



Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ

Κραβαρίτη Κωνσταντίνα

Πλευρίτη Ελένη

Ευκαρπίδης Απόστολος

Αθήνα 2014

Αν υπήρχε ένα καινούριο διαθέσιμο εμβόλιο που θα μπορούσε να προλαμβάνει ένα εκατομμύριο ή περισσότερους θανάτους παιδιών το χρόνο και το οποίο θα ήταν φθηνό, ασφαλές, θα χορηγούνταν από το στόμα, και δεν θα χρειάζονταν ψυκτική αλυσίδα, τότε θα αναδεικνύονταν σε μια επιτακτική προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία.

Ο θηλασμός μπορεί να τα κάνει όλα αυτά και ακόμα περισσότερα, αλλά απαιτεί τη δική του «θερμή αλυσίδα» υποστήριξης - δηλαδή, την ενδυνάμωση της εμπιστοσύνης των μητέρων δείχνοντάς τες τι πρέπει να κάνουνε και προστατεύοντάς τες από τις επιβλαβείς πρακτικές. (Anonymous, 1994).

Περιεχόμενα

1.	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	4
2.	ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ.....	5
2.1.	Πρωτεΐνες.....	6
2.2.	Λιπίδια.....	6
2.3.	Υδατάνθρακες	7
2.4.	Βιταμίνες	7
2.5.	Ένζυμα	7
2.6.	Ορμόνες.....	7
2.7.	Μέταλλα και ιχνοστοιχεία.....	8
3.	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	8
4.	ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	12
5.	ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	14
6.	Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	16
6.1.	Προώθηση του μητρικού θηλασμού	16
6.2.	Υπηρεσίες Δημόσιων Οργανισμών και ΜΚΟ για την προώθηση του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα:	20
6.3.	Δεδομένα που αφορούν τον μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα.....	21
7.	ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ	24
8.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	34
9.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ:.....	36

1. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο μητρικός θηλασμός αναγνωρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως η ιδανική τροφή για το βρέφος (Γάκη και συν, 2009). Το μητρικό γάλα είναι ότι πολυτιμότερο μπορεί να δώσει η μητέρα στο νεογέννητο βρέφος της στο ξεκίνημα της ζωής του, καθώς περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το νεογνό ώστε να μεγαλώσει υγιές. Είναι αναντικατάστατη τροφή και θεωρείται θεμέλιο της ψυχικής υγείας του παιδιού, ενώ παράλληλα ευοδώνει την ανάπτυξη ισχυρών συναισθηματικών δεσμών ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος (Πρεζεράκου, 2013).

Ο Π.Ο.Υ., η UNICEF και η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και συμπληρωματικό θηλασμό (μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών στον 6ο μήνα) μέχρι το πρώτο έτος και για όσο ακόμα επιθυμούν η θηλάζουσα μητέρα και το παιδί της (Γάκη και συν., 2009).

Ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF έχουν προβεί σε συστάσεις και πρακτικές, οι οποίες αναδεικνύουν τη σημασία του θηλασμού και τα οφέλη για την υγεία, τόσο των νεογνών και βρεφών όσο και των μητέρων. Τα οφέλη αυτά αφορούν τόσο την ατομική υγεία παιδιών και των μητέρων τους, όσο και ευρύτερα τη δημόσια υγεία.

Παρά ταύτα και αν και διεθνώς γίνονται προσπάθειες προώθησης του μητρικού θηλασμού, τα ποσοστά του παραμένουν χαμηλά (Πρεζεράκου 2013). Στον Π.Ο.Υ., όσον αφορά στη χώρα μας, δεν υπάρχουν καταχωρήσεις στατιστικών στοιχείων σε σχέση με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. Παρόλα αυτά, ο μητρικός θηλασμός έχει μελετηθεί από πολλούς επαγγελματίες υγείας τα τελευταία χρόνια με τις περισσότερες μελέτες να επικεντρώνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλουν στα χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού στη χώρα μας καθώς και στους τρόπους αντιμετώπισής τους (Αντωνάκου, 2012).

Με βάση σχετικές μελέτες, φαίνεται ότι η απόφαση των γυναικών να θηλάσουν συνδέεται και εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες όπως για παράδειγμα το επίπεδο σπουδών, η ηλικία, ο φυσιολογικός τοκετός, ο αριθμός γεννήσεων, η πρόωμη έναρξη του θηλασμού κ.α. (Bouras et al., 2013, Vassilaki et al., 2012, Bakoula et al., 2007α, Bakoula et al., 2007b, Antoniou et al., 2005, Pechlivani et al., 2005).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση της μητέρας να θηλάσει, την επιτυχία και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού διαφέρουν πολύ από χώρα σε χώρα (Πρεζεράκου, 2013).

Ο μητρικός θηλασμός είναι ο πιο φυσικός τρόπος σίτισης, προσφέροντας όλη την ενέργεια και τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το βρέφος, σε έναν μοναδικό συνδυασμό πρωτεϊνών, λιπιδίων, υδατανθράκων, μετάλλων, βιταμινών και ενζύμων. Συμβάλλει στην ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους και ταυτόχρονα παρέχει ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη (Πρεζεράκου, 2013).

Η σύσταση του μητρικού γάλακτος αλλάζει ανάλογα με το στάδιο της γαλουχίας και διακρίνεται στο πρωτόγαλα (colostrum), το μεταβατικό (ενδιάμεσο) γάλα και το ώριμο γάλα.

Το πρωτόγαλα είναι η πρώτη και σημαντικότερη τροφή της ζωής. Έχει μικρό όγκο, υποκίτρινη χροιά και υψηλή πυκνότητα. Αποτελεί πλούσια πηγή υδατανθράκων, πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας και έχει μικρότερη περιεκτικότητα σε λίπος και λακτόζη, καλύπτοντας τις ανάγκες του νεογνού κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής του.

Το πρωτόγαλα επιδρά ωφέλιμα στο γαστρεντερικό σύστημα διευκολύνοντας την ανάπτυξη του *Lactobacillus bifidus* και την αποβολή του μηκωνίου. Είναι η σημαντικότερη διατροφική πηγή για το ανοσοποιητικό σύστημα του νεογνού, μεταφέροντας έτοιμα αντισώματα από την μητέρα στο νεογνό, για την απόκτηση της παθητικής ανοσίας που χρειάζονται τα βρέφη για την βιωσιμότητά τους (Καμπουροπούλου, 2008).

Το μεταβατικό γάλα αντικαθιστά το πρωτόγαλα. Παράγεται από την έβδομη έως τη δέκατη τέταρτη μέρα και περιέχει λιγότερες ανοσοσφαιρίνες και πρωτεΐνες και περισσότερη λακτόζη, λιπίδια και ασβέστιο, έως ότου φτάσει τα χαρακτηριστικά του ώριμου γάλακτος.

Στο τέλος της 2ης εβδομάδας το γάλα γίνεται «ώριμο». Λευκό και ελαφρώς διάφανο, περιέχει ότι είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη του μωρού. Νερό, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες (κατά 90% λακτόζη για την ανάπτυξη του εγκεφάλου), λιπίδια (ανάμεσά τους απαραίτητα λιπαρά οξέα), μεταλλικά άλατα (ασβέστιο, σίδηρο, φώσφορο κλπ) και βιταμίνες όλων των ομάδων (Καμπουροπούλου, 2008).

2. ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Το μητρικό γάλα περιέχει 88% νερό και 13% στερεά συστατικά που είναι πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, βιταμίνες, άλατα, ένζυμα, ορμόνες και ιχνοστοιχεία μετάλλων. Το μητρικό γάλα

αποδίδει περίπου 60-75 kcal/100ml. Το βρέφος που θηλάζει είναι επαρκώς ενυδατωμένο, ακόμα και στις πιο ζεστές ημέρες χωρίς να υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης (Ζαμπέλας, 2003, σελ. 63-108).

2.1. Πρωτεΐνες

Το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες και η περιεκτικότητά τους στο ώριμο γάλα είναι 0,9g/dL. Οι πρωτεΐνες του μητρικού γάλακτος περιέχουν καζεΐνη και λακταλβουμίνες, οι οποίες απορροφώνται εξ' ολοκλήρου από το έντερο του βρέφους σε αντίθεση με αυτές του τεχνητού γάλακτος και προσφέρουν αμυντική προστασία, πεπτικά ένζυμα, ορμόνες και αυξητικούς παράγοντες.

Στις πρωτεΐνες του γάλακτος ανήκουν και οι ανοσοσφαιρίνες. Κύρια ανοσοσφαιρίνη του μητρικού γάλακτος είναι η IgA και κυρίως η εκκριτική IgA (sIgA), που αποτελεί το 10% των πρωτεϊνών του μητρικού γάλακτος και εμποδίζει την προσκόλληση των μικροβίων στον εντερικό βλεννογόνο (Ζαμπέλας, 2003, σελ. 63-108).

2.2. Λιπίδια

Το λίπος αποτελεί πηγή ενέργειας και περιέχει το 30-55% των θερμίδων που χρειάζεται το νεογνό για την επίτευξη του ραγδαίου ρυθμού ανάπτυξης του. Το λίπος που περιέχει το μητρικό γάλα, είναι μεταβαλλόμενο συστατικό, καθώς αυξάνει όσο περισσότερο αδειάζει ο μαστός, σε αντίθεση με τα άλλα συστατικά που παραμένουν σχετικά αμετάβλητα (Ζαμπέλας, 2003, σελ. 63-108).

Όλα τα λιπίδια του μητρικού γάλακτος προκύπτουν από το λίπος που κυκλοφορεί και προέρχεται από τη διαίτα της μητέρας. Τα λιπίδια περιλαμβάνουν τριγλυκερίδια, διγλυκερίδια, μονογλυκερίδια, ελεύθερα λιπαρά οξέα, φωσφολιπίδια, γλυκολιπίδια και στερόλες. Υπάρχουν με τη μορφή σταγονιδίων και αυξάνουν την βιοδιαθεσιμότητα των λιποδιαλυτικών συστατικών. Αρκετά λιπαρά συστατικά του ανθρώπινου γάλακτος έχουν αντιμικροβιακή δράση (Ζαμπέλας, 2003, σελ. 63-108).

Το λίπος είναι απαραίτητο για τη σύνθεση των ορμονών που σχετίζονται με το θηλασμό και αποτελούν μεταφορικό μέσο για τις λιποδιαλυτές βιταμίνες A, D, E, K.

Σημαντικά θρεπτικά συστατικά που περιέχονται στο λίπος, έχουν μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος του νεογνού (Ζαμπέλας, 2003, σελ. 63-108).

2.3. Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες προσφέρουν το 40% της απαιτούμενης ενέργειας που χρειάζεται το νεογνό. Ο κύριος υδατάνθρακας του ανθρώπινου γάλακτος είναι ο δισακχαρίτης λακτόζη, η οποία αυξάνει την απορροφητικότητα του ασβεστίου και του μαγνησίου (γερά οστά και δόντια). Το ανθρώπινο γάλα περιέχει επίσης μονοσακχαρίτες (γαλακτόζη και γλυκόζη) και περισσότερους από 130 διαφορετικούς ολιγοσακχαρίτες. Οι υδατάνθρακες είναι πηγή ταχείας ενέργειας για το κεντρικό νευρικό σύστημα του βρέφους που αναπτύσσεται με γοργούς ρυθμούς και κυρίως της φαιάς ουσίας ενώ παράλληλα μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης νεανικού διαβήτη.

Ο προβιοτικός ρόλος των υδατανθράκων συνίσταται στην προώθηση της ανάπτυξης ωφέλιμων βακτηρίων με πολλές αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες, όπως να μην επιτρέπουν στα επιβλαβή βακτήρια να προσκολλώνται στα επιθηλιακά κύτταρα του εντέρου, του ουροποιητικού και του ανώτερου αναπνευστικού (Πρεζεράκου, 2013).

2.4. Βιταμίνες

Αποτελούν πολύ σημαντικά θρεπτικά συστατικά του μητρικού γάλακτος και διακρίνονται σε λιποδιαλυτές και υδατοδιαλυτές. Οι λιποδιαλυτές είναι οι βιταμίνες A,D,E και K, ενώ οι υδατοδιαλυτές είναι οι βιταμίνες του συμπλέγματος B (θειαμίνη, ριβοφλαβίνη, νιασίνη, φυλλικό οξύ, βιταμίνη B12, παντοθενικό οξύ,βιοτίνη) καθώς και η βιταμίνη C. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει ασχοληθεί στο μεγαλύτερο μέρος της με τις λιποδιαλυτές βιταμίνες, λόγω του σημαντικού τους βιολογικού ρόλου (Ζαμπέλας, 2003, σελ. 63-108).

2.5. Ένζυμα

Τα ένζυμα τα οποία περιέχει το ανθρώπινο γάλα και ρυθμίζουν ορισμένες από τις λειτουργίες του σώματος, είναι η αμυλάση, η λιπάση, η λισοζύμη, η φωσφατάση, η πρωτεάση και η γλυκόζυ-6-φωσφορική διϋδρογονάση (G-6-PD), η οποία δεν υπάρχει στο γάλα μητέρων με ανεπάρκεια G-6-PD (Ζαμπέλας, 2003, σελ. 63-108).

2.6. Ορμόνες

Οι ορμόνες που παίζουν βασικό ρόλο στο θηλασμό είναι δύο: η προλακτίνη και η οξυτοκίνη. Η πρώτη ελέγχει την παραγωγή του γάλακτος και η δεύτερη την απελευθέρωσή του. Το μητρικό γάλα περιέχει και αρκετές ορμόνες που βοηθούν στην ανάπτυξη του βρέφους αλλά έχουν επίσης σημαντικό

ρόλο στην ωρίμανση του γαστρεντερικού και συμμετέχουν στην ανάπτυξη της άμυνας του νεογέννητου.

Οι ορμόνες είναι διάφορα στεροειδή, η θυροξίνη, οι γοναδοτροπίνες, η TSH, η προλακτίνη, η ερυθροποιητίνη, οι προσταγλαδίνες, η καλσιτονίνη και ο επιδερμικός αυξητικός παράγοντας (Πρεζεράκου, 2013).

2.7. Μέταλλα και ιχνοστοιχεία

Η συγκέντρωση μετάλλων στο μητρικό γάλα είναι περίπου κατά ένα τρίτο μικρότερη από αυτή στο γάλα της αγελάδας. Η συνολική περιεκτικότητα του ανθρώπινου γάλακτος σε μέταλλα είναι γενικά σταθερή. Τα μέταλλα ρυθμίζουν τη λειτουργία του οργανισμού και αυτά είναι το νάτριο, το κάλιο, το χλώριο, το ασβέστιο και το μαγνήσιο. Τα ιχνοστοιχεία στο ανθρώπινο γάλα συμπεριλαμβάνουν το ιώδιο, τον σίδηρο, τον ψευδάργυρο, το μαγνήσιο, το σελήνιο, το χρώμιο, το κοβάλτιο και τον χαλκό (Ζαμπέλας, 2003, σελ. 63-108).

3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Η υπεροχή του μητρικού γάλακτος είναι αναμφισβήτητη καθώς αποτελεί τον ιδανικότερο τρόπο διατροφής ενός βρέφους τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του. Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού είναι πολλαπλά, τόσο για το βρέφος που θηλάζει όσο και για τη μητέρα του, την οικογένεια και την κοινωνία.

3.1 Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για το βρέφος

Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά ακριβώς στη σωστή αναλογία, με σύσταση προσαρμοσμένη και βιολογικά εξειδικευμένη στις ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού που θα βοηθήσει στη σωματική, νευρολογική και ψυχοκινητική ανάπτυξη του βρέφους. Είναι άμεσα διαθέσιμο σε άσηπτες συνθήκες σίτισης με αναλλοίωτα τα θρεπτικά του συστατικά και εύπεπτο. Με βάση τις αντιμικροβιακές, αντιφλεγμονώδεις και ανοσοδιεγερτικές ιδιότητες του ανθρώπινου γάλακτος, ο μητρικός θηλασμός προσφέρει προστασία έναντι πολλών παθολογικών καταστάσεων (Πρεζεράκου, 2013).

