

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Διπλωματική Εργασία
«Μητρικός Θηλασμός και Πλεονεκτήματα για την Σωματική και Ψυχική
Υγεία της Γυναίκας»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΑΝΘΟΥΣΑ ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ

Επιβλέπων:
ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΜΑΙΟΣ 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τις θηλάζουσες μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα για την συνεργασία και την βοήθεια τους. Να ευχαριστήσω τα άτομα του περιβάλλοντος μου που με στήριξαν στην πορεία της έρευνας και ιδιαίτερα την οικογένεια μου για την υπομονή, την στήριξη και την κατανόηση. Θα ήθελα να αφιερώσω την έρευνα αυτή σε όλες τις μητέρες που με την ευλογία του θηλασμού δίνουν το πρώτο εμβόλιο ζωής στα παιδιά τους. Αφιερωμένη και στα δικά μου παιδιά που είχα την ευλογία να τα εμβολιάσω με αγάπη μέσω του θηλασμού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο θηλασμός έχει συσχετιστεί με την ευημερία τόσο του παιδιού όσο και της μητέρας. Τα οφέλη του θηλασμού για τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση των παιδιών περιλαμβάνουν μειωμένο κίνδυνο μολυσματικών ασθενειών και της παχυσαρκίας, μειωμένη αρτηριακή πίεση, ελαττώνουν τα επίπεδα χοληστερόλης, και η αυξημένη γνωστική και κινητική απόδοση. Θετικά αποτελέσματα για την υγεία, για την σωματική υγεία της μητέρας περιλαμβάνουν τη μείωση της αρτηριακής για την ψυχική υγεία της μητέρας που περιλαμβάνουν εξασθενημένη αντίδραση στο στρες και ενισχυμένη ύπνο. Ωστόσο, τα οφέλη για την ψυχολογική ευεξία της μητέρας χρειάζονται περισσότερο υποστηρικτική εμπειρικά στοιχεία, πίεση και τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού και καρκίνου των ωθηκών.

ABSTRACT

Nursing has been associated with the prosperity both of a child and its mother. The benefits of nursing for the physical and psychological state of children include a lower risk of infectious illnesses and obesity, lower blood pressure, lower levels of cholesterol and increased cognitive and kinetic performance. The pros for the physical state of the mother include lower blood pressure and regarding the psychological health of the mother, they have to do with lower reaction to stress and better sleep. Nevertheless, benefits for the psychological wellbeing of the mother need more supportive empirical data, pressure and the risk of breast or ovaries cancer.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	9
Κεφάλαιο 1: Μητρικό Θηλασμό	11
1.1 Η Ύννοια του Θηλασμού	11
1.1.1 Ανατομία Μαστού	11
1.1.1.1 Έκκριση γάλακτος	11
1.1.2 Τεχνική Θηλασμού	12
1.2 Προετοιμασία της Μητέρας για το Θηλασμό	15
1.3 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα Θηλασμού	15
1.4 Προβλήματα Θηλασμού	19
1.4.1 Από την πλευρά της μητέρας	20
1.4.2 Από την πλευρά του βρέφους	22
Κεφάλαιο 2: Σωματικό και Ψυχικό Υγεία	23
2.1 Συναισθηματικό Δεσμό Μητέρας - Παιδιού	23
2.2 Θηλασμός και Κατάθλιψη	24
2.2.1 Θηλασμός και Κοινωνικό Κόστος	31
2.3 Θηλασμός και Σωματικό Υγεία	29
2.4 Παράγοντες Επηρεασμού του Θηλασμού	31
Κεφάλαιο 3: Σχεδιασμός Έρευνας	34
3.1 Ερευνητική Προσέγγιση	34
3.2 Ερευνητικό Σχέδιο	35
3.3 Μεθοδολογία	36
3.4 Ερευνητικά Ερωτήματα	37

3.5 Σχέδιο Δειγματολ	37
3.7 Περιορισμολρευναλ	39
Κεφάλαιο 4: Αποτελσματα λρευναλ	40
Συμπεράσματα	56
Βιβλιογραφία	58

Εισαγωγή

Το μητρικό γάλα αντιπροσωπεύει για το νεογνό μια ισορροπημένη και πλήρη διατροφή η οποία περιέχει σε σωστή αναλογία όλα τα βασικά συστατικά για τους πρώτους μήνες της ζωής του. Επίσης, το παιδί προστατεύεται με τον μητρικό θηλασμό από την εμφάνιση χρόνιων παθήσεων και τον περιορισμό οξέων λοιμώξεων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το μητρικό γάλα συνιστάται για την διατροφή των βρεφών κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του, και είναι απαραίτητο ως συμπληρωματική διατροφή μέχρι την ηλικία των δύο ετών. Αποτελεί ένα από τους οικονομικότερους εξυπνότερους και απλούς τρόπους διατροφής για την ανάπτυξη υγιών παιδιών, καθώς και σημαντικός παράγοντας για την δημιουργία στενών οικογενειακών δεσμών.

Σημαντικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια αποδεικνύουν ότι οι θετικές επιδράσεις του μητρικού θηλασμού δεν είναι μόνο ωφέλιμες για το βρέφος και την σωματική του ανάπτυξη, αλλά και για την σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών. Με τον μητρικό θηλασμό οι γυναίκες απολαμβάνουν την μητρότητα, αισθάνονται ολοκληρωμένες, και αποκτούν αυτοπεποίθηση. Επίσης, τα συναισθήματα αγάπης προς το βρέφος, οδηγούν σε θετικά αισθήματα και ευφορία, προάγουν τον αυτοσεβασμό και μειώνουν την κατάθλιψη και το άγχος.

Σημαντικές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι μετά τον τοκετό η κατάθλιψη δεν είναι ένα σπάνιο αποτέλεσμα μεταξύ των νέων μητέρων. Η εγκυμοσύνη σχετίζεται συχνά με το άγχος που οδηγεί σε συμπτώματα κατάθλιψης. Το άγχος στις νέες μητέρες μπορεί να παρουσιαστεί είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω της μητρικής κατάθλιψης με δυνητικά αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του παιδιού. Πολλά από τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης μπορούν να βλάψουν τα κίνητρα και την αυτο-αποτελεσματικότητα της γυναίκας σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένου του θηλασμού, και να οδηγήσει σε αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του βρέφους.

Σκοπός, λοιπόν, της εργασίας αυτής είναι η μελέτη του μητρικού θηλασμού και τα πλεονεκτήματα που επιφέρει στη σωματική και ψυχική υγεία μιας γυναίκας. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας επικεντρώνεται στο μητρικό θηλασμό. Αρχικά αναφέρεται η έννοια του θηλασμού, όπως επίσης και κάποιες βασικές έννοιες όπως η ανατομία του μαστού και η τεχνική θηλασμού. Το κεφάλαιο συνεχίζει με την περιγραφή της προετοιμασίας της μητέρας για το θηλασμό και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που επιφέρει τόσο στη μητέρα όσο και στο βρέφος. Τελειώνοντας, το κεφάλαιο παρουσιάζει τα προβλήματα που προκύπτουν από το θηλασμό τόσο από την πλευρά της μητέρας όσο και από την πλευρά του βρέφους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας. Αναλυτικότερα, παρουσιάζεται ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ της μητέρας και του παιδιού. Στη συνέχεια, περιγράφεται η συσχέτιση μεταξύ θηλασμού και κατάθλιψης, όπως επίσης και μεταξύ θηλασμού και σωματικής υγείας. Το κεφάλαιο τελειώνει με τους παράγοντες επηρεασμού του θηλασμού.

Τα επόμενα δυο κεφάλαια της εργασίας αφορούν το ερευνητικό της μέρος. Πιο συγκεκριμένα, στο τρίτο κεφάλαιο κατά σειρά της εργασίας παρουσιάζεται ο σχεδιασμός της έρευνας. Αρχικά παρουσιάζεται η ερευνητική προσέγγιση της μελέτης, όπως επίσης και το ερευνητικό της σχέδιο. Δίνεται η μεθοδολογία και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, ενώ παρουσιάζεται επίσης, το δείγμα της έρευνας και οι περιορισμοί που αντιμετωπίστηκαν κατά την πραγματοποίησή της. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν ύστερα από συνεντεύξεις σε ένα αριθμό μητέρων.

Κεφάλαιο 1: Μητρικός Θηλασμός

1.1 Η Έννοια του Θηλασμού

1.1.1 Ανατομία Μαστού

Ο μαστός είναι ένας αδένας που, στη γυναίκα, είναι σε θέση να εκκρίνει γάλα. Ενώ στους άνδρες ο αδένας είναι λίγο-πολύ ατροφικός, στις γυναίκες αρχίζει να αναπτύσσεται ταυτόχρονα με τη δημιουργία των ωαρίων των ωοθηκών και διεγείρεται από μια αύξηση της ποσότητας των γεννητικών ορμονών της γυναίκας, που κυκλοφορούν στο αίμα του θήλεος βρέφους. Όταν πλέον αναπτυχθεί ο μαστός μπορούμε να πούμε ότι αποτελείται από 2 μέρη. Το ένα μέρος είναι αυτός καθαυτός ο αδενικός ιστός (που είναι σε θέση να εκκρίνει γάλα) και το άλλο είναι ο λιπώδης ιστός (αποτελούμενος από κύτταρα που περιέχουν λίπος), που κατανέμεται γύρω από τα διάφορα λόβια του αδένα και με αυτόν τον τρόπο δρα σαν προστατευτικός ιστός. Με τη σειρά του το σύνολο του αδένα είναι στηριγμένο σε υποκείμενους ιστούς, δηλ. στο μυϊκό στρώμα του θώρακα με τη βοήθεια συνδέσμων. Παρ' όλες τις λαϊκές δοξασίες, ο όγκος των μαστών δεν είναι ποτέ ανάλογος της ικανότητας έκκρισης γάλατος στην εγκυμοσύνη¹.

1.1.1.1 Έκκριση γάλακτος

Ήδη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι αδένες του μαστού αυξάνουν σε όγκο, κάτω από το ερέθισμα των ορμονών που παράγονται κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Με αυτό τον τρόπο, οι μαστοί φτάνουν στην ανάπτυξη εκείνη κατά την οποία μπορούν να εκκρίνουν το γάλα, ήδη κατά διάρκεια της κύησης, μα αυτό δε συμβαίνει, γιατί με τη σειρά του ο πλακούντας παράγει ουσίες που εμποδίζουν την παραγωγή γάλατος. Μόλις ο πλακούντας αποβάλλεται, οι μαστοί

¹ Μαρούλης, Γ. (2007). *Μαιευτική & Γυναικολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

μπαίνουν αμέσως σε δράση και μετά περίπου 12 ώρες από τον τοκετό επέρχεται η πρώτη μαστική έκκριση κάποιου υγρού κιτρινωπού, που λέγεται πύαρ ή πρωτόγαλα. Στη συνέχεια, γύρω στις τρεις ή τέσσερις ημέρες το πύαρ ή πρωτόγαλα αντικαθίσταται με γάλα. Ο μαστός διογκώνεται, διατείνεται και είναι ευαίσθητος. Μόνο μετά τη δράση των κινήσεων του νεογνού κατά το θηλασμό μειώνεται η τάση. Από αυτή τη στιγμή ο θηλασμός από το μαστό, του νεογνού σε κανονικά διαστήματα είναι το βασικό ερέθισμα που διατηρεί το τους μαστικούς αδένες σε θέση να παράγουν γάλα².

1.1.2 Τεχνική Θηλασμού

Από τη στιγμή που αναπνεύσει το νεογέννητο, η πρώτη σημαντική κίνηση που κάνει είναι να θηλάσει από το στήθος της μητέρας του. Πολύ σύντομα μετά τον τοκετό είναι σε θέση να αποκτήσει το πολύτιμο «πρωτόγαλα» που ονομάζεται «πύαρ», ένα κιτρινωπό υγρό πλούσιο σε πρωτεΐνες και αντισώματα που προστατεύει το μωρό από μολύνσεις. Αυτή η προστασία διαρκεί για 3 περίπου μήνες, μέχρι το ανοσοποιητικό σύστημα του μωρού να δραστηριοποιηθεί περισσότερο³.

Μετά από τρεις περίπου μέρες, το στήθος της μητέρας αρχίζει να παράγει το πραγματικό γάλα που θα θρέφει το παιδί για κάποιους μήνες. Αυτό το γάλα είναι δύο φορές πιο πλούσιο σε λίπη και ζάχαρη από το «πρωτόγαλα» και είναι μια πλήρης τροφή που δίνει στο μωρό τη δύναμη να μεγαλώνει ταχύτατα μέρα με τη μέρα.

Οι κινήσεις θηλασμού που παρέχουν αυτό το ζωτικό υγρό δεν είναι εντελώς άγνωστες στο βρέφος. Προσεκτικές μελέτες με τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας έχουν δείξει ότι γίνονται και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κατά τις τελευταίες εβδομάδες πριν τη γέννηση του μωρού, έχουν δει τα έμβρυα να θηλάζουν τα χέρια τους. Μερικές φορές το κάνουν τόσο έντονα που δημιουργούν πληγές στο πίσω μέρος των χεριών τους. Το βρέφος, λοιπόν, είναι ισχυρά

² Καρπάθιος, Σ. (2001). *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική*. Αθήνα: Βήτα.

³ HHS. (2011). *Your Guide to Breastfeeding*. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health.

προγραμματισμένο να εκτελεί αυτές τις σημαντικές κινήσεις θηλασμού για την επιβίωσή του από πάρα πολύ νωρίς.

Τις κινήσεις αυτές τις ονομάζουμε «θηλασμό», είναι όμως ακριβώς οι ίδιες με αυτές ενός ενήλικα όταν πίνει ένα ποτό με καλαμάκι. Μια κοντινότερη ματιά στο στόμα ενός μωρού κατά το τάισμα του από το στήθος αποκαλύπτει ότι η βασική κίνηση μοιάζει περισσότερο με «στύψιμο» παρά με ρούφηγμα. Η ίδια η θηλή δεν θηλάζεται, είναι απλά η κορυφή της θηλής μέσω της οποίας διοχετεύεται το γάλα στο στόμα του μωρού. Το στόμα του συγκρατεί τη θηλέα άλω, τη σκουρόχρωμη δερματική περιοχή γύρω από τη θηλή, την οποία «στύβει» ρυθμικά με τα σαγόνια και τη γλώσσα του. Η πίεση σπρώχνει το γάλα να βγει μέσω της θηλής, η οποία εισέρχεται βαθιά στο μικρό στόμα του. Αυτή η κίνηση, συνδυαζόμενη με λαίμαργη κατάποση, έχει το ίδιο αποτέλεσμα όπως και το «ρούφηγμα» που ασκεί ο ενήλικας και τη γρήγορη είσοδο του υγρού στο στόμα του μέσα από το καλαμάκι. Μερικές φορές, είναι τόσο απότομη η ροή και το στήθος τόσο γεμάτο από γάλα, που το μωρό μπουκώνεται και αναγκάζεται να το φτύσει⁴.

Πολύ αγχώδεις, άπειρες μητέρες, μερικές φορές έχουν δυσκολία στην έναρξη της διαδικασίας αυτής. Προσπαθούν να βάλουν με πίεση τη θηλή στο στόμα του μωρού χωρίς καμιά προπαρασκευαστική διαδικασία και εκπλήσσονται μόλις το βρέφος τη βγάλει από το στόμα του. Αυτό γίνεται γιατί έχουν παραλείψει το πρώτο βήμα, που δεν είναι άλλο από το να βάλουν το μωρό στη σωστή θέση για το θηλασμό. Η κίνηση αυτή ξεκινά από τη θηλή, το στήθος ή ακόμα και μια μαλακή ωθητική κίνηση με το δάχτυλο της μητέρας, που έρχεται σε επαφή με το μάγουλο του μωρού. Η αντανακλαστική κίνηση στην επαφή κατά αυτό τον τρόπο είναι η στροφή του κεφαλιού του μωρού προς το ερέθισμα και η τοποθέτηση των χειλιών. Αν αυτό γίνει από τη μητέρα πριν προσφέρει τη θηλή της, το μωρό είναι προγραμματισμένο για τάισμα και αμέσως παίρνει τη θηλή στο στόμα του.

