

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θηλασμός και τεχνητή διατροφή σε νεογνά.
Ο ρόλος του νοσηλευτή.**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΜΑΚΡΟΓΙΑΝΝΗ ΕΥΤΕΡΠΗ- ΣΤΥΛΙΑΝΗ , Α.Μ. 8629

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :

ΣΚΙΝΤΖΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2016



" Ο θηλασμός θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η φυσική συνέχεια της εγκυμοσύνης "
(Ζαμπέλας , 2003)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη εργασίας	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Ανατομία μαστού	9
1.2 Φυσιολογία μαστού	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 Προετοιμασία για το θηλασμό	13
2.2 Βασικές προϋποθέσεις για το θηλασμό/ πότε αρχίζει ο θηλασμός	15
2.3 Τρόποι και κανόνες θηλασμού	16
2.3.1 Θέσεις θηλασμού	18
2.3.2 Διάρκεια θηλασμού	19
2.3.3 Η επιτυχής τοποθέτηση του βρέφους στο μαστό	20
2.4 Συνήθειες που πρέπει να αποφεύγονται κατά το θηλασμό	21
2.4.1 Φαρμακευτική αγωγή	21
2.4.2 Ναρκωτικές ουσίες	23
2.4.3 Αλκοόλ	23
2.4.4 Καφεΐνη	24
2.4.5 Διατροφή	25
2.4.6 Κάπνισμα	25
2.5 Συχνότερα προβλήματα θηλασμού	27
2.5.1 Ραγάδες	27
2.5.2 Πέτρωμα θηλής	28
2.5.3 Μυκητιασικές φλεγμονές	29
2.5.4 Προβλήματα σχετιζόμενα με την ανατομία του στήθους	30
2.5.5 Επώδυνες θηλές	30
2.5.6 Μαστίτιδα	32
2.5.7 Συμφοριτική Διόγκωση	33
2.5.8 Άγχος, εκνευρισμός	35
2.6 Πλεονεκτήματα θηλασμού για την μητέρα και το νεογνό	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Έκκριση γάλακτος-Το αντανακλαστικό της έκκρισης	41
3.2 Σύνθεση μητρικού γάλακτος – Συστατικά	43
3.2.1 Πρωτεΐνη	46
3.2.2 Λιπίδια	47
3.2.3 Υδατάνθρακες	48
3.2.4 Βιταμίνες	49
3.2.5 Ανόργανα στοιχεία	51
3.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα μητρικού γάλακτος	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 Τεχνητή διατροφή	60
4.1.1 Γάλα σε σκόνη	61
4.1.2 Αγελαδινό γάλα	61
4.1.3 Γάλατα εβαπορέ	62
4.1.4 Θεραπευτικά γάλατα	62
4.1.5 Γάλατα για τα πρόωρα βρέφη	62
4.1.6 Στοιχειακά γάλατα	63
4.2 Παράγοντες που οδηγούν στην τεχνητή διατροφή	63
4.2.1 Προβλήματα μητέρας που καθιστούν αδύνατο το θηλασμό.	63
4.2.2 Προβλήματα βρέφους που καθιστούν αδύνατο το θηλασμό	65
4.2.2.1 Προωρότητα	65
4.2.2.2 Ασθένειες	65
4.2.2.3 Ίκτερος	66
4.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τεχνητής διατροφής	67
4.4 Σύγκριση μητρικού – Τεχνητού γάλακτος	69

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Ο ρόλος του νοσηλεύτη/τριας στο μητρικό θηλασμό	73
5.1.1 Θεωρητική προσέγγιση	73
5.1.2 Πρακτική προσέγγιση	76
5.1.2.1 Διατροφή	76
5.1.2.2 Απώλεια βάρους	77
5.1.2.3 Ανάπαυση	77
5.1.3 Βοήθεια στην αντιμετώπιση των προβλημάτων	78

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 Νοσηλευτική Διεργασία	79
6.1.1 Πρόωρο νεογνό	79
6.1.2 Νεογνό με στιχία υπερώας	84
Συμπεράσματα	90
Βιβλιογραφία	92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από την στιγμή που ένα βρέφος θα έρθει στον κόσμο, έχει ανάγκη από τροφή. Η διατροφή του νεογνού διακρίνεται στη φυσική διατροφή, όταν εκείνο τρέφεται από το στήθος της μητέρας του, στην τεχνητή διατροφή, όταν εκείνο τρέφεται με το μπουκάλι και με τροποποιημένο γάλα και τέλος, στην μεικτή διατροφή, όταν τρέφεται συγχρόνως και με μητρικό και με τροποποιημένο γάλα. Η εργασία αυτή εκπονήθηκε με σκοπό την γνωστοποίηση και την αναγνώριση των αμέτρητων πλεονεκτημάτων του μητρικού θηλασμού, σε μια προσπάθεια να μην υπάρχει σαν μια επιλογή ανάμεσα σε πολλές αλλά να είναι η μόνη επιλογή.

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία αποτελείται από τρία κύρια μέρη. Στο πρώτο μέρος, αναφέρονται αναλυτικά πολλά από τα στάδια του μητρικού θηλασμού. Ξεκινώντας, αναλύεται η ανατομία και η φυσιολογία του μαστού. Στην συνέχεια αναφέρονται οι τρόποι και οι κανόνες για το θηλασμό καθώς και οι συνήθειες που θα πρέπει να αποφεύγονται για έναν υγιή και ωφέλιμο θηλασμό. Στις επόμενες σελίδες του πρώτου αυτού μέρους της εργασίας, αναφέρονται τα πλεονεκτήματα καθώς και η υπεροχή του μητρικού θηλασμού αναλυτικά, ποίοι είναι οι παράγοντες που βοηθούν στην έκκριση του και ορισμένα από τα προβλήματα που είναι πιθανό να προκύψουν. Κλείνοντας το πρώτο μέρος της εργασίας αυτής, γίνεται αναφορά και στην τεχνητή διατροφή καθώς και στους παράγοντες που πολλές φορές οδηγούν σε αυτή.

Το δεύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας, εστιάζει στο πόσο πολύτιμη είναι η νοσηλευτική φροντίδα στον μητρικό θηλασμό. Περιγράφεται το πόσο σημαντική είναι η ενημέρωση και η καθοδήγηση των μητέρων από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και ο ρόλος που διαδραματίζουν στην ψυχολογία των γυναικών με την εμπύχωση, την ενθάρρυνση και την υπομονή τους παρά τις όποιες δυσκολίες είναι πιθανό να εμφανιστούν.

Τέλος, το τρίτο μέρος της εργασίας αυτής αποτελείται από 2 περιστατικά τα οποία αναλύονται, επεξεργάζονται και καταλήγουν σε ορισμένα αποτελέσματα μέσω της σωστής νοσηλευτικής διεργασίας. Τα περιστατικά αυτά αφορούν ορισμένες καταστάσεις οι οποίες εμποδίζουν τον μητρικό θηλασμό και μέσω της σωστής νοσηλευτικής διεργασίας βρίσκονται τρόποι για την εφαρμογή αλλά και προαγωγή του θηλασμού. Κύριος σκοπός της εργασίας αυτής είναι ο αναγνώστης να γνωρίσει και να είναι σε θέση να αντιληφθεί τα οφέλη του μητρικού θηλασμού τόσο για την μητέρα όσο και για το βρέφος.

ABSTRACT

From the point a child enters this world, it will need food and nutrients. Feeding the newborn, the process of feeding is distinguished in a) the natural feeding diet, when the newborn receives its feeding needs from the mother's breast and her milk, b) artificial feeding, when the process is accomplished by feeding from a bottle and using modified milk (Formula milk), and finally, c) the mixed diet process, when simultaneously the newborn is fed using the mother's breast (natural diet) and the bottle (artificial feeding).

This study was conducted with the purpose of acknowledgment and to relay the countless benefits of breastfeeding, in an effort breastfeeding not to be considered a choice amongst other choices but to be considered as the only choice of feeding newborns and tending to their needs.

This thesis consists of three main parts. The first part includes details of some of the many stages of breastfeeding. At a first point, the anatomy and physiology of the breast is analyzed. Next, we attempt to follow the ways, processes and rules of breastfeeding, along with the habits which should be avoided as to achieve a healthy and beneficial breastfeeding process. In the following pages of this first part of the study, the benefits and superiority of breastfeeding are noted in detail, which are the factors that help in the milk secretion, and some of the problems which may arise. Concluding the first part of this study, there is reference also to the artificial feeding process and the factors which often lead to it.

The second part of the thesis, focuses on how valuable is nursing care to the mother when evaluating and going through the breastfeeding process. It describes the importance of information and guidance provided to mothers by health professionals, and the role these professionals play in the psychology of these women and specifically mothers. It is accomplished by encouragement, abetment and patience despite any difficulties which are likely to occur.

Finally, the third part of this study includes two incidents which are analyzed, processed and which result to specific conclusions following the proper nursing process. These incidents relate to certain conditions which hinder breastfeeding, and ways are found, through proper nursing processes, to implement and promote the use of breastfeeding. The main purpose of this study is for the reader to be educated and to be able to realize the benefits of breastfeeding for both the mother and the infant.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ότι η ίδια η φύση έχει επιλέξει το μητρικό γάλα ως τροφή για το νεογέννητο που έρχεται στον κόσμο, είναι η επισφράγιση του ότι αποτελεί την καλύτερη τροφή για την αρχή της ζωής του.

Μια μητέρα δεν μπορεί να νιώσει ολοκληρωτικά το αίσθημα της μητρότητας, δεν μπορεί να χαρεί το γεγονός ότι είναι μητέρα, μόνο επειδή έφερε στον κόσμο το μωρό της. Το αίσθημα της μητρότητας, την αγάπη, την στοργή, την τρυφερότητα και την πληρότητα θα τα νιώθει μέρα με την μέρα, καθώς θα φροντίζει και θα θηλάζει το μωρό της. Το μητρικό γάλα διαθέτει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το βρέφος ώστε να μεγαλώσει σωστά και να είναι υγιές.

Ο μητρικός θηλασμός δεν αποτελεί μόνο μια διαδικασία διατροφής του νεογνού, αλλά κάτι πολύ πιο πολύτιμο από αυτό. Πρόκειται για μια πράξη αγάπης και στοργής της μητέρας προς το μωρό της. Το πολύτιμο αυτό υγρό, το μητρικό γάλα, προσφέρει ενέργεια και όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για τις ανάγκες του νεογνού. Μάλιστα, η φύση έχει προβλέψει έτσι ώστε, η ποσότητα και η μορφή αυτών των συστατικών να είναι πάντα κατάλληλη, ώστε το νεογνό να αναπτύσσεται σωστά.

Η επιλογή του μητρικού θηλασμού, είναι δικαίωμα κάθε μητέρας. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι πιθανόν να επηρεάζουν την επιλογή της να θηλάσει ή όχι. Η ενημέρωση που είχε για τον θηλασμό, η ηλικία στην οποία βρίσκεται, η ψυχολογική της κατάσταση, η άποψη του συντρόφου και των μελών της οικογένειας, η εργασία της, η κατάσταση της υγείας της καθώς και οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που βιώνει έχουν σημαντική θέση στην επιλογή αυτή.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, μια μητέρα είναι πολύ πιθανό να μην επιλέξει τον θηλασμό. Έτσι πολλές μητέρες καταφεύγουν στην λύση του "έτοιμου γάλακτος" για την διατροφή του βρέφους τους. Τα γάλατα του εμπορίου έχουν την πλησιέστερη σύνθεση με εκείνη του ανθρώπινου γάλακτος και μάλιστα, διαθέτουν πολλές φορές περισσότερα ιχνοστοιχεία, βιταμίνες και σίδηρο από ότι αυτό της μητέρας.

Παρόλα αυτά, δεν πάει να είναι ελλιπής σε σύγκριση με τις τόσες ευεργετικές ιδιότητες που προσφέρει στο νεογνό το μητρικό γάλα. Το μητρικό γάλα με λίγα λόγια είναι ένα "ζωντανό" εμβόλιο, μια "ζωντανή" τροφή, με ζωντανά κύτταρα και αντισώματα, συντεθειμένη και μεταβαλλόμενη σύμφωνα με τις ανάγκες του νεογνού.

Για τον σημαντικό και μοναδικό αυτό λόγο, δουλεία και υποχρέωση μας είναι, ως επαγγελματίες υγείας, ή σωστή και επαρκής ενημέρωση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Έτσι ώστε να μπορέσει το νεογνό να πορευτεί στην ζωή με τον πιο δυνατό σύμμαχο, και με τα πιο σωστά θεμέλια , το μητρικό γάλα.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Ανατομία Μαστού

Ο μαστός αποτελεί σύμβολο μητρότητας και γυναικείας ομορφιάς. Όλες οι αλλαγές της ανάπτυξης, διαφοροποίησης, και υποστροφής του γυναικείου μαστού είναι αναμενόμενες και αποτελούν συνάρτηση της παρουσίας, των επιπέδων και των διακυμάνσεων διαφόρων ορμονών, ιδιαίτερα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Η λειτουργία του μαστού της γυναίκας εκφράζεται και με την έκκριση γάλακτος από τα επιθηλιακά κύτταρα του οργάνου, τα οποία οργανώνονται σε αδενοκυψέλες και εκφορητικούς πόρους. Επίσης ο μαστός διαθέτει υπόστρωμα από ινώδη συνδετικό ιστό, άφθονο λίπος, αιμο-λεμφοφόρα αγγεία και νεύρα. Σε όλη την διάρκεια της ζωής, ο μαστός παραμένει υποανάπτυκτος στον άνδρα, ενώ στην γυναίκα εμφανίζει ένα νέο κύμα ανάπτυξης κατά την διάρκεια της εφηβείας. Η αφύπνιση αυτή του μαστού είναι αποτέλεσμα ενεργοποίησης του άξονα " υποθάλαμος – υπόφυση – ωθήκες " και σχετίζεται με την άνοδο των επιπέδων οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο αίμα. Παράλληλα, οι γαλακτοφόροι πόροι επιμηκύνονται, πολλαπλασιάζονται και διακλαδίζονται ακόμη περισσότερο, ενώ από τα τυφλά άκρα τους βλαστάνουν πολλαπλά σακκοειδή ανευρύσματα, οι καταβολές των αδενοκυψέλων. Αρχικά οι αδενοκυψέλες εμφανίζουν υπερπλασία του επιθηλίου, αλλά στην συνέχεια, με την εγκατάσταση του καταμηνίου κύκλου ,διαμορφώνουν αυλό. Η πλήρης μορφολογική και λειτουργική ωριμότητα του γυναικείου μαστού ολοκληρώνεται κατά την διάρκεια της γαλουχίας (Μανδρέκας και συν. 2007).

Πιο αναλυτικά, ο κάθε μαστός λειτουργεί ανεξάρτητα. Ο καθένας έχει πλούσια αιμάτωση, νεύρωση και λεμφική κυκλοφορία, και απαρτίζεται από αδενικό ιστό και λίπος. Υποστηρίζεται ακόμα από την παρουσία συνδέσμων. Οι αναλογίες αδενικού προς λιπώδη ιστό διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα. Ο μαζικός αδένας αυξάνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης υπό την επίδραση των ορμονών και κατά την προετοιμασία για γαλουχία. Σε ορισμένες γυναίκες η αναλογία του αδενικού προς τον λιπώδη ιστό ξεπερνάει το 2:1 (Johnson&Taylor 2012).

Ο μαστός αποτελείται από τους μαστικούς αδένες, το αντίστοιχο δέρμα και τους

συνδετικούς ιστούς. Οι μαστικοί αδένες είναι τροποποιημένοι ιδρωτοποιοί αδένες στην επιπολής σωματική περιτονία, μπροστά από τους θωρακικούς μυς και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Οι μαστικοί αδένες απαρτίζονται από μια σειρά πόρων και αντίστοιχων εκκριτικών λοβίων.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία αθροίζονται και σχηματίζουν 15 έως 20 γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι εκβάλλουν ξεχωριστά καθένας στη θηλή. Η θηλή περιβάλλεται από μια κυκλική σκουρόχρωμη περιοχή του δέρματος, η οποία ονομάζεται θηλαία άλως. Οι πόροι και τα λόβια του μαστικού αδένος περιβάλλονται από ένα αρκετά αναπτυγμένο στρώμα συνδετικού ιστού. Σε κάποιες περιοχές, το στρώμα αυτό πυκνώνει και σχηματίζει ανεξάρτητους συνδέσμους, τους κρεμαστήρες συνδέσμους του μαστού, οι οποίοι συμφύονται με το χόριο του δέρματος και υποστηρίζουν το μαστό. Στις γυναίκες που δεν θηλάζουν επικρατέστερο δομικό στοιχείο του μαστού αποτελεί το λίπος, ενώ ο αδενικός ιστός είναι περισσότερο άφθονος στις γυναίκες που θηλάζουν (Drakeetal. 2007).

Για την διαδικασία του θηλασμού οι μαστικοί αδένες είναι αυτοί που εκκρίνουν γάλα το οποίο προορίζεται για την σίτιση του βρέφους. Πιο αναλυτικά : Ο μαστός απαρτίζεται από το δέρμα, το οποίο διακρίνεται στο γενικό δέρμα, τη θηλαία άλω και τη θηλή, το στρώμα που αποτελείται κυρίως από λιπώδη ιστό, συνδετικό ιστό, αγγεία και νεύρα και το αδενικό παρέγχυμα που εδράζεται στο στρώμα. Το αδενικό παρέγχυμα απαρτίζεται από 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός αποτελείται από τον κυρίως γαλακτοφόρο πόρο, ο οποίος εκβάλλει σε αντίστοιχο άνοιγμα της θηλής. Πριν από την εκβολή του διευρύνεται και το διευρυμένο τμήμα που απαρτίζει τη γαλακτοφόρο λήκυθο ή γαλακτοφόρο κόλπο. Ακόμη, ο κάθε λοβός υποδιαιρείται σε λόβια. Το κάθε λόβιο εκβάλλει στον κυρίως γαλακτοφόρο πόρο του λοβίου. Το κάθε λόβιο αποτελείται από κυψελίδες, οι οποίες αποτελούνται από τα κύτταρα του αδενικού παρεγχύματος, που είναι 2 ειδών : τα εκκριτικά και, πέριξ αυτών, τα μυοεπιθηλιακά (Ζαμπέλας 2003).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κάποιες ορμόνες προκαλούν τη δραστηριοποίηση του μαστικού αδένος. Τα οιστρογόνα προωθούν την ανάπτυξη και διακλάδωση των γαλακτοφόρων πόρων και η προγεστερόνη την ανάπτυξη των κυττάρων που παράγουν το γάλα. Ενώ όμως, κατά την εγκυμοσύνη οι παραπάνω ορμόνες προωθούν την ανάπτυξη του συστήματος αυτού, από την άλλη μεριά εμποδίζουν την παραγωγή γάλακτος από τους μαστούς. Οι ορμόνες αυτές μέσα στις επόμενες ημέρες μετά τον τοκετό, επιστρέφουν στα επίπεδα που είχαν πριν από την έναρξη της εγκυμοσύνης, και με αυτόν τον τρόπο, επιτρέπεται η έναρξη της παραγωγής γάλακτος. Το μέγεθος του μαστού αυξάνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και ακόμα παραπάνω κατά τον θηλασμό. Το αρχικό βάρος του

μαστού πριν την εγκυμοσύνη είναι περίπου 200 γραμ. Προς το τέλος της αγγίζει τα 400-600 γραμ., ενώ κατά το θηλασμό φτάνει τα 600-800 γραμ. (Ζαμπέλας 2003).

Το αρχικό μέγεθος και το σχήμα του μαστού δεν αποτελούν ασφαλείς δείκτες της ικανότητας του να παράγει γάλα. Αν και σχεδόν όλες οι γυναίκες είναι σε θέση να θηλάσουν, ένας μικρός αριθμός γυναικών πάσχει από ανεπαρκή ανάπτυξη του μαζικού αδένου, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να επιλέξουν τον θηλασμό ως αποκλειστική μέθοδο σίτισης του βρέφους. Χαρακτηριστικά, οι γυναίκες αυτές εμφανίζουν πολύ μικρές μεταβολές στους μαστούς κατά τη διάρκεια της ήβης ή των πρώιμων σταδίων της εγκυμοσύνης. Λόγω των επιδράσεων των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της ανθρώπινης πλακουντιακής γαλακτογόνου ορμόνης και άλλων ορμονών της εγκυμοσύνης, οι μαστοί μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας για τη γαλουχία. Αυξάνουν σε μέγεθος, ανταποκρινόμενοι στην αύξηση του αδενικού και του λιπώδους ιστού. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή αιματική ροή στους μαστούς σχεδόν διπλασιάζεται. Παρατηρείται αύξηση της ευαισθησίας των μαστών και φλεβική διάταση η οποία είναι αρκετά εμφανής. Η θηλή ανορθώνεται και η θηλαία άλω σκουραίνει. Επιπλέον, η θηλή και η θηλαία άλω ενδέχεται να υποστούν μεγέθυνση. Κατά την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, οι αδενοκυψέλες αρχίζουν να παράγουν το πύαρ (πρωτόγαλα). Οι αδένες του Montgomery οι οποίες εντοπίζονται στη θηλή αυξάνουν ως προς το μέγεθος και το έκκριμα. Οι εκκρίσεις των αδένων αυτών παρέχουν προστασία έναντι του μηχανικού στρες της απομύζησης και της εισβολής παθογόνων παραγόντων. Η οσμή των εκκρίσεων αυτών ενδέχεται να αποτελεί τρόπο επικοινωνίας με το βρέφος (Lowdermilketal. 2013).

1.2 Φυσιολογία Μαστού

Ο μαστός είναι ένα όργανο που προορισμό του έχει την διατροφή του βρέφους (Μανδρέκας και συν.2007).

Όταν ένα μωρό θηλάζει σωστά, ερεθίζει τις νευρικές απολήξεις της θηλαίας άλω, δηλαδή της σκουρόχρωμης περιοχής γύρω από τη θηλή της μητέρας του. Τα αισθητήρια νεύρα μεταφέρουν στο τμήμα του εγκεφάλου, όπου ρυθμίζονται οι αυτόματες λειτουργίες του οργανισμού της μητέρας, δηλαδή στον υποθάλαμο και την υπόφυση, την πληροφορία ότι υπάρχει μωρό στο στήθος το οποίο πεινάει. Ο υποθάλαμος και η υπόφυση αποτελούν έναν εσωτερικό ρυθμιστή ο οποίος ελέγχει με ασυνείδητο τρόπο τις λειτουργίες του ανθρώπου.

Λειτουργίες όπως : τον ύπνο, τη θερμοκρασία, την όρεξη, την πέψη, την αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό, την έκκριση των ορμονών, την σταθερότητα του νερού στο σώμα μας, τον όγκο του αίματος μας καθώς και την έκκριση γάλακτος στις γυναίκες που μόλις γέννησαν. Όταν όλα λειτουργήσουν φυσιολογικά εξαρχής, ο ερεθισμός της θηλής και η αυτόματη ανταπόκριση του σώματος της μητέρας είναι που μεταφέρουν το γάλα στην θηλή, όχι η επιθυμία και η προσπάθεια της (Πατσούρου 2007).

Για την παραγωγή του γάλακτος ενέχονται 4 μηχανισμοί : 1) εξωκύττωση : πρωτεΐνες, λακτόζη ,ασβέστιο, φωσφορικά και κιτρικά άλατα αρχικά αποθηκεύονται στα εκκριτικά κυστίδια του οργάνου Golgi. Όταν τα κυστίδια αυτά ωριμάσουν μετακινούνται προς την επιφάνεια του κυψελιδικού κυττάρου και αδειάζουν το περιεχόμενό τους στον αυλό. 2) απελευθέρωση λιπιδίων (τα οποία συντίθενται στο κυτταρόπλασμα και στο λείο ενδοπλασματικό δίκτυο), 3) έκκριση μονοσθενών ιόντων και ύδατος στον αυλό 4)μεταφορά ανοσοσφαιρινών (IgA) με ειδικούς υποδοχείς από την κυκλοφορία στο εσωτερικό του κυττάρου από όπου και στην συνέχεια εκκρίνονται στο αυλό. Το μητρικό γάλα περιέχει αρκετές ουσίες με δυναμική βιολογική δραστηριότητα, όπως ορμόνες, αυξητικούς παράγοντες γαστρεντερικά πεπτίδια, κ.α.

Οι κυριότερες πρωτεΐνες του γάλακτος είναι η α-λακταλβουμίνη (30% των συνολικών πρωτεϊνών) η λακτοφερρίνη (10-20%), η καζεΐνη (40%) και η ανοσοσφαιρίνη Α (10%).Ο όγκος του γάλακτος εξαρτάται από την ποσότητα της παραγόμενης λακτόζης. Ο μεταβολισμός της μητέρας προσαρμόζεται κατά την χρονική περίοδο της γαλουχίας. Για τον λόγο αυτό παρατηρείται αυξημένη παραγωγή γλυκόζης, λόγω αυξημένης γλυκογονόλυσης ενώ παράλληλα αυξάνεται η ευαισθησία στην ινσουλίνη. Επίσης τα αυξημένα επίπεδα του PTHrP λόγω του θηλασμού αυξάνουν την οστική αποδόμηση του μητρικού σκελετού και εξασφαλίζουν τη επαρκή συγκέντρωση ασβεστίου στο γάλα (Μανδρέκας και συν.2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

- ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ-

2.1 Προετοιμασία για τον θηλασμό

Οι πολλαπλές προσπάθειες που έγιναν και γίνονται στον τομέα της νεογνικής διατροφής τα τελευταία χρόνια έχουν σαν πρώτο στόχο την ευλαβικά προσεγμένη προσφορά τροφής στο νεογνό, το βρέφος και το νήπιο για τα σωστά "θεμέλια" (Αντωνιάδης 2005). Οι διατροφικές ανάγκες του νεογνού κατά την βρεφική ηλικία, κατά την οποία αναπτύσσεται ραγδαία, είναι μεγαλύτερες από κάθε άλλη περίοδο της ζωής του (Shelov&Altmann 2012).

Στις μέρες μας, όπως και στο παρελθόν, το 99% των γυναικών είναι σε θέση να θηλάσουν με επιτυχία. Πριν αρχίσει ο θηλασμός, θα πρέπει να προετοιμαστεί τόσο η μητέρα όσο και το νεογνό. Ο θηλασμός αποτελεί μια καινούργια εμπειρία για τη μητέρα και το νεογνό. Η νέα μητέρα είναι πολύ πιθανό να έχει άγχος και να αμφιβάλει για την ικανότητα της να θηλάσει ικανοποιητικά το βρέφος της, και για τον λόγο αυτό χρειάζεται βοήθεια και σωστή καθοδήγηση. Ο ιατρός που θα την συμβουλέψει και θα την καθοδηγήσει, θα πρέπει να προσπαθήσει να την κάνει να αισθανθεί όσο το δυνατόν περισσότερο άνετα και ήρεμα. Στον πατέρα πρέπει να συστηθεί να είναι παρών σε κάθε θηλασμό, καθώς επίσης και σε κάθε μάθημα καθοδήγησης που αφορά στο θηλασμό, από την στιγμή που το επιτρέπει βέβαια το νοσοκομείο και η μητέρα αισθάνεται άνετα με την παρουσία του (Ζαμπέλας 2003). Το σώμα της μητέρας αρχίζει να προετοιμάζεται για το θηλασμό από την πρώτη στιγμή της εγκυμοσύνης. Η αύξηση του μεγέθους των μαστών είναι φυσιολογική και δείχνει ότι το στήθος της μητέρας αρχίζει να παράγει γάλα για το νεογνό. Ταυτόχρονα, το σώμα της αρχίζει να αποθηκεύει πρόσθετο λίπος σε άλλα σημεία, ώστε να ανταποκριθεί στην πρόσθετη ενέργεια που χρειάζεται για την κύηση και τη γαλουχία. Καθώς λοιπόν, το σώμα της μητέρας προετοιμάζεται φυσιολογικά για το θηλασμό από πολύ νωρίς, είναι πολύ λίγα αυτά που πρέπει οι μητέρες να κάνουν (Shelov&Altmann 2012).

Ένα φυσιολογικό νεογνό μπορεί αμέσως να προσαρμοστεί στο θηλασμό. Ο θηλασμός που θα ξεκινήσει αμέσως μετά τον τοκετό βοηθάει στην ομαλή μελλοντική διατροφή του βρέφους από τον μαστό της μητέρας του. Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονισθεί ότι δεν θα πρέπει να χορηγηθούν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος στο νεογνό με μπιμπερό πριν αυτό θηλάσει. Δηλαδή εάν η μητέρα δεν είναι σε θέση να θηλάσει αμέσως, τότε το νεογνό δε θα

πρέπει να διατραφεί. Τα θρεπτικά συστατικά δεν είναι τόσο σημαντικά αυτή τη στιγμή, όσο η πρώτη εντύπωση που θα σχηματίσει το νεογνό. Επιπλέον, εάν του χορηγηθεί αρχικά υποκατάστατο του μητρικού γάλακτος, τότε μπορεί να συνηθίσει στο μιμιπερό και να δυσκολεύεται να θηλάσει αργότερα (Ζαμπέλας 2003).

Πριν ξεκινήσει η διαδικασία του θηλασμού, θα πρέπει η μητέρα να είναι βέβαιη ότι έχουν παρέλθει τουλάχιστον 1,5-2 ώρες από το προηγούμενο γεύμα και ότι το βρέφος πεινάει (Αντωνιάδης 2005). Η μητέρα θα πρέπει κρατώντας κατάλληλα το μαστό και το νεογνό, να το φέρει προς το μαστό έτσι ώστε ένα σημαντικό μέρος της θηλέας άλω να βρίσκεται μέσα στο στόμα του βρέφους, και έτσι ο θηλασμός να είναι ικανοποιητικός (Ζαμπέλας 2003). Το περιβάλλον θα πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένο, θα πρέπει να υπάρχει η σωστή θερμοκρασία, να μην είναι θορυβώδες, το βρέφος να είναι αλλαγμένο καθώς και η ψυχική κατάσταση της μητέρας να είναι καλή (Αντωνιάδης 2005).

Ο θηλασμός με λίγα λόγια είναι η φροντίδα της φύσης για την επιβίωση του νεογέννητου. Από την εγκυμοσύνη ακόμα γίνεται προετοιμασία για το θηλασμό που θα ακολουθήσει. Οι μαστοί και οι θηλές της μέλλουσας μητέρας προετοιμάζονται και στους ιστούς του σώματός της γίνεται κατακράτηση λίπους για την διατροφή του βρέφους. Είναι πολύ σημαντικό να ακολουθεί η μητέρα μια διαδικασία προετοιμασίας της πριν από την κάθε φορά που θα χρειαστεί να θηλάσει. Η προετοιμασία ξεκινά με τον καθαρισμό των θηλών του στήθους της, ο οποίος γίνεται πριν και μετά από κάθε θηλασμό. Για την συγκεκριμένη διαδικασία χρησιμοποιείται διάλυμα βορικού. Το διάλυμα βορικού είναι ένα πολύ αποτελεσματικό τοπικό αντισηπτικό (Μωραΐτου 2004). Στην συνέχεια πριν πάρει το νεογνό στην αγκαλιά της για να το θηλάσει, πρέπει να το πλύνει, να το αλλάξει, και αν χρειαστεί να καθαρίσει την ρινική του κοιλότητα για τυχόν βλέννες ή εκκρίσεις έτσι ώστε να μπορεί το νεογνό να αναπνέει ελεύθερα την ώρα του θηλασμού (Συκάκη - Δούκα 1998).

Ο τρόπος που κρατά η μητέρα το νεογνό στην αγκαλιά, η στάση που αυτή η ίδια παίρνει την ώρα του θηλασμού, έχουν μεγάλη σημασία όχι μόνον για το νεογνό αλλά και γι' αυτή την ίδια. Μια όχι και τόσο βολική, αναπαυτική θέση και στάση της μητέρας είναι δυνατό να την κουράσει και να της χαλάσει τη διάθεση την όμορφη ώρα του θηλασμού (Συκάκη-Δούκα 1998). Έχουν αναπτυχθεί δύο προσεγγίσεις πάνω στο θέμα αυτό. Η παραδοσιακή προσέγγιση και η βιολογική προσέγγιση. Πιο αναλυτικά να δούμε τι προτείνει η καθεμία (Johnson&Taylor 2012) :

Η παραδοσιακή προσέγγιση :

Στην παραδοσιακή προσέγγιση η μητέρα ενθαρρύνεται να λάβει μια ευθυτενή θέση, χρησιμοποιώντας μαξιλάρια στα πόδια της έτσι ώστε το νεογνό να φέρεται κοντά στο μαστό (tummytummy), με την μύτη του να βρίσκεται στο επίπεδο της θηλής. Καθώς το νεογνό ανοίγει ευρέως το στόμα του (κίνηση που συνοδεύεται από έκταση της κεφαλής), η μητέρα το φέρνει γρήγορα στον μαστό της. Στην θέση αυτή το νεογνό υποστηρίζεται στους ώμους και την ράχη (Johnson&Taylor 2012).

