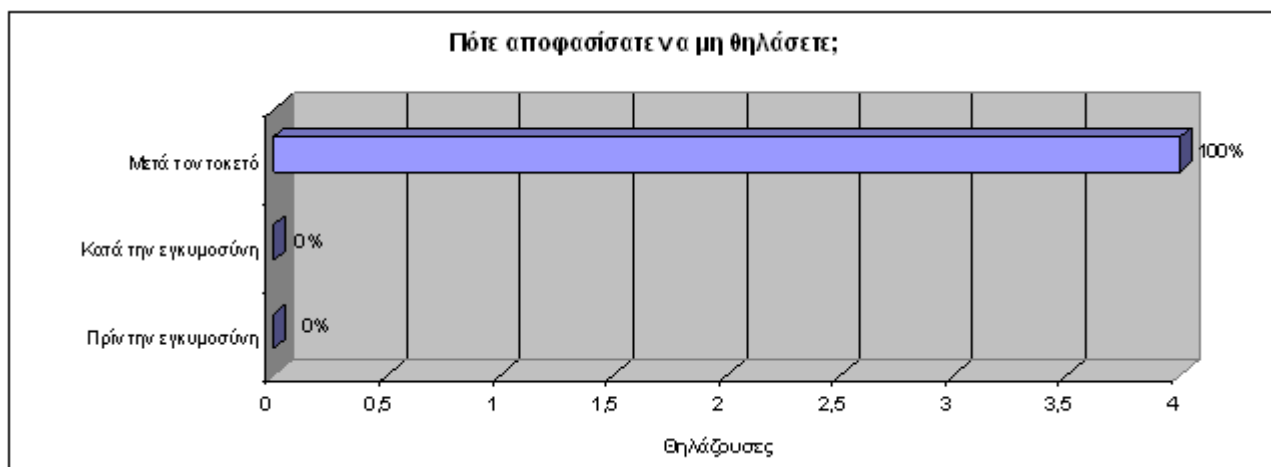
50) Απόφαση ερωτηθεισών μητέρων να μη θηλάσουν

Το 0% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα αποφάσισαν να μη θηλάσουν πριν την εγκυμοσύνη, το 0% κατά την εγκυμοσύνη και το 100% μετά το τοκετό (Πίνακας 50, Εικόνα 50).

Πίνακας 50: Απόφαση ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα να μη θηλάσουν

Απόφαση για το μητρικό θηλασμό	Αριθμός	Ποσοστό
Πριν την εγκυμοσύνη	0	0
Κατά την εγκυμοσύνη	0	0
Μετά το τοκετό	4	100

Εικόνα 50: Απόφαση ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα να μη θηλάσουν



51) Λόγοι για τους οποίους δεν θηλάσαν

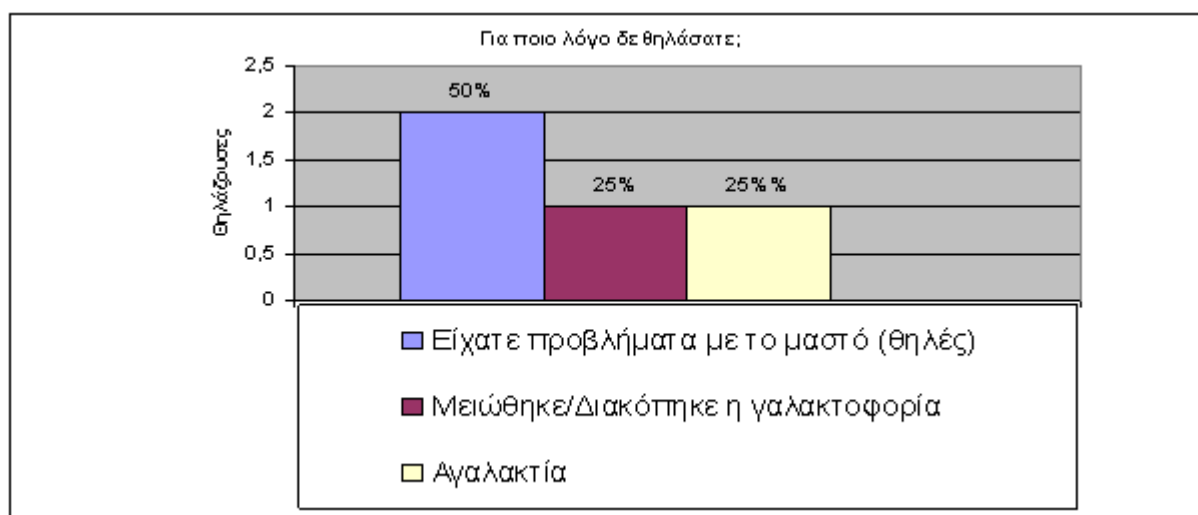
Το 50% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα αποφάσισαν να μη θηλάσουν γιατί είχαν προβλήματα με το μαστό, το 25% επειδή μειώθηκε/διακόπηκε η γαλακτοφορία και το 25% διότι είχε αγαλακτία. Καμία από τις ερωτηθείσες δεν διέκοψε το θηλασμό για λόγους αισθητικής του μαστού, φαρμάκων, γαλακτοζαιμίας, επαγγελματικών υποχρεώσεων, ελάχιστης βοήθειας από πρόσωπα του κοντινού της περιβάλλοντος, ασθένειας, καπνίσματος και χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (Πίνακας 51, Εικόνα 51).

Τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που υπάρχουν στο θηλασμό είναι αυτά που αφορούν το μαστό (επώδυνες, επίπεδες και εσωτερικές θηλές, μαστίτιδα). Οι περισσότερες γυναίκες που αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα εγκαταλείπουν την προσπάθεια να συνεχίσουν το θηλασμό, γεγονός που αποδεικνύεται από το ποσοστό των γυναικών που δε θηλάσαν για το λόγο αυτό.

Πίνακας 51: Λόγοι ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τους οποίους δεν θήλασαν

Για ποιο λόγο δε θηλάσατε;	Αριθμός	Ποσοστό
Είχατε προβλήματα με το μαστό (θηλές)	2	50
Μειώθηκε/Διακόπηκε η γαλακτοφορία;	1	25
Για λόγους αισθητικής του μαστού	0	0
Παίρνετε φάρμακα	0	0
Γαλακτοζαϊμία	0	0
Επαγγελματικές υποχρεώσεις	0	0
Ελάχιστη βοήθεια από πρόσωπα του κοντινού σας περιβάλλοντος	0	0
Ασθένεια	0	0
Κάπνισμα	0	0
Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	0	0
Αγαλακτία	1	25

Εικόνα 51: Λόγοι ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για τους οποίους δεν θήλασαν



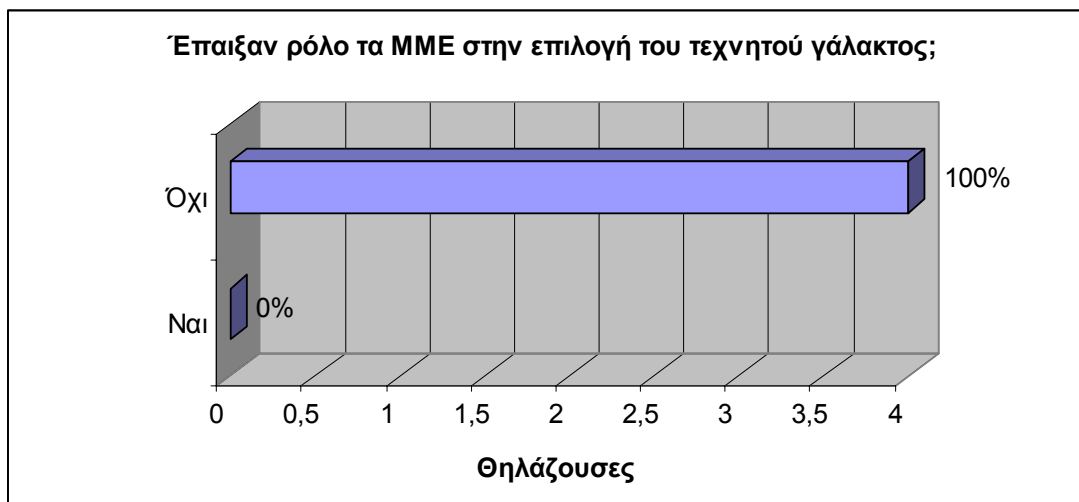
52) Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων για το αν έπαιξαν ρόλο τα ΜΜΕ στην επιλογή τεχνητού γάλακτος

Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα απάντησαν ότι δεν έπαιξαν ρόλο τα ΜΜΕ στην επιλογή τεχνητού γάλακτος (Πίνακας 52, Εικόνα 52).

Πίνακας 52: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν έπαιξαν ρόλο τα ΜΜΕ στην επιλογή τεχνητού γάλακτος

Έπαιξαν ρόλο τα ΜΜΕ στην επιλογή του τεχνητού γάλακτος	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	0	0
Όχι	4	100

Εικόνα 52: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν έπαιξαν ρόλο τα ΜΜΕ στην επιλογή τεχνητού γάλακτος



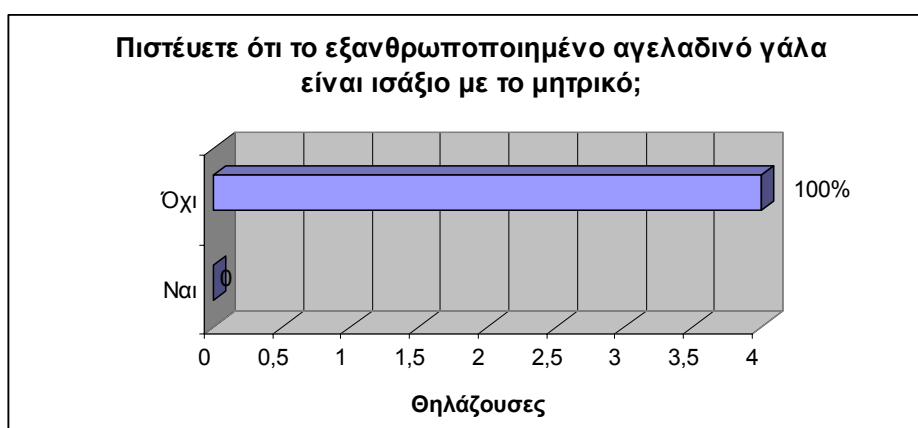
53) Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων για το αν πιστεύουν ότι το αγελαδινό γάλα είναι ισάξιο με το μητρικό

Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα απάντησαν ότι δεν πιστεύουν ότι το αγελαδινό γάλα είναι ισάξιο με το μητρικό (Πίνακας 53, Εικόνα 53).

Πίνακας 53: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν πιστεύουν ότι το αγελαδινό γάλα είναι ισάξιο με το μητρικό

Πιστεύετε ότι το εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα είναι ισάξιο με το μητρικό	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	0	0
Όχι	4	100

Εικόνα 53: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν πιστεύουν ότι το αγελαδινό γάλα είναι ισάξιο με το μητρικό



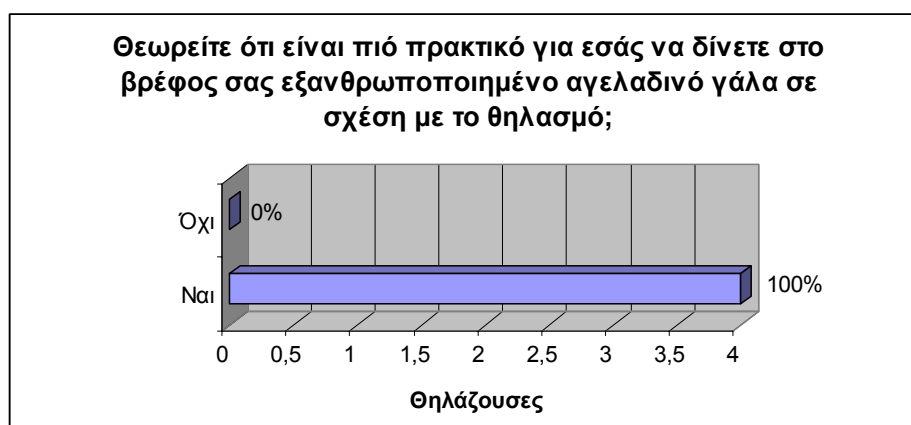
54) Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων για το αν πιστεύουν ότι η χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος είναι πιο πρακτική από το θηλασμό

Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα απάντησαν ότι πιστεύουν ότι η χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος είναι πιο πρακτική από το θηλασμό (Πίνακας 54, Εικόνα 54).

Πίνακας 54: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν πιστεύουν ότι η χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος είναι πιο πρακτική από το θηλασμό

Θεωρείται ότι είναι πιο πρακτικό για εσάς να δίνετε στο βρέφος σας εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα σε σχέση με το θηλασμό;	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	4	100
Όχι	0	0

Εικόνα 54: Απόψεις ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα για το αν πιστεύουν ότι η χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος είναι πιο πρακτική από το θηλασμό



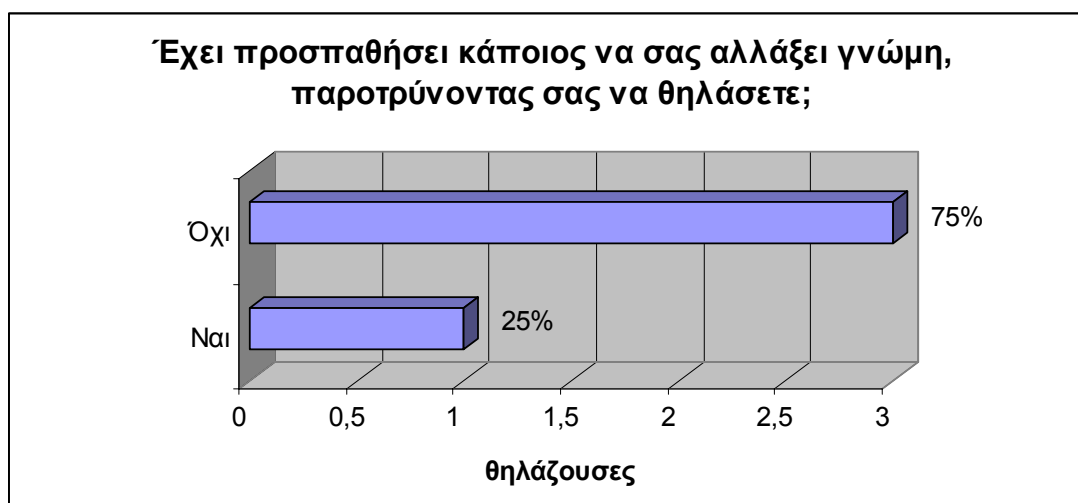
55) Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων στις οποίες κάποιος προσπάθησε να τους αλλάξει γνώμη

Το 75% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα απάντησαν ότι δεν προσπάθησε κάποιος να τους αλλάξει γνώμη ώστε να θηλάσουν και το 25% απάντησε ότι κάποιος προσπάθησε (Πίνακας 55, Εικόνα 55).