Από τη στιγμή που το νεογέννητο έχει αρχίσει να θηλάζει από το στήθος, συνήθως κλείνει τα μάτια του, βάζοντας τέλος σε οποιαδήποτε οπτικά ερεθίσματα ή ενδείξεις και πλημμυρίζει ολοκληρωτικά από τις γευστικές και απτές χάρες του ταΐσματος. Είναι σαν να μην μπορεί να συγκεντρωθεί σε δυο πράγματα

⁴ Μαρούλης, Γ. (2007). *Μαιευτική & Γυναικολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

ταυτοχρόνως σε αυτό το πρώτο στάδιο. Κατά τον 3ο μήνα, το μωρό αρχίζει να κοιτά περισσότερο ενώ ταιΐζεται, αλλά το κάνει με εναλλασσόμενες εκρήξεις θηλασμού και οπτικής επαφής με τη μητέρα. Αμέσως μετά το στάδιο αυτό, τρώει και κοιτά ταυτοχρόνως και κατά τη διάρκεια που γίνεται αυτό, δηλαδή στις τελευταίες φάσεις του θηλασμού από το στήθος, ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ μητέρας και μωρού ενδυναμώνεται σταθερά και κατ' επανάληψη από το συνδυασμό τροφής και στενής οπτικής επαφής⁵.

Κάποιες μητέρες, με σχετικά μεγάλα και πολύ στρογγυλά στήθη, βρίσκουν πως τα μωρά τους αντιδρούν με αυτό που ονομάζεται «μάχη στο στήθος». Τα μωρά μοιάζουν να παλεύουν με το στήθος και το φαγητό τους, ενώ στην πραγματικότητα παιδεύονται να αναπνεύσουν. Θέλουν μεν να φάνε, αλλά όταν το επιχειρούν η στρογγυλότητα του στήθους φρακάρει την αναπνευστική οδό της μύτης τους και έχοντας τη θηλή του στήθους στο στόμα τους, δεν μπορούν να αναπνεύσουν. Αυτές οι μητέρες πρέπει να προσέξουν ιδιαίτερα την τοποθέτηση του κεφαλιού του παιδιού προς το στήθος, ώστε να τους δίνουν την καλύτερη δυνατή θέση να αναπνεύσουν.

Αυτή η αναποτελεσματικότητα του μεγάλου στρογγυλόσχημου στήθους μοιάζει με εμπόδιο στο θηλασμό, ιδιαίτερα αν λάβουμε υπόψη τον τρόπο που έχουν κατασκευαστεί οι πιπίλες των μωρών. Αυτές δεν έχουν σχήμα όμοιο με αυτό του στήθους της μητέρας. Αντίθετα, έχουν πολύ λεπτότερες θηλές, κάτι που πολύ σπάνια συναντάται στις γυναίκες. Η αλήθεια είναι πως οι επιμήκεις, τεχνητές θηλές είναι πολύ καλύτερες να πιαστούν με τα χείλη από ότι η πραγματική μητρική θηλή.

Το ανθρώπινο στήθος εξυπηρετεί δύο λειτουργίες. Εν μέρει έχει σχέση με την παραγωγή και παροχή γάλακτος και εν μέρει με τη σεξουαλική σχέση. Η σύστασή του αποτελείται από λιπώδη και αδενώδη ιστό. Ο λιπώδης ιστός δίνει τη στρογγυλόσχημη μορφή του, ενώ οι αδένες παράγουν το γάλα. Αν υπήρχε μόνο ο αδενώδης ιστός, οι γυναίκες θα είχαν ένα επίπεδο στήθος όταν δεν θα βρίσκονταν σε περίοδο εγκυμοσύνης ή γέννας. Οι γυναίκες, έχουν διογκωμένα στήθη από το

⁵ HHS. (2011). Your Guide to Breastfeeding. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health.

τέλος περίπου της εφηβείας και μετά. Αυτό συμβαίνει ακόμα και αν δεν αποκτήσουν ποτέ παιδιά και η στρογγυλόσχημη μορφή τους σε όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους, λειτουργεί ως διακριτική ένδειξη του φύλου τους. Εξαιτίας αυτής της ερωτογενούς λειτουργίας του είναι ελαφρά ατελές ως όργανο παροχής γάλακτος. Το ημισφαιρικό σχήμα του ελαττώνει την ευκολία με την οποία η θηλή μπορεί να εισέλθει στο στόμα του βρέφους ως το σημείο που κάνει επαφή με τον ουρανίσκο. Στην προσπάθειά του το βρέφος να το πετύχει, ίσως πιέσει το πρόσωπό του τόσο πολύ στην καμπύλη επιφάνεια του στήθους που η μύτη του να βυθιστεί στο μαλακό κρέας και να αρχίσει να πνίγεται⁶.

Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται εύκολα από τις έμπειρες μητέρες που μαθαίνουν να πιέζουν με το ένα δάχτυλο τη μαλακή σάρκα προς τα μέσα, ώστε να δημιουργήσουν «αναπνευστική δίοδο» για το πεινασμένο βρέφος. Το γεγονός ότι ένα τέτοιο μέτρο είναι αναγκαίο, τονίζει τη διπλή φύση του ανθρώπινου γυναικείου στήθους.

1.2 Προετοιμασία της Μητέρας για το Θηλασμό

Αν η μητέρα αποφασίσει να θηλάζει το παιδί, πρέπει να εφαρμόζει ειδική περιποίηση του μαστού. Η γυναίκα έχει αρχίσει την προετοιμασία αυτή από τους τελευταίους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης, με τη φροντίδα του στήθους και με την τακτική επάλειψη της θηλής με βαζελίνη.

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού φορά ένα ειδικό, άνετο σουτιέν, που να μπορεί να ξεκουμπώνεται από εμπρός. Από μέσα από το σουτιέν βάζει μια αποστειρωμένη απορροφητική γάζα» που θα πρέπει να αλλάζεται τουλάχιστον μια φορά την ημέρα.

⁶ Μαρούλης, Γ. (2007). *Μαιευτική & Γυναικολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Το ειδικό αυτό σουτιέν για το θηλασμό θα πρέπει η μητέρα να το φορά και τη νύχτα. Κατά τη γνώμη πολλών γιατρών αυτό βοηθά πολύ την παραγωγή του γάλακτος και κρατά σε ωραία φόρμα το στήθος, που έχει την τάση να κρεμάσει επειδή έχει αυξηθεί το βάρος του. Η μητέρα πλένει πριν από κάθε θηλασμό τα χέρια της, και το στήθος ξεπλένεται με κρύο νερό. Αν η μητέρα έχει ξερό δέρμα, κάνει μια ελαφριά επάλειψη του στήθους της με βαζελίνη. Για τη θηλή και τη ρόγα, αν παρουσιάσουν μικρές ρωγμές, χρησιμοποιείται ειδική λιπαρή κρέμα, που τη δίνει ο γιατρός. Οι μικρές αυτές ρωγμές προκαλούν πόνους και μπορεί να γίνουν η αρχή για επικίνδυνους ερεθισμούς στο στήθος⁷.

Ο μαστός πλένεται καθημερινά, με νερό και σαπούνι επίσης πριν από κάθε θηλασμό είναι καλό να ξεπλένεται τελείως η ζώνη της άλωσ και της θηλής βρέχοντάς την με νερό βρασμένο (χωρίς να χρησιμοποιείται διόλου σαπούνι). Η ίδια εργασία επαναλαμβάνεται στο τέλος του θηλασμού και μεταξύ του ενός θηλασμού και του άλλου είναι σκόπιμο να καλύπτεται η θηλή με την αποστειρωμένη γάζα.

1.3 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα Θηλασμού

Ξεκινώντας το σχολιασμό από το φυσικό τάισμα, μέσω του στήθους της μητέρας, μια διαδικασία που στέφθηκε από επιτυχία για εκατομμύρια χρόνια πριν εμφανιστούν τα μπιμπερό στο προσκήνιο. Θα μπορούσαν να αναφερθούν τα εξής πλεονεκτήματα:

1. Άμεση και απευθείας προσφορά. Δεν τίθεται κανένα πρόβλημα υγιεινής ή αποστείρωσης. Σε συνθήκες φτώχειας, τα μπιμπερό μπορεί να μην είναι καθαρισμένα σωστά και το αγελαδινό γάλα να μην είναι φρέσκο. Η βρομιά και οι μολύνσεις μπορούν να εισβάλλουν και να προκαλέσουν ασθένειες. Οι

⁷ Πατσούρου, Α. (2008). *Θηλασμός μια υπέροχη σχέση. Όλες οι γυναίκες μπορούν να θηλάσουν - Οι Σωστές Στάσεις Θηλασμού*. Αθήνα: Ζωή Υγεία Οικογένεια.

περιπτώσεις γαστρεντερίτιδας προκαλούνται τις περισσότερες φορές από τη χρήση του μπιμπερό.

2. Προσωπική οσμή. Το μωρό που θηλάζει από το στήθος της μητέρας μαθαίνει γρήγορα την προσωπική της μυρωδιά που εκκρίνεται από αδένες του στήθους της και μπορεί να την αναγνωρίζει από αυτό. Αν επίσης, δεν κάνει το σφάλμα να πλένει πολύ συχνά το στήθος της, το μωρό, μέσω του σάλιου, θα αφήσει και εκείνο τη δική του οσμή στο σώμα της και θα γίνει ένα από τα πρώτα κανάλια του «συναισθηματικού δεσμού» μεταξύ μητέρας και παιδιού. Αυτή η «οσμή» μπορεί να συμβεί, στη θεωρία βέβαια, και με τη χρήση μπιμπερό ή πιπίλας για τα μωρά εκείνα που ταΐζονται έτσι, αλλά για λόγους υγιεινής τα αντικείμενα αυτά πρέπει να πλένονται και να αποστειρώνονται πλήρως, με αποτέλεσμα να μην αφήνεται καθόλου η οσμή πάνω τους⁸.
3. Διατήρηση της σιλουέτας της μητέρας. Η πράξη του θηλασμού ολοκληρώνει τον αναπαραγωγικό κύκλο της μητέρας, έναν κύκλο που ξεκίνησε με τη γονιμοποίηση του ωαρίου. Η παραγωγή γάλακτος, από πλευράς φυσιολογίας, βοηθά τη γυναικεία μήτρα να επανέλθει στο παλιό της μέγεθος και επιταχύνει τη διαδικασία επιστροφής της μητέρας στη λεπτότερη και πιο φινετσάτη σιλουέτα που είχε πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης. Με τη χρήση του μπιμπερό αυτή η επιστροφή γίνεται πιο αργά.
4. Αποφυγή παχυσαρκίας του μωρού. Τα μωρά που θηλάζουν από το στήθος της μητέρας σπάνια πάσχουν από παχυσαρκία. Εκείνα, όμως, που ταΐζονται από το μπιμπερό έχουν περισσότερες πιθανότητες να παχύνουν πολύ. Αυτή η υπέρβαρη κατάστασή τους οφείλεται στο γεγονός ότι τα μπουκάλια δεν αδειάζουν κατά τον ίδιο τρόπο όπως το στήθος της μητέρας. Όταν το πεινασμένο μωρό αρχίζει να θηλάζει, το στήθος είναι γεμάτο γάλα και το μωρό μπορεί να το καταπιεί λαίμαργα. Μετά, όμως, καθώς το μωρό αρχίζει να χορταίνει, το στήθος συντονίζεται σε αυτή την κατάσταση επιβραδύνοντας την παροχή γάλακτος. Αυτό σημαίνει πως η διαδικασία ταΐσματος του μωρού εξασθενεί με ένα φυσικό τρόπο. Με το τάισμα από

⁸ Ρήγα, Α.Β., Βιλλιώτη, Φ., Ζαφειρούλη, Μ. & Κρικεκούκη, Μ. (2010). Μητρότητα και Θηλασμός. *Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας, 1*.

μπιμπερό, όμως, υπάρχει μια τάση εκ μέρους του μωρού να συνεχίζει να θηλάζει ακόμα και όταν δεν χρειάζεται άλλο φαγητό. Το κάνει απλά γιατί είναι τόσο εύκολο να βγάλει το γάλα από τη θηλή.

5. Προσωπική επαφή. Η μητέρα και το μωρό έρχονται αναπόφευκτα σε στενότερη διαπροσωπική επαφή μέσω της διαδικασίας του θηλασμού από το στήθος της μητέρας. Αυτή η σώμα-με-σώμα επαφή δίνει στη μητέρα μια βαθύτερη αίσθηση του συναισθηματικού δεσίματος με το μωρό της και η μαλακή σφαιρικότητα του στήθους είναι πιο ελκυστική στην αίσθηση της αφής του βρέφους. Το τάισμα από μπιμπερό μπορεί να μην προσφέρει αυτή την ευκαιρία της στενής σωματικής επαφής, αλλά οι ευαίσθητες μητέρες μπορούν με φροντίδα να την αναπαράγουν, κρατώντας απλά το μωρό πολύ κοντά στο στήθος ενώ ταΐζουν από το μπιμπερό⁹.
6. Αισθητηριακό όφελος. Οι μητέρες που θηλάζουν το μωρό τους κερδίζουν ισχυρά αισθητηριακά οφέλη από αυτή τη διαδικασία, πράγμα που εκλείπει παντελώς από τη διαδικασία του ταΐσματος από μπιμπερό. Δεν είναι τυχαίο επίσης και το γεγονός ότι την ευχαριστεί ο τρόπος αυτός. Η εξέλιξη έχει εξασφαλίσει μια τέτοια ανταμοιβή, έτσι όπως ακριβώς έχει κάνει και τον έρωτα έντονα ευχάριστο, σαν μέσο βελτίωσης των ευκαιριών για την επιβίωση του είδους.
7. Παροχή αντισωμάτων. Κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών μετά τη γέννηση, το γάλα της μητέρας περιέχει ειδικά αντισώματα που προστατεύουν το νεογέννητο από μολύνσεις έως ότου το αμυντικό του σύστημα να ενεργοποιηθεί. Το γάλα της αγελάδας δεν μπορεί να προσφέρει κάτι τέτοιο¹⁰.
8. Αποφυγή αλλεργιών. Μερικά μωρά αναπτύσσουν αλλεργίες σε διάφορες συστατικές ουσίες του αγελαδινού γάλακτος. Το έκζεμα είναι πολύ συχνή περίπτωση στα μωρά που ταΐζονται με μπιμπερό.

⁹ Ρήγα, Α.Β., Βιλλιώτη, Φ., Ζαφειρούλη, Μ. & Κριεκούκη, Μ. (2010). Μητρότητα και Θηλασμός. *Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας, 1*.

¹⁰ Ρήγα, Α.Β., Βιλλιώτη, Φ., Ζαφειρούλη, Μ. & Κριεκούκη, Μ. (2010). Μητρότητα και Θηλασμός. *Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας, 1*.

9. Μείωση της επιβάρυνσης των νεφρών. Επειδή είναι πιο φυσικό, το γάλα της μητέρας επιβαρύνει λιγότερο τη λειτουργία των νεφρών. Το αντίθετο συμβαίνει όταν πρέπει να επεξεργαστούν το αγελαδινό γάλα.
10. Αποφυγή διαρροιών. Τα μωρά που ταΐζονται με το γάλα της μητέρας υποφέρουν λιγότερο από διάρροιες από ό,τι εκείνα που τρέφονται με αγελαδινό γάλα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το αγελαδινό γάλα είναι λιγότερο εύπεπτο και δημιουργεί κόπρανα που προκαλούν πιο εύκολα ερεθισμό του δέρματος.
11. Σωστή διατροφική ισορροπία. Η χημική ισορροπία του ανθρώπινου γάλακτος είναι καλύτερη από ότι εκείνη οποιουδήποτε άλλου ζώου, σε ό,τι αφορά βέβαια το νεογέννητο ανθρώπινο βρέφος. Η φύση του γάλακτος και η φύση των αναγκών του βρέφους έχουν συντονιστεί απόλυτα η μια στην άλλη, στη μακρά πορεία της εξέλιξης. Όλοι γνωρίζουμε πως τα βρέφη προσαρμόζονται πολύ εύκολα στο ξένο προς τη φύση τους αγελαδινό γάλα. Το αγελαδινό γάλα έχει περισσότερες πρωτεΐνες και λιγότερη ζάχαρη. Επιπλέον, οι πρωτεΐνες και η ζάχαρη δεν είναι και πολύ του ίδιου τύπου. Το αγελαδινό γάλα περιέχει πολύ περισσότερο καζεΐνη (είδος πρωτεΐνης), η οποία είναι αρκετά δύσπεπτη για το μωρό. Δημιουργεί σβόλους στο στομάχι και αποχρωματίζει τα κόπρανά του. Το λίπος του αγελαδινού γάλακτος δημιουργεί μεγάλους σβόλους που το καθιστά ακόμα πιο δύσπεπτο. Το ανθρώπινο γάλα έχει περισσότερα πολυκορεσμένα λίπη από ό,τι το αγελαδινό. Έχει, επίσης, υψηλότερα επίπεδα νατρίου και φωσφορικού άλατος από ότι το γάλα της αγελάδας. Τέλος, οι βιταμίνες του αγελαδινού γάλακτος είναι λιγότερο κατάλληλες για τα βρέφη¹¹.