Η βιολογική προσέγγιση :

Η βιολογική προσέγγιση ενθαρρύνει την μητέρα να λάβει μια άνετη ,καλά υποστηριζόμενη ημι-κατακεκλιμένη θέση. Η μητέρα και το νεογνό έχουν επαφή δέρμα με δέρμα ,το νεογνό είναι ξαπλωμένο στην κοιλία της μητέρας (tummyonmummy) και υποστηρίζεται στην θέση αυτή πλήρως ή ανάλογα με την θέση της μητέρας τα πόδια του νεογνού μπορεί να υποστηρίζονται από την κλίνη ή τα μαξιλάρια. Η ατμόσφαιρα θα πρέπει να είναι χαλαρή, με άφθονο χρόνο για αγκαλιές και επαφή. Αυτή η αλληλεπίδραση με την μητέρα εκλύει έμφυτα αντανακλαστικά στο νεογνό (Johnson&Taylor 2012).

2.2 Βασικές προϋποθέσεις για τον θηλασμό / πότε αρχίζει ο θηλασμός

Ο θηλασμός πρέπει να αρχίζει το πρώτο ημίωρο έπειτα από τον τοκετό και το αργότερο έως μιάμιση ώρα σε περίπτωση πρόωρου τοκετού και αναγκαστικού αποχωρισμού από το βρέφος τους, οι μητέρες θα πρέπει να εκπαιδεύονται στην διατήρηση της γαλουχίας (Αντωνίου και συν. 2007).

Σε ορισμένες γυναίκες , αμέσως μετά τον τοκετό ,υπάρχει ακόμα στο στήθος τους γάλα από την προηγηθείσα εγκυμοσύνη αν και εφόσον έχει υπάρξει. Στις περισσότερες όμως η γαλουχία ξεκινάει δύο μέρες μετά τον τοκετό. Τα βρέφη ανταποκρίνονται στο θηλασμό ακόμη και όταν το στήθος της μητέρας δεν περιέχει γάλα και αυτό οφείλεται στο νεογνικό αντανακλαστικό του θηλασμού, κατά το οποίο το νεογνό εμφανίζει αντανακλαστική

αντίδραση αναζήτησης του στήθους της μητέρας για θηλασμό. Έτσι η μητέρα μπορεί να τοποθετήσει στο στήθος της το νεογνό αμέσως μετά τον τοκετό (Μωραΐτου 2004).

Η ποσότητα του παραγόμενου ημερησίου ώριμου μητρικού γάλακτος είναι έως και 700-800ml τα οποία δεν επηρεάζονται από την διατροφή της μητέρας. Η πείνα ή η δίψα θα καθορίσει τα προσλαμβανόμενα υγρά και την τροφή, η οποία θα είναι ελαφρά αυξημένη ως προς τις θερμίδες εξαιτίας της αυξημένης μεταβολικής ικανότητας της θηλάζουσας μητέρας θα είναι όμως ισορροπημένη ως προς τα λίπη, τα λευκώματα, τους υδατάνθρακες, και τις βιταμίνες διατροφικές απαγορεύσεις ιδιαίτερες δεν υπάρχουν εκτός του καπνίσματος. Επιπλέον, η θηλάζουσα μητέρα δεν χρειάζεται να κάνει δίαιτες αδυνατίσματος διότι για την παραγωγή του γάλακτος χρησιμοποιούνται τα αποθέματα λίπους που απέκτησε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Αντωνίου και συν.2007).

Η διάρκεια του θηλασμού δεν είναι μεγάλη. Τα περισσότερα νεογέννητα αδειάζουν το στήθος σε 5 περίπου λεπτά αλλά υπάρχουν και ορισμένα που χρειάζονται μέχρι και 20 λεπτά. Σημαντικό είναι να γνωρίζει η μητέρα ότι μέσα στα πρώτα 4 λεπτά έχει αδειάσει το 80-90% του γάλακτος από το στήθος. Πρέπει όμως να δίνεται χρόνο στο νεογνό να θηλάσει όσο εκείνο θέλει να μην απομακρύνεται απότομα από το στήθος (Χατζηπαναγής 2006).

2.3 Τρόποι και κανόνες θηλασμού

Είναι πράγματι αξιοσημείωτο το πως η πρακτική του θηλασμού προστατεύει και ευνοεί τους μηχανισμούς διέγερσης των σχετικών και απαραίτητων ορμονών για την παραγωγή του γάλακτος έτσι ώστε να διασφαλίζεται η θρέψη του βρέφους. Στην πρακτική αυτή περιλαμβάνεται η παρατεταμένη αγκαλιά του βρέφους, η επαφή δέρμα με δέρμα, ο θηλασμός σε θέσεις που προωθούν την βιολογική γαλουχία μέσα σε ένα ζεστό, φιλικό, ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον τόσο για το νεογνό όσο και για την ίδια την μητέρα. Το γάλα παρέχεται ανάλογα με την ζήτηση και συνεπώς ο κύριος παράγοντας της παραγωγής γάλακτος είναι η αποτελεσματική απομάκρυνση του από τον μαστό, σύμφωνα πάντα με την κατανάλωση από το βρέφος (Johnson&Taylor 2012).

Τα νεογέννητα τρώνε περίπου 60-90 ml γάλα. Υπάρχουν ωστόσο και νεογνά που μπορεί να τρώνε λιγότερο ή και περισσότερο και να είναι όμως υγιή. Με την τοποθέτηση του βρέφους στο στήθος της μητέρας ακόμη και από τις πρώτες ώρες της ζωής του και με το θηλασμό του μαστού θα έρθει σιγά- σιγά και το γάλα (Χατζηπαναγής 2006).

Πιο αναλυτικά θα πρέπει να ετοιμασθεί κατάλληλα ο χώρος που θα πραγματοποιηθεί ο θηλασμός. Να είναι καθαρός και τα παράθυρα να είναι λίγο ανοιχτά για την ανανέωση του αέρα ενώ εάν είναι χειμώνας, φροντίζουμε να φέρουμε το νεογνό στο δωμάτιο μόνον όταν αποκατασταθεί η θερμοκρασία του χώρου. Ακόμα φροντίζουμε να υπάρχουν όσο το δυνατόν λιγότερα άτομα στο δωμάτιο διότι ο θηλασμός πρέπει να πραγματοποιείται σε ήρεμη ατμόσφαιρα. Είναι πολύ σημαντικό να είναι η μητέρα ήρεμη και χαλαρή κατά την διάρκεια του θηλασμού του παιδιού της, γιατί αυτή την εικόνα της περνά στο μωρό της και απ αυτή την εικόνα το μωρό τρέφεται. Το μωρό ,την ώρα που θηλάζει, είναι σε θέση να αντιληφθεί τους χτύπους της καρδιάς της μητέρας του και ο ρυθμός της το χαλαρώνει. Αν η μητέρα είναι εκνευρισμένη ,θυμωμένη ,απογοητευμένη, οι χτύποι της καρδιάς της δεν είναι ήρεμοι, αλλά γρήγοροι και ακατάστατοι κάτι το οποίο γίνεται αμέσως αντιληπτό από το βρέφος το οποίο αρχίζει να λειτουργεί πάνω σ 'αυτόν το ρυθμό , με αποτέλεσμα να γίνεται νευρικό, να παρουσιάζει προβλήματα κατά την πέψη ,διαταραχές στην όρεξη και το κυριότερο να μαθαίνει στην ένταση και στον εκνευρισμό από τις πρώτες μέρες της ζωής του (Μωραΐτου 2004).

Καλό θα ήταν η μητέρα να κάθεται άνετα και αναπαυτικά. Η επιλογή της κατάλληλης καρέκλας είναι αρκετά σημαντική. Πρέπει το κάθισμα με την πλάτη της μητέρας να σχηματίζουν ορθή γωνία (Χατζηπαναγής 2006).

Το νεογνό τοποθετείται στην αγκαλιά της μητέρας, το κεφάλι κρατιέται με τον αγκώνα σταθερό, γενικά σε μια άνετη και για τους δύο στάση. Με το ελεύθερο της χέρι η μητέρα οδηγεί την θηλή την οποία κρατάει ανάμεσα στα δάκτυλα της προς στο στόμα του βρέφους. Με την κίνηση αυτή μπορεί να προληφθεί και η πιθανή υπερβολική ροή. Όλες αυτές οι κινήσεις της μητέρας βοηθούν το βρέφος αν και ούτως ή άλλως το ίδιο με το αντανακλαστικό του θηλασμού βρίσκει αυτόματα την πηγή της ζωής. Η διάρκεια κάθε θηλασμού, η οποία στις πρώτες μέρες της ζωής είναι λιγότερη, φθάνει τα 20 λεπτά σε κάθε μαστό. Το βρέφος υπάρχει το ενδεχόμενο κατά την διάρκεια του θηλασμού να κοιμηθεί με την ελαφρά μετακίνηση, συνήθως όμως ξυπνά και συνεχίζει να τρώει. Όπως έχει ξανά αναφερθεί, τις 2-3 πρώτες ημέρες, το γάλα της μητέρας έχει διαφορετική σύσταση και ονομάζεται πύαρ ή αλλιώς πρωτόγαλα, είναι παχύρρευστο με κιτρινωπό χρώμα, ενώ περιέχει τριπλάσια ποσότητα λευκωμάτων, είναι πλούσιο σε αντισώματα, άλατα και θερμίδες. Για τον λόγο αυτό, αντισταθμίζει την μικρή του ποσότητα με πλουσιότερη ποιότητα (Αντωνιάδης 2005). Καθώς και με μικρότερη ποσότητα μπορεί να ικανοποιηθεί και να χορτάσει το βρέφος (Χατζηπαναγής 2006).

Υπάρχει ιδιαιτερότητα στο κάθε θηλαστικό ζευγάρι μητέρας – παιδιού σε ότι αφορά στη συχνότητα καθώς και στην διάρκεια των γευμάτων. Όταν το νεογνό τελειώσει από μόνο του να θηλάζει από τον ένα μαστό, η μητέρα το βοηθά να βγάλει τον αέρα που ενδεχομένως έχει καταπιεί και συνεχίζει το θηλασμό από τον άλλο μαστό, εφ' όσον το ίδιο το νεογνό το επιθυμεί. Γενικά, είναι προτιμότερο το νεογνό να θηλάζει από έναν μαστό σε κάθε θηλασμό, διότι το γάλα είναι πιο υδαρές στην αρχή του θηλασμού και περιέχει περισσότερο λίπος στο τέλος του. Επομένως, όταν το νεογνό θηλάζει στον ίδιο θηλασμό και από τους δύο μαστούς υπάρχει πιθανότητα να προσλαμβάνει λιγότερα λιπαρά και να μην αυξάνεται ικανοποιητικά το βάρος του. Οι θηλασμοί είναι περίπου 6-8 ημερησίως, όταν το νεογνό κλαίει επειδή πεινάει, και αυτό προωθεί την ιδανική παραγωγή γάλακτος από τη μητέρα για μία φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους (Ζαμπέλας 2003).

Δεν χρειάζεται μια μητέρα να ακολουθεί αυστηρό πρόγραμμα σίτισης του βρέφους, το ίδιο το νεογνό με το κλάμα του θα βοηθήσει την μητέρα του να καταλάβει πότε αυτό πεινάει (Χατζηπαναγής 2006). Πάντως θα πρέπει να τονιστεί στις μητέρες ότι τα νεογνά δεν κλαίνε μόνο όταν πεινούν. Ορισμένα βρέφη αποκοιμούνται πριν από το τέλος του θηλασμού και θα πρέπει η μητέρα να περιμένει να ξυπνήσουν για να ολοκληρωθεί ο θηλασμός. Η ικανοποιητική ανάπαυση της μητέρας, η κατάλληλη διατροφή και η πρόσληψη υγρών είναι απαραίτητα στοιχεία για μία επαρκή γαλακτοφορία. Οι μητέρες δεν "χάνουν" το γάλα τους. Μία όμως πιεστική ημέρα, με μειωμένη ενεργειακή πρόσληψη και μειωμένη ανάπαυση είναι αρκετά αρνητικοί παράγοντες. Με μία σωστή διατροφή και πρόσληψη υγρών, ξεκούραση και οπωσδήποτε συχνούς θηλασμούς, η παραγωγή γάλακτος ικανοποιεί τη ζήτηση από το νεογνό (Ζαμπέλας 2003).

2.3.1 Θέσεις θηλασμού

Υπάρχουν 4 βασικές και πιο αναγνωρισμένες θέσεις για το θηλασμό: το κράτημα δίκην μπάλας ποδοσφαίρου, το τρυφερό αγκάλιασμα, το τροποποιημένο αγκάλιασμα και η πλάγια κατάκλιση. Αρχικά είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται η θέση που διευκολύνει τη σύλληψη της θηλής ενώ ταυτόχρονα παρέχει μεγαλύτερη άνεση στη μητέρα. Το κράτημα δίκην μπάλας ποδοσφαίρου είναι λειτουργικό στις αρχικές σιτίσεις, διότι επιτρέπει στην μητέρα να βλέπει το στόμα του βρέφους καθώς το καθοδηγεί προς την θηλή. Οι μητέρες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή συνήθως προτιμούν το κράτημα δίκην μπάλας ποδοσφαίρου. Το τροποποιημένο αγκάλιασμα είναι και αυτό αρκετά λειτουργικό για τις αρχικές σιτίσεις. Η

πλάγια κατάκλιση βοηθά ταυτόχρονα τη μητέρα να ξεκουράζεται ενώ θηλάζει και συχνά προτιμάται από γυναίκες που νιώθουν πόνο στο περίνεο και παρουσιάζουν οίδημα. Τέλος το τρυφερό αγκάλιασμα είναι η πιο συνηθισμένη θέση θηλασμού για τα νεογνά που έμαθαν να συλλαμβάνουν εύκολα τη θηλή και σιτίζονται ικανοποιητικά (Lowdermilketal. 2013).

2.3.2 Διάρκεια Θηλασμού

Σε πολλά μέρη του πλανήτη, ο μητρικός θηλασμός διαρκεί 2-3 χρόνια. Η διάρκεια όμως του κάθε θηλασμού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες ,που εξαρτώνται κυρίως από τις ιδιαίτερες ανάγκες της μητέρας και του βρέφους όπως (Ζαμπέλας 2003) :

- Η ευκολία και ικανότητα της μητέρας να θηλάσει (Ζαμπέλας 2003).
- Οι φυσιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες του βρέφους (Ζαμπέλας 2003).
- Η διαθεσιμότητα εναλλακτικών ή συμπληρωματικών τροφίμων (Ζαμπέλας 2003).
- Τα ήθη και τα έθιμα της κοινωνίας (Ζαμπέλας 2003).

Ενδείξεις ότι το νεογνό προσλαμβάνει την απαραίτητη ποσότητα γάλακτος είναι :

- Διούρηση 6-8 φορές την ημέρα. Τα περισσότερα νεογνά που θηλάζουν θα έχουν κενώσεις τουλάχιστον μία ή δύο φορές ημερησίως για τις πρώτες εβδομάδες, και είναι πιθανό να έχουν κενώσεις μέχρι και μία φορά για κάθε θηλασμό (Ζαμπέλας 2003).
- Ικανοποιητική αύξηση του βάρους (Ζαμπέλας 2003 , Χατζηπαναγής 2006).
- Καλό και φυσιολογικό χρώμα (Ζαμπέλας 2003).
- Θηλασμός κάθε 1 1/2 – 3 ώρες, μετά τον οποίο το νεογνό να φαίνεται χαρούμενο (Ζαμπέλας 2003, Χατζηπαναγής 2006).
- Το νεογνό κοιμάται καλά (Χατζηπαναγής 2006).
- Το νεογνό αφήνει με ευκολία τον μαστό μετά την σίτιση (Lowdermilketal. 2013).

2.3.3 Η επιτυχής τοποθέτηση του βρέφους στον μαστό

Στις μέρες μας πλέον δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η εσφαλμένη τοποθέτηση του βρέφους στον μαστό θα προκαλέσει δυνητικά προβλήματα στην θηλή και θα αποτρέψει τον αποτελεσματικό θηλασμό. Η σωστή τοποθέτηση του βρέφους σημαίνει ότι η θηλή εκτείνεται και πέρα από την σκληρή υπερώα στο στόμα του βρέφους, και συνεπώς δεν προκαλεί τραυματισμό, ενώ οι πόροι κάτω από την θηλαία άλω συμπιέζονται ώστε να γίνεται εξώθηση του γάλακτος (Johnson&Taylor 2012). Στις περισσότερες των περιπτώσεων η τοποθέτηση του νεογνού στην άνω κοιλιακή χώρα της μητέρας, κατά τις πρώτες στιγμές μετά τη γέννησή του, θα του επιτρέψει να κινηθεί με σχετική ευκολία προς το στήθος της μητέρας και να προσκολληθεί σε αυτό στα 30 πρώτα λεπτά μετά τον τοκετό. Η διαδικασία ξεκινά όταν το νεογνό πιάσει με το στόμα του όχι μόνο τη θηλή αλλά και τη θηλαία άλω, και αρχίζει να θηλάζει (Shelov&Altmann 2012).

Το αντανακλαστικό ανόρθωσης της θηλής είναι ένα αναπόσπαστο μέρος του θηλασμού και αρκετά βοηθητικό για την επιτυχή τοποθέτηση του βρέφους στον μαστό. Το κλάμα, ο θηλασμός και η τριβή του βρέφους στον μαστό προκαλούν ανόρθωση της θηλής. Αυτό με την σειρά του βοηθά την προώθηση του γάλακτος μέσω των γαλακτοφόρων πόρων της θηλής. Το μέγεθος, το σχήμα και η ικανότητα ανόρθωσης των θηλών είναι διαφορετική από γυναίκα σε γυναίκα. Μερικές γυναίκες έχουν επίπεδες ή εισέρχουσες θηλές οι οποίες δεν ανορθώνονται με τον ερεθισμό και χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να θηλάσουν. Ωστόσο τα βρέφη συνήθως μαθαίνουν να θηλάζουν με επιτυχία σε οποιαδήποτε θηλή. Είναι σημαντικό τα βρέφη αυτά να μη σιτίζονται με το μπουκάλι ή να μη χρησιμοποιούν πιπίλα μέχρι να εδραιωθεί καλά ο θηλασμός. Η μητέρα θα πρέπει να ακολουθήσει την εξής διαδικασία : με την θηλή από τον μαστό ερεθίζει το κάτω χείλος του βρέφους για να ανοίξει το στόμα. Στην συνέχεια όταν το στόμα ανοίγει διάπλατα και η γλώσσα του βρέφους είναι κάτω, η μητέρα ωθεί γρήγορα το βρέφος προς την θηλή. Με τον τρόπο αυτό φέρνει με επιτυχία το νεογνό στο μαστό και όχι το μαστό σε αυτό. Όταν το βρέφος έχει συλλάβει σωστά την θηλή, η μύτη, τα μάγουλα και το πηγούνι θα πρέπει να αγγίζουν το μαστό (Lowdermilketal. 2013).

Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι όσο νωρίτερα γίνει η εισαγωγή υποκατάστατου μητρικού γάλακτος στην διατροφή του βρέφους, τόσο νωρίτερα σταματά και η μητέρα να θηλάζει (Ζαμπέλας 2003).

2.4 Συνήθειες που πρέπει να αποφεύγονται κατά τον θηλασμό

2.4.1 Φαρμακευτική Αγωγή

Το πρόβλημα που ονομάζεται << θηλασμός και φάρμακα >> εμφανίστηκε το 1952 στην Αμερική όταν ξεκίνησε να χρησιμοποιείται ένα επαναστατικό φάρμακο που λεγόταν θαλιδομίδη. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι τα μωρά που γεννήθηκαν από μητέρα που της είχε χορηγηθεί το συγκεκριμένο φάρμακο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρουσίαζαν φοβερές παραμορφώσεις και αναπηρίες. (Πατσούρου 2007). Το σύνδρομο αυτό ονομάστηκε φωκομέλεια και αναγνωρίστηκε στην κοινωνία ως ένα παιδί με πολλαπλές συγγενείς ανωμαλίες και δυσμορφικά χαρακτηριστικά. Χαρακτηρίζεται ακόμη από προ και μετά τον τοκετό καθυστέρηση της ανάπτυξης, μικροκεφαλία, κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες, νοητική καθυστέρηση, και τετραφωκομέλεια σε διάφορους βαθμούς σοβαρότητας (Mallaetal. 2016). Η φωκομέλεια λοιπόν, είναι ένα σύνδρομο κατά το οποίο δεν σχηματίζονται πλήρως και φυσιολογικά τα άκρα του νεογνού (Osadsky 2011). Εξαιτίας αυτού του γεγονότος η κοινή γνώμη καθώς και η επιστημονική κοινότητα έγιναν εξαιρετικά επιφυλακτικές, με οποιαδήποτε χημική ουσία χορηγούνταν στην μέλλουσα μητέρα. Καθώς η σωματική εξάρτηση του θηλασμού παραλληλίζεται με την εγκυμοσύνη, η επιφυλακτικότητα επεκτάθηκε και στη χορήγηση φαρμάκων κατά την διάρκεια του θηλασμού. Σύμφωνα με την κοινή γνώμη ίσχυε ότι εάν μια γυναίκα έπαιρνε φάρμακα κατά τη διάρκεια του θηλασμού, έπρεπε να σταματήσει να θηλάζει. Ευτυχώς στις μέρες μας ο ισχυρισμός αυτός αποτελεί έναν ακόμη μύθο για το θηλασμό. Τα περισσότερα φάρμακα περνούν στο γάλα αλλά θεωρούνται συμβατά με το θηλασμό. Βέβαια πρέπει να γνωρίζουμε ότι δεν υπάρχει κανένα φάρμακο που να μην έχει παρενέργειες (Πατσούρου 2007).

Υπάρχουν αρκετά φάρμακα λοιπόν, τα οποία δε δημιουργούν προβλήματα όταν προσλαμβάνονται από τη μητέρα κατά την περίοδο του θηλασμού. Υπάρχουν ωστόσο και μερικά που δεν πρέπει να προσλαμβάνονται διότι είναι πολύ πιθανό να μειώσουν το θηλασμό ή να περάσουν στο μητρικό γάλα και να επηρεάσουν την υγεία του βρέφους. Για τον λόγο αυτό, η μητέρα καλό θα ήταν να συμβουλευτεί το γιατρό πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή (Ζαμπέλας 2003).

Αν και όπως διαπιστώθηκε υπάρχει προβληματισμός σε ότι αφορά τη συμβατότητα φαρμάκων και θηλασμού, στην πραγματικότητα λίγα είναι τα φάρμακα εκείνα που αντενδείκνυνται κατά την διάρκεια του θηλασμού. Οι παράμετροι που θα πρέπει να ληφθούν

υπόψη στην αξιολόγηση της ασφάλειας ενός συγκεκριμένου φαρμάκου κατά τη διάρκεια του θηλασμού είναι η φαρμακοκινητική του φαρμάκου στο σύστημα της μητέρας, καθώς επίσης η απορρόφηση, ο μεταβολισμός, η κατανομή, η αποθήκευση και η απέκκριση στο νεογνό. Λαμβάνεται επίσης υπόψη η ηλικία της κύησης και η χρονολογική ηλικία του νεογνού, το σωματικό βάρος και ο τύπος θηλασμού (Lowdermilketal. 2013). Εάν πάραυτα κριθεί απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή, είναι προτιμότερο το φάρμακο να προσλαμβάνεται αμέσως μετά το θηλασμό, έτσι ώστε η συγκέντρωσή του να είναι όσο το δυνατό μικρότερη την επόμενη φορά που θα θηλάσει το βρέφος. Υπάρχει ακόμα αυξημένο ενδιαφέρον όσον αφορά στην παρουσία τοξικών ουσιών στο γάλα, μετά από έκθεση της μητέρας σε αυτές. Ορισμένες από αυτές όντως ενδέχεται να συσσωρεύονται στο γάλα λόγω της λιποφιλικής τους φύσης, της αντίστασής τους στην διάσπαση και της συγκέντρωσής τους στην τροφική αλυσίδα. Τα πολυχλωριωμένα δι - φαινύλια (polychlorinatedbiphenyls , PCBs) και το DDT είναι τα περισσότερο επικίνδυνα, καθώς εμφανίζονται σε αρκετά ανθρώπινα γάλατα σε μικρές συγκεντρώσεις (40-100ppb). Όμως , εάν δεν υπάρχουν κάποιες ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες ή διατροφικές συνήθειες που να εκθέτουν τη μητέρα σε αυτά, ο θηλασμός θα μπορούσε να συνεχιστεί χωρίς να είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός των ουσιών αυτών στο γάλα (Ζαμπέλας 2003).

Όπως ήδη προαναφέρθηκε ορισμένα φάρμακα μπορούν να αναστείλουν τη γαλουχία, να αλλάξουν τη σύνθεση του μητρικού γάλακτος, να περάσουν στο γάλα και να βλάψουν το νεογνό. Αυτό βέβαια εξαρτάται από την περιεκτικότητα του ελεύθερου φαρμάκου στο πλάσμα της μητέρας και στις φυσικοχημικές ιδιότητες του φαρμάκου αλλά και στην ποσότητα που περιέχει το γάλα και την βιοδιαθεσιμότητα του στο νεογνό. Έχει παρατηρηθεί σύμφωνα πάντα με τις τελευταίες μελέτες, ότι τοξικά φαινόμενα στο νεογνό μπορούν να προκαλέσουν μόνο τα ηρεμιστικά, νευροψυχοτροπικά, αντικαρκινικά, ραδιενεργά κ.λ.π (Αντωνίου και συν.2007).

Κατηγορίες Φαρμάκων :

- Αντιβιοτικά : Τι μπορεί να προκληθεί στο μωρό που θηλάζει από την χορήγηση αντιβίωσης στην μητέρα : υπερευαισθησία , διαρροϊκά σύνδρομα, στοματίτιδα, κολπίτιδα στα κορίτσια , σύγκαμα (Πατσούρου 2007).
- Σίδηρος : Ο σίδηρος δεν ενδείκνυται στην μητέρα, εάν δεν υπάρχει σοβαρός λόγος διότι προκαλεί στο μωρό δυσκοιλιότητα (Πατσούρου 2007).

- Βιταμίνες : Εάν η μητέρα ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή , δεν θα χρειασθεί βιταμίνες ως συμπλήρωμα διατροφής. Εάν όμως κριθεί αναγκαίο καλό θα ήταν να προτιμήσει βιταμίνες βιολογικής καλλιέργειας (Πατσούρου 2007).
- Εμβόλια : Ο εμβολιασμός με ζώντες, εξασθενημένους ή νεκρούς μικροοργανισμούς θεωρείται συμβατός με το θηλασμό του βρέφους. Το παιδί θα μπορεί να εμβολιαστεί κανονικά , μάλιστα τα εμβόλια είναι πιο αποτελεσματικά στα παιδιά που θηλάζουν (Πατσούρου 2007).

2.4.2 Ναρκωτικές ουσίες

Όλων των ειδών τα ναρκωτικά είναι ικανά να περάσουν στο μητρικό γάλα που θα θηλάσει το βρέφος. Δεν είναι συμβατά με το θηλασμό διότι προκαλούν εθισμό στο μωρό. Μια μητέρα χρήστης ουσιών δεν είναι σε θέση να φροντίσει σωστά το νεογέννητο της ,το οποίο βρίσκεται σε κίνδυνο. Το μωρό του οποίου η μητέρα διακόπτει την χρήση μετά τον τοκετό, δεν περνά σύνδρομο στέρησης, ενώ οι μητέρες που βρίσκονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης μπορούν να θηλάσουν , όταν η δόση της μεθαδόνης είναι λιγότερη από 20 mg το 24ωρο (Πατσούρου 2007). Επιπλέον, ναρκωτικά όπως η μαριχουάνα και η κοκαΐνη είναι ιδιαίτερα επιβλαβή για τη φυσική και διανοητική κατάσταση τόσο της μητέρας όσο και του βρέφους (Ζαμπέλας 2003).

2.4.3 Αλκοόλ

Το οινόπνευμα μπορεί πολύ εύκολα να περάσει στο μητρικό γάλα. Έχει αποδειχθεί ότι η συγκέντρωση οινόπνευματος στο γάλα φτάνει στο μέγιστο μέσα σε 1 ώρα έπειτα από την πρόσληψη του από τη μητέρα. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι η πρόσληψη ακόμα και μικρών ποσοτήτων οινόπνευματος (ισοδύναμες με ένα κουτί μπίρας) από την μητέρα μείωσε την πρόσληψη γάλακτος από το νεογνό. Άτομα που ειδικεύονταν πάνω στο θέμα αυτό έδωσαν 3 πιθανές εξηγήσεις για το γεγονός αυτό (Ζαμπέλας 2003) :

- Το οινόπνευμα κατάφερε να αλλάξει την γεύση του μητρικού γάλακτος και τα νεογνά δεν την αποδέχονταν.
- Τα νεογνά μεταβόλιζαν το οινόπνευμα ανεπαρκώς και αυτό μείωσε την ανταπόκριση τους.
- Το ίδιο το οινόπνευμα είναι πιθανό να μειώνει την παραγωγή γάλακτος. Είναι γνωστό άλλωστε ότι το οινόπνευμα μειώνει την απελευθέρωση ωκυτοκίνης (Ζαμπέλας 2003).

Η κατανάλωση οινόπνευματος από την μητέρα κατά την διάρκεια του θηλασμού έχει πολύ σοβαρές συνέπειες στην κινητική ανάπτυξη του νεογέννητου (Moore 2005).

Επομένως, καλό θα ήταν οι μητέρες που θηλάζουν να μην καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά. Ωστόσο, εάν η μητέρα επιλέγει την κατανάλωση αλκοόλ, συνιστάται η κατανάλωση ενός μόνο ποτού αμέσως μετά τη σίτιση του βρέφους και τουλάχιστον 2 ώρες πριν από τον επόμενο θηλασμό. Η μητέρα που αφαιρεί το γάλα της για άρρωστο ή πρόωρο νεογνό θα πρέπει να αποφύγει την κατανάλωση αλκοόλ, έως ότου να αποκατασταθεί πλήρως η υγεία του. Στην ακραία περίπτωση μιας αλκοολικής μητέρας είναι πολύ πιθανόν να προκληθούν σοβαρές βλάβες στο μωρό, από την τοξίκωση από το γάλα της στα ζωτικά όργανα του βρέφους (Lowdermilketal. 2013).

2.4.4 Καφεΐνη

Η πρόσληψη καφεΐνης είναι πολύ πιθανό να επηρεάσει το νεογνό (Ζαμπέλας 2003). Η κατανάλωση καφέ είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε μειωμένη συγκέντρωση σιδήρου στο γάλα της μητέρας και συνεπώς συμβάλλει στην ανάπτυξη αναιμίας στο νεογνό. Επιπλέον, η κατανάλωση καφεΐνης από τη μητέρα μπορεί να προκαλέσει ευερεθιστότητα στο βρέφος και διαταραχή των συνηθειών του ύπνου του (Lowdermilketal. 2013). Επομένως και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ακόμα, η κατανάλωση καφεΐνης θα πρέπει να είναι μέτρια παραδείγματος χάριν 1 με 2 φλιτζάνια καφέ περίπου την ημέρα είναι αρκετό (Ζαμπέλας 2003).

Στις περισσότερες μητέρες, η κατανάλωση δύο μερίδων καφέ την ημέρα δεν προκαλεί διαταραχές. Ωστόσο, μερικά νεογνά είναι ευαίσθητα ακόμη και σε μικρές ποσότητες καφεΐνης. Οι μητέρες των βρεφών αυτών θα πρέπει να περιορίσουν την κατανάλωση της. Η καφεΐνη είναι μία ουσία που ανευρίσκεται στον καφέ, το τσάι, τη σοκολάτα και σε πολλά αναψυκτικά (Lowdermilketal. 2013).