Πίνακας 55: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα στις οποίες κάποιος προσπάθησε να τους αλλάξει γνώμη

Έχει προσπαθήσει κάποιος να σας αλλάξει γνώμη, παροτρύνοντας σας να θηλάσετε;	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	1	25
Όχι	3	75

Εικόνα 55: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα στις οποίες κάποιος προσπάθησε να τους αλλάξει γνώμη



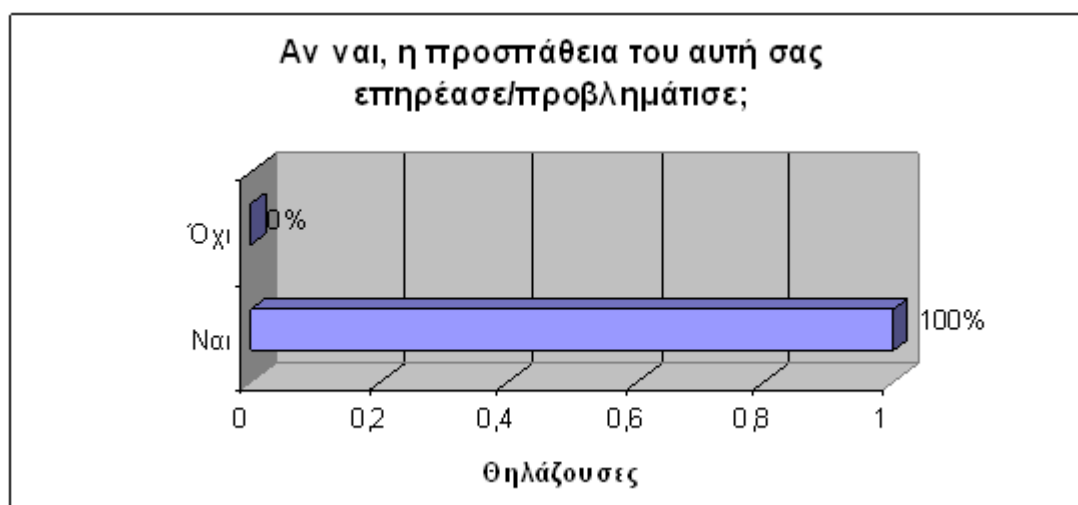
56) Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων στις οποίες κάποιος προσπάθησε να τους αλλάξει γνώμη και αυτές επηρεάστηκαν

Το 100% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα και απάντησαν ότι προσπάθησε κάποιος να τους αλλάξει γνώμη επηρεάστηκαν (Πίνακας 56, Εικόνα 56).

Πίνακας 56: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα στις οποίες κάποιος προσπάθησε να τους αλλάξει γνώμη και αυτές επηρεάστηκαν

Αν ναι, η προσπάθεια του αυτή σας επηρέασε/προβλημάτισε;	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	1	100
Όχι	0	0

Εικόνα 56: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα στις οποίες κάποιος προσπάθησε να τους αλλάξει γνώμη και αυτές επηρεάστηκαν



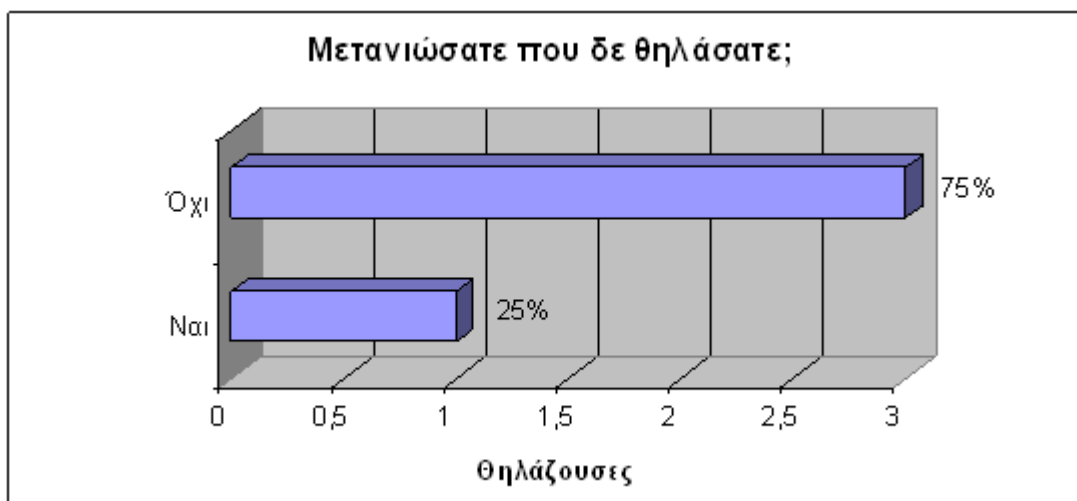
57) Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων οι οποίες μετάνιωσαν που δε θήλασαν

Το 25% των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα απάντησαν ότι μετάνιωσαν που δε θήλασαν και το 75% ότι δεν μετάνιωσαν (Πίνακας 57, Εικόνα 57).

Πίνακας 57: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα οι οποίες μετάνιωσαν που δε θήλασαν

Μετανιώσατε που δε θηλάσατε;	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	1	25
Όχι	3	75

Εικόνα 57: Ποσοστά ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα οι οποίες μετάνιωσαν που δε θήλασαν



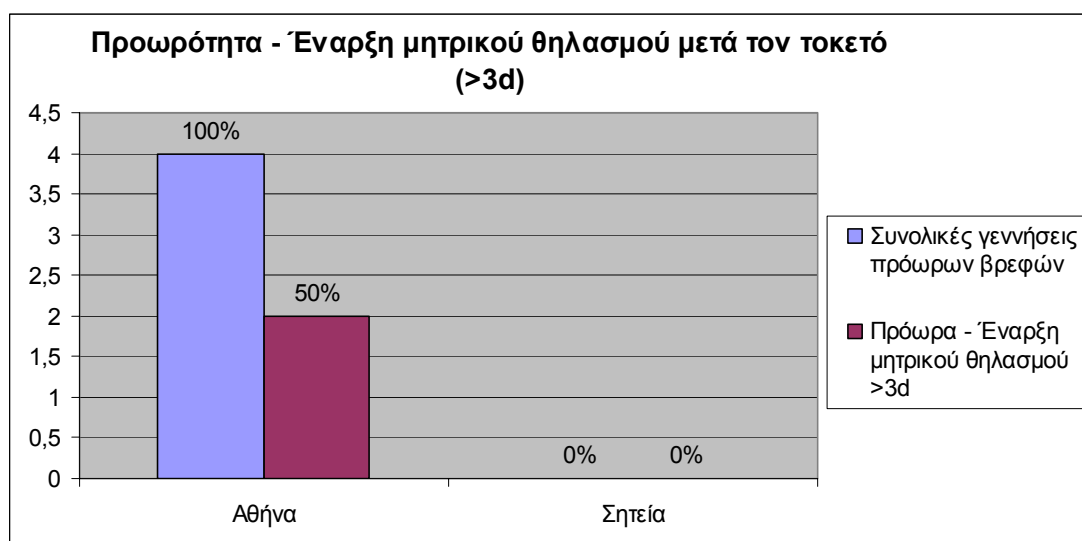
58) Συσχέτιση προωρότητας με την έναρξη του μητρικού θηλασμού μετά τον τοκετό

Το 50% των ερωτηθεισών μητέρων που γέννησαν πρόωρα και διαμένουν στην Αθήνα άρχισαν να θηλάζουν το βρέφος τους μετά από 3 μέρες από το τοκετό (Εικόνα 58).

Καμία από τις ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας δεν γέννησε πρόωρα για να γίνει η ανάλογη συσχέτιση.

Πιθανολογούμε ότι το ποσοστό αυτό των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα να οφείλεται στην ειδική μεταχείριση που μπορεί να χρειάστηκαν τα βρέφη, εξαιτίας της προωρότητάς τους.

Εικόνα 58: Συσχέτιση προωρότητας με την έναρξη του μητρικού θηλασμού μετά τον τοκετό στην επαρχία Σητείας και στην Αθήνα

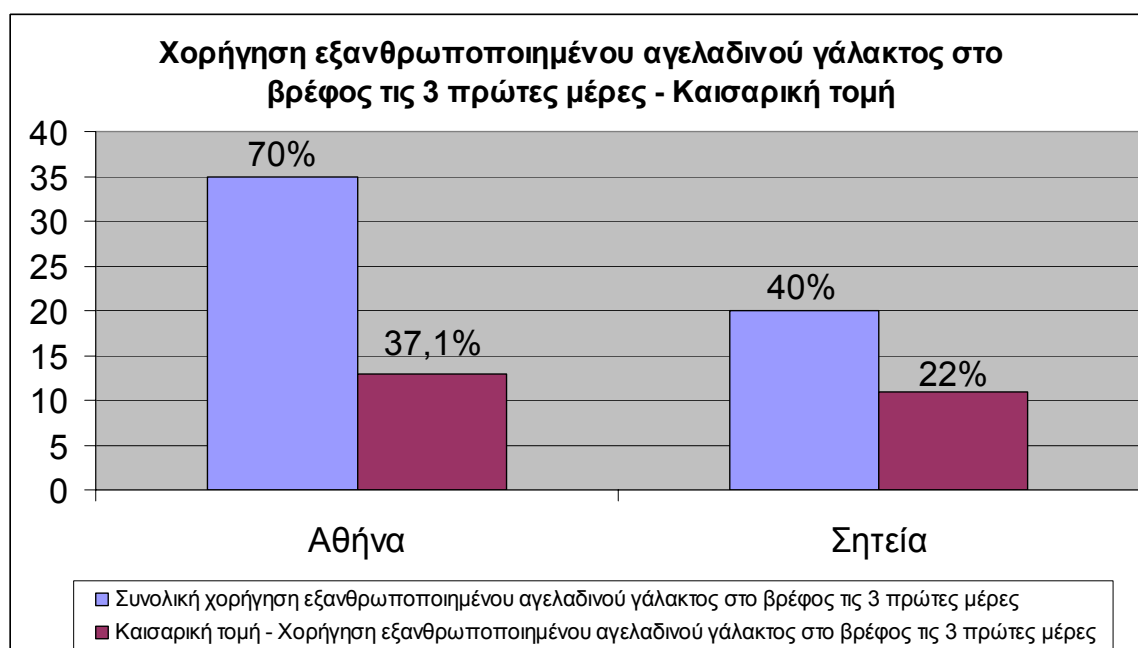


59) Συσχέτιση καισαρικής τομής με τη χορήγηση εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος στο βρέφος τις 3 πρώτες μέρες.

Το 37,1% των ερωτηθεισών μητέρων που γέννησαν με καισαρική τομή και διαμένουν στην Αθήνα άρχισαν να χορηγούν εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα στο βρέφος τους τις 3 πρώτες μέρες.

Το 22% των ερωτηθεισών μητέρων που γέννησαν με καισαρική τομή και διαμένουν στην επαρχία Σητείας άρχισαν να χορηγούν εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα στο βρέφος τους τις 3 πρώτες μέρες (Εικόνα 59).

Εικόνα 59: Συσχέτιση χορήγησης εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος στο βρέφος τις 3 πρώτες μέρες σε σχέση με τη καισαρική τομή στην επαρχία Σητείας και στην Αθήνα



60) Συσχέτιση εθνικότητας με την διάρκεια χορήγησης αποκλειστικού μητρικού γάλακτος επαρχίας Σητείας.

Group Statistics

	Εθνικότητα	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Ελληνίδες	42	2,33	1,052	,162
	Αλλοδαπές	8	3,00	1,309	,463

- √ Για τις Ελληνίδες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, η μέση τιμή της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 2,33 και η τυπική απόκλιση των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 1,052.
- √ Για τις Αλλοδαπές μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, η μέση τιμή της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 3,00 και η τυπική απόκλιση των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 1,309.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Equal variances assumed	,148	,702	-1,581	48	,120	-,67	,422	-1,514	,181
	Equal variances not assumed			-1,359	8,803	,208	-,67	,491	-1,780	,447

Αν ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων είναι 0,05 ή μικρότερη τιμή, χρησιμοποιούμε τη δεύτερη γραμμή των αποτελεσμάτων, η οποία δίνει τις τιμές του ελέγχου t για άνισες διακυμάνσεις.

- √ Η διαφορά μεταξύ των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των Ελληνίδων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας (Mean = 2,33, ST.dev = 1,05) και των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των Αλλοδαπών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας (Mean = 3,00, ST.dev = 1,31) είναι -0,67.

Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από -1,51 έως 0,18. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει το 0, η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

61) Συσχέτιση εθνικότητας με την διάρκεια χορήγησης αποκλειστικού μητρικού γάλακτος Αθήνας.

Group Statistics

	Εθνικότητα	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Ελληνίδες	30	1,80	,925	,169
	Αλλοδαπές	16	2,31	1,302	,326

- √ Για τις Ελληνίδες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα, η μέση τιμή της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 1,80 και η τυπική απόκλιση των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 0,925.
- √ Για τις Αλλοδαπές μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα, η μέση τιμή της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 2,31 και η τυπική απόκλιση των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 1,302.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Equal variances assumed	5,613	,022	-1,549	44	,128	-,51	,331	-1,179	,154
	Equal variances not assumed			-1,397	23,282	,175	-,51	,367	-1,271	,246

Αν ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων είναι 0,05 ή μικρότερη τιμή, χρησιμοποιούμε τη δεύτερη γραμμή των αποτελεσμάτων, η οποία δίνει τις τιμές του ελέγχου t για άνισες διακυμάνσεις.

- √ Η διαφορά μεταξύ των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των Ελληνίδων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα (Mean = 1,80, ST.dev = 0,93) και των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των Αλλοδαπών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα (Mean = 2,31, ST.dev = 1,30) είναι -0,51.

Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από -1,27 έως 0,25. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει το 0, η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

62) Συσχέτιση Ελληνίδων επαρχίας Σητείας και Αθήνας με την διάρκεια χορήγησης αποκλειστικού μητρικού γάλακτος.

Group Statistics

	Πόλη	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Σητεία	42	2,33	1,052	,162
	Αθήνα	29	1,83	,928	,172

- √ Για τις Ελληνίδες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, η μέση τιμή της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 2,33 και η τυπική απόκλιση των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 1,052.
- √ Για τις Ελληνίδες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα, η μέση τιμή της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 1,83 και η τυπική απόκλιση των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 0,928.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Equal variances assumed	2,110	,151	2,088	69	,041	,51	,242	,022	,989
	Equal variances not assumed			2,136	64,830	,036	,51	,237	,033	,979

Αν ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων είναι 0,05 ή μικρότερη τιμή, χρησιμοποιούμε τη δεύτερη γραμμή των αποτελεσμάτων, η οποία δίνει τις τιμές του ελέγχου t για άνισες διακυμάνσεις.

- √ Η διαφορά μεταξύ των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των Ελληνίδων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας (Mean = 2,33, ST.dev = 1,05) και των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των Ελληνίδων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα (Mean = 1,83, ST.dev = 0,93) είναι 0,51.

Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από 0,02 έως 0,99. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιέχει το 0, η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

63) Συσχέτιση Αλλοδαπών επαρχίας Σητείας και Αθήνας με την διάρκεια χορήγησης αποκλειστικού μητρικού γάλακτος.

Group Statistics

	Πόλη	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Σητεία	8	3,00	1,309	,463
	Αθήνα	16	2,31	1,302	,326

- √ Για τις Αλλοδαπές μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, η μέση τιμή της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 3,00 και η τυπική απόκλιση των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 1,309.
- √ Για τις Αλλοδαπές μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα, η μέση τιμή της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 2,31 και η τυπική απόκλιση των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού είναι 1,302.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Si g.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Equal variances assumed	,269	,609	1,217	22	,236	,69	,565	-,484	1,859
	Equal variances not assumed			1,215	14,035	,244	,69	,566	-,526	1,901

Αν ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων είναι 0,05 ή μικρότερη τιμή, χρησιμοποιούμε τη δεύτερη γραμμή των αποτελεσμάτων, η οποία δίνει τις τιμές του ελέγχου t για άνισες διακυμάνσεις.