Εκτός όπως από τα πολλά πλεονεκτήματα που έχει ο θηλασμός, υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα, όπως¹²:

1. Παθήσεις τις μητέρας όπως AIDS, ηπατίτιδα, κ.α. μπορούν να μεταδοθούν στο βρέφος.

¹¹ Χατζήμπεη, Ε. (2006). Μια απόφαση Ζωής. *Ενατενίσσεις*, 90.

¹² Χατζηπαναγής, Α. (2006). *Η Βίβλος της Παιδιατρικής για γονείς*. Αθήνα: Ψυχογιός.

2. Φάρμακα που παίρνει η μητέρα μπορεί να περάσουν με το θηλασμό στο βρέφος.
3. Μικρόβια μπορεί να μεταφερθούν από το μπουκάλι, τις πιπίλες ή ακόμα και από το γάλα.

1.4 Προβλήματα Θηλασμού

1.4.1 Από την πλευρά της μητέρας

Ο επαναλαμβανόμενος θηλασμός του νεογνού και η τάση του δέρματος δημιουργούν μερικές φορές σχηματισμούς από ενοχλητικές ραγάδες στη θηλή. Είναι σωστό σε αυτήν την περίπτωση, να γίνεται επίσκεψη στο γιατρό. Πράγματι, μια από τις περιπτώσεις, αρκετά οδυνηρή που θα ανάγκαζε τη μητέρα να διακόψει το θηλασμό, είναι ο σχηματισμός ραγάδων στη θηλή. Αυτές είναι βαθιές σχισμές του δέρματος, συνοδευόμενες από πόνους πολύ δυνατούς, εξαιτίας συνακόλουθης φλεγμονής των ιστών, και κάθε προσπάθεια για σίτιση του βρέφους από το στήθος, σε τέτοια κατάσταση, προκαλεί την αίσθηση ανυπόφορων πόνων. Άλλωστε, η αιτία των ραγάδων βρίσκεται από τη μια μεριά στη λίγο-πολύ τραυματική δράση του θηλασμού και από την άλλη πλευρά στην ικανότητα διαβροχής του δέρματος από το σάλιο του νεογνού. Για την πρόληψή τους συμβουλεύεται στη μητέρα, κύρια στις 15 μέρες που προηγούνται του τοκετού, να κάνει μασάζ στις θηλές. Οι ραγάδες είναι επικίνδυνες και γιατί μπορούν να μετατραπούν σε πύλη μικροβίων, σε βαθμό ώστε να δημιουργήσουν φλεγμονές στο μαστό (τη λεγόμενη μαστίτιδα) και πυώδη αποστήματα μεταξύ του αδένου και του υποκείμενου μυϊκού στρώματος. Όταν εμφανίζεται μια μαστίτιδα ο μαστός μολύνεται, είναι ζεστός, ερυθρός, πολύ οδυνηρός. Η θερμοκρασία του σώματος, ανεβαίνει, απόδειξη ότι η ασθένεια βρίσκεται σε ενέργεια¹³.

¹³ Κουτούση, Χ., Κωστούδη, Σ. & Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, Μ. (2005). Η σημασία του θηλασμού και η ιστορία του θηλασμού. *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος*, 17.

Σε αυτήν την περίπτωση ο θηλασμός διακόπτεται αμέσως για να εμποδιστούν τα μικρόβια από το μητρικό γάλα να φτάσουν και να μολύνουν το πεπτικό σύστημα του νεογνού. Είναι σωστό όμως να αδειάζουν οι μαστοί από το μολυσμένο γάλα, με πίεση με τα χέρια ή με τη βοήθεια ειδικού θηλάστρου. Αυτό μαζί με μια ολοκληρωμένη θεραπεία με αντιβίωση μπορεί να βοηθήσει στην υποχώρηση της φλεγμονής πριν σχηματιστεί ένα υπομαστικό απόστημα. Μόλις θεραπευτεί η μητέρα, μπορεί, αν το θέλει, να αρχίσει εκ νέου το θηλασμό από το μαστό, δεδομένου ότι ο μαστός κάτω από το ερέθισμα του κανονικού αδειάσματος είναι ακόμα σε θέση να παράγει γάλα.

Άλλα προβλήματα που μπορούν να δημιουργηθούν από την πλευρά της μητέρας είναι οι θηλές που είναι τραβηγμένες προς τα μέσα, με αποτέλεσμα να κάνουν δύσκολο ή αδύνατο το θηλασμό για το μωρό. Οι μαιές θα πρέπει να δώσουν μια ανάλογη συμβουλή μετά από μια λεπτομερή εξέταση. Τις κοίλες θηλές μπορούμε πολλές φορές να τις επαναφέρουμε στη σωστή θέση με το θηλάστρο. Αν δεν έχει αποτέλεσμα η μέθοδος αυτή, τότε απορροφάται το γάλα από το στήθος της μητέρας με θηλάστρο και δίνεται στο μωρό με το μπιμπερό.

Οι διάφοροι ερεθισμοί του στήθους προκαλούνται αν εισχωρήσουν πυογόνα μικρόβια στους μαστικούς αδένες. Γι' αυτό θα πρέπει η μητέρα να δίνει μεγάλη σημασία στην καθαριότητα. Αν παρόλες τις προφυλάξεις αυτές, παρουσιαστεί κάποιος ερεθισμός στο στήθος, δε χρειάζεται να διακοπεί ο θηλασμός, είναι όμως απαραίτητη μια επίσκεψη στο γιατρό. Το μωρό παίρνει στο στόμα πιθανόν μόνο την άκρη της θηλής, κι επειδή δεν μπορεί να τραβήξει γάλα, δαγκώνει θυμωμένο τη ρώγα. Η κατάσταση αυτή πρέπει να μεταβληθεί το ταχύτερο, γιατί το μάσημα αυτό προκαλεί δυνατούς πόνους στην ερεθισμένη θηλή¹⁴.

Μερικές γυναίκες νιώθουν κατά τη διάρκεια του θηλασμού πόνους στη σπονδυλική στήλη ή στο στήθος, χωρίς όμως να έχει τραυματιστεί ή ερεθιστεί ο μαστός. Και οι δυο περιπτώσεις πόνων δεν μπορούν να αποφευχθούν. Άλλωστε μετά από λίγη ώρα περνούν χωρίς οποιεσδήποτε επιπτώσεις.

¹⁴ Χατζηπαναγής, Α. (2006). *Η Βίβλος της Παιδιατρικής για γονείς*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Αν οι μαστοί δεν κενωθούν εντελώς κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το γάλα αυτό προκαλεί πόνους στη μητέρα, που μερικές φορές μπορεί να είναι αρκετά οδυνηροί. Η συσσώρευση αυτή του γάλακτος είναι δυνατό να οδηγήσει και σε μαστίτιδα. Γι' αυτό θα πρέπει να ερωτάται αμέσως ο γιατρός, όταν το στήθος είναι σκληρό και πολύ ζεστό, ή όταν κομπιάζει ή είναι κόκκινο και ευαίσθητο στις πιέσεις.

Τα θήλαστρα βοηθούν ώστε να απορροφηθεί όλο το γάλα από τους. Αρκούν τα απλά θήλαστρα του εμπορίου με τη γυάλινη υποδοχή για τη θηλή και τη λαστιχένια μπάλα στο πίσω μέρος. Με την πίεση της λαστιχένιας μπάλας δημιουργείται υποπίεση, κι έτσι πιέζεται το γάλα έξω από τους μαστικούς αδένες. Τα ηλεκτρικά θήλαστρα δε συνιστώνται στις γυναίκες που έχουν πολύ ευαίσθητο δέρμα.

Άλλα προβλήματα κατά τα οποία η μητέρα δεν μπορεί να θηλάσει είναι τα ακόλουθα¹⁵:

- Παίρνει διάφορα φάρμακα.
- Έχει φυματίωση ή λοιμώδη νοσήματα.
- Καθημερινά παίρνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, νικοτίνης ή καφεΐνης.
- Έχει ψυχικά ή καρδιακά νοσήματα.
- Έχει μαστίτιδα.
- Έχει ερεθισμένες θηλές.
- Όταν φράξουν οι γλακτοφόροι πόροι, λόγω του ότι δεν αδειάζουν καλά οι μαστοί.
- Απλασία θηλής.
- Επίπεδη, εισέχουσα θηλή.

1.4.2 Από την πλευρά του βρέφους

Μετά τις προϋποθέσεις που αναφέραμε είναι λογικό να συνιστάται ο μητρικός θηλασμός δεδομένου ότι το ανθρώπινο γάλα ανταποκρίνεται επακριβώς

¹⁵ Γεωργοστάθη, Ε. & Μόσχου, Α. (2009). *Οι Πρώτες μέρες με το Μωρό μου*. Αθήνα: Ψυχογιός.

στις απαιτήσεις της διατροφής του νεογνού. Είναι επιβεβαιωμένο επίσης ότι ο θηλασμός δρα ερεθίζοντας τη συστολή και σμίκρυνση της μήτρας της μητέρας μετά τον τοκετό. Παρόλα αυτά σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει μια αντικειμενική αδυναμία να θηλάσει από το μαστό το νεογνό, ή επίσης, υπάρχουν αντενδείξεις για τις οποίες συμβουλεύεται η μητέρα να δίνει τεχνητό γάλα στο νεογνό.

Μπορεί να υπάρχει επίσης μια κατάσταση ανικανότητας του νεογνού να θηλάζει, π.χ. στο λυκόστομα και στο λαγώχειλο. Αλλά σε αυτές τις περιπτώσεις το γάλα της μητέρας μπορεί να χρησιμοποιείται. Αφού αφαιρεθεί με ένα κατάλληλο θήλαστρο, στη συνέχεια χορηγείται στο νεογνό με καθετήρα ή με κουταλάκι. Άλλωστε άλλη πιθανή αιτία που μπορεί να προκαλέσει την αναστολή της παραγωγής γάλατος είναι το ότι καμιά φορά τυχαίνει να μην ανέχεται το νεογνό το μητρικό γάλα. Αυτό στο τέλος του θηλασμού εκδηλώνει πόνο, διέγερση, έμετο, διάρροια. Αυτή η συμπτωματολογία υποχωρεί με τη διακοπή του θηλασμού, αλλά θα επαναληφθεί συχνά ακόμη και με σίτιση με βάση το γάλα αγελάδας. Σε τέτοιες περιπτώσεις είμαστε αναγκασμένοι να βρούμε γάλα ειδικό, χωρίς ζωικές πρωτεΐνες από τις οποίες προκαλείται την γαστρεντερική διαταραχή, π.χ. το γάλα σόγιας. Τα αίτια, εκ μέρους της μητέρας, της αδυναμίας θηλασμού από το μαστό είναι πιο συχνά και περισσότερα. Το γάλα της μητέρας μπορεί να είναι ανεπαρκές, δηλαδή η μητέρα να μην έχει αρκετό γάλα να δώσει στο παιδί ή πάλι οι θηλές της να μην είναι αναπτυγμένες και επομένως το νεογνό να μην καταφέρνει να θηλάσει. Επίσης, ο θηλασμός μπορεί να αποβεί πολύ οδυνηρός από την παρουσία ραγάδων στη θηλή, ή από μια μαστίτιδα, ή από μια ενεργό φυματιώδη πνευμονία. Σε αυτές τις δυο τελευταίες περιπτώσεις, οι βράκιλοι μπορούν να εισέλθουν από τη μητέρα στο παιδί με το γάλα. Όσο για την περίπτωση που η μητέρα έχει προσβληθεί από λοιμώξεις, όπως η παρωτίτιδα, η ιλαρά, η ανεμοβλογιά και η διφθερίτιδα, ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται. Εάν πρόκειται για οστρακιά, η θεραπεία με πενικιλίνη επιτρέπει να συνεχιστεί και σε αυτήν την περίπτωση ο θηλασμός. Εάν πρόκειται για ασθένειες περισσότερο κοινές όπως είναι η γρίπη ή το κρύωμα, και σε αυτήν την περίπτωση ο θηλασμός συνεχίζεται, ίσως μόνο χρησιμοποιώντας μια μάσκα για να σκεπάζεται το πρόσωπο του νεογνού κάθε φορά που η μητέρα πλησιάζει το παιδί. Σε περίπτωση χρόνιων ασθενειών της καρδιάς, κ.τ.λ. χρειάζεται μόνο μια προσεκτική αξιολόγηση της

γενικής κατάστασης της λεχώνας, που θα επιτρέψει στο γιατρό να δώσει συμβουλή πάνω στη διακοπή ή συνέχιση του θηλασμού¹⁶.

¹⁶ Πατσούρου, Α. (2008). *Θηλασμός μια υπέροχη σχέση. Όλες οι γυναίκες μπορούν να θηλάσουν - Οι Σωστές Στάσεις Θηλασμού*. Αθήνα: Ζωή Υγεία Οικογένεια.

Κεφάλαιο 2: Σωματική και Ψυχική Υγεία

2.1 Συναισθηματικός Δεσμός Μητέρας - Παιδιού

Οι νεότερες έρευνες έχουν δείξει ότι ο συναισθηματικός δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί έχει αποφασιστική σημασία για την ανάπτυξη του τελευταίου. Το παιδί έρχεται στον κόσμο σχεδόν σαν ένα αδύναμο «ζωάκι». Όλες οι λειτουργίες της ζωής του δεν είναι ακόμα ανεπτυγμένες μόνο η ικανότητα να θηλάζει δίνεται στο νεογέννητο άμεσα από τη φύση, αλλά και αυτό πρέπει ακόμα να το εξασκήσει και να το μάθει, ώσπου να γένεται «απρόσκοπτα». Έτσι το παιδί είναι εξαρτημένο εντελώς από τη μητέρα, αφού αυτή πρέπει να αναλάβει, «για αυτό» κάθε φροντίδα για την περιποίηση και τη περίθαλψή του. Έτσι η αναπτυσσόμενη ψυχική ζωή του παιδιού είναι προσανατολισμένη εντελώς στη μητέρα: αυτό ζει, θα μπορούσε να πει κανείς, σε «ενιαία συναίσθηση» με αυτή, δηλαδή όλα τα μητρικά αισθήματα αποτελούν το «κλίμα», που το παιδί αντιλαμβάνεται ασυνείδητα. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου παιδιά χωρίς μητρική φροντίδα αρρωσταίνουν παρά την άριστη υλική περιποίηση, μένουν πίσω στην ανάπτυξη ή και πεθαίνουν-χωρίς τη μητρική αγάπη δεν υπάρχει φαίνεται αρκετή παρότρυνση να συνεχίσουν τη ζωή¹⁷.

Τα μικρά παιδιά καταγράφουν με μεγάλη ακρίβεια όλες τις αισθηματικές ταλαντεύσεις του προσώπου, από το οποίο εξαρτώνται. Είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς πόσο λεπτά γίνονται αυτές οι διαβιβαστικές λειτουργίες. Η ψυχολογία του βάθους μιλάει στη συνάφεια αυτή για μια «μετάδοση των

¹⁷ Μηνούδης, Γ., Τούμπα, Α. & Σαρδέλης, Σ. (2012). *Παιδική Διατροφή και Ανάπτυξη. Τα πάντα για τη σωστή διατροφή, ανάπτυξη και υγεία των παιδιών σας από τη γέννηση μέχρι την εφηβεία*. Αθήνα: Κέδρος.