2.4.5 Λανθασμένη Διατροφή

Δεν υπάρχουν ειδικές τροφές ή ποτά που θα πρέπει οπωσδήποτε να καταναλώνουν ή να αποφεύγουν οι θηλάζουσες μητέρες. Θα πρέπει να ακολουθούν ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο, πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά. Είναι αρκετά σημαντική η πρόσληψη επαρκών ποσοτήτων ασβεστίου, μεταλλικών στοιχείων και λιποδιαλυτών βιταμινών. Επίσης, οι μητέρες θα πρέπει να συνεχίσουν να λαμβάνουν τις βιταμίνες που έπαιρναν κατά τη διάρκεια της κύησης για όσο χρονικό διάστημα θηλάζουν. Οι μητέρες σαφώς και ενθαρρύνονται να καταναλώνουν αρκετά υγρά για να καταστέλλουν την δίψα τους, ωστόσο η κατανάλωση νερού δεν αυξάνει την παραγωγή γάλακτος. Αντιθέτως, η υπερκατανάλωση υγρών είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε μείωση της παραγωγής γάλακτος (Lowdermilketal. 2013). Επιπλέον, το γάλα είναι απαραίτητο καθώς και όλα τα γαλακτοκομικά προϊόντα που παράγονται από αυτό (γιαούρτι, τυριά, μυζήθρα) (Μωραϊτου 2004). Ακόμη, υπάρχουν ορισμένες τροφές όπως π.χ : τα κρεμμύδια, το λάχανο, τα όσπρια, η σοκολάτα και ορισμένα πικάντικα φαγητά, τα όποια είναι πιθανό ορισμένες φορές να προκαλέσουν ερεθισμούς, διάρροια ή ερεθιστικότητα στο νεογνό. Στην περίπτωση αυτή ο αποκλεισμός της συγκεκριμένης τροφής από το διαιτολόγιο της μητέρας διορθώνει αμέσως το πρόβλημα (Moore 2005).

2.4.6 Κάπνισμα

Το κάπνισμα μειώνει τον όγκο του μητρικού γάλακτος και επομένως μητέρες που καπνίζουν ενδεχομένως δεν παράγουν την ποσότητα γάλακτος που είναι αναγκαία ,ώστε το νεογνό να προσλαμβάνει την ενέργεια που χρειάζεται. Οι γυναίκες οι οποίες καπνίζουν έχουν μειωμένα επίπεδα προλακτίνης, που μπορεί να μειώσουν τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς επίσης και τη διάρκεια της αμηνόρροιας λόγω του θηλασμού (lactationalamenorrhea). Επιπλέον τα επίπεδα της βιταμίνης C στο γάλα τους είναι μικρότερα από αυτά του γάλακτος που προέρχεται από γυναίκες που δεν καπνίζουν (Ζαμπέλας 2003).

Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει διαταραχή όχι μόνο στον όγκο του μητρικού γάλακτος όπως ήδη προαναφέρθηκε, αλλά και στην παραγωγή γάλακτος. Επιπλέον, εκθέτει το νεογνό στους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος τους οποίους θα αναλύσουμε παρακάτω. Η νικοτίνη μεταφέρεται στο βρέφος μέσω του μητρικού γάλακτος, είτε η μητέρα καπνίζει είτε χρησιμοποιεί αυτοκόλλητο επίθεμα νικοτίνης. Ωστόσο η επίδραση της νικοτίνης στο βρέφος είναι αμφιλεγόμενη. Οι θηλάζουσες μητέρες που εξακολουθούν να καπνίζουν θα

πρέπει να συμβουλευούνται να μην καπνίζουν όταν πρόκειται να θηλάσουν σε λιγότερο από 2 ώρες και να μην καπνίζουν ποτέ στο χώρο που βρίσκεται το βρέφος (Lowdermilketal. 2013).

Σε μητέρες οι οποίες θηλάζουν είναι καλό να συσταθεί η διακοπή του καπνίσματος ή έστω η ελάττωσή του. Η επίπτωση του καπνίσματος στις συγκεντρώσεις επικίνδυνων ενώσεων στο μητρικό γάλα είναι πιθανό να μειωθεί σε κάποιο βαθμό, αν η μητέρα καπνίσει αμέσως μετά το θηλασμό (Ζαμπέλας 2003).

Παρακάτω απαριθμούνται ορισμένες τεκμηριωμένες αλήθειες για το κάπνισμα και το θηλασμό :

- Το κάπνισμα προκαλεί μειωμένη παραγωγή γάλακτος στη μητέρα.
- Η νικοτίνη δεν μπορεί να περάσει στο γάλα, όταν η μητέρα καπνίζει λιγότερα από 5 τσιγάρα την ημέρα. Η νικοτίνη παρόλα αυτά δεν είναι η μόνη τοξική ουσία μέσα στον καπνό του τσιγάρου.
- Εάν η μητέρα καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα, το μωρό μπορεί να έχει κολικούς.
- Το κάπνισμα πριν από κάθε θηλασμό πρέπει να αποφεύγεται.
- Απαγορεύεται αυστηρώς το κάπνισμα την ώρα του θηλασμού ή όταν το μωρό βρίσκεται στον ίδιο χώρο.

Το ιδανικό είναι να αποφεύγεται το κάπνισμα και από την ίδια την μητέρα ,καθώς και από τα υπόλοιπα άτομα στο περιβάλλον του μωρού διότι το παθητικό κάπνισμα έχει απρόβλεπτες συνέπειες στην υγεία του (Ζαμπέλας 2003).

Παθητικό Κάπνισμα :

Ο καπνός του τσιγάρου είναι αρκετά επικίνδυνος για να τον εισπνέει ένα μωρό, ακόμη και στην περίπτωση που δεν θηλάζει. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα κύτταρα των πνευμόνων των ανθρώπων πολλαπλασιάζονται μέχρι την ηλικία των δύο ετών έπειτα από αυτή την ηλικία αυξάνονται μόνο σε μέγεθος. Σε περίπτωση που εκτεθεί ένα μωρό κάτω από την ηλικία των δύο ετών στον καπνό του τσιγάρου είτε θηλάζει, είτε όχι καταδικάζεται να ξεκινήσει με λιγότερα πνευμονικά κύτταρα, δηλαδή με μικρότερο δυναμικό για την υπόλοιπη

ζωή του. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει την υγεία του βρέφους και αυξάνει τον κίνδυνο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (sudden infant death syndrome) (Ζαμπέλας 2003).

2.5 Συχνότερα προβλήματα θηλασμού

Η σωστή περιποίηση του στήθους ακόμα και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία του στήθους από διάφορα προβλήματα που είναι πιθανό να ακολουθήσουν κατά την διάρκεια του θηλασμού στην συνέχεια. Δεν θα πρέπει να παραλείπετε το σαπούνισμα των χεριών πριν από κάθε θηλασμό. Η πλύση της θηλής έπειτα από κάθε θηλασμό με βορικό διαλυμένο σε νερό ή και χαμομήλι είναι απαραίτητη για να απομακρυνθεί το γάλα από την θηλή, γιατί διαφορετικά το γάλα ξεραίνεται, δημιουργεί κρούστες και πρόσφορο έδαφος για να αναπτυχθούν μικρόβια. Ένα ακόμη συχνό πρόβλημα του θηλασμού είναι οι τραυματισμένες θηλές, οι οποίες είναι αποτέλεσμα θηλασμού σε λανθασμένη θέση, διότι το νεογνό πιπιλάει τη θηλή και όχι την άλω.

Για να αποφευχθεί ο τραυματισμός της θηλής θα πρέπει η μητέρα να τοποθετήσει το νεογνό στην σωστή θέση. Επιπλέον η απότομη απομάκρυνση του νεογνού από την θηλή φέρει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία ραγάδων, λύση συνέχειας του δέρματος και κίνδυνος μόλυνσης του στήθους με όλα τα επακόλουθα (Συκάκη – Δούκα 1998).

2.5.1 Ραγάδες

Εάν διαπιστωθεί ότι οι θηλές έχουν σκάσει, και έχουν ραγάδες θα πρέπει να φροντιστούν άμεσα. Σε περίπτωση που συνοδεύονται από ενόχληση και πόνο θα πρέπει να σταματήσει ο θηλασμός για ένα ή και δύο 24ωρα. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να αφαιρεθεί το γάλα της μητέρας και να δοθεί στο νεογνό με μπιμπερό. Όταν ο ερεθισμός από τα ούλα σταματήσει, σύντομα οι θηλές θα ηρεμήσουν, θα επουλωθούν και δεν θα πονούν.

Εάν οι ραγάδες αιμοραγούν καλό θα ήταν να χρησιμοποιηθεί νιτρικό άργυρο και προσεχτικός καυτηριασμός των ραγάδων αφού προηγουμένως έχει προηγηθεί καθαρισμός των θηλών. Μια ακόμη μέθοδος είναι να χρησιμοποιηθεί την ώρα του θηλασμού η τεχνητή θηλή. Προσαρμόζεται πάνω στην θηλή της μητέρας η οποία την στερεώνει με την βοήθεια του χεριού της και το νεογνό θηλάζει απ ευθείας από την τεχνητή θηλή. Η μέθοδος αυτή έχει

εξυπηρετήσει πολλές μητέρες στο να έχουν θετικά αποτελέσματα, όμως είναι απαραίτητη η υπομονή, η ηρεμία, η σωστή θέση και ζωνρό νεογνό (Συκάκη – Δούκα 1998).

2.5.2 Πέτρωμα Θηλής

Είναι μια κατάσταση που την αντιμετωπίζουν συχνά οι θηλάζουσες μητέρες. Πρόκειται για μία σχετικά επώδυνη κατάσταση, κατά την οποία μία ποσότητα γάλακτος που δεν αντλήθηκε από το νεογνό εγκλωβίζεται στον μαστό (Ζαμπέλας 2003).

Τις περισσότερες φορές το πέτρωμα εντοπίζεται πίσω από την άλω της θηλής, όταν υπερπληρωθούν οι κενοί χώροι που χρησιμεύουν για την αποθήκευση του γάλακτος. Η άλως, η σκουρόχρωμη στεφάνη γύρω από την θηλή, σκληραίνει, τεντώνει, και δεν επιτρέπει στο νεογνό να την πιάσει με το στόμα του, και πολύ περισσότερο να την πιέσει με τα ούλα του για να θηλάσει. Πριν ξεκινήσει ο θηλασμός πρέπει να σαπουνιστεί το στήθος με ζεστό νερό, έτσι ώστε οι πόροι να διασταλούν εύκολα και να βγει το περίσσιο γάλα με απαλό μασάζ. Για το μασάζ χρησιμοποιείται παραφινέλαιο και ξεκινά η μητέρα με μαλακές, ήρεμες κινήσεις με ρυθμό από την περιφέρεια προς το κέντρο το μασάζ. Σε μικρό χρονικό διάστημα 5-10 λεπτών η άλως θα μαλακώσει και εύκολα το νεογνό θα θηλάσει.

Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως δεν πετρώνει μόνο η άλως αλλά ολόκληρος ο μαστός. Σκληραίνει, βαραίνει, και γίνεται πιο επώδυνος. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, στις πιο ελαφρές η μητέρα μπορεί να ανακουφιστεί και να νιώσει καλύτερα μόνο με το θηλασμό. Στις πιο βαριάς μορφής περιπτώσεις όμως θα χρειασθεί παραπάνω φροντίδα. Η φροντίδα ξεκινά με την περιποίηση του στήθους, σαπούνισμα με ζεστό νερό και σαπούνι για 5 λεπτά, στην συνέχεια τοποθετείται μια θερμοφόρα με ζεστό νερό πάνω στο στήθος. Αφού περάσουν 15 λεπτά περίπου ακολουθεί μασάζ με λίγο παραφινέλαιο ή με μια λιπαρή κρέμα. Η μητέρα ξεκινά το μασάζ με ήρεμες, μαλακές και ρυθμικές κινήσεις αφού πιάσει τον μαστό με τις χούφτες τις από την περιφέρεια προς την θηλή, χρησιμοποιώντας τους δείχτες και τον αντίχειρα. Με τον τρόπο αυτό ακολουθεί τη φορά που έχουν οι γαλακτοφόροι πόροι και δεν κακοποιείται ο μαστός. Η διαδικασία αυτή μπορεί να συνεχιστεί για 15 με 30 λεπτά ανάλογα με το πέτρωμα.

Τέλος, η μητέρα μπορεί εύκολα και σχεδόν ανώδυνα να στύψει την άλω για να αφαιρεθεί το γάλα. Ένας ακόμη τρόπος εξαγωγής γάλακτος είναι να χρησιμοποιηθεί θήλαστρο. Το θήλαστρο πριν χρησιμοποιηθεί θα πρέπει να βραστεί καλά και να εφαρμοστεί πάνω στην άλω προσέχοντας η θηλή να είναι στο κέντρο. Η όλη κατάσταση δεν διαρκεί

παραπάνω από δύο ή τρεις μέρες (Συκάκη – Δούκα 1998).

2.5.3 Μυκητιασικές φλεγμονές

Η εμφάνιση επώδυνων θηλών μετά τη νεογνική περίοδο οφείλεται τις περισσότερες φορές σε φλεγμονές από μύκητες. Η μητέρα στην περίπτωση αυτή συνήθως αναφέρει έντονο πόνο και ευαισθησία στη θηλή, αίσθημα καύσου ή νυγμού και οξύ διαξιφιστικό και καυστικό πόνο στους μαστούς κατά την διάρκεια και μετά το θηλασμό. Οι θηλές είναι ροδόχροες και στιλπνές ή είναι πιθανό να εμφανίζουν αποφολίδωση. Μπορεί να υπάρχει ορατό εξάνθημα, μικρές φυσαλίδες ή άφθες. Σε πολλές περιπτώσεις, ο πόνος είναι δυσανάλογος με την εμφάνιση της θηλής. Οι φλεγμονές των θηλών και μαστών από μύκητες μπορεί να είναι βασιανιστικά επώδυνες και είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν σε διακοπή του θηλασμού εάν δεν εντοπισθούν και θεραπευτούν άμεσα. Τα νεογνά πιθανόν να μην εμφανίσουν συμπτώματα μυκητίασης. Η μυκητιασική στοματίτιδα και το εξέρυθρο, επηρμένο εξάνθημα της πάνας συνιστούν ενδείξεις μυκητιασικής φλεγμονής.

Το προσβεβλημένο βρέφος είναι συχνά πολύ ανήσυχο και έχει αέρια. Κατά τη σίτιση το νεογνό μπορεί να απομακρυνθεί από το μαστό αμέσως μόλις αρχίσει να θηλάζει, με έντονο κλάμα και εμφανή πόνο. Οι πιο συνηθισμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες των μυκητιάσεων του μαστού περιλαμβάνουν τις φλεγμονές του κόλπου από μύκητες, την προηγηθείσα λήψη αντιβιοτικών και τον τραυματισμό της θηλής. Η μυκητιασική στοματίτιδα του βρέφους αποτελεί συχνό αίτιο μυκητιασικής φλεγμονής των θηλών και των μαστών της μητέρας. Συνιστάται η ταυτόχρονη θεραπεία μητέρας και βρέφους, ακόμα και αν το βρέφος δεν έχει ορατά σημεία φλεγμονής. Η θεραπεία για την μητέρα είναι μια αντιμυκητιασική κρέμα, όπως η μικοναζόλη, που εφαρμόζεται στις θηλές έπειτα από τον θηλασμό και, ενίοτε, η συστηματική αντιμυκητιασική φαρμακευτική αγωγή, όπως η φλουκοναζόλη, για περίπου 2 εβδομάδες. Οι περισσότεροι παιδίατροι χορηγούν ένα αντιμυκητιασικό φάρμακο από το στόμα, όπως είναι η νυστατίνη, η μικοναζόλη ή η φλουκοναζόλη για τα νεογνά. Η θεραπεία αυτή θα πρέπει να συνεχισθεί για 7 τουλάχιστον ημέρες μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Το σχολαστικό πλύσιμο των χεριών είναι πολύ σημαντικό για την πρόληψη της διασποράς των μικροβίων (Lowdermilketal. 2013).

2.5.4 Προβλήματα σχετιζόμενα με την ανατομία του στήθους

Ένα αρκετά συχνό πρόβλημα είναι η επίπεδη θηλή ή η πολύ μεγάλη. Η ύπαρξη τους προκαλεί τεχνικά προβλήματα στον θηλασμό, πόνο στην μητέρα, κατάποση αίματος από το νεογνό κτλ. Στις περιπτώσεις αυτές το πρόβλημα αντιμετωπίζεται με την χρήση ειδικών θηλάστρων, τα όποια τοποθετούνται στην θηλή. Τα συγκεκριμένα θήλαστρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε σπάνιες περιπτώσεις ανωμαλιών των μαστών όπως μαστεκτομής κτλ (Αντωνιάδης 2005). Ένα ακόμα πρόβλημα που αφορά στην ανατομία του στήθους της μητέρας είναι οι θηλές στραμμένες προς τα μέσα, γνωστές και ως εισέρχουσες θηλές. Το πρόβλημα αυτό, με ειδικούς χειρισμούς ή με τη χρήση ειδικής πλαστικής ασπίδας της θηλής, μπορεί να επιλυθεί και να πραγματοποιηθεί κανονικά ο θηλασμός (Ζαμπέλας 2003, Χατζηπαναγής 2006).

2.5.5 Επώδυνες θηλές

Η ελαφρά ευαισθησία των θηλών κατά την διάρκεια των πρώτων ημερών του θηλασμού αποτελεί ένα σύνηθες φαινόμενο. Θηλές με σοβαρή ευαισθησία, εκδορές, ραγάδες ή αιμορραγία δεν είναι φυσιολογικές και τις περισσότερες φορές είναι αποτέλεσμα ακατάλληλης θέσης, μη σωστής σύλληψης της θηλής, ακατάλληλων θηλαστικών κινήσεων ή μυκητιασικής λοίμωξης. Το έντονο άλγος των θηλών μπορεί να οφείλεται σε αγγειόσπασμο ή στο φαινόμενο Raynaud (Lowdermilketal. 2013).

Αν το νεογνό δεν τοποθετηθεί σωστά στο μαστό, είναι πολύ πιθανό να τραυματίσει τις θηλές και να δημιουργηθούν επίπονες πληγές. Η μητέρα θα πρέπει με υπομονή, να προσπαθήσει ώστε το στόμα του βρέφους να τοποθετηθεί σωστά πάνω στο μαστό, ώστε να προληφθεί ή και να αντιμετωπισθεί η κατάσταση αυτή. Ακόμα, απαιτείται η αυστηρή καθαριότητα της περιοχής (Ζαμπέλας 2003).

Βασική παράμετρος λοιπόν, για την πρόληψη των επώδυνων θηλών είναι η σωστή τεχνική του θηλασμού. Ο περιορισμός της παραμονής του βρέφους στο μαστό δεν πρόκειται να αποτρέψει την εμφάνιση επώδυνων θηλών. Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, η μητέρα είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσει κάποια ευαισθησία με τις πρώτες θηλαστικές κινήσεις του βρέφους. Αυτή η ευαισθησία θα επεκταθεί σχετικά γρήγορα καθώς ξεκινά η ροή του γάλακτος και λειτουργεί ως λιπαντικό. Προκειμένου να γίνουν οι πρώτες θηλαστικές κινήσεις λιγότερο επώδυνες, η μητέρα μπορεί να εκθλίψει μερικές σταγόνες γάλακτος για εφύγραση

της θηλής και της θηλαίας άλω πριν την σύλληψη της θηλής από το νεογνό. Εάν η μητέρα εξακολουθεί να αισθάνεται πόνο ή ενόχληση στις θηλές μετά από ορισμένους θηλασμούς, θα πρέπει να αξιολογήσει τον τρόπο σύλληψης της θηλής καθώς και την θέση του βρέφους. Συνεπώς, οι επώδυνες θηλές αποτελούν συχνά τη συνέπεια της τοποθέτησης του νεογνού στο μαστό της μητέρας του ενώ αυτό δεν έχει ακόμη ανοίξει εντελώς το στόμα του. Η θεραπεία για τις επώδυνες θηλές λοιπόν, είναι ανάλογη με το αίτιο που τις προκαλεί. Η πρόωμη εκτίμηση και παρέμβαση είναι απαραίτητες για την αύξηση της πιθανότητας της μητέρας να εξακολουθήσει να θηλάζει. Μόλις το πρόβλημα αναγνωρισθεί και αποκατασταθεί ,οι επώδυνες θηλές επουλώνονται μέσα σε λίγες μέρες, ακόμα και αν το βρέφος συνεχίζει να θηλάζει κανονικά. Όταν οι θηλές πονούν, είναι πιο ανακουφιστικό να ξεκινήσει ο θηλασμός από τη λιγότερο επώδυνη θηλή. Μετά το γεύμα, απαραίτητο είναι οι θηλές να καθαρίζονται με νερό για να απομακρύνεται το σάλιο του νεογνού. Η μητέρα έπειτα μπορεί να εκθλίψει λίγες σταγόνες γάλακτος, να επαλείψει την επώδυνη περιοχή και να αφήσει να στεγνώσουν με τον αέρα.

Γενικότερα, οι επώδυνες θηλές πρέπει να εκτίθενται στον αέρα όσο το δυνατό περισσότερο. Οι ασπίδες των μαστών που τοποθετούνται μέσα στο στήθος διευκολύνουν την κυκλοφορία του αέρα ενώ αποτρέπουν την επαφή των ρούχων με τις θηλές. Η ταχεία επούλωση των επώδυνων θηλών είναι άκρως σημαντική και απαραίτητη για την ανακούφιση της δυσφορίας που αισθάνεται η μητέρα, τη συνέχιση του θηλασμού και την πρόληψη της μαστίτιδας. Αν και πολλές κρέμες , αλοιφές και γέλη έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία των επώδυνων θηλών, το ζεστό νερό, η καθαρή λανολίνη και η υδρογέλη αποτελούν τα πιο αποτελεσματικά μέσα.

Η καθαρή λανολίνη παίζει σημαντικό ρόλο στην επούλωση των ραγάδων των θηλών, διατηρώντας τη φυσική υγρασία του δέρματος και προστατεύοντας την θηλή από περαιτέρω τριβές. Εφαρμόζεται στις θηλές μετά την σίτιση του βρέφους και δεν χρειάζεται να αφαιρεθεί για τον επόμενο θηλασμό. Τα επιθέματα υδρογέλης, που εφαρμόζονται στις θηλές μετά το θηλασμό, δημιουργούν ένα καταπραϋντικό, υγρό περιβάλλον, καθώς περιέχουν γέλη γλυκερίνης ή υδρόφιλα πολυμερή με φυσιολογικό ορό που προάγουν την επούλωση. Στην περίπτωση που οι θηλές είναι εξαιρετικά επώδυνες ή τραυματισμένες και η μητέρα δεν μπορεί να αντέξει το θηλασμό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα ηλεκτρικό θήλαστρο για 24 έως 48 ώρες, προκειμένου να επουλωθούν οι θηλές πριν την επανεκκίνηση του θηλασμού (Lowdermilketal. 2013).

2.5.6 Μαστίτιδα

Παρά το γεγονός ότι ο όρος μαστίτιδα αναφέρεται στη φλεγμονή του μαζικού αδένου, χρησιμοποιείται πιο συχνά για να περιγράψει την λοίμωξη του μαζικού αδένου. Η φλεγμονή των μαστών ή μαστίτιδα χαρακτηρίζεται από την αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων παρόμοια με εκείνα της γρίπης, όπως πυρετός, ρίγος, πόνος στο σώμα και κεφαλαλγία. Παρατηρείται εντοπισμένη μασταλγία, ευαισθησία και μια θερμή, εξέρυθρη περιοχή σφηνοειδούς σχήματος στους μαστούς. Η μαστίτιδα εμφανίζεται συνήθως στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Είναι πιθανό να προσβάλλει τον ένα ή και τους δύο μαστούς. Στις περισσότερες περιπτώσεις εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια των 6 πρώτων εβδομάδων του θηλασμού. Παρόλα αυτά, μπορεί να εμφανισθεί και σε οποιαδήποτε άλλη χρονική στιγμή (Lowdermilketal. 2013).

Πρόκειται λοιπόν, για φλεγμονή του μαστού η οποία προκαλείται από συμφόρηση μεταξύ των γαλακτοφόρων πόρων (Ζαμπέλας 2003).

Συγκεκριμένοι είναι οι παράγοντες που μπορεί να προδιαθέσουν τη γυναίκα στην ανάπτυξη μαστίτιδας. Η ανεπαρκής κένωση των μαστών είναι συνήθης και σχετίζεται με συμφορητική διόγκωση των μαστών, απόφραξη των γαλακτοφόρων πόρων, αιφνίδια μείωση του αριθμού των σιτίσεων, απότομο απογαλακτισμό ή στηθόδεσμο με ενίσχυση. Οι επώδυνες θηλές με ραγάδες είναι πιθανό να οδηγήσουν σε μαστίτιδα, συνιστώντας πύλη εισόδου για τους αιτιολογικούς παθογόνους μικροοργανισμούς. (σταφυλόκοκκος, στρεπτόκοκκος και το *Escherichiacoli* είναι οι συχνότεροι) Ακόμη, το στρες, η κόπωση της μητέρας, τα νοσούντα μέλη της οικογένειας, ο τραυματισμός των μαστών και η λανθασμένη διατροφή της μητέρας αποτελούν επίσης προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη μαστίτιδας. Μητέρες με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μαστίτιδας. Οι θηλάζουσες μητέρες θα πρέπει να ενημερώνονται για τα συμπτώματα της μαστίτιδας πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο ή το μαιευτήριο και για το γεγονός ότι θα πρέπει να ενημερώνουν αμέσως τον ιατρό σε περίπτωση που εμφανισθούν κάποια συμπτώματα (Lowdermilketal. 2013).

Η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση είναι η συνέχιση του θηλασμού για να επιτευχθεί αποσυμφόρηση της περιοχής (Ζαμπέλας 2003). Η θεραπεία ακόμη περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιβιοτικών, όπως η κεφαλεξίνη ή η δικλοξακιλλίνη για 10 έως 14 ημέρες και αναλγητικά/ αντιπυρετικά, όπως η ιβουπροφαίνη. Στη μητέρα συνιστάται να κοιμάται όταν κοιμάται και το βρέφος. Τα ζεστά επιθέματα τους μαστούς πριν από τον θηλασμό ή η αφαίρεση του γάλακτος μπορεί να είναι χρήσιμα. Η επαρκής πρόσληψη υγρών καθώς και το ισορροπημένο διαιτολόγιο είναι σημαντικά για τη μητέρα με μαστίτιδα. Στις επιπλοκές της

μαστίτιδας περιλαμβάνεται το απόστημα των μαστών, η χρόνια μαστίτιδα ή οι μυκητιασικές φλεγμονές του μαστού. Αρκετές από τις επιπλοκές μπορούν να προληφθούν με έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία (Lowdermilketal. 2013).

Το νεογνό στην περίπτωση αυτή είναι ασφαλές, διότι η μόλυνση αυτή συμβαίνει μεταξύ των γαλακτοφόρων αδένων και όχι στο εσωτερικό τους. Τέλος από τη μαστίτιδα δεν επηρεάζεται ούτε η ποιότητα ούτε η ποσότητα του γάλακτος (Ζαμπέλας 2003).

2.5.7 Συμφορητική διόγκωση

Η υπερπλήρωση (συμφορητική διόγκωση) πρόκειται για μια συνηθισμένη αντίδραση των μαστών στην αιφνίδια μεταβολή των επιπέδων των ορμονών και στην παρουσία αυξημένης ποσότητας γάλακτος. Συνήθως παρουσιάζεται την 3η έως 5η ημέρα της περιόδου της λοχείας και διαρκεί περίπου 24 ώρες. Η αιμάτωση των μαστών αυξάνεται και προκαλεί την διόγκωση των ιστών που περιβάλλουν τους γαλακτοφόρους πόρους. Ο πόρος είναι πολύ πιθανό να αποφραχθεί αναστέλλοντας έτσι την γαλακτόρροια. Οι μαστοί γίνονται σκληροί, ευαίσθητοι, οιδηματώδες, θερμοί και μπορεί να φαίνονται στιλπνοί και εξέρυθροι. Οι θηλαίες άλω είναι σκληρές και οι θηλές μπορεί να γίνουν επίπεδες, δυσχεραίνοντας το δραγμό της θηλής από το βρέφος. Επειδή η πίεση των αδένων που είναι πλήρης αναστέλλει την παραγωγή γάλακτος, εάν το γάλα δεν αφαιρεθεί από τους μαστούς, η παροχή γάλακτος θα μειωθεί. Η παραπάνω κατάσταση είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει στην απόφραξη ή συμφόρηση ενός γαλακτοφόρου πόρου προκαλώντας εξοίδηδη και ευαισθησία στην περιοχή εκείνη του μαστού. Αυτή η περιοχή τυπικά δεν αδειάζει ή μαλακώνει μετά το θηλασμό ή την αφαίρεση του γάλακτος. Πιθανόν επίσης είναι να παρατηρηθούν μικρές λευκές μαργαριταροειδείς δομές στο άκρο της θηλής. Πρόκειται για αποξηραμένα βύσματα γάλακτος που αποφράσσουν τη φυσιολογική ροή. Η κλινική εικόνα της μητέρας είναι σχετικά καλή, εφόσον είναι απύρετη και δεν έχει γενικευμένη συμπτωματολογία. Η απόφραξη των γαλακτοφόρων πόρων αποτελεί συχνή συνέπεια της ανεπαρκούς κένωσης των μαστών. Αυτό είναι πιθανό να οφείλεται σε πολύ στενά ρούχα, σε στηθόδεσμο με μη καλή εφαρμογή ή ενίσχυση ή σε μη αλλαγή της θέσης θηλασμού.

Η εφαρμογή ζεστών επιθεμάτων στην πάσχουσα περιοχή και στη θηλή πριν από το θηλασμό προάγει την κένωση των μαστών και την απομάκρυνση του βύσματος. Συνιστάται ο συχνός θηλασμός, με το βρέφος να ξεκινά το θηλασμό από τον προσβεβλημένο μαστό για να βοηθηθεί η πλήρης κένωση του. Η μητέρα συμβουλεύεται να επιχειρεί μαλάξεις στην

προσβεβλημένη περιοχή ενώ το βρέφος θηλάζει ή κατά την αφαίρεση του γάλακτος. Η εναλλαγή των θέσεων κατά την διάρκεια του θηλασμού και η αποφυγή χρήσης στηθόδεσμου μπορεί να συμβάλλουν στη λύση της απόφραξης του γαλακτοφόρου πόρου. Η απόφραξη των γαλακτοφόρων πόρων αυξάνει την επιρρέπεια για την ανάπτυξη φλεγμονής στο μαστό. Στην περίπτωση της υποτροπιάζουσας απόφραξης, η λήψη λεκιθίνης, ενός γαλακτωματοποιητή του λίπους είναι πιθανό να αποδειχθεί χρήσιμη για την μητέρα.

Όσον αφορά την συμφορητική διόγκωση, η μητέρα καθοδηγείται να θηλάζει κάθε 2 ώρες, μαλακώνοντας έτσι τον ένα μαστό και αφαιρώντας το γάλα από τον άλλο μαστό για να μαλακώσει και αυτός. Η άντληση γάλακτος κατά την διάρκεια της συμφόρησης των μαστών δεν μπορεί να προκαλέσει προβληματική αύξηση της παροχής του γάλακτος. Λόγω της διόγκωσης του ιστού του μαστού, στην περιοχή, γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους των αδένων, συνιστάται η τοποθέτηση παγοκύστεων για 15 έως 20 λεπτά και διάλειμμα 45 λεπτών εκ περιτροπής, μεταξύ των σιτίσεων.

Επιπλέον, επιθέματα από φύλλα ωμού λάχανου στους μαστούς μεταξύ των σιτίσεων μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του οιδήματος. Τα λαχανόφυλλα πλένονται και τοποθετούνται στην κατάψυξη μέχρι να παγώσουν, και στη συνέχεια τοποθετούνται πάνω στους μαστούς για 15 έως 20 λεπτά. Η πρακτική αυτή μπορεί να επαναληφθεί δύο ή τρεις φορές. Η συχνή εφαρμογή ωστόσο, μπορεί να μειώσει την παροχή γάλακτος. Τα επιθέματα από φύλλα ωμού λάχανου είναι συνήθως πολύ αποτελεσματικά για τις μητέρες που χρησιμοποιούν τεχνητή σίτιση και επιθυμούν να σταματήσουν το θηλασμό.