- √ Η διαφορά μεταξύ των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των Αλλοδαπών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας (Mean = 3,00, ST.dev = 1,31) και των τιμών της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των Αλλοδαπών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα (Mean = 2,31, ST.dev = 1,30) είναι 0,69.

Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από -0,48 έως 1,86. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει το 0, η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

64) Συσχέτιση Ελληνίδων επαρχίας Σητείας και Αθήνας με την έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)

Group Statistics

	Πόλη	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)	Σητεία	42	2,74	1,326	,205
	Αθήνα	24	2,33	1,007	,206

- √ Για τις Ελληνίδες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, η μέση τιμή της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 2,74 και η τυπική απόκλιση των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 1,326.
- √ Για τις Ελληνίδες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα, η μέση τιμή της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 2,33 και η τυπική απόκλιση των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 1,007.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)	Equal variances assumed	10,622	,002	1,295	64	,200	,40	,312	-,220	1,029
	Equal variances not assumed			1,395	58,783	,168	,40	,290	-,176	,985

Αν ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων είναι 0,05 ή μικρότερη τιμή, χρησιμοποιούμε τη δεύτερη γραμμή των αποτελεσμάτων, η οποία δίνει τις τιμές του ελέγχου t για άνισες διακυμάνσεις.

- √ Η διαφορά μεταξύ των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) των Ελληνίδων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας (Mean = 2,74 , ST.dev = 1,33) και των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) των Ελληνίδων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα (Mean = 2,33, ST.dev = 1,01) είναι 0,40.

Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από -0,18 έως 0,99. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει το 0, η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

65) Συσχέτιση Αλλοδαπές επαρχίας Σητείας και Αθήνας με την έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)

Group Statistics

	Πόλη	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)	Σητεία	8	3,25	1,389	,491
	Αθήνα	14	2,50	1,401	,374

- √ Για τις Αλλοδαπές μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, η μέση τιμή της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 3,25 και η τυπική απόκλιση των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 1,389.
- √ Για τις Αλλοδαπές μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα, η μέση τιμή της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 2,50 και η τυπική απόκλιση των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 1,401.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)	Equal variances assumed	,459	,506	1,212	20	,240	,75	,619	-,541	2,041
	Equal variances not assumed			1,215	14,808	,243	,75	,617	-,567	2,067

Αν ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων είναι 0,05 ή μικρότερη τιμή, χρησιμοποιούμε τη δεύτερη γραμμή των αποτελεσμάτων, η οποία δίνει τις τιμές του ελέγχου t για άνισες διακυμάνσεις.

- √ Η διαφορά μεταξύ των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) των Αλβανίδων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας (Mean = 3,25, ST.dev = 1,39) και των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) των Αλβανίδων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα (Mean = 2,50, ST.dev = 1,40) είναι 0,75.

Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από -0,54 έως 2,04. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει το 0, η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

66) Συσχέτιση εθνικότητας με την έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) επαρχίας Σητείας.

Group Statistics

	Εθνικότητα	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)	Ελληνίδες	42	2,74	1,326	,205
	Αλλοδαπές	8	3,25	1,389	,491

- √ Για τις Ελληνίδες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, η μέση τιμή της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 2,74 και η τυπική απόκλιση των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 1,326.
- √ Για τις Αλλοδαπές μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, η μέση τιμή της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 3,25 και η τυπική απόκλιση των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 1,389.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)	Equal variances assumed	,383	,539	-,994	48	,325	-,51	,515	-1,548	,524
	Equal variances not assumed			-,962	9,594	,360	-,51	,532	-1,704	,680

Αν ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων είναι 0,05 ή μικρότερη τιμή, χρησιμοποιούμε τη δεύτερη γραμμή των αποτελεσμάτων, η οποία δίνει τις τιμές του ελέγχου t για άνισες διακυμάνσεις.

- √ Η διαφορά μεταξύ των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) των Ελληνίδων μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας (Mean = 2,74, ST.dev = 1,33) και των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) των Αλλοδαπών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας (Mean = 3,25, ST.dev = 1,39) είναι -0,51.

Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από -1,55 έως 0,52. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει το 0, η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

67) Συσχέτιση εθνικότητας με την έναρξη χορήγησης μητρικού και αγελαδινού εξανθρωποποιημένου γάλακτος (σε συνδυασμό) Αθήνας.

Group Statistics

Εθνικότητα		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)	Ελληνίδες	24	2,33	1,007	,206
	Αλλοδαπές	14	2,50	1,401	,374

- √ Για τις Ελληνίδες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα, η μέση τιμή της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 2,33 και η τυπική απόκλιση των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 1,007.
- √ Για τις Αλλοδαπές μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα, η μέση τιμή της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 2,50 και η τυπική απόκλιση των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) είναι 1,401.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό)	Equal variances assumed	7,270	,011	-,426	36	,673	-,17	,392	-,961	,628
	Equal variances not assumed			-,390	20,950	,700	-,17	,427	-1,055	,722

Αν ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων είναι 0,05 ή μικρότερη τιμή, χρησιμοποιούμε τη δεύτερη γραμμή των αποτελεσμάτων, η οποία δίνει τις τιμές του ελέγχου t για άνισες διακυμάνσεις.

- √ Η διαφορά μεταξύ των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) των Ελληνίδων μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα (Mean = 2,33, ST.dev = 1,01) και των τιμών της έναρξης χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος (σε συνδυασμό) των Αλλοδαπών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα (Mean = 2,50, ST.dev = 1,40) είναι -0,17.

Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από -1,06 έως 0,72. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει το 0, η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Παρατηρούμε ότι όλες οι ερωτηθείσες μητέρες είναι ενημερωμένες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος έναντι του τεχνητού και αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι μόνο 4 μητέρες από το δείγμα μας δε θήλασαν καθόλου.
- Η ενημέρωση αυτή προήλθε κυρίως από το γιατρό και από πρόσωπα με γνώση πάνω στο θηλασμό, που αποτελούν έγκυρες πηγές, καθώς όμως και από το οικογενειακό περιβάλλον και τα ΜΜΕ, τα οποία ίσως να τις παραπληροφόρησαν.
- Το μορφωτικό επίπεδο παρατηρήσαμε ότι δεν επηρέασε τη διάρκεια θηλασμού. Το δείγμα μας ήταν μορφωμένο ως επί τω πλείστον και ίσως αν είχαμε περισσότερες γυναίκες με βασική εκπαίδευση τα ποσοστά θηλασμού να ήταν μεγαλύτερα.¹⁰⁶
- Παρατηρούμε ότι δεν έπαιξε ρόλο στη διάρκεια του θηλασμού η παροχή βοήθειας από κάποιο άτομο στις ερωτηθείσες μητέρες και των δύο περιοχών. Σύμφωνα όμως, με τη βιβλιογραφία όταν παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη αυτό αυξάνει τα ποσοστά θηλασμού.¹⁰⁵
- Παρατηρούμε ότι παρόλο που αντενδείκνυται το κάπνισμα κατά το θηλασμό,³⁴ αυτό δεν εμπόδισε κάποιες από τις μητέρες στο να θηλάσουν (καπνίστριες Αθήνα 22%, καπνίστριες Σητεία 28%). Αυτό ίσως να συνέβη διότι οι ερωτηθείσες μητέρες μπορεί να μη γνώριζαν ότι η νικοτίνη απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα ή να μη μπορούσαν να σταματήσουν το κάπνισμα.
- Το γεγονός ότι κάποιες από τις ερωτηθείσες μητέρες θήλασαν και δούλευαν ταυτόχρονα μπορεί να έπαιξε ρόλο στην έναρξη αποκλειστικής χορήγησης εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος ή στην έναρξη χορήγησης μητρικού και εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος. Στην επαρχία Σητείας το ποσοστό των ερωτηθεισών μητέρων που δούλευαν και θήλασαν ταυτόχρονα ήταν 4%, ενώ στην Αθήνα ήταν 15,2%. Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που διέμεναν στην Αθήνα, οι οποίες δούλευαν και θήλαζαν ταυτόχρονα, ήταν περισσότερες από αυτές της επαρχίας Σητείας και σε αυτό ίσως να οφείλεται ότι μόνο οι γυναίκες που διέμεναν στην Αθήνα χορήγησαν μετά από κάποιο διάστημα αποκλειστικά εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα, ενώ καμία από τις ερωτηθείσες γυναίκες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας δεν το έπραξε αυτό.
- Παρατηρούμε ότι η στάση των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην επαρχία Σητείας ως προς το ωράριο θηλασμού συμβαδίζει περισσότερο με τις συστάσεις που προτείνονται από τους ειδικούς για ελεύθερο θηλασμό¹⁰² (80%), σε σχέση με αυτές που διαμένουν στην Αθήνα (39%). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι ο ελεύθερος χρόνος των μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα είναι περιορισμένος, οπότε πρέπει να θέσει κάποιο πρόγραμμα ακόμα και για τις ώρες θηλασμού.
- Παρατηρούμε ότι οι ερωτηθείσες γυναίκες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας συμβουλευτήκαν για την επιλογή της διατροφής τους πιθανόν λανθασμένα άτομα (10% οικογενειακό περιβάλλον), καθώς επίσης και αυτές που διαμένουν στην Αθήνα (41% οικογενειακό περιβάλλον και 4,5% φιλικό περιβάλλον). Αξιοσημείωτο είναι ότι καμία από τις ερωτηθείσες γυναίκες που διαμένει στην επαρχία Σητείας δεν επέλεξε να συμβουλευτεί διαιτολόγο, ο οποίος είναι ο πλέον κατάλληλος για να τις ενημερώσει για τη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και των αντίστοιχων τροφίμων καθώς και για τον αποδεκτό Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), ενώ από τις γυναίκες που διαμένουν στην Αθήνα ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξεως του 4,6% το έκανε. Επίσης, αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει ενημέρωση ότι η παρουσία των διαιτολόγων είναι απαραίτητη και επίσης δεν υπάρχει καλή συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εξαιτίας του γεγονότος ότι ο ρόλος του διαιτολόγου δεν έχει αποσαφηνιστεί.
- Οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας παρατηρήσαμε ότι πίστευαν ότι το βούτυρο 82%, τα ζυμαρικά 80% και το ψωμί 82%, ενώ από τις ερωτηθείσες που διαμένουν στην Αθήνα πίστευαν ότι τα γλυκά 47,8%, το βούτυρο 52,2% και τα ζυμαρικά 82,5% έχουν θετική επίδραση στο μητρικό γάλα. Πιστεύουμε όμως ότι η ερώτηση αυτή δεν ήταν απολύτως κατανοητή, επειδή δεν ήταν ποσοτικοποιημένη, γι' αυτό βρήκαμε αυτές τις τιμές. Διότι, η θηλάζουσα μπορεί να καταναλώνει όλα τα τρόφιμα, αλλά σε συγκεκριμένες ποσότητες ημερησίως, οι οποίες είναι 4-5 μερίδες γάλα, γιαούρτι και τυρί, 180-210 γραμ. κρέας, πουλερικά, ψάρι, αποξηραμένα φασόλια και

αρακάς, αυγά και ξηρούς καρπούς, 2-4 μερίδες φρούτα, 3-5 μερίδες λαχανικά, 6-11 μερίδες Ψωμί, δημητριακά, ρύζι και ζυμαρικά και 2-3 μερίδες λίπη και έλαια.¹²

- Οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας παρατηρήσαμε ότι πίστευαν ότι τα γλυκά κατά 90% έχουν αρνητική επίδραση στο μητρικό γάλα, ποσοστό το οποίο ήταν αναμενόμενο, αφού η υπερβολική κατανάλωση γλυκών όντως δεν ωφελεί. Το ποσοστό αυτό, όμως, έρχεται σε αντίθεση με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση για το αν ο θηλασμός αποτελεί μία ευκαιρία για αυτές να χάσουν τα επιπλέον κιλά που πήραν κατά την εγκυμοσύνη. Διότι, το 66% απάντησε ότι δεν έχασαν κιλά επειδή θήλαζαν, το οποίο μπορεί να οφειλόταν στην αυξημένη κατανάλωση γλυκών, γι' αυτό πιστεύουμε ότι σε αυτή την ερώτηση μπορεί να μη μας έδωσαν ειλικρινείς απαντήσεις αφού η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν με μορφή προσωπικής συνέντευξης. Οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα πίστευαν ότι τα όσπρια κατά 56,5% είχαν αρνητική επίδραση στο μητρικό γάλα, διότι πολλές από τις γυναίκες θεωρούσαν ότι έφερναν μετεωρισμό στο βρέφος. Συμπέρασμα που βγάλαμε κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αλλά δεν έχει αναφερθεί κάτι τέτοιο από τους ειδικούς.¹²
- Παρατηρούμε ότι στην επαρχία Σητείας το 66% των ερωτηθεισών μητέρων πιστεύουν ότι ο θηλασμός δεν αποτελεί ευκαιρία για την απώλεια των επιπλέον κιλών που πήραν κατά την εγκυμοσύνη, ενώ στην Αθήνα το ποσοστό αυτό είναι ακόμα μεγαλύτερο 80,4%. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες καταναλώναν περισσότερες θερμίδες από αυτές που συνέστηναν οι ειδικοί (Ενεργειακές ανάγκες + 500Kcal).¹⁰
- Παρατηρείται ότι οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας είχαν χαμηλό ποσοστό διανομής δειγμάτων εξανθρωποποιημένου γάλακτος για διαφημιστικούς λόγους (14%), ενώ το ποσοστό των ερωτηθεισών μητέρων που διαμένουν στην Αθήνα ήταν μεγαλύτερο (30%). Άρα πιθανόν να εφαρμόζεται περισσότερο ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στην επαρχία σε σχέση με το αστικό κέντρο.⁹⁴
- Το μεγαλύτερο ποσοστό έναρξης θηλασμού μετά το τοκετό ήταν μετά από 3 ώρες και στις δύο περιοχές, κάτι το οποίο απέχει από τα δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό.
- Πιθανολογούμε ότι το οι ερωτηθείσες μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα και στην επαρχία Σητείας και έκαναν καισαρική τομή, θήλασαν το βρέφος τους μετά από 3 ημέρες από το τοκετό, αν και οι ειδικοί συστήνουν να θηλάζεται το βρέφος στο πρώτο μισάωρο,¹⁰² λόγω κάποιων προβλημάτων. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι πόνος, εξαιτίας της επέμβασης, καθυστέρηση γαλακτόρροιας, λόγω του στρες που προκαλεί η επέμβαση, λήψη φαρμάκων, που απαιτούν προσωρινή διακοπή του θηλασμού.^{22,79,82,85}
- Παρατηρούμε ότι οι ερωτηθείσες μητέρες, που διαμένουν στην επαρχία Σητείας, θήλασαν αποκλειστικά το βρέφος τους μέχρι και 6 μήνες σε μεγαλύτερο ποσοστό (32%) σε σχέση με τις ερωτηθείσες μητέρες, που διαμένουν στην Αθήνα (16,3%), πιθανόν λόγω μειωμένων επαγγελματικών υποχρεώσεων (εργαζόμενες Αθήνα 72%, εργαζόμενες Σητεία 38%). Γενικώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που διαμένουν στην επαρχία θήλασε για 3-6 μήνες, ενώ στο αστικό κέντρο ήταν <3 μήνες.
- Στην επαρχία Σητείας οι Ελληνίδες μητέρες θήλασαν αποκλειστικά σε ποσοστό 33,3% έως και έξι μήνες έναντι του 8,7% στην Αθήνα.
- Πέρα των 6 μηνών ο μητρικός θηλασμός των Ελληνίδων συνεχίζει και υπερτερεί στην επαρχία Σητείας με ποσοστό 14,3% έναντι του 4,3% στην Αθήνα.
- Στο 1^ο τρίμηνο τα ποσοστά μητρικού θηλασμού των Ελληνίδων είναι παρόμοια και στις δύο περιοχές.
- Αξιοσημείωτο είναι ότι το 50% των αλλοδαπών μητέρων θήλασαν πάνω από 6 μήνες.
- Καμία από τις ερωτηθεισών μητέρες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας δεν άρχισαν να χορηγούν αποκλειστικά εξανθρωποποιημένο γάλα στο βρέφος τους. Αυτό πιθανώς να συνέβη, επειδή ένα μικρό ποσοστό από τις γυναίκες που διαμένουν στην επαρχία της Σητείας δούλευε (38%), έναντι του (72%) της Αθήνας. Επίσης, ίσως να οφείλεται και στο ότι η επαρχία Σητείας είναι μικρή πόλη, με αποτέλεσμα να υπάρχει πιο στενό δέσιμο μεταξύ των μελών της οικογένειας, σε αντίθεση με τη Αθήνα.