αισθημάτων» ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Μία φοβισμένη μητέρα για παράδειγμα κάνει το παιδί της να φοβάται, πριν αυτό έρθει σε επαφή με εκφοβιστικούς ανθρώπους και πράγματα: Παίρνει το φόβο με το μητρικό γάλα. Ότι σκέπτεται ή αισθάνεται η μητέρα σε σχέση με το παιδί της, μεταβιβάζεται με τη συμπεριφορά της σε αυτό, Πολλές φορές νεογέννητα παιδιά έχουν γίνει ήδη «νευρικά» από τη νευρική ή πιθανόν δυστυχισμένη μητέρα, κλαίνει πολύ, παρουσιάζουν δυσκολίες στη λήψη και στη πέψη τροφής, για τις οποίες ο γιατρός δεν μπορεί να διαπιστώσει καμία σωματική αιτία. Για αυτό μαζί με το άσχημα αναπτυσσόμενο παιδί, πρέπει να εξετάζεται ψυχολογικά και η μητέρα: αυτή είναι συχνά η αιτία για τις μη κανονικές αντιδράσεις του παιδιού, που μπορούν να εκφραστούν σωματικά και ψυχικά¹⁸.

Μια καλή, έμπειρη και καλλιεργημένη και εσωτερικά ισορροπημένη μητέρα προκαλεί στο παιδί της αβίαστα ευχαρίστηση και προθυμία για ανάπτυξη, η οποία μετατρέπεται σε σωματική και ψυχική ενέργεια.

Ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί διαδραματίζονται καταπληκτικές και ποικίλες ψυχικές διαδικασίες ήδη από τις πρώτες ημέρες της ζωής. Αυτές δεν κατευθύνονται από τα ένστικτα, αλλά είναι έκφραση της αμοιβαίας αλληλεξάρτησης αυτών των δύο συντρόφων, που αποτελούν μια ενότητα ζωής. Το παιδί χρειάζεται τη μητέρα και η μητέρα έχει ανάγκη να αναλάβει το παιδί, να το περιποιηθεί και να το μεγαλώσει. Αλλά ο τρόπος που διαμορφώνεται η ψυχική σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, αυτό εξαρτάται από το χαρακτήρα, την ψυχική κατάσταση και τις ψυχολογικές γνώσεις της μητέρας: θα μπορέσει να διαμορφώσει ωφέλιμα τη σχέση με το παιδί τότε μόνο όταν έχει ανεπτυγμένη τη γενική ικανότητα για επαφή με τους συνανθρώπους. Μόνο η ψυχική υγεία της μητέρας εγγυάται την κατά κάποιον τρόπο σωστή συμπεριφορά προς το παιδί, αν και εδώ χρειάζονται ψυχολογικές γνώσεις, ώστε ακόμα και η υγιής μητέρα να μην παραπλανήσει την ανάπτυξη του παιδιού¹⁹.

¹⁸ Κατριτζιδάκης, Κ. (2012). Διατροφή Βρέφους. ΙΕΚ Χανίων, Τμήμα Προσχολικής Αγωγής - Δραστηριοτήτων - Δημιουργικής Έκφρασης.

¹⁹ Δίνας, Κ., Πανταζής, Κ. & Λουφόπουλος, Α. (2008). Μηχανισμός Φυσιολογικού Τοκετού. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 20.

Αλλά τα τρυφερά αισθήματα μόνα τους δεν αρκούν για τη μητρότητα. Το παιδί πρέπει μετά την γέννηση με κοπιαστική και επίμονη περιποίηση και φροντίδα να αναπτυχθεί σε άνθρωπο. Από αυτό το καθήκον αναλογεί στη μητέρα κυρίως στο πρώτο χρόνο, το μεγαλύτερο μέρος. Αυτή είναι που μεταβιβάζει στο παιδί τις πρώτες και αποφασιστικές εμπειρίες ανθρώπινης σχέσης και στέκει θα έλεγε κανείς, στην πύλη εισόδου της κοινωνικής ζωής, όπου πρέπει να εισαχθεί το αναπτυσσόμενο παιδί.

2.2 Θηλασμός και Κατάθλιψη

Οι στρεσογόνοι παράγοντες της μητέρας οφείλονται στις ανησυχίες για την σωστή ανατροφή του μωρού²⁰ καθώς και σε φυσικούς παράγοντες άγχους, όπως η στέρηση ύπνου, οι αλλαγές του σώματος, και η σεξουαλική δυσλειτουργία²¹. Οι νέες μητέρες αγωνίζονται να βρουν χρόνο για το μωρό τους, ενώ συγχρόνως προσπαθούν να καλύψουν τις ανάγκες των συζύγων τους, των υπόλοιπων παιδιών και των ίδιων. Η επαγρύπνηση που απαιτείται για να είναι κανείς ένας καλός γονέας είναι επίσης ένας στρεσογόνος παράγοντας για τις νέες μητέρες²². Λαμβάνοντας υπόψη όλες αυτές τις αγχωτικές απαιτήσεις της μητρότητας είναι ίσως έκπληξη το γεγονός ότι τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν κατά το πρώτο έτος μετά τη γέννηση του βρέφους²³. Η φύση έχει δώσει στις μητέρες ένα

²⁰ Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood*. New York, NY: Springer.

²¹ Gjerdingen, D. K., Froberg, D. G., Chaloner, K.M., & McGovern, P. M. (1993). Changes in women's physical health during the first postpartum year. *Archives of Family Medicine*, 2(3), 277–283.

²² Hahn-Holbrook, J., Holbrook, C., & Haselton, M. G. (2011). Parental precaution: Neurobiological means and adaptive ends. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(4), 1052–1066.

²³ Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5), 1071–1083.

ρυθμιστικό παράγοντα άγχους: τον θηλασμό²⁴. Μόνο πρόσφατα οι επιστήμονες άρχισαν να αναγνωρίζουν ότι η γαλουχία μεταβάλλει το στρες στις μητέρες²⁵.

Έρευνες αποδεικνύουν ότι ο θηλασμός από την πρώτη ημέρα του τοκετού βοηθάει το παιδί με τη σωστή διατροφή, και ενισχύει την αλληλεπίδραση και το δέσιμο μεταξύ μητέρας-βρέφους. Η αυτοπεποίθηση της μητέρας, τη περίοδο του θηλασμού μεγαλώνει καθώς εξοικειώνεται καλύτερα με τις αντιδράσεις του μωρού της²⁶. Η μητρότητα αποτελεί σημαντική περίοδο στη ζωή της γυναίκας ενώ η γαλουχία μία ξεχωριστή εμπειρία της γυναικείας φύσης.

Με τον μητρικό θηλασμό ενισχύεται το δέσιμο μεταξύ μητέρας και βρέφους, και προάγεται ο αυτοσεβασμός της γυναίκας. Οι μητέρες που θηλάζουν το νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό εμφανίζουν λιγότερη κατάθλιψη και άγχος, μικρούς καρδιακούς παλμούς και χαμηλότερη κορτιζόλη, ορμόνη που παράγεται από το αυξημένο stress²⁷.

Αντιθέτως μελετητές τονίζουν ότι η διακοπή του θηλασμού αποτελεί κίνδυνο που μπορεί να προκαλέσει αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης στην μητέρα καθώς και εμφάνιση σημαντικών ψυχικών και σωματικών διαταραχών²⁸.

Πρόσφατες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας δείχνουν ότι ο θηλασμός δεν είναι καθημερινός μεταξύ των καταθλιπτικών μητέρων, ακόμη και αν γνωρίζουν

²⁴ Groer, M. W., Davis, M. W., & Hemphill, J. (2002). Postpartum stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(4), 411–417.

²⁵ Lonstein, J. S. (2007). Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28(2–3), 115–141.

²⁶ Συκάκη-Δούκα, Α. (1985). *Ο τοκετός είναι αγάπη*. 10η βελτιωμένη έκδοση, Αθήνα: Ιδιωτική.

²⁷ Παπαβέντσης, Σ. (2011). *Επιστροφή στο μητρικό θηλασμό: Οδηγός επιβίωσης για γονείς και επαγγελματίες υγείας*. Δεύτερη έκδοση. Αθήνα: Πατάκης.

²⁸ Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: A longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12:36

ότι τα βρέφη τους θα επωφεληθούν από την πραγματοποίησή του²⁹. Έρευνες από διαφορετικά κοινωνικο-πολιτισμικά πλαίσια δείχνουν σχεδόν κατηγορηματικά ότι οι καταθλιπτικές μητέρες τείνουν να θηλάζουν λιγότερο ή για λιγότερο χρόνο από ότι οι μη καταθλιπτικές μητέρες. Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στον θηλασμό και την κατάθλιψη μετά τον τοκετό παραμένει διαφορούμενη³⁰.

Όταν παρουσιάζεται κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες δεν επιθυμούν ως διατροφή του μωρού τον θηλασμό³¹ ή αποφεύγουν τη διατήρησή του, για μεγάλο χρονικό διάστημα³² σε σύγκριση με εκείνες που δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Σε μια μελέτη για τη σχέση μεταξύ του κινδύνου των ψυχολογικών παραγόντων και του θηλασμού, που έγινε με την συμμετοχή ενός δείγματος γυναικών στην Ισπανία, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που είχαν υψηλό ποσοστό κατάθλιψης για ένα χρονικό διάστημα κατά την περίοδο της κύησης (περίπου 25,7 εβδομάδες) και οι γυναίκες που παρουσίασαν επίμονα καταθλιπτικά συμπτώματα σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν εμφάνιζαν μεγάλη προθυμία να θηλάσουν τα μωρά τους³³. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη στο 1/5 των εγκύων γυναικών είναι σε ύφεση κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης³⁴, και ότι οι μισές από αυτές τις

²⁹ Dennis, C. & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123:736-51.

³⁰ Henderson, J., Evans, S., Straton, J., Priest, S. & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30: 175-80.

³¹ Green, J.M. & Murray, D. (1994). The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria, in *Perinatal Psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Royal College of Psychiatrists.

³² Kehler, H.L., Chaput, K.H. (2009) Tough, S.C. Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. *Can J Public Health*, 100: 376-80.

³³ Insaf, T., Fortner, R.T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G. & Chasan-Taber, L. (2011). Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *J Womens Health*, 20:1183-92.

³⁴ Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10: 103-9.

καταθλιπτικές έγκυες γυναίκες δεν θα ενδιαφερθούν για τον θηλασμό ή δεν θα θηλάσουν για τρεις μήνες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Το μέγεθος της κατάθλιψης κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αποτελεί τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη για την διάρκεια ή τον αποκλεισμό του θηλασμού. Επίσης, ύστερα από έρευνα μεταξύ των γυναικών που δεν θηλάζουν στο χρονικό διάστημα των τριών μηνών μετά τον τοκετό, το 37% από αυτές είναι σίγουρες ότι αυτό οφείλεται στην κατάθλιψη που παρουσίασαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αποτελέσματα, επίσης, έδειξαν σημαντική μείωση στο ποσοστό κατάθλιψης από τον τοκετό και κατά την διάρκεια των τριών μηνών μετά τον τοκετό σε γυναίκες που διατήρησαν τον θηλασμό ως αποκλειστική διατροφή του μωρού για τρεις ή περισσότερους μήνες³⁵.

Η χρήση του θηλασμού ως αποκλειστική διατροφή, είναι σημαντικά χαμηλότερη μεταξύ των καταθλιπτικών μητέρων³⁶. Μητέρες που δεν ξεκίνησαν τον θηλασμό ή δεν προσπάθησαν να τον διατηρήσουν για ένα εύλογο χρονικό διάστημα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό³⁷. Επιπλέον, οι μητέρες με κατάθλιψη κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, τείνουν να μην θηλάζουν ή να μην διατηρούν τον θηλασμό³⁸.

³⁵ Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10: 103-9.

³⁶ Thome, M., Alder, E.M. & Ramel, A. (2006). A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *Int J Nurs Stud.*, 43:11-20.

³⁷ Mezzacappa, E.S. & Endicott, J. (2007). Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 10: 259-66.

³⁸ Taveras, E., Capra, A., Braveman, P., Jensvold, N., Escobar, G., & Lieu, T. (2003). Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 112(1), 108-115.

2.2.1 Θηλασμός και Κοινωνικό Κόστος

Ο θηλασμός μπορεί να έχει κάποιες κοινωνικές επιπτώσεις για τις γυναίκες. Για παράδειγμα, οι γυναίκες συχνά αισθάνονται αμηχανία για το θηλασμό όταν βρίσκονται μπροστά στο κοινό, ενέργεια που θεωρείται νόμιμη σε πολλά κράτη.

Μια μελέτη που έγινε στο Μισούρι διαπίστωσε ότι οι εγκυμονούσες γυναίκες χαμηλού εισοδήματος θεωρούσαν αποδεκτό να θηλάσουν το παιδί τους διακριτικά μπροστά σε άλλα άτομα σε κάποιο σπίτι, αλλά δεν θεωρούσαν εύκολο τον θηλασμό μπροστά σε κοινό, κυρίως όταν αυτός δεν γίνεται διακριτικά ή έφερνε σε δύσκολη θέση τους ανθρώπους³⁹. Ομοίως, οι γυναίκες συχνά θεωρούν τον εαυτό τους ευάλωτους όταν προσελκύουν αρνητικά σχόλια κατά την γαλουχία του μωρού τους σε δημόσιο χώρο. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να οδηγήσουν τις γυναίκες να παραμένουν κλεισμένες στο σπίτι ή να περιορίζουν την κυκλοφορία τους κατά τη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για να αποφευχθεί το κοινωνικό στίγμα του θηλασμού σε δημόσιο χώρο⁴⁰.

Σε πολιτισμούς όπου ο θηλασμός είναι ευρέως αποδεκτός, οι γυναίκες συχνά έχουν περισσότερη ελευθερία να θηλάσουν σε δημόσιους χώρους. Για παράδειγμα, ο ερευνητής Dettwyler⁴¹ υποστηρίζει ότι σε μέρη όπως το Μάλι ή το Νεπάλ, οι γυναίκες που θηλάζουν μπορούν να ταΐσουν τα παιδιά τους σε δημόσιο χώρο ελεύθερα χωρίς να αισθάνονται μειονεκτικά. Σύμφωνα με τον Dettwyler⁴² σεξουαλικοποίηση του στήθους σε πολλούς Δυτικούς πολιτισμούς αποτελεί το

³⁹ Libbus, M. K., & Kolostov, L. S. (1994). Perceptions of breastfeeding and infant feeding choice in a group of low-income mid-Missouri women. *Journal of Human Lactation*, 10(1), 17–23.

⁴⁰ Sheeshka, J., Potter, B., Norrie, E., Valaitis, R., Adams, G., & Kuczynski, L. (2001). Women's experiences breastfeeding in public places. *Journal of Human Lactation*, 17(1), 31–38.

⁴¹ Dettwyler, K. A. (1995). Beauty and the breast: The cultural context of feeding in the United States. In P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding: Biocultural perspectives* (pp. 167–215). New York, NY: Aldine deGruyter.

⁴² Dettwyler, K. A. (1995). Beauty and the breast: The cultural context of feeding in the United States. In P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding: Biocultural perspectives* (pp. 167–215). New York, NY: Aldine deGruyter.

μεγαλύτερο ταμπού γύρω από το θηλασμό σε δημόσιο χώρο, σημειώνοντας ότι στο Μαλί και το Νεπάλ, η σίτιση από τον μαστό είναι αποδεκτός από το κοινό αφού τα στήθη δεν έχουν την ίδια σεξουαλική χροιά για τους άνδρες ή τις γυναίκες όπως συμβαίνει σε άλλα μέρη του κόσμου.

Σε πολιτισμούς όπου η κύρια λειτουργία του μαστού θεωρείται σεξουαλική, το θέαμα μίας γυναίκας να θηλάζει θεωρείται άσεμνο. Η κοινωνική αποδοχή του θηλασμού ποικίλλει ανάλογα με τον πολιτισμό και την εθνικότητα⁴³. Οι γυναίκες που μεταναστεύουν προς τις Ηνωμένες Πολιτείες από περιοχές όπου η σίτιση της γαλουχίας είναι πιο κοινή έχουν υψηλότερα ποσοστά θηλασμού από τον πληθυσμό των ΗΠΑ. Για παράδειγμα, μαύρες γυναίκες που μεταναστεύουν από μέρη, όπου ο θηλασμός είναι κανόνας, είναι πιθανότερο να θεωρήσουν τον θηλασμό αποκλειστικό τρόπο σίτισης μετά την γέννηση του παιδιού από ότι οι Αφροαμερικάνες γυναίκες⁴⁴.