Κάποια αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως η ιβουπροφένη μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση του πόνου και του οιδήματος που σχετίζεται με τη συμφόρηση. Η ιβουπροφένη μπορεί επίσης να βοηθήσει στη μείωση του πυρετού και στην ανακούφιση από τον πόνο. Είναι γνωστό ότι η θερμότητα αυξάνει την αιματική ροή, για τον λόγο αυτό η εφαρμογή θερμότητας σε έναν ήδη συμφορημένο μαστό είναι συνήθως αναποτελεσματική.

Περιστασιακά, ωστόσο, ένα χλιαρό προς ζεστό ντους είναι πιθανό να προκαλέσει εκροή του γάλακτος, και η μητέρα μπορεί να αφαιρέσει το γάλα με την βοήθεια των χεριών της για να μαλακώσει τη θηλαία άλω έτσι ώστε να μπορέσει το νεογνό να συλλάβει τη θηλή και να θηλάσει (Lowdermilketal. 2013).

2.5.8 Άγχος,εκνευρισμός

Η περίοδος μετά τον τοκετό είναι γεμάτη αλλαγές για την ζωή της γυναίκας. Η νέα μητέρα νιώθει αγωνία για το βρέφος και η κόπωση είναι αναπόφευκτη. Επιπλέον, συχνά εμφανίζεται η επονομαζόμενη κατάθλιψη της λοχείας. Όλα αυτά είναι πολύ πιθανό να επιδράσουν αρνητικά στο θηλασμό. Το νεογνό είναι σε θέση να αντιληφθεί το άγχος και τη νευρική της μητέρας, γι' αυτό εκείνη θα πρέπει να μάθει να χαλαρώνει και να ηρεμεί, ώστε και η ίδια και το βρέφος της να απολαμβάνουν το θηλασμό (Ζαμπέλας 2003). Παρά το γεγονός λοιπόν, ότι πολλές και συγκεκριμένα νέες μητέρες έχουν συναισθηματικές αλλαγές, όπως είναι η δυσφορία, η αϋπνία, και το άγχος δεν είναι κάτι το παράλογο ή κάτι το μη αντιμετωπίσιμο. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα συνήθως έχουν επιλυθεί εντός δύο εβδομάδων μετά τη γέννηση (Derya Akdag Cirik et al. 2016). Είναι γνωστό από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ότι δεν βιώνει κάθε μητέρα στιγμές χαράς και ευτυχίας έπειτα από τον τοκετό. Τους 3 πρώτους ακόλουθους μήνες μετά τον τοκετό, το 20% περίπου των γυναικών υποφέρουν από επιλόχειο κατάθλιψη (Kossakowska 2016).

2.6 Πλεονεκτήματα θηλασμού για την μητέρα και το νεογνό

Υπάρχει σαφής τεκμηρίωση ότι ο θηλασμός έχει αρκετά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία και της μητέρας και του βρέφους. Ο θηλασμός συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση της νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας καθώς και στη σωματική και διανοητική ανάπτυξη του βρέφους. Ενώ επιπλέον τα υψηλά ποσοστά θηλασμού, θεωρούνται δείκτες καλής πρακτικής (bestpracticestandards) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Αντωνίου και συν. 2007).

Για την μητέρα :

- Όταν ένα μωρό θηλάζει, αντανακλαστικά η μήτρα συσπάται και με μεγαλύτερη ευκολία παλινδρομεί στο μέγεθος που είχε πριν από την εγκυμοσύνη. Υπάρχει μια

στενή βιολογική σχέση μεταξύ των αδένων του μαστού και της μήτρας. Οι συσπάσεις της μήτρας, κάτω από την επίδραση της ωκυτοκίνης, σε κάθε θηλασμό, επιταχύνουν την επαναφορά της μήτρας στο αρχικό της μέγεθος μέσα σε 6 εβδομάδες (Συκάκη-Δούκα 1998, Ζαμπέλας 2003, Μανδρέκας και συν. 2007, Shelon&Altmann 2012, Lowdermilketal. 2013).

- Κατά την χρονική περίοδο του θηλασμού εμποδίζεται φυσιολογικά η σύλληψη. Υπάρχει ωστόσο ένα ποσοστό αποτυχίας, για τον λόγο αυτόν καλό θα ήταν να συνδυαστεί με αντισυλληπτική μέθοδο (Ζαμπέλας 2003, Αντωνιάδης 2005, Χατζηπαναγής 2006, Αντωνίου και συν 2007, Μανδρέκας και συν.2007).
- Υπάρχει οικονομικό όφελος, αφού ο θηλασμός δεν κοστίζει τίποτα (Συκάκη- Δούκα 1998, Candyetal. 2002, Ζαμπέλας 2003, Moore 2005, Αντωνίου και συν 2007, Shelon&Altmann 2012).
- Στατιστικά έχει αποδειχθεί ότι οι μητέρες που έχουν θηλάσει, είναι λιγότερο επιρρεπείς στον καρκίνο (Ca) του μαστού , του ενδομητρίου και των ωοθηκών (Συκάκη–Δούκα 1998, Candyetal. 2002, Ζαμπέλας 2003, Αντωνιάδης 2005, Moore 2005, Μανδρέκας και συν.2007, Shelon&Altmann 2012, Lowdermilketal. 2013, KannanKutty 2016).
- Οι ορμόνες που παράγονται στο σώμα κατά την διάρκεια του θηλασμού θα κάνουν την μητέρα να χαλαρώσει τόσο, ώστε ίσως και να μπορέσει να μετριάσει ή και να διακόψει το κάπνισμα χωρίς καμία ιδιαίτερη προσπάθεια (Ζαμπέλας 2003).
- Η ίδια η μητέρα θα έχει καλύτερη υγεία (Ζαμπέλας 2003).
- Δημιουργείται ένα πιο ισχυρό ψυχικό δέσιμο μητέρας μωρού. Με τον θηλασμό ισχυρότερος είναι ο ψυχικός δεσμός μητέρας- μωρού (Candyetal. 2002, Αντωνιάδης 2005, Moore 2005, Fieldetal. 2006, Lowdermilketal. 2013).
- Αποφυγή χρονοβόρας διαδικασίας ετοιμασίας ξένου γάλακτος. Το μητρικό γάλα είναι ήδη έτοιμο στην σωστή αραίωση, αποστειρωμένο, και στην σωστή θερμοκρασία (Ζαμπέλας 2003 , Αντωνιάδης 2005).
- Εάν δεν θηλάζεται εκτίθεται το μωρό στους κινδύνους που συνεπάγεται η τεχνητή διατροφή (Ζαμπέλας 2003).
- Επηρεάζει την αύξηση του βάρους στην μητέρα και στο βρέφος (Αντωνιάδης 2005).
- Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει σημαντικά την υγεία των οστών (Ζαμπέλας 2003).
- Μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αιμορραγίας μετά τον τοκετό (Ζαμπέλας 2003, Lowdermilketal. 2013).
- Προστατεύει τα αποθέματα σιδήρου μέσω της απουσίας της έμμηνης ρήσης

(Ζαμπέλας 2003).

- Ο μητρικός θηλασμός είναι θεμελιώδης φυσιολογική συνέχιση της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Ακόμη με το ξεκίνημα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού αμέσως μετά τον τοκετό μειώνονται οι κίνδυνοι για αιμορραγίες και αναιμία μετά τη γέννα (Αντωνίου και συν 2007).
- Όταν μητέρα και νεογέννητο θηλάζουν με επιτυχία μειώνεται κατά πολύ το άγχος και το στρες της μητέρας διότι γνωρίζει ότι το παιδί της τρέφεται σωστά και υγιεινά (Αντωνίου και συν 2007).
- Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός είναι ικανός να θωρακίσει το ανοσοποιητικό σύστημα της γυναίκας και να μειώσει στις διαβητικές μητέρες τις ανάγκες για ινσουλίνη (Αντωνίου και συν 2007).
- Μακροπρόθεσμα ο μητρικός θηλασμός μπορεί επίσης να προστατεύσει τη μητέρα από τον καρκίνο (Ca) του μαστού, των ωοθηκών, από την ινοκυστική μαστοπάθεια καθώς επίσης και από την οστεοπόρωση (Χατζηπαναγής 2006, Αντωνίου και συν 2007).
- Ακόμα και όταν επανέλθει η έμμηνος ρύση στην μητέρα, παρατηρείται μείωση της αποβαλλόμενης ποσότητας αίματος, η οποία παραμένει και μετά το τέλος της γαλουχίας και συμβάλλει στην αποφυγή της εμφάνισης αναιμίας ή έστω και σιδηροπενίας (Μανδρέκας και συν.2007).
- Σημαντικές ενδείξεις υπάρχουν ακόμη για μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης και καταγμάτων στο απώτερο μέλλον (Μανδρέκας και συν.2007).
- Επιπλέον, μελέτες και έρευνες δείχνουν ότι η αυξημένη διάρκεια του θηλασμού συνδέεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου II (Μανδρέκας και συν.2007).
- Η περίσσεια του λίπους που είχε αποθηκευτεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, χρησιμοποιείται ως ενέργεια για την παραγωγή του γάλακτος και συχνά βοηθάει στη γρηγορότερη και λιγότερο κοπιώδη επιστροφή της μητέρας στο αρχικό της βάρος (Χατζηπαναγής 2006, Μανδρέκας και συν.2007, Shelov&Altmann 2012, Lowdermilketal. 2013).
- Σημαντική συμβολή στην επίτευξη του μητρικού ρόλου (Lowdermilketal. 2013).
- Τα ψυχολογικά και συναισθηματικά οφέλη του θηλασμού είναι εξίσου σημαντικά με τα σωματικά τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Ο θηλασμός προσφέρει άμεση σωματική επαφή, χαλαρωτική για το βρέφος και ευχάριστη για την μητέρα. Οι ίδιες οι ορμόνες που διεγείρουν την παραγωγή και εκροή γάλακτος βοηθούν, ενδεχομένως τη μητέρα να αναπτύξει το συναίσθημα της μητρότητας

(Shelov&Altmann 2012).

Για το νεογνό :

- Το μητρικό γάλα έχει ειδική βιολογική σύνθεση που το καθιστά περισσότερο εύπεπτο και θρεπτικό για το νεογνό (Συκάκη – Δούκα 1998). Παρέχει λοιπόν μία ισορροπία θρεπτικών συστατικών με υψηλή βιοδιαθεσιμότητα (Ζαμπέλας 2003).
- Περιέχει σε ειδική αναλογία θρεπτικά συστατικά όπως : λευκώματα, βιταμίνες, σάκχαρο, λίπος, άλατα, και αντισώματα καθώς και ειδικά ένζυμα που διευκολύνουν την πέψη του νεογνού (Συκάκη – Δούκα 1998).
- Ακόμη και η μικρή ποσότητα μητρικού γάλακτος το βοηθά να χωνέψει και να αφομοιώσει την τροφή του καλύτερα και χωρίς προβλήματα (Συκάκη – Δούκα 1998).
- Τα νεογνά που τρέφονται με το γάλα της μητέρας τους δεν παρουσιάζουν προβλήματα με τις κενώσεις τους (Συκάκη- Δούκα 1998, Shelov&Altmann 2012). Επιπλέον τα προστατεύει από γαστρεντερικές λοιμώξεις (Ζαμπέλας 2003, Αντωνιάδης 2005).
- Το μητρικό γάλα περιέχει αντισώματα, στοιχεία άμυνας εναντίον των μικροβίων, τα οποία ανοσοποιούν και προφυλάσσουν το νεογνό από τις διάφορες ασθένειες (Συκάκη – Δούκα 1998, Moore 2005, Fieldetal. 2006).
- Τα νεογνά που θηλάζουν παθαίνουν λιγότερες αλλεργίες (Ζαμπέλας 2003, Αντωνιάδης 2005, Moore 2005, Shelov&Altmann 2012).
- Δεδομένου ότι προσφέρεται απ' ευθείας από το στήθος της μητέρας στο στόμα του νεογνού δεν μεσολαβεί βρασμός και αποστείρωση. Έτσι δεν καταστρέφονται τα θρεπτικά συστατικά, ενώ οι πολύτιμες βιταμίνες του παραμένουν αναλλοίωτες (Συκάκη – Δούκα 1998, Ζαμπέλας 2003).
- Με τον μητρικό θηλασμό κινούνται ρυθμικά το πάνω και το κάτω σαγόνι του νεογνού, με αποτέλεσμα να δυναμώνουν οι μύες και τα ούλα του, ενώ τα δόντια του να βγαίνουν γερά και χωρίς μελλοντικά προβλήματα (Συκάκη -Δούκα 1998).
- Μετά το θηλασμό το νεογνό κοιμάται ήρεμο, ήσυχο και ικανοποιημένο. Μέχρι τώρα είχε γίνει γνωστό ότι η ηρεμία οφειλόταν στην ικανοποίηση της πείνας. Ανακαλύφθηκε πρόσφατα όμως ότι το φαινόμενο αυτό είναι συνέπεια μιας ορμονικής διεργασίας. Μέσα στο μητρικό γάλα βρίσκεται μια φυσική ηρεμιστική ουσία, η καλεομορφίνη, που ανήκει στην κατηγορία ενδομορφινών, οι οποίες είναι αναλγητικά που τα παράγει ο ίδιος ο οργανισμός (Συκάκη – Δούκα 1998).
- Το μητρικό γάλα περιέχει ουσίες που ασκούν καταπραϋντική επίδραση στο νεογνό.

Όταν μια μητέρα θηλάζει, στο σώμα της εκκρίνεται ωκυτοκίνη, η οποία έχει καταπραυντικές ιδιότητες (Nilson&Hamberger 2004).

- Γενικότερα πλεονεκτήματα ως προς τις αναλογίες, την αφομοίωση και απορρόφηση των στοιχείων του μητρικού γάλακτος (Αντωνιάδης 2005).
- Υπάρχουν έρευνες στις οποίες έχει παρατηρηθεί ότι τα νεογνά που θηλάζουν είναι σε ποσοστό 35% λιγότερο παχύσαρκα στη νηπιακή ηλικία, καθώς επίσης και πιο έξυπνα λόγω ύπαρξης παραγόντων όπως η ταυρίνη, πολυαμίνες ολιγοσακχαρίδια, ορμόνες, αυξητικά πεπτίδια κτλ. τα οποία προάγουν την ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) στα πρόωρα (Αντωνιάδης 2005, Shelon&Altmann 2012, Lowdermilketal. 2013).
- Όπως προαναφέρθηκε το μητρικό γάλα προστατεύει από παχυσαρκία, αλλά και από άλλες ασθένειες όπως : ο σακχαρώδης διαβήτης και η τερηδόνα (Candyetal. 2002, Ζαμπέλας 2003, Moore 2005, Shelon&Altmann 2012).
- Μειώνει τον κίνδυνο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (Candyetal. 2002, Ζαμπέλας 2003).
- Παρέχει ορισμένες ορμόνες, οι οποίες προάγουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους (Ζαμπέλας 2003).
- Προάγει την ανάπτυξη ισχυρού ψυχικού δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους (Ζαμπέλας 2003, Αντωνίου και συν 2007).
- Ο μητρικός θηλασμός βοηθάει στην ανάπτυξη και εξέλιξη του εγκεφάλου του βρέφους, του ανοσοποιητικού του συστήματος και της γενικής του φυσιολογίας (Αντωνίου και συν 2007).
- Το μητρικό γάλα απελευθερώνει αυξητικές ορμόνες, προωθεί την υγιή στοματική ανάπτυξη του βρέφους και δημιουργεί μια στενή σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό (Αντωνίου και συν 2007).
- Κατά τους πρώτους έξι μήνες ο μητρικός θηλασμός ελαττώνει τον κίνδυνο για ασθένειες που προκαλούνται από το περιβάλλον για κακή διατροφή, για ευαισθητοποίηση σε τροφές και αλλεργίες (Αντωνίου και συν 2007).
- Παρέχει αναλγητική δράση στα νεογνά που υποβάλλονται σε επώδυνες διαδικασίες όπως π.χ η φλεβοκέντηση (Lowdermilketal. 2013).
- Ελαφρά ενίσχυση της ανάπτυξης των γνωσιακών λειτουργιών (Lowdermilketal. 2013).
- Το μητρικό γάλα παρέχει ακόμη ενίσχυση της ανάπτυξης των γνάθων και περιορισμό των προβλημάτων ατελούς σύγκλεισης και κακής διάταξης των οδόντων (Lowdermilketal. 2013).
- Μείωση της επίπτωσης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και II (Lowdermilketal.

2013).

- Το μητρικό γάλα περιέχει για το βρέφος την σωστή βιοχημική σύσταση π.χ: χαμηλό νάτριο, χαμηλό ωσμωτικό φορτίο (Fieldetal. 2006).
- Περιέχει επίσης μη- ειδικές αντι-λοιμογόνες ιδιότητες π.χ: χαμηλή περιεκτικότητα σε ελεύθερο σίδηρο – εμποδίζει τη διαίρεση της E.Coli (Fieldetal. 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Έκκριση γάλακτος – Αντανακλαστικό της έκκρισης

Ο μητρικός θηλασμός θεωρείται απαραίτητος για να ξεκινήσει η παραγωγή και η ροή του γάλακτος (Ninson&Hamberger 2004). Η έκκριση γάλακτος ξεκινά αμέσως μετά τον τοκετό, μετά την αποβολή του πλακούντα και τον ερεθισμό του μαστού από το θηλασμό (Ζαμπέλας 2003).

Πιο αναλυτικά, μετά από τον τοκετό, παρατηρείται απότομη πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, γεγονός που πυροδοτεί την απελευθέρωση προλακτίνης από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η προλακτίνη προετοιμάζει τους μαστούς για την έκκριση γάλακτος και κατά τη διάρκεια της γαλουχίας για την παραγωγή και έκκριση του γάλακτος. Τα επίπεδα της προλακτίνης είναι υψηλότερα κατά τη διάρκεια των 10 πρώτων ημερών έπειτα από τον τοκετό. Μειώνονται με την πάροδο του χρόνου, αλλά παραμένουν πάνω από τα επίπεδα αναφοράς κατά την διάρκεια της γαλουχίας. Η παραγωγή της προλακτίνης διεγείρεται με το θηλασμό και την κένωση του περιεχομένου των μαστών. Οι μαστοί δεν παραμένουν ποτέ εντελώς άδειοι κατά την διάρκεια του θηλασμού. Παράγεται συνεχώς γάλα από τις αδενοκυψέλες καθώς θηλάζει το νεογνό. Αυτό αποδεικνύει ότι η παραγωγή γάλακτος είναι ένα **ισοζύγιο προσφοράς- ζήτησης** δηλαδή όσο γάλα αφαιρείται από τους μαστούς τόσο περισσότερο παράγεται. Η ατελής κένωση των μαστών με τις σιτίσεις είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε μειωμένη παραγωγή γάλακτος (Lowdermilketal. 2013).

Από τις θηλές μεταδίδονται νευρικά αντανακλαστικά σε ειδικά κέντρα του κατώτερου εγκεφάλου της μητέρας, απ' όπου και αποστέλλονται σήματα στην υπόφυση, η οποία αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης όπως προαναφέρθηκε ,μιας ορμόνης απαραίτητης για την παραγωγή του γάλακτος. Μια ακόμη ορμόνη η ωκυτοκίνη, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έκκριση του γάλακτος διότι κατά τον ερεθισμό της θηλής από το θηλασμό, ενεργοποιείται η οπίσθια υπόφυση από τον υποθάλαμο για την παραγωγή της. Η ορμόνη αυτή διεγείρει το **αντανακλαστικό απέκκρισης του γάλακτος** επηρεάζει δηλαδή ,τους μαστικούς αδένες, έτσι ώστε το γάλα να εξαχθεί από τους μαστούς (Nilson&Hamberger 2004).

Τα μυοεπιθυλιακά κύτταρα που περιβάλλουν τις αδενοκυψέλες συσπώνται ως απάντηση στην ωκυτοκίνη, προωθώντας το γάλα διαμέσου των εκφορητικών πόρων προς την θηλή. Αρκετά επεισόδια " απελευθέρωσης γάλακτος" μπορούν να σημειωθούν σε κάθε σίτιση του βρέφους. Το αντανακλαστικό απελευθέρωσης του γάλακτος μπορεί να πυροδοτηθεί και

από σκέψεις, εικόνες, ήχους, ή και οσμές που η μητέρα συσχετίζει με το νεογνό της όπως παραδείγματος χάριν το κλάμα του (Lowdermilketal. 2013).

Η παραγωγή γάλακτος είναι μια νευρο-ορμονική λειτουργία. Ο μηχανισμός παραγωγής γάλακτος απαρτίζεται από δύο στάδια : 1 την έκκριση γάλακτος και 2 τη μεταφορά του γάλακτος μέσω των γαλακτοφόρων πόρων. Η γαλακτοφορία είναι μια διαδικασία που ρυθμίζεται από τις ορμόνες προλακτίνη και ωκυτοκίνη (Ζαμπέλας 2003).

Προλακτίνη :

Η προλακτίνη η οποία εκκρίνεται από την υπόφυση, προάγει την παραγωγή του γάλακτος στα κύτταρα παραγωγής του (τα εκκριτικά κύτταρα). Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα επίπεδα της προλακτίνης είναι υψηλά. Όταν λοιπόν, πραγματοποιηθεί ο τοκετός και γεννηθεί το νεογνό, τα επίπεδά της αυξάνονται σημαντικά έτσι ώστε να αρχίσει η παραγωγή του γάλακτος. Τα υψηλά επίπεδα της προλακτίνης όμως, πυροδοτούν την έκκριση του ανασταλτικού παράγοντα της προλακτίνης (prolactin - inhibitinghormone). Κατ' αυτό τον τρόπο λειτουργεί ένας μηχανισμός παλίνδρομου αλληλορύθμισης, ώστε να ρυθμίζονται τα επίπεδα της προλακτίνης.

Η έκκριση του ανασταλτικού παράγοντα της προλακτίνης σταματά με το θηλασμό του παιδιού και επομένως η προλακτίνη αρχίζει να εκκρίνεται ξανά και να παράγεται γάλα. Η προλακτίνη ακόμη παρεμποδίζει την παραγωγή και την έξοδο ωαρίων και επομένως παρεμποδίζει και την έναρξη μιας νέας εγκυμοσύνης επιτρέποντας έτσι να υπάρχει χρόνος για να αρχίσει ο οργανισμός της μητέρας να αυξάνει πάλι τα μειωμένα, από την προηγούμενη περίοδο της εγκυμοσύνης, εναποθηκευμένα σε αυτόν θρεπτικά συστατικά (Ζαμπέλας 2003).

Ωκυτοκίνη :

Η ωκυτοκίνη, η οποία εκκρίνεται από την υπόφυση και μεταφέρεται με το αίμα στα μυο-επιθηλιακά κύτταρα, είναι υπεύθυνη για την ροή του γάλακτος. Η έκκριση της ωκυτοκίνης ξεκινά όταν το νεογνό θηλάζει. Οι θηλαστικές κινήσεις του νεογνού ερεθίζουν και ενεργοποιούν τη ροή του γάλακτος από τον μαστό. Επομένως η ροή του γάλακτος από το στήθος είναι μια καθαρά αντανακλαστική διαδικασία (let- downreflex) (Ζαμπέλας 2003).

Επιπλέον, η ωκυτοκίνη είναι μια ορμόνη που διεγείρει τις συστολές της μήτρας κατά την διάρκεια του τοκετού. Συνεπώς, το αντανακλαστικό απέκκρισης του γάλακτος μπορεί να πυροδοτηθεί κατά την διάρκεια του τοκετού, γεγονός που επαληθεύεται από την εκροή πρωτογάλακτος. Το αντανακλαστικό αυτό προετοιμάζει το μαστό προκειμένου το βρέφος να μπορεί να σιτισθεί άμεσα μετά τον τοκετό. Ακόμη, η ωκυτοκίνη προκαλεί συσπάσεις στη μήτρα της μητέρας μετά τον τοκετό για έλεγχο της αιμορραγίας της λοχείας και προαγωγή της παλινδρόμησης της μήτρας. Με τον τρόπο αυτό, η θηλάζουσα μητέρα έχει μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης αιμορραγίας της λοχείας. Αυτές οι συγκεκριμένες συσπάσεις της μήτρας που παρουσιάζονται κατά τον θηλασμό και ονομάζονται << υστερόπονοι>> μπορεί να είναι επώδυνες κατά την διάρκεια και μετά τη σίτιση, ιδιαίτερα στις πολύτοκες, για 3 έως 5 ημέρες μετά τον τοκετό. Τέλος, η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη αποκαλούνται << ορμόνες της μητρότητας >> επειδή ως γνωστόν επηρεάζουν τη συναισθηματική και σωματική κατάσταση της μητέρας στη λοχεία (Lowdermilketal. 2013).

3.2 Σύνθεση μητρικού γάλακτος/ συστατικά

" Λευκό αίμα " : Καθότι το μητρικό γάλα αποτελεί ένα διάλυμα θρεπτικών ουσιών , όπως και το αίμα ονομάζεται << λευκό αίμα >> σε αρκετούς πολιτισμούς και αρχαίους μύθους (Πατσούρου 2007). Το μητρικό γάλα παράγεται για να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους στο πρώτο στάδιο της ζωής του, από την στιγμή που θα βρεθεί έξω από το σώμα της μητέρας του. Το ώριμο μητρικό γάλα περιέχει τα ίδια θρεπτικά συστατικά με αυτό της αγελάδας, αλλά σε διαφορετική αναλογία, (Ζαμπέλας 2003). Αποτελείται από 4.000 ζωντανά κύτταρα ανά ml και περιέχει λίπη, σάκχαρα, με κύριο εκπρόσωπο ένα δισακχαρίτη, τη λακτόζη, πρωτεΐνες όπως η καζεΐνη, καθώς και μη καζεϊνικές πρωτεΐνες όπως η λακτοφερίνη, η α-λακταλβουμίνη, ανοσοσφαιρίνες, λυσοζύμη, ένζυμα, ορμόνες, και απαραίτητα αμινοξέα. Επιπλέον περιέχει βιταμίνες υδατοδιαλυτές (B ,C) και λιποδιαλυτές (A, D, E,K), μέταλλα (ψευδάργυρο, σίδηρο, ασβέστιο, μαγνήσιο) και ιχνοστοιχεία.

Η σύσταση του μητρικού γάλακτος αλλάζει συνεχώς για να προσαρμοστεί στις ανάγκες και την ηλικία του κάθε νεογνού, καθώς και για να μπορεί να παίρνει κάθε φορά που θηλάζει όλες τις θρεπτικές ουσίες που του είναι απαραίτητες. Το γάλα διαφέρει ,όταν ένα μωρό είναι πρόωρο ή γεννήθηκε με κάποιο πρόβλημα υγείας. Το γάλα της κάθε γυναίκας διαφέρει επίσης σε χρώμα, σύσταση, οσμή, πυκνότητα, θερμιδική απόδοση και γεύση, από

όλων των άλλων γυναικών , και αλλάζει ως προς ορισμένες ιδιότητες του αναλόγως με το τι τρώει η μητέρα. Δεδομένου ότι κάθε μέρα το μωρό μεγαλώνει, το μητρικό γάλα είναι κάθε μέρα σε θέση να αφομοιώνει όλο και περισσότερες ουσίες. Η σύσταση του μητρικού γάλακτος διαφοροποιείται ακόμη και κατά την διάρκεια του ίδιου θηλασμού. Μόλις αρχίσει το νεογνό να θηλάζει, το μητρικό γάλα είναι αρκετά υδαρές έτσι ώστε να ξεδιψάσει και να μην καταπιεί αέρα που θα του προκαλούσε αργότερα δυσφορία και πόνο στην κοιλιά. Στην συνέχεια, στην πορεία του ίδιου θηλασμού, το γάλα γίνεται πλούσιο σε λιπαρά και είναι το γάλα που κάνει το νεογνό να παίρνει βάρος. Στο τέλος του θηλασμού ,το γάλα περιέχει ουσίες που θα ηρεμήσουν το νεογνό και θα το βοηθήσουν να κοιμηθεί. Αυτός είναι ο λόγος που οι μητέρες δεν πρέπει να αλλάζουν στήθος κατά την διάρκεια του ίδιου γεύματος (Πατσούρου 2007).

Πιο συγκεκριμένα, η σύσταση και ο όγκος του μητρικού γάλακτος ποικίλλουν ανάλογα με το στάδιο της γαλουχίας. Στο στάδιο I της γαλακτογένεσης το οποίο ξεκινά στη 16η έως 18η εβδομάδα της κύησης, οι μαστοί προετοιμάζονται για την παραγωγή γάλακτος, παράγοντας το πύαρ (πρωτόγαλα). Το πύαρ, ένα διαυγές υποκίτρινο υγρό, είναι πιο παχύρρευστο από το μετέπειτα πιο ώριμο γάλα, και εξαιρετικά πλούσιο σε ανοσοσφαιρίνες. Έχει υψηλότερη συγκέντρωση πρωτεϊνών και μετάλλων αλλά λιγότερο λίπος από το ώριμο γάλα. Η υψηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών του διευκολύνει τη δέσμευση της χολερυθρίνης και η υπακτική δράση του προάγει την πρόιμη αποβολή του μηκωνίου. Το πύαρ με την πάροδο του χρόνου μετατρέπεται σε ώριμο γάλα, γεγονός που περιγράφεται ως στάδιο II της γαλακτογένεσης. Από την 3η έως την 5η ημέρα μετά τον τοκετό, στις περισσότερες γυναίκες ξεκινά η έναρξη της άφθονης έκκρισης γάλακτος. Η σύσταση του μητρικού γάλακτος συνεχίζει να μεταβάλλεται για περίπου 10 ημέρες, όταν δηλαδή αρχίζει να παράγεται το ώριμο γάλα στο στάδιο III της γαλακτογένεσης. Η σύσταση τώρα του ώριμου πλέον γάλακτος μεταβάλλεται και αυτή σε κάθε θηλασμό. Καθώς το νεογνό θηλάζει, αυξάνεται η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε λίπος. Αρχικά απελευθερώνεται ένα κυανόλευκο υγρό έκκριμα, που είναι ένα μέρος αποβουτυρωμένο γάλα (περίπου το 60% του όγκου) και ένα μέρος πλήρες (περίπου το 35% του όγκου). Περιέχει κυρίως λακτόζη, πρωτεΐνες και υδατοδιαλυτές βιταμίνες.

Το πυκνό κρεμώδες γάλα (περίπου 5%προς το τέλος του θηλασμού) συνήθως απεκκρίνεται μετά από 10 έως 20 λεπτά κατά τη διάρκεια του θηλασμού, αν και μπορεί να εμφανιστεί και νωρίτερα. Περιέχει τις πυκνότερες θερμίδες από το λίπος που είναι απαραίτητο για την ιδανικότερη αύξηση και ικανοποίηση του νεογνού μεταξύ των γευμάτων.

Εξαιτίας αυτής της μεταβαλλόμενης σύστασης του μητρικού γάλακτος κατά την διάρκεια κάθε γεύματος, το νεογνό είναι σημαντικό να θηλάζει για μεγάλο χρονικό διάστημα για μια ισορροπημένη σίτιση (Lowdermilketal. 2013).

Οι μητέρες διδύμων έχουν αυξημένη παραγωγή γάλακτος. Επιπλέον, εκτός από τις βιταμίνες και το λίπος η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος στα υπόλοιπα θρεπτικά συστατικά δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα από τη διατροφή της μητέρας. Είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα ότι ακόμα και σε περιπτώσεις παρατεταμένου θηλασμού ο οποίος διήρκεσε έως και 2 χρόνια, η ποιότητα του παραγόμενου γάλακτος παρέμενε περίπου σταθερή. Ακόμη, είναι αξιοσημείωτο ότι, σε περιόδους λιμού, μητέρες που ήταν υποσιτισμένες ήταν σε θέση να θηλάσουν το βρέφος τους σε ικανοποιητικό βαθμό.