Πιο συγκεκριμένα παρέχει προστασία από:

➤ Λοιμώξεις

Ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει θετικά στη μείωση των αναπνευστικών λοιμώξεων. Τα βρέφη που θηλάζουν προσβάλλονται σπανιότερα από ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις, του αναπνευστικού συστήματος και όταν νοσήσουν από οξεία μέση ωτίτιδα και βρογχολίτιδα, εκδηλώνουν ηπιότερα συμπτώματα και έχουν λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο (Bachrachetal, 2003).

Η θετική επίδραση του μητρικού θηλασμού στην προστασία του πεπτικού συστήματος από μικροβιακές γαστρεντερίτιδες και νεκρωτική εντεροκολίτιδα, έχει αποδειχθεί από παλαιότερες συστηματικές ανασκοπήσεις (Πρεζεράκου, 2013).

➤ *Αλλεργικά νοσήματα*

Ο αποκλειστικός θηλασμός για τουλάχιστον 4 μήνες, μειώνει τον κίνδυνο τοπικής δερματίτιδας μέχρι την ηλικία των 4 ετών, καθώς το μητρικό γάλα περιέχει ανοσολογικούς παράγοντες ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανή αλλεργική αντίδραση σε τροφικά αλλεργιογόνα, ειδικά σε συνδυασμό με αντίστοιχη διατροφή της μητέρας (Πρεζεράκου, 2013).

➤ *Χρόνια νοσήματα*

Το μητρικό γάλα φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων παθήσεων στην παιδική ηλικία και θεωρείται ότι έχει μακροπρόθεσμα πλεονεκτήματα αναφορικά με την καρδιαγγειακή υγεία του ατόμου, καθώς συσχετίζεται με μειωμένη αρτηριακή πίεση και μειωμένη ολική χοληστερόλη στους ενήλικες (Dugiuz, et al., 2011).

Πιο συγκεκριμένα φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο για:

➤ *Κοιλιοκάκη*

Τα βρέφη που θηλάζουν έχουν 52% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης κοιλιοκάκης στην προσχολική ηλικία σε σχέση με εκείνα που σιτίστηκαν με γάλα αγελάδας (Πρεζεράκου, 2013).

➤ *Φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου*

Το μητρικό γάλα δρα προστατευτικά στα βρέφη που θηλάσαν συγκριτικά με εκείνα που σιτίστηκαν με τροποποιημένο γάλα αγελάδας στον κίνδυνο εμφάνισης νόσου Crohn και ελκώδους κολίτιδας (Πρεζεράκου, 2013).

➤ *Παχυσαρκία και Σακχαρώδη διαβήτη*

Ο μητρικός θηλασμός δρα ως προστατευτικός παράγοντας και έχει προληπτικό αποτέλεσμα ενάντια στην παιδική παχυσαρκία, αλλά το πώς επηρεάζει τη σύνθεση του σώματος σε μικρή ηλικία δεν έχει λεπτομερώς διερευνηθεί. Ο μητρικός θηλασμός παρέχει μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή των βρεφών που θηλάζουν κατά 15-30% μικρότερος, συγκρινόμενος με τον αντίστοιχο των βρεφών που σιτίστηκαν με αγελαδινό γάλα.

Τα βρέφη που θηλάζουν έχουν 40% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, που οφείλεται μάλλον στη μακροχρόνια προστασία του μητρικού θηλασμού από την παχυσαρκία (Durmuş, et al., 2011).

➤ ***Κακοήθη νοσήματα***

Παιδιά που δεν έχουν θηλάσει έχουν 1,3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία σε σύγκριση με παιδιά που τράφηκαν με μητρικό γάλα περισσότερο από έξι μήνες. Πιθανολογείται ότι η σημαντική ανοσολογική υπεροχή του μητρικού γάλακτος καθορίζει άμεσα την ανοσολογική απάντηση στην καρκινογένεση (Kwan, et.al., 2004).

➤ ***Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου***

Μία πρόσφατη μετα-ανάλυση έχει υποδείξει ότι ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με 50% μικρότερο κίνδυνο για το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου βρεφών παρόλο που η αιτιολογία του δεν έχει ακόμα πλήρως διευκρινιστεί.

Η προστατευτική επίδραση του μητρικού θηλασμού σε βρέφη που θηλάζουν για μεγάλη χρονική χρονική διάρκεια, συγκρινόμενα με εκείνα που σιτίζονται με γάλα αγελάδας, φαίνεται ότι αυξάνεται με αποτέλεσμα τα βρέφη που σιτίζονται με μητρικό γάλα να έχουν 36% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου. (Mc Vea, et.al., 2000).

Επίσης ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στο σχηματισμό του γναθο-προσωπικού συστήματος του βρέφους και στην γνωστική και ψυχοσυναισθηματική του εξέλιξη. Ειδικότερα:

➤ ***Στο γναθοπροσωπικό σύστημα***

Ο μητρικός θηλασμός έχει επίσης ευεργετικά αποτελέσματα στο σχηματισμό του γναθοπροσωπικού συστήματος του βρέφους, με καλύτερη ανάπτυξη των σιαγόνων και σωστό σχηματισμό των δοντιών με αποτέλεσμα την μείωση της ανάγκης ορθοδοντικών παρεμβάσεων (Sanchez-Molins et. al., 2010).

Τα παιδιά που έχουν θηλάσει παρουσιάζουν μικρότερη επίπτωση τερηδόνας, ενώ τα παιδιά που έχουν σιτιστεί με μπουκάλι που περιέχει γάλα ή χυμούς πλούσιους σε υδατάνθρακες παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης τερηδόνας (Loesche, 1985).

➤ ***Στη γνωστική και ψυχοκοινωνική εξέλιξη***

Η ευφυΐα των παιδιών και η καλή σχολική απόδοση σχετίζεται θετικά με το μητρικό θηλασμό, με σημαντικό ρόλο να έχει η χρονική διάρκεια του θηλασμού. Τα παιδιά που θήλασαν για περισσότερο

από 5 μήνες, υποστηρίζεται ότι έχουν ψηλότερο δείκτη νοημοσύνης, συγκρινόμενα με εκείνα που σιτίστηκαν τεχνητά (Jain et al., 2002).

Ο ρόλος της μητέρας κατά τον πρώτο μήνα της ζωής του βρέφους είναι να το βοηθήσει να αντέξει τα εσωτερικά ερεθίσματα ώστε να αποβάλει την ένταση που του προκαλούν. Ο θηλασμός είναι το πρότυπο μιας τέτοιας αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας και βρέφους. Η κύρια λειτουργία αυτού του πρώτου σταδίου είναι ο κύκλος δράση-αντίδραση-δράση και η διαδοχή του μεταξύ μητέρας και βρέφους.

Ο Spitzz αυτή τη λειτουργία την ονομάζει διάλογο, όπου η μητέρα στέλνει συναισθήματα μέσα από την ψυχική της διάθεση και αυτό αποτελεί μια σημαντική μορφή επικοινωνίας. Έτσι η μητέρα αποτελεί ένα φράγμα μεταξύ βρέφους και εξωτερικού περιβάλλοντος έτσι ώστε να μην ενοχλείται το βρέφος. Ο Bowlby στη Θεωρία του Δεσμού αναφέρει ότι οι ενστικτώδεις αντιδράσεις όπως ο θηλασμός, η προσκόλληση, το πιάσιμο, το κλάμα, το χαμόγελο, παίζουν σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη της συμπεριφοράς δεσμού και αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους (Τσιάντης, 2001).

3.2 Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα

Σημαντικά φαίνεται να είναι και τα πλεονεκτήματα που αφορούν την υγεία μιας μητέρας που θηλάζει της οποίας η προστασία είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Ο θηλασμός συντελεί στην ανάπτυξη ισχυρού δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και στο βρέφος, προάγοντας την ψυχική υγεία της μητέρας κατά την περίοδο της λοχείας.

Η μοναδική εμπειρία του θηλασμού επιβεβαιώνει το ρόλο της μητέρας και της δίνει σιγουριά και αυτοπεποίθηση. Η σχέση που αναπτύσσεται παίζει σημαντικό ρόλο στην καθιέρωση του μητρικού θηλασμού και στη μείωση της πιθανότητας κακοποίησης και εγκατάλειψης του βρέφους (Lawrence, 2010).

Ο μητρικός θηλασμός μέσω της έκκρισης ωκυτοκίνης συμβάλει στην γρήγορη επαναφορά της μήτρας στην αρχική της κατάσταση. Η γαλουχία αναστέλλει την ωορρηξία, με αποτέλεσμα την αμηνόρροια, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο αντισύλληψης στον αποκλειστικό θηλασμό. Στα αναφερόμενα οφέλη περιλαμβάνεται η ταχύτερη και μεγαλύτερη απώλεια βάρους. Ο θηλασμός φαίνεται ότι προστατεύει τη μητέρα από αρκετά χρόνια νοσήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, οστεοπόρωση, ρευματοειδή αρθρίτιδα, αρτηριακή υπέρταση, καρδιαγγειακές παθήσεις και κακοήθη νοσήματα (Πρεζεράκου, 2013).

3.3 Τα οφέλη του θηλασμού για την οικογένεια

Το μητρικό γάλα είναι άμεσα διαθέσιμο καθώς δεν απαιτείται χρόνος για την ανασύσταση, θέρμανση ή αποστείρωσή του. Λόγω της προστασίας έναντι πολλών παθολογικών καταστάσεων και της μείωσης της βρεφικής νοσηρότητας δεν απαιτούνται δαπάνες για την ιατρική περίθαλψη των βρεφών, ενώ οι γονείς δεν αποσιάζουν από την εργασία τους για να φροντίσουν το παιδί του σε περίπτωση που αρρωστήσει. Η οικογένεια δεν δαπανά χρήματα για την αγορά υποκατάστατων του ανθρώπινου γάλακτος (Σακλαμάνη - Κοντού, 2009).

Ο δεσμός μητέρας-παιδιού που δημιουργείται με το θηλασμό οδηγεί σε πιο σταθερές οικογένειες. Μειώνεται η συχνότητα των περιστατικών ενδο-οικογενειακής βίας με θύματα τα παιδιά και ο κίνδυνος παιδικής κακοποίησης και εγκατάλειψης είναι κατά τρεις φορές μικρότερος (Lawrence, 2010).

3.4 Δημόσια υγεία και μητρικός θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός έχει θετική επίδραση στην σωματική και ψυχική υγεία των βρεφών και των μητέρων αλλά συμβάλλει και στη μείωση των δαπανών του συστήματος δημόσιας υγείας. Με το μητρικό θηλασμό μειώνεται η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των βρεφών, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων για νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη.

Παράλληλα ελαχιστοποιείται και ο χρόνος απουσίας των γονιών από την εργασία τους καθώς τα παιδιά νοσούν λιγότερο. Το περιβάλλον προστατεύεται και δεν επιβαρύνεται από τον όγκο των συσκευασιών γάλακτος και από την ενέργεια που δαπανάται για την παραγωγή και επεξεργασία τους (Σακλαμάνη - Κοντού, 2009)

Σημαντικό όφελος για την δημόσια υγεία είναι ότι ο ψυχικός δεσμός της μητέρας και του βρέφους που δημιουργείται με το θηλασμό, οδηγεί σε μείωση της κακοποίησης, της παραμέλησης και της εγκατάλειψης των παιδιών (Lawrence, 2010).

Στα απώτερα οφέλη του περιλαμβάνεται ακόμα και το γεγονός ότι ο θηλασμός δημιουργεί πιο υγιείς αλλά και πιο ευφείς ενήλικες (Jain et al., 2002).

4. ANTEHΔEIXEIS TOY MHTPIKOY ΘHΛAΣMOY

Το μητρικό γάλα αποτελεί το πληρέστερο μέσο διατροφής για όλα τα βρέφη, υγιή και άρρωστα. Ο μητρικός θηλασμός αντενδεικνύεται σε ειδικές περιπτώσεις που αφορούν το βρέφος ή τη μητέρα.

Στις αντενδείξεις μητρικού θηλασμού συγκαταλέγονται: α) μεταβολικά νοσήματα του βρέφους που απαιτούν σίτιση με ειδικά γάλατα, απαλλαγμένα από τα συστατικά, τα οποία το βρέφος αδυνατεί να μεταβολίσει, π.χ. γαλακτοζαιμία, φαινυλοκετονουρία και β) νοσήματα της μητέρας που μπορούν να μεταδοθούν με το μητρικό γάλα στο βρέφος (Πρεζεράκου, 2013).

Οι περισσότερες λοιμώξεις της μητέρας δεν αποτελούν αντένδειξη για το θηλασμό. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο θηλασμός πρέπει να διακόπτεται και να ξαναρχίζει αφού χορηγηθεί στη μητέρα φαρμακευτική αγωγή ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης του βρέφους, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις ο θηλασμός μπορεί να συνεχίζεται ακόμα και όταν η μητέρα λαμβάνει παράλληλα αντιμικροβιακή θεραπεία (American Academy of Pediatrics, 2006).

Σε περίπτωση ενεργούς φυματίωσης της μητέρας, ενεργούς μη θεραπευμένης βρουκέλλωσης καθώς και σε ύπαρξη βλαβών απλού έρπητα στο στήθος της, ο θηλασμός θα πρέπει να διακόπτεται.

Όταν η μητέρα έχει λοίμωξη από τον ιό της ανεμοβλογιάς ο θηλασμός θα πρέπει να διακόπτεται προσωρινά μέχρι να πάψει να είναι μολυσματική (American Academy of Pediatrics, 2006).

Μητέρες που πάσχουν από Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) θα πρέπει να διακόπτουν το θηλασμό. Στις αναπτυσσόμενες χώρες όμως, ο κίνδυνος θανάτου από τεχνητή διατροφή (formula) υπερβαίνει τον πιθανό κίνδυνο μόλυνσης από HIV, έτσι μητέρες θετικές για HIV θηλάζουν (American Academy of Pediatrics 2006a, pp 173-185).

Οι μητέρες που λαμβάνουν διαγνωστικά ή θεραπευτικά ραδιενεργά ισότοπα ή που εκτίθενται σε ραδιενεργό ακτινοβολία πρέπει να διακόπτουν το θηλασμό για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται μέχρι να απομακρυνθεί η ραδιενέργεια από το γάλα τους. Το ίδιο πρέπει να εφαρμόζεται και σε μητέρες που λαμβάνουν χημειοθεραπευτικά φάρμακα ή αντιμεταβολίτες ή άλλα θεραπευτικά σκευάσματα (American Academy of Pediatrics 2001).

Δεν πρέπει να θηλάζουν οι μητέρες που είναι τοξικομανείς χρήστες αμφεταμινών, κοκαΐνης, μαριχουάνας, οπιούχων, αλκοολικές. Συνιστάται η αποφυγή του καπνίσματος στις μητέρες που θηλάζουν γιατί έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου και εμφάνισης αναπνευστικών αλλεργιών του βρέφους, μειωμένη αύξηση του βάρους και μη ομαλή κινητική και διανοητική εξέλιξη των παιδιών (American Academy of Pediatrics, 2001)

ΔΕΝ αντενδείκνυται ο μητρικός θηλασμός σε:

- Μητέρες θετικές για επιφανειακό αντιγόνο για ηπατίτιδα Β εφόσον χορηγηθεί στο νεογνό εμβόλιο και υπεράνοση γ-σφαιρίνη για ηπατίτιδα Β, αμέσως μετά τον τοκετό.
- Θετικές για ιό ηπατίτιδας C.
- Θετικές για CMV φορείς αλλά όχι με πρόσφατη ορομετατροπή, εάν το νεογνό είναι τελειόμηνο.
- Σε πρόωρα <1500gr η απόφαση για θηλασμό πρέπει να σταθμίσει τα οφέλη του μητρικού θηλασμού vs τον κίνδυνο λοίμωξης από CMV. Η κατάψυξη και η παστερίωση μειώνουν σημαντικά το ιικό φορτίο για CMV.
- Μητέρες με μαστίτιδα.
- Μητέρες με εμφυτεύματα σιλικόνης στο στήθος (Σακλαμάκη -Κοντού 2009)

5. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και η UNICEF (United Nations Children's Fund) τονίζουν τη σημασία της διατήρησης της πρακτικής του μητρικού θηλασμού ως τον τρόπο για τη βελτίωση της υγείας και της διατροφής των βρεφών και των μικρών παιδιών. Οι προσπάθειες για την προώθηση του θηλασμού, αποτελούν μέρος των συνολικών προγραμμάτων διατροφής και υγείας των μητέρων και των παιδιών που έχουν εκπονήσει και οι δύο οργανώσεις και συνιστούν βασικό στοιχείο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ως μέσου για την επίτευξη της υγείας.

Ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος υιοθετήθηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly - WHA) το 1981 με στόχο την προστασία και προώθηση του μητρικού θηλασμού αλλά και την προστασία των βρεφών, διασφαλίζοντας την καταλληλότητα των υποκατάστατων προϊόντων του μητρικού θηλασμού που κυκλοφορούν στο εμπόριο.

Ο Διεθνής Κώδικας υπήρξε πρώτος του είδους του, είναι λιγότερο δεσμευτικός από μια συνθήκη ή μια σύμβαση και αποτελεί μια διεθνή σύσταση δημόσιας υγείας. Τα κράτη μέλη καλούνται να εφαρμόσουν τον Κώδικα στην εθνική τους νομοθεσία, τους κανονισμούς και άλλες σχετικές ρυθμίσεις. Ο Διεθνής Κώδικας επανεξετάζεται κάθε 2 χρόνια (IBFAN, 2012a).

Τον Αύγουστο του 1990 στη Φλωρεντία, ο W.H.O, η UNICEF και άλλοι διεθνείς οργανισμοί που απασχολούνται με την Υγεία και τη Διατροφή του παιδιού, ψήφισαν τη «Διακήρυξη Innocenti» (Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding) σύμφωνα με την οποία α) όλες οι κυβερνήσεις μέχρι το 1995 έπρεπε να ορίσουν Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού, β) να εφαρμόζονται σε όλα τα Μαιευτήρια τα «Δέκα Βήματα» για επιτυχή μητρικό θηλασμό γ) να εφαρμόζονται τα άρθρα του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και δ) να εφαρμοστεί ευεργετική νομοθεσία για τις μητέρες που θηλάζουν (UNICEF, 1990).

Η πρωτοβουλία «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη» ξεκίνησε το 1991, από τον W.H.O και τη UNICEF σε μια προσπάθεια να εξασφαλιστεί ότι όλες οι υπηρεσίες μητρικής φροντίδας, θα υποστηρίζουν τις μητέρες στην επιλογή του μητρικού θηλασμού για τη διατροφή του παιδιού τους για τους πρώτους έξι μήνες, μη επιλέγοντας εμπορικά σκευάσματα και στη συνέχισή του με συμπληρωματική διατροφή έως το δεύτερο έτος της ζωής.

Οι δέκα προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ένα νοσοκομείο «Φιλικό προς τα Βρέφη», είναι τα «10 βήματα» της κοινής οδηγίας για την προστασία, την προώθηση και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και τον ειδικό ρόλο των υπηρεσιών υγείας που εμπλέκονται με τη μητρότητα, την οποία εξέδωσαν το 1989 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), σε συνεργασία με τη UNICEF στη Γενεύη της Ελβετίας.

Τα βήματα αυτά έχουν ως εξής:

1. Γραπτή πολιτική για το μητρικό θηλασμό και τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας.
2. Εκπαίδευση του προσωπικού υγείας για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
3. Ενημέρωση των εγκύων για τα οφέλη του θηλασμού.
4. Βοήθεια στις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό μισή ώρα μετά τη γέννηση.
5. Επίδειξη θηλασμού στις μητέρες.
6. Καμιά άλλη τροφή εκτός από μητρικό γάλα εκτός κι αν επιβάλλεται για ιατρικούς λόγους.
7. Παραμονή της μητέρας μαζί με το μωρό όλο το 24ωρο.
8. Ενθάρρυνση του θηλασμού όσο συχνά το ζητά το μωρό.
9. Όχι πιπίλες.
10. Υποστήριξη της μητέρας και στο σπίτι. (IBFAN)

Το 1992 καθιερώθηκε η Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 1-7 Αυγούστου από την Παγκόσμια Συμμαχία για την Προώθηση του Μητρικού Θηλασμού W.A.B.A. (World Alliance for Breastfeeding Action). Κάθε χρόνο για τον εορτασμό της ορίζεται ένα θέμα (W.A.B.A, 1992). Στη θεματική της χρονιάς 2013 με σύνθημα: «Υποστήριξη Θηλασμού: κοντά

στις μητέρες», τονίστηκε η ανάγκη να παρέχεται υποστήριξη στις μητέρες ώστε να ξεκινήσουν, να εγκαταστήσουν και να διατηρήσουν βέλτιστες πρακτικές θηλασμού.

Το 1993 ανακοινώθηκε από την W.A.B.A. και υποστηρίχθηκε από τον W.H.O και τη UNICEF η πρωτοβουλία για το «Φιλικό Χώρο Εργασίας της Μητέρας – FriendlyWorkPlaceInitiative» που στόχο έχει να δίνεται δυνατότητα στη μητέρα να θηλάζει κατά τη διάρκεια της εργασίας της με ειδικά διαλείμματα και σε ειδικό χώρο (W.A.B.A, 1993).

Το 2001 η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (WHA), όρισε ως παγκόσμια σύσταση τους 6 μήνες αποκλειστικού θηλασμού και συνέχιση του θηλασμού με τις συμπληρωματικές τροφές μέχρι τον δεύτερο χρόνο ή και περισσότερο (W.H.O. 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF συνιστούν τους παρακάτω ορισμούς για τον μητρικό θηλασμό:

- **Θηλασμός (breastfeeding):** το νήπιο σιτίζεται με μητρικό γάλα απευθείας από τη μητέρα ή συγκεντρώθηκε με έκθλιψη.
- **Αποκλειστικός θηλασμός (Exclusive breastfeeding):** το βρέφος σιτίζεται μόνο με μητρικό γάλα από τη μητέρα του, ή άλλη τροφή, ή μητρικό γάλα το οποίο συγκεντρώθηκε με έκθλιψη. Δεν παίρνει άλλα υγρά ή στερεά, με εξαίρεση σταγόνες ή σιρόπια που περιέχουν βιταμίνες, ιχνοστοιχεία ή φάρμακα.
- **Σχεδόν αποκλειστικός θηλασμός (Predominant breastfeeding):** η κύρια τροφή για το βρέφος είναι το μητρικό γάλα, αλλά παίρνει νερό και υγρά όπως ζαχαρούχο ύδωρ, χαμομήλι, χυμούς φρούτων, ηλεκτρολυτικά διαλύματα, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία ή φάρμακα. Από τον ορισμό αποκλείεται η χορήγηση οποιασδήποτε υγρής τροφής.
- **Συμπληρωματική διατροφή (Complimentary breastfeeding):** το νήπιο σιτίζεται με μητρικό γάλα και στερεές ή ημι-στερεές τροφές.
- **Σίτιση από μπουκάλι (Bottle-feeding):** Το νήπιο σιτίζεται με υγρές ή ημι-στερεές τροφές από μπουκάλι). (La Leche League International)

6. Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.1. Προώθηση του μητρικού θηλασμού

Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα κανείς δεν μπορούσε να φανταστεί την αναγκαιότητα της προώθησης του μητρικού θηλασμού καθώς η πλειοψηφία των μητέρων θηλάζαν τα παιδιά τους. Από τα μέσα του 20ου αιώνα, όταν οι γαλακτοβιομηχανίες άρχισαν να προωθούν τα βρεφικά γάλατα και η χρήση τους να γίνεται ευρεία από τις μητέρες, σε βάρος του μητρικού θηλασμού, φάνηκε η αναγκαιότητα της προώθησης του μητρικού θηλασμού όπως ήδη είχε αρχίσει σε άλλες προηγμένες

τεχνολογικά χώρες. Η προσπάθεια αυτή στην Ελλάδα έγινε τόσο από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς όσο και από μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας.

Από την εποχή του μεσοπολέμου, το τότε Υπουργείο Υγιεινής και οι επαγγελματίες υγείας κάνουν έκκληση στις μητέρες να θηλάζουν τα βρέφη τους, χωρίς όμως παράλληλα να απολαμβάνουν προνομίων ή απαραίτητων διευκολύνσεων από την Πολιτεία, που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως κίνητρο.

Πρώτη σημαντική ενέργεια για τη προώθηση του μητρικού θηλασμού ήταν η ίδρυση της τράπεζας γάλακτος μητρικού θηλασμού στο μαιευτήριο Μαρίκα Ηλιάδη το 1947. Με τη δημιουργία αυτής της τράπεζας οι μητέρες που είχαν ασθενή βρέφη ή πρόωρα ενθαρρύνονταν να διατηρήσουν τη γαλουχία τους (Πεχλιβάνη, 2008).

Αρκετά αργότερα (1976) ο Σ. Δοξιάδης, καθηγητής και Υπουργός Κοινωνικών Υπηρεσιών, συνέβαλε στο να ονομαστεί το 1979 Διεθνές έτος του παιδιού.

Τον Ιούλιο του 1978 έγινε το Διεθνές Συμπόσιο Αθηνών με θέμα «Το παιδί στο κόσμο του αύριο» στο οποίο δόθηκαν ερεθίσματα, ιδέες και προτάσεις για να προσφερθεί στο κάθε παιδί ότι καλύτερο.

Ο Καθηγητής Παιδιατρικής Ν. Μασσανιώτης με την ομάδα του συνέχισε τις προσπάθειες ενημέρωσης του κοινού για τη διατροφή του παιδιού και μετά το "Διεθνές έτος του παιδιού" γι' αυτό το επόμενο έτος (1979) ανακηρύχθηκε "έτος επιστροφής στο μητρικό θηλασμό". Συγκεκριμένα σε συνέντευξη τύπου που έδωσε το 1980 επεσήμανε ότι όλο και λιγότερες μητέρες θηλάζαν τα παιδιά τους και συγκεκριμένα κατά το 1960 το 50% των βρεφών θηλάζε αποκλειστικά τον πρώτο μήνα, ενώ το 1980 μόνο το 27%. Το 1960, το 14% των βρεφών θηλάζαν αποκλειστικά μέχρι τον 5ο μήνα, ποσοστό που σχεδόν εκμηδενίζεται (2%) τα επόμενα 20 χρόνια (1980).

Τόσο οι παιδίατροι όσο και οι μητέρες θεωρούσαν δείγμα εκμοντερνισμού την προσθήκη στη διατροφή του βρέφους κρέμας ή αυγού, ήδη από τον 3ο ή 4ο μήνα, χωρίς αντίστοιχη περίσκεψη για το ενδεχόμενο διατροφικό σφάλμα.

Η διαφαινόμενη εγκατάλειψη του μητρικού θηλασμού οδήγησε τους παιδίατρους της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, να θέσουν ως στόχο και σκοπό την ενημέρωση τόσο των παιδιάτρων της επαρχίας αλλά και των μαθητών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Σε Στρογγυλό Τραπέζι που διοργανώθηκε το 1980 από την ίδια Κλινική, αναφέρθηκε ότι ο συχνότερος λόγος που προέβαλαν οι γυναίκες που δεν θήλαζαν ήταν ότι δεν είχαν γάλα, παρότι στο γενικό πληθυσμό μόνο το 5% έχει κάποιο βιολογικό λόγο που εμποδίζει το θηλασμό. Επιπλέον, παιδίατροι και γυναικολόγοι δεν ασχολούνταν με το μητρικό θηλασμό όχι πάντα λόγω αμέλειας, αλλά και λόγω άγνοιας και συνήθως πριν την έναρξη του θηλασμού ενημέρωναν τη μητέρα για την δυνατότητα χρήσης πληθώρας γαλάτων που κυκλοφορούσαν στο εμπόριο (Πεχλιβάνη, 2008).

Εξαιτίας αυτών των δεδομένων, η πολιτεία έκανε βήματα με σκοπό την ενίσχυση της ιδέας του θηλασμού, όπως συνοπτικά αναφέρονται παρακάτω:

1. Τα ΕΛΤΑ εξέδωσαν και κυκλοφόρησαν γραμματόσημο με την απεικόνιση της Παναγίας της Γαλακτοφορούσας.
2. Συγκροτείται Ελληνικός Σύλλογος για την προώθηση του μητρικού θηλασμού.
3. Η Εκκλησία προώθησε τον μητρικό θηλασμό με σχετικό κείμενο το οποίο διαβάστηκε από άμβωνος την ημέρα του δεκαπενταύγουστου από 7000 ιερείς (Πεχλιβάνη 2008).
4. Στο Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου λειτούργησε το 1985, «Μονάδα Νεογέννητων, Φυσιοπαθολογίας, Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού, Τράπεζα Γάλακτος» (ΦΕΚ 47, τ. Β', 29-1-1990).
5. Συστήνεται από το Υπουργείο Υγείας για πρώτη φορά το 1993, Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Α. Π..Υ3γ/οικ. 5311/20-7-1993), με κύριο έργο :
 - Την προαγωγή – προστασία και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.
 - Την ευθύνη για την εφαρμογή της πρωτοβουλίας αυτής με την υιοθέτηση των αρχών των WHO/UNICEF.
 - Την ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού, αλλά και της κοινής γνώμης σε θέματα μητρικού θηλασμού.

Η εν λόγω Επιτροπή επανασυγκροτήθηκε το 2005 και λειτουργεί μέχρι σήμερα (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΔΥ1δ/οικ.57387/2-6-2005).

6. Η Ελληνική Νομοθεσία εναρμονίζεται με την αρ. πρωτ. Υ3δ/1510/2-7-1993 Υπουργική Απόφαση, με την αντίστοιχη κοινοτική οδηγία 91/321 ΕΟΚ «σχετικά με τα παρασκευάσματα για βρέφη και τα παρασκευάσματα δεύτερης βρεφικής ηλικίας». Έκτοτε το Υπουργείο Υγείας τροποποίησε και συμπλήρωσε την αναφερόμενη απόφαση, προκειμένου αυτή να εναρμονιστεί με νεότερες σχετικές οδηγίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (ΦΕΚ 585, 9-8-1993, τ. Β', ΦΕΚ 1040, τ. Β', 25-11-1997, ΦΕΚ 1183, τ. Β', 25-09-2000, ΦΕΚ 1478 τ. Β', 28-7-2008, ΦΕΚ 3222 τ. Β', 18-12-2013).

7. Το ίδιο έτος, μέσω της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας (Ε.Γ.Σ.Σ.Ε.) καθώς και ρυθμίσεων μεταγενέστερων Ε.Γ.Σ.Σ.Ε., οι εργαζόμενες μητέρες απέκτησαν δικαίωμα σε «άδεια θηλασμού και φροντίδας παιδιών» μετά την άδεια λοχείας, υπό την μορφή μειωμένου καθημερινού ωραρίου χωρίς μείωση αποδοχών ή συνεχόμενης ισόχρονης άδειας με αποδοχές (Γ.Σ.Ε.Ε. 2004).

8. Τα έτη 1995 και 1996 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας απέστειλε τις πρώτες εγκυκλίους προς όλα τα Μαιευτήρια, τις Μαιευτικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων τους Συλλόγους των Επαγγελματιών Υγείας και τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις της Χώρας για την προώθηση, εφαρμογή και καθιέρωση του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Α.Π. Υ3γ/οικ. 3618/09-10-1995, Α.Π. Υ3γ/οικ. 1089/20-02-1996).

9. Το 1996 καθιερώθηκε στη χώρα μας ο εορτασμός της «Παγκόσμιας Εβδομάδας μητρικού Θηλασμού», από 1-7 Νοεμβρίου κάθε χρόνο για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση, τόσο των υπευθύνων όσο και της κοινής γνώμης, για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Α.Π. Υ3γ/οικ. 3756/26-08-1996, Α.Π. Υ3γ/4320/20-09-1996). Από το Υπουργείο Υγείας κάθε χρόνο εκδίδεται εγκύκλιος με το μήνυμα της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού. Το μήνυμα της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού 2013 ήταν: «Υποστήριξη θηλασμού: Κοντά στις μητέρες» (Υπουργείο Υγείας, Α.Π. Υ1β/Γ.Π.οικ. 98372/22-10-2013).