Υπάρχει επίσης διαφορές μεταξύ των πολιτισμών στην αντίληψη σχετικά με την κατάλληλη ηλικία για να απογαλακτιστεί ένα παιδί. Οι γυναίκες που παραβιάζουν τους τοπικούς κανόνες μπορεί να αντιμετωπίσουν κοινωνικό στίγμα. Αν και η μέση διάρκεια του θηλασμού στην παραδοσιακή κοινωνιολογία είναι περίπου 2,5 χρόνια⁴⁵, πολλές γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρουν ότι δέχονται αρνητικές αντιδράσεις από τους άλλους, αν θηλάσουν λίγους μήνες μετά τον τοκετό. Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Αμερική το αρνητικό «κοινωνικό στίγμα» που υπέστησαν για τον θηλασμό οι γυναίκες, λόγω της ηλικίας του παιδιού είναι: 29% για τις γυναίκες που θηλάζουν 6 μήνες μετά τον τοκετό και 61% για τις γυναίκες που θηλάζουν είκοσι τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό⁴⁶.

⁴³ Kelley, Y. J., Watt, R. G., & Nazoo, J. Y. (2011). Racial/ethnic differences in breastfeeding initiation and continuation in the United Kingdom and comparison with findings in the United States. *Pediatrics*, *118*, 1428–1435.

⁴⁴ Bonuck, K. A., Freeman, K., & Trombley, M. (2005). Country of origin and race/ethnicity: Impact on breastfeeding intentions. *Journal of Human Lactation*, *21*, 320–326.

⁴⁵ Dettwyler, K. A. (1995). A time to wean: The hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding: Biocultural perspectives*. New York, NY: Aldine Gruyter.

⁴⁶ Kendall-Tackett, K. A., & Sugarman, M. (1995). The social consequences of long-term breastfeeding. *The Journal of Human Lactation*, *11*, 179–183.

Έρευνες, στην Αμερική, δείχνουν ότι οι γυναίκες που θηλάζουν αντιμετωπίζουν το κοινωνικό στίγμα, ανεξάρτητα από το πού και πώς επιλέγουν να ταΐσουν τα παιδιά τους. Σε μια σειρά μελετών που διεξήχθησαν από φοιτητές, αποδείχθηκε ότι οι μητέρες που θηλάζουν θεωρούνται λιγότερο ικανές και είναι λιγότερο πιθανό να προσληφθούν για μια θέση εργασίας σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν θηλάζουν ή τις γυναίκες χωρίς παιδιά⁴⁷.

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, οι αρνητικές επιπτώσεις της γαλουχίας ως σίτιση προέκυπτε από τις αρνητικές αντιλήψεις που προκαλούνται στο μυαλό τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών που σπουδάζουν, για την σεξουαλικότητα του στήθους της γυναίκας που θηλάζει⁴⁸. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι αν και ο θηλασμός μπορεί να έχει πολλά οφέλη για την μητέρα και το μωρό, μπορεί, επίσης να προκαλέσει σημαντικό κοινωνικό κόστος.

Στην ιδιωτική ζωή της γυναίκας ο θηλασμός μπορεί, επίσης, να προκαλεί αρνητικές συνέπειες στις κοινωνικές σχέσεις. Ο θηλασμός δημιουργεί ιδιαίτερη εμπειρία ανάμεσα σε μια μητέρα και το παιδί που μπορεί μερικές φορές να οδηγήσει τον άλλο σύντροφο να θεωρεί ότι είναι αποκλεισμένος. Συχνά κάποιοι πατέρες αναφέρουν ότι ο θηλασμός εμποδίζει την δημιουργία σχέσης με το νέο βρέφος⁴⁹. Ακόμη και όταν οι πατέρες υποστηρίζουν τις γυναίκες τους να θηλάσουν, ομολογούν ότι διακατέχονται από ζήλια εξαιτίας της αδυναμίας του να λάβουν μέρος σε αυτή τη σχέση που αναπτύσσεται κατά την σίτιση⁵⁰. Συνεντεύξεις με γονείς αναφέρουν ότι οι πατέρες εξαιτίας αυτών των συναισθημάτων, πολλές φορές οδηγούνται, να μην αναπτύσσουν σχέσεις με το

⁴⁷ Smith, J. L., Hawkinson, K., & Paull, K. (2011). Spoiled milk: An experimental examination of bias against mothers who breastfeed. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(7), 867–878.

⁴⁸ Smith, J. L., Hawkinson, K., & Paull, K. (2011). Spoiled milk: An experimental examination of bias against mothers who breastfeed. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(7), 867–878.

⁴⁹ Bar-Yam, N. B., & Darby, L. (1997). Fathers and breastfeeding: A review of the literature. *Journal of Human Lactation*, 13(1), 45–50.

⁵⁰ Rempel, L. A., & Rempel, J. K. (2011). The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation*, 27 (2), 115–121.

παιδί τους ακόμα και μέχρι τον απογαλακτισμό ή να μην βοηθούν την μητέρα κατά την φροντίδα του βρέφους (δηλαδή, λουτρά, πάνες)⁵¹. Προφανώς, η αίσθηση ότι μένουν έξω από την διαδικασία άσκησης του γονικού ρόλου μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στις σχέσεις των συντρόφων αλλά και του πατέρα με το μωρό.

2.3 Θηλασμός και Σωματική Υγεία

Μεγάλη ερευνητική βιβλιογραφία δείχνει ότι γυναίκες που θηλάζουν βιώνουν μια σειρά οφέλη για την υγεία τους⁵². Βραχυπρόθεσμα, ο θηλασμός βοηθά τις μητέρες να χάσουν το βάρος που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης⁵³ και τη μήτρα να επανέλθει σταδιακά μετά την εγκυμοσύνη.

Μακροπρόθεσμα, ο θηλασμός σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο της εμφάνισης καρκίνου⁵⁴, το μεταβολικό σύνδρομο⁵⁵, τον διαβήτη τύπου 2⁵⁶, και την

⁵¹ Gamble, D., & Morse, J. M. (1993). Fathers of breastfed infants: Postponing and types of involvement. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 22(4), 358–369.

⁵² Rea, M. F. (2004). Benefits of breastfeeding and women's health. *Journal of Pediatrics (Rio J)*, 80 (5 Suppl), S142–S146.

⁵³ Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2004). The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 554, 63–77.

⁵⁴ Bernier, M.O., Plu-Bureau, G., Bossard, N., Ayzac, L., & Thalabard, J. C. (2000). Breastfeeding and risk of breast cancer: A metaanalysis of published studies. *Human Reproduction Update*, 6(4), 374–386.

⁵⁵ Ford, E. S., Giles, W. H., & Dietz, W. H. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: Findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, 287(3), 356–359

⁵⁶ Stuebe, A. M., & Rich-Edwards, J. W. (2009). The reset hypothesis: Lactation and maternal metabolism. *American Journal of Perinatology*, 26(1), 81–88.

καρδιαγγειακή νόσο⁵⁷. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία ο θηλασμός είναι θερμιδικά σημαντικός και ως εκ τούτου, συνδέεται με την απώλεια βάρους μετά από την εγκυμοσύνη. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2.516 γυναικών μέσης ηλικίας, απέδειξε μείωση κατά 20% στον κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου για κάθε επιπλέον έτος του θηλασμού στις γυναίκες⁵⁸.

Οι Schwarz και οι συνεργάτες του⁵⁹ σε έρευνα που διεξήγαγαν μεταξύ 139.681 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών διαπίστωσαν ότι εκείνες που σύμφωνα με το ιστορικό τους θήλασαν τα παιδιά τους περισσότερο από ένα έτος είχαν μικρότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μετεμμηνοπαυσιακά διαβήτη, υπέρταση, και καρδιαγγειακή νόσο σε σύγκριση με τις γυναίκες που ποτέ δεν είχαν θηλάσει.

Ομοίως, μια άλλη έρευνα διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που θήλασαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους για 2 χρόνια ή περισσότερο ήταν 23% λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν στεφανιαία καρδιακή νόσο από ό, τι οι γυναίκες που δεν θήλασαν⁶⁰. Σημαντικό αποτέλεσμα ερευνών παρουσιάζει ενδιαφέρον αναφέροντας ότι μεγαλύτερο προστατευτικό όφελος προσφέρει στην γυναίκα η μεγάλη διάρκεια θηλασμού του ίδιου παιδιού παρά ο συνολικός χρόνος θηλασμού στη ζωή της⁶¹.

⁵⁷ Schwarz, E. B., Ray, R. M., Stuebe, A. M., Allison, M. A., Ness, R. B., Freiberg, M. S., & Cauley, J. A. (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics and Gynecology*, 113(5), 974–982.

⁵⁸ Ram, K. T., Bobby, P., Hailpern, S. M., Lo, J. C., Schocken, M., Skurnick, J., & Santoro, N. (2008). Duration of lactation is associated with lower prevalence of the metabolic syndrome in midlife: SWAN, the Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(3), 268 e261–e266.

⁵⁹ Schwarz, E. B., Ray, R. M., Stuebe, A. M., Allison, M. A., Ness, R. B., Freiberg, M. S., & Cauley, J. A. (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics and Gynecology*, 113(5), 974–982

⁶⁰ Stuebe, A. M., & Rich-Edwards, J. W. (2009). The reset hypothesis: Lactation and maternal metabolism. *American Journal of Perinatology*, 26(1), 81–88.

⁶¹ Stuebe, A. M., Rich-Edwards, J. W., Willett, W. C., Manson, J.E., & Michels, K. B. (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294 (20), 2601–2610.

Μια μελέτη που διερευνήσε τη σχέση μεταξύ του διαβήτη τύπου II και του μητρικού θηλασμού σε δύο ομάδες με περισσότερες από 70.000 γυναίκες διαπίστωσε ότι, αν και η συνολική διάρκεια ζωής του θηλασμού συσχετίστηκε με τον μειωμένο κίνδυνο διαβήτη τύπου II, μεγαλύτερη προστασία σε σωματική υγεία παρείχε η διάρκεια θηλασμού του ίδιου παιδιού σε σύγκριση με τον συνολικό χρόνο θηλασμού περισσότερων του ενός παιδιού⁶². Στο ίδιο δείγμα ένας χρόνος συνεχούς θηλασμού στο ίδιο παιδί συσχετίστηκε με μείωση 44% σε κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη αργότερα, ενώ ένα έτος θηλασμού καταμετρημένο σε δύο παιδιά σχετίστηκε μόνο με μείωση 24% ανάπτυξης διαβήτη.

Ο θηλασμός μπορεί επίσης να προστατεύσει τον μαστό και τις ωοθήκες καταστέλλοντας την ωορρηξία, και περιορίζοντας έτσι τη διάρκεια ζωής των οιστρογόνων⁶³. Θεωρητικά, η μείωση στη συνολική έκθεση των οιστρογόνων μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, επειδή τα οιστρογόνα αυξάνουν τα ποσοστά του πολλαπλασιασμού των κυττάρων του μαστού και την διαφοροποίησή τους, δίνοντας περισσότερες δυνατότητες να συμβούν μεταλλάξεις οι οποίες τροφοδοτούν την ανάπτυξη καρκίνου. Η θεωρία αυτή υποστηρίχθηκε με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε μεταξύ είκοσι τριών ατόμων, και διαπίστωσε μικρή επίδραση του θηλασμού στην προστασία του καρκίνου του μαστού⁶⁴. Το ποσοστό προστασίας του θηλασμού αυξανόταν για τις γυναίκες που είχαν θηλάσει για περισσότερο από 12 μήνες.

⁶² Stuebe, A. M., Rich-Edwards, J. W., Willett, W. C., Manson, J.E., & Michels, K. B. (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294 (20), 2601–2610.

⁶³ Clemons, M., & Goss, P. (2001). Estrogen and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344(4), 276–285.

⁶⁴ Bernier, M.O., Plu-Bureau, G., Bossard, N., Ayzac, L., & Thalabard, J. C. (2000). Breastfeeding and risk of breast cancer: A metaanalysis of published studies. *Human Reproduction Update*, 6(4), 374–386.

Μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος παρουσίασης καρκίνου των ωθηκών μειώνεται στις γυναίκες που έχουν θηλάσει τα μωρά τους. Ερευνητική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τον Shoham⁶⁵ αποκάλυψε ότι 6 από τις 11 μελέτες διαπιστώνουν ότι ο θηλασμός σχετίζεται με τον μειωμένο κίνδυνο καρκίνου των ωθηκών.

Επιπλέον, ερευνητές ανέλυσαν 391 περιπτώσεις επιθηλιακού καρκίνου των ωθηκών μεταξύ 149.693 γυναικών στην Nurses Health Study⁶⁶. Βρήκαν ότι για κάθε μήνα επιπλέον θηλασμού, ο κίνδυνος επιθηλιακού καρκίνου των ωθηκών μειωνόταν κατά 2%. Μια άλλη μελέτη τεκμηρίωσε μια παρόμοια μείωση κατά 1,4% στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των ωθηκών για κάθε επιπλέον μήνα θηλασμού⁶⁷, παρόλο που η μείωση δεν συνεχιζόταν και μετά τον θηλασμό των δώδεκα μηνών.

Ο θηλασμός έχει βρεθεί ότι προστατεύει όχι μόνο από την ανάπτυξη καρκίνου των ωθηκών, αλλά, επίσης, βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης των γυναικών που έχουν θηλάσει τα μωρά τους. Έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες που παρουσίασαν καρκίνο των ωθηκών έζησαν περισσότερο αν είχαν θηλάσει ποτέ από αυτές που δεν είχαν θηλάσει⁶⁸.

⁶⁵ Shoham, A. (1994). Epidemiology, etiology, and fertility drugs in ovarian epithelial carcinoma: Where are we today? *Fertility and Sterility*, 62, 433–438.

⁶⁶ Danforth, K. N., Tworoger, S. S., Hecht, J. L., Rosner, B. A., Colditz, G. A., & Hankinson, S. E. (2007). Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control*, 18(5), 517–523.

⁶⁷ Jordan, S. J., Siskind, V., Green, C. A., Whiteman, D. C., & Webb, P. M. (2010). Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control*, 21(1), 109–116.

⁶⁸ Nagle, C. M., Bain, C. J., Green, A. C., & Webb, P. M. (2008). The influence of reproductive and hormonal factors on ovarian cancer survival. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18 (3), 407–413.

2.4 Παράγοντες Επηρεασμού του Θηλασμού

Παρόλο που η σημασία του μητρικού θηλασμού είναι γνωστή σε όλο τον κόσμο, πολλές μητέρες διεθνώς διακόπτουν τον θηλασμό. Η επικράτηση του θηλασμού στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, είναι κυρίως αποτέλεσμα των συστάσεων της ΠΟΥ για τα οφέλη του θηλασμού, με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλές μητέρες από τις αναπτυγμένες χώρες που συνεχίζουν να θηλάζουν και μετά από 12 εβδομάδες από τον τοκετό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK), στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι το ποσοστό έναρξης του θηλασμού ήταν 69% το 2005⁶⁹. Η απότομη μείωση της γαλουχίας κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά την έναρξη της, στο Ηνωμένο Βασίλειο, φαίνεται από έρευνα όπου δείχνει ότι, οι μητέρες που θηλάζαν αποκλειστικά τα μωρά τους για διάστημα έξι μηνών μετά τον τοκετό αντιπροσώπευαν μόνο το 25 % του συνόλου. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στον Καναδά και Αμερική⁷⁰.

Στις ασιατικές χώρες, αναφέρεται ότι το 96% των γυναικών σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν τον θηλασμό αποκλειστικά ως διατροφή του παιδιού, όμως, μόνο το 42% από αυτές διατηρούν τον θηλασμό για τέσσερις τουλάχιστον εβδομάδες⁷¹. Στο Χονγκ Κονγκ οι μητέρες δεν αποτελούν εξαίρεση στα ποσοστά

⁶⁹ US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (2005). Women's Health UAS. Rockville, Maryland: US Department of Health and Health Services.

⁷⁰ Millar, W. J., & Maclean, H. (2005). *Breastfeeding practices*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Health Report, 16, 2.

⁷¹ Keiko, O., Dennis, C. L., Hisae T., & Masamine, J. (2008). The relationship between breastfeeding self efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37,546-555.

μείωσης του θηλασμού, αφού και εκεί έχουν βρεθεί παρόμοια δεδομένα⁷². Κατά τη σύγκριση με τις αναπτυσσόμενες χώρες, τα στατιστικά στοιχεία, δείχνουν ότι μόνο το 50% των μητέρων από την Κίνα θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους έξι μήνες μετά τον τοκετό⁷³.

Συνοψίζοντας, παρά τα ευρέως γνωστά οφέλη και τις συστάσεις διατήρησης του θηλασμού, η πλειοψηφία των μητέρων από τις αναπτυσσόμενες και τις ανεπτυγμένες χώρες δεν διατηρούν τον θηλασμό για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί για να προσδιοριστούν οι παράγοντες που προωθούν την επικράτηση του θηλασμού και τη σχέση μητέρας με το μωρό κατά τον θηλασμό⁷⁴. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση μιας γυναίκας για την διατήρηση του θηλασμού μπορεί να χαρακτηριστούν είτε ως τροποποιήσιμοι είτε ως μη τροποποιήσιμοι.

Πολλαπλοί παράγοντες που συμβάλλουν στο θηλασμό, όπως η μητρική ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, το οικογενειακό εισόδημα και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, θεωρούνται επίσης, υπεύθυνοι⁷⁵. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα ποσοστά θηλασμού είναι υψηλότερα μεταξύ των γυναικών που είναι μεγαλύτερες στην ηλικία και έχουν επιτύχει υψηλότερο

⁷² Department of Health, Hong Kong. (2008). Breastfeeding rate. Retrieved from: http://www.dh.gov.hk/tc_chi/statistics/statistics_hs/statistics_hs.html (Τελευταία Πρόσβαση 12/4/2016)

⁷³ UNICEF (1998). The State of the World's Children. Retrieved from www.unicef.org/sowc98/silent5.htm (12/4/2016).

⁷⁴ Cerandas, J. M., Noceda, G., Barrera, L., Martinez, A. M., & Garsd, A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation*, 19, 136-144.

⁷⁵ Taveras, E., Capra, A., Braveman, P., Jensvold, N., Escobar, G., & Lieu, T. (2003). Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 112(1), 108-115.

μορφωτικό επίπεδο, όπως και στις παντρεμένες γυναίκες⁷⁶. Επομένως, παρατηρείται δηλαδή, ότι πολλοί από τους παράγοντες υψηλού κινδύνου είναι μη τροποποιήσιμοι, όπως για παράδειγμα οι δημογραφικές μεταβλητές, οι οποίες είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν.

Σε αντίθεση, οι τροποποιήσιμοι παράγοντες περιλαμβάνουν τη μητρική στάση, το χρονοδιάγραμμα για την διατήρηση του θηλασμού, την γνώση του τρόπου θηλασμού, και την αυτο-αποτελεσματικότητα. Έρευνες δηλώνουν ότι οι μεταβλητές αυτές μπορεί να έχουν θετική σχέση με την συνέχιση του θηλασμού⁷⁷. Μία από τις μεταβλητές που είναι τροποποιήσιμη είναι η αυτο-αποτελεσματικότητα, η σημασία της οποίας συμβάλλει σημαντικά στα αποτελέσματα του θηλασμού και έχει επιστήσει την προσοχή σε αρκετούς ερευνητές. Η αυτο-αποτελεσματικότητα συχνά συγχέεται με την εμπιστοσύνη, ωστόσο υπάρχουν κάποιες σαφείς διακρίσεις μεταξύ αυτών των όρων. Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι παρόμοια αλλά διαφορετική από την εμπιστοσύνη. Η εμπιστοσύνη αναφέρεται στην ισχύ μιας πεποίθησης, ενώ η αυτο-αποτελεσματικότητα περιλαμβάνει τη δύναμη της πίστης και την επιβεβαίωση της ικανότητας να εκτελέσει κανείς σωστά μια συγκεκριμένη ενέργεια⁷⁸. Ορισμένες παρεμβάσεις που βασίζονται στην έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας έχουν εισαχθεί για να αυξήσουν το χρονικό διάστημα του θηλασμού.

Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, η μητρική αυτο-αποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί ότι όλο και περισσότερο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην έναρξη του θηλασμού όσο και στη διάρκεια. Η μητρική αυτο-αποτελεσματικότητα σύμφωνα με τον ερευνητή Bandura⁷⁹ ορίζεται ως η αντιληπτή ικανότητα της

⁷⁶ Semenic, S., Loiselle, C., & Gottlieb, L. (2008). Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Research in Nursing and Health*, 31, 428-441.

⁷⁷ Bourgoin, G., Lahaie, N., Rheume, B., Berger, M., Dovigi, C., Picard, L., & Sahai, V. (1997). Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 238-241.

⁷⁸ Banduras, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

⁷⁹ Banduras, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

μητέρας να θηλάσει το παιδί της, και η οποία μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις της σχετικά με το θηλασμό, όπως το αν θα θηλάσει, πόση προσπάθεια να τοποθετήσει για τον μητρικό θηλασμό, και πώς να ανταποκριθεί σε τυχόν προκλήσεις κατά τη διάρκεια της ενέργειας αυτής⁸⁰. Ακόμη ήδη από το 1992, σε μια μελέτη εξέτασαν έντεκα ψυχοκοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές του θηλασμού και αναγνώρισαν ότι η μητρική αυτο-αποτελεσματικότητα συσχετίζεται θετικά με τη διάρκεια του θηλασμού. Μητέρες με αντίληψη χαμηλής αυτο-αποτελεσματικότητας στην ικανότητά τους να θηλάσουν αντιμετωπίζουν τρεις φορές περισσότερο τον κίνδυνο της διακοπής του θηλασμού. Οι Ertem et al.⁸¹ σε μια διαχρονική μελέτη διαπιστώνουν ότι οι έγκυες γυναίκες που δεν είχαν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να θηλάσουν είχαν διπλάσιες πιθανότητες να διακόψουν το θηλασμό δύο μήνες μετά τον τοκετό. Μητέρες με υψηλότερη αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα για τον θηλασμό τείνουν να ξεκινήσουν το θηλασμό και επιμένουν ακόμη και μέσα από τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν κατά την διάρκειά του, ωστόσο, μια μητέρα με χαμηλότερη αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να απογαλακτιστεί πρόωρα. Επιπλέον, οι Papinczak και Turner⁸² συνέλεξαν ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα από 159 μητέρες χρησιμοποιώντας τρία ερωτηματολόγια για μια περίοδο έξι μηνών μετά τον τοκετό. Διαπίστωσαν, επίσης, ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα σχετίζεται θετικά με τη διάρκεια του θηλασμού.

⁸⁰ Dennis, C. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201.

⁸¹ Ertem, I., Votto, N. & Leventhal, J. (2001). The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics*, 107(3), 543-548.

⁸² Papinczak, T. A., & Turner, C. T. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*, 8, 25-33.

Κεφάλαιο 3: Σχεδιασμός Έρευνας

Στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζεται η μεθοδολογία η οποία χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στους ερευνητικούς στόχους και σκοπούς, στις μεθόδους συλλογής των δεδομένων και στους λόγους για τους οποίους επιλέχθηκαν οι εν λόγω μέθοδοι. Αναφορές γίνονται επίσης στο δείγμα στο οποίο απευθύνθηκε η έρευνα, καθώς επίσης και στα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση της. Τέλος, παρουσιάζονται οι περιορισμοί της έρευνας, οι οποίοι ευθύνονται για την παρουσία εμποδίων που κατέστησαν τη διεξαγωγή της έρευνας δύσκολη.

3.1 Ερευνητική Προσέγγιση

Το αντικείμενο της έρευνας προσεγγίστηκε σε θεωρητικό επίπεδο (δευτερογενής έρευνα) και πρακτικό επίπεδο (πρωτογενής έρευνα), με σκοπό να αποδοθεί μία όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με το υπό εξέταση θέμα, βασιζόμενη τόσο σε ποιοτικά όσο και σε ποσοτικά δεδομένα.

Όσον αφορά το θεωρητικό επίπεδο, αρχικά αναλύθηκαν έννοιες, οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για το θηλασμό και την ψυχική και σωματική υγεία της γυναίκας. Πιο συγκεκριμένα, διασαφηνίστηκε η έννοια του θηλασμού, καθώς είναι ένας βασικός όρος του θέματος. Επίσης, έγινε αναφορά στα πλεονεκτήματά του αλλά και στα προβλήματα που δημιουργεί.

Όσον αφορά το πρακτικό επίπεδο, αυτό έγκειται στην πραγματοποίηση έρευνας με σκοπό να διαπιστωθούν τα πλεονεκτήματα του θηλασμού για τη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας. Πληροφορίες σχετικά με τις καταστάσεις υπό τις οποίες διενεργήθηκε η εν λόγω έρευνα και το περιεχόμενο αυτής ακολουθούν παρακάτω. Επίσης, στα πλαίσια του πρακτικού επιπέδου γίνεται

απλή παρουσίαση των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα, με σκοπό να κατασταθεί εφικτή η κατανόηση των αποτελεσμάτων και να δημιουργηθεί ένα πεδίο πρόσφορο για περαιτέρω συζήτηση.

3.2 Ερευνητικό Σχέδιο

Το ερευνητικό σχέδιο περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο, τους σκοπούς και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να λάβει χώρα η έρευνα, η οποία είναι ερευνητικής φύσης διότι πραγματοποιείται συγκέντρωση διάφορων στοιχείων και προτείνονται καινούργιες ιδέες, αλλά και περιγραφικής καθώς βασίζεται κυρίως σε πρωτογενή στοιχεία καθορίζοντας τα ποιος, που, πότε και γιατί της έρευνας που διεξάγεται. Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, η διεξαγωγή αυτής της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε διπλό επίπεδο, το οποίο άπτεται σε μία τόσο δευτερογενή όσο και πρωτογενή έρευνα.

Όσον αφορά το δευτερογενή τομέα, αυτός πραγματοποιήθηκε δια μέσου βιβλιογραφικής ανασκόπησης, με έμφαση στο θεωρητικό πλαίσιο, τα ερευνητικά δεδομένα και περιγραφικά στοιχεία του υπό μελέτη θέματος και σημαντικών σχετικών εννοιών. Τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την συγκέντρωση των εμπειροχόμενων πληροφοριών ήταν ποικίλες πηγές τόσο έντυπης όσο και ψηφιακής μορφής. Πιο συγκεκριμένα οι εν λόγω πηγές συνιστούν βιβλία σχετικά με το Blogging και τα Κοινωνικά Δίκτυα, όπως επίσης και άρθρα από το Διαδίκτυο σχετικά με τα blogs.

Αναφορικά με τον πρωτογενή τομέα, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο, βάσει του οποίου περατώθηκε ποσοτική έρευνα. Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε αυτή η μέθοδος είναι η συλλογή πληροφοριών που αφορούν τη γνώμη μεγάλου πλήθους χρηστών, η άμεση αποδελτίωση, καθώς και οι συνθήκες παραγωγής λόγου οι οποίες κάνουν πιο αντικειμενική την έρευνα εφόσον είναι ίδιες για όλους τους ερωτηθέντες. Θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και άλλα μέσα για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας τα οποία αποτελούν μέρος της ποιοτικής έρευνας, όπως

συνεντεύξεις, μελέτη περίπτωσης, ανάλυση περιεχομένου, έρευνα δράσης, κλπ., αλλά λόγω έλλειψης χρόνου και χαμηλού κόστους, κάτι τέτοιο δεν ήταν εφικτό. Ωστόσο, όπως προέκυψε και στην πράξη, το ερωτηματολόγιο στάθηκε ένα εργαλείο κατάλληλο για την περάτωση της έρευνας που παρείχε πολύτιμα δεδομένα παράλληλα με τη δυνατότητα για εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στο δείγμα και τα ερευνητικά δεδομένα.

3.3 Μεθοδολογία

Στην παρούσα έρευνα έγινε χρήση ποιοτικής έρευνας⁸³, η οποία στοχεύει περισσότερο στα συμφραζόμενα και την κοινωνική γνώση⁸⁴.

Όσον αφορά την ποιοτική έρευνα χρησιμοποιείται, έτσι ώστε να γίνει μια διερεύνηση των διαφόρων φαινομένων μέσα από την υποκειμενική πραγματικότητα των ατόμων που τα ζουν⁸⁵. Το γεγονός αυτό έχει ως βάση του την αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζουν και το οποίο δημιουργεί νοήματα και κατανοήσεις. Με τον τρόπο αυτό, οι εμπειρίες που έχουν ζήσει τα άτομα, οι αντιλήψεις και οι προκαταλήψεις που έχουν υιοθετήσει και γενικότερα ο διαφορετικός τρόπος που βλέπουν και αντιλαμβάνονται τα διάφορα γεγονότα και παίρνουν αποφάσεις για αυτά, δημιουργούν μια πραγματικότητα, η οποία αντίθετα με την ποσοτική έρευνα, δεν είναι σε μεγάλο βαθμό αντικειμενική, αλλά παρόλα αυτά έχει τη βάση της στις διαφορετικές εκτιμήσεις και αξιολογήσεις των διαφόρων ατόμων που παίρνουν μέρος στην ποιοτική έρευνα.

⁸³ Αβραμίδης, Η., Καλυβά, Ε. (2006). *Μέθοδοι έρευνας στην ειδική αγωγή*. Αθήνα: Παπαζήσης.

⁸⁴ Greene, J. (2005). Combining qualitative and quantitative methods in social inquiry. Στο: Somekh, B., Lewin, C. (Eds.), *Research methods in the social science*. London: Sage.

⁸⁵ Rubin, H. & Rubin, I. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage.

Κατά την ποιοτική έρευνα, έγινε χρήση της τεκμηριωμένης θεωρίας, η οποία έχει σαν βασικό χαρακτηριστικό της, την εστίαση της επαγωγικής μεθόδου, δηλαδή με άλλα λόγια την εξαγωγή συμπερασμάτων μέσα από εμπειρικά δεδομένα, η συλλογή των οποίων έχει γίνει κατευθείαν από τον ερευνητή και την κατάθεση των απόψεων των συμμετεχόντων σχετικά με το θέμα που διερευνάται κάθε φορά. Το πιο σημαντικό πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι τόσο η ευελιξία που δίνεται στον ερευνητή, όσο και η δυνατότητα που δίνεται για την εμφάνιση θεμάτων στο πλαίσιο όσων διερευνώνται, τα οποία υπάρχει περίπτωση ο ερευνητής να μην είχε αντιληφθεί προηγουμένως⁸⁶.

Σχετικά με την ποσοτική έρευνα είναι περισσότερο δομημένη και δίνει πιο αντικειμενικά αποτελέσματα, τα οποία είναι σε θέση να ποσοτικοποιηθούν και να επεξεργαστούν στατιστικά, κάτι που στην ποιοτική έρευνα δεν μπορεί να γίνει καθώς τα δεδομένα που δίνει είναι περισσότερο περιγραφικά και προέρχονται από την πραγματικότητα, η οποία δεν είναι αντικειμενική, αλλά διαμορφώνεται ανάλογα τις στάσεις και τις απόψεις των ατόμων⁸⁷. Βάσει των Miles και Huberman⁸⁸, η χρήση ποιοτική αλλά ταυτόχρονα και ποσοστικής μεθόδου βοηθά στην πιο έγκυρη και αξιόπιστη συλλογή δεδομένων, από ότι να χρησιμοποιούνταν η κάθε μέθοδος χωριστά.