- Παρατηρούμε ότι κάποιες γυναίκες διέκοψαν το θηλασμό εξαιτίας κάποιων δυσκολιών που συνάντησαν ενώ δεν θα έπρεπε, διότι οι λόγοι αυτοί θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με τη βοήθεια των ειδικών. Πιο αναλυτικά, από τις γυναίκες που διαμένουν στην επαρχία Σητείας 3 στις 14 (≈21,4%) διέκοψαν λόγω πόνου στο στήθος, ενώ από αυτές που διαμένουν στην Αθήνα 1 στις 10 (10%) λόγω προσκόλλησης του βρέφους στο μαστό. Άρα πιθανόν τα άτομα που απευθύνθηκαν για την αντιμετώπισή τους να μην τις βοήθησαν αρκετά.^{79, 81}
- Παρατηρούμε ότι όλες οι γυναίκες (4 γυναίκες) που διαμένουν στην Αθήνα και δεν θήλασαν πιστεύουν ότι η χορήγηση εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος είναι πιο πρακτική από το θηλασμό, αλλά αυτό ίσως να οφείλεται στις δυσκολίες που συνάντησαν όταν προσπάθησαν να θηλάσουν, καθώς και στο ότι δεν ήθελαν να νιώσουν ενοχικά αφού γνώριζαν τα οφέλη του θηλασμού.
- Από τις γυναίκες που δε θήλασαν, παρατηρήσαμε ότι μόνο 1 από τις 4 επηρεάστηκε όταν κάποιος προσπάθησε να τη μεταπείσει ώστε να θηλάσει. Οπότε, ίσως να μην υπήρχε σωστή ενημέρωση, διότι μία γυναίκα που δεν έχει θηλάσει μπορεί να επηρεαστεί από το οικογενειακό περιβάλλον ή το εξειδικευμένο προσωπικό, αν αυτό στηρίζει με επιχειρήματα τα οφέλη του θηλασμού.¹⁰⁵
- Παρατηρούμε ότι ούτε στην επαρχία ούτε στο αστικό κέντρο υπάρχουν χώροι στους οποίους μπορεί να θηλάσει μία γυναίκα ή αν υπάρχουν είναι ελάχιστοι, ενώ, στο εξωτερικό υπάρχουν αρκετοί ειδικοί χώροι.¹⁰⁴ Το γεγονός λοιπόν αυτό ίσως να συμβάλλει στα χαμηλά ποσοστά θηλασμού.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- Τα συμπεράσματα της έρευνας δεν είναι αντιπροσωπευτικά μιας και το δείγμα είναι σχετικά μικρό (100 γυναίκες, από τις οποίες οι 50 διέμεναν στην επαρχία Σητείας και οι άλλες 50 στην Αθήνα).

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΠΑΡΟΜΟΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

<i>ΠΟΛΗ</i>	<i>% ΕΝΑΡΞΗ</i>	<i>% ΣΤΟΥΣ 4-6 ΜΗΝΕΣ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ</i>
Ευρώπη			<i>a</i> = αποκλειστικός θηλασμός για 4 μήνες <i>*</i> = αποκλειστικός θηλασμός για 6 μήνες
Βέλγιο	63.4		9 (Ολλανδόφωνοι, όχι γαλλόφωνοι)
Τσέχικη δημοκρατία	92		3
Δανία	98		3
Αγγλία, Ουαλία	71	29	2
Γαλλία	50		1
Γερμανία	86		13
Ελλάδα	--	--	
Ιρλανδία (Βόρεια)	31-54	14	1,2
Ιταλία	85	19	12
Λουξεμβούργο	88	54	13
Ολλανδία	75	37	13
Νορβηγία	99		3
Πολωνία	93		3
Πορτογαλία	93		3

Ρουμανία	91		3
Σκωτία	50-63	30	6
Ισπανία	91		10
Σουηδία	97		3
Ηνωμένο Βασίλειο	69	21	2
Λατινική Αμερική & Καραϊβική			
Αργεντινή	--	--	
Μπελίζ	90	17a	1
Βολιβία	97	50*	1
Βραζιλία	93	29*	1
Χιλή	--	77a	1
Κολομβία	95	9*	1
Κόστα Ρίκα	--	35a	1
Δημοκρατία της Δομινίκης	93	19*	1
Εκουαδόρ	95	29*	1
Ελ Σαλβαδόρ	94	15*	1
Γουατεμάλα	96	46*	1
Ταϊτή	96	2*	1
Ονδούρα	96	33*	1
Νικαράγουα	92	22*	1
Παναμάς	--	32a	1
Παραγουάη	94	5*	1
Περού	97	53*	1
Ουρουγουάη	--	--	
Βενεζουέλα	--	--	
Ασία			
Αρμενία	--	21a	1
Αζερμπαϊτζάν	--	53a	1
Μπαγκλαντές	97	45*	1
Κολομβία	--	60a	1
Κίνα	93	64a	13, 1
Ινδία	95	43*	1
Ινδονησία	96	42*	1
Καζακστάν	96	10*	1
Κιργιστάν	95	21*	1
Ιαπωνία	--	41	13, 1
Λάος	--	36a	1
Μογγολία	--	93a	1
Μιανμάρ	--	30a	1
Νεπάλ	98	74*	1

Πακιστάν	94	23*	1
Φιλιππίνες	88	37*	1
Σρι Λάνκα	--	24a	1
Ταϊλάνδη	97	24a	13, 1
Ουζμπεκιστάν	96	2	1
Μέση Ανατολή & Βόρια Αφρική			
Αλγερία	93	5*	1
Μπαχρέιν	97	-	1
Αίγυπτος	95	56*	1
Ιράν	98	56*	1
Ιορδανία	95	11*	1
Λίβανος	88	12*	1
Μαρόκο	95	25*	1
Ομάν	99	28*	1
Συρία	92	12*	1
Τυνησία	94	5*	1
Τουρκία	95	10*	1
Ενωμένα Αραβικά Εμιράτα	93	--	1
Υεμένη	97	18*	1
Νότια Αφρική			
Μπενίν	97	10*	1
Μποτσουάνα	--	39a	1
Μπουρκίνα Φάσο	99	5*	1
Καμερούν	97	12*	1
Πράσινο Ακρωτήριο	--	18a	1
Κεντρική Αφρική			
Δημοκρατία	97	3*	1
Τσαντ	98	2*	1
Κομόρες	96	3*	1
Κονγκό	--	32a	1
Ακτή Ελεφαντοστού	100	2a	1
Εριτρέα	98	59*	1
Αιθιοπία	--	74a	1
Γκαμπόν	--	57a	1
Γκάνα	99	31*	1
Γουινέα	--	52a	1
Κένυα	98	12*	1
Λεσόθο	--	54a	
Λιβερία	--	--	
Μαδαγασκάρη	97	48*	1

Μαλάουι	97	2*	1
Μαλί	95	8*	1
Μαυριτανία	95	10*	1
Μαυρίκιος	72	--	1
Μοζαμβίκη	95	30*	1
Ναμίμπια	95	14*	1
Νίγηρας	97	1*	1
Νιγηρία	97	1*	1
Ρουάντα	97	90*	1
Σενεγάλη	97	13*	1
Σιέρα Λεόνε	--	--	
Σουδάν	96	1*	1
Σουαζιλάνδη	--	37a	1
Τανζανία	97	29	1
Τόνγκο	97	10	1
Ουγκάντα	98	57*	1
Ζάμπια	98	19*	1
Ζιμπάμπουε	99	11*	1
Βόρια Αμερική			
Καναδάς	72	31	14
ΗΠΑ	70.1	33.2	15
Αυστραλία	87	48	16
Νέα Ζηλανδία	93.8	56	11

Πηγή: Huotari Carol. Breastfeeding Statistics. Center for Breastfeeding Information 2003;15

Παρατηρούμε ότι δεν έχουν γίνει έρευνες στην χώρα μας βασισμένες σε διεθνή κριτήρια, γι' αυτό δεν υπάρχουν δεδομένα για να μπορούμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας με αυτές.

Θεωρούμε ότι το Υπουργείο Υγείας και άλλο συμβαλλόμενοι φορείς θα έπρεπε να έχουν δώσει μεγαλύτερη βάση στην προώθηση του μητρικού θηλασμού και στην εφαρμογή των «δέκα βημάτων για επιτυχή μητρικό θηλασμό».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- 1) Ηλικία
 - α) μέχρι και 18
 - β) 19-25
 - γ) 26-30
 - δ) 31-35
 - ε) 36-40
 - στ) 41-45
 - ζ) πάνω από 45

- 2) Εθνικότητα

- 3) Επάγγελμα
 - α) Δημόσιος υπάλληλος
 - β) Ιδιωτικός υπάλληλος
 - γ) Ελεύθερος επαγγελματίας
 - δ) Ανεργος

- 4) Ώρες εργασίας.....

- 5) Μορφωτικό επίπεδο
 - α) Βασική εκπαίδευση
 - β) Μέση εκπαίδευση
 - γ) Ανώτερη εκπαίδευση
 - δ) Μεταπτυχιακή εκπαίδευση

- 6) Οικογενειακή κατάσταση
 - α) Ελεύθερη
 - β) Παντρεμένη
 - γ) Διαζευγμένη
 - δ) Σε διάσταση
 - ε) Χήρα

- 7) Καπνίζετε;
Ναι Όχι

- 8) Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα;
 - α) 1-5
 - β) 6-10
 - γ) 11-15
 - δ) 16-20
 - ε) >20

- 9) Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά;
Ναι Όχι

10) Αν ναι, πόσα ποτήρια την εβδομάδα;

- α) 1-2
- β) 3-5
- γ) >5

11) Κάνετε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών;

- Ναι Όχι

12) Έχετε ενημερωθεί για το μητρικό θηλασμό;

- Ναι Όχι

13) Αν ναι, από ποιον;

- α) Γυναικολόγο
- β) Παιδίατρο
- γ) Νοσηλευτικό προσωπικό
- δ) Οικογενειακό περιβάλλον
- ε) Φιλικό περιβάλλον
- στ) ΜΜΕ / Σχετικά έντυπα / Σεμινάρια

14) Σας χορηγήθηκε δωρεάν εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα για διαφημιστικούς λόγους στο νοσοκομείο/μαιευτήριο;

- Ναι Όχι

15) Στο νοσοκομείο/μαιευτήριο δίνουνε/δώσανε εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα στο βρέφος σας τις 3 πρώτες ημέρες;

- Ναι Όχι

16) Πιστεύετε ότι η πληροφόρηση οποιασδήποτε μορφής που αφορά το μητρικό θηλασμό είναι επαρκής;

- Ναι Όχι

17) Αν όχι, πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί;

- α) Παιδίατρο
- β) Γυναικολόγο
- γ) Διαιτολόγο
- δ) Εκπομπές
- ε) Ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο
- στ) Άλλο.....

Παιδί	Τελειόμηνο (>37 εβδομάδες)	Πρόωρο (<37 εβδομάδες)	Τρόπος τοκετού	Έναρξη θηλασμού μετά τον τοκετό					Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού				Έναρξη αποκλειστικής χορήγησης εξανθρωποποιημένου αγελαδινού γάλακτος				Έναρξη χορήγησης μητρικού και αγελαδινού εξανθρωποποιημένου γάλακτος (σε συνδυασμό)			
				1h	3h	24h	3d	>3d	<1m	1-3m	3-6m	>6m	>1w	>1m	>3m	>6m	>1w	>1m	>3m	>6m

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕ ΘΗΛΑΣΑΝΕ/ΘΗΛΑΖΟΥΝΕ

- 18) Πότε αποφασίσατε να μη θηλάσετε;
- α) Πριν την εγκυμοσύνη
 - β) Κατά την εγκυμοσύνη
 - γ) Μετά τον τοκετό
- 19) Για ποιο λόγο δε θηλάσατε; (1 ή περισσότερες απαντήσεις)
- α) Είχατε προβλήματα με το μαστό (θηλής)
 - β) Μειώθηκε/Διακόπηκε η γαλακτοφορία
 - γ) Για λόγους αισθητικής του μαστού
 - δ) Παίρνετε φάρμακα
 - ε) Γαλακτοζαიმία
 - στ) Επαγγελματικές υποχρεώσεις
 - ζ) Ελάχιστη βοήθεια από πρόσωπα του κοντινού σας περιβάλλοντος
 - η) Ασθένεια
 - θ) Κάπνισμα
 - ι) Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών
 - ια) Άλλο.....
- 20) Έπαιξαν ρόλο τα ΜΜΕ στην επιλογή του τεχνητού γάλακτος;
- Ναι Όχι
- 21) Πιστεύετε ότι το εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα είναι ισάξιο με το μητρικό;
- Ναι Όχι
- 22) Θεωρείτε ότι είναι πιο πρακτικό για εσάς να δίνετε στο βρέφος σας εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα σε σχέση με το θηλασμό;
- Ναι Όχι
- 23) Έχει προσπαθήσει κάποιος να σας αλλάξει γνώμη, παροτρύνοντάς σας να θηλάσετε;
- Ναι Όχι
- 24) Αν ναι, η προσπάθεια του αυτή σας επηρέασε/προβλημάτισε;
- Ναι Όχι
- 25) Μετανιώσατε που δε θηλάσατε;
- Ναι Όχι

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΘΗΛΑΣΑΝΕ/ΘΗΛΑΖΟΥΝΕ

- 26) Πότε αποφασίσατε να θηλάσετε;
- α) Πριν την εγκυμοσύνη
 - β) Κατά την εγκυμοσύνη
 - γ) Μετά τον τοκετό

- 27) Θηλάσατε για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χρειάστηκε να διακόψετε;
 Ναι Όχι
- 28) Αν ναι, ποιος ήταν ο λόγος διακοπής του θηλασμού; (1 ή περισσότερες απαντήσεις)
 α) Είχατε προβλήματα με το μαστό (θηλές)
 β) Μειώθηκε/Διακόπηκε η γαλακτοφορία
 γ) Παίρνετε φάρμακα
 δ) Επαγγελματικές υποχρεώσεις
 ε) Ελάχιστη βοήθεια από πρόσωπα του κοντινού σας περιβάλλοντος
 στ) Ασθένεια
 ζ) Κάπνισμα
 η) Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών
 θ) Άλλο.....
- 29) Πιστεύετε ότι το μητρικό γάλα επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους σας;
 Ναι Όχι
- 30) Αν όχι, δίνετε ως συμπλήρωμα εξανθρωποποιημένο αγελαδινό γάλα;
 Ναι Όχι
- 31) Πώς αντιλαμβάνεστε ότι το βρέφος σας δε χόρτασε;
 α) Κλαίει
 β) Θηλαστικές κινήσεις πιπίλισματος
 γ) Ξυπνάει ανά τακτά χρονικά διαστήματα
 δ) Άλλο.....
- 32) Είχατε/Εχετε σταθερό ωράριο θηλασμού;
 Ναι Όχι
- 33) Θηλάσατε και δουλεύατε ταυτόχρονα;
 Ναι Όχι
- 34) Για ποιους λόγους επιλέξατε το μητρικό θηλασμό; (1 ή περισσότερες απαντήσεις)
 α) Καλύτερη προστασία για το βρέφος
 β) Αναπτύσσεται η συναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού
 γ) Προστασία καρκίνου μήτρας, μαστού
 δ) Παράδοση στην οικογένεια
 ε) Μικρότερο οικονομικό κόστος
 στ) Άλλο.....
- 35) Υπάρχει κάποιο άτομο που σας παρείχε/παρέχει βοήθεια;
 Ναι Όχι
- 36) Αν ναι, τι είδους βοήθεια.....