Όσον αφορά στο γάλα μητέρων που γέννησαν πρόωρα, υπάρχουν ορισμένες μελέτες που αποδεικνύουν ότι στο γάλα αυτό τα επίπεδα πρωτεΐνης και μη- πρωτεϊνούχου αζώτου είναι υψηλότερα απ' ότι στο γάλα μητέρων που γεννούν τελειόμηνα βρέφη. Επιπλέον, το γάλα αυτό έχει υψηλότερα επίπεδα ασβεστίου, ανοσοσφαιρίνης A (IgA), νατρίου , καλίου, χλωρίου , φωσφόρου , μαγνησίου , μέσης αλύσου λιπαρών οξέων και μακράς αλύσου πολυακόρεστων λιπαρών οξέων , αλλά έχει χαμηλότερα επίπεδα λακτόζης. Επομένως και τα βρέφη που γεννιούνται πρόωρα ωφελούνται από το μητρικό γάλα και έχουν και αυξημένο ρυθμό ανάπτυξης. Αυτό, έχει αποδειχθεί ότι ισχύει ακόμα περισσότερο σε βρέφη με πολύ χαμηλό βάρος γέννησης (< 1500 γραμ.)

Είναι σημαντικό να τονισθεί στο σημείο αυτό ότι γενικότερα το γάλα που παράγει κάθε θηλαστικό περιέχει θρεπτικά συστατικά στις αναλογίες που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του βρέφους του συγκεκριμένου θηλαστικού. Παραδείγματος χάριν, το γάλα του ανθρώπου περιέχει περίπου 1γραμ. Πρωτεΐνης/ 100 ml , ενώ αυτό του ποντικού 12γραμ., προκειμένου να εξυπηρετήσει τον ταχύτερο ρυθμό αύξησης του σωματικού βάρους του ποντικού. Ένα νεογέννητο βρέφος ανθρώπου διπλασιάζει το βάρος του σε 4-5 μήνες, ενώ ένας νεογέννητος ποντικός σε 6 μόλις ημέρες. Αντίστοιχα, το μητρικό γάλα περιέχει 3,5 γραμ. Λίπους/100 ml ενώ εκείνο της φάλαινας περιέχει 50γραμ., διαφορά η οποία σχετίζεται με τις αυξημένες απαιτήσεις της φάλαινας σε ενέργεια (Ζαμπέλας 2003).

Πιο αναλυτικά η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνες, λιπίδια, υδατάνθρακες ,βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία.

3.2.1 Πρωτεΐνη :

Η συνολική περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη είναι λιγότερη από αυτή του αγελαδινού γάλακτος, γεγονός που εξυπηρετεί το βραδύτερο ρυθμό ανάπτυξης του ανθρώπου. Ακόμη, τυχούσα υψηλότερη πρόσληψη πρωτεΐνης, θα επιβάρυνε τη νεφρική λειτουργία του μωρού, σε μία περίοδο που οι νεφροί υπολειτουργούν. Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη μειώνεται καθώς περνάει ο καιρός και ο θηλασμός συνεχίζει. Πιο συγκεκριμένα, κατά την δεύτερη εβδομάδα μετά τον τοκετό, βρίσκεται σε επίπεδα 1,3 % , ενώ προς το τέλος του 2ου με 3ου μήνα μειώνεται στο 0,9 % . Όταν ξεκινήσει ο απογαλακτισμός, τα επίπεδα αρχίζουν να αυξάνονται και φτάνουν περίπου το 1,2 % , όταν πλέον η παραγωγή γάλακτος έχει μειωθεί σημαντικά. Παρατηρήσεις που έγιναν σε πολλές θηλάζουσες μητέρες σε διάφορες χώρες υποδεικνύουν ότι η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη δε μειώνεται αν η μητέρα ακολουθεί δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη ή χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε, παρατηρήθηκε ότι στο μητρικό γάλα υποσιτιζόμενων γυναικών τα επίπεδα λυσίνης και μεθειονίνης ήταν χαμηλά. Παρόλα αυτά, τέτοιου είδους μεταβολές στην ποιότητα της πρωτεΐνης είναι παροδικές και αλλάζουν χρησιμοποιώντας τα εναποθηκευμένα αμινοξέα στους ιστούς του σώματος της μητέρας, ώστε να επανέλθει ομοιοστάση της πρωτεΐνης. Όταν όμως παρατηρηθεί χρόνιος υποσιτισμός σε πρωτεΐνη, η σύσταση του γάλακτος είναι πολύ πιθανό να μεταβληθεί. Επιπλέον ορισμένες πρωτεΐνες, όπως η λυσοζύμη, δρουν ως ένζυμα. Αν και τα επίπεδα της λυσοζύμης στο μητρικό γάλα είναι πολύ μικρά για να θεωρηθεί ότι έχει κάποια θρεπτική αξία , ωστόσο μπορεί να καταστρέφει παθογόνα βακτήρια μέσω της λύσης των κυτταρικών τους τοιχωμάτων. Η ποσότητα του μητρικού γάλακτος σε λυσοζύμη αυξάνεται με την πρόοδο του θηλασμού. Το ελάχιστο της συγκέντρωσης της λυσοζύμης παρατηρείται στους 3 πρώτους μήνες του θηλασμού , και στην συνέχεια αυξάνεται κατά το πρώτο έτος του θηλασμού.

Η καζεΐνη έχει αρκετά καλή πεπτικότητα. Η πιο σημαντική λειτουργική της ιδιότητα συνίσταται στο ότι δημιουργεί σύμπλοκα που περιλαμβάνουν ασβέστιο και φώσφορο και έτσι αυξάνεται η συγκέντρωση των στοιχείων αυτών στο μητρικό γάλα. Η μέση ημερήσια πρόσληψη πρωτεΐνης από νεογνά που θηλάζουν έχει υπολογισθεί ότι είναι 1,5 γραμ/κιλό

σωματικού βάρους, σε σύγκριση με τα 2,7 γραμ/κιλό σωματικού βάρους στα νεογνά που προσλαμβάνουν υποκατάστατα. Επομένως λοιπόν, η καλύτερη ποιότητα του μητρικού γάλακτος έγκειται στη σύστασή του σε αμινοξέα. Ωστόσο έχει παρατηρηθεί ότι τα επίπεδα όλων των αμινοξέων εκτός από την ταυρίνη και την κυστίνη, είναι υψηλότερα τόσο στο πλάσμα όσο και στα ούρα, έπειτα από διατροφή με υποκατάστατο παρά μετά από ένα θηλασμό. Αυτό ενδεχομένως σημαίνει ότι το νεογνό προσλαμβάνει περισσότερη πρωτεΐνη από αυτή που χρειάζεται με το υποκατάστατο μητρικού γάλακτος, και επομένως το μεταβολικό stress που δημιουργείται, εκφράζεται με αυξημένα επίπεδα αζώτου ουρίας στο αίμα, αμμωνίας, οσμωτικότητας ούρων και μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική οξέωση, κυρίως σε νεογνά τα οποία είχαν χαμηλό σωματικό βάρος κατά τον τοκετό. Τέλος, το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα στις ακριβείς και σωστές ποσότητες που απαιτούνται από το νεογνό (Ζαμπέλας 2003).

3.2.2 Λιπίδια :

Το λίπος του μητρικού γάλακτος αποτελεί την κύρια πηγή ενέργειας για το νεογνό, αφού προσδίδει περίπου το 50 % της ενέργειας. Η περιεκτικότητα του γάλακτος σε λίπος διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα και μπορεί να επηρεάζεται ακόμα και από την εποχή παραγωγής του. Τα επίπεδα του λίπους στο μητρικό γάλα κυμαίνονται από 2,0 % έως 5,3% κατά μέσο όρο γύρω στο 3,5 %. Όσον αφορά τώρα στην σύσταση των λιπιδίων του μητρικού γάλακτος, το 90-98 % περίπου αποτελείται από τριγλυκερίδια και το υπόλοιπο είναι κυρίως ελεύθερα λιπαρά οξέα, χοληστερόλη και φωσφολιπίδια.

Ακόμη, το μητρικό γάλα περιέχει επαρκή ποσότητα λινελαϊκού οξέος, ένα απαραίτητο λιπαρό οξύ, υψηλότερη από αυτήν του αγελαδινού, ενώ η συγκέντρωση κορεσμένων λιπαρών οξέων μικρής αλύσου (C4 έως C8) είναι υψηλότερη στο αγελαδινό. Η σύσταση του λίπους του μητρικού γάλακτος, και κυρίως η περιεκτικότητά του σε λινελαϊκό οξύ, επηρεάζεται αρκετά από τη διατροφή της μητέρας και το στάδιο του θηλασμού.

Θηλάζουσες μητέρες οι οποίες ακολούθησαν δίαιτες πλούσιες σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, παρήγαγαν γάλα με υψηλή περιεκτικότητα σε αυτά. Εάν η ενεργειακή πρόσληψη της μητέρας έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό, τότε η σύσταση του μητρικού γάλακτος είναι παρόμοια με τη σύσταση του εναποθηκευμένου λίπους της μητέρας. Το μητρικό γάλα περιέχει και ένζυμα (λιποπρωτεϊνική και παγκρεατική λιπάση, καθώς και λιπάσεις που ενεργοποιούνται από τη χολή) που υπεισέρχονται στο μεταβολισμό του λίπους.

Τα ένζυμα αυτά είναι ενεργά στο έντερο του νεογνού και συνεισφέρουν σημαντικά στη διάσπαση των τριγλυκεριδίων του γάλακτος και γενικότερα στην πέψη και απορρόφηση του λίπους από το νεογνό. Τόσο το αγελαδινό όσο και το μητρικό γάλα περιέχουν καρνιτίνη, η οποία έχει σημαντικό ρόλο στην οξειδωση των λιπαρών οξέων μακράς αλύσου, διευκολύνοντας τη μεταφορά τους δια μέσου της μεμβράνης των μιτοχονδρίων.

Ο ανθρώπινος οργανισμός προσλαμβάνει την απαραίτητη γι' αυτόν ποσότητα καρνιτίνης από την τροφή, ενώ παράλληλα συνθέτει και ο ίδιος καρνιτίνη από τα αμινοξέα λυσίνη και μεθειονίνη. Τα βρέφη έχουν ιδιαίτερη ανάγκη καρνιτίνης, διότι το λίπος είναι μια πολύ σημαντική πηγή ενέργειας γι' αυτά. Από αρκετούς θεωρείται απαραίτητο θρεπτικό συστατικό, διότι το βρέφος, και κυρίως το πρόωρο, έχει μειωμένη ικανότητα σύνθεσης καρνιτίνης. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση καρνιτίνης στο μητρικό γάλα παρατηρείται δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τέλος, το μητρικό γάλα περιέχει 100 nmol /ml καρνιτίνη (Ζαμπέλας 2003).

3.2.3 Υδατάνθρακες :

Ο πιο σημαντικός υδατάνθρακας του μητρικού γάλακτος είναι ο δισακχαρίτης λακτόζη, η οποία αποτελείται από γλυκόζη και γαλακτόζη. Η συγκέντρωση της λακτόζης στο μητρικό γάλα δε διαφέρει ιδιαίτερα από γυναίκα σε γυναίκα ενώ φαίνεται ότι δεν επηρεάζεται από τη διαίτα.

Η λακτόζη είναι σχετικά μη- διαλυτή και πέπτεται και απορροφάται με αργό ρυθμό, με την επίδραση της λακτάσης. Η μη- απορροφήσιμη λακτόζη εισέρχεται στο παχύ έντερο, όπου ζυμώνεται από τα βακτήρια του εντέρου σε μικρής αλύσου λιπαρά οξέα και γαλακτικό οξύ. Αυτές οι ενώσεις έπειτα απορροφώνται, συνεισφέροντας έτσι στην πρόσληψη ενέργειας. Επιπλέον, η παρουσία λακτόζης στο έντερο προωθεί την ανάπτυξη των μικροοργανισμών που παράγουν οξέα και συνθέτουν πολλές από τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β. Το περιβάλλον που δημιουργείται στο έντερο (μείωση του pH) λόγω της παραγωγής οξέων πιστεύεται ότι περιορίζει την ανάπτυξη ανεπιθύμητων βακτηρίων στο έντερο του νεογνού και βελτιώνει την απορρόφηση του ασβεστίου, του φωσφόρου, του μαγνησίου και άλλων ιχνοστοιχείων.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονισθεί ότι τα επίπεδα του μητρικού γάλακτος σε λακτόζη διατηρούνται σταθερά ακόμα και κάτω από συνθήκες εκ σεσημασμένου υποσιτισμού, που συνδέεται με μείωση της παραγωγής γάλακτος. Το γεγονός αυτό

υποδεικνύει ότι η σύνθεση λακτόζης και η συνολική παραγωγή γάλακτος επηρεάζονται στον ίδιο περίπου βαθμό από τη μειωμένη πρόσληψη τροφής της μητέρας. Το μητρικό γάλα περιέχει ακόμη σε μικρό ποσοστό ωστόσο, και άλλους υδατάνθρακες, και πιο συγκεκριμένα ολιγοσακχαρίτες, καθώς και αντιβακτηριακούς παράγοντες, οι οποίοι προστατεύουν το πεπτικό σύστημα του βρέφους από την ανάπτυξη παθογόνων βακτηριδίων.

Ακόμη, αν και το μητρικό γάλα δεν περιέχει σύνθετους υδατάνθρακες, περιέχει το ένζυμο αμυλάση, το οποίο διασπά τα πολυμερή της γλυκόζης και τους σύνθετους υδατάνθρακες, όπως το άμυλο, και βοηθά στην καλύτερη πέψη τους στην πρώτη περίοδο της ζωής, όταν η συγκέντρωση της παγκρεατικής αμυλάσης είναι αρκετά χαμηλή στα υγρά του δωδεκαδακτύλου (Ζαμπέλας 2003).

3.2.4 Βιταμίνες :

Γενικότερα, το μητρικό γάλα περιέχει όλες τις βιταμίνες που είναι απαραίτητες για την φυσιολογική και σωστή ανάπτυξη του βρέφους. Πάντως, έχει παρατηρηθεί ότι όταν η πρόσληψη βιταμινών από την μητέρα είναι χρόνια χαμηλή, επηρεάζεται η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε αυτές. Ως γενικός κανόνας, η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε υδατοδιαλυτές βιταμίνες επηρεάζεται περισσότερο από τη διατροφή της μητέρας από ότι επηρεάζεται η περιεκτικότητα σε λιποδιαλυτές βιταμίνες (Ζαμπέλας 2003).

Λιποδιαλυτές βιταμίνες :

Βιταμίνη Α. :

Η βιταμίνη Α είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη και την διάπλαση των ιστών, κυρίως του επιθηλίου του γαστρεντερικού και αναπνευστικού συστήματος. Το γάλα είναι μία εξαιρετική πηγή βιταμίνης Α και των προδρόμων ουσιών της. Η συγκέντρωση της στο μητρικό γάλα επηρεάζεται από την διατροφή της μητέρας (Ζαμπέλας 2003).

Βιταμίνη D :

Η ποσότητα της βιολογικά ενεργής μορφής της βιταμίνης D στο μητρικό γάλα είναι αρκετά χαμηλή (0,5-1,5μg/L). Η έκθεση της μητέρας στον ήλιο, καθώς και η διατητική πρόσληψη επηρεάζουν τα επίπεδα της βιταμίνης στο νεογνό, εφόσον αυξάνουν την περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε αυτή τη βιταμίνη. Υπάρχει επομένως η αμφιβολία αν στο νεογνό που κατ' αποκλειστικότητα θηλάζεται, θα πρέπει να χορηγείται συμπλήρωμα βιταμίνης D. Οι έως τώρα έρευνες υποδεικνύουν ότι μπορούν να χορηγούνται συμπληρώματα της τάξεως των 10μg την ημέρα για προληπτικούς λόγους, αλλά σε μέρη με ηλιοφάνεια αυτό δεν πρέπει να θεωρείται ιδιαίτερα απαραίτητο (Ζαμπέλας 2003).

Βιταμίνη E :

Η βιταμίνη E παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της δημιουργίας υπεροξειδίων από τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα της διαίτας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην περίπτωση πρώιμου τοκετού, όπου η ανεπάρκεια βιταμίνης E είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε μία ευαισθησία των μεμβρανών των ερυθροκυττάρων και στην εμφάνιση αιμολυτικής αναιμίας (Ζαμπέλας 2003).

Βιταμίνη K :

Στο μητρικό γάλα, η βιταμίνη K υπάρχει σε περιεκτικότητα 2μg/L. Η βιταμίνη K συντίθεται από τους μικροοργανισμούς του εντέρου, αλλά χρειάζεται να περάσουν πολλές μέρες, ώστε να αναπτυχθεί ένας ικανοποιητικός μικροβιακός πληθυσμός στο αποστειρωμένο έντερο του βρέφους. Ακόμα και τότε αλλά και πιο μετά, έως και 4 εβδομάδες έπειτα από τον τοκετό, υπήρξαν περιπτώσεις αιμορραγικής νόσου οι οποίες σχετίστηκαν με τον θηλασμό, όταν δεν χορηγήθηκε βιταμίνη K κατά την γέννηση. Ο καταλληλότερος πλέον τρόπος πρόσληψης των προβλημάτων λόγω ανεπάρκειας της βιταμίνης K είναι η χορήγηση με ένεση 0,5-1,0mg βιταμίνης K1 μετά τον τοκετό (Ζαμπέλας 2003).

Υδατοδιαλυτές βιταμίνες :

Τα επίπεδα των υδατοδιαλυτών βιταμινών στο μητρικό γάλα μπορούν να επηρεαστούν από τη διαιτητική πρόσληψη της μητέρας μέσω της τροφής ,αλλά και των συμπληρωμάτων διατροφής.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι τα επίπεδα μερικών από τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες φτάνουν (από μόνες τους) σε ένα μέγιστο (plateau) , και από το σημείο αυτό και μετά ,η αύξηση της διαιτητικής τους πρόσληψης δεν επιφέρει ιδιαίτερες αλλαγές στα επίπεδα αυτών στο γάλα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η βιταμίνη C, της οποίας τα επίπεδα στο γάλα φαίνεται ότι φτάνουν σε plateau με πρόσληψη περίπου 90mg την ημέρα και υψηλότερη πρόσληψη της τάξεως των 250 ή και 1000mg δεν επηρεάζει περισσότερο τα επίπεδα της βιταμίνης στο μητρικό γάλα. Η συχνή συχνότητα εμφάνισης ανεπάρκειας σε βιταμίνη B12 σε θηλάζοντα νεογνά από χορτοφάγες μητέρες οδήγησε στη σύσταση για πρόσληψη συμπληρώματος 2,6μg την ημέρα για τη μητέρα και 0,1-0,3μg για το νεογνό (Ζαμπέλας 2003).

3.2.5 Ανόργανα στοιχεία :

Τα κυριότερα ανόργανα στοιχεία του μητρικού γάλακτος είναι το κάλιο, το ασβέστιο, ο φώσφορος, το χλώριο και το νάτριο. Σε μια μικρή σύγκριση, όσον αφορά το νάτριο, η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε αυτό είναι πολύ μικρότερη από αυτή του αγελαδινού. Δεν έχει αποδειχθεί βέβαια ακόμα εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της αυξημένης πρόσληψης νατρίου κατά τη βρεφική ηλικία και της εμφάνισης υπέρτασης σε μεταγενέστερο στάδιο της ηλικίας. Ο σίδηρος, ο χαλκός και το μαγγάνιο βρίσκονται σε μικρές ποσότητες, και επειδή τα στοιχεία αυτά είναι απαραίτητα για τη φυσιολογική σύνθεση ερυθροκυττάρων, νεογνά που θηλάζονται αποκλειστικά για αρκετό χρονικό διάστημα (περισσότερο από 9 μήνες) και δεν καταναλώνουν άλλες τροφές, είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσουν αναιμία. Επιπλέον, το μητρικό γάλα είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε ψευδάργυρο, μαγνήσιο, αλουμίνιο, ιώδιο, χρώμιο, σελήνιο και φθόριο. Νεογνά τα οποία δεν προσλαμβάνουν φθοριωμένο νερό, ίσως χρειαστεί να λάβουν συμπλήρωμα φθορίου μετά από σύσταση ιατρού (Ζαμπέλας 2003).

Το Πρωτόγαλα ή αλλιώς Πύαρ :

Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό το στήθος βγάζει ένα κιτρινωπό διαφανές ή ανοιχτό πορτοκαλί υγρό, το οποίο ονομάζεται πρωτόγαλα ή πύαρ. Το πύαρ έχει χρώμα κιτρινωπό, είναι πλούσιο σε βιταμίνες, λευκώματα και άλατα. Περιέχει άφθονα αντισώματα που βοηθούν τα μωρά να έχουν μεγάλη αντοχή στις ασθένειες (Συκάκη – Δούκα 1998). Το πύαρ θεωρήθηκε τοξικό για τα νεογνά από κάποιους πολιτισμούς, ώσπου οι επιστήμονες ανακάλυψαν ότι είναι τόσο μοναδικό και πολύτιμο ώστε είναι απαραίτητο να το παίρνουν όλα τα νεογνήνητα. Αποτελεί ένα ζωντανό εμβόλιο για όλες τις ασθενείς που έχει περάσει η μητέρα. Θεωρείται φάρμακο και όχι γάλα, για τον λόγο αυτόν, σε χώρες του εξωτερικού ακόμη και μητέρες που αρνούνται να θηλάσουν είναι υποχρεωμένες να αντλήσουν και να δώσουν στα παιδιά τους το πύαρ , προκειμένου να τα προστατεύσουν από πλήθος ασθενειών (Πατσούρου 2007).

Ακόμη το πύαρ είναι παρόν από την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης αλλά είναι η απώλεια των ορμονών του πλακούντα που οδηγεί στην αύξηση της οξυτοκίνης και της προλακτίνης, που έχουν ως αποτέλεσμα την διαθεσιμότητα αυξανόμενων ποσοτήτων γάλακτος για το βρέφος (Johnson&Taylor 2012).

3.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα μητρικού γάλακτος

Συγκριτικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του τεχνητού γάλακτος είναι πασιφανές ότι το μητρικό γάλα υπερέχει όσον αφορά τα πλεονεκτήματα , ενώ υστερεί κατά πολύ στα μειονεκτήματα. Πέρα λοιπόν, από την αδιαμφισβήτητη υπεροχή του μητρικού γάλακτος σε σχέση με το μπιμπερό, όσον αφορά τη θρεπτική αξία και την προστασία από τις ασθένειες, ο μητρικός θηλασμός δίνει την ευκαιρία να αναπτυχθεί η καλύτερη σχέση μεταξύ βρέφους και μητέρας κάτι το οποίο το καθιστά αναντικατάστατο (Χατζηπαναγής 2006).

Πολυάριθμες ερευνητικές μελέτες έχουν αναγνωρίσει τις ευεργετικές επιδράσεις του μητρικού γάλακτος για τα νεογνά, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής. Μακροχρόνιες επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι ευεργετικές αυτές επιδράσεις δεν σταματούν με τον απογαλακτισμό του νεογνού. Αντιθέτως , επεκτείνονται και πέραν της παιδικής ηλικίας. Ο μητρικός θηλασμός διαθέτει πολλά πλεονεκτήματα για τις μητέρες, τις οικογένειες τους και

γενικότερα για την κοινωνία (Lowdermilketal. 2013).

Επιπλέον, αρκετές μελέτες από την UNICEF αλλά και από άλλα ιδρύματα προστασίας της παιδικής ηλικίας έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ο θηλασμός θεωρείται μια σημαντική στρατηγική για τη βρεφική επιβίωση (Pinto etal. 2016).

Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα η γνώση σχετικά με τη μικροβιολογία και την ανοσολογία ήταν περιορισμένη και τα νεογνά που διατρέφονταν με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος εμφάνιζαν αυξημένη συχνότητα διάρροιας, λοιμώξεων του γαστρεντερικού συστήματος, καθώς επίσης και αυξημένη θνησιμότητα συγκριτικά με τα νεογνά που θηλάζαν. Στις μέρες μας βέβαια η κατάσταση αυτή έχει αλλάξει, όμως μικρές διαφορές εξακολουθούν να υπάρχουν, κυρίως στον αριθμό και τη σοβαρότητα των ασθενειών. Το μητρικό γάλα υπερέχει του αγελαδινού, όχι τόσο στην ποσότητα των θρεπτικών συστατικών που εμπεριέχονται σε αυτό, αλλά στη βιοδιαθεσιμότητα τους, δηλαδή στη χρησιμοποίησή τους από τον οργανισμό, η οποία σε πολλές περιπτώσεις είναι πιο αποτελεσματική, όπως συμβαίνει με το σίδηρο και τον ψευδάργυρο (Ζαμπέλας 2003). Πιο συγκεκριμένα, το μητρικό γάλα έχει υψηλή βιοδιαθεσιμότητα, δηλαδή διαθέτει τους κατάλληλους ποιοτικά παράγοντες στις ποσότητες αυτές που το καθιστούν εύπεπτο και απορροφήσιμο από το ανώριμο πεπτικό σύστημα του νεογνού, επομένως ιδανικό για τη θρέψη και την ανάπτυξη του. Το μητρικό γάλα διαθέτει μια ποικιλία ανοσολογικών παραγόντων που ανευρίσκονται αποκλειστικά στο μητρικό γάλα, κάτι το οποίο το καθιστά και αναντικατάστατο (Hockenberry&Wilson 2011).

Επιπλέον, η σύσταση του λίπους και της πρωτεΐνης του μητρικού γάλακτος είναι ιδανική για το νεογνό, ενώ στο μητρικό γάλα υπάρχουν και συστατικά, τα οποία δε υπάρχουν στα παρασκευάσματα για νεογνά. Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού έχουν επίσης αποδειχθεί όσον αφορά στην εμφάνιση αλλεργιών, στη μελλοντική εμφάνιση παχυσαρκίας, στην εμφάνιση συμπτωμάτων των κοιλιοκάκης, της νόσου του Crohn, καθώς και του διαβήτη τύπου II. Έχει παρατηρηθεί ότι αντισώματα κατά συστατικών του αγελαδινού γάλακτος υπάρχουν στο μητρικό γάλα και αυτά ενδεχομένως υπεισέρχονται στην πρόσληψη εμφάνισης αλλεργιών. Αλλεργία στο μητρικό γάλα σπανίως εμφανίζεται. Σε σπάνιες περιπτώσεις όπου το νεογνό που θηλάζει έχει δυσανεξία στο αγελαδινό γάλα, μπορεί να παρουσιάσει αλλεργικά συμπτώματα εφόσον η μητέρα καταναλώνει μεγάλη ποσότητα αγελαδινού γάλακτος. Επιπλέον, έχει υποδειχθεί ότι ο μητρικός θηλασμός προφυλάσσει το νεογνό από τις λοιμώξεις του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος και από την οξεία μέση ωτίτιδα, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι τα νεογνά που θηλάζουν έχουν υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης σε σχέση με τα νεογνά που τρέφονται με παρασκευάσματα. Ένα ακόμη γεγονός

που μπορεί εύκολα να συμπεριληφθεί στα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος είναι το ότι ο θηλασμός επηρεάζει την επανέναρξη της έμμηνου ρύσης, παρέχοντας έτσι στην μητέρα μερική αντισυλληπτική προστασία και δίνοντας της χρόνο να ασχοληθεί με το νεογέννητο της και όχι με μία ακόμη εγκυμοσύνη. Τέλος υπάρχουν ενδείξεις ότι ο θηλασμός προστατεύει τη μητέρα από τον καρκίνο (Ca) των ωοθηκών (Ζαμπέλας 2003).

Πιο αποσπασματικά :

Πλεονεκτήματα :

- Πλήθος αντισωμάτων περνά από την μητέρα στο νεογνό μέσω του θηλασμού και το προστατεύουν από τις λοιμώξεις (Χατζηπαναγής 2006, Pinto etal. 2016).
- Ένζυμα που περιέχει το γάλα κάνουν ευκολότερη την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών (Χατζηπαναγής 2006).
- Το μητρικό γάλα είναι στείρο μικροβίων (Χατζηπαναγής 2006).
- Είναι πάντα έτοιμο στην σωστή θερμοκρασία και δεν χρειάζεται χρόνος για να ετοιμαστεί (Χατζηπαναγής 2006).
- Έχει μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης αλλεργίας σε σχέση με το τεχνητό γάλα (Χατζηπαναγής 2006, Pinto etal. 2016).
- Η λακταλβουμίνη η οποία περιέχεται στο μητρικό γάλα είναι σε θέση να εμποδίζει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων (Χατζηπαναγής 2006).
- Τα βρέφη που θηλάζουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν υπέρβαρα (Χατζηπαναγής 2006).
- Δεν κοστίζει τίποτα (Χατζηπαναγής 2006).
- Το νεογνό παρουσιάζει λιγότερους κωλικούς (Χατζηπαναγής 2006).
- Καλύτερη και πιο δυνατή η σχέση μητέρας- νεογνού (Χατζηπαναγής 2006).
- Λιγότερες οι πιθανότητες εμφάνισης ινσουλινοεξαρτούμενου σακχαρώδη διαβήτη (Χατζηπαναγής 2006).
- Μειωμένη η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου(Ca) του μαστού στην μητέρα (Χατζηπαναγής 2006).
- Το μητρικό γάλα αποτελεί την τέλεια τροφή για το μωρό του ανθρώπου (Χατζηπαναγής 2006).
- Περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την ηλικία, καθώς και για την

κατάσταση υγείας του κάθε βρέφους (Χατζηπαναγής 2006).

- Τα θρεπτικά συστατικά βρίσκονται σε μορφή που το μωρό είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει άμεσα χωρίς να τα επεξεργαστεί (Χατζηπαναγής 2006).
- Το μητρικό γάλα δεν περιέχει καμία περιττή ουσία (Χατζηπαναγής 2006).
- Ο οργανισμός του μωρού δεν χρειάζεται να κουραστεί για να απομακρύνει άχρηστες ή επιβλαβείς ουσίες (Χατζηπαναγής 2006).
- Το πυάρ (το γάλα των πρώτων ημερών) περιέχει περισσότερα κύτταρα απ ότι το μετέπειτα. Τα κύτταρα αυτά αφού μπουν στον οργανισμό του μωρού εκκρίνουν κάποιες από τις θρεπτικές και ανοσιακές ουσίες για τις οποίες φημίζεται το μητρικό γάλα (Χατζηπαναγής 2006).
- Τα λευκώματα που περιέχει το μητρικό γάλα είναι μεγάλης βιολογικής αξίας για το βρέφος (Συκάκη – Δούκα 1998).
- Η ποσότητα του λίπους είναι υψηλή, ώστε να καλύπτει τις μεγάλες ανάγκες του νεογνού που μεγαλώνει καθημερινά (Συκάκη – Δούκα 1998).
- Τα άλατα, το ασβέστιο, ο φώσφορος, και ο σίδηρος, εύκολα απορροφούνται από τον οργανισμό του νεογνού και το προφυλάσσουν από ασθένειες και αλλεργικές εκδηλώσεις (Συκάκη – Δούκα 1998).

Μειονεκτήματα :

- Κάποιες παθήσεις της μητέρας όπως AIDS, ηπατίτιδα μπορούν να μεταδοθούν με τον θηλασμό στο βρέφος (Χατζηπαναγής 2006).
- Ορισμένα φάρμακα που πιθανόν να παίρνει η μητέρα μπορούν να περάσουν με τον θηλασμό στο βρέφος και να βλάψουν ή να επηρεάσουν την υγεία του (Χατζηπαναγής 2006).
- Η έλλειψη της βιταμίνης Κ είναι ένα αρκετά συχνό μειονέκτημα το οποίο βέβαια μπορεί να ρυθμιστεί με την χορήγηση της βιταμίνης από του στόματος (peros) (Candyetal. 2002).

Όπως ήδη μπορείτε να αντιληφθείτε, τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος είναι πολλά και σίγουρα αναντικατάστατα μπροστά στα λίγα και ασήμαντα μειονεκτήματα του. Ο

θηλασμός λοιπόν όπως ήδη έχει αναφερθεί είναι πολύ σημαντικός για τη μητέρα και το βρέφος της. Ακόμη και οι μικρές δυσκολίες που καμία φορά προκύπτουν μπορούν να ξεπεραστούν σε πολλές περιπτώσεις με απλές στρατηγικές. Ελπίζουμε ότι οι συνθήκες είναι ολοένα και πιο δημιουργικές έτσι ώστε ένας μεγαλύτερος αριθμός μητέρων να είναι σε θέση να θηλάσουν τα νεογνά τους αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες αλλά και για όσο το δυνατόν περισσότερο γίνεται (Pintoetal. 2016).

Υπεροχή Μητρικού Γάλακτος

" Υπάρχει λόγος πίσω από κάθε τι στη φύση "

Αριστοτέλης.