⁸⁶ Dawson, C. (2009). *Introduction to research methods: A Practical Guide for Anyone Undertaking a Research Project*. Oxford: How to Books

⁸⁷ Scanlon, M. (2001). Issues in research. Στο: Wilkinson, D. (Ed.), *The researcher's toolkit*. London: Taylor & Francis

⁸⁸ Miles, M.B., Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage

3.4 Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η μελέτη και παρουσίαση των πλεονεκτημάτων που τυγχάνουν οι γυναίκες από τον μητρικό θηλασμό τόσο σωματικές όσο και ψυχικές με στόχο την ευρύτερη ενημέρωση, προαγωγή και προώθηση του μητρικού θηλασμού. Τα ερευνητικά ερωτήματα, λοιπόν, της μελέτης αυτής είναι:

- 1) Είναι οι γυναίκες ενημερωμένες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και το μέγεθος των ωφελημάτων που προσφέρουν στην σωματική και ψυχική τους υγεία;
- 2) Οι αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν ως προαγωγοί του μητρικού θηλασμού;
- 3) Ποιοι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συμβάλλουν στην προώθηση του μητρικού θηλασμού;
- 4) Είναι καταρτισμένοι οι αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού;
- 5) Με ποιους τρόπους θα μπορούσαν να καταρτιστούν καλύτερα;
- 6) Ποιοι θα πρέπει να συμβάλουν στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας με στόχο την προαγωγή του μητρικού θηλασμού;

3.5 Σχέδιο Δείγματος

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε η συνέντευξη. Η συνέντευξη ως ερευνητική τεχνική θεωρείται κανονικά ως μία μέθοδος από μία ευρεία γκάμα μεθόδων επισκόπησης στην κοινωνική έρευνα. Οι στόχοι της συνέντευξης στο ευρύτερο πλαίσιο της ζωής είναι πολλοί και ποικίλοι. Μπορεί έτσι, να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για την αξιολόγηση ή την εκτίμηση ενός ατόμου από

κάποια πλευρά, για την επιλογή η την προώθηση ενός εργαζόμενου για την επίτευξη θεραπευτικής αλλαγής, όπως στην ψυχιατρική συνέντευξη για τον έλεγχο η την ανάπτυξη υποθέσεων για τη συγκέντρωση στοιχείων, όπως σε επισκοπήσεις η σε πειραματικές καταστάσεις η για τη δειγματολόγηση απόψεων ερωτούμενων, όπως σε συνεντεύξεις σε σπίτια. Αν και σε καθεμία από αυτές τις καταστάσεις οι αντίστοιχοι ρόλοι εκείνου που κάνει και εκείνου που δέχεται τη συνέντευξη μπορεί να ποικίλλουν και τα κίνητρα της συμμετοχής τους μπορεί να διαφέρουν, ένας κοινός παρονομαστής είναι η συναλλαγή που γίνεται μεταξύ αναζήτησης πληροφοριών από την πλευρά του ενός και παροχής πληροφοριών από την πλευρά του άλλου.

Η συνέντευξη μπορεί να εξυπηρετήσει τρεις στόχους. Πρώτον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως το κύριο μέσο συλλογής πληροφοριών που έχουν άμεση σχέση με τα αντικείμενα της έρευνας. Δεύτερον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ελεγχθούν υποθέσεις η να υποδειχθούν νέες η ως ερμηνευτικό εργαλείο, που βοηθά να εντοπιστούν οι μεταβλητές και οι σχέσεις. Και τρίτον, η συνέντευξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους στη διεξαγωγή μίας έρευνας.

Στις συνεντεύξεις γίνονται ανοιχτές ερωτήσεις, οι οποίες έχουν αρκετά πλεονεκτήματα, όπως για παράδειγμα το ότι είναι περισσότερο ευέλικτες σε σχέση με τις κλειστού τύπου ερωτήσεις. Επίσης, μπορούν να μπουν σε μεγαλύτερο βάθος και να γίνουν διάφορες διευκρινήσεις σε περίπτωση που κάτι δεν είναι κατανοητό η έχει παρερμηνευθεί. Επιπλέον, η δημιουργία επαφής μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου βοηθά στην καλύτερη αντίληψη των γεγονότων καθώς υπάρχει η περίπτωση απρόβλεπτων απαντήσεων η μη αναμενόμενων, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικά αποτελέσματα.

Οι συνεντεύξεις διήρκησαν 3 εως 5 λεπτά, μεταξύ του εξεταστή και των εμπλεκόμενων μητέρων, και οι οποίες έδιναν έμφαση περισσότερο στις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την προαγωγή του θηλασμού, όπως επίσης και στην ενημέρωση των γυναικών για τα πλεονεκτήματα που μπορεί να τους επιφέρει ο θηλασμός. Για τη σωστή διεξαγωγή της έρευνας, οι εμπλεκόμενοι διασφαλίστηκαν ότι οι πληροφορίες που θα δώσουν θα είναι απόρρητες, καθώς

σε αντίθετα περίπτωση υπάρχει περίπτωση να χαθεί η εμπιστοσύνη του εξεταζόμενου.

Μια από τις βασικές αρχές της συνέντευξης είναι η εχεμύθεια μεταξύ εξεταστή και εξεταζόμενου. Ο βαθμός της αποτελεσματικότητας της συνέντευξης εξαρτάται από το πόσο ικανός είναι ο εξεταστής να ακούει τα λόγια των εξεταζόμενων αλλά και να παρατηρεί τις κινήσεις τους (π.χ. τόνο φωνής, έκφραση προσώπου, τρεμάμενα χέρια, κ.α.).

Η έρευνα έγινε μεταξύ 10 γυναικών, οι οποίες ήταν μητέρες παιδιών. Οι γυναίκες αυτές αφού έλαβαν ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας, κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις του απέναντι στα πλεονεκτήματα του θηλασμού, τις γνώσεις που θεωρούν ότι έχουν οι επαγγελματίες υγείας όσον αφορά την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, αλλά και την κατάρτιση των τελευταίων.

3.7 Περιορισμοί Έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας προέκυψαν διάφοροι περιορισμοί, όπως:

- Δεν δέχτηκαν όλες οι μητέρες να συμμετάσχουν στην έρευνα. Κατά συνέπεια, δεν υπήρχε ένα ικανοποιητικό δείγμα.
- Η κατανομή του δείγματος σε σχέση με το πλήθος των γυναικών-μητέρων δεν είναι αντιπροσωπευτική για όλες τις γυναίκες-μητέρες στην Κύπρο..

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα Έρευνας

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα-ευρήματα από τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας, οι ερωτήσεις της οποίας αναφέρονται στον θηλασμό και τα πλεονεκτήματα που επιφέρει καθώς και στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας για τον θηλασμό.

Στην παρούσα συνέντευξη πήραν μέρος δέκα άτομα στα οποία αρχικά αναφέρθηκε ότι η συμμετοχή τους είναι προαιρετική και οι απαντήσεις ανώνυμες και εμπιστευτικές. Επίσης, τονίστηκε ότι οι πληροφορίες που θα αποκομιστούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Αρχικά τέθηκε η ερώτηση εάν είναι γνωστοί οι λόγοι που θηλάζει κανείς το μωρό του. Και οι δέκα συνεντεύξεις συμφωνούν ότι ο μητρικός θηλασμός επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα τόσο για το μωρό, όσο και για τις μητέρες αφού προστατεύει και τους δύο από διάφορες ασθένειες. Επίσης, τονίζεται ότι με τον μητρικό θηλασμό μητέρα και νεογέννητο δένονται περισσότερο.

«Η υπεροχή του μητρικού γάλακτος είναι αναμφισβήτητη με πλεονεκτήματα τόσο για την μητέρα όσο και για το νεογέννητο. Το γάλα της μητέρας αποτελεί την ιδανική τροφή τόσο για την μητέρα όσο και για την μητέρα ίσο και για το μωρό. Τα νεογνά προσβάλλονται σπανιότερα από λοιμώξεις, χρόνια νοσήματα, παιδική παχυσαρκία. Τα παιδιά που θηλάζουν μελέτες έχουν δείξει ότι έχουν καλύτερη νοητική ανάπτυξη. Αλλά και για την μητέρα προστασία από Ca ωοθηκών και το κυριότερο ευοδώνεται ο δεσμός μητέρας-νεογνού»

Ελένη, 25 ετών

«Ναι αρκετά καλά, είχα παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας από μαίες»

Κατερίνα, 32

«Ναι, γνωρίζω τους λόγους, δεν ξέρω αν είναι αρκετοί αυτοί που έχω υπόψη μου, αλλά μόνο και μόνο το δέσιμο που προκαλεί με το νεογέννητο μου είναι αρκετό»

Αμαλία, 43

«Το μητρικό γάλα είναι το καλύτερο για το μωρό μου γι αυτό θηλάζω»

Μαρία, 33

«Φυσικά το μητρικό γάλα είναι το καλύτερο για το μωρό μου και γι αυτό του το προσφέρω. Προορίζεται αποκλειστικά για το μωρό μου από τη φύση και αυτός είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους θηλάζω το μωρό μου. Υπάρχουν πολλοί άλλοι, αλλά ο πιο σημαντικός για μένα είναι η ηθική ικανοποίηση που θα νιώσω και η ολοκλήρωσή μου ως μητέρα και πως έκανα το καθήκον μου. Εξάλλου ο δεσμός που αναπτύσσεται θηλάζοντας το μωρό μου, όταν αυτό με κοιτάζει στα μάτια μου δίνει την μεγαλύτερη χαρά που ένιωσα ποτέ»

Ειρήνη, 27

Στην δεύτερη ερώτηση γίνεται αναφορά στα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και στο μέγεθος των ωφελημάτων που προσφέρουν στην σωματική και ψυχική τους υγεία. Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού είναι γνωστά σε όλες τις συνεντευξιαζόμενες οι οποίες έχουν ενημερωθεί για αυτά από βιβλία, τις μαίες του νοσοκομείου και από το διαδίκτυο. Εντύπωση προκαλεί η απάντηση μητέρας η οποία αναφέρει ότι δεν έχει ενημερωθεί από κανέναν για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού καθώς θεωρεί ότι όλα τα θηλαστικά στη φύση το σωστότερο είναι να τρέφονται από την μάνα τους

«Ναι, ενημερώθηκα από τις μαίες αλλά και μέσω του ιντερνέτ αλλά και από βιβλία που έχω. Είναι πολλά τα πλεονεκτήματα για το μωρό μου όσον αφορά τη ψυχική και σωματική του υγεία. Το προστατεύει από σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία και σύμφωνα με έρευνες προσφέρει μεγαλύτερη διανοητική ανάπτυξη. Το βλέπω και στην πράξη πως ηρεμεί και χαλαρώνει, Δεν χρειάζομαι άλλες υποδείξεις».

Ελένη, 25 ετών

«Ναι. Είμαι πολύ καλά ενημερωμένη από μαθήματα προετοιμασίας που παρακολούθησα από μαιέες»

Κατερίνα, 32

«Είμαι ενημερωμένη για τα πλεονεκτήματα και τα ωφέληματα του θηλασμού τόσο για το βρέφος, όσο και για τη μητέρα. Γι αυτό το λόγο θηλάζω!!».

Αμαλία, 43

«Δεν ενημερώθηκα από κάποιον, αλλά θεωρώ δεδομένο ότι η πιο σωστή τροφή για το νεογέννητο μου είναι από την μάνα του όπως κάθε θηλαστικό στη φύση».

Μαρία, 33

Η εκπαίδευση και κατάρτιση σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό ώστε να ανταπεξέλθουν οι νέες μητέρες στις καθημερινές ανάγκες του νεογνου δεν βρίσκει σύμφωνες όλες τις συνεντευξιαζόμενες καθώς κάποιες από αυτές θεωρούν απαραίτητη την ενημέρωση ώστε να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του μωρού και άλλες πιστεύουν ότι ο θηλασμός επιτυγχάνεται αυτόματα αρκεί να υπάρχει θαλπωρή και υπομονή.

«Όχι και τόσο, γιατί πιστεύω στο ένστικτο της μητέρας για να δώσει τροφή στον νεογέννητο της και όταν υπάρχει υπομονή, θέληση και αγάπη για τα μωρό ο θηλασμός είναι κάτι που πετυχαίνει αυτόματα»

Ειρήνη, 27

«Φυσικά είναι απαραίτητη η εκπαίδευση σε σχέση με τον θηλασμό ούτως ώστε να μην τα παρατήσω με την πρώτη δυσκολία. Είτε γιατί νομίζω ότι δεν έχω γάλα είτε γιατί έπαθα μαστίτιδα».

Κατερίνα, 32

«Εάν δεν είσαι σωστά εκπαιδευμένη και να έχεις γνώση στο θέμα είναι δύσκολο να πετύχεις. Στις πρώτες μέρες ζωής του μωρού χρειάζεται θέληση, υπομονή, επιμονή και αρκετή βοήθεια για να μπορέσεις να συνεχίσεις. Διδασκαλία στις στάσεις θηλασμού και στις ώρες σίτισης είναι αναγκαία».

Ελένη, 25 ετών

«Δεν πιστεύω ότι είναι απαραίτητη η εκπαίδευση σε σχέση με το μητρικό θηλασμό, ώστε να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του μωρού μου. Αυτό που χρειάζεται είναι θέληση και υπομονή».

Μαρία, 33

Οι επαγγελματίες που πρέπει να συμβάλλουν στην προώθηση του μητρικού θηλασμού είναι οι μαίες, οι γυναικολόγοι και οι παιδίατροι σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν τα άτομα που λαμβάνουν μέρος στις συνεντεύξεις. Επίσης, τα σχολεία μπορούν να κάνουν κάποιες ενημερώσεις.

«Οι επαγγελματίες υγείας που πρέπει να συμβάλλουν στη προώθηση του μητρικού θηλασμού είναι κυρίως οι μαίες, οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι καθώς και οι επισκέπτριες υγείας».

Αμαλία, 43

«Ο θηλασμός αρχίζει αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού. Άρα πρώτο λόγο έχουν οι μαίες για την έναρξη του μητρικού θηλασμού όπου είναι και η πιο σημαντική περίοδος για το μητρικό θηλασμό, Μετέπειτα ο παιδίατρος όπου θα παρακολουθήσει το νεογνό, Σημαντικό ρόλο έχει και το οικογενειακό περιβάλλον και οι σύμβουλοι θηλασμού».

Ειρήνη, 27

«Οι μαίες αλλά πιστεύω ότι και από τα σχολεία πρέπει να γίνεται μία ενημέρωση για τον μητρικό θηλασμό, από τον δάσκαλο και καθηγητές, αλλιώς γίνονται εκπαιδευτικά σεμινάρια από τις μαίες».

Ελένη, 25 ετών

«Ιδανικοί επαγγελματίες υγείας για προώθηση είναι: οι μαίες -σύμβουλοι θηλασμού και υποστηρικτικές ομάδες από μητέρα σε μητέρα, που είναι πλήρως καταρτισμένες με γνώσεις, επιστημονικότητα και ευαισθησία προς τη γυναίκα και το νεογνό».

Μαρία, 33

Η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού είναι πάρα πολύ καλή σύμφωνα με τις απαντήσεις όλων των συνεντευξιαζόμενων αλλά πάντα υπάρχουν περιθώρια περισσότερης κατάρτισης αφού συνεχώς η επιστήμη εξελίσσεται. Όμως πολύ σημαντικός παράγοντας είναι να τους δίνεται η ευκαιρία παρακολούθησης των σεμιναρίων που τους ενδιαφέρει.

«Είναι καταρτισμένοι, αλλά πάντα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και συνεχούς επιμόρφωσης με σεμινάρια και διαλέξεις»

Κατερίνα, 32

«Πιστεύω ότι είναι τουλάχιστον οι μαίες που με στηρίζουν για τον θηλασμό και είχα πολύ καλή εμπειρία από την βοήθεια τους, πάντα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης με συνεχή επιμόρφωση»

Ειρήνη, 27

«Είναι καταρτισμένοι αλλά ίσως να μην τους δίνεται η ευκαιρία να προάγουν τον μητρικό θηλασμό, Περισσότερα σεμινάρια και διαλέξεις θα βοηθήσουν στην κατάρτιση και προαγωγή του μητρικού θηλασμού»

Αμαλία, 43

«Οι αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας είναι καταρτισμένοι στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού, Θα μπορούσαν να καταρτιστούν καλύτερα παρακολουθώντας σεμινάρια για τις εξελίξεις σχετικά με τον μητρικό θηλασμό».

Μαρία, 33

«Είναι αρκετά καταρτισμένοι. Θα ήταν καλό να ενημερώνονται με τα νέα δεδομένα αφού ζούμε σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον (συνεχώς βγαίνουν νέα δεδομένα)».

Ελένη, 25 ετών

Οι φορείς που πρέπει να συμβάλλουν στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας με στόχο την προαγωγή του μητρικού θηλασμού είναι το Υπουργείο Υγείας και τα πιστοποιημένα κέντρα υπέρ του μητρικού θηλασμού. Επίσης, μπορεί να συμβάλει το Υπουργείο Οικονομικών με την επιδότηση παρακολούθησης και διεξαγωγής σεμιναρίων στους επαγγελματίες υγείας. Σημαντικός παράγοντας είναι και η ενημέρωση από το Υπουργείο Παιδείας προς τους μαθητές για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.

«Οι πιστοποιημένοι σύμβουλοι θηλασμού θεωρώ είναι οι πιο καταρτισμένοι για την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον μητρικό θηλασμό».