- 37) Μήπως υπάρχουν δυσκολίες κατά τη διάρκεια του θηλασμού;
 Ναι Όχι
- 38) Αν ναι, ποιες ήταν αυτές;
 α) Πόνος στο στήθος
 β) Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος
 γ) Ανατομικές δυσκολίες
 δ) Ασθένεια
 ε) Άλλο.....

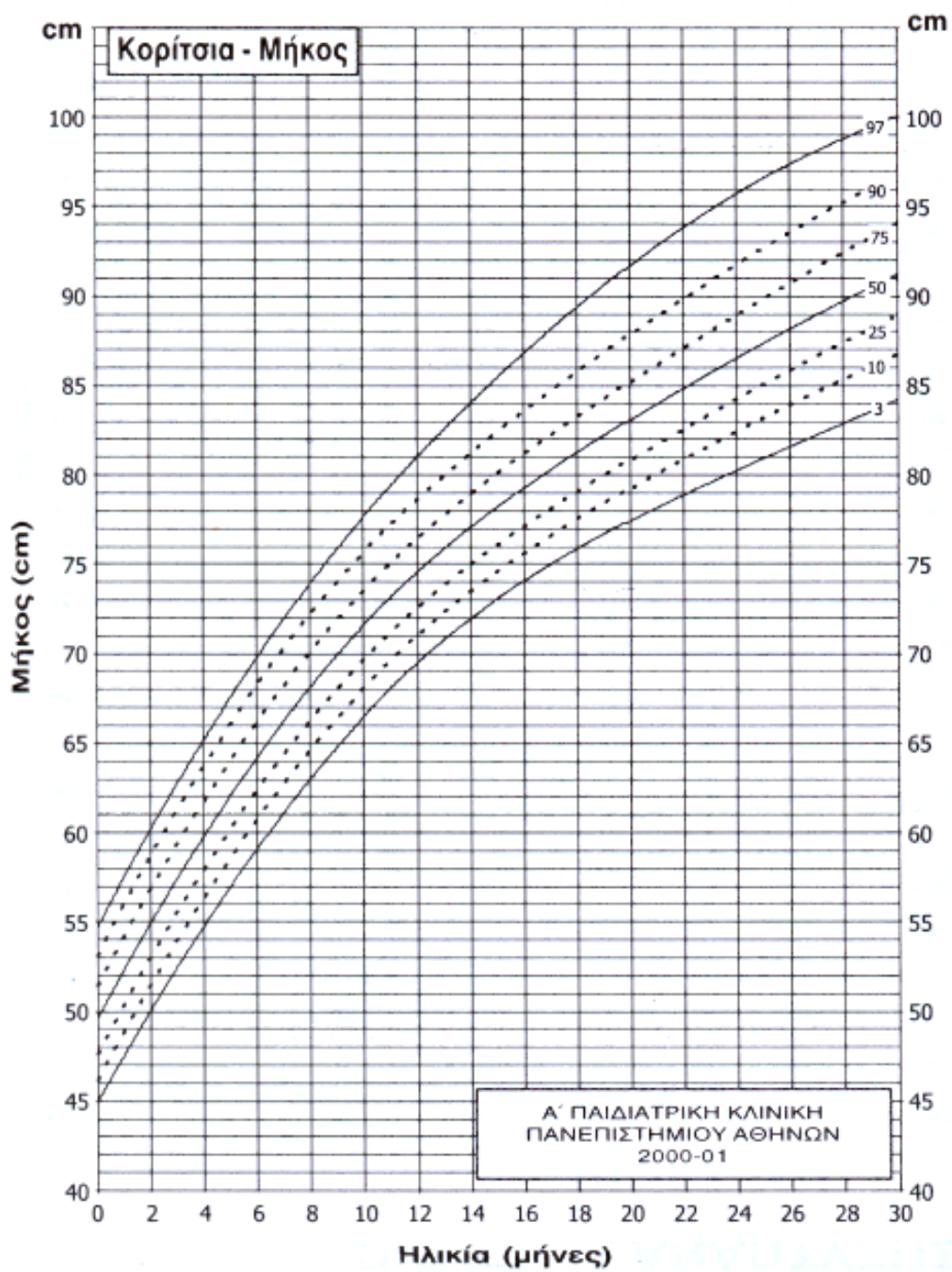
- 39) Αν ναι, σε ποιον κατά προτίμηση απευθυνθήκατε για να τις αντιμετωπίσετε;
 α) Σε φιλικό πρόσωπο με εμπειρία στο θηλασμό
 β) Στο νοσηλευτικό προσωπικό
 γ) Σε κέντρο φροντίδας νεογνών
 δ) Στο γιατρό
- 40) Οι δυσκολίες αυτές ήταν αιτία διακοπής του θηλασμού;
 Ναι Όχι
- 41) Πιστεύετε ότι η διατροφή σας επηρεάζει τη ποσότητα του γάλακτος;
 Ναι Όχι
- 42) Αν ναι, ακολουθήσατε κάποια συγκεκριμένη διατροφή;
 Ναι Όχι
- 43) Ποιος σας πρότεινε αυτή τη διατροφή;
 α) Διαιτολόγος
 β) Γιατρός
 γ) Βιβλία θηλασμού
 δ) ΜΜΕ
 ε) Περιοδικά
 στ) Άλλο.....
- 44) Πιστεύετε ότι ο θηλασμός αποτελεί ευκαιρία για εσάς να χάσετε κάποια απ' τα κιλά που πήρατε απ' την εγκυμοσύνη;
 Ναι Όχι
- 45) Ποιες τροφές πιστεύετε ότι έχουν θετική ή αρνητική επίδραση στο μητρικό γάλα;
 (Σημειώστε με √)

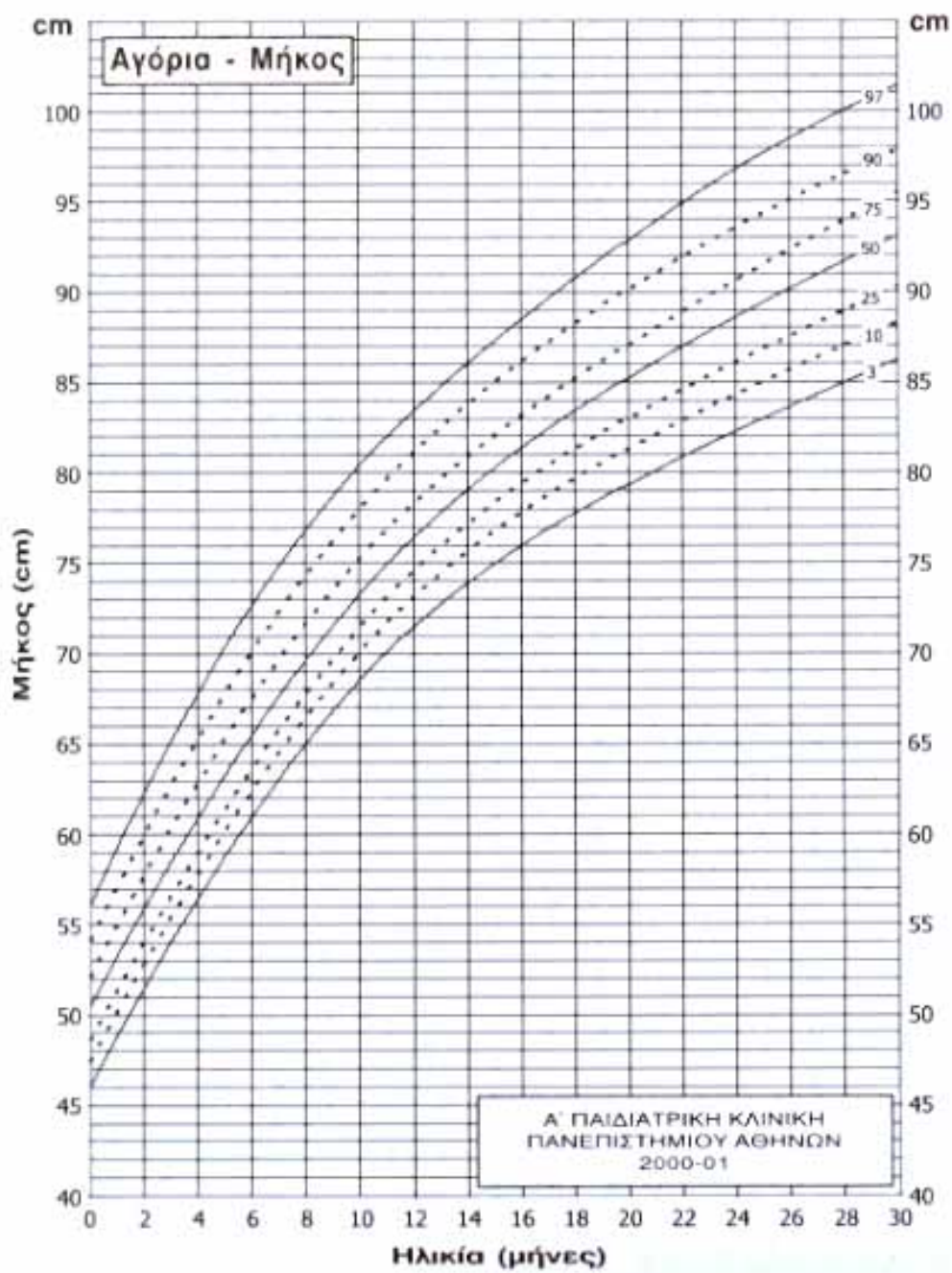
ΤΡΟΦΙΜΑ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ
Δημητριακά		
Όσπρια		
Φρούτα		
Λαχανικά		
Γαλακτοκομικά		
Κρέας		
Θαλασσινά/Ψάρια		
Αυγά		

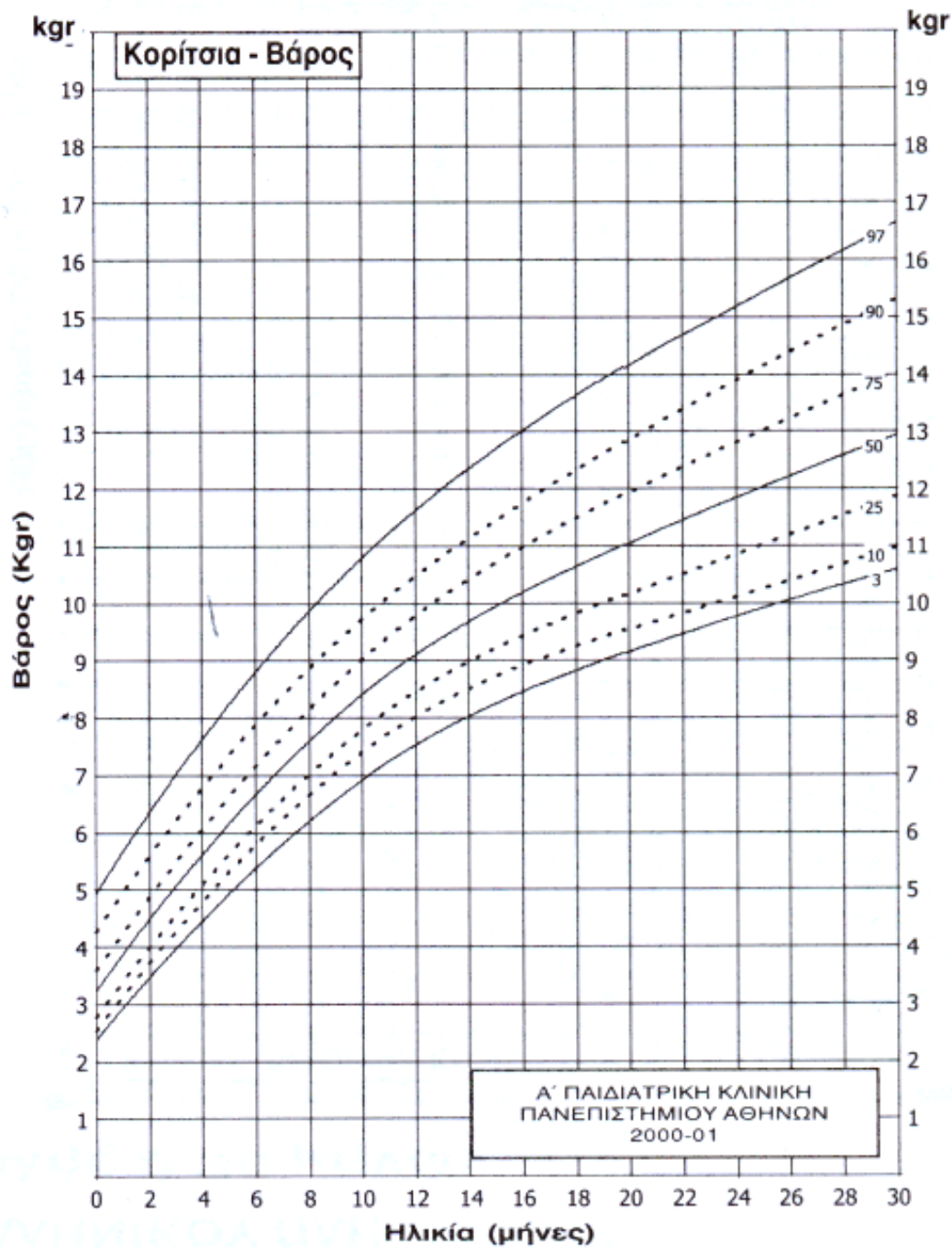
Γλυκά		
Ελαιόλαδο		
Βούτυρο		
Ζυμαρικά		
Ψωμί		

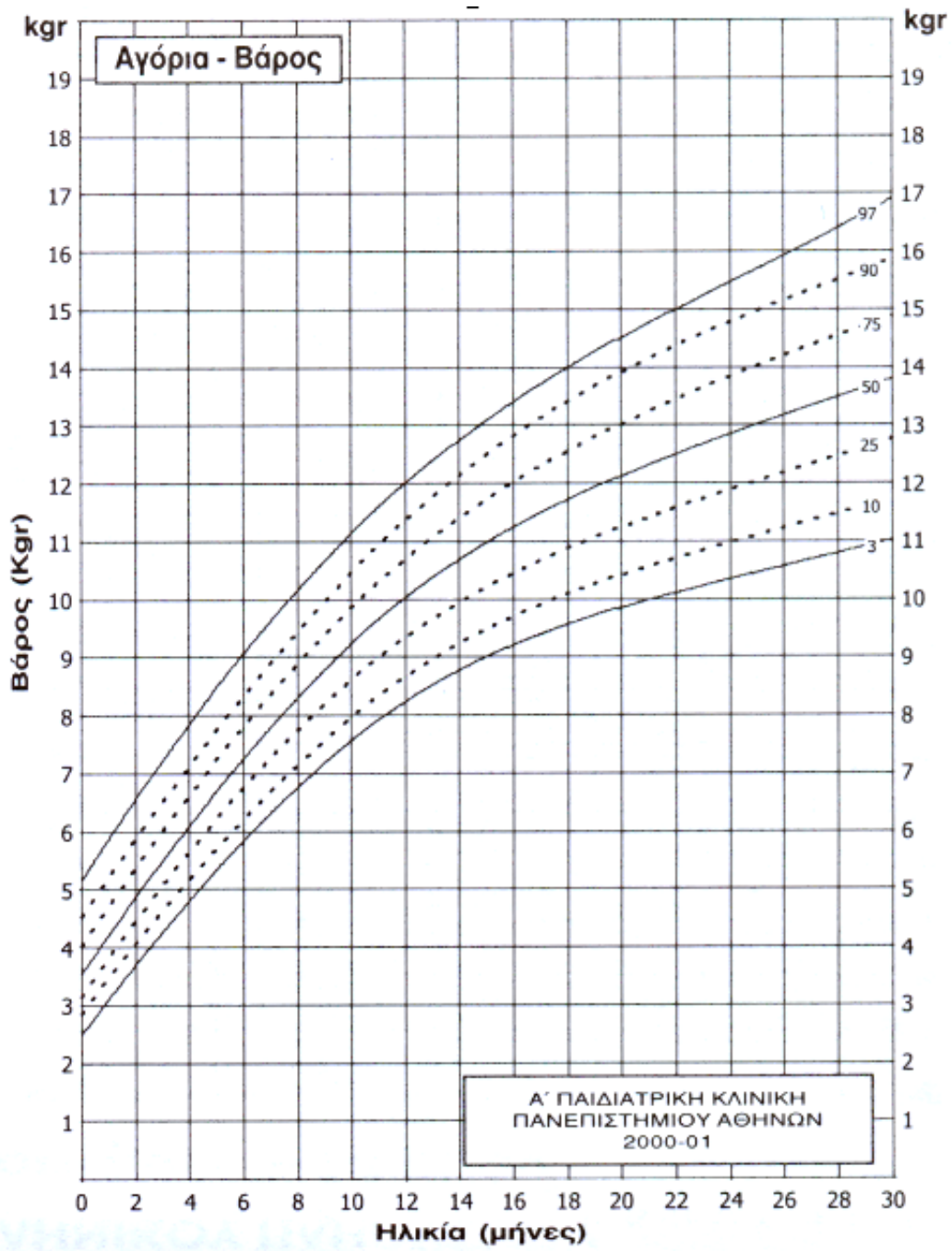
- 46) Το αίσθημα του θηλασμού σας ικανοποιεί
α) Απόλυτα
β) Αρκετά
γ) Όχι ιδιαίτερα
δ) Καθόλου
- 47) Νιώθετε άνετα να θηλάσετε μπροστά σε άλλους ανθρώπους;
Ναι Όχι
- 48) Θεωρείτε ότι ο θηλασμός είναι ένας πρακτικός τρόπος σίτισης;
Ναι Όχι
- 49) Έπαιξε ρόλο η τιμή του εξανθρωποποιημένου γάλακτος στην επιλογή σας να θηλάσετε;
Ναι Όχι
- 50) Υπάρχουν στον τόπο διαμονής σας χώροι στους οποίους μπορείτε να θηλάσετε;
Ναι Όχι
- 51) Αν ναι, ποιοι είναι αυτοί οι χώροι;
α) Χώρος εργασίας
β) Παιδότοποι
γ) Εστιατόρια
δ) Αεροδρόμια
ε) Άλλο.....

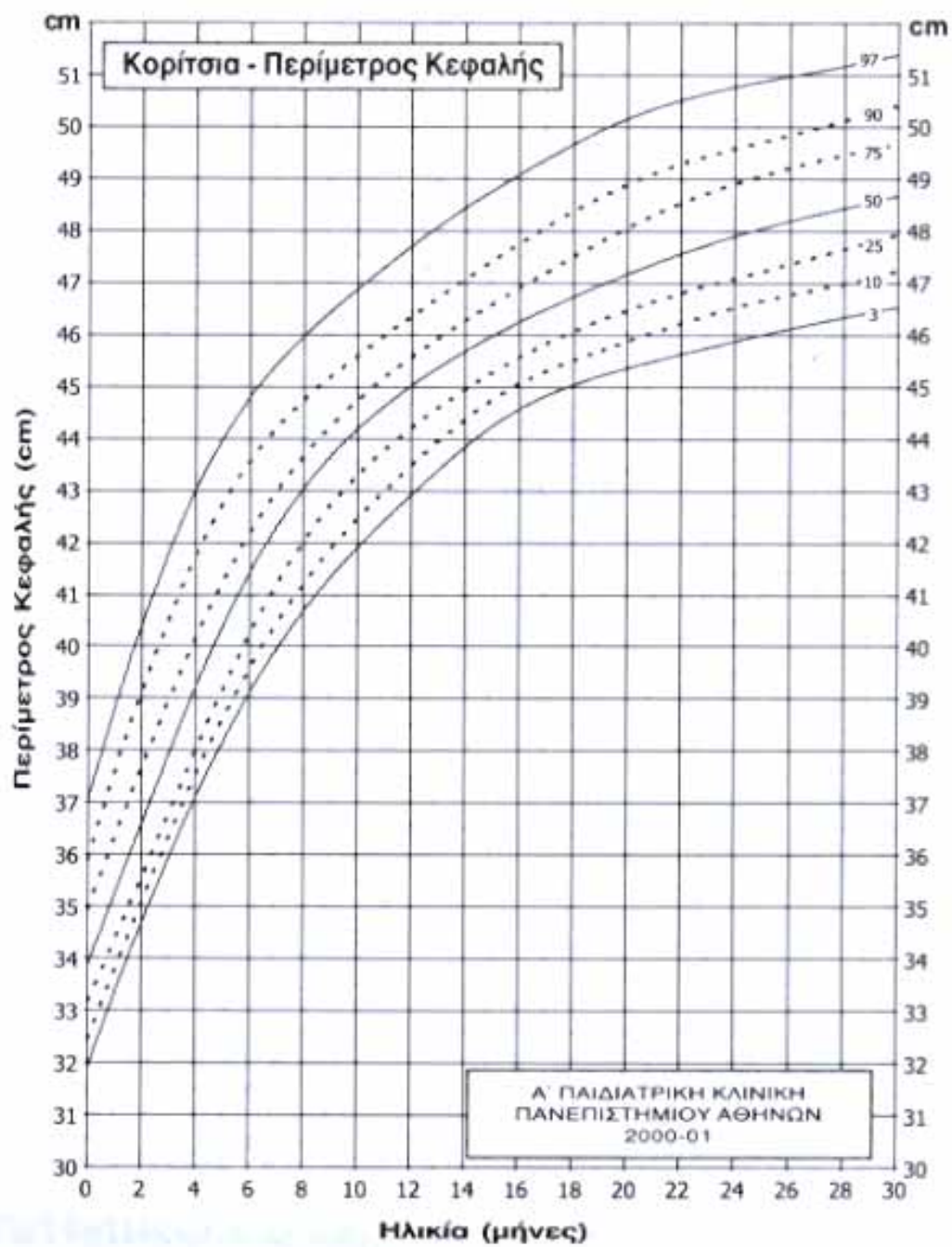
ΠΡΟΤΥΠΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

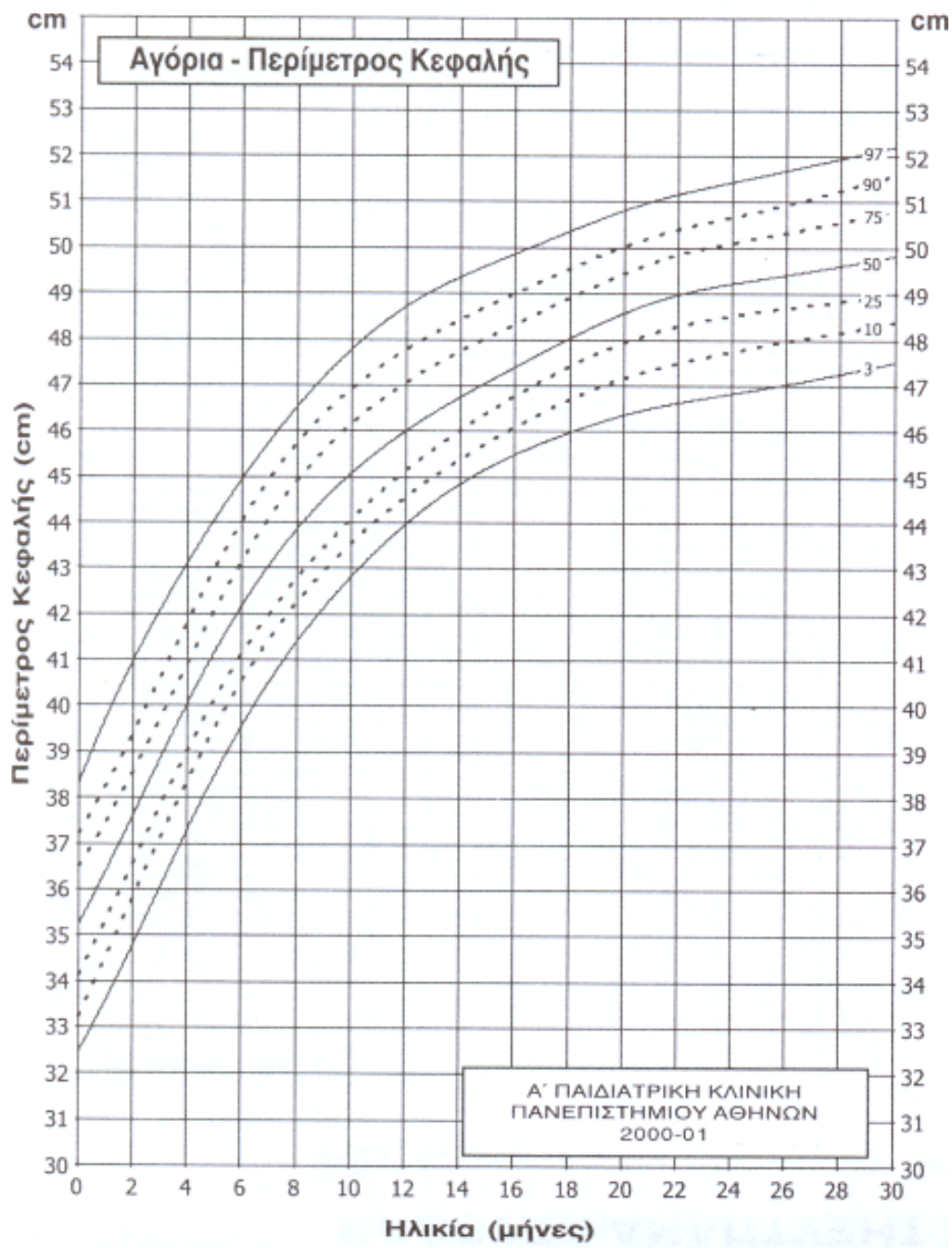














Length-for-age GIRLS		 World Health Organization			
Birth to 13 weeks					
(percentiles)					
Weeks	3rd	15th	Median	85th	97th
0	45.6	47.2	49.1	51.1	52.7
1	46.8	48.4	50.3	52.3	53.9
2	47.9	49.5	51.5	53.5	55.1
3	48.8	50.5	52.5	54.5	56.1
4	49.7	51.4	53.4	55.4	57.0
5	50.5	52.2	54.2	56.3	57.9
6	51.3	53.0	55.1	57.1	58.8
7	52.1	53.8	55.8	57.9	59.6
8	52.8	54.5	56.6	58.7	60.4
9	53.4	55.2	57.3	59.4	61.1
10	54.1	55.8	57.9	60.1	61.8
11	54.7	56.4	58.6	60.7	62.5
12	55.3	57.0	59.2	61.4	63.1
13	55.8	57.6	59.8	62.0	63.7
WHO Child Growth Standards					

Length-for-age BOYS					
Birth to 13 weeks		World Health Organization			
(percentiles)					
Weeks	3rd	15th	Median	85th	97th
0	46.3	47.9	49.9	51.8	53.4
1	47.5	49.1	51.1	53.1	54.7
2	48.8	50.4	52.3	54.3	55.9
3	49.8	51.4	53.4	55.4	57.0
4	50.7	52.4	54.4	56.4	58.0
5	51.7	53.3	55.3	57.4	59.0
6	52.5	54.2	56.2	58.3	59.9
7	53.4	55.0	57.1	59.1	60.8
8	54.1	55.8	57.9	60.0	61.6
9	54.9	56.6	58.7	60.7	62.4
10	55.6	57.3	59.4	61.5	63.2
11	56.3	58.0	60.1	62.2	63.9
12	56.9	58.7	60.8	62.9	64.6
13	57.6	59.3	61.4	63.5	65.2
WHO Child Growth Standards					

BMI-for-age GIRLS
Birth to 13 weeks
(percentiles)



**World Health
 Organization**

Weeks	3rd	15th	Median	85th	97th
0	11.2	12.1	13.3	14.7	15.9
1	10.8	11.9	13.2	14.6	15.8
2	11.1	12.1	13.5	14.8	16.0
3	11.5	12.6	14.0	15.4	16.6
4	12.0	13.0	14.4	15.9	17.2
5	12.3	13.4	14.8	16.3	17.6
6	12.6	13.7	15.1	16.7	18.0
7	12.9	14.0	15.4	17.0	18.3
8	13.1	14.2	15.6	17.2	18.6
9	13.2	14.3	15.8	17.4	18.8
10	13.4	14.5	16.0	17.6	19.0
11	13.5	14.6	16.1	17.8	19.2
12	13.6	14.8	16.2	17.9	19.3
13	13.7	14.9	16.4	18.0	19.4

WHO Child Growth Standards


BMI-for-age BOYS
Birth to 13 weeks
(percentiles)




**World Health
 Organization**

Weeks	3rd	15th	Median	85th	97th
0	11.3	12.2	13.4	14.8	16.1
1	11.0	12.0	13.3	14.7	15.9
2	11.3	12.3	13.6	15.0	16.2
3	11.9	12.9	14.2	15.6	16.8
4	12.4	13.4	14.8	16.2	17.4
5	12.8	13.9	15.2	16.7	18.0
6	13.2	14.2	15.6	17.1	18.4
7	13.5	14.5	15.9	17.4	18.7
8	13.7	14.8	16.2	17.7	19.0
9	13.9	15.0	16.4	17.9	19.3
10	14.1	15.1	16.5	18.1	19.4
11	14.2	15.3	16.7	18.2	19.6
12	14.3	15.4	16.8	18.4	19.7
13	14.4	15.5	16.9	18.4	19.8


WHO Child Growth Standards

Length-for-age GIRLS Birth to 2 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	45.6	47.2	49.1	51.1	52.7
0: 1	1	50.0	51.7	53.7	55.7	57.4
0: 2	2	53.2	55.0	57.1	59.2	60.9
0: 3	3	55.8	57.6	59.8	62.0	63.8
0: 4	4	58.0	59.8	62.1	64.3	66.2
0: 5	5	59.9	61.7	64.0	66.3	68.2
0: 6	6	61.5	63.4	65.7	68.1	70.0
0: 7	7	62.9	64.9	67.3	69.7	71.6
0: 8	8	64.3	66.3	68.7	71.2	73.2
0: 9	9	65.6	67.6	70.1	72.6	74.7
0:10	10	66.8	68.9	71.5	74.0	76.1
0:11	11	68.0	70.2	72.8	75.4	77.5
1: 0	12	69.2	71.3	74.0	76.7	78.9
1: 1	13	70.3	72.5	75.2	77.9	80.2
1: 2	14	71.3	73.6	76.4	79.2	81.4
1: 3	15	72.4	74.7	77.5	80.3	82.7
1: 4	16	73.3	75.7	78.6	81.5	83.9
1: 5	17	74.3	76.7	79.7	82.6	85.0
1: 6	18	75.2	77.7	80.7	83.7	86.2
1: 7	19	76.2	78.7	81.7	84.8	87.3
1: 8	20	77.0	79.6	82.7	85.8	88.4
1: 9	21	77.9	80.5	83.7	86.8	89.4
1:10	22	78.7	81.4	84.6	87.8	90.5
1:11	23	79.6	82.2	85.5	88.8	91.5
2: 0	24	80.3	83.1	86.4	89.8	92.5

WHO Child Growth Standards


Length-for-age BOYS Birth to 2 years (percentiles)				World Health Organization		
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	46.3	47.9	49.9	51.8	53.4
0: 1	1	51.1	52.7	54.7	56.7	58.4
0: 2	2	54.7	56.4	58.4	60.5	62.2
0: 3	3	57.6	59.3	61.4	63.5	65.3
0: 4	4	60.0	61.7	63.9	66.0	67.8
0: 5	5	61.9	63.7	65.9	68.1	69.9
0: 6	6	63.6	65.4	67.6	69.8	71.6
0: 7	7	65.1	66.9	69.2	71.4	73.2
0: 8	8	66.5	68.3	70.6	72.9	74.7
0: 9	9	67.7	69.6	72.0	74.3	76.2
0:10	10	69.0	70.9	73.3	75.6	77.6
0:11	11	70.2	72.1	74.5	77.0	78.9
1: 0	12	71.3	73.3	75.7	78.2	80.2
1: 1	13	72.4	74.4	76.9	79.4	81.5
1: 2	14	73.4	75.5	78.0	80.6	82.7
1: 3	15	74.4	76.5	79.1	81.8	83.9
1: 4	16	75.4	77.5	80.2	82.9	85.1
1: 5	17	76.3	78.5	81.2	84.0	86.2
1: 6	18	77.2	79.5	82.3	85.1	87.3
1: 7	19	78.1	80.4	83.2	86.1	88.4
1: 8	20	78.9	81.3	84.2	87.1	89.5
1: 9	21	79.7	82.2	85.1	88.1	90.5
1:10	22	80.5	83.0	86.0	89.1	91.6
1:11	23	81.3	83.8	86.9	90.0	92.6
2: 0	24	82.1	84.6	87.8	91.0	93.6

WHO Child Growth Standards

BMI-for-age GIRLS Birth to 2 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	11.2	12.1	13.3	14.7	15.9
0: 1	1	12.1	13.2	14.6	16.1	17.3
0: 2	2	13.2	14.3	15.8	17.4	18.8
0: 3	3	13.7	14.9	16.4	18.0	19.4
0: 4	4	14.0	15.2	16.7	18.3	19.8
0: 5	5	14.2	15.3	16.8	18.5	20.0
0: 6	6	14.3	15.4	16.9	18.6	20.1
0: 7	7	14.3	15.4	16.9	18.6	20.1
0: 8	8	14.3	15.4	16.8	18.5	20.0
0: 9	9	14.2	15.3	16.7	18.4	19.9
0:10	10	14.1	15.2	16.6	18.2	19.7
0:11	11	14.0	15.1	16.5	18.1	19.6
1: 0	12	13.9	15.0	16.4	17.9	19.4
1: 1	13	13.8	14.8	16.2	17.8	19.2
1: 2	14	13.7	14.7	16.1	17.7	19.1
1: 3	15	13.7	14.6	16.0	17.5	19.0
1: 4	16	13.6	14.6	15.9	17.4	18.8
1: 5	17	13.5	14.5	15.8	17.3	18.7
1: 6	18	13.4	14.4	15.7	17.2	18.6
1: 7	19	13.4	14.3	15.7	17.2	18.5
1: 8	20	13.3	14.3	15.6	17.1	18.5
1: 9	21	13.3	14.2	15.5	17.0	18.4
1:10	22	13.3	14.2	15.5	17.0	18.3
1:11	23	13.2	14.2	15.4	16.9	18.3
2: 0	24	13.2	14.1	15.4	16.9	18.2

WHO Child Growth Standards

Σημείωση: Εάν ένα παιδί είναι κάτω από 2 χρονών μετρηθεί ενώ είναι όρθιο, αλλάζτε το ύψος σε μήκος προσθέτοντας 0,7 εκατοστά, πριν υπολογιστεί το ΔΜΣ (BMI), διότι ο ΔΜΣ-ηλικία από 0 έως 2 χρονών έχει υπολογιστεί με βάση το μήκος. Εάν ένα παιδί ηλικίας από 2 έως 5 χρονών μετρηθεί ενώ είναι ξαπλωμένο, αλλάζτε το μήκος σε ύψος αφαιρώντας 0,7 εκατοστά, πριν υπολογιστεί το ΔΜΣ, για να το συσχετιστεί με το πίνακα ΔΜΣ-ηλικία.

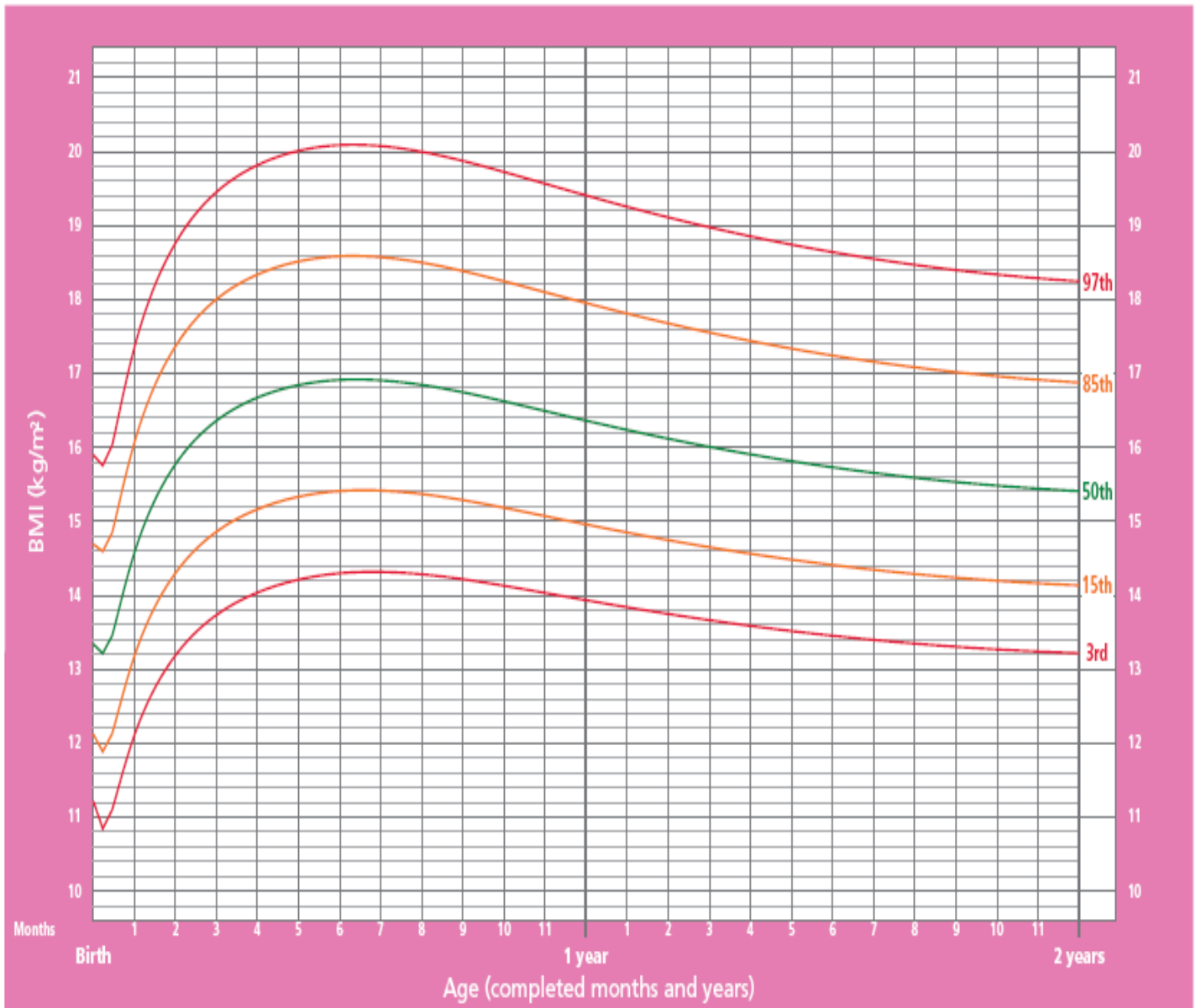
BMI-for-age BOYS Birth to 2 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	11.3	12.2	13.4	14.8	16.1
0: 1	1	12.6	13.6	14.9	16.4	17.6
0: 2	2	13.8	14.9	16.3	17.8	19.2
0: 3	3	14.4	15.5	16.9	18.5	19.8
0: 4	4	14.7	15.7	17.2	18.7	20.1
0: 5	5	14.8	15.9	17.3	18.9	20.2
0: 6	6	14.9	15.9	17.3	18.9	20.3
0: 7	7	14.9	15.9	17.3	18.9	20.3
0: 8	8	14.9	15.9	17.3	18.8	20.2
0: 9	9	14.8	15.8	17.2	18.7	20.1
0:10	10	14.7	15.7	17.0	18.6	19.9
0:11	11	14.6	15.6	16.9	18.4	19.8
1: 0	12	14.5	15.5	16.8	18.3	19.6
1: 1	13	14.4	15.4	16.7	18.1	19.5
1: 2	14	14.3	15.3	16.6	18.0	19.3
1: 3	15	14.2	15.2	16.4	17.9	19.2
1: 4	16	14.2	15.1	16.3	17.8	19.1
1: 5	17	14.1	15.0	16.2	17.6	18.9
1: 6	18	14.0	14.9	16.1	17.5	18.8
1: 7	19	13.9	14.8	16.1	17.4	18.7
1: 8	20	13.9	14.8	16.0	17.4	18.6
1: 9	21	13.8	14.7	15.9	17.3	18.6
1:10	22	13.8	14.6	15.8	17.2	18.5
1:11	23	13.7	14.6	15.8	17.1	18.4
2: 0	24	13.7	14.5	15.7	17.1	18.3

WHO Child Growth Standards

Σημείωση: Εάν ένα παιδί είναι κάτω από 2 χρονών μετρηθεί ενώ είναι όρθιο, αλλάζτε το ύψος σε μήκος προσθέτοντας 0,7 εκατοστά, πριν υπολογιστεί το ΔΜΣ (BMI), διότι ο ΔΜΣ-ηλικία από 0 έως 2 χρονών έχει υπολογιστεί με βάση το μήκος. Εάν ένα παιδί ηλικίας από 2 έως 5 χρονών μετρηθεί ενώ είναι ξαπλωμένο, αλλάζτε το μήκος σε ύψος αφαιρώντας 0,7 εκατοστά, πριν υπολογιστεί το ΔΜΣ, για να το συσχετιστεί με το πίνακα ΔΜΣ-ηλικία.

BMI-for-age GIRLS

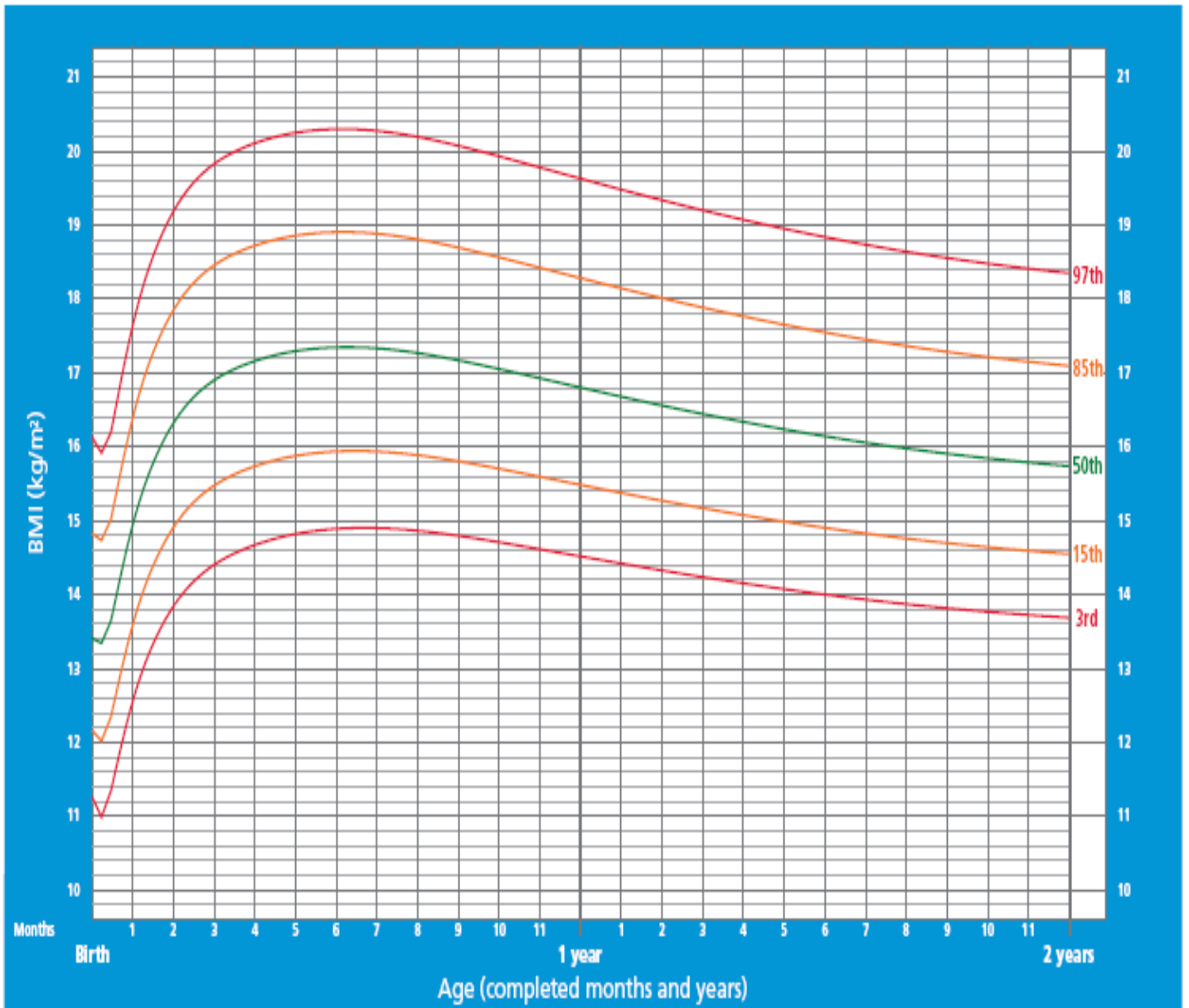
Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age BOYS

Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary reference intakes for energy and the macronutrients, carbohydrate, fiber, fat and fatty acids. National Academy Press. Washington 2002.
2. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B₆, folate, vitamin B₁₂, pantothenic acid, biotin, and choline. National Academy Press. Washington 1998.
3. Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. Commentary on breast-feeding and infant-formulas, including proposed standards for formulas. *Pediatrics* 1976;57:279.
4. Cole CR, Rising R, Lifshitz F, Consequences of incomplete carbohydrate absorption from fruit juice consumption in infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1098-1102.
5. Gracey M. Nutritional effects and management of diarrhoea in infancy. *Acta Paediatr* 1999;88:10-126.
6. Trumbo P, Yates AA, Schlicher S, Poos M. Dietary reference intakes: vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. *J Am Diet Assoc* 2001;101(3):294-301.
7. Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Mathews TJ. Report of final natality statistics, 1996. *Mon Vital Stat Rep* 1998;46(11):1-99.
8. Hallman M, Bry K, Hoppu K, Lappi M, Pohjavuori M. Inositol supplementation in premature infants with respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 1992;326:1233-1239.
9. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Core SM. Randomized multicenter study of human milk versus formula and later development in preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 1994;70:F141-F146.
10. Worthington-Roberts S. Bonnie, Rodwell Williams Sue. Nutrition throughout the Life Cycle. McGraw-Hill Companies, fourth edition. United States of America 2000.
11. Chang SJ. Antimicrobial proteins to maternal nutritional status. *Am J Clin Nutr* 1990;51:183.
12. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Nutrition during pregnancy, Parts I and II. National Academy Press. Washington 1990.
13. The Pediatric Nutrition Practice Group. Pediatric Manual of Clinical Dietetics. The American Dietetic Association, 1998.
14. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium and carotenoids.. National Academy Press. Washington 2000.
15. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D and Fluoride. National Academy Press. Washington 1997.
16. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Nutrition During Lactation. National Academy Press. Washington 1991.
17. Dusdieker LB, Hemingway DL, Stumbo PJ. Is milk production impaired by dieting during lactation? *Am J Clin Nutr* 1994;59:833.
18. Koletzko B, Rodriguez-Palmero M. Polyunsaturated fatty acids in human milk and their role in early infant development. *J Mammary Gland Biol Lactation* 1999; 4(3):269-284.

19. Kalkwarf HJ, Specker BL, Bianchi DC, Ranz J, Ho M. The effect of calcium supplementation on bone density during lactation and after weaning. *N Engl J Med* 1997;337:523.
20. Krebs NF. Zinc supplementation during lactation. *Am J Clin Nutr* 1998;68(suppl2):509S.
21. Prentice A. Calcium supplementation during breastfeeding. *N Engl J Med* 1997;337:558.
22. Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, Lönnerdal B. Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J Clin Nutr* 1998;68:335.
23. Svennersten-Sjaunja K, Olsson K. Endocrinology of milk production. *Domestic Animal Endocrinology* 2005;29:241–258.
24. Lamote I, Meyer E, Massart-Leen AM, Burvenich C. Sex steroids and growth factors in the regulation of mammary gland proliferation, differentiation, and involution. *Steroids* 2004;69:145–59.
25. Schams D, Kohlenberg S, Amselgruber W, Berisha B, Pfaffl MW, Sinowatz F. Expression and localisation of oestrogen and progesterone receptors in the bovine mammary gland during development, function and involution. *J Endocrinol* 2003;177:305–17.
26. Tucker HA. Hormones, mammary growth, and lactation: a 41-year perspective. *J Dairy Sci* 2000;83:874–84.
27. Flint DJ, Knight CH. Interactions of prolactin and growth hormone (GH) in the regulation of mammary gland function and epithelial cell survival. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1997;2:41–8.
28. Hull KL, Harvey S. Growth hormone: roles in female reproduction. *J Endocrinol* 2001;168:1–23.
29. Plath-Gabler A, Gabler C, Sinowatz F, Berisha B, Schams D. The expression of the IGF family and GH receptor in the bovine mammary gland. *J Endocrinol* 2001;168:39–48.
30. Plath A, Einspanier R, Peters F, Sinowatz F, Schams D. Expression of transforming growth factors alpha and beta-1 messenger RNA in the 67 bovine mammary gland during different stages of development and lactation. *J Endocrinol* 1997;155:501–11.
31. Talhouk RS, Bissell MA, Werb Z. Coordinated expression of extracellular matrix-degrading proteinases and their inhibitors regulates mammary epithelial function during involution. *J Cell Biol* 1992;118:1271–82.
32. Wilde CJ, Addey CVP, Li P, Fenig DG. Programmed cell death in bovine mammary tissue during lactation and involution. *Exp Physiol* 1997;82:943–53.
33. Accorsi PA, Paciono B, Pezzi C, Forni M, Flint DJ, Seren E. Role of prolactin, growth hormone and insulin-like growth factor 1 in mammary gland involution in the dairy cow. *J Dairy Sci* 2002;85:507–13.
34. Hedricks, Duggan, Walker. *Εγχειρίδιο Παιδικής Διατροφής, τρίτη έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού. Αθήνα 2003.*
35. Chavalittamrong B, Suanpan S, Boonvisut S, Chatranon W, Gershoff SN. Protein and amino acids of breast milk from Thai mothers. *Am J Clin Nutr* 1981;34:1126–1130.
36. Jarvenpaa AL, Raiha NCR, Rassin DK, Gaull GE. Milk protein quantity and quality in the term infant: I. Metabolic responses and effects on growth. *Pediatrics* 1982;70:214–220.
37. Schultz K, Soltesz G, Mestyan J. The metabolic consequences of human milk formula feeding in premature infants. *Acta paediatr Scand* 1980;69:647–652.

38. Kronfeld DS. Major metabolic determinations of milk volume, mammary efficiency and spontaneous ketosis in dairy cows. *J Dairy Sci* 1982;65:2204-2212.
39. Koletzko B, Tsang R, Zlotkin SH, Nichols B, Hansen JW. Nutrition during infancy. Principles and practice. Importance of dietary lipids. Digital Educational Publishing. Cincinnati 1997.
40. Rodriguez-Palmero M, Koletzko B, Kunz C, Jensen R. Nutritional and biochemical properties of human milk: II. Lipids, micronutrients and bioactive factors. *Clin Perinatol* 1999; 26(2):335-59.
41. Koletzko B, Rodriguez-Palmero M, Demmelmair H, Fidler N, Jensen R, Sauerwald Th. Physiological aspects of human milk lipids. *Early Human Development* 2001;65:S3-S18.
42. Harzer G, Haug M, Dietrich I, Gentner PR. Changing patterns of human milk lipids in the course of the lactation and during the day. *Am J Clin Nutr* 1983;37:612.
43. Brown KH, Akhtar NA, Robertson AD, Ahmed MD. Lactational capacity of marginally nourished mothers: relationships between maternal nutritional status and quantity and proximate composition of milk. *Pediatrics* 1986;78:909.
44. Prentice AM, Whitehead RG, Roberts SB, Paul AA. Long-term energy balance in child-bearing Gambian women. *Am J Clin Nutr* 1981;34:2790.
45. **Tyson** J, Burchfield J, Sentance F, Mize C, Uauy R, Eastburn J. Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics* 1992;89:215.
46. Finley DA, Lonnerdal B, Dewey KG and Grivetti LE. Breast milk composition: fat content and fatty acid composition in vegetarians and non-vegetarians. *Am J Clin Nutr* 1985;41:787.
47. Bitman J, Wood L, Hamosh M, Hamosh P, Mehta NR. Comparison of the lipid composition of breast milk from mothers of term and preterm infants. *Am J Clin Nutr* 1983;38(2):300-312.
48. Genzel-Boroviczeny O, Wahle J, Koletzko B. Fatty acid composition of human milk during the 1st month after term and preterm delivery. *Eur J Pediatr* 1997;156(2):142-147.
49. Luukkainen P, Salo MK, Nikkari T. Changes in fatty acid composition of preterm and term human milk from 1 week to 6 months of lactation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994;18(3):355-360.
50. Chen ZY, Kwan KY, Tong KK, Ratnayake WM, Li HQ, Leung SS. Breast milk fatty acid composition: a comparative study between Hong Kong and Chongqing Chinese. *Lipids* 1997;32(10):1061-1067.
51. Lemons JA, Moya L, Hall D, Simmons M. Differences in composition of preterm and term human milk during lactation. *Pediatr Res* 1982;16:113-117.
52. Rueda R, Ramirez M, Garcia-Salmeron JL, Maldonado J, Gil A. Gestational age and origin of human milk influence total lipid and fatty acid contents. *Ann Nutr Metab* 1998;42(1):12-22.
53. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992;39:261.
54. Lanting CI, Fidler V, Huisman M, Touwen BCL, Boersma ER. Neurological differences between 9 year-old children fed breast milk or formula milk as babies. *Lancet* 1994;344:1319.
55. Birch EE, Birch DG, Hoffmann DR, Uauy RD. Dietary essential fatty acid supply and visual acuity development. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1992;33:3242.

56. Makrides M, Simmer K, Goggin M, Gibson RA. Erythrocyte docosahexaenoic acid correlates with visual response of healthy term infants. *Pediatr Res* 1993;33:425.
57. Birch EE, Birch DG, Hoffman DR, Hale L, Everett M, Uauy RD. Breast feeding and optimal visual development. *J Pediatr Ophthalmol Strabis* 1993;30:33.
58. Makrides M, Neumann MA, Byard RW, Simmer K, Gibson RA. Fatty acid composition of brain, retina and erythrocytes in breast- and formula-fed infants. *Am J Clin Nutr* 1994;60:189.
59. Edidin DV, Levitsky LL, Schey W, Dumbovic N, Campos A. Resurgence of nutritional rickets associated with breast-feeding and special dietary practices. *Pediatrics* 1980;65:232-235.
60. Karra MV, Udipi SA, Kirksey A, Roepke JLB. Changes in specific nutrients in breast milk during extended lactation. *Am J Clin Nutr* 1986;43:495.
61. Byerley LO, Kirksey A. Effects of different levels of vitamin C intake on the vitamin C concentration in human milk and the vitamin C intakes of breast-fed infants. *Am J Clin Nutr* 1985;41:665-671.
62. Felice JH, Kirksey A. Effects of vitamin B6 deficiency during lactation on the vitamin B6 content of milk, liver, and muscle of rats, *J Nutr* 1981;111:610.
63. Borschel MW, Kirksey A. Relationship of plasma pyridoxal phosphate levels to vitamin B6 intakes during the first six months. *Fed Proc* 1983;42:1331.
64. Kuhne T, Bubl R, Baumgartner R. Maternal vegan diet causing a serious infantile neurological disorder due to vitamin B12 deficiency. *Eur J Pediatr* 1991;150:205-208.
65. Colman N, Hettiarchy N, Herbert V. Detection of a milk factor that facilitates folate uptake by intestinal cells, *Science* 1981;211:1427.
66. Cooperman JM, Dweck HS, Newman LJ, Garbarino C, Lopez R. The folate in human milk, *Am J Clin Nutr* 1982;36:576.
67. Food and Nutrition Board, National Research Council, National Academy of Sciences: Recommended Dietary Allowances. National Academy Press 10th ed, Washington 1999.
68. Fishaut M, Murphy D, Neifert M, McIntosh K, Ogra PL. Bronchommary axis in the immune response to respiratory syncytial virus. *J Pediatr* 1981;99:186-191.
69. Goldblum RM, Ahlstedt S, Carlson B, Hanson LA, Jodal U, Lidin-Janson G et al. Antibody-forming cells in human colostrums after oral immunization. *Nature* 1975;257:797-799.
70. Buts JP. Bioactive factors in milk. *Arch Pediatr* 1998;5:299-306.
71. Schlimme E, Martin D, Meisel H. Nucleosides and nucleotides: natural bioactive substances in milk and colostrums. *Br J Nutr* 2000;84(Suppl 1):S59-S68.
72. Riordan J, Countryman BA. Basics of breastfeeding. Part I: Infant feeding patterns past and present. *JO GN Nurs* 1980;9(4):207-10.
73. Marmet C, Shell E, Aldana S. Assessing infant suck dysfunction: case management. *J Hum Lact* 2000;16(4):332-6.
74. Woolridge W. Michael. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery* 1986;2(4):164-71.
75. WHO. Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide. 1998.
76. Marmet Chele. Marmet Technique. Lactation Institute 1978.
77. Eastman Andrea. The Mother-Baby Dance: Positioning and Latch-On. *LEAVEN* 2000;36(4):63-68.
78. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Section on Breastfeeding. *Pediatrics* 2005;115:496-506.

79. Παιδιατρική. Ν. Ματσανιώτης, Θ. Καρπάθιος και συνεργάτες. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1999.
80. Εγχειρίδιο Παιδικής Διατροφής. Hedricks, Duggan, Walker. Τρίτη έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα 2003.
81. Διατροφή βρέφους και παιδιού. Ιωάννης Κ. Μαυρομιχάλης. Φωτοτυπική. Θεσσαλονίκη.
82. Παιδιατρική. Ν. Ματσανιώτης. Αθήνα 1972.
83. Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Ζαμπέλας Αντώνης. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2003.
84. Χειρουργική Παιδών. Α. Ζαβιτσανάκης & συνεργάτες. Εκδόσεις Μονοχρωμία. Θεσσαλονίκη 2006.
85. Νεογνολογία. Β. Δρόσου-Αγακίδου, Β. Σούμπαση-Γρίβα. 5^η έκδοση. Π. ΖΗΤΗ & Σια. Θεσσαλονίκη.
86. Νεογνολογία. Χ. Θ. Ζάχου. Εκδόσεις Κώσταλος. Θεσσαλονίκη 1996.
87. American Academy of Pediatrics. Commentary on breast feeding and infant formulas, including proposed standards for formulas, Committee on Nutrition. Pediatrics 1976; 100:240-3.
88. Book LS, Herbst JJ, Atherton ST. Necrotizing enterocolitis in low birth weight infants fed an elemental formula. J Pediatr 1975;87:602-5.
89. Laker MF, Menzies IS. Increase in human intestinal permeability following ingestion of hypertonic solutions. J Physiol 1977;265:881-94.
90. Mada P. Indications for the administration of special formulas in clinical pediatrics. Ann Clin Paediatr 2006;53(4):320-33.
91. Βουτσάς Ν, Ρώμα- Γιαννίκου Ε. Γάλατα - κρέμες που κυκλοφορούν στην Ελλάδα. Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα 2004.
92. Fulham Kostka Jill. Εγχειρίδιο παιδικής διατροφής. Τρίτη έκδοση.
93. www.Illi.org
94. WHO. The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes: frequently asked questions. 2006.
95. Ferreira Rea Marina, Cattaneo Adriano, Peck Bob. Breastfeeding Briefs. IBFAN 2002;35.
96. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European.
97. Children's Health determinants and policy responses. The European Health Report 2005.
98. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005;8(1):39-46.
99. Pechlivani F, Vassilakou T, Sarafidou J, Zachou T, Anastasiou CA, Sidossis LS. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. Acta Paediatr 2005;94(7):928-34.
100. Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg 2004.
101. Merten Sonja, Drastra Julia, Ackermann-Liebrich Ursula. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level?. Pediatrics 2005;116(5):e702-e708.
102. Ebrahim GJ. The baby friendly hospital initiative (editorial). J Trop Pediatr 1993;39:2.
103. www.hospital-elena.gr

104. Australian Breastfeeding Association. Breastfeeding Out and About. *Essence* 1998;34(5).
105. Wilson Doreen, Colquhoun Anne. Influences in the decision to breast-feed: a study of pregnant women and their feeding intentions. *Nutrition & Food Science* 1998;4:185-192.
106. Victor Franco J. Alfonso. Income, educational attainment affect breastfeeding. Food and Nutrition Research, Institute of the Department of Science and Technology. 2008.