Στις μέρες μας είναι με βεβαιότητα γνωστό ότι ο μητρικός θηλασμός είναι σημαντικός, τουλάχιστον κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του νεογνού (Nilsson&Hamberger 2004). Το μητρικό γάλα έχει αποδειχθεί αρκετές φορές η καλύτερη επιλογή διατροφής για το νεογνό (Hockenberry&Wilson 2011). Πληθώρα εργασιών έχουν τεκμηριώσει τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για το νεογέννητο και έχουν αναδείξει την αναμφισβήτητη υπεροχή του μητρικού γάλακτος έναντι οποιουδήποτε άλλου (Μανδρέκας και συν.2007). Δεν μπορεί να υπάρξει καμία αμφιβολία για την καταλληλότητα του μητρικού γάλακτος για την ισορροπημένη και σωστή διατροφή των νεογνών (Jonson&Taylor 2012).

Το τάισμα του βρέφους είναι κάτι παραπάνω από μια στιγμή που απλώς του παρέχετε την απαραίτητη τροφή. Η μοναδική αυτή στιγμή δίνει την ευκαιρία στην μητέρα να κρατήσει το βρέφος της, να το αγκαλιάσει και να επικοινωνήσει μαζί του με το βλέμμα. Είναι στιγμές χαλάρωσης και ευχαρίστησης και για τους δύο, που θα τους φέρουν πιο κοντά συναισθηματικά (Shelov&Altmann 2012).

Ανάμεσα στη μητέρα και στο νεογνό αναπτύσσεται μία στενή προσωπική επαφή, μία μοναδική σχέση και επιπλέον το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για τα νεογνά, γεμάτη σπουδαίες θρεπτικές ουσίες και αντισώματα κατά των ασθενειών (Nilsson&Hamberger 2004). Η στιγμή εκείνη λοιπόν, του μητρικού θηλασμού είναι πολύ σημαντική διότι στο νεογνό

προσφέρει τη << ζεστασιά >> , την ασφάλεια, και την επαφή με το σώμα της μητέρας. Είναι σημαντικό να μην ξεχνάμε ότι το νεογνό για εννέα μήνες ζούσε μέσα στο σώμα της μητέρας και βίωνε κάθε δευτερόλεπτο τους χτύπους της καρδιάς της, τις κινήσεις της, της εναλλαγές των συναισθημάτων της. Το σώμα λοιπόν της μητέρας είναι το γνώριμο ασφαλές <<σπίτι>> για κάθε νεογνό, γι αυτό και η επαφή με αυτό είναι απαραίτητη. Για τη μητέρα δεν υπάρχει ομορφότερη στιγμή από αυτή του θηλασμού. Το αίσθημα ότι το νεογνό τρέφεται από το ίδιο της το σώμα, η ηρεμία και η ασφάλεια που αισθάνεται το νεογνό στην αγκαλιά της είναι ότι καλύτερο μπορεί να αισθανθεί. Ο θηλασμός αποτελεί μια μοναδική και ανεπανάληπτη στιγμή για κάθε μητέρα (Χατζηπαναγής 2006). Σχεδόν όλες οι θηλάζουσες μητέρες θεωρούν ότι αυτή η εμπειρία τις κάνει να αισθάνονται πιο δεμένες και προστατευτικές απέναντι στα βρέφη τους, και να έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ως προς την ικανότητά τους να τα περιποιηθούν και να τα φροντίσουν (Shelov&Altmann 2012).

Έτσι λοιπόν μπορούμε να αντιληφθούμε πως οι επιδράσεις της γαλουχίας και του μητρικού θηλασμού είναι πολύ σημαντικές για την ψυχική υγεία της μητέρας καθώς και του βρέφους. Ο μητρικός θηλασμός ενδυναμώνει το αίσθημα της μητρότητας και το συναισθηματικό δέσιμο της μητέρας με το βρέφος της ενώ, τονώνει ταυτόχρονα την αυτοπεποίθηση της για το μεγάλωμά του. Η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη, "οι ορμόνες της μητρότητας" όπως αποκαλούνται, ευοδώνουν τα συναισθήματα της ηρεμίας, της αγάπης και της διάθεσης προσφοράς προς το βρέφος (Μανδρέκας και συν. 2007).

Επιπλέον, το μητρικό γάλα περιέχει ουσίες που ασκούν καταπραϊντική δράση στο νεογνό. Όταν μια μητέρα θηλάζει, στον οργανισμό της εκκρίνεται η ωκυτοκίνη, μια ουσία που έχει καταπραϊντικές ιδιότητες. Επιπροσθέτως η ωκυτοκίνη είναι μια ορμόνη που προκαλεί συστολές στην μήτρα. Η μητέρα κατά την διάρκεια του θηλασμού, μπορεί να νιώσει τη μήτρα να συστέλλεται, κυρίως μετά τον τοκετό. Η διαδικασία αυτή βοηθά στην παλινδρόμηση της μήτρας στην σωστή θέση με φυσικό τρόπο.

Είναι αρκετά σημαντικό να τονίσουμε ότι και μόνο η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας μετά τον τοκετό είναι απαραίτητη και εξίσου σημαντική για να μπορέσει να ενεργοποιηθεί η παραγωγή του γάλακτος. Το πρωτόγαλα, το οποίο ονομάζεται και πύαρ, είναι το αρχικό γάλα, ενώ λίγες μέρες αργότερα αρχίζει να βγαίνει το κανονικό γάλα της μητέρας συχνά σε μεγάλες ποσότητες. Το πύαρ παράγεται σε πολύ μικρή ποσότητα. Ωστόσο, η μικρή αυτή ποσότητα είναι ιδιαίτερα πολύτιμη για το νεογνό, κυρίως όσον αφορά την πρώιμη απόκριση του ανοσοποιητικού του συστήματος (Nilsson&Hamberger 2004).

Η υπεροχή του μητρικού γάλακτος είναι αποδεδειγμένη και για τις μητέρες που γεννούν πρόωρα νεογνά καθώς είναι ενισχυμένο ως προς τα λίπη, τους υδατάνθρακες, τις

πρωτεΐνες, τα άλατα, τις βιταμίνες, τα αντισώματα και τα ένζυμα. Ο μητρικός θηλασμός είναι ελεύθερος και απεριόριστος και δεν διακόπτεται. Τα γεύματα ωστόσο δεν είναι ισόχρονα διότι το νεογέννητο έχει την ικανότητα να ρυθμίζει μόνο του την ποσότητα την οποία χρειάζεται (Αντωνίου και συν. 2007).

Το μητρικό γάλα είναι η φυσική και αδιαμφισβήτητα ιδανικότερη τροφή για το νεογέννητο και το νεογνό, ειδικά προσαρμοσμένη στις ανάγκες του είδους του. Αποτελεί ένα ζωντανό ιστό που η σύσταση του μεταβάλλεται διαρκώς τόσο κατά τη διάρκεια ενός θηλασμού και εντός του 24ωρου, όσο και κατά την διάρκεια της πορείας της γαλουχίας (Μανδρέκας και συν. 2007).

Πρόκειται για μια πολυδύναμη και μοναδική στο είδος της ουσία, η σύσταση της οποίας μεταβάλλεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις διατροφικές και ανοσολογικές ανάγκες της αύξησης και ανάπτυξης του βρέφους. Είναι ειδικό και απαραίτητο για τις ανάγκες κάθε νεογνού. Το ανθρώπινο γάλα, όπως άλλωστε προαναφέρθηκε, περιέχει αντισώματα που παρέχουν κάποια προστασία έναντι ευρέος φάσματος βακτηριδιακών, ιογενών και πρωτοζωϊκών λοιμώξεων. Πιο αναλυτικά η εκκριτική IgA είναι η κύρια ανοσοσφαιρίνη στο μητρικό γάλα, το οποίο περιέχει επίσης IgG, IgM, IgD, και IgE.

Το μητρικό γάλα περιέχει T και B λεμφοκύτταρα, επιδερμικό αυξητικό παράγοντα, κυτοκίνες, ιντερλευκίνες, παράγοντα Bifidus, συμπλήρωμα (κλάσματα C3 και C4) και λακτοφερρίνη. Όλα τα παραπάνω τα οποία λαμβάνει το νεογνό μέσω του θηλασμού, παίζουν συγκεκριμένο ρόλο στην πρόληψη των εντοπισμένων και συστηματικών βακτηριδιακών και ιογενών λοιμώξεων (Lowdermilketal. 2013). Τέλος, το μητρικό γάλα έχει ισχυρή δράση απέναντι στον καρκίνο, καθώς έχει χαρακτηριστεί και ως ένα αποτελεσματικό αντικαρκινικό εργαλείο (KannanKutty 2016).

Μητρικό γάλα : Ένα ζωντανό εμβόλιο :

Εκτός από άριστη τροφή, το μητρικό γάλα είναι και ένα ζωντανό εμβόλιο για όλες τις ασθένειες που έχει περάσει στο παρελθόν η μητέρα. Θηλάζοντας, το νεογνό παίρνει αντισώματα και για τις ασθένειες που η μητέρα δεν έχει εκδηλώσει, γιατί το δικό της πιο ώριμο ανοσολογικό σύστημα την έχει προστατέψει. Ακόμη χρησιμεύει για καλύτερη ανάπτυξη. Ένζυμα όπως η λυσοζύμη, η αμυλάση, η λιπάση, προσφέρονται στο νεογέννητο από το μητρικό γάλα, πολύ πριν ο οργανισμός του είναι σε θέση να τα παράγει ή να τα διαθέσει προς χρήση. Παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την γρήγορη ανάπτυξη του

νεογνού βρίσκονται σε μεγαλύτερη πυκνότητα στο πύαρ. (Πατσούρου2007)

Το πρωτόγαλα έπειτα από τη δεύτερη με τρίτη ημέρα περίπου μοιάζει πιο πυκνόρρευστο και σιγά-σιγά γίνεται σαν νερωμένο. Το χρώμα του, μετά την όγδοη ημέρα περίπου αλλάζει σε άσπρο. Καθημερινά η σύσταση και η θρεπτική αξία στο μητρικό γάλα προσαρμόζονται στις ανάγκες του νεογνού. Το μητρικό γάλα αυξάνει καθημερινός σε ποσότητα και ποιότητα. Περιέχει λευκώματα, λίπη , υδατάνθρακες ,άλατα , βιταμίνες, αντισώματα, νερό σε σωστές αναλογίες που το καθιστούν αναντικατάστατη τροφή για το μωρό (Συκάκη- Δούκα 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 Τεχνητή Διατροφή

Όταν για κάποιον λόγο μια μητέρα δεν είναι σε θέση να θηλάσει το μωρό της, τότε χρησιμοποιείται ξένο γάλα. Θα πρέπει να γίνει γνωστό στους γονείς καθώς και στις μέλλουσες μητέρες ότι, λόγω της τεχνητής διατροφής το παιδί τους δεν πρόκειται να πάθει κάτι ή να μειονεκτεί σε σχέση με τα παιδιά που θηλάζουν.

Η μεγάλη υποστήριξη της ιδέας του θηλασμού σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να δώσει την εντύπωση στις μητέρες, που δεν μπορούν να θηλάσουν ότι κάνουν κακό στο παιδί τους. Οποιαδήποτε και αν είναι η διατροφή ενός βρέφους, εάν είναι σωστή θα έχει περίπου τα ίδια αποτελέσματα (Αντωνιάδης 2005). Οι άπειροι λοιπόν γονείς, που έχουν επιλέξει να χορηγήσουν τεχνητή διατροφή στο νεογνό τους χρειάζονται συνήθως εκπαίδευση, συμβουλευτική καθοδήγηση και υποστήριξη. Πολύ πιθανό να χρειάζονται βοήθεια για την προετοιμασία του γάλακτος, τη διαδικασία της σίτισης και για την επίλυση οποιουδήποτε προβλήματος αντιμετωπίσουν. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, μερικοί γονείς που χορηγούν τεχνητή διατροφή ανησυχούν ότι το νεογνό θα υποφέρει λόγω της απόφασής τους. Η υπογράμμιση της ευεργετικής χρήσης του ωραρίου σίτισης, προκειμένου να επιτευχθεί η στενή επαφή και η κοινωνική αλληλεπίδραση με το βρέφος, μπορεί να συμβάλει στην επίλυση ορισμένων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γονείς.

Η ιδανική περίοδος για τη χορήγηση του πρώτου γεύματος του βρέφους με τυποποιημένο γάλα είναι αφού γίνει η αρχική μετάβαση στην εξωμήτρια ζωή. Τα ενδεικτικά σημεία της ετοιμότητας του βρέφους για σίτιση περιλαμβάνουν παραμέτρους όπως τα σταθερά ζωτικά σημεία, το αποτελεσματικό πρότυπο αναπνοής, η παρουσία εντερικών ήχων και το ενεργό αντανάκλαστικό του θηλασμού (Lowdermilketal. 2013). Όταν λοιπόν ο μητρικός θηλασμός δεν είναι εφικτός, το νεογνό μπορεί να τραφεί με τεχνητά γάλατα που ονομάζονται "μητρικά" και φτιάχνονται τροποποιώντας τόσο στην ποσότητα, όσο και στην ποιότητα το αγελαδινό γάλα, για να το κάνουν να προσεγγίσει όσο το δυνατό περισσότερο αυτό της μητέρας (Davila 2006).

4.1.1 Γάλα σε σκόνη

Γάλατα βασισμένα στη σόγια :

Τα γάλατα αυτά δεν περιέχουν πρωτεΐνη γάλακτος αγελάδας και επομένως μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις αλλεργίας στην πρωτεΐνη γάλακτος αγελάδας. Οι περισσότεροι τύποι, ακόμη, έχουν χαμηλή περιεκτικότητα και σε λακτόζη και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις δυσανεξίας στη λακτόζη (μια συχνή και παροδική συνέπεια της σοβαρής γαστρεντερίτιδας) (Fieldetal. 2006). Πρόκειται για μια φόρμουλα στην οποία το περιεχόμενο σε πρωτεΐνες αποτελείται αποκλειστικά από πρωτεΐνες σόγιας. Στερούνται γλυκόζης και σακχαρόζης. Τέλος, τα λίπη είναι ένα μείγμα από φυτικά έλαια (Davila 2006).

4.1.2 Αγελαδινό γάλα

Στις μέρες μας το μόνο (σχεδόν αποκλειστικά) γάλα που χρησιμοποιείται στην τεχνητή διατροφή είναι το τροποποιημένο (εξανθρωποποιημένο) γάλα Νο1 του πρώτου εξαμήνου και υπάρχει και το Νο2 γάλα για το δεύτερο εξάμηνο. Είναι φανερό από την λέξη αυτή “ εξανθρωποποιημένο” (έστω και εάν σήμερα δεν πολυχρησιμοποιείται έχει όμως διδακτική αξία) ότι το γάλα αυτό είναι προϊόν υψηλής τεχνολογίας. Η βάση του αποτελείται από το αγελαδινό γάλα, το οποίο υπέστη ορισμένες αλλαγές, ούτως ώστε να πλησιάζει όσο το δυνατό αυτό του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα, τα γάλατα αυτά περιέχουν λιγότερη ποσότητα λευκωμάτων από το αγελαδινό και περισσότερη από το μητρικό.

Αυτό συμβαίνει για να ξεπεραστούν τα μειονεκτήματα τους ως προς τη μικρότερη βιολογική αξία, την απορρόφηση από το έντερο και την περιεκτικότητα σε αμινοξέα. Είναι εμπλουτισμένα με γαλακτόζη, σίδηρο, βιταμίνη D, κτλ. Έχουν λιγότερη ποσότητα χλωριούχου νατρίου. Τα κατώτερα κεκορεσμένα λιπαρά οξέα έχουν αντικατασταθεί με ανώτερα πολυακόρεστα. Η σχέση καζεΐνης : λευκωματίνης είναι στα επίπεδα του μητρικού γάλακτος.

Το τροποποιημένο γάλα Νο2, το οποίο χρησιμοποιείται για το δεύτερο εξάμηνο διαφέρει στο ότι έχει μικρότερη ποσότητα από λεύκωμα και χλωριούχο νάτριο και περισσότερα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα σε σχέση με το γάλα αγελάδας. Το γάλα αυτό παρ' ότι είναι ακριβό, λόγω της επεξεργασίας που έχει υποστεί, χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για τη σίτιση παιδιών μέχρι ενός έτους. Υπάρχει σε κοινοποιημένη μορφή και

για την παρασκευή της πλήρους αραίωσης του τοποθετείται σε μια μεζούρα (το πλαστικό δοσιμετρικό κουταλάκι που διαθέτει κάθε κουτί) για κάθε 30ml νερού στο μιμιπερό (Αντωνιάδης 2005).

4.1.3 Γάλατα Εβαπορέ

Έχουν για βάση το αγελαδινό γάλα, το οποίο έχει αφυδατωθεί κατά 50%. Είναι κατάλληλα για την διατροφή των μεγαλύτερων παιδιών καθώς και είναι εμπλουτισμένα με σίδηρο και μεγάλο αριθμό βιταμινών, αλάτων, κτλ. Για την αραίωση του η αναλογία είναι περίπου μισό γάλα, μισό νερό. Αυτά που, συχνά, συνιστώνται είναι τα μερικώς αποβουτυρωμένα π.χ : Neslac με λίπος 2,8g%, ΔΕΛΤΑ Advance, Nulac 4 g% , Νουνού kid κτλ. (Αντωνιάδης 2005).

4.1.4 Θεραπευτικά Γάλατα

Είναι τα γάλατα που χρησιμοποιούνται σε ειδικές καταστάσεις και περιπτώσεις. Υπάρχει εύρος ποικιλίας, ως προς την περιεκτικότητα σε λακτόζη π.χ : τα ελεύθερα λακτόζης (freelactose), για περιστατικά γαστρεντερικών διαταραχών (κωλικοί πρώτου τριμήνου). Ακόμη υπάρχουν τα υποαλλεργικά γάλατα για την αποφυγή αλλεργικών διαταραχών (δέρμα κτλ.)

Τα γάλατα για την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (AR) τα οποία περιέχουν συνήθως χαρουπάλευρο ή καλαμποκάλευρο. Επιπλέον υπάρχουν τα γάλατα με φυτικό λίπος, σόγιας κατάλληλα για το δευτεροπαθές σύνδρομο δυσαπορρόφησης μετά από γαστρεντερίτιδα (Nutrisoya). Τέλος υπάρχουν ειδικά γάλατα για αρκετά σπάνια νοσήματα, όπως είναι η γαλακτοζαιμία κτλ. (Αντωνιάδης 2005).

4.1.5 Γάλατα για τα πρόωρα βρέφη

Τα γάλατα αυτά περιέχουν επιπλέον θερμίδες, πρωτεΐνη, ασβέστιο και φώσφορο. Χρησιμοποιούνται με σκοπό να βελτιώσουν την ανάπτυξη του πρόωρου βρέφους, κατά τη διάρκεια των πρώτων λίγων εβδομάδων της ζωής (Fieldetal. 2006).

4.1.6 Στοιχειακά γάλατα

Τα γάλατα αυτά παρασκευάζονται από απλά σάκχαρα, πεπτίδια και αμινοξέα, καθώς και τριγλυκερίδια μέσης αλύσου. Χρησιμοποιούνται σε νεογνά που έχουν υποστεί εκτεταμένη βλάβη στο έντερο ή διακοπή της συνέχειας του. (π.χ εντεροκτομή), επειδή η απορρόφηση του επιτυγχάνεται εύκολα (Fieldetal. 2006).

4.2 Παράγοντες που οδηγούν στην τεχνητή διατροφή / Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού

4.2.1 Προβλήματα της μητέρας που καθιστούν αδύνατο το θηλασμό

Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις που ο θηλασμός δεν εξαρτάται από την διάθεση της μητέρας, αλλά και από την υγεία της και τη γενική κατάσταση του μωρού της. Αν και κάθε περίπτωση θηλάζουσας γυναίκας πρέπει να αξιολογείται ξεχωριστά, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες ο μητρικός θηλασμός αποκλείεται (Ζαμπέλας 2003). Στην περίπτωση που η μητέρα πάσχει από ενεργό φυματίωση, ο θηλασμός δεν επιτρέπεται διότι υπάρχει κίνδυνος να μεταδοθεί η ασθένεια στο νεογνό και η κατάσταση της μητέρας να επιδεινωθεί (Lowdermilketal. 2013). Στην περίπτωση ακόμα που μια μητέρα πάσχει από μια χρόνια νόσο όπως παραδείγματος χάριν μια ψυχοπάθεια είναι υποχρεωμένη και πρέπει να ακολουθεί μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή η οποία περνάει στο γάλα για τον λόγο αυτόν ο θηλασμός δεν συνιστάται (Αντωνιάδης 2005). Ακόμη στις περιπτώσεις όπου η μητέρα πάσχει από καρδιοπάθεια, νεφρίτιδα, ψυχικά νοσήματα, βαριά αναιμία, εκλαμψία, επιληψία ή από άλλες σοβαρές μεταδοτικές αρρώστιες όπως η οστρακιά, ο τυφοειδής πυρετός, η διφθερίτιδα, ο θηλασμός είναι πολύ πιθανό να επιδεινώσει την κατάσταση της υγείας της μητέρας γι' αυτό καλό θα ήταν να αποφεύγεται.

Ακόμη, στην περίπτωση της γαλακτοζαιμίας αποκλείεται ο θηλασμός. Η γαλακτοζαιμία είναι μία κληρονομούμενη ασθένεια, η οποία προκαλείται από την έλλειψη του ενζύμου γαλακτοζο-1-φωσφο ουριδυλο τρανσφεράση (galactose-1-phosphateuridylyltransferase (G-1-PUT)), το οποίο είναι άκρως απαραίτητο για την μετατροπή της γαλακτόζης σε γλυκόζη. Η γαλακτοζαιμία εμφανίζεται με συχνότητα 1:60000 γεννήσεις. Η μη αντιμετωπιζόμενη συσσώρευση γαλακτόζης στο αίμα είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει

καταστροφή των ιστών και ενδεχομένως θάνατο. Στο νεογνό πρέπει αμέσως να δίνεται, έπειτα από εξέταση, δίαιτα ελεύθερη γλουτένης με ειδικά υποκατάστατα γάλακτος.

Σε μία άλλη περίπτωση κληρονομικής ασθένειας, της φαινυλοκετονουρίας, αντενδείκνυται ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός. Η φαινυλοκετονουρία προκαλείται από έλλειψη του ενζύμου υδρολάσης της φαινυλαλανίνης, το οποίο είναι απαραίτητο για τη μετατροπή της φαινυλαλανίνης σε τυροσίνη. Η κατάσταση αυτή επιφέρει διανοητική καθυστέρηση και το νεογνό θα πρέπει να καταναλώνει δίαιτα ελεύθερη φαινυλαλανίνης, όπως το υποκατάστατο του μητρικού γάλακτος Lofenalac. Είναι δυνατόν να υπάρχουν ορισμένες φορές και ανατομικά προβλήματα στο στήθος της μητέρας που δεν της επιτρέπουν τον θηλασμό, όπως : η έλλειψη θηλής, ραγάδες, φλεγμονές ή αποστήματα. Επιπλέον, ο μητρικός θηλασμός αντενδείκνυται στις περιπτώσεις των μητέρων οι οποίες πάσχουν από AIDS, κάνουν χρήση ναρκωτικών, είναι αλκοολικές, πάσχουν από ελονοσία ή πάσχουν από χρόνιες ασθένειες που οδηγούν σε μητρικό υποσιτισμό. Ακόμη, μητέρες στις οποίες πρόσφατα διαγνώστηκε φυματίωση θα πρέπει να διακόψουν το θηλασμό και να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία που διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Η φαρμακευτική αγωγή, η οποία χορηγείται για την αντιμετώπιση της φυματίωσης, είναι συμβατή με το θηλασμό. Αγωγή θα πρέπει να ακολουθήσει και το βρέφος. Έχει υποδειχθεί επίσης ότι ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Β εξουδετερώνει τον κίνδυνο μεταφοράς του ιού με το θηλασμό (Ζαμπέλας 2003).

Ακόμη, ο θηλασμός αντενδείκνυται όταν οι μητέρες υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ή σε έγχυση ραδιενεργών ισοτόπων (π.χ : σε διαγνωστικές διαδικασίες) (Lowdermilketal. 2013). Η παρουσία κρυωμάτων ή ήπιας μορφής ιογενών λοιμώξεων, όπως η γρίπη, δεν είναι σημαντικός λόγος για τον τερματισμό του θηλασμού, εκτός και αν δεν είναι σε θέση η μητέρα να θηλάσει. Το νεογνό συνήθως έχει ήδη εκτεθεί στον ιό πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα στην μητέρα (Ζαμπέλας 2003). Ακόμη όταν η ποσότητα του μητρικού γάλακτος δεν είναι επαρκής για τις ανάγκες του νεογνού, μπορεί να χρησιμοποιηθεί συμπλήρωμα και γίνονται μεγάλες προσπάθειες να μην διακοπεί ο θηλασμός (Μικτή διατροφή) (Αντωνιάδης 2005).

Σε πολλές περιπτώσεις από την άλλη, η σίτιση με μπιμπερό αποτελεί πιο απλή λύση. Τα σύγχρονα γάλατα πλέον έχουν υποστεί τόσο εξειδικευμένη τροποποίηση, που όλοι οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονταν με τις βιοχημικές διαφορές με το μητρικό γάλα έχουν περιοριστεί στο ελάχιστο. Οι μητέρες γνωρίζουν, ότι αν δίνουν στο νεογνό τους τη σωστή ποσότητα, αυτό θα έχει την ίδια αύξηση βάρους με ένα βρέφος που θηλάζει, χωρίς την αβεβαιότητα σχετικά με την προσλαμβανόμενη ποσότητα. Αρκετές μητέρες, επίσης, προτιμούν την ελευθερία του να μην αποτελούν το μόνο πρόσωπο που μπορεί να ταΐσει το νεογνό (Fieldetal. 2006).

4.2.2 Προβλήματα του βρέφους που καθιστούν αδύνατο το θηλασμό

4.2.2.1 Προωρότητα :

Υπάρχουν και ορισμένα προβλήματα του νεογνού, όπως : η προωρότητα, το εξαιρετικά χαμηλό βάρος, η βαριά γενική του κατάσταση, λόγω ασθενειών ή συγγενών ανωμαλιών που καθιστούν τον μητρικό θηλασμό αδύνατο (Αντωνιάδης 2005). Ένα πρόωρο νεογνό σπανίως θα έχει ικανοποιητικές θηλαστικές και καταποτικές κινήσεις, κάτι το οποίο καθιστά τον μητρικό θηλασμό δύσκολο ή ακόμα και αδύνατο (Χατζηπαναγής 2006).

Λόγω του μικρού μεγέθους και της έλλειψης δυνάμεων που συχνά χαρακτηρίζει τα πρόωρα βρέφη, είναι αρκετά δύσκολο η μητέρα να θηλάσει βρέφος που γεννήθηκε πριν από τις 34 εβδομάδες κύησης. Μέχρι το νεογνό να είναι σε θέση να θηλάσει θα πρέπει να λαμβάνει μητρικό γάλα εμπλουτισμένο με συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά με μιμιπερό ή με άλλα μέσα. Είναι αρκετές οι μητέρες πολύ μικρών πρόωρων βρεφών που έχουν θηλάσει τα νεογνά τους παρέχοντας τους αρχικά το γάλα που είχαν αντλήσει με τα θήλαστρα και στην συνέχεια με θηλασμό από το μαστό. Η συγκεκριμένη πρακτική συστήνεται από τους νεογνολόγους, διότι έχει αποδειχθεί ότι το μητρικό γάλα μειώνει τον κίνδυνο νεκρωτικής εντεροκολίτιδας στα πρόωρα βρέφη. Βέβαια, οι μητέρες των πρόωρων νεογνών θα χρειαστούν ψυχολογική στήριξη για να μπορέσουν να θηλάσουν τα νεογνά τους. Επειδή ο θηλασμός απαιτεί μεγάλη ποσότητα ενέργειας, το πρόωρο νεογνό συνήθως χρειάζεται συχνά και μικρά γεύματα μέχρι το βάρος του να φτάσει τα 2,5 κιλά. Όταν το νεογνό φθάσει σ αυτό το βάρος, τα γεύματα μπορούν να γίνουν μεγαλύτερα και τα διαστήματα μεταξύ των διαδοχικών γευμάτων θα επιμηκυνθούν. Θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη θέση του βρέφους κατά το θηλασμό, ώστε ο θηλασμός να είναι όσο το δυνατό άνετος και αποτελεσματικός (Ζαμπέλας 2003).

4.2.2.2 Ασθένειες:

Όταν το νεογνό είναι άρρωστο, εμφανίζει συγγενή νευρολογικά, νευρομυϊκά ή άλλα νεογνικά προβλήματα, ίσως ο θηλασμός να καθυστερήσει ή και να μην είναι εφικτός. Σε κάποιες περιπτώσεις (π.χ σύνδρομο Down) τα νεογνά μπορούν να θηλάσουν ικανοποιητικά. Όταν υπάρχει η δυνατότητα, η μητέρα θα πρέπει να ενθαρρύνεται να θηλάσει το νεογνό της, διότι αυτό θα συντελέσει σημαντικά στη δημιουργία ψυχολογικού δεσμού μεταξύ της μητέρας και του βρέφους (Ζαμπέλας 2003).

4.2.2.3 Ίκτερος :

Ο ίκτερος αποτελεί μια αρκετά συχνή αιτία για την οποία οι μητέρες διακόπτουν το θηλασμό. Τις πρώτες τρεις μέρες της ζωής ο φυσιολογικός ίκτερος είναι συνηθισμένος και ορισμένες φορές εμφανίζεται εντονότερα στα νεογνά που θηλάζουν. Αυτός ο τύπος ίκτερου δεν έχει καμία σχέση με τον ίκτερο του θηλασμού, ο οποίος εμφανίζεται μετά την πρώτη εβδομάδα της ζωής. Στη συντριπτική πλειοψηφία των βρεφών η διακοπή του θηλασμού δε συμβάλλει στην βελτίωση της υγείας του βρέφους, η οποία ούτως ή άλλως δεν απειλείται από τον ίκτερο. Στην πραγματικότητα, η αύξηση του αριθμού και της συχνότητας των γευμάτων συμβάλλει στην πτώση των επιπέδων της χολερυθρίνης, η οποία ευθύνεται για το χαρακτηριστικό κίτρινο χρώμα του νεογνού που συνοδεύει τον ίκτερο.

Η αύξηση της συχνότητας των θηλασμών προκαλεί αύξηση της κατανάλωσης γάλακτος και της κινητικότητας του εντέρου, η οποία στην συνέχεια προκαλεί μείωση της εντεροηπατικής κυκλοφορίας της χολερυθρίνης καθώς και αύξηση της ενυδάτωσης και των προϊόντων διούρησης. Η συνήθεια του να δίνεται στα νεογνά νερό με το μπιμπερό αφενός δε συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης του βρέφους και αφετέρου η χρήση του μπιμπερό προκαλεί σύγχυση στο βρέφος. Σε νεογνά που εμφανίζουν αιμολυτικό ίκτερο, ο οποίος απαιτεί φωτοθεραπεία, το νεογνό μπορεί να συνεχίσει να θηλάζει, εφόσον παρακολουθούνται τακτικά το βάρος και η υδατική του κατάσταση και το νεογνό είναι ζωνρό με έντονη θηλαστική κίνηση.

Τα επίπεδα της χολερυθρίνης σε βρέφη που εμφανίζουν τον ίκτερο του θηλασμού, ο οποίος εμφανίζεται μετά την τέταρτη ημέρα ζωής και μπορεί να διαρκέσει πολλές εβδομάδες, σπάνια αποτελούν απειλή για την υγεία τους. Εφόσον αποκλειστεί η περίπτωση αποφρακτικού ίκτερου, δεν υπάρχει κανένας λόγος παρέμβασης. Η διακοπή του μητρικού θηλασμού για μία ή δύο ημέρες θα προκαλέσει σημαντική πτώση στο επίπεδο της χολερυθρίνης, άλλα η βελτίωση θα αφορά αποκλειστικά στην εμφάνιση του βρέφους. Έχει υποδειχθεί ότι οι βέλτιστες πρακτικές θηλασμού, που έχουν ως αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση της αρχικής απώλειας βάρους και την πρόωμη έναρξη αύξησης του βάρους του νεογνού, συσχετίζονται με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης ίκτερου του θηλασμού και ελαχιστοποίηση της έντασής του (Ζαμπέλας 2003).