Ελένη, 25 ετών

«Η προστασία προαγωγής και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού αποτελούν προτεραιότητες της δημόσιας υγείας, Μία ολοκληρωμένη εθνική πολιτική για τον μητρικό θηλασμό θα πρέπει να βασίζεται στην παγκόσμια στρατηγική. Η νομοθεσία για την προστασία της μητρότητας που διασφαλίζει τα δικαιώματα όλων των εργαζομένων μητέρων να θηλάζουν αποτελεσματικά το βρέφος τους για τους πρώτους έξι μήνες και την δυνατότητα να συνεχίσουν και μετά είναι σημαντικός παράγοντας για την προστασία του μητρικού θηλασμού».

Κατερίνα, 32

«Στους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δύνονται πολλές ευκαιρίες το χρόνο από την εργασία τους για να μπορούν να παρευρεθούν σε σεμινάρια και συνέδρια

ακόμη και στο εξωτερικό που μπορεί να υπάρχουν εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για τον θηλασμό που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας».

Αμαλία, 43

Άλλος φορέας που πρέπει να συμβάλλει στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού είναι το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Οικονομικών και το Υπουργείο Παιδείας.

- Το υπουργείο Υγείας για επαγγελματίες Υγείας (μαίες, νοσηλευτές εντατικής νεογνών, παιδίατροι)
- Το υπουργείο οικονομικών να συμβάλλει στην χρηματοδότηση για αυτό το σκοπό
- Το Υπουργείο Παιδείας να εντάξει στα σχολεία την εκπαίδευση για τον μητρικό θηλασμό ή να συνεργαστεί με το Υπουργείο Υγείας να γίνονται σεμινάρια από μαίες στα σχολεία».

Συμπεράσματα

Ο θηλασμός αποτελεί την τελική φάση του αναπαραγωγικού κύκλου της γυναίκας, ο οποίος αρχίζει με την ωορρηξία, συνεχίζεται με την κύηση και τον τοκετό και ολοκληρώνεται με το θηλασμό. Ίσως είναι η βασικότερη φυσιολογική λειτουργία που δημιουργεί τη μοναδική ψυχική σύνδεση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί.

Το μητρικό γάλα αποτελεί την πιο ενδεδειγμένη διατροφή για το νεογνό, γιατί παρουσιάζει βασικά πλεονεκτήματα έναντι της τεχνητής διατροφής η οποία γίνεται με διατροφή του βρέφους με βιομηχανοποιημένο γάλα. Παρέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την επαρκή ανάπτυξη του νεογνού κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του.

Ο θηλασμός είναι απαραίτητος στα νεογέννητα μωρά τόσο λόγω διατροφής και της συμβολής στην ανάπτυξη του παιδιού, όσο και για τα συναισθηματικά, ανοσολογικά και κοινωνικοοικονομικά οφέλη που προσφέρει. Δένει ψυχολογικά το βρέφος με τη μητέρα. Δημιουργείται μεταξύ τους μια ιδιαίτερη και αμοιβαία σχέση αγάπης, ένας άρρηκτος δεσμός, αίσθημα αλληλεξάρτησης και ασφάλειας. Τα συναισθήματα αυτά συνεχώς αναπτύσσονται και αποτελούν τη βάση για την ψυχική εξέλιξη του βρέφους.

Κατά τη διάρκεια, επίσης, του θηλασμού παράγεται η ορμόνη οκυτοκίνη, η οποία επιδρά στη μήτρα και προκαλεί συσπάσεις. Έχει αποδειχτεί ότι με το θηλασμό ενισχύεται το αμυντικό σύστημα των βρεφών ενάντια στις διάφορες μικροβιακές λοιμώξεις και στις αλλεργικές παθήσεις.

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η πιθανότητα αναπτύξεως του καρκίνου κυρίως στον μαστό είναι μικρότερες σε γυναίκες που θηλάζουν. Δυστυχώς, σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, ο πρόωρος απογαλακτισμός από τις μητέρες που θηλάζουν είναι προφανής πραγματικότητα, αλλά, προκειμένου να προωθηθεί η υγεία της μητέρας και του παιδιού κατά τα τελευταία χρόνια, έχει υπάρξει μια

αύξηση στις θηλάζουσες μητέρες με ενθάρρυνση των επαγγελματιών και των υπηρεσιών υγείας, καθώς και από κρατικούς φορείς.

Σε πολλά κράτη παρατηρείται ότι, αν και οι περισσότερες γυναίκες αρχίζουν το θηλασμό, οι περισσότερες από αυτές τον διακόπτουν μετά τον πρώτο μήνα ζωής του παιδιού.. Παρά την αυξανόμενη τάση του θηλασμού σε διάφορες χώρες, υπάρχει αρκετή ακόμα απόσταση από την επίτευξη της σύστασης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τον αποκλειστικό θηλασμό μέχρι τον έκτο μήνα της ζωής του μωρού και την συνέχειά του μέχρι το δεύτερο έτος της ζωής ή και περισσότερο.

Μία από τις αιτίες του πρόωρου απογαλακτισμού, είναι η έλλειψη ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού και, κυρίως, από τους επαγγελματίες υγείας. Το ποσοστό της διάδοσης παραπληροφόρησης είναι παρόμοιο με το ποσοστό των μητέρων που εγκαταλείπουν το θηλασμό υποστηρίζοντας ότι "το γάλα δεν αρκεί το νεογνό», το οποίο τονίζει τη σημασία της κατάρτισης των επαγγελματιών του τομέα της υγείας για την αύξηση του επιπολασμού του θηλασμού.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αβραμίδης, Η., Καλυβά, Ε. (2006). *Μέθοδοι έρευνας στην ειδική αγωγή*. Αθήνα: Παπαζήσης.
2. Γεωργοστάθη, Ε. & Μόσχου, Α. (2009). *Οι Πρώτες μέρες με το Μωρό μου*. Αθήνα: Ψυχογιός.
3. Δίνας, Κ., Πανταζής, Κ. & Λουφόπουλος, Α. (2008). Μηχανισμός Φυσιολογικού Τοκετού. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 20.
4. Καρπάθιος, Σ. (2001). *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική*. Αθήνα: Βήτα.
5. Κατριτζιδάκης, Κ. (2012). Διατροφή Βρέφους. ΙΕΚ Χανίων, Τμήμα Προσχολικής Αγωγής - Δραστηριοτήτων - Δημιουργικής Έκφρασης.
6. Κουτούση, Χ., Κωστούδη, Σ. & Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, Μ. (2005). Η σημασία του θηλασμού και η ιστορία του θηλασμού. *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος*, 17.
7. Μαρούλης, Γ. (2007). *Μαιευτική & Γυναικολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
8. Μηνούδης, Γ., Τούμπα, Α. & Σαρδέλης, Σ. (2012). *Παιδική Διατροφή και Ανάπτυξη. Τα πάντα για τη σωστή διατροφή, ανάπτυξη και υγεία των παιδιών σας από τη γέννηση μέχρι την εφηβεία*. Αθήνα: Κέδρος.
9. Παπαβέντσης, Σ. (2011). *Επιστροφή στο μητρικό θηλασμό: Οδηγός επιβίωσης για γονείς και επαγγελματίες υγείας*. Δεύτερη έκδοση. Αθήνα: Πατάκης.
10. Πατσούρου, Α. (2008). *Θηλασμός μια υπέροχη σχέση. Όλες οι γυναίκες μπορούν να θηλάσουν - Οι Σωστές Στάσεις Θηλασμού*. Αθήνα: Ζωή Υγεία Οικογένεια.
11. Ρήγα, Α.Β., Βιλλιώτη, Φ., Ζαφειρούλη, Μ. & Κριεκούκη, Μ. (2010). *Μητρότητα και Θηλασμός. Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας*, 1.

12. Συκάκη-Δούκα, Α. (1985). Ο τοκετός είναι αγάπη. 10η βελτιωμένη έκδοση, Αθήνα: Ιδιωτική.
13. Χατζήμπεη, Ε. (2006). Μια απόφαση Ζωής. *Ενατενίσεις*, 90.
14. Χατζηπαναγής, Α. (2006). *Η Βίβλος της Παιδιατρικής για γονείς*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Banduras, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
2. Bar-Yam, N. B., & Darby, L. (1997). Fathers and breastfeeding: A review of the literature. *Journal of Human Lactation*, 13(1), 45–50.
3. Bernier, M.O., Plu-Bureau, G., Bossard, N., Ayzac, L., & Thalabard, J. C. (2000). Breastfeeding and risk of breast cancer: A metaanalysis of published studies. *Human Reproduction Update*, 6(4), 374–386.
4. Bernier, M. O., Plu-Bureau, G., Bossard, N., Ayzac, L., & Thalabard, J. C. (2000). Breastfeeding and risk of breast cancer: A metaanalysis of published studies. *Human Reproduction Update*, 6(4), 374–386.
5. Bonuck, K. A., Freeman, K., & Trombley, M. (2005). Country of origin and race/ethnicity: Impact on breastfeeding intentions. *Journal of Human Lactation*, 21, 320–326.
6. Bourgoin, G., Lahaie, N., Rheume, B., Berger, M., Dovigi, C., Picard, L., & Sahai, V. (1997). Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 238-241.
7. Cerandas, J. M., Noceda, G., Barrera, L., Martinez, A. M., & Garsd, A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation*, 19, 136-144.
8. Clemons, M., & Goss, P. (2001). Estrogen and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344(4), 276–285.

9. Danforth, K. N., Tworoger, S. S., Hecht, J. L., Rosner, B. A., Colditz, G. A., & Hankinson, S. E. (2007). Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control*, 18(5), 517–523.
10. Dawson, C. (2009). *Introduction to research methods: A Practical Guide for Anyone Undertaking a Research Project*. Oxford: How to Books
11. Dennis, C. & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123:736-51.
12. Dennis, C. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201.
13. Department of Health, Hong Kong. (2008). Breastfeeding rate. Retrieved from: http://www.dh.gov.hk/tc_chi/statistics/statistics_hs/statistics_hs.html (Τελευταία Πρόσβαση 12/4/2016)
14. Dettwyler, K. A. (1995). Beauty and the breast: The cultural context of feeding in the United States. In P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding: Biocultural perspectives* (pp. 167–215). New York, NY: Aldine deGruyter.
15. Dettwyler, K. A. (1995). A time to wean: The hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding: Biocultural perspectives*. New York, NY: Aldinde Gruyter.
16. Ertem, I., Votto, N. & Leventhal, J. (2001). The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics*, 107(3), 543-548.
17. Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10: 103-9.
18. Ford, E. S., Giles, W. H., & Dietz, W. H. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: Findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, 287(3), 356–359.

19. Gamble, D., & Morse, J. M. (1993). Fathers of breastfed infants: Postponing and types of involvement. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 22(4), 358–369.
20. Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5), 1071–1083.
21. Gjerdingen, D. K., Froberg, D. G., Chaloner, K.M., & McGovern, P. M. (1993). Changes in women's physical health during the first postpartum year. *Archives of Family Medicine*, 2(3), 277–283.
22. Green, J.M. & Murray, D. (1994). The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria, in *Perinatal Psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Royal College of Psychiatrists.
23. Greene, J. (2005). Combining qualitative and quantitative methods in social inquiry. Στο: Somekh, B., Lewin, C. (Eds.), *Research methods in the social science*. London: Sage.
24. Groer, M. W., Davis, M. W., & Hemphill, J. (2002). Postpartum stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(4), 411–417.
25. Hahn-Holbrook, J., Holbrook, C., & Haselton, M. G. (2011). Parental precaution: Neurobiological means and adaptive ends. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(4), 1052–1066.
26. Henderson, J., Evans, S., Straton, J., Priest, S. & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30: 175-80.
27. HHS. (2011). *Your Guide to Breastfeeding*. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health.
28. Insaf, T., Fortner, R.T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G. & Chasan-Taber, L. (2011). Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *J Womens Health*, 20:1183-92.

29. Jordan, S. J., Siskind, V., Green, C. A., Whiteman, D. C., & Webb, P. M. (2010). Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control*, 21(1), 109–116.
30. Kehler, H.L., Chaput, K.H. (2009) Tough, S.C. Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. *Can J Public Health.*, 100: 376-80.
31. Keiko, O., Dennis, C. L., Hisae T., & Masamine, J. (2008). The relationship between breastfeeding self efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37,546-555.
32. Kelley, Y. J., Watt, R. G., & Nazoo, J. Y. (2011). Racial/ethnic differences in breastfeeding initiation and continuation in the United Kingdom and comparison with findings in the United States. *Pediatrics*, 118, 1428–1435.
33. Kendall-Tackett, K. A., & Sugarman, M. (1995). The social consequences of long-term breastfeeding. *The Journal of Human Lactation*, 11, 179–183.
34. Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2004). The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 554, 63–77.
35. Libbus, M. K., & Kolostov, L. S. (1994). Perceptions of breastfeeding and infant feeding choice in a group of low-income mid-Missouri women. *Journal of Human Lactation*, 10(1), 17–23.
36. Lonstein, J. S. (2007). Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28(2–3), 115–141.
37. Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood*. NewYork, NY: Springer.
38. Mezzacappa, E.S. & Endicott, J. (2007). Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 10: 259-66.
39. Millar, W. J., & Maclean, H. (2005). *Breastfeeding practices*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Health Report, 16, 2.
40. Miles, M.B., Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage

41. Nagle, C. M., Bain, C. J., Green, A. C., & Webb, P. M. (2008). The influence of reproductive and hormonal factors on ovarian cancer survival. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18 (3), 407–413.
42. Papinczak, T. A., & Turner, C. T. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*, 8, 25-33.
43. Ram, K. T., Bobby, P., Hailpern, S. M., Lo, J. C., Schocken, M., Skurnick, J., & Santoro, N. (2008). Duration of lactation is associated with lower prevalence of the metabolic syndrome in midlife: SWAN, the Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(3), 268 e261–e266.
44. Rea, M. F. (2004). Benefits of breastfeeding and women's health. *Journal of Pediatrics (Rio J)*, 80 (5 Suppl), S142–S146.
45. Rempel, L. A., & Rempel, J. K. (2011). The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation*, 27 (2), 115–121.
46. Rubin, H. & Rubin, I. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage.
47. Scanlon, M. (2001). Issues in research. Στο: Wilkinson, D. (Ed.), *The researcher's toolkit*. London: Taylor & Francis
48. Schwarz, E. B., Ray, R. M., Stuebe, A. M., Allison, M. A., Ness, R. B., Freiberg, M. S., & Cauley, J. A. (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics and Gynecology*, 113(5), 974–982.
49. Semenic, S., Loiselle, C., & Gottlieb, L. (2008). Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Research in Nursing and Health*, 31, 428-441.
50. Sheeshka, J., Potter, B., Norrie, E., Valaitis, R., Adams, G., & Kuczynski, L. (2001). Women's experiences breastfeeding in public places. *Journal of Human Lactation*, 17(1), 31–38.

51. Shoham, A. (1994). Epidemiology, etiology, and fertility drugs in ovarian epithelial carcinoma: Where are we today? *Fertility and Sterility*, 62, 433–438.
52. Smith, J. L., Hawkinson, K., & Paull, K. (2011). Spoiled milk: An experimental examination of bias against mothers who breastfeed. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(7), 867–878.
53. Stuebe, A. M., & Rich-Edwards, J. W. (2009). The reset hypothesis: Lactation and maternal metabolism. *American Journal of Perinatology*, 26(1), 81–88.
54. Stuebe, A. M., & Rich-Edwards, J. W. (2009). The reset hypothesis: Lactation and maternal metabolism. *American Journal of Perinatology*, 26(1), 81–88.
55. Stuebe, A. M., Rich-Edwards, J. W., Willett, W. C., Manson, J.E., & Michels, K. B. (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294 (20), 2601–2610.
56. Taveras, E., Capra, A., Braveman, P., Jensvold, N., Escobar, G., & Lieu, T. (2003). Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 112(1), 108-115.
57. Thome, M., Alder, E.M. & Ramel, A. (2006). A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *Int J Nurs Stud.*, 43:11-20.
58. UNICEF (1998). The State of the World's Children. Retrieved from www.unicef.org/sowc98/silent5.htm (12/4/2016).
59. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (2005). Women's Health UAS. Rockville, Maryland: US Department of Health and Health Services.
60. Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: A longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12:36