10. Το 1997 καθιερώθηκαν εκπαιδευτικά σεμινάρια για το Μητρικό Θηλασμό (δύο φορές το χρόνο, κάθε Μάιο και Νοέμβριο του έτους) για παιδιάτρους, μαίες και άλλους επαγγελματίες υγείας, για τη δημιουργία στελεχών εκπαίδευσης στο μητρικό θηλασμό. Τα στελέχη αυτά αποτελούν πυρήνες εκπαίδευσης άλλων στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, με σκοπό την προώθηση και εφαρμογή του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Α.Π. Υ3γ/οικ. 5019/08-09-1997, Υπουργείο Υγείας, Α.Π. Υ1β/Γ.Π.οικ. 98376/22-10-2013).

11. Το 1999 ψηφίστηκε ο Ν. 2683(Δημοσιούπαλληλικός Κώδικας), στον οποίο προβλέπεται άδεια μητρότητας για τις γυναίκες που εργάζονται στο δημόσιο τομέα (ΦΕΚ 19, τ. Α', 9-2-1999).

12. Το 2004 στο Δουβλίνο, παρουσιάστηκε στο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Σχέδιο Δράσης για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη, στη σύνταξη του οποίου συμμετείχε και η χώρα μας. Αυτό περιλαμβάνει συγκεκριμένες, μεμονωμένες ή συνδυασμένες παρεμβάσεις, με στόχο τη διαμόρφωση τοπικών και εθνικών σχεδίων δράσης, καθώς και τη βελτίωση των ποσοστών (έναρξης, αποκλειστικότητας, διάρκειας) και των πρακτικών του

μητρικού θηλασμού σε όλη την Ευρώπη (Σύλλογος Πιστοποιημένων Συμβούλων Γαλουχίας Ελλάδας IBCLC α).

13. Το 2011 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναγνώρισε τα νοσοκομεία «ΑΤΤΙΚΟΝ» και Π.Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» ως τα δύο πρώτα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία στη χώρα μας (Unicef Ελλάδος 2011).

14. Από το ίδιο έτος το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού υλοποιεί, μέσω Ε.Σ.Π.Α., την Οριζόντια Πράξη «Αλκυόνη: Εθνική Πρωτοβουλία Προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού» η οποία επιδιώκει την ουσιαστική προαγωγή του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας μέσα από δράσεις που θα πραγματοποιηθούν :

➤ Εκτός των μαιευτηρίων: Προαγωγή του μητρικού Θηλασμού μέσα από παρεμβάσεις σε επαγγελματίες υγείας, οικογένειες και συγκεκριμένους κοινωνικούς εταίρους.

➤ Εντός των μαιευτηρίων: Δημιουργία συντονιστικού φορέα υποστήριξης της πρωτοβουλίας των «φιλικών προς τα βρέφη νοσοκομείων» με σκοπό την οργάνωση των ενδιαφερόμενων πλαισίων προς αυτή την κατεύθυνση, την αξιολόγησή τους και τελικά την πιστοποίησή τους (Διάγεια 2011).

6.2. Υπηρεσίες Δημόσιων Οργανισμών και ΜΚΟ για την προώθηση του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα:

1. Η τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία του Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου Αθηνών «Ελενα Βενιζέλου» για όλες τις μητέρες σε όλη την Ελλάδα (Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»).

2. Η Ευτοκία είναι μη κυβερνητικό σωματείο που ιδρύθηκε το 2001 και δραστηριοποιείται στην προώθηση του φυσιολογικού τοκετού και του μητρικού θηλασμού (Σωματείο Ευτοκία).

3. «Οι Φίλοι του Μητρικού Θηλασμού» είναι ένας εθελοντικός, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα σύλλογος που ιδρύθηκε το 2004 με σκοπό τη προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας, μέσω της οργάνωσης εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τη διοργάνωση συνεδρίων, με την ανοικτή γραμμή επικοινωνίας και ηλεκτρονικό και έντυπο υλικό (Ελληνικός κόμβος για τον θηλασμό).

4. Ο Σύλλογος Πιστοποιημένων Συμβούλων Γαλουχίας IBCLC Ελλάδος ιδρύθηκε το 2007 και από τότε έχει ασχοληθεί με την διοργάνωση ετησίων ημερίδων, την μετάφραση έντυπου υλικού και τη συμμετοχή σε εκδηλώσεις για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα και το εξωτερικό (Σύλλογος Πιστοποιημένων Συμβούλων Γαλουχίας Ελλάδας IBCLC β).

5. Ο Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδας (La Leche League Greece) εκπροσωπεί στη χώρα μας το Διεθνή Σύνδεσμο Θηλασμού, μία μη κερδοσκοπική οργάνωση που ιδρύθηκε το 1956 στις Η.Π.Α με σκοπό να προσφέρει πληροφορίες, ενθάρρυνση και υποστήριξη στις μητέρες που θέλουν να θηλάσουν τα παιδιά τους. Ο Σύνδεσμος εκπαιδεύει μητέρες για να μάθουν την τέχνη του θηλασμού και προσφέρει τις υπηρεσίες του εθελοντικά με προγραμματισμένες μηνιαίες συναντήσεις αλλά και με τηλεφωνική γραμμή επικοινωνίας με το κοινό (Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδος).

6. Το «Δίκτυο Δράσης για τη Βρεφική Διατροφή – IBFAN Ελλάδας» είναι ένας σύλλογος μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ιδρύθηκε το 2012 και υπερασπίζεται το δικαίωμα των βρεφών και των μικρών παιδιών να θηλάζουν, όπως και το δικαίωμα των γονιών να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την βρεφική διατροφή, οι οποίες θα είναι σύμφωνες με την επιστημονική γνώση και ανεξάρτητες από κερδοσκοπικούς σκοπούς (IBFAN, 2012 α).

7. Η «Αλκυόνη», ως εθνική πρωτοβουλία προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού στο πλαίσιο της υποστήριξης και της ενημέρωσης των θηλαζουσών, προσφέρει πληροφόρηση μέσω της νέας τηλεφωνικής γραμμής 10525 για το θηλασμό. Η γραμμή επικοινωνίας 10525 στελεχώνεται από έμπειρο επιστημονικό προσωπικό, μαίες και παιδιάτρους. Λειτουργεί τις εργάσιμες ημέρες 9:00 – 17:00 και παρέχει ενημέρωση σχετικά με το θηλασμό και συμβουλευτική στις θηλάζουσες (ΜΚΟ Αλκυόνη).

6.3. Δεδομένα που αφορούν τον μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα

Ο μητρικός θηλασμός έχει μελετηθεί από πολλούς επαγγελματίες υγείας τα τελευταία χρόνια. Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώθηκαν στους παράγοντες που συνέβαλαν στα χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού στη χώρα μας καθώς και στους τρόπους αντιμετώπισής τους.

Στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όσον αφορά στη χώρα μας, δεν υπάρχουν καταχωρήσεις στατιστικών στοιχείων σε σχέση με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. Παρόλα αυτά, είναι αρκετές οι μελέτες που καταδεικνύουν την επικρατούσα κατάσταση (Αντωνάκου, 2012).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 4310 Ελληνίδων μητέρων που γέννησαν σε επτά νοσοκομεία, φάνηκε ότι οι μητέρες που δεν είχαν τα βρέφη τους στο δωμάτιο (rooming – in) και οι μητέρες που είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, είχαν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να ακολουθήσουν αποκλειστικό θηλασμό, παρά τη χορήγηση μικτής διατροφής στα μαιευτήρια. Στην ίδια μελέτη η πρόθεση θηλασμού των υποψήφιων μητέρων, αγγίζει το 85%, με το 23% αυτών, να

δηλώνουν την πρόθεσή τους να θηλάσουν αποκλειστικά. Ένα μήνα μετά τον τοκετό το 79% των μητέρων εξακολουθεί να θηλάζει, ενώ το 61% θηλάζει αποκλειστικά (Bakoula et al., 2007α).

Σε συνέχεια της προηγούμενης μελέτης, τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού τον 3ο και τον 6ο μήνα της γαλουχίας βρέθηκε να είναι 37% και μόλις 17% αντίστοιχα, ενώ τα ποσοστά του θηλασμού με συμπληρωματική χορήγηση υποκατάστατων γάλακτος ήταν 52% τον 3ο μήνα και 24% τον 6ο μήνα (Bakoula, et al., 2007b).

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού προσπάθησε να καταγράψει τη συχνότητα του μητρικού θηλασμού, μελετώντας τους βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες του μητρικού θηλασμού σε αντιπροσωπευτικό δείγμα μητέρων/βρεφών από όλη την Ελλάδα, που γεννήθηκαν σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά μαιευτήρια, σύμφωνα με τις οδηγίες, που αφορούν στη διεξαγωγής τέτοιων ερευνών, του Π.Ο.Υ.

Τα αποτελέσματα της μελέτης, σε δείγμα 1187 μητέρων, έδειξαν ότι παρόλο που το 88% των μητέρων δήλωνε την πρόθεση για αποκλειστικό θηλασμό, την πρώτη ημέρα μετά τον τοκετό αποκλειστικά θηλάζε μόλις το 41%, στο τέλος της πρώτης εβδομάδας το 37%, τον τρίτο μήνα το 10% ενώ τον έκτο μήνα μόλις το 0,9% των μητέρων (Γάκη και συν., 2009).

Ενδιαφέρον έχει η μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους στο Ηράκλειο της Κρήτης σε δείγμα 942 μητέρων, η οποία είχε ως στόχο να εξετάσει τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τόσο την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει όσο και τη διάρκεια του θηλασμού. Τα ποσοστά των γυναικών που θηλάσαν τον πρώτο μήνα ήταν 60,7%, το 35,3% συνέχισε να θηλάζει για τους επόμενους 3 μήνες, το 16,7% για τους επόμενους 6 μήνες και το 4,48% συνέχισε το θηλασμό μέχρι τους 12 μήνες. Τα αντίστοιχα ποσοστά των γυναικών που θηλάσαν αποκλειστικά στα παραπάνω χρονικά διαστήματα ήταν 24,6%, 17,2%, 10,2% και 3,49% (Ladomenou et al., 2007)

Άλλη μελέτη πραγματοποιήθηκε με στόχο τον προσδιορισμό του επιπολασμού του μητρικού θηλασμού στην Αθήνα αλλά και των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει. Το δείγμα αποτέλεσαν 312 μητέρες από ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως 85% των γυναικών θηλάσαν αποκλειστικά το παιδί τους μέχρι την ημέρα που πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο. Τα ποσοστά τόσο του μερικού θηλασμού όσο και του αποκλειστικού θηλασμού μειώθηκαν στο 55% και 35% αντίστοιχα 40 ημέρες μετά τον τοκετό και στο 16% και 12% αντίστοιχα 6 μήνες μετά τον τοκετό (Theofilogiannakou et al., 2006).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 17 μαιευτήρια της χώρας σε δείγμα 938 παιδιών, γεννημένα το 2001, το ποσοστό των βρεφών που θηλάσαν ήταν 85,5%. Η πραγματική διάρκεια του θηλασμού ήταν

διαφορετική από εκείνη που οι μητέρες δήλωναν ότι προτίθενται να ακολουθήσουν. Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών ισχυρίστηκε στην αρχή ότι θα θηλάσει κυρίως για τέσσερις έως έξι μήνες (23,2%) και 12-14 μήνες (23,1%), είχε διακόψει το θηλασμό από τον τέταρτο μήνα (58,5%) και μόνο το 7,3% θηλάσσει για περισσότερο από ένα έτος.

Ο χρόνος έναρξης του θηλασμού επηρεάστηκε θετικά από τον φυσιολογικό τοκετό ($p = 0$) και τον ευχάριστο τοκετό ($p = 0,397$). Το κάπνισμα συσχετίστηκε αρνητικά με τη διάρκεια του θηλασμού ($p = 0$) και τα βρέφη των μητέρων που κάπνιζαν, θηλάσαν κυρίως για ένα με δύο μήνες (38,7%). Η πρόθεση της μητέρας να μη χρησιμοποιήσει μεικτή διατροφή στο σπίτι συσχετίστηκε θετικά με τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο ($p = 0$) (Antoniou et al., 2005)

Σε άλλη μελέτη, αναφέρεται ότι σε αντίθεση με το 96,1% των μητέρων που θηλάζουν αρχικά, το 19,1% ακολουθεί αποκλειστικό θηλασμό και σχεδόν αποκλειστικό θηλασμό το 7,2% των περιπτώσεων. Η μονοπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η νεαρή ηλικία της μητέρας, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία, ο φυσιολογικός τοκετός, το βάρος γέννησης του βρέφους >3000 g, ο αριθμός γεννήσεων, η πρόωμη έναρξη του θηλασμού, η παραμονή στο δωμάτιο και η ευαισθητοποίηση σχετικά με την ύπαρξη των κέντρων θηλασμού συσχετίστηκαν με υψηλότερα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η παραμονή στο δωμάτιο (OR 3.72, $p < 0.01$), η ελεύθερη σίτιση (OR 2.18, $p < 0.01$), το είδος του τοκετού (OR 1.61, $p < 0.01$) και η πηγή των πληροφοριών που έλαβε για το θηλασμό είναι πιο καθοριστικοί παράγοντες για αποκλειστικό θηλασμό από τις κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους. (Pechlivani et al., 2005)

Αντίστοιχα, στην έκθεση του International Baby Food Action Network της Ελλάδος (IBFAN Greece 2011) για την κατάσταση της διατροφής βρεφών και νηπίων στη χώρα μας, το 87,5 % των νεογέννητων βρεφών θηλάζουν. Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 6ο μήνα της ζωής, το ποσοστό είναι 17,7 %, ενώ μέχρι τον 12ο και 15ο μήνα της ζωής θηλάζει το 6,4 και 4 % των βρεφών αντίστοιχα.

Αντικείμενο έρευνας αποτέλεσαν επιπλέον οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 3734 Ελληνίδων μητέρων, αναφέρει ότι οι μητέρες με πρόθεση να θηλάσουν μικρό χρονικό διάστημα και οι μητέρες που είχαν γεννηθεί και μεγαλώσει στην Αττική,

είχαν περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν το θηλασμό πολύ νωρίς. Αντίθετα, μητέρες με πρόθεση να θηλάσουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών, που οι τοκετοί πραγματοποιήθηκαν φθινόπωρο ή χειμώνα, είχαν μεγαλύτερη εμπειρία στο εξωτερικό και είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, είχαν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν αποκλειστικά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Bakoula et al., 2007b).

Στην προοπτική μελέτη υποομάδων μητέρας – παιδιού που έγινε στην Κρήτη, (μελέτη «Ρέα»), εκτιμήθηκαν κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν το θηλασμό σε 1181 μητέρες και 1208 βρέφη για χρονικό διάστημα 18 μηνών μετά τον τοκετό. Θετική επίδραση στην πρόθεση θηλασμού φαίνεται ότι ασκεί το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, όπως και ο τοκετός σε ιδιωτική κλινική, σε αντίθεση με την αρνητική επίδραση της καισαρικής τομής. Όσον αφορά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, φαίνεται ότι πρώην καπνίστριες ή καπνίστριες, όπως και γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή θηλάζουν για λιγότερο χρόνο σε αντίθεση με μητέρες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μεγαλύτερη διάρκεια άδειας μητρότητας.

Τελικό συμπέρασμα της μελέτης είναι η ισχυρή αρνητική επίδραση της καισαρικής τομής και του καπνίσματος τόσο στην έναρξη όσο και στη διάρκεια του θηλασμού καθιστώντας αναγκαία την επιλογή των γυναικών υψηλού ρίσκου από την πρώιμη περίοδο της κύησης (Vassilaki et al. 2012).

Επιπλέον παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν ή να καθορίζουν τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού είναι ο τοκετός σε Φιλικό προς τα Βρέφη νοσοκομείο, η παρακολούθηση σχετικών μαθημάτων πριν τον τοκετό και η θετική πρόθεση και αντίληψη της μητέρας για το θηλασμό σε αντίθεση με τις πρώιμες αλλαγές στη διατροφή του βρέφους (Bouras et al. 2013).

7. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

Σύμφωνα με συμπεράσματα που προέρχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αν κάθε παιδί θηλάζε μέσα στην πρώτη ώρα από τη γέννηση, και έπαιρνε μόνο μητρικό γάλα τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του και συνέχιζε το θηλασμό μέχρι την ηλικία των δύο ετών, περίπου 220 000 ζωές παιδιών θα σώζονταν κάθε χρόνο (WHO, 2013).

Ειδικότερα, εκτιμάται ότι ο μη-αποκλειστικός θηλασμός τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του, οδηγεί σε 1,4 εκατομμύρια θανάτους και 10% των ασθενειών σε παιδιά μικρότερα των 5 χρόνων (WHO, 2009 -a).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, λιγότερο από το 40% των βρεφών κάτω των έξι μηνών θηλάζουν αποκλειστικά. Η επαρκής παροχή συμβουλών και υποστήριξη του θηλασμού είναι απαραίτητα για τις

μητέρες και τις οικογένειες για να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν τη βέλτιστη πρακτική του θηλασμού(WHO, 2013).

Στις χώρες της Ευρώπης για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μεταξύ της Αυστρίας, Βοσνίας Ερζογοβίνης, Φυρόμ, Ρουμανίας και Σερβίας, Ηνωμένου Βασιλείου και Βόρειας Ιρλανδίας, της Μολδαβίας και της Ουκρανίας, τα ποσοστά των μητέρων που έχουν θηλάσει κυμαίνονται από 76% (Ηνωμένο Βασίλειο και Βόρειος Ιρλανδία) μέχρι 95,6 % (Ουκρανία).

Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 4^ο μήνα της ζωής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 23,4 % (Σερβία) έως 57,2 % (Μολδαβία).

Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 6^ο μήνα της ζωής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 9,7 % (Αυστρία) έως 45,5 % (Μολδαβία).

Στη συνέχιση του θηλασμού μέχρι το 1^ο έτος της ζωής τα ποσοστά κυμαίνονται από 22,4% (Σερβία) έως 44,8% (Fyrom).

Στη συνέχιση του θηλασμού μέχρι το 2^ο έτος της ζωής τα ποσοστά κυμαίνονται από 2,4% (Μολδαβία), έως 21,9% (Fyrom) (WHO, 2009 - b).

Στις χώρες της Αφρικής για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μεταξύ, του Κονγκό, της Αιθιοπίας, της Αιγύπτου, της Γκάνα, της Κένυας, της Μαυριτανίας, της Μοζαμβίκης, της Νιγηρίας, της Ρουάντα, της Νότιας Αφρικής, της Σομαλίας, της Τυνησίας, της Ουγκάντας, της Ζάμπια και της Ζιμπάμπουε, τα ποσοστά των μητέρων που έχουν θηλάσει κυμαίνονται από 81,5% έως 98,2% με το χαμηλότερο ποσοστό να το κατέχει η Νότιος Αφρική και το υψηλότερο η Ουγκάντα.

Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 4^ο μήνα της ζωής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 8,2% (Τυνησία), έως 93% (Ρουάντα).

Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 6^ο μήνα της ζωής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 6,2 % (Τυνησία), έως 88,4% (Ρουάντα).

Στη συνέχιση του θηλασμού μέχρι το 1^ο έτος της ζωής τα ποσοστά κυμαίνονται από 48,1% (Τυνησία), έως 96,4% (Ρουάντα).

Στη συνέχιση του θηλασμού μέχρι το 2^ο έτος της ζωής τα ποσοστά κυμαίνονται από 15,4% (Τυνησία), έως 77,1% (Ρουάντα) (WHO, 2009 - b).

Στις χώρες της Αμερικής για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μεταξύ της Βολιβίας, του Καναδά, της Κούβας, της Γουατεμάλας, της Τζαμάικα, του Μεξικό, του Περού, της Παραγουάης και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, τα ποσοστά των μητέρων

που έχουν θηλάσει κυμαίνονται από 73,9% έως 98,5% με το χαμηλότερο ποσοστό να το κατέχουν οι ΗΠΑ και το υψηλότερο το Περού.

Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 4^ο μήνα της ζωής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 21,4% (Τζαμάικα) έως 76% (Βολιβία).

Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 6^ο μήνα της ζωής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 13,6% (ΗΠΑ) έως 69% (Περού).

Στη συνέχιση του θηλασμού μέχρι το 1^ο έτος της ζωής τα ποσοστά κυμαίνονται από 24,7% (Κούβα), έως 81,5% (Βολιβία).

Στη συνέχιση του θηλασμού μέχρι το 2^ο έτος της ζωής τα ποσοστά κυμαίνονται από 7,8% (Παραγουάη), έως 47,4% (Γουατεμάλα) (WHO, 2009 - b).

Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου Ασθένειας και Πρόληψης (CDC), το 76,9 % των μητέρων το 2009 άρχισαν τον θηλασμό αμέσως μετά τη γέννηση. Το ποσοστό θηλασμού μέχρι τον 6^ο μήνα άγγιξε την ίδια χρονιά το 47,2 %, ωστόσο λιγότερο από το 15% αυτών των μητέρων θήλασαν αποκλειστικά αυτούς τους μήνες. Το ποσοστό δε των μητέρων που θήλασαν μέχρι τον 12^ο μήνα, αγγίζει το 25 %.

Ο εθνικός στόχος είναι να αυξηθεί το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν τα παιδιά τους, κατά την επιλόγειο περίοδο, σε ποσοστό 81,9% το 2020 και αντίστοιχα μέχρι την ίδια χρονιά να αυξηθεί στο 60,6% το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν τα βρέφη μέχρι τον 6ο μήνα, το 25,5 % του ποσοστού αυτού να αφορά τον αποκλειστικό θηλασμό μέχρι τον 6ο μήνα και το 46,2 % μέχρι τον 3ο μήνα της ζωής του βρέφους.

Τον στόχο αυτό υποστηρίζουν πληθώρα κρατικών νόμων των ΗΠΑ που θεσπίστηκαν για την προώθηση του μητρικού θηλασμού αλλά και τη διευκόλυνση της μητέρας να θηλάσει το παιδί της. Πιο συγκεκριμένα, σαράντα πέντε πολιτείες, η Περιφέρεια της Κολούμπια και οι Παρθένες Νήσοι διαθέτουν ειδικούς νόμους, οι οποίοι επιτρέπουν στις γυναίκες να θηλάζουν σε οποιονδήποτε δημόσιο ή ιδιωτικό χώρο.

Είκοσι οκτώ πολιτείες, η Περιφέρεια της Κολούμπια και οι Παρθένες Νήσοι εξαιρούν τον θηλασμό από τους νόμους περί προσβολής της δημόσιας αιδούς.

Είκοσι τέσσερις πολιτείες, η Περιφέρεια της Κολούμπια και το Πουέρτο Ρίκο έχουν νομοθεσία σχετική με τον θηλασμό στο χώρο εργασίας.

Δώδεκα πολιτείες και το Πουέρτο Ρίκο εξαιρούν από την ένορκη διαδικασία τις μητέρες που βρίσκονται σε περίοδο θηλασμού.

Πέντε πολιτείες και το Πουέρτο Ρίκο έχουν ήδη εφαρμόσει και προωθήσει την ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαιδευτικής καμπάνιας σχετικά με τον θηλασμό.

Αρκετές πολιτείες διαθέτουν ξεχωριστούς νόμους σχετικούς με τον θηλασμό. Για παράδειγμα, η Βιρτζίνια επιτρέπει στις γυναίκες να θηλάζουν σε οποιοδήποτε σημείο ή χώρο, ο οποίος αποτελεί ιδιοκτησία του κράτους.

Το Πουέρτο Ρίκο απαιτεί από εμπορικά κέντρα, αεροδρόμια, δημόσιες υπηρεσίες και άλλες επιλεγμένες τοποθεσίες να διαθέτουν προσβάσιμους χώρους, ειδικά σχεδιασμένους, για ειδικές καταστάσεις, όπως είναι ο θηλασμός και η αλλαγή πάνας, οι οποίοι θα είναι ξεχωριστοί από τον χώρο της τουαλέτας (CDC, 2012).

Στον Καναδά, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της χώρας, στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 6^ο μήνα της ζωής ή και μέχρι τον 7^ο μήνα για το έτος 2010, κυμάνθηκε στο 25,9 % (17,6 % έως τον 6^ο μήνα και 8,3 % έως τον 7^ο). Το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν αποκλειστικά το βρέφος μέχρι τον έκτο ή και τον 7^ο μήνα, αυξάνεται σταδιακά από 17,3 % το 2003, 20,3 % το 2005 και 23,1 % το 2008 (Health Canada, 2010).

Στην Αυστραλία σύμφωνα με την αναφορά του Australian Institute of Health and Welfare (2010), αναφέρεται ότι το 96 % των μητέρων θηλάζουν τα νεογέννητα βρέφη τους. Το ποσοστό των μητέρων αυτών που θηλάζουν αποκλειστικά τα βρέφη μέχρι το τέλος του πρώτου μήνα πέφτει στο 61%, ενώ μειώνεται σημαντικά στο 15% για τις μητέρες που θηλάζουν αποκλειστικά μέχρι τον 6ο μήνα (Australian Institute of Health and Welfare, 2010).

Στις χώρες της Ασίας για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μεταξύ του Αζερμπαϊτζάν, του Αφγανιστάν του Μπαγκλαντές, της Δημοκρατίας της Κορέας, της Ινδίας, του Ιράκ, του Καζακστάν, του Λιβάνου, της Μογγολίας, του Νεπάλ, του Πακιστάν, των Φιλιππίνων, της Μολδαβίας, της Σιγκαπούρης, της Τουρκίας και του Βιετνάμ, τα ποσοστά των μητέρων που έχουν θηλάσει κυμαίνονται από 85,2% έως 98,4% με το χαμηλότερο ποσοστό να το κατέχει το Αζερμπαϊτζάν και το υψηλότερο το Νεπάλ.

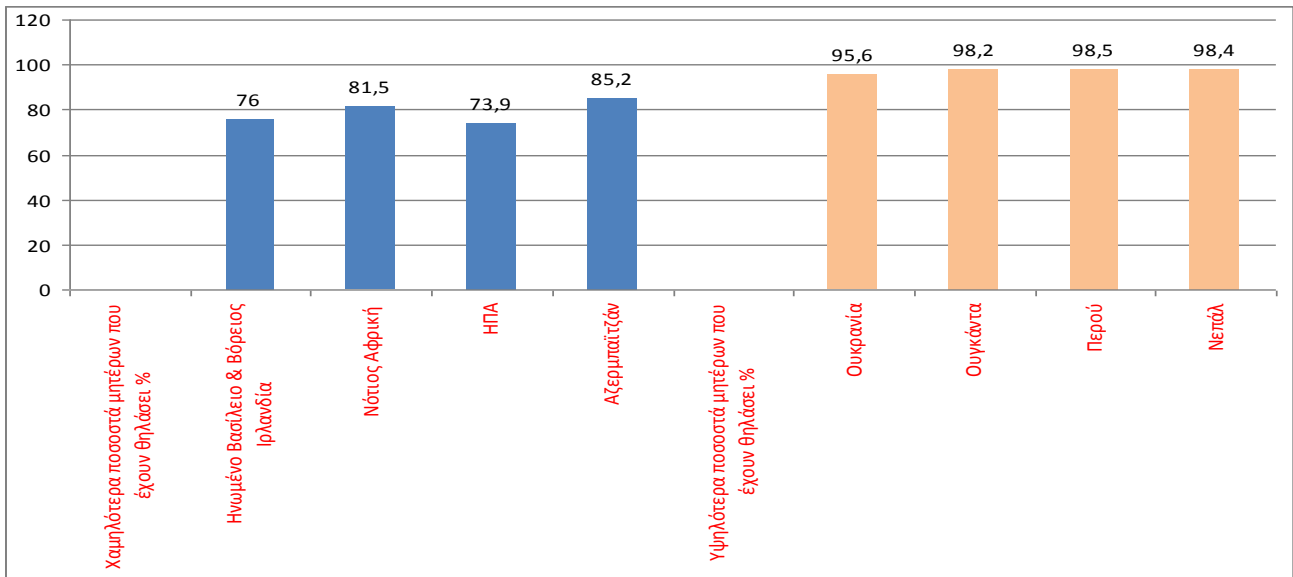
Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 4^ο μήνα της ζωής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 7% (Σιγκαπούρη) έως 69,8% (Νεπάλ).

Στη διατροφή μέσω αποκλειστικού θηλασμού έως τουλάχιστον τον 6^ο μήνα της ζωής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 11,5% (Υεμένη) έως 65,1% (Μπαγκλαντές).

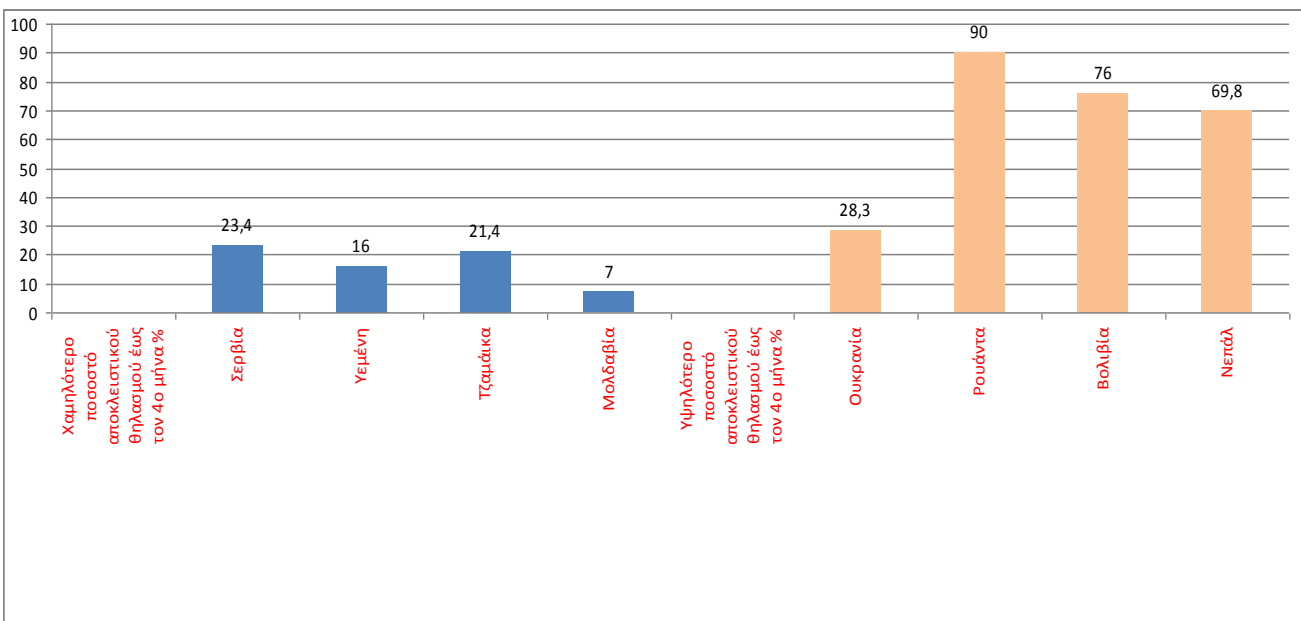
Στη συνέχιση του θηλασμού μέχρι το 1^ο έτος της ζωής τα ποσοστά κυμαίνονται από 57,1% (Καζακστάν), έως 97,5% (Νεπάλ).

Στη συνέχιση του θηλασμού μέχρι το 2^ο έτος της ζωής τα ποσοστά κυμαίνονται από 16,2 % (Αζερμπαϊτζάν και Καζακστάν), έως 95% (Νεπάλ)(WHO 2009 – b)

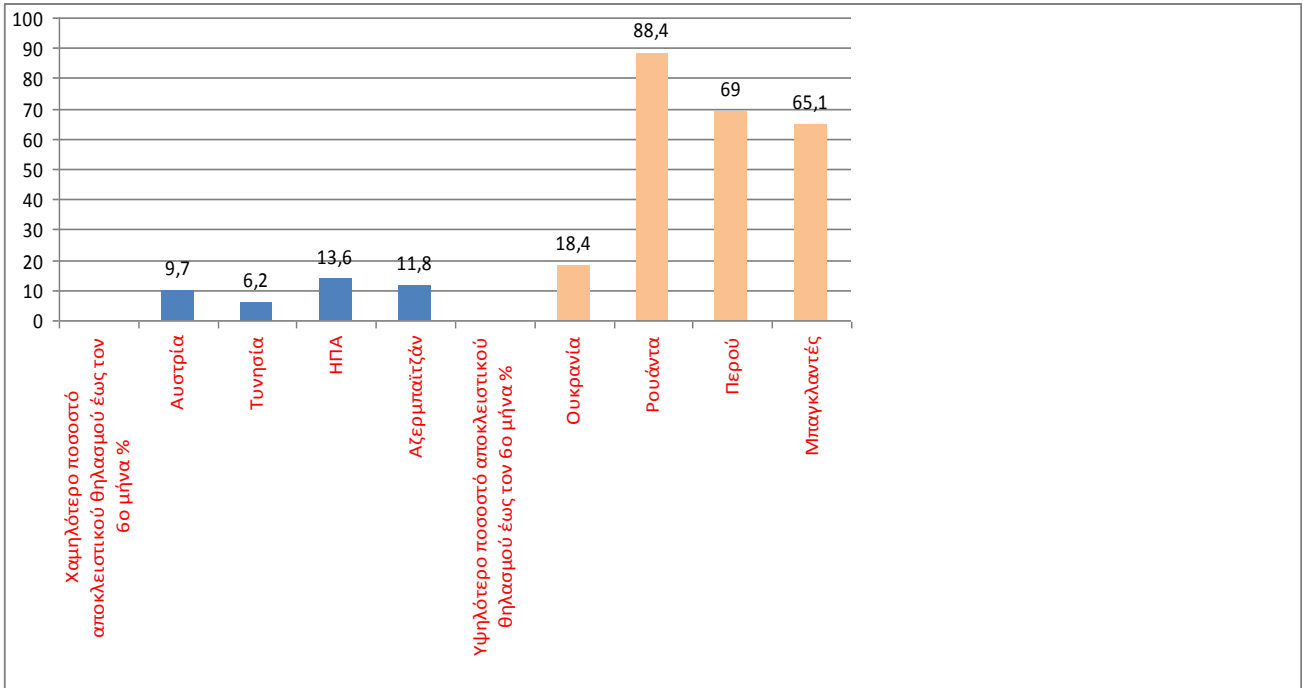
Γράφημα 1: Ενδεικτική παρουσίαση χωρών ανά ήπειρο στον κόσμο με τα χαμηλότερα και τα υψηλότερα ποσοστά θηλασμού



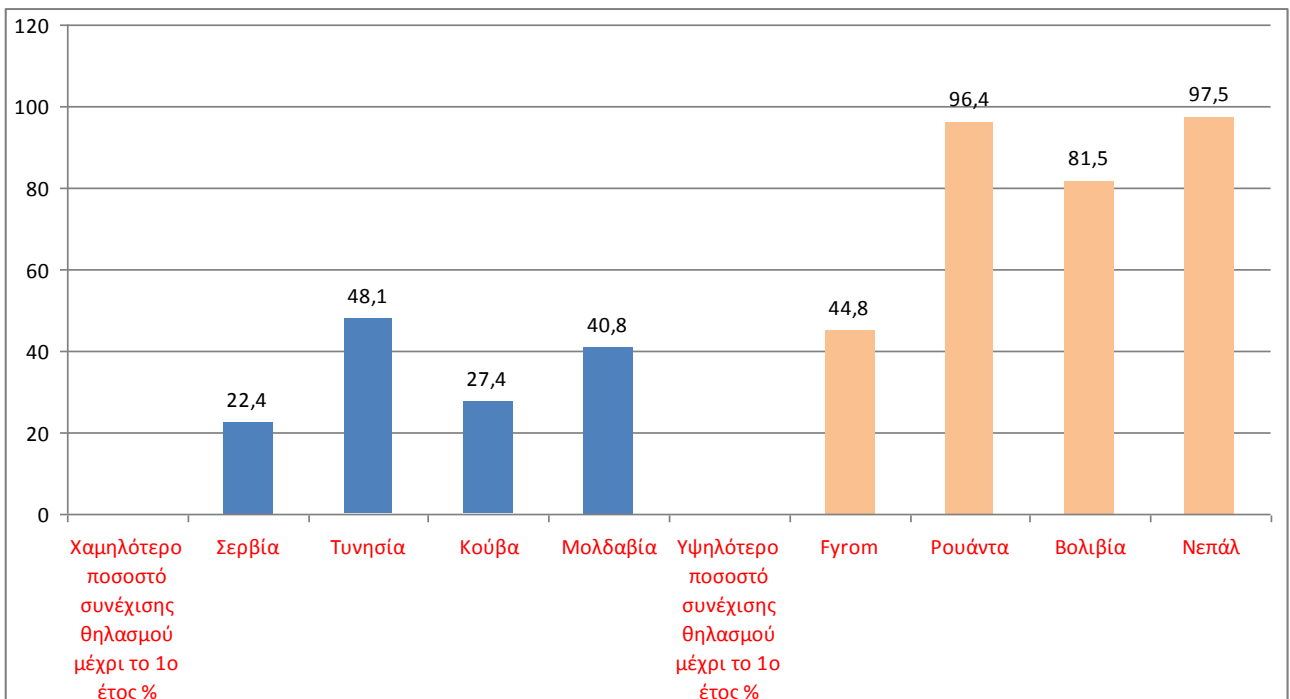
Γράφημα 2: Ενδεικτική παρουσίαση χωρών ανά ήπειρο στον κόσμο με τα χαμηλότερα και τα υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού έως τον 4ο μήνα της ζωής



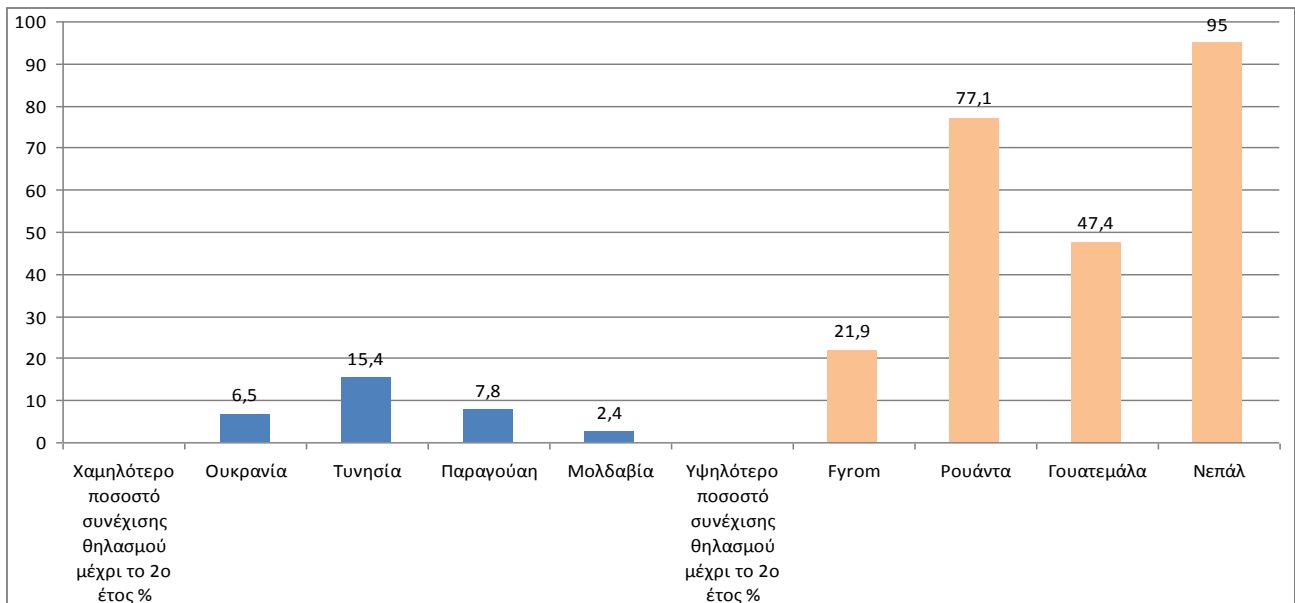
Γράφημα 3: Ενδεικτική παρουσίαση χωρών ανά ήπειρο στον κόσμο με τα χαμηλότερα και τα υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού έως τον 6ο μήνα της ζωής



Γράφημα 4: Ενδεικτική παρουσίαση χωρών ανά ήπειρο στον κόσμο με τα χαμηλότερα και τα υψηλότερα ποσοστά συνέχισης του θηλασμού έως τον 1ο χρόνο της ζωής



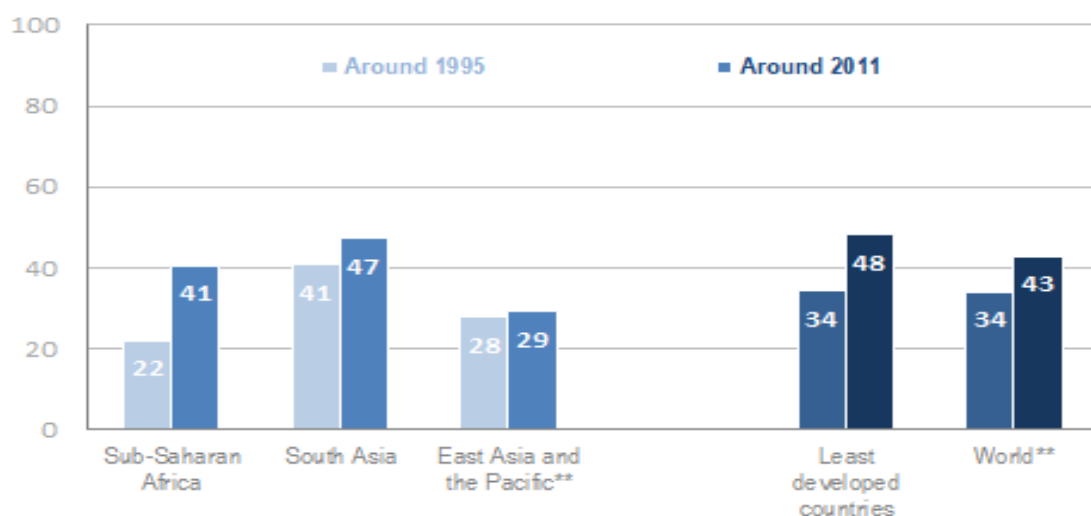
Γράφημα 5: Ενδεικτική παρουσίαση χωρών ανά ήπειρο στον κόσμο με τα χαμηλότερα και τα υψηλότερα ποσοστά συνέχισης του θηλασμού έως το 2ο χρόνο της ζωής



Οι τιμές του αποκλειστικού θηλασμού έχουν αυξηθεί στις περισσότερες περιοχές του κόσμου όπως φαίνεται στα γραφήματα 6 και 7.

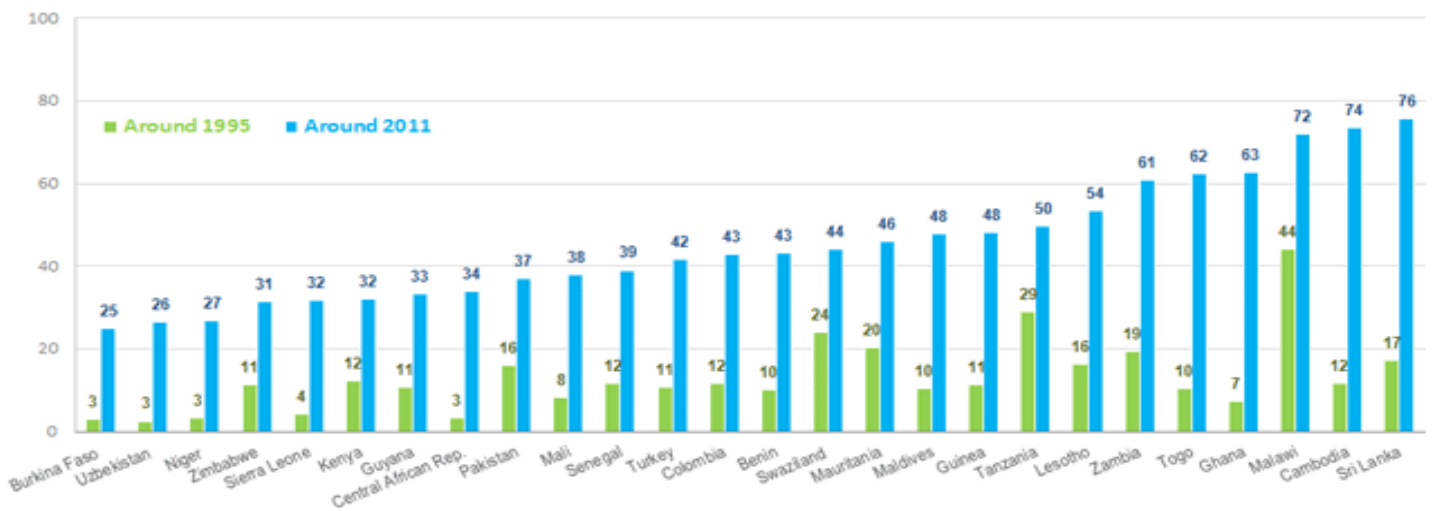
Ωστόσο η πρόοδος στον αποκλειστικό θηλασμό σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν μέτρια. Τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού έχουν αυξηθεί κατά περισσότερο από 20 % από το 1995 έως το 2011, αγγίζοντας το 34% έως 43%, αντίστοιχα τις δύο χρονιές. Είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό το γεγονός της σχεδόν κατά 50% αύξησης του ποσοστού του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στην υποσαχάρια Αφρική που κυμάνθηκε από 22% έως 41% κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

Γράφημα 6: Ποσοστό βρεφών ηλικίας κάτω των έξι μηνών που θήλασαν αποκλειστικά, από το 1995 έως το 2011 εξαιρουμένης της Κίνας λόγω έλλειψης δεδομένων



Πηγή: UNICEF global databases 2012, from Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), Demographic Health Surveys (DHS) and other national surveys.

Γράφημα 7: Ποσοστό βρεφών ηλικίας κάτω των έξι μηνών που θηλάζουν αποκλειστικά, γύρω στο 1995-περίπου 2011

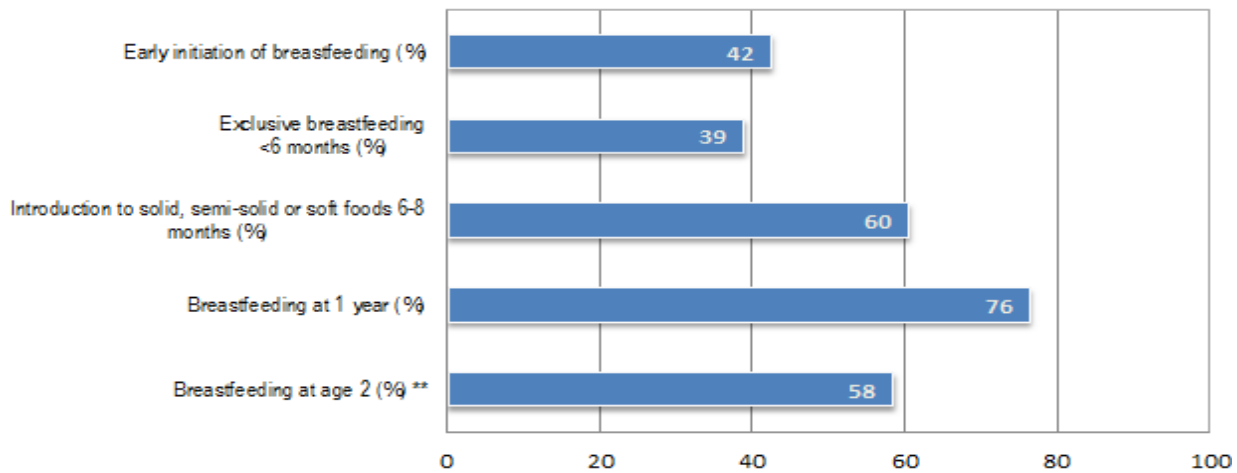


Πηγή: UNICEF global databases 2012, from MICS, DHS and other national surveys.

Όπως φαίνεται στο γράφημα 8, το 60% των παιδιών 6-8 μηνών στον κόσμο, λαμβάνουν παράλληλα στερεές, ημι-στερεές ή μαλακές τροφές ενώ θηλάζουν. Ένα σημαντικό ζήτημα είναι ότι η ποιότητα των τροφίμων που λαμβάνονται είναι συχνά ανεπαρκής και δεν παρέχει επαρκή πρωτεΐνη, λίπος ή άλλα θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα για τη βέλτιστη ανάπτυξη και εξέλιξη.

Έτσι, η ικανοποίηση των αναγκών για την ελάχιστη απαιτούμενη διατροφική ποιότητα είναι μια πρόκληση σε πολλά μέρη του αναπτυσσόμενου κόσμου, και σ αυτό δεν έχει δοθεί η απαιτούμενη έμφαση. Εκτός από την ποιότητα του ίδιου του τροφίμου, τα παιδιά δεν μπορούν να λαμβάνουν συμπληρωματικές τροφές στη σωστή ηλικία (συνήα τις λαμβάνουν είτε πολύ νωρίς είτε πολύ αργά), ή δεν είναι δυνατό να τρέφονται αρκετά συχνά κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Γράφημα 8: Παγκόσμια μέσοι όροι των βασικών δεικτών τροφοδοσίας (%) 2007-2011



Πηγή: UNICEF global databases 2012, from MICS, DHS and other national surveys.

Όπως επίσης φαίνεται στο γράφημα 8, υπάρχουν χαμηλά ποσοστά έναρξης του μητρικού θηλασμού μέσα στην πρώτη ώρα από τη γέννηση (μόνο 42% των μωρών), όπως επίσης της έγκαιρης και συμπληρωματικής διατροφής (μόνο 60%), σε συνδυασμό με τη συνέχιση του θηλασμού μετά τους έξι μήνες (μόνο 76% μέχρι τον πρώτο χρόνο και 58% μέχρι τα 2 χρόνια) (UNICEF, 2012 - b).

Αποδεικτικά στοιχεία από διάφορες χώρες δείχνουν ότι οι σημαντικές αυξήσεις στα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού συχνά συνδέονται με την ύπαρξη αποτελεσματικών ρυθμιστικών πλαισίων και κατευθυντήριων γραμμών, και όταν ολοκληρωμένες προγραμματικές προσεγγίσεις βρίσκονται σε εξέλιξη. Κατά τα τελευταία 5-10 χρόνια, για παράδειγμα, 23 χώρες έχουν καταγράψει αύξηση της τάξης των 20 ποσοστιαίων μονάδων ή και περισσότερο στα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.

Η υλοποίηση προγραμμάτων μεγάλης κλίμακας στις χώρες αυτές είναι βασισμένες στις εθνικές πολιτικές και συχνά καθοδηγούνται από την Παγκόσμια Στρατηγική για τη βρεφική και παιδική διατροφή, μιας κοινής δράσης του ΠΟΥ και της UNICEF, η οποία προωθεί την υιοθέτηση και την εφαρμογή των εθνικής νομοθεσίας σχετικά με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και προστασίας της μητρότητας για εργαζόμενες γυναίκες.

Περαιτέρω δράσεις που περιέχονται στη στρατηγική αυτή είναι η εξασφάλιση ότι ο θηλασμός ξεκινά στον τόπο της γέννησης, η ανάπτυξη ικανοτήτων των εργαζομένων στην υγεία να προσφέρουν συμβουλευτική για τη διατροφή του βρέφους και του παιδιού, η ανάπτυξη υποστηρικτικών ομάδων στην κοινότητα από μητέρα-σε-μητέρα, η οποία συνοδεύεται από επικοινωνιακές στρατηγικές για την προώθηση του θηλασμού, χρησιμοποιώντας πολλαπλά κανάλια και μηνύματα προσαρμοσμένα στο εκάστοτε τοπικό πλαίσιο (UNICEF, 2012 -a).

Για την εφαρμογή της Παγκόσμιας Στρατηγικής για τη βρεφική και παιδική διατροφή που προωθούν ο ΠΟΥ και η UNICEF διενεργούνται οι εξής δέκα διαφορετικές και παράλληλες δράσεις:

1. Εθνική Πολιτική, Προγραμματισμός και Συντονισμός. Όλες οι χώρες που υιοθετούν την Παγκόσμια Στρατηγική υποχρεούνται να διαθέτουν μια πολιτική ολοκληρωμένη σχετικά με τη διατροφή των βρεφών και των μικρών παιδιών και έναν εθνικό συντονιστή για τον μητρικό θηλασμό σε κάθε κράτος.

2. Ίδρυση Νοσοκομείων Φιλικών προς τα Βρέφη. Στα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία, παρέχονται σε όλες τις μητέρες και τα μωρά φροντίδες σε όλα τα στάδια της εγκυμοσύνης αλλά και κατά και μετά τη γέννα υποστηρίζοντας τον μητρικό θηλασμό και παρέχοντας τις καλύτερες προδιαγραφές για να είναι ο μητρικός θηλασμός επιτυχής.

3. Θεσπίση και υιοθέτηση του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Ο Κώδικας αποσκοπεί στον έλεγχο της αγοράς και της προώθησης των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος αλλά και στην προστασία και στην προώθηση του μητρικού θηλασμού.

4. Προστασία της μητρότητας. Η διακοπή του θηλασμού αποδίδεται συνήθως στην επιστροφή στην εργασία. Η προσπάθεια που γίνεται αποσκοπεί στο να θεσπίσουν τα κράτη νόμους ώστε να χορηγείται στις μητέρες επαρκής άδεια μητρότητας με αποδοχές δίνοντάς τους τη δυνατότητα να θηλάσουν αποκλειστικά για τουλάχιστον 6 μήνες, αλλά και να συνεχίσουν τον θηλασμό επιστρέφοντας στην εργασία τους.

5. Σύστημα Υγείας και Διατροφικής Φροντίδας. Συμπεριλαμβάνει όλους τους επαγγελματίες υγείας καθώς και τις υπηρεσίες υγείας και τις υπηρεσίες διατροφής ώστε να παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα υγείας και διατροφής στις μητέρες και τα μωρά αφού γυρίσουν στο σπίτι από το μαιευτήριο.

6. Υποστήριξη μητέρων και κοινωνική προσφορά. Σε όλο τον κόσμο δημιουργούνται και εξαπλώνονται ομάδες υποστήριξης μητέρων που εργάζονται με διάφορους τρόπους για την υποστήριξη αυτή. Μητέρες συναντιούνται βοηθώντας η μία την άλλη και καθώς ανταλλάσσουν τις εμπειρίες τους ξεπερνούν τις υπάρχουσες δυσκολίες τους.

7. Μητρικός θηλασμός και ιός του AIDS (HIV). Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι αν ένα μωρό θηλάζει αποκλειστικά, η μετάδοση του ιού είναι λιγότερη πιθανή από ό, τι αν το μωρό τρέφεται εν μέρει με μητρικό γάλα και εν μέρει με άλλο γάλα.

8. Ο μητρικός θηλασμός των βρεφών κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Οι χώρες ενθαρρύνονται στη θέσπιση σχεδίων ετοιμότητας για έκτακτες ανάγκες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η πρόσκληση συμβούλων για το μητρικό θηλασμό, που να είναι διαθέσιμοι να βοηθήσουν τους εργαζόμενους στη φροντίδα των μωρών σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

9. Διάδοση της πληροφόρησης. Για να κάνουν οι μητέρες επιλογές για το θηλασμό, είναι ζωτικής σημασίας να έχουν ακριβείς, κατάλληλες και επαρκείς πληροφορίες. Οι ομάδες που υποστηρίζουν την

προώθηση, την προστασία και την υποστήριξη του θηλασμού είναι απαραίτητο να παρέχουν ακριβείς πληροφορίες, να εκπαιδεύουν και να ενημερώνουν για θέματα σχετικά με το θηλασμό - και θα πρέπει να αναπτύξουν μία πολιτική για να το πετύχουν.

10. Παρακολούθηση και αξιολόγηση. Η βελτίωση όλων των προγραμμάτων που εφαρμόζονται απαιτεί να υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης, εκτίμησης και συνεχούς αξιολόγησής τους (UNICEF 2012 – γ).

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο μητρικός θηλασμός είναι αναμφισβήτητη ιδανικότερη τροφή για τα βρέφη, συμβάλλοντας στην υγιή ανάπτυξη τους τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Παρέχει θρεπτικά ισορροπημένη διατροφή ενισχύοντας το ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους, προστατεύοντας το από λοιμώξεις, αλλεργικά, και χρόνια νοσήματα. Παράλληλα δρα προστατευτικά στην υγεία της μητέρας, μειώνοντας τον κίνδυνο προσβολής από χρόνια και κακοήθη νοσήματα.

Ο υποσιτισμός είναι υπεύθυνος, άμεσα ή έμμεσα για το ένα τρίτο περίπου των θανάτων μεταξύ των παιδιών κάτω των πέντε ετών. Πάνω από τα δύο τρίτα αυτών των θανάτων, που συχνά συνδέονται με ακατάλληλες διατροφικές πρακτικές, συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής.

Ο Π.Ο.Υ. συστήνει αποκλειστικό θηλασμό μέχρι τον 6ο μήνα και συνέχιση του θηλασμού με συμπληρωματικές τροφές μέχρι τον δεύτερο χρόνο ή και περισσότερο (W.H.O. 2001). Παρά τις συστάσεις του Π.Ο.Υ., τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού διεθνώς παραμένουν χαμηλά, συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας

Στην χώρα μας, από μελέτες, εκτιμάται ότι οι μητέρες ενώ αρχικά θηλάζουν σε ποσοστό 80% (πρώτος μήνας), τον εγκαταλείπουν σε μεγάλη πλειοψηφία στο πρώτο εξάμηνο (ποσοστό θηλασμού στο 4%), ενώ το ποσοστό αυτό σχεδόν μηδενίζεται στο πρώτο έτος (1%). Τα ποσοστά αυτά απέχουν πολύ από τους επιθυμητούς στόχους, όπως π.χ. αυτοί έχουν εκφραστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που συνιστά αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους 6 μήνες ζωής.

Τα πολύ χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού πιθανόν να αποδίδονται στο σύγχρονο τρόπο ζωής των Ελληνίδων μητέρων, στην εργασία, στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, στην ηλικία και στην έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Bouras et al. 2013, Vassilaki et al. 2012, Bakoula et al. 2007α, Bakoula et al. 2007b, Antoniou et al. 2005, Pechlivani et al. 2005).

Η διατροφή και η φροντίδα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής είναι τόσο ζωτικής σημασίας για τη διαβίωση υγεία και ευεξία. Στη βρεφική ηλικία, κανένα δώρο δεν είναι πιο πολύτιμο από το θηλασμό.

Ωστόσο, σε παγκόσμιο επίπεδο, σχεδόν ένα στα τρία βρέφη θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους.

Θεωρείται, λοιπόν, αναγκαία η λήψη και η εφαρμογή μέτρων σε επίπεδο κοινότητας-οικογένειας προκειμένου να καλλιεργηθεί από τη νεαρή ηλικία η ιδέα του μητρικού θηλασμού και να υποστηριχθεί από τους αρμόδιους φορείς.

Παράλληλα, είναι αναγκαία η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα θηλασμού και η αλλαγή φιλοσοφίας της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας υπέρ του θηλασμού στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Όλα τα μέτρα μπορούν να υλοποιηθούν ευκολότερα, όταν υπάρχει και κρατική δέσμευση για την προώθηση και την προαγωγή του μητρικού θηλασμού εφαρμόζοντας την ήδη υπάρχουσα νομοθεσία και δημιουργώντας νέα πλαίσια στήριξης του θηλασμού. (Ηλιάδη και συν., 2009)

Η παγκόσμια στρατηγική για τη διατροφή του βρέφους και του παιδιού βασίζεται στο σεβασμό, την προστασία, τη διευκόλυνση και την εκπλήρωση των αποδεκτών αρχών των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η διατροφή είναι ένα κρίσιμο, διεθνώς αναγνωρισμένο συστατικό του δικαιώματος του παιδιού να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Τα παιδιά έχουν το δικαίωμα σε επαρκή διατροφή και πρόσβαση σε ασφαλή και θρεπτική τροφή, καθώς και τα δύο είναι απαραίτητα για την εκπλήρωση του δικαιώματος για την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας.

Οι γυναίκες, με τη σειρά τους, έχουν το δικαίωμα για τη σωστή διατροφή, να αποφασίσουν πώς να ταΐσουν τα παιδιά τους και σε συνθήκες πλήρους πληροφόρησης να εκτελούν τις αποφάσεις τους (WHO 2003).

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ:

American Academy of Pediatrics (2005), "Policy Statement: Breastfeeding and the use of human milk", *Pediatrics*, Vol 115, No 2.

American Academy of Pediatrics, (2006 a), *Medications and Breastfeeding. Breastfeeding Handbook for Physicians* p. 173-185

American academy of Pediatrics, ACOG . Breastfeeding Handbook for Physicians 2006 b, Who can and cannot breastfeed? pp 37-43.

American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human breast milk. *Pediatrics* Sept 2001; vol 108, no3

Anonymus, (1994), "A worm chain for breastfeeding (Editorial)", *Lancet*;344:1239-41)

Antoniou, E., Daglas, M., Iatrakis, G., Kourounis, G., Greatsas, G. (2005), "Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Greece", *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 32(1):37-40.

Αντωνάκου, Α. (2012), «Η σύσταση του μητρικού γάλακτος Ελληνίδων μητέρων και πώς αυτή επηρεάζεται από τη διατροφή τους πρώτους έξι μήνες της γαλουχίας», PhD Thesis, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Bakoula, C., Nicolaidou, P., Veltsista, A., Prezerakou, A., Moustaki, M., Kavadias, G., Lazaris, D., Fretzayas, A., Krikos, X., Karpathios, T., Matsaniotis, N. (2007 a), "Does exclusive breastfeeding increase after hospital discharge? A Greek study", *Journal of Human Lactation*, 23(2):165-73; quiz 174-8.

Bakoula, C., Veltsista, A., Prezerakou, A., Moustaki, M., Fretzayas, A., Nicolaidou, P. (2007 b), "Working mothers breastfeed babies more than housewives", *Acta Paediatrica, International Journal of Pediatrics*, 96(4):510-5.

Bachrach, V., Schwarz, E., Bachrach, LR. (2003), "Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(3): 237-243.

Bouras, G., Bourna, P., Bournas, N., Christodoulou, C., Daskalaki, A., Tasiopoulou, I., Poullos, A. (2013) «Mothers' expectations and other factors affecting breastfeeding at six months in Greece», *Journal of Child Health Care*, 17(4):387-96. doi: 10.1177/1367493512468358.

Γάκη, Ε., Παπαμιχαήλ, Δ., Σαραφίδου, Γ., Παναγιωτόπουλος, Τ., Αντωνιάδου, Ι. (2009), *Εθνική Μελέτη Συχνότητας Και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού*. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού & Τομέας Υγείας του Παιδιού Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Αθήνα

Δικτυακός τόπος ΑΛΚΥΟΝΗ Μητρικός Θηλασμός: <http://www.mitrikosthilasmos.com>. Έναρξη λειτουργίας τηλεφωνικής γραμμής. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mitrikosthilasmos.com/2013/10/telefoniki-grammi-thilasmou.html> 17/12/2013

Δικτυακός τόπος Australian Institute of Health and Welfare: <https://www.aihw.gov.au/> (2010) New report highlights Australian breastfeeding patterns. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.aihw.gov.au/media-release-detail/?id=10737420970> 6/12/2013

1. Δικτυακός τόπος Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <http://www.cdc.gov/> (2012) Breastfeeding Report Card—United States, 2012. Διαθέσιμοστηνιστοσελίδα:
<http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard/reportcard2012.htm> 5/12/13

Δικτυακός τόπος Γ.Σ.Ε.Ε. : <http://www.gsee.gr/> (1993), Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας Έτους 1993. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.gsee.gr/userfiles/file/EGSSE/egsse1993.pdf 17/12/2013

Δικτυακός τόπος Γ.Σ.Ε.Ε.: <http://www.gsee.gr/> (2002)Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας Ετών 2002 και 2003. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.gsee.gr/userfiles/file/EGSSE/egsse2002-2003.pdf 17/12/2013

Δικτυακός τόπος Γ.Σ.Ε.Ε. : <http://www.gsee.gr/> (2004), Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας Ετών 2004 και 2005. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.gsee.gr/userfiles/file/EGSSE/egsse2004-2005.pdf 17/12/2013

Δικτυακός τόπος ΔΙΑΥΓΕΙΑ: <http://diavgeia.gov.gr/> Ένταξη της Οριζόντιας Πράξης "ΑΛΚΥΟΝΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" με κωδικό MIS 346817 << Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού >>. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://static.diavgeia.gov.gr/doc/4%CE%918%CE%9E%CE%98-9%CE%986> 29/11/2013

Δικτυακός τόπος Ελληνικού Κόμβου για τον Θηλασμό: <http://www.thilasmus.net/> (2004) Οι φίλοι του Μητρικού Θηλασμού. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.thilasmus.net/filoi.html> 29/11/2013

Δικτυακός τόπος Σωματείου ΕΥΤΟΚΙΑ: www.eutokia.gr/Σκοπός. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:<http://www.eutokia.gr/%cf%83%ce%ba%ce%bf%cf%80%cf%8c%cf%82> 29/11/2013

Δικτυακός τόπος Νοσοκομείου –Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου»: <http://www.hospital-elena.gr/> Μητρικός Θηλασμός. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.hospital-elena.gr/klinikes/thilasmus.html> 29/11/2013

Δικτυακός τόπος Health Canada: www.hc-sc.gc.ca (2010) Breastfeeding initiation in Canada: Key Statistics and Graphics (2009 – 2010). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/exclusive-exclusif-eng.php> 5/12/2013

Δικτυακός τόπος International Baby Food Action Network - IBFANEλλάδας: <http://ibfan.gr/> (2012),Τι είναι ο Διεθνής Κώδικας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ibfan.gr/%CE%B4%CE%B9%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83-%CE%BA%CF%89%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%83/%CF%84%CE%AF-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%BF-%CE%B4%CE%B9%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%AE%CF%82-%CE%BA%CF%8E%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%82/>

Δικτυακός τόπος InternationalBabyFoodActionNetwork - IBFAN Ελλάδα: <http://ibfan.gr/>(2012) Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ibfan.gr/%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%B1-%CE%B2%CF%81%CE%AD%CF%86%CE%B7/%CF%84%CE%B1-%CE%B4%CE%AD%CE%BA%CE%B1-%CE%B2%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-unicef/>

Δικτυακός τόπος IBFAN ΕΛΛΑΔΑΣ: [http://ibfan.gr/\(2012a\)](http://ibfan.gr/(2012a)) Καταστατικό IBFAN Ελλάδας. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://ibfan.gr/who-are-we/%ce%ba%ce%b1%cf%84%ce%b1%cf%83%cf%84%ce%b1%cf%84%ce%b9%ce%ba%cf%8c-ibfan-%ce%b5%ce%bb%ce%bb%ce%ac%ce%b4%ce%b1%cf%82/>

Δικτυακός τόπος International Baby Food Action Network - IBFAN Ελλάδας: <http://ibfan.gr/> (2011) Report on the situation of infant and young child feeding in Greece. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://ibfan.gr/%CE%B5%CF%84%CE%AE%CF%83%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AD%CF%82-ibfan-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AC-ibfan-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82-2011/> 2/12/2013

Δικτυακός τόπος IBLCE Ελλάδας α: <http://iblce.org/> Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη: Σχέδιο Δράσης. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://iblce.org/wp-content/uploads/2013/11/EU-blueprint-greek.pdf> 29/11/2013

Δικτυακός τόπος IBLCE Ελλάδας β: <http://www.thilasmosonline.info/> Σύλλογος. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.thilasmosonline.info/sylogos.html> 29/11/2013

Δικτυακός τόπος La Leche League International (LLLI): <https://www.llli.org/> Definition of breastfeeding. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.llli.org/ba/feb00.html> 13-01-2014

Δικτυακός τόπος «Οι Φίλοι του Μητρικού Θηλασμού»: <http://filoithilasmou.blogspot.gr> Πρακτικό Ίδρυσης Συλλόγου. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://filoithilasmou.blogspot.gr/2012/12/blog-post.html#more> 17/12/2013

Δικτυακός τόπος Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδας: <http://www.lllgreece.org/> Ποιες είμαστε και τι κάνουμε. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.lllgreece.org/home> 29/11/2013

Δικτυακός τόπος UNICEF: <http://www.unicef.org/> (1990), Innocenti Declaration, On the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> 29/11/2013

Δικτυακός τόπος UNICEF: <http://www.unicef.org/> (2012-a) Infant and young child feeding. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.childinfo.org/breastfeeding_progress.html 18/12/2013

Δικτυακός τόπος UNICEF: <http://www.unicef.org/> (2012-b) Continuum of feeding practices. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.childinfo.org/breastfeeding_status.html 18/12/2013

Δικτυακός τόπος UNICEF Ελλάδος: <http://www.unicef.gr/> (2012-c) 20^η Επέτειος της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.unicef.gr/pdfs/bfweek2012.pdf> 18/12/2013

Δικτυακός τόπος UNICEF Ελλάδος: <http://www.unicef.gr/> (2011), Δελτίο Τύπου: Αναγνώριση των δύο πρώτων Ελληνικών Νοσοκομείων ως «Φιλικά προς τα βρέφη». Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.unicef.gr/news/2011/dt4711.php 29/11/2013

Δικτυακός τόπος World Alliance for Breastfeeding Action: <http://www.waba.org.my/> (1992), Nurturing the Future through World Breastfeeding Week. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://worldbreastfeedingweek.net/webpages/1992.html> 8/12/2013

Δικτυακός τόπος World Alliance for Breastfeeding Action: <http://www.waba.org.my/> (1993), Women and Work Task Force. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.waba.org.my/whatwedo/womenandwork/wnwaboutus.htm> 8/12/2013

Δικτυακός τόπος WHO: <http://www.who.int/en/> (2009 - a) Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf 8/12/2013

Δικτυακός τόπος WHO: <http://www.who.int/en/> (2009 - b) Infant and young child feeding data by country. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html> 8/12/2013

Δικτυακός τόπος WHO: <http://www.who.int/en/> (2013) 10 facts on breastfeeding. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html#> 2/12/2013

Durmuş, B., Ay, L., Duijts, L., Moll, H., Hokken-Koelega, A., Raat, H., Hofman, A., Steegers, E., and Jaddoe, V. (2011), "Infant diet and subcutaneous fat mass in early childhood: The Generation R Study", *European Journal of Clinical Nutrition*, doi: 10.1038/ejcn.2011.174.

Έγγραφο, Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού Α.Π. Υ1β/οικ. 98372/22-10-2013, Υπουργείο Υγείας

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

Έγγραφο, 33ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για το Μητρικό θηλασμό 4-8 Νοεμβρίου 2013, Α.Π. Υ1β/Γ.Π.οικ. 98376/22-10-2013, Υπουργείο Υγείας

Έγγραφο, Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για το Μητρικό θηλασμό 1-7 Νοεμβρίου 1997, Α.Π. Υ3γ/οικ. 5019/08-09-1997, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έγγραφο, Καθιέρωση εορτασμού της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας Α.Π. Υ3γ/οικ. 3756/26-08-1996, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έγγραφο, Προώθηση και Εφαρμογή Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας, Α.Π.Υ3γ/οικ. 1089/20-02-1996 Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

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

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2683, Κύρωση του Κώδικα κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 19 τ. Α, 9-2-1999

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αριθμ. Υ3Δ/1510/28-6-1993 Κ.Υ.Α. Εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική ΟΔ/91/321 ΕΟΚ σχετικά με τα «παρασκευάσματα για βρέφη και τα παρασκευάσματα δεύτερης βρεφικής ηλικίας», ΦΕΚ 585 τ. Β', 9-8-1993

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αριθμ. Υ3Ε 3452/12-11-1997 Κ.Υ.Α. Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ3Δ/1510/1993 Υπουργικής Αποφάσεως και Εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις της κοινοτικής οδηγίας 96/4/ΕΚ της Επιτροπής σχετικά με τα «παρασκευάσματα για βρέφη και τα παρασκευάσματα δεύτερης βρεφικής ηλικίας», ΦΕΚ 1040 τ. Β', 25-11-1997

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αριθμ. Υ3α/3203/11-9-2000 Κ.Υ.Α., Τροποποίηση της Κ.Υ.Α. Υ3Δ/1510/1993 και εναρμόνιση της Ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της ΟΔ/1999/50/ΕΚ της Επιτροπής σχετικά με τα παρασκευάσματα για βρέφη και τα παρασκευάσματα δεύτερης βρεφικής ηλικίας, ΦΕΚ 1183 τ. Β', 25-9-2000

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αριθμ. Υ1/Γ.Π.47815/16-7-2008 Κ.Υ.Α., Εναρμόνιση της Εθνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2006/141/ΕΚ της Επιτροπής, «για τα παρασκευάσματα για βρέφη και παρασκευάσματα δεύτερης βρεφικής ηλικίας». ΦΕΚ 1478, τ. Β' 28-07- 2008

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αριθμ. Υ1/ Γ.Π 94648/9 -12-2013Κ.Υ.Α., Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της Υπουργικής Απόφασης Υ1/ΓΠ 47815 (ΦΕΚΒ'1478/28.7.2008) «Εναρμόνιση της Εθνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2006/141/ΕΚ της Επιτροπής για τα παρασκευάσματα για βρέφη και παρασκευάσματα δεύτερης βρεφικής ηλικίας» σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2013/46/ΕΕ της Επιτροπής, όσον αφορά τις απαιτήσεις πρωτεΐνης στα παρασκευάσματα για βρέφη και τα παρασκευάσματα δεύτερης βρεφικής ηλικίας, ΦΕΚ 3222, τ. Β', 18 -12-2013

Ζαμπέλας, Α. (2003), *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Ηλιάδη, Π., Παλάσκα, Ε., (2009) Θηλασμός και Σύγχρονος Τρόπος Ζωής. Η Ελληνική Πραγματικότητα. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(4): 352–357

Jain, A., Concato, J., and Leventhal, J.M.(2002), “How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence?”, *Pediatrics*, 109(6): 1044-53.

Καμπουροπούλου Γ. (2008) «Αποτελέσματα του Μολύβδου στο μητρικό γάλα και στο αίμα των θηλαζόντων βρεφών ηλικίας ενός μηνός» PhDthesis, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.

Kwan, M., Buffler, A., Abrams, B., and Kiley, A. (2004), “Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis”, *Public Health Reports Journal*, 119(6): 521-35.

Ladomenou, F., Kafatos, A., Galanakis, E. (2007) Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*96(10):1441-4. Epub 2007 Sep 10.

Lawrence, RA. (2005), *Breastfeeding: a guide for the medical profession 6th edition*, Elsevier Mosby, St Louis Missouri

Lawrence, R.A.(2010), “Abuse, neglect, and breastfeeding”, *Breastfeeding Medicine*, 5: 139-40.

Loesche, W. (1985), “Nutrition and dental decay in infants”, *American Journal of Clinical Nutrition* 41: 423-435.

McVea, K, Turner, P, Pepler, D. (2000), “The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome” *.Journal of Human Lactation,; 16: 13-20*

Pechlivani, F., Vassilakou, T., Sarafidou, J., Zachou, T., Anastasiou, C., Sidossis, L. (2005), "Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece", *Acta Paediatrica, International Journal of Pediatrics*, 94: 928–934

Πεχλιβάνη, Φ. (2008) Μητρικός Θηλασμός και διατροφή του βρέφους: Δεδομένα των τελευταίων 100 χρόνων για την Ελληνική κοινωνία. PhD Thesis, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Πρεζεράκου, Α. (2013). «Επιδημιολογική Μελέτη του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα», PhD Thesis, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.

Σακλαμάκη-Κοντού, Μ. Μητρικός θηλασμός. Μητρικό γάλα και διατροφή προώρων νεογνών. Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού. Φάρμακα και γαλουχία. Προώθηση του μητρικού θηλασμού. *Θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας*, τ-4, 2009

Σακλαμάνη-Κοντού, Μ., Μητρικός Θηλασμός (I)-Θρεπτικές, Βιοχημικές και Ανοσολογικές Ιδιότητες του Μητρικού Γάλακτος. Πλεονεκτήματα του Μητρικού Θηλασμού, *Παιδιατρική*, 2009; 72: 365-374.

Sanchez-Molins, M., GrauCarbo, J., Lischeid Gaig, C., and Ustrell Torrent, J.M. (2010), "Comparative study of the craniofacial growth depending on the type of lactation received", *European Journal of Pediatric Dentistry*, 11(2): 87-92.

Schmied, V., Barclay, L. (1999), Connection and pleasure, disruption and distress: women's experience of breastfeeding, *Journal of Human Lactation*, 15:325-334.

Theofilogiannakou, M., Skouroliakou, M., Gounaris, A., Panagiotakos, D., Markantonis, S.L. (2006) Breast-feeding in Athens, Greece: Factors associated with its initiation and duration. *Journal of Pediatric Gastroenterology Nutrition*. 43(3):379-84

Τσιάντης Ι.& συν. Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική, 2001

Vassilaki, M., Chatzi, L., Bagkeris, E., Papadopoulou, E., Karachaliou, M., Koutis, A., Philalithis, A., Kogevinas, M. (2012), "Smoking and caesarean deliveries: major negative predictors for breastfeeding in the mother-child cohort in Crete, Greece, Rhea study", *Maternal and Child Nutrition Journal*. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00420.x.

WHO, (2001). Infant and young child nutrition. 2001. 54th World Health Assembly, May 14-22, WHA 54.2, Agenda Item 13.1. Geneva

WHO, (2003), Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva

Υπουργική Απόφαση, Σύσταση Εθνικής Επιτροπής για το μητρικό θηλασμό Α.Π. Υ3γ/οικ. 5311/20-7-1993 Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Υπουργική Απόφαση, Συγκρότηση Εθνικής Επιτροπής για το Μητρικό Θηλασμό Α.Π. ΔΥ1δ/οικ. 57387/2-6-2005, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η Πλευρίτη Ελένη γεννήθηκε στη Λάρισα. Είναι παντρεμένη και μητέρα δύο παιδιών. Είναι απόφοιτος του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Αθήνας και ολοκλήρωσε τις μεταπτυχιακές της σπουδές στη Δημόσια Υγεία από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Έχει εκπαιδευτεί στην Θεραπεία Οικογένεια και εργάζεται από το 1988 στο Νοσοκομείο Παιδών " Π&Α Κυριακού" κατέχοντας θέση Προϊσταμένης στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Νοσοκομείου.

Η Κωνσταντίνα Ν. Κραβαρίτη γεννήθηκε στο Βόλο. Είναι απόφοιτη του Τμήματος Επισκεπτών - τριών Υγείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Αθήνας και της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής Τεχνολογικής Εκπαίδευσης στη Θεσσαλονίκη. Έλαβε το Μεταπτυχιακό Τίτλο Ειδίκευσης στη Δημόσια Υγεία από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας το 2015. Από το 2007 εργάζεται στο Υπουργείο Υγείας.

Ο Ευκαρπίδης Απόστολος γεννήθηκε στη Θεσσαλονίκη το 1968. Είναι παντρεμένος και πατέρας δύο παιδιών και εργάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Σύρου από το 1995. Αποφοίτησε από τη Νοσηλευτική σχολή του ΤΕΙ Λαμίας το 1993 και είναι κάτοχος της Παθολογικής Νοσηλευτικής ειδικότητας. Έκανε μεταπτυχιακές σπουδές στη Διοίκηση της Υγείας στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), το Ιταλικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο και το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Τις μεταπτυχιακές σπουδές ολοκλήρωσε με το πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας της Ε.Σ.Δ.Υ.