Πιο συγκεκριμένα :

- Αντενδείξεις Μητρικού Θηλασμού -

ΑΠΟΛΥΤΗ :

1. Οξεία νοσήματα της μητέρας
2. Χρόνια βαριά νοσήματα της μητέρας
3. Ψυχασθένεια
4. Αναγκαστική λήψη φαρμακευτικής αγωγής
5. Βαρέως πάσχοντα νεογνά
6. Νεογνά με βαριές συγγενικές ανωμαλίες (Αντωνιάδης 2005).

ΣΧΕΤΙΚΗ :

1. Ανωμαλίες των θηλών των μαστών
2. Ραγάδα θηλής
3. Λαγόχειλος – Λυκόστομα
4. Χαμηλού βάρους , βαριάς γενικής κατάστασης πρόωρα νεογνά (Αντωνιάδης 2005).

4.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τεχνητής διατροφής

Πλέον στις μέρες μας παρά το γεγονός ότι όλοι σχεδόν γνωρίζουμε ότι το μητρικό γάλα είναι το καλύτερο γάλα για το νεογνό, λιγότερο από τις μισές μητέρες θηλάζουν το παιδί τους μέχρι την ηλικία των έξι μηνών. Σε αρκετές περιπτώσεις οι μητέρες προφασίζονται κάποια δικαιολογία όπως, " δεν έχω αρκετό γάλα" , " δεν είναι καλή η θηλή μου" , " δεν μπορεί να χορτάσει το νεογνό μόνο με το μητρικό γάλα " και καταφεύγουν στην λύση της τεχνητής διατροφής. Υπάρχουν ωστόσο κάποια πλεονεκτήματα της τεχνητής διατροφής αλλά είναι ελάχιστα μπροστά στα μειονεκτήματα της. Παρακάτω μπορούμε να δούμε αναλυτικά πια είναι αυτά (Χατζηπαναγής 2006).

Πλεονεκτήματα :

- Έχουν την δυνατότητα να ταΐσουν και οι δύο γονείς το νεογνό (Χατζηπαναγής 2006).
- Μπορεί να μετρηθεί ακριβώς το γάλα που λαμβάνει το νεογνό (Χατζηπαναγής 2006).

Μειονεκτήματα :

- Μικρόβια είναι πολύ πιθανό να μεταφερθούν από το μπουκάλι, τις πιπίλες ή ακόμη και από το ίδιο το γάλα (Χατζηπαναγής 2006).
- Μπορεί να προκαλέσει πιο έντονους κολικούς (Χατζηπαναγής 2006).
- Απαιτεί μια χρονοβόρα διαδικασία για την προετοιμασία του (Χατζηπαναγής 2006).
- Το τεχνητό γάλα στοιχίζει (Χατζηπαναγής 2006).
- Μερικά νεογνά είναι αλλεργικά στις πρωτεΐνες του γάλακτος της αγελάδας και συνεπώς και στα γάλατα που φτιάχνονται από το γάλα της αγελάδας (Χατζηπαναγής 2006).
- Στερεί από το βρέφος το σημαντικό στοιχείο της ανθρώπινης επαφής (Hockenberry&Wilson 2011).
- Ίσως διευκολύνεται η ανάπτυξη λοιμώξεων του μέσου ωτός (Hockenberry&Wilson 2011).
- Όσο το νεογνό παραμένει οριζόντιο και αντλεί γάλα από το μπιμπερό, το γάλα που μένει στον φάρυγγα γίνεται κατάλληλο θρεπτικό μέσο για την ανάπτυξη βακτηρίων (Hockenberry&Wilson 2011).
- Το τεχνητό γάλα ευνοεί τη συνεχή παραμονή συστατικών του γάλακτος στο στόμα, που μπορεί να οδηγήσει στην αποσύνθεση των οδόντων, όταν ανατείλουν (Hockenberry&Wilson 2011).

4.4 Σύγκριση Μητρικού – Τεχνητού Γάλακτος

Στις μέρες μας, ο μητρικός θηλασμός αποτελεί το καλύτερο είδος διατροφής, θεωρείται αναντικατάστατος και τα ζευγάρια θα πρέπει να προωθούνται προς αυτήν την επιλογή. Η γνώση των υπέρ και των κατά είναι απαραίτητη. Ο μητρικός θηλασμός θα πρέπει να προτιμάται διότι : το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε αντισώματα και προστατεύει το βρέφος από τις λοιμώξεις, αυτό αποτελεί και ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του. Επιπλέον το βρέφος που θηλάζει τρέφεται αποκλειστικά και μόνον από την μητέρα του. Σε κάθε γεύμα λοιπόν το βρέφος βρίσκεται στην αγκαλιά της και ο ψυχικός δεσμός μητέρας-παιδιού γίνεται ολοένα και ισχυρότερος (Αντωνιάδης 2005).

Το βρέφος φωλιάζει λοιπόν, στο μητρικό δέρμα και στη μητρική αγκαλιά, ακούει τον καρδιακό ρυθμό της μητέρας, και μπορεί να αισθανθεί τη ζεστασιά του σώματος της και να έχει την αίσθηση της ειρηνικής ασφάλειας. Η μητέρα έχει την αίσθηση της ένωσης με το παιδί της, της ολοκλήρωσης και της ικανοποίησης, καθώς το νεογνό θηλάζει από αυτήν. Αυτό είναι και κάτι που δεν το συναντάμε στην σίτιση με τεχνητή διατροφή (Hockenberry&Wilson 2011). Φυσικά και το βρέφος που τρέφεται με ξένο γάλα, συνήθως βρίσκεται στην αγκαλιά της μητέρας του αλλά υπάρχουν δυνατότητες να σιτιστεί και από άλλο άτομο. Εάν σε αυτό έρθει και προστεθεί και η επαφή της θηλής της μητέρας με το στόμα του βρέφους , καθώς και η πρώιμη ανεπτυγμένη γεύση και αφή του, τότε γίνονται φανερές οι έστω και μικρές διαφορές (Αντωνιάδης 2005). Μια ακόμα διαφορά έγκειται στο ότι, όσον αφορά το θηλασμό, καθ' όλη τη διάρκεια η μητέρα βρίσκεται μαζί με το νεογνό, ενώ στο τάισμα με το μπιμπερό ένα μέρος του χρόνου καταναλώνεται στην αγορά, στην προετοιμασία και στο πλύσιμο των σκευών. Ο χρόνος που αφιερώνει μια μητέρα στο βρέφος της είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την ανατροφή και την ανάπτυξη του, και προσφέρει ιδιαίτερη ευχαρίστηση στη μητέρα (Shelov&Altmann 2012).

Ακόμα, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι μητέρες που θηλάζουν σε σχέση με αυτές που δεν θηλάζουν, εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα μετά την εγκυμοσύνη, ή όταν εμφανίζουν, αυτά είναι πιο ήπια. Το ενδιαφέρον και το κίνητρο για το μητρικό θηλασμό , καθώς και τα θετικά συναισθήματα για την εγκυμοσύνη γενικότερα, φαίνεται ότι λειτουργούν ως ένα είδος προστασίας απέναντι στην κατάθλιψη της λοχείας. Γνωρίζουμε ακόμη ότι το μητρικό γάλα περιέχει αντισώματα, και στοιχεία άμυνας εναντίον των μικροβίων, τα οποία ανοσοποιούν και προφυλάσσουν το νεογνό από τις διάφορες μολυσματικές ασθένειες. Πιο συγκεκριμένα, η ευεργετική επίδραση του μητρικού θηλασμού στο νεογνό έχει τεκμηριωθεί και συνδέεται με την ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή της

σοβαρότητας νόσησης από οξείες λοιμώξεις του γαστρεντερικού και αναπνευστικού συστήματος, από οξεία μέση ωτίτιδα, ουρολοιμώξη, βακτηριακή μηνιγγίτιδα, βακτηριαιμία, νεκρωτική εντεροκολίτιδα και σηψαιμία (κυρίως στα πρόωρα νεογνά).

Επιπλέον υπάρχουν ενδείξεις ότι ο μητρικός θηλασμός προστατεύει από την εμφάνιση σοβαρών χρόνιων νοσημάτων, όπως τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και τύπου II, τις νεοπλασίες του λεμφικού συστήματος και το άσθμα στα μεγαλύτερα παιδιά και τους ενήλικες. Ο κίνδυνος ανάπτυξης παχυσαρκίας σε μεγαλύτερες ηλικίες παιδιά, καθώς και υπερχοληστερολαιμίας έχει βρεθεί επίσης μικρότερος (Μανδρέκας και συν. 2007). Έτσι ακόμα και αν αρρωστήσει ένα βρέφος που θηλάζει, θα περάσει την ασθένεια πιο ελαφρά από ένα παιδί που τρέφεται με τεχνητή διατροφή.

Επιπλέον είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι δεν υπάρχουν νεογνά που να μην μπορούν να χωνέψουν και να ανεχθούν το γάλα της μητέρας τους. Αντίθετα υπάρχουν νεογνά που πρέπει να αλλάξουν διάφορα γάλατα για να καταλήξουν στην ιδεώδη γι' αυτά τροφή. Ακόμη, τα νεογνά που τρέφονται με υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα διάρροιας, λοιμώξεων του γαστρεντερικού συστήματος (όπως άλλωστε προαναφέρθηκε,) καθώς επίσης και αυξημένη θνησιμότητα συγκριτικά με τα νεογνά που θηλάζουν. Μια ακόμη σημαντική παρατήρηση είναι το ότι το μητρικό γάλα υπερέχει του αγελαδινού, όχι τόσο στην ποσότητα των θρεπτικών συστατικών που περιέχει, αλλά στη βιοδιαθεσιμότητά τους, δηλαδή στη χρησιμοποίησή τους από τον οργανισμό, η οποία σε πολλές περιπτώσεις είναι πιο αποτελεσματική, όπως συμβαίνει με το σίδηρο και τον ψευδάργυρο (Ζαμπέλας 2003).

Η συγκριτική ανάλυση του μητρικού γάλακτος και του ολικού γάλακτος αγελάδος (τεχνητή διατροφή), αποδεικνύει ότι το τελευταίο δεν είναι κατάλληλο για την θρέψη του νεογνού. Το ολικό αγελαδινό γάλα έχει υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος και λιπίδια και υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία από το γαστρεντερικό και να οδηγήσει σε ανεπάρκεια σιδήρου στα νεογνά. Ερωτήματα έχουν, επίσης, προκύψει σχετικά με το ακατέργαστο πρωτεϊνικό περιεχόμενο του ολικού αγελαδινού γάλακτος, το οποίο πιθανά ενεργοποιεί μια ανεπιθύμητη απάντηση του ανοσολογικού συστήματος και έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επεισόδια αλλεργίας παιδιών σε μικρή ηλικία (Hockenberry&Wilson 2011).

Επιπλέον μια σημαντική διαφορά είναι ότι με το θηλασμό αποφεύγονται λάθη που μπορούν να συμβούν στην αραίωση των υποκατάστατων με νερό, που θα προκαλούσε λανθασμένη συγκέντρωση ενέργειας και υπερφόρτωση των νεφρών. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι ο μητρικός θηλασμός προφυλάσσει το νεογνό από τις λοιμώξεις του

αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος και από την οξεία μέση ωτίτιδα, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι τα νεογνά που θηλάζουν έχουν υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης σε σχέση με τα νεογνά που τρέφονται με παρασκευάσματα (Ζαμπέλας 2003).

Επιπλέον τα οφέλη του μητρικού γάλακτος συγκριτικά με το τεχνητό γάλα ευνοούν και την μητέρα που θηλάζει. Έτσι λοιπόν, ο κίνδυνος εμφάνισης οστεοπόρωσης είναι μικρότερος στις γυναίκες που θήλασαν τα παιδιά τους σε σχέση με εκείνες που δεν τα θήλασαν. Η σύσταση του μητρικού γάλακτος είναι μοναδική γι αυτό και εξασφαλίζει την ιδανική σωματική, νοητική και ψυχική ανάπτυξη του βρέφους. Ταυτόχρονα, μέσω ενός μεγάλου αριθμού " βιο-δραστικών " (bioactive) ουσιών, που δεν υπάρχουν στο ξένο γάλα, το μητρικό γάλα προσφέρει προστασία έναντι ενός μεγάλου αριθμού οξέων και χρόνιων νοσημάτων και ευοδώνει την ωρίμανση του ανοσολογικού συστήματος του βρέφους. Είναι πράγματι εντυπωσιακό ότι " βιο-δραστικές " ουσίες ανακαλύπτονται διαρκώς τα τελευταία 15 χρόνια στο μητρικό γάλα και ότι η ανακάλυψη τους διευρύνει ακόμα περισσότερο, παρά τις προσπάθειες της βιομηχανίας γαλάτων, το χάσμα του σε σχέση με το ξένο γάλα (Μανδρέκας και συν. 2007).

Ένα ακόμα μειονέκτημα της τεχνητής διατροφής είναι το υψηλό κόστος, ο θηλασμός από την άλλη πλευρά, δεν κοστίζει τίποτα. Η διαφορά αυτή έχει υπολογισθεί ότι επιβαρύνει τον οικογενειακό υπολογισμό της χώρας, μιας και για πολλά γάλατα οι πρώτες ύλες εισάγονται από τις χώρες του εξωτερικού. Επιπροσθέτως, η παρασκευή του μητρικού γάλακτος είναι εύκολη και γρήγορη διότι : είναι έτοιμο, στην σωστή αραίωση, αποστειρωμένο, και στην σωστή και ιδανική για το βρέφος θερμοκρασία. Αντιθέτως το ξένο γάλα χρειάζεται ειδική παρασκευή.

Σε ότι αφορά στις ποιοτικές διαφορές μεταξύ μητρικού και ξένου γάλακτος, το μητρικό υπερτερεί, κυρίως ως προς την αναλογία των διαφόρων συστατικών, έχοντας ως αποτέλεσμα την ευκολότερη αφομοίωση και απορρόφησή του. Πιο αναλυτικά : το μητρικό γάλα περιέχει περίπου το 1/3 του λευκώματος του αγελαδινού γάλακτος (1,2 g% : 3,5 g%) που έχει, όμως, υψηλή βιολογική αξία. Όσον αφορά το λίπος, το αγελαδινό υστερεί στο ότι έχει περισσότερα κατώτερα κεκορεσμένα λιπαρά οξέα. Επιπλέον σε ότι αφορά τους υδατάνθρακες, η λακτόζη του μητρικού γάλακτος είναι περισσότερη, 7g% , από αυτή του αγελαδινού , 4,5 g% . Το αγελαδινό γάλα περιέχει μεγαλύτερες ποσότητες ιχνοστοιχείων, όπως Ca(ασβέστιο),Na(νάτριο),K(κάλιο),Cl,P(φώσφορο) η σχέση τους, όμως, στο μητρικό γάλα είναι τέτοια που τα βοηθάει να αφομοιώνονται ευκολότερα.

Από τις βιταμίνες, η C βρίσκεται σε μεγαλύτερες ποσότητες στο μητρικό γάλα, ενώ η D θεωρείται ποιοτικά ανώτερη. Καταλήγοντας, το γάλα είτε είναι μητρικό είτε είναι

αγελαδινό είναι πτωχό σε σίδηρο, ο σίδηρος του μητρικού γάλακτος θεωρείται καλύτερα απορροφήσιμος. Ποσοτικές διαφορές μεταξύ μητρικού και αγελαδινού γάλακτος υπάρχουν με την έννοια του ότι, το ξένο γάλα μπορεί να δοθεί σε όποιες ποσότητες χρειάζεται ενώ αντιθέτως το μητρικό γάλα μπορεί να είναι περιορισμένο σε ποσότητα και να χρειασθεί συμπλήρωμα ή και πολύ σπάνια να μην υπάρχει (συγγενής αγαλακτία) (Αντωνιάδης 2005).

Συμπερασματικά, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τους 6 πρώτους μήνες ζωής συνδυάζεται με μειωμένη βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Έτσι λοιπόν, και σύμφωνα πάντα με τις σύγχρονες συστάσεις, το μητρικό γάλα πρέπει να αποτελεί την μοναδική τροφή του βρέφους για τους 6 πρώτους μήνες της ζωής, ενώ αργότερα, με την κατάλληλη συμπληρωματική τροφή, να αποτελεί σημαντικό στοιχείο της διατροφής του για όλο το πρώτο έτος και για όσο διάστημα στη συνέχεια θελήσει η μητέρα και το νεογνό. Η γνώση της επίδρασης της γαλουχίας και του μητρικού θηλασμού στην υγεία της μητέρας και του νεογνού, θεμελιωμένη σε στέρεες επιστημονικές βάσεις και όχι σε προσωπικές αντιλήψεις, είναι απαραίτητη για όλους τους λειτουργούς της δημόσιας υγείας που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό. Οι επιδράσεις του μητρικού θηλασμού επεκτείνονται πέρα από τη μητέρα και το νεογνό σε ολόκληρη την κοινωνία και το περιβάλλον και καθιστούν χρέος μας την προστασία, υποστήριξη και προαγωγή του (Μανδρέκας και συν. 2007).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας /τή στο μητρικό θηλασμό

5.1.1 Θεωρητική προσέγγιση/ ενημέρωση για τα οφέλη του θηλασμού :

Η αποτελεσματική φροντίδα της θηλάζουσας μητέρας και του βρέφους προϋποθέτει την επαρκή πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, καθώς και τις βασικές γνώσεις της ανατομίας και φυσιολογίας αναφορικά με το θηλασμό. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν τους τρόπους υποστήριξης της μητέρας όσον αφορά το θηλασμό, καθώς και τις απαραίτητες παρεμβάσεις για τα συνήθη προβλήματα. Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας είναι αρκετά σημαντικός, διότι θα πρέπει να βρίσκεται στο πλευρό της μητέρας και του βρέφους ανά πάσα στιγμή, για τον οποιοδήποτε λόγο, έτοιμη να βοηθήσει και προετοιμασμένη να παρέχει τις γνώσεις της με σκοπό την φροντίδα.

Γνωρίζοντας λοιπόν ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τη φυσική προέκταση της κύησης και του τοκετού, ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να βοηθήσει την μητέρα και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του βρέφους να κατανοήσει ότι ο μητρικός θηλασμός πρόκειται για κάτι πολύ περισσότερο από έναν τρόπο σίτισης του νεογνού. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα γυναικών που επιλέγουν τον θηλασμό αναζητώντας τη μοναδική εμπειρία του δεσμού που αναπτύσσεται μεταξύ μητέρας και βρέφους, που είναι χαρακτηριστική στο θηλασμό. Επιπλέον πρέπει να γνωρίζουμε ότι μια γυναίκα έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσει με επιτυχία όταν ο σύντροφος και οι συγγενείς τους είναι θετικοί στο θηλασμό και διαθέτουν τις δεξιότητες να βοηθήσουν στην διαδικασία. Για τον λόγο αυτό καλό θα ήταν την ώρα της διδασκαλίας και ενημέρωσης για τον μητρικό θηλασμό να παρευρίσκονται και εκείνοι μαζί, εάν και εφόσον η μητέρα νιώθει άνετα με αυτό.

Αρκετοί από τους γονείς που επιλέγουν το τυποποιημένο γάλα για βρέφη συχνά λαμβάνουν την απόφαση αυτή χωρίς να έχουν κατανοήσει τα οφέλη του θηλασμού και τους πιθανούς κινδύνους του τυποποιημένου γάλακτος. Ακόμα και μητέρες που έχουν ενημερωθεί σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, ενδέχεται να επιλέξουν την σίτιση του βρέφους με τυποποιημένο γάλα. Οι πολιτισμικές αντιλήψεις, όπως και οι μύθοι και οι λανθασμένες

αντιλήψεις σχετικά με το θηλασμό, επηρεάζουν την απόφαση της μητέρας. Πολλές μητέρες θεωρούν ότι η χορήγηση τυποποιημένου γάλακτος σε μπουκάλι είναι πιο βολική και δεν τους προκαλεί αμηχανία, όπως ο θηλασμός. Κάποιες άλλες θεωρούν ότι η χορήγηση τυποποιημένου γάλακτος αποτελεί έναν τρόπο εξασφάλισης της σίτισης του βρέφους από τον πατέρα, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και τα άτομα που φροντίζουν το βρέφος κατά την διάρκεια της μέρας.

Μερικές μητέρες πάλι, δεν έχουν αυτοπεποίθηση όσον αφορά την ικανότητα τους να παράγουν γάλα σε ικανοποιητική ποσότητα ή ποιότητα. Μητέρες που έχουν εμπειρίες ανεπιτυχούς θηλασμού στο παρελθόν ενδέχεται να επιλέξουν το τυποποιημένο γάλα στα επόμενα βρέφη τους. Ορισμένες πάλι θεωρούν ότι ο μητρικός θηλασμός δεν μπορεί να συνδυασθεί με την ενεργό κοινωνική ζωή ή πιστεύουν ότι θα τις εμποδίσει να επιστρέψουν στην εργασία τους (Lowdermilketal. 2013).

Ακόμη, σύμφωνα με μια μελέτη που αφορούσε σε μητέρες που θηλάζουν, έδειξε ότι οι καθοριστικοί παράγοντες για τη μετάβαση στη σίτιση με μπουκάλι περιλαμβάνουν την αντίληψη της μητέρας ως προς τη συμπεριφορά του πατέρα κατά τη διάρκεια του θηλασμού και την αβεβαιότητα της ως προς το ποσό του γάλακτος που πρέπει να προσλάβει το νεογνό. Ο πατέρας ίσως εκφράσει ανησυχίες για το αίσθημα παραγκωνισμού του κατά τη νεογνική περίοδο (Hockenberry&Wilson 2011). Τέλος ο θηλασμός σε δημόσιους χώρους μπορεί επίσης να παρακωλύεται από το αίσθημα της αιδούς και τους κοινωνικούς φραγμούς.

Φάνηκε λοιπόν από όλες τις παραπάνω περιπτώσεις πως ο ρόλος του νοσηλευτή για την σωστή καθοδήγηση και φροντίδα της μέλλουσας μητέρας είναι αρκετά σημαντικός και απαραίτητος. Βασικές παράμετροι λοιπόν, για την ενθάρρυνση των μητέρων να θηλάσουν όπως ήδη προαναφέρθηκε αποτελούν η εκπαίδευση και η προληπτική καθοδήγηση, ξεκινώντας το συντομότερο δυνατόν κατά την διάρκεια της κύησης, ακόμα και πριν την έναρξη της. Κάθε συνάντηση με την μέλλουσα μητέρα αποτελεί μια ευκαιρία εκπαίδευσης, διάλυσης των μύθων, αποσαφήνισης των λανθασμένων πληροφοριών και συζήτησης των προσωπικών ανησυχιών. Η προγεννητική εκπαίδευση και προετοιμασία για το θηλασμό επηρεάζουν τις αποφάσεις της μητέρας σχετικά με τη σίτιση του βρέφους, την επιτυχή έκβαση του θηλασμού και τη χρονική διάρκειά του.

Ιδανικά, στην προγεννητική προετοιμασία συμμετέχει και ο πατέρας του νεογνού, καθώς και κάποιο άλλο υποστηρικτικό άτομο, το οποίο επίσης ενημερώνεται για τα οφέλη του θηλασμού και για τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να συμμετάσχει στη νεογνική φροντίδα και στην ανατροφή του νεογνού. Ακόμη, η επαφή των μελλοντικών μητέρων με γυναίκες που θηλάζουν ή έχουν θηλάσει με επιτυχία στο παρελθόν και έχουν παρόμοιο υπόβαθρο μπορεί

να αποδειχθεί χρήσιμη. Η συνεχής φροντίδα λοιπόν της μητέρας ενισχύει την αυτοπεποίθησή της και προάγει το αίσθημα της ικανοποίησης και της επιτυχίας στην εμπειρία του θηλασμού. Κατά την διάρκεια ακόμα της παραμονής της στο νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει τη μητέρα να δει το κάθε γέυμα σαν ένα << μάθημα σίτισης>> ή μια << συνεδρία πρακτικής άσκησης >> , η οποία θα καλλιεργήσει την αυτοπεποίθησή της και θα παρέχει μια ικανοποιητική εμπειρία σε αυτήν και στο νεογνό από το θηλασμό.

Η δυνατότητα που δίνεται στις νέες μητέρες να δοκιμάσουν το θηλασμό με τη βοήθεια μιας νοσηλεύτριας ή μιας μαίας ενδέχεται να επηρεάσει τις πρακτικές σίτισης των νεογνών. Η νοσηλεύτρια και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας πρέπει να προάγουν το συναίσθημα της ικανότητας και της αυτοπεποίθησης στη γυναίκα που θηλάζει και να ενισχύουν την απαραίτητη συνεισφορά της στην υγεία και στην ευεξία του βρέφους. Οι μητέρες που χαρακτηρίζονται από αισιοδοξία, που αισθάνονται ικανές όσον αφορά το θηλασμό του βρέφους και θεωρούν το μητρικό γάλα ως την καλύτερη τροφή για το βρέφος, συνήθως θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Ακόμη η νοσηλεύτρια ,θα πρέπει να εξηγήσει στην μητέρα ότι θα πρέπει να μάθει να κατανοεί τις συμπεριφορές του νεογνού σχετικά με το θηλασμό. Βοηθώντας την να καταλάβει ότι όταν τα νεογνά πεινούν, συνήθως κλαίνε δυνατά, μέχρις ότου ικανοποιηθεί η ανάγκη τους. Άλλα πάλι, σταματούν ή βυθίζονται σε βαθύ ύπνο όταν δεν ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους. Τα νεογνά όμως πάντα εκδηλώνουν **σημεία αναζήτησης τροφής**, τα οποία θα πρέπει να αναγνωρίζει ο επαγγελματίας υγείας και να ενημερώνει την μητέρα για αυτά για να είναι σε θέση η ίδια να τα αναγνωρίζει στο μέλλον. Η μητέρα λοιπόν θα πρέπει να θηλάζει το νεογνό όταν αυτό εκδηλώσει ορισμένα από αυτά τα σημεία αναζήτησης τροφής και να μην το αφήσει να κλαίει έντονα ή να κοιμάται πεινασμένο. Ενημερώνουμε λοιπόν την μητέρα ποία είναι τα σημεία αυτά : 1) τοποθέτηση του χεριού στο στόμα ή η κίνηση του ενός χεριού προς το άλλο 2) οι θηλαστικές κινήσεις 3) το αντανακλαστικό αναζήτησης- το νεογνό κινείται προς οτιδήποτε πλησιάσει στην περιοχή γύρω από το στόμα του και προσπαθεί να θηλάσει και 4) παρατηρώντας τις κινήσεις του στόματος και της γλώσσας (Lowdermilketal. 2013).

Δέκα βήματα για επιτυχή θηλασμό

Κάθε ιατρονοσηλευτική μονάδα που παρέχει υπηρεσίες και φροντίδα για το νεογνό θα πρέπει :

1. Να κοινοποιεί σε όλο το προσωπικό γραπτώς συγκεκριμένη πολιτική όσον αφορά στον θηλασμό
2. Να εκπαιδεύει το προσωπικό καταλλήλως, ώστε αυτή να εφαρμόζεται
3. Να ενημερώνει όλες τις εγκύους για τα οφέλη και τη διαχείριση του θηλασμού
4. Να βοηθά τις μητέρες ώστε να ξεκινούν τον θηλασμό εντός μισής ώρας από τη γέννηση
5. Να δείχνει στις μητέρες πως να θηλάζουν και πώς να ελέγχουν την έκκριση του γάλακτος, ακόμα και αν πρέπει να αποχωριστούν το νεογνό
6. Να μην δίνουν στο νεογνό κανένα φαγητό ή αφέψημα, πέραν του μητρικού γάλακτος, εκτός αν ενδείκνυται ιατρικά
7. Να αφήνει τις μητέρες να παραμένουν με τα νεογνά 24 ώρες το 24ωρο
8. Να ενθαρρύνει τον θηλασμό κατόπιν << απαίτησης >> του νεογνού
9. Να μην δίνει τεχνητές θηλές ή πιπίλες στο θηλάζον νεογνό
10. Και τέλος, να ενθαρρύνει τη σύσταση ειδικών ομάδων στήριξης του θηλασμού και να τις συνιστά στις μητέρες που παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο ή την κλινική (Hockenberry&Wilson 2011).

5.1.2 Πρακτική προσέγγιση/ συμβουλές για το θηλασμό

Νοσηλευτική φροντίδα για την θηλάζουσα μητέρα.

5.1.2.1 Διατροφή:

Η θηλάζουσα μητέρα ενημερώνεται από την νοσηλεύτρια για την διατροφή της κατά την διάρκεια του θηλασμού. Είναι λοιπόν απαραίτητο να ακολουθεί ένα υγιεινό, καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο, με προσθήκη 200 έως 500 επιπλέον θερμίδων συγκριτικά με την διατροφή πριν την κύηση. Σύμφωνα με το IOM , η μέση ενεργειακή απαίτηση για τη μητέρα που θηλάζει, κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών είναι 2.700kcal/ ημέρα και 2.768kcal/

ημέρα κατά την διάρκεια των επόμενων 6 μηνών. Παρά βέβαια την αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης, οι γυναίκες που θηλάζουν τείνουν να χάνουν βάρος γρηγορότερα από τις γυναίκες που σιτίζουν τα νεογνά τους με τυποποιημένο γάλα (Lowdermilketal. 2013).

5.1.2.2 Απώλεια βάρους :

Η φαρμακευτική αγωγή ή οι δίαιτες για την απώλεια βάρους αντενδείκνυται κατά την διάρκεια της γαλουχίας. Θα πρέπει να ενημερωθούν οι μητέρες ότι ήδη με τον θηλασμό είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν σταδιακή απώλεια βάρους διότι χρησιμοποιούνται οι εφεδρείες λίπους που είχαν εναποθηκευτεί κατά την διάρκεια της κύησης.

Ο παράγοντας αυτός αποτελεί ένα ακόμη κίνητρο για το θηλασμό. Η ταχεία απώλεια μεγάλης ποσότητας βάρους είναι πολύ πιθανό να αποδειχθεί καταστροφική, καθώς οι λιποδιαλυτοί περιβαλλοντικοί μολυσματικοί παράγοντες στους οποίους έχει εκτεθεί η μητέρα και είναι αποθηκευμένοι στις λιποαποθήκες της ενδέχεται να απεκριθούν στο γάλα. Μια ακόμη πιθανή συνέπεια της απώλειας βάρους είναι η μείωση της παροχής γάλακτος. Για τις περισσότερες μητέρες, η απώλεια 1 έως 2kg το μήνα θεωρείται ασφαλής. Ωστόσο, εάν η απώλεια βάρους υπερβεί την ποσότητα αυτή, συνιστάται η προσεκτική εκτίμηση του βάρους του βρέφους και του προτύπου σίτισης (Lowdermilketal. 2013).

5.1.2.3 Ανάπαυση :

Η νοσηλεύτρια/της ενημερώνει την μητέρα για το πόσο σημαντική είναι η ξεκούραση στην γαλουχία. Την συμβουλεύει να ξεκουράζεται όσο το δυνατόν περισσότερο, ιδιαίτερα τις πρώτες 1 ή 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η κόπωση, το στρες και η ανησυχία είναι πολύ πιθανό να διαταράξουν την παραγωγή γάλακτος και την απέκκριση. Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει τη μητέρα να κοιμάται όταν κοιμάται και το νεογνό. Ακόμη, της προτείνει τον θηλασμό σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση, έτσι ώστε να προάγει την ανάπαυση της μητέρας (Lowdermilketal. 2013).

5.1.3 Βοήθεια στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του θηλασμού

Η θηλάζουσα μητέρα είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσει κάποια συνήθη προβλήματα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι επιπλοκές αυτές μπορούν να προληφθούν εάν η μητέρα έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα για τον θηλασμό. Η έγκαιρη αναγνώριση από την νοσηλεύτρια των επιπλοκών αυτών είναι σημαντική για την πρόληψη της διακοπής του θηλασμού και την προαγωγή της άνεσης και του αισθήματος ευεξίας της μητέρας. Η συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται από την νοσηλεύτρια (ή το σύμβουλο του θηλασμού) είναι πολύ σημαντική για το μετριασμό του αισθήματος απογοήτευσης και άγχους της μητέρας καθώς και την πρόληψη της πρώιμης διακοπής του θηλασμού. Ορισμένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που προκαλεί ο θηλασμός είναι : **συμφορητική διόγκωση, επώδυνες θηλές, μυκητιασικές φλεγμονές, και μαστίτιδα.** (Όλα τα παραπάνω έχουν αναλυθεί πλήρως παραπάνω: κεφάλαιο δεύτερο, ενότητα 2.5 σελίδες : 29,30,32,33)

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, αλλά και σε όσες άλλες δημιουργηθούν η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι δίπλα στην μητέρα. Θα πρέπει να την ενθαρρύνει και να την εμψυχάζει ότι πρόκειται, τις περισσότερες φορές τουλάχιστον για μια προσωρινή κατάσταση η οποία συνήθως λύεται αυτόματα μέσα σε λίγες ώρες (Lowdermilketal. 2013).

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Νεογνό θήλυ, εξαιρετικά πρόωρης ηλικίας (γέννηση την 30η εβδομάδα) και με παθολογικά χαμηλό βάρος σώματος : (Ε.Χ.Β.Σ με Β.Γ < 1.000g) εισήχθη στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, στην Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική ΡΕΑ, έπειτα από την ανησυχητική κλινική του εικόνα με χαμηλό βάρος σώματος. Πιο αναλυτικά, το νεογνό κατά την εισαγωγή του παρουσίαζε μικρό μήκος σώματος, μειωμένο επίπεδο λίπους (λιποβαρές), κακή οξυγόνωση, λεπτό δέρμα, χαμηλό μυϊκό τόνο, δυσκολία στην θρέψη, θερμική αστάθεια, μερική αφυδάτωση και ίκτερο. Η εισαγωγή του στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών πραγματοποιήθηκε στις 8/7/2016 και ώρα 10:15π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ :

Όνοματεπώνυμο : -

Φύλο : Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης : 7/7/2016

Ώρα γέννησης : 8:32 μ.μ

Ηλικία : 1 ημερών

Διάγνωση : Εξαιρετικά χαμηλό βάρος σώματος (προωρότητα)

Οικογενειακή κατάσταση : -

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :

Η γέννηση του νεογνού πραγματοποιήθηκε πρόωρα, πολύ πιο πριν από την καθορισμένη και σωστή ημερομηνία γέννησης. Έπειτα από τις απαραίτητες εξετάσεις που έγιναν διαπιστώθηκε από τον νεογνολόγο ότι πρόκειται για ένα λιποβαρές νεογνό που χρειάζεται άμεση εισαγωγή στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Επιπλέον το νεογνό δεν φέρει κάποιο παθολογικής φύσης πρόβλημα (πνευμονικό κ.τ.λ) ούτε κάποιον τραυματισμό κατά την διάρκεια της καισαρικής. Τέλος, ο νεογνολόγος υποστηρίζει ότι το ιστορικό της μητέρας υποδεικνύει αίτια χαμηλού σωματικού βάρους, καθώς και την ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του νεογνού λόγω προβλημάτων με τον πλακούντα και με την υγεία της εγκύου.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ :

Το ιστορικό της μητέρας αποτέλεσε αιτία για τον πρόωρο τοκετό και το λιποβαρές νεογνό. Σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε η υγεία της μητέρας καθώς είχε αυξημένη αρτηριακή πίεση (Α.Π) (προεκλαμψία) πριν αλλά και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η κατάσταση της ήταν κρίσιμη και ο κίνδυνος υψηλός για το επόμενο στάδιο της προεκλαμψίας, την εκλαμψία. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο έχει και η ηλικία της μητέρας, καθώς κατάφερε να αποκτήσει παιδί σε ηλικία 47 ετών. Τέλος, οι παραπάνω καταστάσεις καθώς και η κατανάλωση (όχι υπερβολική) οινοπνευματωδών ποτών από τη μητέρα κατά την διάρκεια της κύησης συντέλεσαν στην αποκόλληση του πλακούντα και στην άμεση πραγματοποίηση ενός πρόωρου τοκετού ακολουθώντας την μέθοδο της καισαρικής.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Το νεογνό κατά την εισαγωγή του στην Μ.Ε.Ν.Ν εμφάνιζε μικρό μήκος σώματος, μειωμένο επίπεδο λίπους (λιποβαρές), χαμηλό οξυγόνο, λεπτό δέρμα (απώλεια λίπους και μυϊκής μάζας) αναγνώριση αιμοφόρων αγγείων, χαμηλό μυϊκό τόνο, δυσκολία στην θρέψη (απώλεια αντανακλαστικών θηλασμού λόγω προωρότητας), θερμική αστάθεια, ίκτερο και τέλος μερική αφυδάτωση (λόγω της κατανάλωσης αλκοόλ από την μητέρα). Ο νεογνολόγος, κατά την κλινική εξέταση του βρέφους συμπέρανε ότι δεν υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα,

πέραν αυτών λόγω του πρόωρου τοκετού.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :

Η θεραπευτική αγωγή για το πρόωρο νεογνό σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες θα είναι η εξής :

- Άμεση εισαγωγή του νεογνού στη Μ.Ε.Ν.Ν σε θερμοκοιτίδα (χώρος ειδικά διαμορφωμένος και πλήρως εξοπλισμένος για τις ανάγκες του πρόωρου νεογνού)
- Συνεχής καταγραφή Ζωτικών Σημείων (αναπνοή, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις)
- Συνεχής καταγραφή οξυγόνου, ισοζυγίου υγρών και μέτρηση της διούρησης
- Χορήγηση οξυγόνου (χαμηλής συγκέντρωσης)
- Χορήγηση υγρών σταδιακά για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης
- Λήψη θερμίδων (για την αύξηση του σωματικού βάρους) : Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί η διατροφή του πρόωρου νεογνού πρέπει να εξασφαλίσει ρυθμό αύξησης παρόμοιο με το ρυθμό της ενδομήτριας αύξησης ενός φυσιολογικού εμβρύου. Δεδομένου της προωρότητας λοιπόν, το νεογνό δεν γνωρίζει τις θηλαστικές κινήσεις και στην προσπάθεια του να θηλάσει χάνει βάρος και μυϊκή μάζα. Επιπλέον, τα όψιμα πρόωρα νεογνά κουράζονται εύκολα, παρουσιάζουν συχνά αναγωγές και δυσκολεύονται να προσλάβουν την απαραίτητη ποσότητα γάλακτος για την ικανοποιητική πρόσληψη βάρους ακόμα και με το μπιμπερό. Τα παραπάνω οφείλονται σε ανωριμότητα του γαστρεντερικού συστήματος καθώς και στην δυσκολία του συντονισμού των θηλαστικών κινήσεων και της κατάποσης. Για τον λόγο αυτόν τα περισσότερα πρόωρα και κυρίως τα πρόωρα με βάρος γέννησης μικρότερο των 1.500g χρειάζονται παρεντερική διατροφή μετά τη γέννηση. Ενώ παράλληλα, η εντερική σίτιση να αυξάνεται καθημερινά ώστε σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη γέννηση το νεογνό να τρέφεται αποκλειστικά με εντερική σίτιση. Η εντερική σίτιση βοηθά στην ωρίμανση όλων των λειτουργιών του πεπτικού συστήματος, έστω και με μικρά υποθερμιδικά γεύματα. Καταλληλότερο γάλα για τα πρόωρα νεογνά είναι αδιαμφισβήτητα το μητρικό και κυρίως το γάλα της μητέρας που γέννησε πρόωρα.
- Το πρόωρο νεογνό χρειάζεται μικρά και συχνά γεύματα, λόγω της μικρής

χωρητικότητας του στομάχου, ώστε να αποφευχθεί ο εμετός και η διάταση.

- Μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης : Το νεογνό έχει υψηλές ενεργειακές ανάγκες κατά την ενδομήτρια ζωή. Αμέσως μετά τη γέννηση, το κρύο περιβάλλον, το έργο της αναπνοής και η μυϊκή δραστηριότητα προκαλούν αύξηση των ενεργειακών τους απαιτήσεων. Το νεογνό πρέπει να χρησιμοποιήσει τα αποθηκευμένα "καύσιμα", ώστε να διατηρήσει σε φυσιολογικά επίπεδα τη γλυκόζη στο αίμα. Τα τελειόμηνα νεογνά έχουν υψηλά αποθέματα ενέργειας ικανά να καλύψουν τις μεταβολικές τους ανάγκες. Στα πρόωρα όμως νεογνά, τα ενεργειακά αποθέματα επηρεάζονται δυσμενώς, με αποτέλεσμα διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης και εμφάνιση κυρίως υπογλυκαιμίας.

Αξιολόγηση ασθενούς- Ανάγκες- Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Μικρό Μήκος Σώματος	Σταδιακή πρόσληψη θερμίδων	Αρχικά εφαρμογή παρεντερικής σίτισης με σκοπό στην συνέχεια την αποκλειστική εντερική σίτιση και αργότερο και τελικό σκοπό, η πρόσληψη θερμίδων με το μητρικό θηλασμό	Πλήρης παρεντερική διατροφή από την 1 ^η μέρα ζωής. Χρειάζονται 90-100kcal/kg/Η.Την 2 ^η με 3 ^η ημέρα ζωής αρχίζει η σίτιση με ελάχιστη ποσότητα εντερικών γευμάτων..Μητρικό γάλα 1-2ml κάθε 2 ώρες.	Αύξηση Σ.Β και μήκος σώματος..Μήκος σώματος : 50 εκ.
Μειωμένο Επίπεδο Λίπους (Λιποβαρές)	Αύξηση σωματικού βάρους(μυϊκής μάζας). Αποτροπή λοιμώξεων	Χορήγηση λίπους και βιταμινών (D,E,K). Άσηπτες τεχνικές	Συνιστάται η ημερήσια πρόσληψη λίπους 4,5-6g/100Kcal.Ημερήσιες ανάγκες βιταμίνης D:400IU.Ημερήσια πρόσληψη βιταμίνης E:3-5IU/Η.Για την βιταμίνη K συνιστάται η IM χορήγηση 0,39 για τα πρόωρα στην γέννηση.	Αύξηση σωματικού βάρους και μυϊκής μάζας. Επιθυμητό αποτέλεσμα με B.Σ : 1.800g

Χαμηλό Οξυγόνο	Αποκατάσταση οξυγόνου (αναπνοής)	Χορήγηση οξυγόνου για λίγες ώρες. Έλεγχος ανάγκης μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής	Χορήγηση οξυγόνου στο νεογνό και συνεχή παρακολούθηση	Σταθεροποίηση οξυγόνου στα φυσιολογικά επίπεδα. Αναπνοή φυσιολογική χωρίς κόπωση, συριγμό και προσπάθεια
Θερμική Αστάθεια	Σταθεροποίηση της θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογικό επίπεδο	Εισαγωγή και παραμονή του βρέφους σε ειδικά διαμορφωμένο περιβάλλον ούτως ώστε να σταθεροποιηθεί η θερμοκρασία του σε Φ.Τ. Λήψη Ζ.Σ. Συνεχής παρακολούθηση	Εισαγωγή και παραμονή του βρέφους σε θερμοκοιτίδα.. Παρακολούθηση Ζ.Σ μέχρι την επιθυμητή θερμοκρασία	Αποκατάσταση και σταθεροποίηση της θερμοκρασίας νεογνού. Θερμοκρασία νεογνού: 37,0 °C (μασχάλες). Έξοδος από την Μ.Ε.Ν.Ν
Δυσκολία Θρέψης	Σίτιση νεογνού μέσω του μητρικού θηλασμού	Χορήγηση ελάχιστον εντερικών γευμάτων παράλληλα ε την παρεντερική διατροφή. Μικρά και συχνά γεύματα. Παρότρυνση και εκμάθηση του αντανακλαστικού του θηλασμού	Χορήγηση εντερικών γευμάτων. Είναι υποθερμικά και χαμηλού όγκου γεύματα. Χρησιμοποιείται το μητρικό γάλα. Αρχίζουν συνήθως τη 2 ^η -3 ^η ημέρα ζωής με συνολικό όγκο 10-20 ml/kg/H και προοδευτικά αυξάνουν. Τέλος, παρότρυνση βρέφους να θηλάσει	Εξάλειψη δυσκολίας στη θρέψη. Προαγωγή του μητρικού θηλασμού
Ίκτερος	Η πλήρης εξάλειψη του ίκτερου. Έξοδος νεογνού από Μ.Ε.Ν.Ν	Εφαρμογή απαραίτητων εξετάσεων για την εύρεση της τιμής της χολερυθρίνης. Οπτική εξέταση νεογνού	Εισαγωγή νεογνού στη θερμοκοιτίδα για φωτοθεραπεία. Εάν η τιμή χολερυθρίνης ξεπερνά το όριο: >25mg % τότε εφαρμόζεται αφαιμαξομετάγγιση	Αποκατάσταση χρώματος (δέρματος) νεογνού. Εξάλειψη ίκτερου και επαναφορά της τιμής της χολερυθρίνης στα φυσιολογικά επίπεδα: 12-15mg %. Έξοδος νεογνού από Μ.Ε.Ν.Ν

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Νεογνό Άρρεν πρόωρης ηλικίας (γέννηση την 32η εβδομάδα της κύησης) και ανησυχητικού βάρους σώματος με Β.Γ : < 1.200g εισήχθη στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών στην Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Ρ.Ε.Α ύστερα από εμφάνιση στιχίας της υπερώας (Λυκόστομα) και Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (Σ.Α.Δ) με την αναπνευστική δυσχέρεια να επιδεινώνεται προοδευτικά. Επιπλέον, το νεογνό κατά την εισαγωγή του εμφάνιζε αδυναμία θρέψης (και μητρικού θηλασμού), ταχύπνοια, κυάνωση, άπνοια, υποθερμία και λήθαργο, και χαμηλό βάρος σώματος (προωρότητα). Η εισαγωγή στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών έγινε στις 3/5/2016 και ώρα 1:32 μ.μ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ :

Όνοματεπώνυμο : -

Φύλλο : Άρρεν

Ημερομηνία γέννησης : 3/5/2016

Ώρα γέννησης : 6 : 25 π.μ

Ηλικίας : Λίγων ωρών

Διάγνωση : Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (Σ.Α.Δ)

Οικογενειακή κατάσταση : -

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :

Η γέννηση του νεογνού πραγματοποιήθηκε πρόωρα, μόλις στην 32η εβδομάδα της κύησης. Όπως αναφέρθηκε από τη μητέρα και στην συνέχεια διαπιστώθηκε από τον νεογνολόγο το νεογνό εμφάνιζε δύο σοβαρές καταστάσεις που έπρεπε να αντιμετωπισθούν άμεσα, το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (Σ.Α.Δ) και στιχία της υπερώας (λυκόστομα). Καθότι το νεογνό είναι πρόωρο, οι πνεύμονες του δεν διαθέτουν τη **Σουρφακτάνη**, μια ουσία που δίνει στην επιφάνεια των πνευμόνων την ελαστική τους ιδιότητα. Χωρίς τη σουρφακτάνη οι μικροσκοπικές κυψελίδες "ξεφουσκώνουν" με κάθε εκπνοή, αναγκάζοντας το πρόωρο και μικροσκοπικό νεογνό να καταβάλλει ολοένα και μεγαλύτερη προσπάθεια για να αναπνεύσει.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ :

Όπως διαπιστώθηκε από την λήψη ιστορικού της μητέρας, και έπειτα από τις απαραίτητες ερωτήσεις που πραγματοποιήθηκαν, το ιστορικό της μητέρας αποτέλεσε αίτιο μόνο για τον πρόωρο τοκετό, διότι η μητέρα έπασχε από παχυσαρκία, κάπνιζε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατάφερε να αποκτήσει παιδί σε ηλικία 48 ετών. Όλα τα παραπάνω στοιχεία οδήγησαν στην πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων με αποτέλεσμα έναν πρόωρο τοκετό με την μέθοδο της καισαρικής.

Ωστόσο, το ιστορικό της μητέρας δεν φαίνεται να έχει καμία ανάμειξη με την εμφάνιση του συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας (Σ.Α.Δ) λίγες ώρες μετά τον τοκετό, καθώς είναι μια συχνή επιπλοκή σε ένα πρόωρο νεογνό πόσο μάλλον στην συγκεκριμένη περίπτωση όπου υπάρχουν οι περισσότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες : προωρότητα, το άρρεν φύλλο, η καισαρική τομή ειδικά πριν από την συμπλήρωση της 39ης εβδομάδας κύησης. Τέλος, τα αίτια για την εμφάνιση σχιστίας της υπερώας (λυκόστομα) φαίνεται να είναι κληρονομικά χωρίς όμως βέβαια αυτό να είναι βέβαιο.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Το νεογνό κατά την εισαγωγή του στην Μ.Ε.Ν.Ν εμφάνιζε: σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (Σ.Α.Δ), σχιστία υπερώας (λυκόστομα), άπνοια, ταχύπνοια, κυάνωση, αναπέταση των ρινικών περυσίων, εισολκές του στέρνου και των μεσοπλευρίων διαστημάτων, εκπνευστικό γογγυσμό, υποθερμία (με θερμοκρασία ορθού στους 35,7οC) και χαμηλό βάρος σώματος (με βάρος γέννησης : < 1.200g).

Ο νεογνολόγος εξέτασε το νεογνό για να μπορέσει να κατατάξει την βαρύτητα του Συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας . Εφόσον πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες εξετάσεις καθώς και κλινική εκτίμηση βεβαιώθηκε ότι πρόκειται για Σ.Α.Δ μέτριας βαρύτητας κλίμακας 7 με **κυάνωση**: όχι με FiO2 0.31%, **εισολκές** : Ήπιες, **γογγυσμός** : ακουστός μόνο με στηθοσκόπιο, **είσοδος αέρα** : ελαττωμένη ή καθυστερημένη και **αναπνοές** : 75/min. Τέλος εκτιμήθηκε και η σχιστία υπερώας και αποφασίστηκε ότι είναι ένα άμεσα αντιμετωπίσιμο ζήτημα με τα κατάλληλα υλικά/ μέσα (3 είδη ειδικών μπιμπερών για νεογνά με σχιστίες : Mead-johnsonClafPalateNurses, Dr. Brown'sBottle , HadermanFeeder, PigeonNipple) χωρίς να χρειαστεί να αποφευχθεί το μητρικό γάλα ενώ στο μέλλον γίνεται προσπάθεια για μητρικό θηλασμό.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :

Η θεραπευτική αγωγή για το πρόωρο νεογνό σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες θα είναι η εξής :

- Άμεση εισαγωγή και προσεκτική μεταφορά του νεογνού στην Μ.Ε.Ν.Ν
- Μέτρηση και συνεχής καταγραφή ζωτικών σημείων (Ζ.Σ) νεογνού, μέτρηση οξυγόνου, ισοζυγίου υγρών και μέτρηση της διούρησης
- Ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος
- Ρύθμιση των υγρών και των ηλεκτρολυτών
- Διατήρηση της αρτηριακής πίεσης (Α.Π) και του αιματοκρίτη σε φυσιολογικά επίπεδα
- Χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων (αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων)
- Κάλυψη των θερμιδικών αναγκών (με την χορήγηση γλυκόζης, αμινοξέων και λίπους)
- Χορήγηση οξυγόνου : μηχανική υποστήριξη του αναπνευστικού
- Εφαρμογή ολικής παρεντερικής διατροφής (απουσία θηλαστικών κινήσεων, σχιστία υπερώας)
- Χορήγηση εξωγενούς επιφανειοδραστικού παράγοντα.

Αξιολόγηση ασθενούς- Ανάγκες- Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Νοσηλευτικής	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (Σ.Α.Δ)	Εξάλειψη συνδρόμου και αντιμετώπιση της αναπνευστικής ανικανότητας	Ενθάρρυνση-Υποστήριξη και ενημέρωση των γονέων. Χορήγηση εξωγενούς επιφανειοδραστικού παράγοντα	Χορήγηση στο νεογνό επιφανειοδραστικού παράγοντα σε δόση 100mg φωσφολιπιδίων/kg Ενδοτραχειακά		Ολοένα βελτίωση της υγείας του νεογνού και εξάλειψη του συνδρόμου. Φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία

Δυσκολία στη θρέψη (Σχιστία υπερώας)	<u>Βραχυπρόθεσμος Σκοπός:</u> Σίτιση νεογνού με μητρικό γάλα. <u>Μακροπρόθεσμος Σκοπός:</u> Αποκατάσταση αισθητική, ομιλίας και οδόντων	<u>Βραχυπρόθεσμα:</u> Χορήγηση ελάχιστων εντερικών γευμάτων παράλληλα με τη παρεντερική διατροφή. <u>Μακροπρόθεσμα:</u> Ενημέρωση γονέων για την μετέπειτα χειρουργική αποκατάσταση και την βοήθεια άλλων ειδικών	<u>Βραχυπρόθεσμα:</u> Χορήγηση εντερικών γευμάτων (μητρικό γάλα). Αρχίζουν τη 2 ^η -3 ^η μέρα ζωής με συνολικό όγκο 10-20ml/kg/H και σταδιακά αυξάνουν. Με B.N 2,500g πλέον παρότρυνση για τάϊσμα με ειδικά διαμορφωμένο μπιμπερό Habermanfeeder * . Να λαμβάνει τουλάχιστον από 225g με 275g σε 24 ώρες. <u>Μακροπρόθεσμα:</u> Προγραμματισμός χειρουργικής επέμβασης (στο 1 ^ο χρόνο ηλικίας του βρέφους). Η ορθοδοντική θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει σε ηλικία 7-8 ετών, ενώ η τελική φάση της εκτελείται όταν ο ασθενής είναι 12-14 ετών. Ίσως χρειαστεί και λογοθεραπεία	Φυσιολογική θρέψη, τάϊσμα με ειδικά διαμορφωμένο μπιμπερό και προσπάθεια για μητρικό θηλασμό
--------------------------------------	--	--	---	--

Χαμηλό βάρος σώματος	Αύξηση σωματικού βάρους. Αποφυγή των λοιμώξεων (αδύναμο αμυντικό σύστημα και των διαταραχών της θερμορύθμισης)	Εφαρμογή παρεντερικής διατροφής αρχικά. Στη συνέχεια σίτιση νεογνού αποκλειστικά με εντερική σίτιση και έπειτα με μπιμπερό (Habermanfeeder)	Πλήρης παρεντερική διατροφή: 90-100kcal/kg/H. Την 2 ^η με 3 ^η μέρα ζωής εντερική σίτιση με ελάχιστη ποσότητα εντερικών γευμάτων. Μητρικό γάλα 1-2ml κάθε 2 ώρες. Χορήγηση αντιβίωσης αν κριθεί απαραίτητο. Εισαγωγή νεογνού σε θερμοκοιτίδα ώστε να σημειωθεί και να είναι ικανή να διατηρηθεί η φυσιολογική θερμοκρασία. Καταγραφή Ζ.Σ	Αύξηση Β.Σ νεογνού με Β.Σ: 2.250g. Καμία λοίμωξη. Θερμοκρασία νεογνού 36,6 °C
----------------------	--	---	--	---

Άπνοια	Αποκατάσταση της άπνοιας	Εφαρμογή μηχανικού αερισμού. Συνεχής παρακολούθηση εμβρύου	Τα βήματα που εφαρμόζονται σταδιακά, ανάλογα με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων είναι: 1. Απτικά ερεθίσματα 2. Χορήγηση ξανθινών (θεοφυλλίνη ή καφεΐνη)	Εξάλειψη συμπτωμάτων καθώς και πρόληψη επιπλοκών. Αναπνοή φυσιολογική
--------	--------------------------	--	--	---

3. Εφαρμογή συνεχούς θετικής ενδοπνευμονικής πίεσης (CPAP)

Κυάνωση (υποξία)	Εξάλειψη της κυάνωσης. Επαναφορά χρώματος της επιδερμίδας του νεογνού στο φυσιολογικό ροδαλό χρώμα	Παρέχεται συμπληρωματική οξυγόνωση	Χορήγηση οξυγόνου και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Αύξηση της ήδη χορηγούμενης συγκέντρωσης του οξυγόνου. Το οξυγόνο χορηγείται στο νεογνό με κάλυμμα κεφαλής (headbox) ή με ρινικούς αγωγούς (cannula)	Σταδιακή βελτίωση κλινικής εικόνας νεογνού με σταδιακή ανάκτηση φυσιολογικού χρώματος δέρματος. Επαρκής οξυγόνωση και εξάλειψη υποξίας
Υποθερμία	Σταθεροποίηση της θερμοκρασίας του σώματος σε Φ.Τ	Προοδευτική επαναθέρμανση σε χώρο ειδικά διαμορφωμένο και με τις κατάλληλες συνθήκες	Άμεση εισαγωγή και παραμονή βρέφους σε θερμοκοιτίδα. Παρακολούθηση και καταγραφή Ζ.Σ	Εξάλειψη υποθερμίας. Ανάκτηση φυσιολογικής θερμοκρασίας σώματος νεογνού: 36,6 °C

* **HabermanFeeder**

Η *Haberman Feeder* λειτουργεί καλά για τα νεογνά που είναι μικρά ή πρόωρα, ή που έχουν μόνο υπερωισχιστία. Έχει μια μονόδρομη βαλβίδα που κρατά το γάλα στη θηλή. Το μωρό μπορεί να σιτιστεί συμπιέζοντας τη θηλή στην οροφή του στόματος, χωρίς την ανάγκη για αναρρόφηση. Η ροή του γάλακτος μπορεί να ρυθμιστεί με περιστροφή της θηλής στο στόμα. Πολλά μωρά μπορούν να τραφούν από μόνα τους με αυτό το μιμιπερό και μπορούν να ελέγχουν τη ροή του γάλακτος. Επίσης είναι λιγότερο κουραστικό για τους γονείς, επειδή η συμπίεση της φιάλης δεν είναι απαραίτητη.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ◆ Ο μητρικός θηλασμός είναι αδιαμφισβήτητα η ιδανικότερη τροφή για το νεογέννητο που έρχεται στον κόσμο.
- ◆ Παρά τις όποιες μικρές δυσκολίες προκύψουν (εκτός από τους παράγοντες που τον καθιστούν αδύνατο) δεν θα πρέπει να εγκαταλείψουν την προσπάθεια ούτε η μητέρα ούτε και ο νοσηλευτής που την βοηθάει σε αυτό το πολύτιμο έργο του θηλασμού.
- ◆ Οι συνήθειες που θα πρέπει να αποφεύγει μια μητέρα κατά την διάρκεια του θηλασμού είναι ένα σημαντικό κεφάλαιο στον τομέα του θηλασμού και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την επίτευξη ενός υγιή θηλασμού με όσον το δυνατόν μεγαλύτερη διάρκεια.
- ◆ Το μητρικό γάλα πρέπει να αποτελεί την αποκλειστική τροφή του βρέφους για τους πρώτους 6 μήνες και, αν είναι δυνατόν, να δίνεται ως συμπληρωματική τροφή για όσο χρόνο διαρκεί η γαλουχία – ακόμα και στο 2ο χρόνο ζωής του μωρού.
- ◆ Η τεχνητή διατροφή εκτός από τις περιπτώσεις που την καθιστούν απαραίτητη (ιατρικά προβλήματα μητέρας ή νεογνού) υστερεί κατά πολύ μπροστά στον μητρικό θηλασμό εφόσον τα πλεονεκτήματα της είναι μηδαμινά μπροστά σε αυτά του θηλασμού.
- ◆ Από την άλλη πλευρά, όταν για κάποιο λόγο μια μητέρα δεν είναι σε θέση να θηλάσει και επιλέξει την μέθοδο της τεχνητής διατροφής, θα πρέπει να γνωρίζει ότι δεν πρόκειται να πάθει κάτι ή να μειονεκτεί το παιδί της σε σχέση με τα παιδιά που θηλάζουν. Η μεγάλη υποστήριξη της ιδέας του θηλασμού σε καμία περίπτωση δεν θα

πρέπει να δώσει την εντύπωση στις μητέρες, που δεν μπορούν να θηλάσουν ότι κάνουν κακό στο παιδί τους. Οποιαδήποτε και αν είναι η διατροφή ενός βρέφους, εάν είναι σωστή θα έχει περίπου τα ίδια αποτελέσματα.

- ◆ Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα απαραίτητα συστατικά για την σωματική και την πνευματική ανάπτυξη του νεογνού, έτοιμα αντισώματα αλλά και αντιφλεγμονώδες ουσίες. Το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο και ο θηλασμός, ο σπουδαιότερος ψυχικός κρίκος μεταξύ μητέρας και βρέφους.

- ◆ Η νοσηλευτική παρέμβαση, με την σωστή ενημέρωση, την σωστή καθοδήγηση και εκμάθηση διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην προαγωγή του θηλασμού. Κάθε γυναίκα θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένη για τα οφέλη του θηλασμού και αυτό αποτελεί υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας.

- ◆ Η νοσηλευτική προσέγγιση, τόσο η θεωρητική όσο και η πρακτική για το ζήτημα του θηλασμού είναι κάτι το πολύ σημαντικό και αναπόφευκτο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι κάθε στιγμή δίπλα στην μητέρα και το βρέφος ούτως ώστε να τους καθοδηγεί με τις γνώσεις του στο όμορφο αυτό ταξίδι του θηλασμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akdag Cirik D. et al. (2016). The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies : A preliminary study. Original research article, 55 (3), 374- 378.

Candy D., Davies E.G., Ross E. (2002). Κλινική παιδιατρική και υγεία του παιδιού. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.

DavilaE. (2006). Τοκετός. Ιατρικές εκδόσεις Καλοκάθη, Ισπανία, Αθήνα.

Drake R., Vogl W., Michell A. (2007). Gray'sAnatomy. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

FieldD.J., StroobantJ., DamanWillemsC., WrenHoskynsE., CarterE., HoutmanP.N., CraigF., O'sullivanT., WheelerK. (2006). Παιδιατρική. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.

HockenberryM., WilsonD. (2011). Παιδιατρική νοσηλευτική. ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Johnson R., Taylor W. (2012). Skills for midwifery practice. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

Kossakowska K. (2016). Incidence and determinants of postpartum depression among healthy pregnant women and high-risk pregnant women. Postepy psychiatrii I neurologii, 25(1), 1-21.

Kutty K. (2016). Breastfeeding counsel against cancers. Asian pacific journal of tropical biomedicine, 6(5), 422-428.

Lowdermilk D.L., Perry Sh.E., Cashion K. (2013). Maternitynursing. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

MooreM.C. (2005). Διαιτολογία. ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Malla T.M., Pandith A.A., Dar F.A., Zargar M.H. (2016). Cytogenetic diagnosis of roberts SC

phocomelia syndrome : First report from kashmir. Egyptian journal of medical human genetics, 17(1), 137-140.

Nilsson L., Hamberger L. (2004). Ένα παιδί γεννιέται. Ιατρικές εκδόσεις Ορφέας, Αθήνα.

Osadsky C.R. (2011). Phocomelia : Case report and differential diagnosis. Radiologycasereports, 6(4), 561.

Pinto E., Chaves C., Duarte J., Nelas P., Coutinho E. (2016). Maternal affection and motivation for breastfeeding. Procedia – Social and behavioral sciences, 217(-), 1.028- 1.035.

Shelov S.P., Altmann T.R. (2012). Η φροντίδα του μωρού και του μικρού παιδιού από τη γέννηση έως τα 5 του χρόνια. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Αντωνιάδης Σ. (2005). Παιδιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Αντωνίου Ε., Βιβιλάκη Β., Ρωμανίδου Α., Ντάγκα Δ., Βασιλάκη Ε., Σουρανάκη Ε., Κεφαλογιάννη Α., Λεονταράκη Ε. (2007). Η γυναίκα και το νεογνό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

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

Ιωαννίδου- Μουζάκα Λ., Μανδρέκας Α., Μπαρμπούνης Β. (2007). Σύγχρονη Μαστολογία. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Μωραΐτου Μ. (2004). Το βίωμα της μητρότητας. ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Πατσούρου Α. (2007). Θηλασμός μια υπέροχη σχέση α) Όλες οι γυναίκες μπορούν να θηλάσουν. Ιατρικές εκδόσεις Σύγχρονοι ορίζοντες, Αθήνα, Θεσσαλονίκη.

Πατσούρου Α. (2007). Θηλασμός μια υπέροχη σχέση β) Ειδικές περιπτώσεις και προβλήματα θηλασμού. Ιατρικές εκδόσεις Σύγχρονοι ορίζοντες, Αθήνα, Θεσσαλονίκη.

Συκάκη- Δούκα Α. (1998). Ο τοκετός είναι αγάπη. Ιδιωτική έκδοση, Αθήνα.

Χατζηπαναγής Α. (2006). Η βίβλος της παιδιατρικής για γονείς. Ιατρικές εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα.