

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ –
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ Α.Μ. 9100

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΣΚΟΝΔΡΑ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2018

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους συνέβαλαν στην υλοποίησή της.

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Σκόνδρα Μαρία, για την άψογη συνεργασία και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου.

Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω την πτυχιακή μου εργασία στην οικογένειά μου και τους φίλους μου για την ηθική συμπαράσταση που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| Περίληψη..... | 6 |
| SYMMARY | 7 |
| Εισαγωγή..... | 8 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ανατομία-Φυσιολογία μαστικού αδένα | 10 |
| 1.1 Ανατομία μαστικού αδένα..... | 10 |
| 1.2 Κύκλος μαστικού αδένα..... | 11 |
| 1.3 Ανάπτυξη μαστικού αδένα | 12 |
| 1.4 Αγγείωση μαστικού αδένα | 12 |
| 1.4.1 Λεμφογάγγλια μαστικού αδένα..... | 14 |
| 1.4.2 Νεύρα μαστικού αδένα..... | 15 |
| 1.4.3 Μύες μαστικού αδένα..... | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ..... | 17 |
| 2.1 Είδη μητρικού γάλακτος..... | 18 |
| 2.1.1 Πύαρ ή πρωτόγαλα..... | 18 |
| 2.1.2 Μεταβατικό γάλα | 18 |
| 2.1.3 Γάλα..... | 18 |
| 2.2. Παραγωγή μητρικού γάλακτος..... | 19 |
| 2.3. Σύσταση μητρικού γάλακτος..... | 19 |
| 2.3.1 Βασικά συστατικά μητρικού γάλακτος | 20 |
| 2.3.2 Άλλα συστατικά μητρικού γάλακτος..... | 25 |
| 2.4. Υπεροχή μητρικού γάλακτος..... | 27 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ..... | 28 |
| 3.1. Επιδημιολογία του μητρικού θηλασμού..... | 28 |
| 3.2. Προετοιμασία θηλασμού και φροντίδα στήθους..... | 30 |
| 3.2.1 Μασάζ στήθους – Τεχνική Marmet..... | 31 |
| 3.3. Πρώτος θηλασμός – Τεχνική..... | 33 |
| 3.4. Σωστές στάσεις του θηλασμού..... | 34 |
| 3.4.1. Προϋποθέσεις για τον επιτυχή θηλασμό | 37 |
| 3.5. Οφέλη του μητρικού θηλασμού | 37 |
| 3.5.1 Οφέλη μητρικού θηλασμού για το μωρό..... | 37 |
| 3.5.2 Οφέλη μητρικού θηλασμού για τη μητέρα..... | 40 |
| 3.6. Διάρκεια μητρικού θηλασμού | 42 |
| 3.7. Διάστημα αποκλειστικού θηλασμού | 43 |

| | |
|--|----|
| 3.8. Φυσικός Απογαλακτισμός..... | 44 |
| 3.8.1. Τεχνητή Διατροφή..... | 45 |
| 3.8.2 Μεικτή Διατροφή..... | 45 |
| 3.9. Διατροφή θηλάζουσας..... | 46 |
| 3.10. Τράπεζα μητρικού γάλακτος..... | 48 |
| 3.10.1. Ατομική τράπεζα μητρικού γάλακτος..... | 48 |
| 3.10.2. Εξοπλισμός, άντληση και συντήρηση του μητρικού γάλακτος..... | 48 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ..... | 50 |
| 4.1. Ενδείξεις μητρικού θηλασμού..... | 50 |
| 4.2. Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού..... | 50 |
| 4.3. Προβλήματα κατά το θηλασμό..... | 51 |
| 4.4. Αιτίες αποτυχίας θηλασμού..... | 53 |
| 4.5. Επιλόχειος κατάθλιψη – η μάστιγα της εποχής..... | 54 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ..... | 59 |
| 5.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή..... | 59 |
| 5.1.1. Γενικά..... | 59 |
| 5.1.2. Κατά την εγκυμοσύνη..... | 59 |
| 5.1.3. Κατά τον τοκετό..... | 60 |
| 5.1.4. Αμέσως μετά τον τοκετό..... | 60 |
| 5.1.5. Μετέπειτα φροντίδα..... | 60 |
| 5.1.6. Ο νοσηλευτής και η θηλάζουσα μητέρα..... | 62 |
| 5.1.7 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή..... | 63 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ..... | 65 |
| 6.1 Ιστορικό 1ο..... | 65 |
| 6.2 Ιστορικό 2ο..... | 68 |
| Συμπεράσματα..... | 71 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 72 |

Περίληψη

Εισαγωγή: Από την στιγμή που θα γεννηθεί το βρέφος έχει ανάγκη από τροφή. Η διατροφή του βρέφους διακρίνεται στη φυσική διατροφή, όταν εκείνο τρέφεται από το στήθος της μητέρας του, στην τεχνητή διατροφή, όταν τρέφεται με το μπουκάλι και με τροποποιημένο γάλα -κυρίως αγελαδινό- και στην μεικτή διατροφή, όταν τρέφεται συγχρόνως και με μητρικό και με τροποποιημένο γάλα.

Ο μητρικός θηλασμός έχει πολλά πλεονεκτήματα τόσο για το βρέφος, αφού το μητρικό γάλα είναι ειδικά προσαρμοσμένο στον οργανισμό του, όσο και για την μητέρα και την κοινωνία. Πολλές φορές η μητέρα δεν μπορεί να θηλάσει το μωρό της, γιατί μπορεί να είναι άρρωστη σωματικά ή ψυχικά ή να έχει κάποιο ανατομικό πρόβλημα στις θηλές της. Επίσης, το βρέφος δεν μπορεί να θηλάσει, όταν λείπουν από τον οργανισμό του ένζυμα ή υπάρχει ανατομικό, παθολογικό ή ψυχολογικό αίτιο.

Σκοπός: Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του μητρικού θηλασμού καθώς γίνεται και αναφορά στο ρόλο του νοσηλευτή.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων και ερευνών των τελευταίων χρόνων προκειμένου να αναπτυχθούν τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού. Ακόμα αναπτύχθηκε η επίδρασή του στα βρέφη καθώς και σε μετέπειτα στάδια ανάπτυξης των παιδιών. Τέλος υπάρχει αναφορά για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στη σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση σχετικά με αυτόν.

Συμπεράσματα: Ο μητρικός θηλασμός είναι ευεργετικός τόσο για το μωρό το οποίο θηλάζει όσο και για την ίδια τη μητέρα. Τα ευεργετικά αποτελέσματα είναι ορατά τόσο όσον αφορά τη σωματική υγεία μητέρας και βρέφους όσο και την ψυχική τους υγεία. Όσο περισσότερο χρόνο θηλάζει μια μητέρα τόσο πιο θετικό είναι. Οι νοσηλευτές καθώς και όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι και εκείνοι οι οποίοι ενημερώνουν τη μητέρα για το σωστό θηλασμό και να τη βοηθούν όσο μπορούν. Τέλος, ο μητρικός θηλασμός έχει και αντίκτυπο τόσο σε φαρμακευτικό, κοινωνικό αλλά και οικονομικό επίπεδο.

Λέξεις – Κλειδιά: Μητρικός θηλασμός, επαγγελματίες υγείας, μητρικό γάλα, τροποποιημένο γάλα, πλεονεκτήματα, ευεργετικές ιδιότητες, σωματική υγεία, ψυχική υγεία.

SYMMARY

Intorduction: From the very first moment a child is born, it needs to be fed. An infant's diet is divided into the natural nutrition, when it breastfeeds, the artificial nutrition, when it is fed with bottle and modified milk- mostly cow's- and the mixed nutrition, when it is fed both with breast milk and modified.

Breastfeeding has multiple benefits both for the infant, as breast milk is specially adapted to its organism, and the mother herself and the society. Many times, a mother cannot breastfeed because she may be ill, physically or mentally, or because of an atomical problem of her niples. Also, an infant cannot breastfeed if it lacks specific enzymes or if there is an anatomical, pathological or phsychological cause.

Objective: The purpose of this thesis is the bibliographic review of breastfeeding while there is a reference to the part played by the nurse in this procedure.

Methodology: A bibliographic review of articles and recent surveys was carried out, in order for the benefits of breastfeeding to be elaborated. Moreover, its effect on infants as well as on later stages of their lives, was also elaborated. Finally, there is reference to the role of healthcare professionals in the information and communication on it.

Conclusions: Breastfeeding is beneficial both for the infant and the mother. The advantageous results are visible when it comes down to the mother's and the infant's physical health, as well as their mental health. The more time a mother breastfeeds, the better. The nurses and all healthcare professionals ought to be fully informed about breastfeeding and at the same time inform and help the mother on a proper breastfeeding as much as they can. In conclusion, breastfeeding has an impact on a pharmaceutical, social as well as an economic level.

Keywords: breastfeeding, healthcare professionals, breast milk, modified milk, benefits, beneficial properties, physical health, mental health.

Εισαγωγή

Ο μητρικός θηλασμός είναι μια σχέση αγάπης. Όταν μια μητέρα θηλάζει το μωρό της τότε η ίδια και αυτό αποτελούν μια ψυχική και σωματική ενότητα, καθώς το τάισμα του μωρού συνεπάγεται μια επαφή σώμα με σώμα, μια επαφή στενή και ζεστή. Ο θηλασμός προσφέρει αμοιβαία ικανοποίηση, το παιδί ζητάει και η μητέρα δίνει, δηλαδή ανταποκρίνεται στην ανάγκη του. Ο θηλασμός επιτρέπει στη συνέχεια του φυσικού δεσμού μητέρας-βρέφους που υπήρχε πριν από την γέννηση.

Η ένωση αυτή είναι σύντομη, καθώς ο θηλασμός δεν κρατά για πάντα, και μετά από ένα με δύο χρόνια το μωρό φεύγει από την αγκαλιά της μητέρας του. Παρ' ότι ο θηλασμός σταματά έχει δημιουργηθεί μια έντονη σχέση ανάμεσα στο μωρό και τη μητέρα, αυτό είναι και το ζητούμενο. Σε αυτή την περίπτωση ο θηλασμός λειτουργεί θετικά. Όσο αναγκαίο είναι η μητέρα να δίνει γάλα, άλλο τόσο αναγκαίο είναι να θηλάσει το μωρό της.

Η επιβίωση του ανθρώπινου είδους εξαρτάται απόλυτα από το μητρικό θηλασμό και ήταν αυτονόητη η ύπαρξή του πριν τον ερχομό των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος. Μέχρι τον 20^ο αιώνα για τον πρώτο χρόνο ζωής του βρέφους ο θηλασμός ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός τρόπος διατροφής του βρέφους. Με την πάροδο του χρόνου το βιομηχανοποιημένο γάλα αγελάδας παράχθηκε σε μεγάλες ποσότητες με αποτέλεσμα την εκτόπιση του μητρικού θηλασμού. Έρευνες έχουν δείξει πως από άποψη διατροφικής υπεροχής το μητρικό γάλα είναι πολύ καλύτερο από το αγελαδινό με αποτέλεσμα την έναρξη εκστρατειών για την καθιέρωση του μητρικού θηλασμού ως αποκλειστικό τρόπο διατροφής για τους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους.

Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα απαραίτητα συστατικά στην κατάλληλη σύνθεση και τις κατάλληλες αναλογίες, κάτι που το κάνει πλήρη τροφή, για την ανάπτυξη και την προστασία του βρέφους. Το μητρικό γάλα των πρώτων πέντε ημερών μετά τη γέννηση του παιδιού, το πρωτόγαλα, είναι μικρής ποσότητας, είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες, αντισώματα και λακτοφερίνες. Μετά τις πέντε πρώτες ημέρες, το μητρικό γάλα περιέχει στη σωστή αναλογία, λακτόζη, λιπαρά, βιταμίνες ιχνοστοιχεία και άλλα διατροφικά στοιχεία, όπως επίσης και νερό.

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί το μοναδικό φυσιολογικό και φυσικό τρόπο σίτισης των βρεφών. Η μητέρα προετοιμάζεται ήδη από την εγκυμοσύνη για την περίοδο του θηλασμού με διάφορες αλλαγές που υφίσταται το σώμα της. Πιο συγκεκριμένα, οι μαστοί και οι θηλές της μέλλουσας μητέρας προετοιμάζονται και στους ιστούς του σώματός της γίνεται κατακράτηση λίπους για τη διατροφή του νεογνού, με αποτέλεσμα οι μητέρες που θηλάζουν να χάνουν πιο γρήγορα τα κιλά που πήραν κατά την εγκυμοσύνη, από εκείνες που δεν θηλάζουν.

Τα οφέλη που προσφέρει ο μητρικός θηλασμός τόσο στη μητέρα όσο και στο βρέφος είναι πολλαπλά. Το μητρικό γάλα είναι μοναδικό για τον άνθρωπο γιατί είναι εύπεπτο και πλούσιο σε αντισώματα και άλλους παράγοντες, οι οποίοι προστατεύουν τον άνθρωπο από διάφορες ασθένειες και λοιμώξεις. Τα παραπάνω το κάνουν και την πιο πλήρη διατροφή. Τα παιδιά που θηλάζουν έχουν επιπλέον μικρότερη πιθανότητα

ανάπτυξης αλλεργιών, καρκίνου, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκίας, φλεγμονωδών νοσημάτων εντέρου, τερηδόνας και ορθοδοντικών ανωμαλιών στην παιδική και ενήλικη ζωή. Τα οφέλη είναι πολλαπλά και για τη μητέρα καθώς μπορεί να χάσει τα κιλά της εγκυμοσύνης πιο εύκολα, έχει μικρότερη απώλεια αίματος και ταχύτερη ανάρρωση από τον τοκετό, μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης οστεοπόρωσης, καρκίνου μαστού και ωοθηκών.

Πέρα από τα οφέλη στην υγεία σωματική και ψυχική του βρέφους και της μητέρας ο μητρικός θηλασμός έχει και άλλες προεκτάσεις όσον αφορά οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Τέτοια οφέλη μπορεί να είναι το μειωμένο κόστος περίθαλψης, λιγότερες απουσίες γονέων από την εργασία τους, μικρότερη απώλεια εισοδήματος κ.α.

Η μητέρα με τη σωστή πληροφόρηση και με τις κατάλληλες συμβουλές μπορεί να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε προβλήματα προκύψουν κατά το θηλασμό, είτε σωματικής, είτε ψυχολογικής φύσης. Το πιο σημαντικό απ' όλα είναι η μητέρα να θέλει να θηλάσει, γιατί με αυτόν τον τρόπο το νεογέννητο καθησυχάζεται και αποκτά το αίσθημα της ασφάλειας, της ευχαρίστησης, της ικανοποίησης, της ευτυχίας. Η ύπαρξη αυτών των αισθημάτων καθιστούν ένα θηλασμό επιτυχημένο.

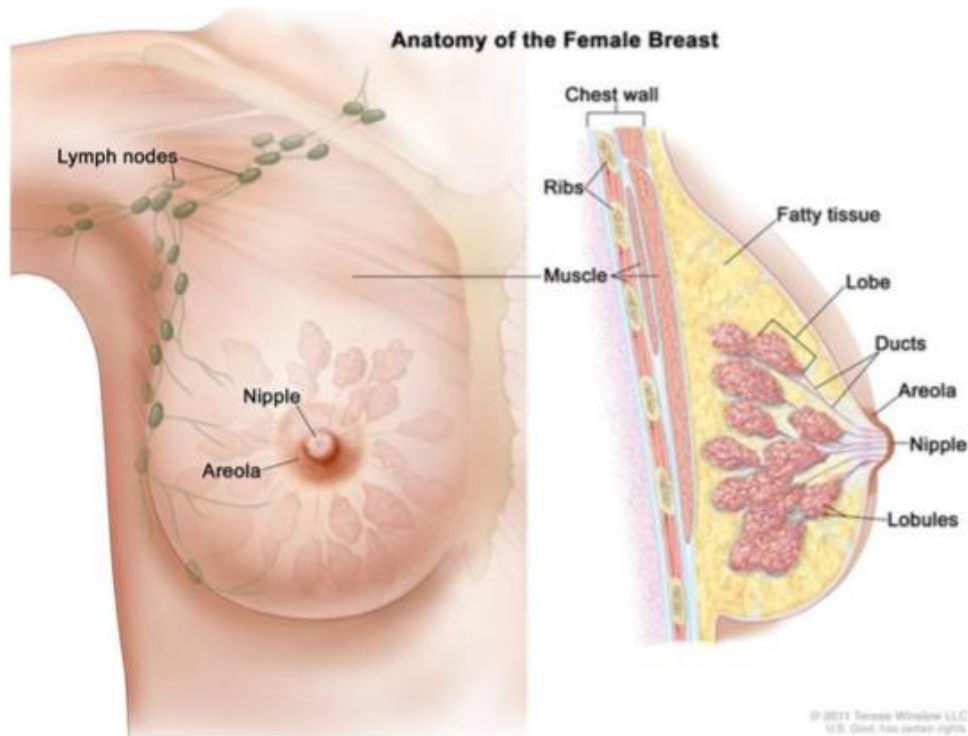
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ανατομία-Φυσιολογία μαστικού αδένος

1.1 Ανατομία μαστικού αδένος

Οι μαστοί είναι τροποποιημένοι ιδρωτοποιοί αδένες που αποτελούνται από αδένες, λίπος και ινώδη ιστό. Υπέρκεινται των μυών στον κύριο θωρακικό και πρόσθιο οδοντωτό και συνδέονται με αυτούς με ένα στρώμα συνδετικού ιστού. Ο μαζικός αδένος υποστηρίζεται από συνδέσμους που ονομάζονται κρεμαστήριοι σύνδεσμοι του μαστού (Cooper's ligaments) και διατηρούν τον μαστό στο χαρακτηριστικό του σχήμα και στην χαρακτηριστική του θέση. Στις γυναίκες οι μαστοί είναι υπεύθυνοι για την γαλακτογονία, ενώ στους άνδρες είναι φυσιολογικά μη ανεπτυγμένοι και χωρίς καμία λειτουργία. (Gallager et al., 1978; Donegan and Spratt, 1995).

Ο μαστός αποτελείται από λοβούς και αγωγούς. Κάθε μαστός έχει 12-20 τμήματα, που διαχωρίζονται με λιπώδη ιστό και ονομάζονται λοβοί. Περίπου το 80-85% ενός φυσιολογικού μαζικού ιστού αποτελείται από λίπος κατά την διάρκεια των αναπαραγωγικών χρόνων. Σε κάθε λοβό υπάρχουν πολύ μικρότερες περιοχές, τα λόβια. Τα λόβια καταλήγουν σε δεκάδες μικρούς βολβούς που είναι υπεύθυνοι για το γάλα. Οι λοβοί, τα λόβια και οι βολβοί συνδέονται με λεπτούς σωλήνες που ονομάζονται αγωγοί. Οι αγωγοί αυτοί καταλήγουν στην θηλή γύρω από την οποία εκτείνεται μια σκούρα περιοχή, η οποία ονομάζεται θηλαία άλως του μαστού. Κάθε μαστός έχει επίσης τα αιμοφόρα αγγεία και τα λεμφικά. Τα λεμφαγγεία μεταφέρουν σχεδόν άχρωμο υγρό το οποίο ονομάζεται λέμφος και οδηγούν σε όργανα που ονομάζονται λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες είναι δομές που βρίσκονται σε όλο το σώμα και έχουν σχήμα φασολιού. Οι λεμφαδένες φιλτράρουν το λέμφος και αποθηκεύουν τα λευκά κύτταρα που βοηθούν στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Οι όμιλοι των λεμφαδένων βρίσκονται κοντά στο στήθος, στη μασχάλη (κάτω από το βραχίονα), αλλά και μέσα σε αυτό (National Cancer Institute, Breast Cancer Prevention).

Το λειτουργικό τμήμα του μαστού είναι ένας τροποποιημένος επιθηλιακός αδένος που περικλείεται από τις στιβάδες της επιπολής θωρακικής περιτονίας. Ο αδένος είναι σφαιροειδής, εκτός από ένα τμήμα του, στο άνω έξω τεταρτημόριο, όπου μια προσεκβολή του αδένος, η καλούμενη ουρά του Spence διατρύπαι τη μασχαλιαία περιτονία (τμήμα του Langer) και εκτείνεται προς τη μασχάλη, καταλήγοντας στο πρόσθιο οδοντωτό μυ. Ο συνδετικός ιστός του μαστικού αδένος που διαχωρίζει τα αδενικά λόβια μεταξύ τους συγκεντρώνεται σε πολλά μέρη και σχηματίζει ινώδεις ταινίες που εκτείνονται προς την υποδόρια περιτονία και το δέρμα. Παρόμοιες ταινίες εκκινούν και από την οπίσθια επιφάνεια του αδένος διασχίζουν τον οπισθομαζικό χώρο και ενώνονται με τη θωρακική περιτονία (κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper) (Παπανικολάου, 1985, Χατζηγεωργίου, 2005, Εγκυκλοπαίδεια "Υγεία", 1988).



Εικόνα 1: Ανατομία του γυναικείου μαστού. Η θηλή (nipple) και η άλως (aerola) εμφανίζονται στο εξωτερικό του. Παρουσιάζονται επίσης οι λεμφαδένες (Lymph nodes), οι λοβοί (lobe), τα λόβια (lobules), οι γαλακτοφόροι αγωγοί (ducts), και άλλα μέρη στο εσωτερικό του μαστού, όπως το λίπος (fatty tissue), ο μυς (muscle), η πλευρά (chest wall).

1.2 Κύκλος μαστικού αδένα

Ο μαστικός ή μαζικός αδένας είναι το μόνο όργανο που δεν έχει αναπτυχτεί πλήρως κατά την γέννηση, καθώς είναι ορμονοεξαρτώμενος. Το συγκεκριμένο όργανο εμφανίζει πολλές αλλαγές από τη γέννηση μέχρι την εγκυμοσύνη και τελικά την αποστροφή, που αφορούν το σχήμα, το μέγεθος και τη λειτουργία του. Ο μαστός παρουσιάζει διάφορα στάδια ανάπτυξης, των οποίων η ανάπτυξη και η εξέλιξη επηρεάζεται από γενετικούς, ορμονικούς ή άλλους παράγοντες (πχ. χειρουργεία) και μπορεί να έχει επιπτώσεις στην γαλουχία.

Κατά την εμβρυική ηλικία ο μαστός αρχίζει να γίνεται ορατός την 4η εβδομάδα, σαν ένας βλαστός ή οζίδιο από επιθηλιακό ιστό, που εντοπίζεται κατά μήκος μιας γραμμής, γνωστή ως μαστική ή γαλακτοφόρος γραμμή. Η γραμμή αυτή στο ανεπτυγμένο έμβρυο εκτείνεται από τη μέση μασχαλιαία χώρα μέχρι τη βουβωνική περιοχή. Με το συνεχή πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων, αναπτύσσονται οι καταβολές των γαλακτοφόρων πόρων από τη βάση της αρχέγονης θηλής, κατά τον 5 μήνα από αυτές διαμορφώνονται οι γαλακτοφόροι πόροι, οι αδενοκυψέλες και γενικά οι μαζικοί αδένες.

Στη νεογνική ηλικία ο μαζικός αδένας έχει στοιχειώδη ανάπτυξη και αποτελείται σχεδόν εξ' ολοκλήρου από γαλακτοφόρους πόρους. Στην ηλικία αυτή η

προλακτίνη είναι σε υψηλά επίπεδα και ο μαστικός αδένας των νεογνών εκτίθεται σε υψηλές συγκεντρώσεις πλακουντιακών οιστρογόνων κατά την κύηση. Ο μαστός, για τους παραπάνω λόγους μπορεί να εκκρίνει μερικές σταγόνες γάλακτος, το οποίο είναι φυσιολογικό, καθώς αυτή η έκκριση είναι παροδική, και ο μαστός παραμένει αδρανής μέχρι την εφηβεία (Παρισιάνου, 2005).

Κατά την εφηβεία, πραγματοποιείται η ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων λόγω των ωοθηκικών οιστρογόνων. Οι πόροι αναπτύσσονται, σχηματίζουν κλάδους και τα άκρα τους αρχίζουν να μετατρέπονται σε σφαιροειδείς μάζες κυττάρων, οι οποίες αργότερα θα γίνουν τα λόβια με τις κυψελίδες. Με τη σταθεροποίηση της έκκρισης οιστρογόνων και προγεστερόνης τόσο το σύστημα των γαλακτοφόρων πόρων όσο και των υποτυπωδών λοβιδίων αναπτύσσονται περαιτέρω. Εξαιτίας της εναπόθεσης λιπώδους και συνδετικού ιστού ο μαστός θα συνεχίσει να αναπτύσσεται σε μέγεθος (Παρισιάνου, 2005).

Η τελική διαφοροποίηση του συγκεκριμένου οργάνου γίνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η αύξηση του μεγέθους των μαστών, η διεύρυνση των θηλών, η αυξημένη αγγείωση, η μελάνχρωση της θηλαίας άλω καθώς και ένας ελαφρύς πόνος, είναι μερικά από τα πρώτα σημεία, τα οποία γίνονται αντιληπτά από τη γυναίκα. Οι συγκεκριμένες αλλαγές οφείλονται στις αυξημένες συγκεντρώσεις της πλακουντιακής γαλακτογόνου ορμόνης της προλακτίνης (PRL) και της χοριακής γοναδοτροπίνης. Στη συνέχεια, το τμήμα προώθησης του γάλακτος, οι γαλακτοφόροι πόροι, προτού εκβάλλουν στα αντίστοιχα ανοίγματα της θηλής, διευρύνονται στις γαλακτοφόρους λήκυθους, ενώ αυτές με τη σειρά τους συγκλίνουν στην κυκλική περιοχή γύρω από το μαστό, τη θηλαία άλω. Μετά το 3ο μήνα, λόγω της γαλακτογόνου ορμόνης εκθλίβει από το μαστό ένα παχύ πλούσιο σε πρωτεΐνες υγρό, το πρωτόγαλα (Καλογερόπουλος Α., 1992) .

1.3 Ανάπτυξη μαστικού αδένα

Αρχικά, ο μαστικός αδένας προέρχεται από επιδερμικές παχύνσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας του σώματος, την αποκαλούμενη γαλακτική περιοχή. Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού πραγματοποιείται μετά τη γέννηση, σε αντίθεση με τους άνδρες, όπου δεν παρατηρείται καμία περαιτέρω ανάπτυξη (Netter, 2011).

1.4 Αγγείωση μαστικού αδένα

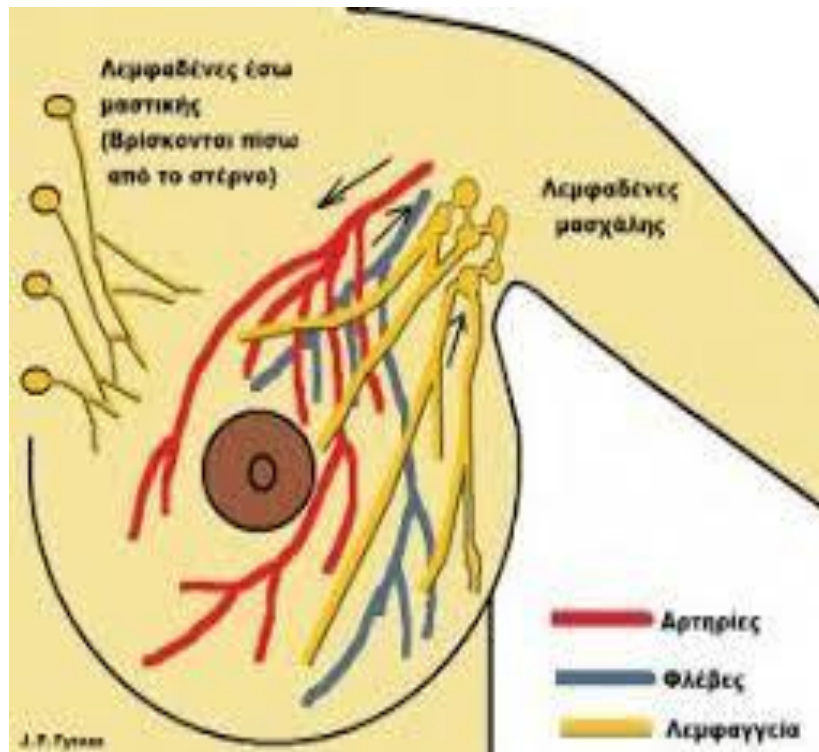
Η αγγείωση του μαστού πραγματοποιείται από αρτηρίες, φλέβες και τα λεμφαγγεία, τα οποία διανέμονται στο πρόσθιο και πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

1. Αρτηρίες: Οι αρτηρίες μέσω των οποίων γίνεται η αγγείωση του μαστού είναι:

- *Έσω μαστική αρτηρία:* Γύρω από τους πόρους και τις αδενοκυψέλες σχηματίζεται δίκτυο το οποίο προέρχεται από την έκφυση της έσω μαστικής αρτηρίας από το κάτω τοίχωμα της υποκλείδιας αρτηρίας και από τους πρόσθιους διατριτώντες κλάδους.
- *Πλάγια θωρακική αρτηρία:* Εκφύεται από τη μασχαλιαία αρτηρία πίσω από τον ελάσσινα θωρακικό μυ. Φτάνει ως τον οδοντωτό μυ και το δέρμα του μαστού.
- *Ακρομοιοθωρακική αρτηρία:* Είναι μια αμφισβητούμενη αρτηρία διότι φαίνεται πως οι κλάδοι φτάνουν μόνο ως το μείζονα θωρακικό μυ.
- *Υποπλάγιος αρτηρία:* Αποτελεί τον μεγαλύτερο κλάδο της μασχαλιαίας αρτηρίας, πορεύεται στο πλάγιο θωρακικό τοίχωμα και δίνει κλάδους στον πλατύ ραχιαίο και στον οδοντωτό μυ. Δεν συμβάλλει σημαντικά στην αγγείωση του μαστού (Παπανικολάου, 1985).

2. Φλέβες: Οι φλέβες από τις οποίες αποτελείται ο μαστός σχηματίζουν ένα πλούσιο δίκτυο και οι περισσότερες από αυτές καταλήγουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Επίσης έχουν μεγάλη σημασία γιατί με αυτές πολλές φορές συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. Οι φλέβες του μαστικού αδένου ακολουθούν τρεις οδούς, οι οποίες είναι αντίστοιχες με τις αρτηρίες. Η πρώτη οδός είναι η κατάληξη στην έσω μαστική φλέβα, μέσω των προσθίων διατριτώντων μεσοπλευρίων φλεβών. Η δεύτερη οδός είναι η κατάληξή τους με πολλαπλούς μικρούς κλάδους προς τη μασχαλιαία φλέβα. Η τρίτη οδός είναι η δια των οπισθίων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλευρίες φλέβες, οι οποίες εμπλέκονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Η τελευταία οδός είναι και κάτι που δικαιολογεί τη μετάσταση του καρκίνου του μαστού στη σπονδυλική στήλη και σε διάφορα άλλα οστά (Κρεατσάς, 1998, Παπανικολάου, 1985).

3. Λεμφαγγεία: Ένα πολύ πλούσιο λεμφικό πλέγμα αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δυο κυρίως κατευθύνσεις: τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Τα έσω μαστικά και τα μασχαλιαία γάγγλια δέχονται λέμφο από όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη αποχετεύει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα του μαστού, η δε εσωτερική οδός προς τα έσω μαστικά γάγγλια αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού (Κρεατσάς, 1998, Παπανικολάου, 1985).



Εικόνα 2: Αγγείωση του μαστού (Γεωργίου Ι., 2015)

1.4.1 Λεμφογάγγλια μαστικού αδένα

Α. Μασχालιαία: Προς αυτά κατευθύνεται η κύρια έξω λεμφική οδός, η οποία καταλήγει στα κεντρικά γάγγλια και από εκεί στις διάφορες άλλες ομάδες οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους. (Κρεατσάς, 1998, Παπανικολάου, 1985)

- Έξω μαστικά (έσω ομάδα ή θωρακικά) κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας.
- Ωμοπλατιαία (οπίσθια ή υποπλάτια) κατά την πορεία της υποπλατίου φλέβας, πολύ κοντά στο θωρακορραχιαίο νεύρο.
- Κεντρικά, είναι μια μεγάλη ομάδα που κείται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης.
- Διαθωρακικά ή Rotter, μεταξύ των δυο θωρακικών μυών.
- Γάγγλια της μασχालιαίας φλέβας (έξω ομάδα ή βραχιόνια) κάτω από τον τένοντα του μείζονα θωρακικού μυός.
- Υποκλείδια (κορυφαία της μασχάλης), κάτω από τον τένοντα του υποκλειδίου μυός.

B. Υπερκλείδια : Διηθούνται όταν πλέον έχουν προσβληθεί τα υποκλείδια γάγγλια της υποκλειδοσφαγιτιδικής γωνίας, και ψηλαφίζονται επιφανειακά και πλάγια στην υπερκλείδια χώρα (Παπαδοπούλου, 2008, Παπανικολάου, 1985).

Γ. Γάγγλια της έσω μαστικής: Συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλευρίων διαστημάτων. Προς αυτά απάγεται η λέμφος της οπίσθιας και έσω επιφάνειας του μαστού, καθώς επίσης και λέμφος από το ήπαρ, το διάφραγμα και την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός (Παπαδοπούλου, 2008, Παπανικολάου, 1985).

1.4.2 Νεύρα μαστικού αδένα

Η νευρώση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

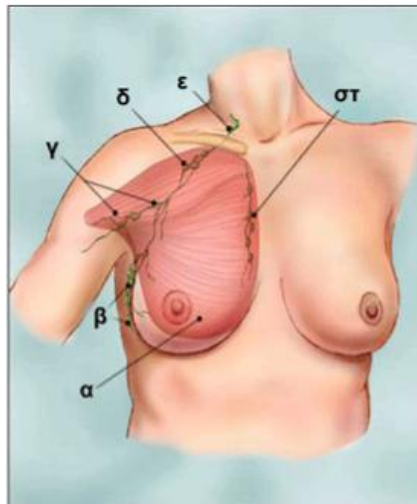
- Μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο: Το δέρμα του ανώτερου τμήματος του μαστού νευρώνεται από τον τρίτο και τέταρτο κλάδο του αυχενικού πλέγματος, ενώ οι πλάγιοι δερματικοί κλάδοι των μεσοπλευρίων, είναι εκείνοι που νευρώνουν το κατώτερο τμήμα του δέρματος. Ο πλάγιος δερματικός κλάδος περνάει προς τα πλάγια με το μέσο βραχιόνιο δερματικό νεύρο και με τον τρίτο πλάγιο δερματικό κλάδο σχηματίζουν το μεσοπλευροβραχιόνιο.
- Θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο: Το συγκεκριμένο νεύρο, γεφυρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ, καθώς προέρχεται κάτω από την μασχαλιαία φλέβα και ενώνεται με τα θωρακορραχιαία αγγεία.
- Μακρύ θωρακικό νεύρο ή νεύρο του Bell: Αναδύεται κάτω από το μέσο τρίτο της μασχαλιαίας φλέβας. Το νεύρο αυτό μπορεί να μετατοπιστεί κατά τη διάρκεια μίας μαστεκτομίας. Εάν κοπεί επέρχεται μείωση της αποτελεσματικής λειτουργίας των μυών του βραχίονα και αδυναμία της ακινητοποίησης της ωμοπλάτης.
- Αυτόνομο νευρικό σύστημα: Ο μαστικός αδένας νευρώνεται από το συγκεκριμένο σύστημα. Το σύστημα αποτελείται από ίνες οι οποίες σχηματίζουν δίκτυα μαζί με τα αγγεία γύρω από τα τριχοειδή και τα αδενικά κύτταρα (Παπανικολάου, 1985).

1.4.3 Μύες μαστικού αδένα

Οι μύες του μαστού είναι:

- Μείζον θωρακικός μυς, ο οποίος εκφύεται από το στερνικό άκρο της κλείδας, το στέρνο τους χόνδρους της 6ης και 7ης πλευράς και από την απονεύρωση του έξω λοξού κοιλιακού μυ.
- Ελάσσων θωρακικός μυς, ο οποίος εκφύεται από την πρόσθια επιφάνεια και το πάνω χείλος της 3ης -6ης πλευράς.

- Πρόσθιος οδοντωτός, οπού εκφύεται με οδοντώματα από την εξωτερική επιφάνεια των εννέα πρώτων πλευρών.
- Πλατύς ραχιαίος, που εκφύεται από τις ακανθωτές αποφύσεις των 5-6 κατώτερων θωρακικών και όλων των οσφυϊκών σπονδύλων, από τη λαγόνιο ακρολοφία και από τις 3-4 κατώτερες πλευρές.
- Υποπλάτιος, ο οποίος παίρνει μέρος στο σχηματισμό του προσθίου τοιχώματος της μασχάλης και συμβάλλει σημαντικά στις κινήσεις του βραχίονα
- Κορακοβραχιόνιος, ο οποίος εκφύεται από την κορακοειδή απόφυση.
- Έξω λοξός κοιλιακός, ο οποίος παριστάνει το κάτω όριο κατά την εκτέλεση ριζικής μαστεκτομής (Παπανικολάου, 1985).



α. Μείζων θωρακικός μυς
 β. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο I
 γ. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο II
 δ. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο III
 ε. Υπερκλείδιοι λεμφαδένες
 στ. Έσω μαστικοί λεμφαδένες

Εικόνα 3: Μύες μαστού (McKinney)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ

Η γαλουχία αποτελεί τη φυσιολογική ολοκλήρωση του αναπαραγωγικού κύκλου. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γίνεται σταδιακή προετοιμασία του μαστού, ώστε μετά την αποκόλληση του πλακούντα, να είναι έτοιμος να αναλάβει την πλήρη διατροφή του νεογνού. Η δράση δύο ορμονών, οι οποίες βρίσκονται στην υπόφυση, έναν αδένα του εγκεφάλου, είναι υπεύθυνες για την έναρξη παραγωγής του γάλακτος αμέσως μετά τη γέννηση και την αποβολή του πλακούντα. Οι ορμόνες αυτές είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη. Το ίδιο το μωρό καθώς θηλάζει δίνει την εντολή για το ξεκίνημα της λειτουργίας παραγωγής του γάλακτος στο μαστό. Με το θηλασμό διεγείρονται οι νευρικές απολήξεις της θηλής και ενεργοποιείται ο μηχανισμός που παράγει και ελευθερώνει το γάλα. Πιο συγκεκριμένα, στέλνεται μήνυμα στον εγκέφαλο με τη νευρική οδό με αποτέλεσμα να ελευθερώνονται οι δύο παραπάνω ορμόνες από την υπόφυση, και στη συνέχεια μεταφέρονται μέσω του αίματος στο μαστό. Η προλακτίνη είναι υπεύθυνη για την παραγωγή του γάλακτος στις κυψελίδες, ενώ με την ωκυτοκίνη προωθείται ως ανακλαστικό ροής και γίνεται αισθητό από τη μητέρα με μικρά «τσιμπηματάκια» στο μαστό (Error Norwitz- John Schorge,2004, Κώσταλος, Παπανικολάου, 1985).

Όσο πιο γρήγορα μετά τον τοκετό και όσο πιο συχνά θηλάζει το μωρό, τόσο γρηγορότερα έρχεται το πύαρ, πρωτόγαλα και στη συνέχεια το κανονικό γάλα. Όλες σχεδόν οι μητέρες είναι ικανές να θηλάσουν τα παιδιά τους και η φύση έχει προβλέψει ώστε η παραγωγή του μητρικού γάλακτος να είναι ανάλογη με τις ανάγκες τόσο του νεογέννητου όσο και του βρέφους (Error Norwitz- John Schorge,2004, Κώσταλος, Παπανικολάου, 1985).

Το μητρικό γάλα είναι η φυσική και αδιαμφισβήτητα ιδανικότερη τροφή για το νεογέννητο και το βρέφος, ειδικά προσαρμοσμένη στις ανάγκες του είδους του. Η σύστασή του μεταβάλλεται διαρκώς τόσο κατά τη διάρκεια ενός θηλασμού και εντός του 24ώρου, όσο και κατά τη διάρκεια της γαλουχίας και είναι αυτή που εξασφαλίζει την ιδανική σωματική, νοητική και ψυχική ανάπτυξη του βρέφους. Η παρουσία ενός μεγάλου αριθμού βίο-δραστικών ουσιών στο μητρικό γάλα, που λείπουν από το ξένο γάλα, έχει σαν αποτέλεσμα το μητρικό γάλα να προσφέρει προστασία έναντι ενός μεγάλου αριθμού οξέων και χρόνιων νοσημάτων και να ευνοεί την ωρίμανση του ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους. Είναι εντυπωσιακό ότι βίο-δραστικές ουσίες ανακαλύπτονται διαρκώς τα τελευταία 15 χρόνια στο μητρικό γάλα και ότι η ανακάλυψή τους διευρύνει ακόμα περισσότερο, Εντύπωση μάλιστα προκαλεί η ανακάλυψη βιοδραστικών ουσιών τα τελευταία 15 χρόνια οι οποίες διευρύνουν ακόμα περισσότερο το χάσμα ανάμεσα στο μητρικό και το ξένο γάλα παρά τις προσπάθειες της βιομηχανίας γαλάτων (Κώσταλος, Παπανικολάου, 1985).

2.1 Είδη μητρικού γάλακτος

2.1.1 Πύαρ ή πρωτόγαλα

Το πύαρ κάνει επίσημα την εμφάνισή του κατά τις πρώτες 5-6 ημέρες της λοχείας, ενώ έχει ήδη παραχθεί μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το χρώμα του είναι κιτρινωπό, καθώς περιέχει καρωτίνη και έχει βάρος 1040 – 1060. Κάποια από τα χαρακτηριστικά του είναι το λίγο λίπος που περιέχει και το κάνει πολύ εύπεπτο τις 2 – 3 πρώτες μέρες της ζωής του μωρού, καθώς και το γεγονός ότι είναι πλούσιο σε λευκώματα, άλατα και βιταμίνες, τα οποία κάνουν την αξία του μοναδική. Το σπουδαιότερο όμως απ' όλα είναι ότι περιέχει πολλά αντισώματα, δηλαδή ουσίες που κάνουν τα μωρά ανθεκτικά σε λοιμώξεις, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τα μωρά που θηλάζουν δεν αρρωσταίνουν ποτέ.

Σε κάθε θηλασμό των πρώτων ημερών της λοχείας εκκρίνονται 10-40 κ. εκ. πύατος που είναι πλούσιο σε θερμίδες για να καλύψει τις ανάγκες του νεογνού αφού η ποσότητά του είναι μικρή. Όλες οι γυναίκες είναι ικανές να θηλάσουν ανεξάρτητα με την ποσότητα του πύατος που βγάζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το πύαρ αποτελείται από πολυμορφοπύρηνα, μονοπύρηνα, επιθηλιακά κύτταρα και τα σώματα του πύατος, που είναι εμπύρηνα κύτταρα γεμάτα λιποσφαίρια, 4-5 φορές μεγαλύτερα από τα λεμφοκύτταρα. Το νεογνό τις 3 πρώτες μέρες της ζωής του τρέφεται φυσικά με πύαρ, το οποίο βοηθάει να αποβληθεί το περιεχόμενο του εντερικού σωλήνα, δηλαδή το μηκόνιο, και να εγκατασταθεί φυσιολογική χλωρίδα. Το πύαρ μετά την τρίτη μέρα μεταβάλλεται σε μεταβατικό γάλα κι ύστερα σε γάλα (Φύσσας, 2006, Καλογερόπουλος, 1992, Cloherty M.D., 1984, Χρυσανθοπούλου, 2010).

2.1.2 Μεταβατικό γάλα

Πρόκειται για το έκκριμα των μαστών της λεχώνας που εκκρίνεται ανάμεσα στην 6η -10η ημέρα από τον τοκετό. Αυτό αυξάνεται σε ποσότητα και προοδευτικά αραιώνεται (Φύσσας, 2006, Χρυσανθοπούλου, 2010).

2.1.3 Γάλα

Το ώριμο γάλα εκκρίνεται μετά το μεταβατικό γάλα, που έχει πλέον οριστικοποιηθεί η σύνθεσή του μετά τη 10η μέρα της λοχείας. Το χρώμα του είναι προς το άσπρο και στη σύστασή του πιο λεπτόρρευση από το πύαρ. Η έκκριση αυτή είναι προοδευτική ως προς την ποσότητά της γιατί και το νεογνό στις πρώτες ημέρες της ζωής του δεν έχει ανάγκη από μεγάλη ποσότητα γάλακτος. Είναι πλούσιο σε λευκώματα, λίπη, υδατάνθρακες, άλατα, βιταμίνες και αντισώματα που δεν έχουν τα

ξένα γάλατα και το κάνουν την αναντικατάστατη τροφή του νεογέννητου. Το γάλα έχει ειδικό βάρος 1030- 1032. Η έλευση του γάλακτος γίνεται αντιληπτή από διάφορα συμπτώματα, όπως οι πονοκέφαλοι, η αδιαθεσία, η δίψα, η εξάψεις και η μικρή άνοδος της θερμοκρασίας.

2.2. Παραγωγή μητρικού γάλακτος

Τα υψηλά επίπεδα ορμονών, προγεστερόνης και οιστρογόνων, εμποδίζουν το γάλα να απελευθερωθεί κατά τη διάρκεια της κύησης, αν και υπάρχει στους μαστούς από τον πέμπτο ή έκτο μήνα της εγκυμοσύνης. Η έκκριση του γάλακτος, η οποία επιτυγχάνεται με το θηλασμό, απαιτεί την ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα της θηλής του μαστού και της υποθαλαμουποφυσιακής σύνδεσης. Με την έξοδο του πλακούντα (υστεροτοκία), πραγματοποιείται η έναρξη της έκκρισης του γάλακτος, λόγω απότομης πτώσης των παραπάνω ορμονών (προγεστερόνης και οιστρογόνων) στο αίμα της μητέρας. Αυτή η δράση ενεργοποιεί την παραγωγή μεγάλων ποσοτήτων προλακτίνης από την υπόφυση. Ακόμα, η συμμετοχή της ουροξίνης, της τριωδοθυρονίνης και μικρών ποσοτήτων οιστρογόνων, συμβάλλει στην αύξηση της έκκρισης προλακτίνης και συνάμα στην πτώση της PIF (ανασταλτικός παράγοντας της προλακτίνης). Επιπλέον, κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού νευρικές ώσεις από τις θηλές των μαστών μέσω των μεσοπλευρίων νεύρων του νωτιαίου μυελού και του εγκεφαλικού στελέχους, μεταφέρονται στον υποθάλαμο, όπου προκαλούν αναστολή της PIF και ταυτόχρονα αυξημένη έκκριση προλακτίνης από την υπόφυση (Μιχαλάς Ε.Π.).

2.3. Σύσταση μητρικού γάλακτος

Το μητρικό γάλα αποτελείται κυρίως από νερό, το οποίο αποτελεί το 87% και από άλλα συστατικά, θρεπτικά και μη. Τα θρεπτικά συστατικά του γάλακτος είναι τα λίπη, οι πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες και μη θρεπτικά είναι υδατοδιαλυτές και λιποδιαλυτές βιταμίνες, τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία. Τα συστατικά του γάλακτος μπορούν να διασχίσουν τη μεμβράνη της θηλαίας άλω με δύο τρόπους, είτε με διάχυση είτε με μεταφορά. Το παραπάνω δικαιολογείται από το γεγονός ότι το μητρικό γάλα είναι ισοτονικό ως προς το πλάσμα. Το ασβέστιο, η γλυκόζη, το μαγνήσιο, τα αμινοξέα και το νάτριο διασχίζουν την μεμβράνη με ενεργητική μεταφορά ενώ το νερό, οι ηλεκτρολύτες και τα υδατοδιαλυτά συστατικά κινούνται μέσω της διάχυσης.

2.3.1 Βασικά συστατικά μητρικού γάλακτος

Τα βασικά συστατικά του μητρικού γάλακτος είναι οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες (λακτόζη) και τα λίπη τα οποία είναι μακροθρεπτικά. Τα μακροθρεπτικά αυτά συστατικά συντίθενται στα εκκριτικά κύτταρα της θηλαίας άλω και μεταφέρονται μέσω του μητρικού πλάσματος. Το μητρικό πλάσμα μεταφέρει και άλλα στοιχεία, όπως τα μέταλλα και οι βιταμίνες.

Λίπη

Τα λίπη είναι υπεύθυνα για σημαντικές λειτουργίες, γι' αυτό και η παρουσία τους στο μητρικό γάλα είναι απαραίτητη. Οι λειτουργίες αυτές έγκειται στο γεγονός ότι τα λίπη αποτελούν μεταφορικό μέσο για τις λιποδιαλυτές βιταμίνες Α, D, E, K, είναι πρόδρομες ενώσεις της προλακτίνης και άλλων ορμονών που σχετίζονται με το θηλασμό, είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του εγκεφάλου του μωρού και αποτελούν κύριο συστατικό για τις κυτταρικές μεμβράνες.

Τα λίπη είναι υπεύθυνα για το 40 – 50% των συνολικών θερμίδων του μητρικού γάλακτος. Το μητρικό γάλα αποτελείται από τριγλυκερίδια στο μεγαλύτερο ποσοστό, χοληστερόλη και φωσφολιπίδια σε μικρότερο βαθμό. Το 80% των τριγλυκεριδίων συντίθεται στο πλάσμα ενώ το υπόλοιπο 20% συντίθεται από λιπαρά οξέα μακράς αλυσίδας και η σύνθεσή τους γίνεται από τον ίδιο το μαστικό αδέν. Η περιεκτικότητα της χοληστερόλης στο μητρικό γάλα είναι 7 – 47 mg/dl και είναι κλινικά σημαντική. Η χοληστερόλη στο μητρικό γάλα είναι απαραίτητη γιατί συντελεί στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του μωρού, των μεταβολικών ενζύμων και συμβάλλει στη σύνθεση χολικών αλάτων και νευρικού ιστού. Σε αντίθεση με τις αρνητικές επιδράσεις που έχει στη καρδιαγγειακή λειτουργία των ενηλίκων, σε βρέφη δεν έχει παρατηρηθεί ότι προκαλεί κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα. Το τεχνητό γάλα του εμπορίου δεν περιέχει χοληστερόλη παρόλο που αποδίδει τις ίδιες θερμίδες σε λίπος με το μητρικό.

Το λίπος είναι ευμετάβλητο συστατικό του γάλακτος λόγω των ποικίλων σταδίων του μητρικού θηλασμού. Η περιεκτικότητά του είναι μεγαλύτερη στο ώριμο γάλα παρά στο πύαρ και έχει παρατηρηθεί ότι το ποσοστό του είναι μεγαλύτερο στα τελευταία λεπτά του θηλασμού και η ποσότητά του είναι μεγαλύτερη κατά τις απογευματινές ώρες. Τα νεογέννητα μωρά, μέρα με τη μέρα αναπτύσσονται, και γι' αυτό τα νεύρα καλύπτονται από μια ουσία καλούμενη μυελίνη η οποία συντελεί στο να διαβιβάζονται τα μηνύματα από νεύρο σε νεύρο σε όλο τον εγκέφαλο και το σώμα. Τα συστατικά του μητρικού γάλακτος τα οποία χρειάζονται για να αναπτύξει το σώμα υψηλής ποιότητας μυελίνη είναι τα λινελαϊκά και λινολενικά οξέα.

Ένα ιδιαίτερο συστατικό του μητρικού γάλακτος είναι το ένζυμο, λιπάση, το οποίο διασπα το λίπος σε τριγλυκερίδια και το κάνει πιο εύπεπτο και καλύτερα αφομοιώσιμο για τα μωρά. Το παραπάνω εξηγεί γιατί το μητρικό γάλα είναι ωφέλιμο και στα πρόωρα μωρά, τα οποία χρειάζονται την απαραίτητη για την αύξηση τους ενέργεια και των οποίων το πεπτικό σύστημα είναι ανώριμο.

Η διατροφή της μητέρας δεν επηρεάζει τα συστατικά του γάλακτος, ωστόσο μπορεί να επηρεάσει το λίπος του. Τα συστατικά του λίπους διαφέρουν όταν η μητέρα έχει κακή διατροφή, είτε αυτό σημαίνει ότι υποσιτίζεται είτε ότι υπερσιτίζεται, παρά το γεγονός ότι η ποσότητά του είναι επαρκής (Ελληνικό ινστιτούτο διατροφής, 2007, . Μάλλη Θεοδώρα, 2007).

Πρωτεΐνες

Τα δομικά συστατικά των πρωτεϊνών είναι τα αμινοξέα, από τα οποία συντίθενται στα εκκριτικά κύτταρα είτε μεταφέρονται από το μητρικό πλάσμα. Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα για τη σίτιση του βρέφους, καθώς σε αυτή την ηλικία οι όροι «απαραίτητα αμινοξέα» και «μη απαραίτητα αμινοξέα» δε χρησιμοποιούνται. Το ύψος είναι αυτό το οποίο περιέχει την πρωτεΐνη σε μεγαλύτερο ποσοστό και συγκεκριμένα το 2,3%, ενώ στο ώριμο γάλα περιέχεται πρωτεΐνη σε ποσοστό μόλις 0,9%. Το μητρικό γάλα περιέχει δυο είδη πρωτεϊνών, την καζεΐνη και τη λακταβουμίνη σε ποσοστά 40% και 60% αντίστοιχα. Η συγκεκριμένη σύσταση το κάνει εύκολα αφομοιώσιμο σε αντίθεση με το αγελαδινό γάλα, το οποίο περιέχει 20% λακταβουμίνη και 80% καζεΐνη και το τεχνητό το οποίο περιέχει και αυτό μεγάλο ποσοστό καζεΐνης.

Τα αμινοξέα τα οποία περιέχονται στο ανθρώπινο γάλα είναι: αλανίνη, αργινίνη, ασπαραγικό οξύ, κυστεΐνη, γλουταμινικό οξύ, γλυκίνη, ιστιδίνη, ισολευκίνη, λευκίνη, μεθειονίνη, φαινυλαλαλίνη, προλίνη, σερίνη, ταυρίνη, θρεονίνη, τρυπτοφάνη, τυροσίνη, βαλίνη. Κάποια από τα παραπάνω αμινοξέα παίζουν επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) του βρέφους. Πιο συγκεκριμένα, το μητρικό γάλα περιέχει μεγαλύτερη ποσότητα κυστεΐνης απ'ότι το αγελαδινό. Τα αμινοξέα φαινυλαλαλίνη και τυροσίνη περιέχονται σε μικρότερες ποσότητες στο μητρικό γάλα καθώς μπορεί να προκαλέσουν καταστροφή του ΚΝΣ του βρέφους. Τέλος το μητρικό γάλα περιέχει την ταυρίνη σε μεγάλες ποσότητες, καθώς είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του ΚΝΣ, τα βρέφη δεν μπορούν να τη συνθέσουν και δεν περιέχεται στο αγελαδινό γάλα (. Μάλλη Θεοδώρα, 2007).

Λακταβουμίνη

Η α- λακταβουμίνη, πρωταρχική πρωτεΐνη του τυρογάλακτος, μαζί με άλλες πρωτεΐνες κλειδιά (τη λακτοφερρίνη και την εκκριτική ανοσοσφαιρίνη Α) αποτελούν το 60-80% των πρωτεϊνών του ανθρώπινου γάλακτος. Συντίθεται στο μαστικό αδένια και είναι παρούσες και άλλες πρωτεΐνες όπως ο ορός αλβουμίνης, η β- λακτογλοβουλίνη και η β- ανασοσφαιρίνη καθώς και ποικίλες γλυκοπρωτεΐνες.

Λακτοφερίνη

Μια πρωτεΐνη, η οποία είναι συστατικό των πρωτεϊνών του τυρογάλακτος είναι η λακτοφερίνη, η οποία δεν περιέχεται στο τυποποιημένο γάλα. Η λακτοφερίνη έχει προστατευτικές – ανοσοποιητικές ιδιότητες, παρεμποδίζοντας την ανάπτυξη και την αύξηση των σίδηρο – εξαρτώμενων βακτηρίων στο γαστρεντερικό σύστημα, κάτι που την κάνει σιδηροδεσμευτική πρωτεΐνη και άμεση αντιβιοτική επίδραση σε βακτηρίδια όπως σταφυλόκοκκοι και οι ζύμες. Η συγκεκριμένη πρωτεΐνη έχει και αντιβακτηριδιακή δράση, καθώς σε συνεργασία με την εκκριτική ανοσοσφαιρίνη Α δρα ενάντια στην *E. Coli*. Η λακτοφερρίνη επίσης δρα σε μικροοργανισμούς, παρεμποδίζοντας το μεταβολισμό των υδατανθράκων, προσβάλλοντας το κυτταρικό τοίχωμα και δεσμεύοντας το ασβέστιο και το μαγνήσιο. Η πρωτεΐνη αυτή συναντάται σε υψηλές συγκεντρώσεις στο πύαρ, ωστόσο παραμένει στο γάλα μέχρι το πρώτο έτος του θηλασμού (Μάλλη Θεοδώρα,2007).

Εκκριτική Ανοσοσφαιρίνη Α

Η συγκεκριμένη πρωτεΐνη συνδέεται με την εσωτερική μεμβράνη της μύτης, του στόματος και του λαιμού του βρέφους όπου και καταπολεμά τη δράση των μολυσματικών παραγόντων που υπάρχουν σε εκείνες τις περιοχές, με αποτέλεσμα η λειτουργία της να είναι η προστασία του βρέφους από αναπνευστικά και εντερικά βακτήρια. Οι ποσότητες της πρωτεΐνης αυτής ενάντια στους ιούς και τα βακτήρια αυξάνεται σε απάντηση της μητρικής έκθεσης σε αυτούς τους οργανισμούς. Η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη Α επίσης, προστατεύει το βρέφος από αλλεργίες. Η υψηλότερη συγκέντρωση της βρίσκεται στο πύαρ (μέχρι και 10g/dl), τις πρώτες τρεις έως πέντε ημέρες μετά τη γέννηση.

Λυσοζύμη

Πρόκειται για ένα ένζυμο το οποίο βρίσκεται σε υψηλότερα ποσοστά στο ανθρώπινο γάλα απ'ότι στο αγελαδινό, και η ποσότητά του στο μητρικό γάλα αυξάνεται καθ' όλη τη χρονική διάρκεια που πραγματοποιείται ο θηλασμός. Η φυσιολογική λειτουργία αυτού του ενζύμου είναι να προστατεύει το βρέφος από τα εντεροβακτήρια και τα θετικά κατά Gram βακτήρια, κάτι που υποδηλώνει ότι είναι εύπεπτη. Επίσης, έχει αντιφλεγμονώδη λειτουργία και αυξάνει την ανάπτυξη της χλωρίδας του εντέρου.

Καζεΐνη

Η καζεΐνη είναι μια πρωτεΐνη του πήγματος του γάλακτος, και υπάρχουν δύο μορφές η α και η β. στο μητρικό γάλα, κυρίαρχη είναι η β καζεΐνη που επιτρέπει το 80% περίπου του σιδήρου να απορροφηθεί μέσω της λακταφερίνης όπως έχει προαναφερθεί. Το μεγαλύτερο μέρος της καζεΐνης είναι σε πορώδη μορφή και στους πόρους της περιέχονται το μεγαλύτερο ποσοστό αλάτων ασβεστίου και φωσφόρου. Σε αντίθεση με τη β καζεΐνη, η α καζεΐνη περιέχεται σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις

στο τυποποιημένο γάλα κάτι που μειώνει την ποσότητα του σιδήρου σε αυτά. Για τον παραπάνω λόγο, πολλά τυποποιημένα γάλατα έχουν μεγάλες ποσότητες σιδήρου, προκειμένου τα βρέφη να απορροφούν την επιθυμητή ποσότητα (Παπαβέντσης Στέλιος,2000).

Υδατάνθρακες

Ο κυριότερος υδατάνθρακας που περιέχεται στο μητρικό γάλα είναι ένας δισακχαρίτης, η λακτόζη. Ετοιμολογικά η λέξη λακτόζη (lactose) προέρχεται από τα εξής δύο συνθετικά: lact, που σημαίνει γάλα και ose που σημαίνει ζάχαρη. Ο συγκεκριμένος δισακχαρίτης αποτελείται από δύο μονοσακχαρίτες, τη γαλακτόζη και τη λακτόζη. Η λακτόζη συντίθεται στα εκκριτικά κύτταρα από τους δύο μονοσακχαρίτες, που περιέχονται στο μητρικό αίμα. Βρίσκεται σε ποσοστό 4,8% στο μητρικό γάλα και σε αυτό οφείλονται το 40% των συνολικών θερμίδων που παρέχει το μητρικό γάλα στο βρέφος. Ο ρόλος του συγκεκριμένου υδατάνθρακα είναι διπλός: 1) ο εγκέφαλος του εμβρύου, ο οποίος είναι ανεπτυγμένος και συνεχίζει να αναπτύσσεται, απαιτεί λακτόζη ως θρεπτικό υπόστρωμα και 2) από ωσμωτική σκοπιά, η έκκριση λακτόζης απαιτεί και παράλληλη έκκριση μεγάλου ποσού ύδατος, το οποίο είναι επαρκές για να καλύψει τις μεγάλες ανάγκες του μωρού σε νερό για να σχηματιστούν ούρα.

Πέρα από τη λακτόζη, στο μητρικό γάλα, έχουν προσδιοριστεί και άλλοι υδατάνθρακες. Τέτοιοι είναι η γλυκόζη, η γαλακτόζη, οι γλυκοζαμίνες, η φυκόζη, η ν-ακετυλγλυκοζαμίνη και το σιαλικό οξύ, ολιγοσακχαρίτες διαφορετικής δομής. Αυτές οι ενώσεις περιλαμβάνουν μέχρι και 1,2 % του ώριμου μητρικού γάλακτος (που συγκρίνεται σε περίπου 0,1 % του αγελαδινού γάλακτος). Οι παραπάνω υδατάνθρακες μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες αύξησης για το γαλακτοβάκκιλο ο οποίος αποικεί στο γαστρεντερικό σύστημα του βρέφους ή ως προστατευτικοί παράγοντες ενάντια σε ορισμένες βακτηριακές τοξίνες.

Οι υδατάνθρακες αποδίδουν 4Kcals/gr και τα λίπη αποδίδουν 9Kcals/gr. Από αυτό φαίνεται ότι τα λίπη αποδίδουν περισσότερη ενέργεια στο βρέφος, παρότι οι υδατάνθρακες βρίσκονται σε μεγαλύτερη ποσότητα στο ανθρώπινο γάλα. Η λακτόζη βρίσκεται σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις στο ώριμο γάλα (6,8gr/100ml), απ'ότι στο πύαρ (5,3 gr/100 ml). Ο συγκεκριμένος υδατάνθρακας καθορίζει την ένταση του γάλακτος, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η μητέρα έχει μικρότερη ένταση γάλακτος όταν συντίθεται λιγότερη λακτόζη και μεγαλύτερη όταν συντίθεται περισσότερη λακτόζη. Η λακτόζη αυξάνεται δραματικά από 4 έως 120 ημέρες και κατά συνέπεια η ένταση παραγωγής γάλακτος αυξάνεται, σε αντίθεση με το λίπος, η ποσότητα του οποίου ποικίλει κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Τα ποσοστά της λακτόζης στο μητρικό γάλα διαφέρουν σημαντικά από το αγελαδινό. Ενώ το μητρικό γάλα περιέχει 6,8gr/100ml λακτόζης το αγελαδινό περιέχει 0,3gr/100ml. Αυτό είναι σημαντικό επειδή η υψηλότερη ποσότητα της λακτόζης δημιουργεί περισσότερα οξέα στο περιβάλλον του εντέρου, ωστόσο μειώνεται με την παρουσία της η ποσότητα των μη επιθυμητών βακτηρίων και βελτιώνεται η συγκέντρωση του γάλακτος με φώσφορο και μαγνήσιο. Η λακτόζη

βοηθά στη σύνθεση των βιταμινών του συμπλέγματος Β και προωθεί την ανάπτυξη της χλωρίδας του εντέρου η οποία αντιστέκεται στην ανάπτυξη των θετικά κατά Gram βακτηρίων που παράγουν γαλακτικά οξέα από υδατάνθρακες (Παπαβέντσης Στέλιος, 2000).

Βιταμίνες

Οι βιταμίνες οι οποίες περιέχονται στο μητρικό γάλα αντικατοπτρίζουν την ποσότητα των βιταμινών στον οργανισμό της μητέρας. Αν για μεγάλο χρονικό διάστημα, η ποσότητα των βιταμινών στο μητρικό οργανισμό είναι μικρή, αντίστοιχα μικρό θα είναι και το ποσοστό των βιταμινών στο μητρικό γάλα.

Λιποδιαλυτές βιταμίνες

Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες είναι οι Α , D , Ε και Κ και είναι παρούσες όλες στο μητρικό γάλα. Ανάλογα με το στάδιο του θηλασμού διαφέρει και η ποσότητα των βιταμινών στο μητρικό γάλα. Οι βιταμίνες Α, Ε και Κ μειώνονται με την πάροδο του χρόνου κατά το θηλασμό και συγκεκριμένα η βιταμίνη Κ περιέχεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στο ώριμο γάλα απ'ότι στο πύαρ. Το χαρακτηριστικό κίτρινο χρώμα του πύατος οφείλεται στη β καροτίνη, μια προβιταμίνη της βιταμίνης Α. Επίσης, στο πύαρ παρατηρείται υψηλότερη συγκέντρωση τοκοφερόλης, του κύριου συστατικού της βιταμίνης Ε, απ'ότι στο ώριμο γάλα.

Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες περιλαμβάνουν τη βιταμίνη C, τη θειαμίνη, τη ριβοφλαμίνη, τη νιασίνη, τη βιταμίνη Β6, τη βιταμίνη Β12, τη βιοτίνη, το παντοθενικό οξύ, το φυλικό οξύ. Τα επίπεδα των υδατοδιαλυτών βιταμινών μειώνονται πάρα πολύ στο στάδιο του θηλασμού με εξαίρεση το φυλικό οξύ, αλλά η ένταση της ροής του γάλακτος αυξάνεται και η συνολική τροφή παραμένει σε επαρκή επίπεδα.

Μέταλλα

Τα μέταλλα ρυθμίζουν τη λειτουργία του σώματος. Η ποσότητα των μετάλλων στο μητρικό οργανισμό δεν έχει σχέση με την ποσότητα τους στο μητρικό γάλα. Σε αντίθεση με την περιεκτικότητα άλλων ειδών γάλακτος σε μέταλλα, το ανθρώπινο περιέχει μικρές ποσότητες μετάλλων. Αυτά είναι το νάτριο (8 mM), το κάλιο (15 mM), το χλώριο (14 Mm), το ασβέστιο (7 Mm) και το μαγνήσιο (1 Mm).

Ιχνοστοιχεία

Τα ιχνοστοιχεία στο ανθρώπινο γάλα συμπεριλαμβάνουν το ιώδιο, το σίδηρο, το ψευδάργυρο, το μαγνήσιο, το σελήνιο, το χρώμιο, το κοβάλτιο και το χαλκό. Τα επίπεδα σιδήρου, χαλκού και ψευδαργύρου είναι μεγαλύτερα στο μητρικό γάλα αμέσως μετά τη γέννηση. Η συγκέντρωση του χαλκού μειώνεται στο διάστημα από τη γέννηση έως τους πέντε μήνες ζωής του βρέφους και μετά σταθεροποιείται. Τα αποθέματα μητρικού ψευδαργύρου δεν έχουν καμία επιρροή στη συγκέντρωση γάλακτος.

Ο σίδηρος είναι χαμηλός και στο μητρικό γάλα και στο αγελαδινό γάλα καθώς και πολλά τυποποιημένα γάλατα ενισχύονται με σίδηρο. Σε αντίθεση με άλλων ειδών γάλατα ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος που βρίσκονται στο ανθρώπινο γάλα απορροφώνται αποτελεσματικότερα από το γαστρεντερικό σύστημα του βρέφους (Παπαβέντσης Στέλιος, 2000).

2.3.2 Άλλα συστατικά μητρικού γάλακτος

Πέραν από τα παραπάνω συστατικά το μητρικό γάλα περιέχει και άλλα συστατικά εκ των οποίων τα πιο γνωστά είναι τα πρωτεϊνικά νιτρογόνα συστατικά. Αυτά περιέχουν ουρία, κρεατινίνη, κρεατίνη, ουρικό οξύ, γλυκοζαμίνη, νουκλεϊκα οξέα, νουκλεοτίδια και πολυαμίνες.

| Μακροθρεπτικά συστατικά | Ανά 100 ml μητρικού γάλακτος |
|--|------------------------------|
| Ενέργεια (kcal) | 70 |
| Πρωτεΐνες (g) | 1.3 |
| καζεΐνη (% της ολικής πρωτεΐνης) | 40 |
| πρωτεΐνη ορού (% της ολικής πρωτεΐνης) | 60 |
| Υδατάνθρακες (g) | 6,89 |
| Λιπίδια (g) | 4,38 |
| κορεσμένα (g) | 2,01 |
| μονοακόρεστα (g) | 1,66 |
| πολυακόρεστα (g) | 0,50 |
| χοληστερόλη (mg) | 14 |

Εικόνα 4: Περιεκτικότητα μέρους των συστατικών του μητρικού γάλακτος (Εμμανουήλ Ε., 2016).

| Βιταμίνες | Ανά 100 ml μητρικού γάλακτος |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Λιποδιαλυτές: | |
| Βιταμίνη A (μg) | 61 |
| Βιταμίνη D (UI) | 3 |
| Βιταμίνη E (mg) | 0,08 |
| Βιταμίνη K (μg) | 0.3 |
| Υδατοδιαλυτές: | |
| Βιταμίνη B1 (μg) | 14 |
| Βιταμίνη B2 (μg) | 36 |
| Βιταμίνη B3 (μg) | 177 |
| Βιταμίνη B12 (μg) | 0,05 |
| Φυλλικό οξύ (μg) | 5 |
| Βιταμίνη C (mg) | 5 |

Εικόνα 5: Περιεκτικότητα μέρους των συστατικών του μητρικού γάλακτος (Εμμανουήλ Ε., 2016).

| Μέταλλα και ιχνοστοιχεία | Ανά 100 ml μητρικού γάλακτος |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Ασβέστιο (mg) | 32 |
| Φώσφορος (mg) | 14 |
| Νάτριο (mg) | 17 |
| Κάλιο (mg) | 51 |
| Μαγνήσιο (mg) | 3 |
| Σίδηρος (mg) | 0.03 |
| Χαλκός (μg) | 400 |
| Ψευδάργυρος (mg) | 0.17 |
| Σελήνιο (μg) | 13-50 |

Εικόνα 6: Περιεκτικότητα μέρους των συστατικών του μητρικού γάλακτος (Εμμανουήλ Ε., 2016).

2.4. Υπεροχή μητρικού γάλακτος

Το μητρικό γάλα είναι ιδανικό για τα βρέφη για δύο λόγους, αρχικά γιατί υπερέχει ως προς τη σύστασή του από όλες τις άλλες φόρμουλες που κυκλοφορούν και δεύτερον προστατεύει το βρέφος από διάφορους εξωγενείς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, προστατεύει το νεογνό από διάφορες αλλεργίες και ταυτόχρονα δημιουργεί στενούς δεσμούς ανάμεσα στο μωρό που θηλάζει και στη μητέρα. Η σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των Παιδιατρικών Εταιριών ανά τον κόσμο περιλαμβάνει αποκλειστικό θηλασμό κατά το 1ο εξάμηνο της ζωής του βρέφους και τουλάχιστον μέχρι το 2ο έτος μεικτή διατροφή (μητρικό γάλα + άλλη τροφή) (Jaeusch, Lisauer,2008).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πόσο επιτακτική είναι η ανάγκη να συνειδητοποιήσουν οι νέες μητέρες την τεράστια αξία που έχει το μητρικό γάλα για το νεογνό και να μην στερήσουν από το παιδί τους τα πολλά και σημαντικότερα οφέλη για την υγεία και την ανάπτυξή του. Το μητρικό γάλα αποτελεί για πολλούς το πολυτιμότερο αγαθό που προσφέρεται από τη μητέρα στο παιδί, τους πρώτους μήνες της ζωής του. Γίνεται λοιπόν αναγκαίο να καταβληθούν προσπάθειες για την προώθηση του μητρικού θηλασμού (Jaeusch, Lisauer,2008).

Οι ειδικοί διεθνώς συστήνουν τα νήπια να θηλάζονται αποκλειστικά κατά το πρώτο εξάμηνο της ζωής τους. Το μητρικό γάλα περιέχει αντισώματα της μητέρας, τα οποία περνάνε στο παιδί, καθώς και άλλους ανοσοποιητικούς και θρεπτικούς παράγοντες. Οι ερευνητές βρήκαν ότι η ευεργετική δράση του μητρικού γάλακτος υπάρχει κυρίως όταν υπάρχει αποκλειστικός θηλασμός, ενώ ο συνδυασμός θηλασμού και γάλακτος από μπουκάλι δεν έχει ίδιο προστατευτικό αποτέλεσμα (Κατσιμπάρδη, 1993, Jaeusch, Lisauer,2008).

Πέραν της συστάσεώς του, το μητρικό γάλα παρουσιάζει και άλλα πλεονεκτήματα. Το μητρικό γάλα δεν περιέχει μολυσματικά βακτήρια γιατί το παιδί το παίρνει απ' ευθείας από το μαστό της μητέρας του. Δε θέλει προετοιμασία και είναι έτοιμο κάθε στιγμή που το χρειάζεται το μωρό στην κατάλληλη θερμοκρασία και αναλογία. Περιέχει ανοσοποιητικούς παράγοντες κυρίως ανοσοσφαιρίνες που προφυλάσσουν το μωρό από πολλές αρρώστιες και παράγοντες ανάπτυξης. Ένα άλλο συστατικό του μητρικού γάλακτος το οποίο είναι πολύ σημαντικό για την πέψη του γάλακτος από το βρέφος είναι τα ένζυμα. Τα αντισώματα και τα ένζυμα δεν μπορούν να κατασκευαστούν στη βιομηχανία. Τα παιδιά που θηλάζουν σπάνια παθαίνουν γαστρεντερίτιδες, ωτίτιδες, βρογχίτιδες και είναι περισσότερο ανθεκτικά σε ορισμένους ιούς. Στατιστικές έρευνες και μελέτες έχουν δείξει ότι με το μητρικό γάλα ελαττώθηκε πολύ η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των παιδιών. Επίσης σε παιδιά που θηλάζουν εκδηλώνονται σπάνια αλλεργικές εκδηλώσεις όπως η ρινίτιδα, το άσθμα, το έκζεμα και οι διάρροιες. Τέλος, το μητρικό γάλα είναι σωτήριο και για τα πρόωρα παιδιά διότι έχει μεγάλη περιεκτικότητα λευκωμάτων (Κατσιμπάρδη, 1993, Lisauer,2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

3.1. Επιδημιολογία του μητρικού θηλασμού

Συχνά επικρατεί η άποψη ότι στα παλιότερα χρόνια όλα τα βρέφη θήλαζαν. Η συγκεκριμένη άποψη είναι αυθαίρετη καθώς δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να την υποστηρίζουν. Σίγουρα τα έθιμα και οι συνήθειες διέφεραν τόσο από χώρα σε χώρα, όσο και μέσα στην ίδια τη χώρα υπήρχαν διαφορές ανάλογα με την κοινωνική τάξη στην οποία ανήκαν οι μητέρες. Σε κάποια μέρη οι μητέρες θήλαζαν τα βρέφη τους σε ποσοστό 80 με 90% κυρίως τα δυο πρώτα ίσως και τα τρία πρώτα παιδιά της οικογένειας. Στη Βαυαρία, το Τυρόλο, την Ισλανδία, τη Μόσχα ο μητρικός θηλασμός είχε εγκαταλειφθεί για αρκετούς αιώνες. Κατά τον 18^ο αιώνα μητέρες οι οποίες ανήκαν σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα ανέθεταν το θηλασμό σε τροφούς ενώ μητέρες οι οποίες ανήκαν στην αγροτική τάξη μπορεί να θήλαζαν τα βρέφη τους σπάνια ή καθόλου (Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP et al. 1994).

Οι πρώτες επίσημες στατιστικές αναφορικά με το θηλασμό προέρχονται από τη Βαυαρία στα μέσα του 19ου αι. (1882). Η μέση διάρκεια θηλασμού ανερχόταν σε 3,5 εβδομάδες. Στο Μόναχο δε λιγότερο του 10% των βρεφών ελάμβαναν μητρικό γάλα (Manz F, Manz I, Lennert T 1996).

Με το τέλος του 19^{ου} αιώνα παρατηρείται ένα κύμα ανόδου στη διάθεση των μητέρων για το μητρικό θηλασμό. Η συγκεκριμένη άνοδος οφείλεται και σε μελέτες οι οποίες καταδεικνύουν ότι το ποσοστό θνησιμότητας σε βρέφη τα οποία θηλάζουν είναι πολύ μικρότερο από αυτό σε βρέφη τα οποία δε θηλάζουν. Αυτή η αυξημένη διάθεση για μητρικό θηλασμό διήρκεσε μέχρι το τέλος του 1930. Παιδιάτροι και νοσηλεύτριες υποστήριζαν με ενθουσιασμό τις νέες μητέρες σε αυτό τους το εγχείρημα. Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν η εντυπωσιακή αύξηση του ποσοστού των μητέρων οι οποίες θηλάζουν από 58% σε 97% (B. Koletzko et al, 2000).

Το 1940 στα μέσα του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου ο αριθμός των γεννήσεων άρχισε να αυξάνει μέχρι το 1964 που το φαινόμενο φτάνει στην κορύφωσή του. Ωστόσο, ο ενθουσιασμός για μητρικό θηλασμό άρχισε σαφώς να υποστρέφει. Από το 1965 έως σήμερα ο αριθμός γεννήσεων στην Ευρώπη άρχισε να μειώνεται με αποτέλεσμα από δείκτη 2,7 παιδιά να αντιστοιχούν σε κάθε μητέρα το 1964 να έχει φτάσει στις μέρες μας στο 1,4 στην Ελβετία, 1,2 στη Γερμανία και 1,1 στην Ιταλία και την Ισπανία. Η τελευταία αυτή μείωση συνδυάστηκε με ένα νέο κύμα αναγέννησης-αύξησης του ποσοστού στο μητρικό θηλασμό. Στις Σκανδιναβικές χώρες ο δείκτης του μητρικού θηλασμού από 20% που ήταν το 1973 για βρέφη 2 μηνών ανήλθε σε 80% μέσα σε 7 έτη. Ένα λιγότερο εντυπωσιακό κύμα σημειώθηκε και στην Κεντρική Ευρώπη με χρονική απόσταση δυο ετών. Είναι αξιοσημείωτο ότι η τάση αυτή διαφαίνεται και στις επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες καθώς ο ΠΟΥ το 1981 εκδίδει το «Διεθνή Κώδικα Μάρκετινγκ των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος», τα «Δέκα Βήματα» το 1989 και η UNICEF ορίζει τα «Φιλικά προς τα βρέφη και τον θηλασμό Νοσοκομεία» το 1991.

Στην Ευρώπη το 1991-93 αναφέρεται ποσοστό 67% θηλασμού στους 2 μήνες ζωής, 42% στους 4 και 27% στους έξι μήνες. Ωστόσο, οι Σκανδιναβικές χώρες φέρουν τους υψηλότερους δείκτες σε αντίθεση με τη Βρετανία, Γαλλία και τις χώρες τις Νότιας Ευρώπης. Ως κίνητρα για τον θηλασμό λειτούργησαν παράγοντες όπως τα λιγότερα παιδιά ανά οικογένεια, ο περισσότερο διαθέσιμος χρόνος, η οικονομική ευρωστία, φόβοι για βρώση συνθετικών χημικώς επεξεργασμένων τροφίμων, διάθεση για πιο φυσικούς τρόπους διαβίωσης (B. Koletzko et al, 2000).

Τον 20^ο αιώνα επικράτησε μια τάση κατά την οποία επιδιώχθηκε να γίνεται ο μητρικός θηλασμός σε συγκεκριμένες ώρες και να μην ξεπερνά τα 5 γεύματα ημερησίως, γεγονός που όμως δεν απέδωσε και σίγουρα οδήγησε στο σύνδρομο ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος. Μετά από έρευνες λοιπόν, αποφασίστηκε ο μητρικός θηλασμός πραγματοποιείται μετά από απαίτηση του βρέφους. Στους δυο πρώτους μήνες ζωής 80% των βρεφών ελάμβαναν 6 με 8 γεύματα στο 24ωρο (και τη νύχτα) και μόνο 8% των βρεφών αρκούσαν μόνο σε 5 γεύματα μητρικού γάλακτος. Όλα αυτά οδήγησαν στην παρούσα ευρέως διαδεδομένη και εξατομικευμένη κατά μητέρα και βρέφος κατάσταση φυσικότερου τρόπου θηλασμού (Manz F, Vant Hof MA, Haschke F 1999).

Το ποσοστό των μητέρων, οι οποίες αποφασίσουν να θηλάσουν σύμφωνα με μελέτες, διαφέρουν ανάμεσα στις διάφορες χώρες. Στην Ελλάδα αναφέρει ότι το 85% των μητέρων θηλάζουν κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων ζωής του νεογνού, ωστόσο το ποσοστό αυτό κατέρχεται στο 35% στις 40 ημέρες και τέλος στο 12% σε ηλικία 6 μηνών. Στις ΗΠΑ ενημερώνει ότι το 85% των μητέρων επιλέγουν τις πρώτες ημέρες τη σίτιση του νεογνού τους χορηγώντας αποκλειστικά δικό τους γάλα ποσοστό που διαφοροποιείται σε 38,1% σε ηλικία βρέφους 2 μηνών. Στη Γαλλία, το 62,6% των μητέρων επιλέγει να θηλάσει σε σύγκριση με τη Νορβηγία, Δανία, Ιαπωνία που τα ποσοστά είναι σαφώς υψηλότερα και αντιστοιχούν σε 99%, 98,7%, 98,3%. Οι Γάλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι μετανάστριες θηλάζουν πιο συχνά από τις γηγενείς μητέρες. Στη Γερμανίας σύμφωνα με στοιχεία τελευταίων ερευνών την έναρξη θηλασμού επιλέγει το 91% των μητέρων ενώ συνέχιση αυτού μέχρι τους 4 μήνες το 61%. Το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάζει από τους χαμηλότερους δείκτες μητρικού θηλασμού. Αναφέρουν ότι θηλάζει αποκλειστικά το 69,2% των βρεφών ηλικίας 6 εβδομάδων, ενώ το ποσοστό μεταπίπτει σε 46,2% σε ηλικία 17 εβδομάδων, με μόλις 13,4% των βρεφών στους 6 μήνες θηλάζουν αποκλειστικά.

Οι μητέρες στην Ιαπωνία παραδοσιακά θηλάζουν τα νήπιά τους έως και 3 ετών ή ακόμη και 6 ετών. Κατά τον 20^ο αιώνα, ο θηλασμός βίωσε την απόρριψή του η οποία όμως αντιμετωπίστηκε με εκστρατεία υπέρ του μητρικού θηλασμού, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση και πάλι του ποσοστού των γυναικών οι οποίες θηλάζουν (Forster D, McLachlan H, Lumley J., 2006).

Στη δε Αυστραλία τα επίπεδα οποιουδήποτε είδους μητρικού θηλασμού ανέρχονται στο 47% στους 6 μήνες. Στον Καναδά το 87-90,3% των μητέρων ξεκινούν να θηλάζουν, ωστόσο στους 6 μήνες μόνο το 14,4% έως 24,4% θηλάζει αποκλειστικά. Στην Ιταλία η εκστρατεία μητρικού θηλασμού φαίνεται να αποδίδει με αύξηση του επιπολασμού και της διάρκειάς του. Οι μελέτες καταδεικνύουν ότι οι Βορειοϊταλίδες μητέρες επιλέγουν τον θηλασμό ως τρόπο διατροφής του βρέφους

τους σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι οι Νοτιοϊταλίδες. Ως εκ τούτου οι δείκτες θηλασμού ανά την Ιταλική επικράτεια ανέρχονται σε 95% έναρξη θηλασμού με 32% ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και 9% στους 6 μήνες (Quintero Romero S, 2006).

3.2. Προετοιμασία θηλασμού και φροντίδα στήθους

Η προετοιμασία του στήθους της εγκυμονούσας γυναίκας για τον επικείμενο θηλασμό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Παλαιότερα, το στήθος της γυναίκας δεν προστατευόταν τόσο πολύ από μαλακά ρούχα, όσο στις μέρες μας, και μετά τη γέννηση θα ερχόταν κατευθείαν σε επαφή με τον ήλιο, τον αέρα κλπ., και θα ήταν πιο σκληραγωγημένο. Ωστόσο, στις μέρες μας οι μέλλουσες μητέρες, επηρεάζονται πολύ από τον καταγιστικό αριθμό πληροφοριών που φτάνουν στα αυτιά τους σχετικά με το θηλασμό με αποτέλεσμα να φοβούνται να θηλάσουν. Τέτοιες πληροφορίες είναι ότι ο θηλασμός πονά, ότι το στήθος είναι απλώς μια άλλη μορφή διατροφής και οι θηλές της πρέπει να έχουν το τέλειο σχήμα της πιπίλας ή της θηλής ενός μπουκαλιού. Όλα τα παραπάνω αποτελούν προβλήματα, όμως η πραγματικότητα είναι ότι οι ορμόνες της εγκυμοσύνης κάνουν το στήθος της εγκύου κατάλληλο και ικανό να θηλάσει, όσα μωρά κι αν βγουν στο τέλος της (Κωνσταντόπουλος, 2008, Παπαβεντζής, 2011).

Για την προετοιμασία του στήθους ώστε να θηλάσει κυκλοφορούν διάφορες φήμες όπως η τριβή των θηλών, κάτι το οποίο δεν είναι απαραίτητο γιατί η θηλή διαμορφώνεται από το μωρό. Ακόμα ένας μύθος για την προετοιμασία του στήθους, είναι η τριβή των θηλών με σφουγγάρι ή βούρτσα. Το τελευταίο δεν είναι απαραίτητο γιατί η μητέρα θα πονέσει χωρίς λόγο γιατί η θηλή είναι ένα στυτικό όργανο. Στη διάρκεια ενός σωστού θηλασμού εκκρίνεται η ορμόνη ωκυτοκίνη, που σκληραίνει και ανορθώνει τις θηλές χωρίς να προηγηθεί κάτι γι' αυτό.

Η σωστή προετοιμασία που πρέπει να γίνει για να θηλάσει μια μητέρα είναι να πιστέψει ότι όλα θα πάνε καλά και δε θα υπάρξει πρόβλημα. Ακόμα, οι μέλλουσες μητέρες μπορούν να ασκήσουν πληροφορίες από άλλες μητέρες οι οποίες έχουν θηλάσει με επιτυχία αλλά και από άλλες έγκυρες πηγές σχετικά με το θηλασμό (Κωνσταντόπουλος, 2008, Παπαβεντζής, 2011).

Πέρα από τη σωστή ενημέρωση και ψυχολογία της μητέρας υπάρχουν και απτοί τρόποι προετοιμασίας για το θηλασμό οι οποίοι είναι:

- Σαπούνισμα στην περιοχή της μασχάλης και την περιοχή κάτω από το στήθος, η οποία πρέπει να στεγνώνεται προσεκτικά ώστε να διατηρείται η σωματική υγιεινή.
- Κατανάλωση νερού για ενυδάτωση του δέρματος.
- Να μη σαπουνίζονται οι θηλές. Το δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω είναι όμοιο με το δέρμα που έχουν τα χείλη. Σαπουνίζοντας τα χείλη, που χρησιμοποιούνται πολύ, θα ξεραθούν και θα ανοίξουν. Σαπουνίζοντας το δέρμα της θηλής, που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί πολύ, θα ξεραθεί, θα ανοίξει και θα πονά.

- Αποφυγή συνθετικών εσωρούχων και ρούχων.
- Η μητέρα όσο μπορεί να μην φοράει σουτιέν μέσα στο σπίτι ή να φοράει τα κατάλληλα σουτιέν θηλασμού ώστε οι θηλές να έρχονται σε επαφή με το ύφασμα και να τρίβονται.
- Να γίνεται προσπάθεια για έκθεση των θηλών στον αέρα και τον ήλιο.
- Αποφυγή των αλλεργιογόνων τροφών.

3.2.1 Μασάζ στήθους – Τεχνική Marmet

Τη μέθοδο αυτή για μασάζ του στήθους, θα ήταν καλό να γνωρίζει κάθε γυναίκα που θηλάζει. Η συγκεκριμένη μέθοδος, προσφέρει βοήθεια σε πολλές δύσκολες καταστάσεις, όταν το γάλα δεν ρέει, όταν η μητέρα έχει πολύ γάλα και θέλει να ελαφρύνει λίγο το στήθος της ή και όταν το βρέφος για λίγο καιρό δεν μπορεί να πιει στο στήθος, για να βγάξει η μητέρα γάλα και η ποσότητά του να διατηρείται σταθερή.

Η τεχνική αυτή προτιμάται από τις γυναίκες σε σχέση με το θήλαστρο καθώς τις πονάει λιγότερο και είναι και κάτι πιο φυσικό. Εξάλλου, είναι και εύκολη τεχνική καθώς τα χέρια της μητέρας είναι παντού και πάντοτε διαθέσιμα. Η μέθοδος αυτή είναι μια πολύ καλή προετοιμασία, ώστε να αρχίσει να ρέει το γάλα, για τις γυναίκες που προτιμούν να βγάζουν το γάλα τους με το θήλαστρο. Κατά την άντληση του γάλακτος με το θήλαστρο, μπορούν έτσι γρήγορα να φτάσουν και στο τελευταίο γάλα που είναι πολύ πλούσιο σε λίπος και είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα μωράκια που έχουν έρθει πρόωρα στον κόσμο, γιατί τα βοηθά να κερδίσουν γρηγορότερα βάρος.

Για να ρέει το γάλα:

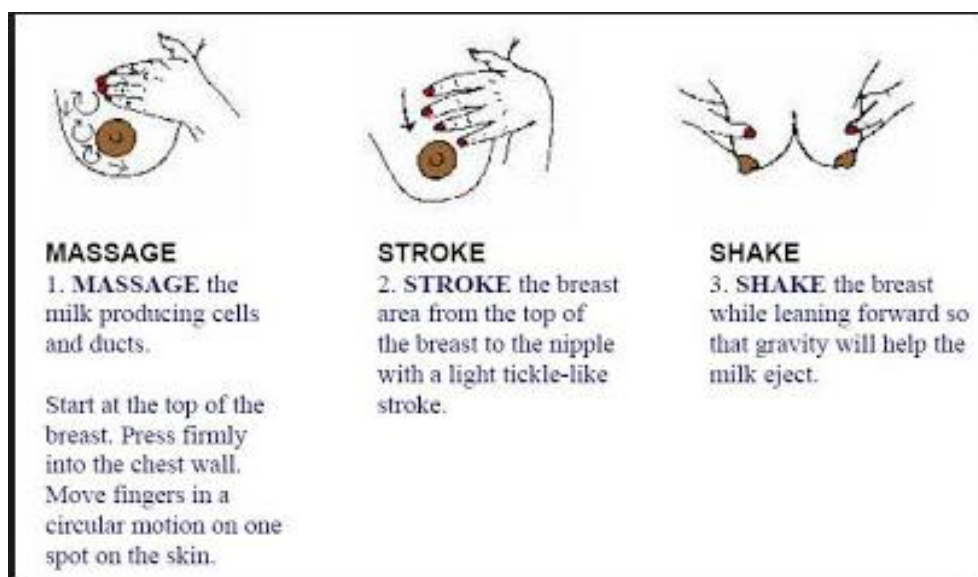
- Πριν το μασάζ, είναι βοηθητική η χρήση μιας ζεστής κομπρέσας στο στήθος ή ένα ζεστό ντους.
- Η μητέρα θα πρέπει να ακουμπήσει τα δύο δάχτυλα του ενός χεριού στο επάνω μέρος του στήθους. Στη συνέχεια, η μητέρα πρέπει να πιέσει ελαφρά με τα δύο δάχτυλα προς το θώρακα και να αρχίσει να κάνει μικρές κυκλικές κινήσεις στο ίδιο σημείο.
- Μετά από δύο τρεις κύκλους, το μασάζ συνεχίζεται λίγο πιο δίπλα με τον ίδιο τρόπο. Η τεχνική συνεχίζεται κάνοντας η μητέρα μικρούς κύκλους και ακολουθώντας μια σπειροειδή τροχιά, μέχρι να φτάσει στη θηλή.
- Όταν τελειώσει η προηγούμενη διαδικασία, η μητέρα πρέπει να χαϊδέψει απαλά μερικές φορές το στήθος σας με όλο το χέρι, ξεκινώντας από πάνω προς τα κάτω, καθώς αυτή η κίνηση χαλαρώνει το στήθος και βοηθά στην έκκριση της οξυτοκίνης, που με τη σειρά της απελευθερώνει τη ροή του γάλακτος.
- Τέλος, η μητέρα πρέπει να σκύνει προς τα μπρος και να βάλει τα χέρια της κάτω από τα δύο στήθη. Με ελαφρές κινήσεις πρέπει να τα ανακινήσει μερικές φορές.

Τα παραπάνω αποτελούν ένα κύκλο: μασάζ, χάδι και ανακίνηση. Το επόμενο βήμα είναι το βγάλσιμο του γάλακτος.

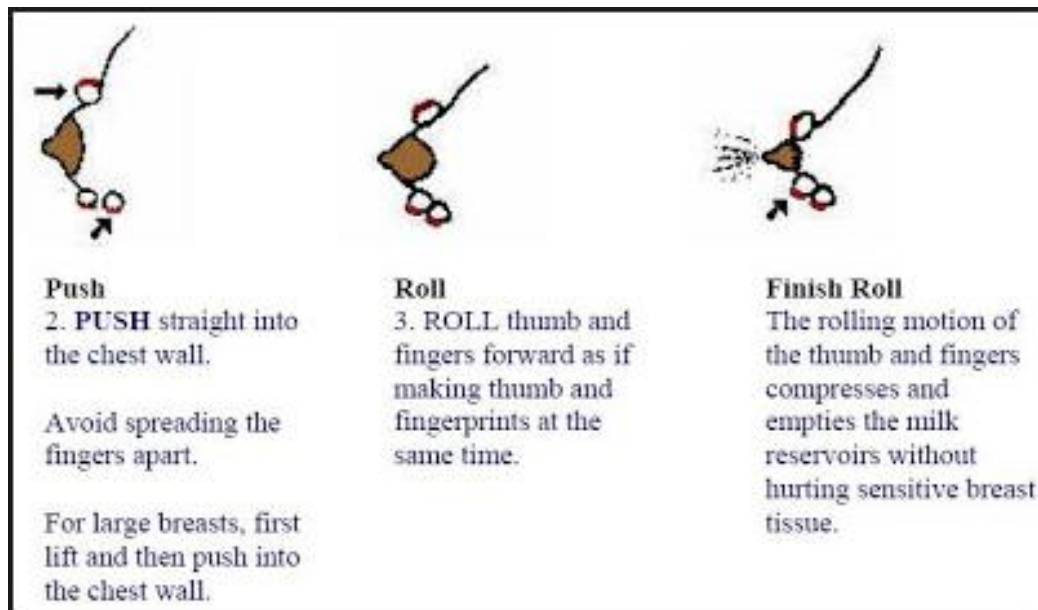
Αυτό γίνεται ως εξής:

- Η μητέρα πρέπει να πιάσει το στήθος με δείκτη και αντίχειρα 2 ως 3 εκατοστά πίσω από τη θηλή, ώστε αυτή να βρίσκεται ανάμεσα στον αντίχειρα και το δείκτη. Κάτω από τα δάχτυλα της μητέρας βρίσκονται οι λήκυθοι, χώροι συγκέντρωσης του γάλακτος.
- Στη συνέχεια, η μητέρα κινεί τα δάχτυλά της οριζόντια προς τον θώρακα και τραβήξτε το στήθος προς τα πίσω.
- Τέλος, κινεί τον αντίχειρά της και το δείκτη προς τα μπρος, σαν να θέλει να αφήσει το αποτύπωμα του δείκτη και του αντίχειρά της επάνω στο στήθος.

Το γάλα θα αρχίσει να ρέει χωρίς ο ευαίσθητος αδένας του στήθους να τραυματιστεί. Η παραπάνω διαδικασία θα πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε φορά και κάθε φορά πρέπει να αλλάζει λίγο η θέση του δείκτη και του αντίχειρα, ώστε να αδειάσει ομοιόμορφα το στήθος (Μάλλη Θ., 2008).



Εικόνα 7: Πρώτα στάδια της τεχνικής Marmet (Glenns, 2007).



Εικόνα 8: Τελικά στάδια της τεχνικής Marmet (Glenns, 2007).

3.3. Πρώτος θηλασμός – Τεχνική

Μετά τον τοκετό, είτε το μωρό έχει γεννηθεί φυσιολογικά, είτε με καισαρική τομή, μπορεί να δοθεί στη μητέρα να το κρατήσει στο στήθος της δέρμα με δέρμα για τουλάχιστον μία ώρα. Η άμεση αυτή επαφή του δέρματος της μητέρας και του μωρού ενώ ακόμα είναι γυμνό αλλά στεγνό έχει παρατηρηθεί ότι εξασφαλίζει τη διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας, σφίξεων και επιπέδων σακχάρου του αίματος του μωρού και μειώνει το κλάμα του. Επιπλέον, προάγει τον ψυχικό δεσμό μητέρας- μωρού και βοηθά το βρέφος να θηλάσει αποκλειστικά.

Κατά την επαφή δέρμα με δέρμα το νεογνό μετά το στέγνωμα, τοποθετείται γυμνό πάνω στο στήθος της μητέρας του, ενώ καλύπτεται με ζεστό σκέπασμα. Όταν το νεογνό αφηθεί ανενόχλητο ακολουθεί ένα συγκεκριμένο πρότυπο συμπεριφοράς. Αρχικά ηρεμεί και σταματάει να κλαίει. Σιγά σιγά από μόνο του, αλλά και με την ήπια καθοδήγηση της μητέρας του αρχίζει να μετακινείται έρποντας προς το στήθος της. Αν η μητέρα χαϊδέψει το κάτω χείλος του μωρού της με τη θηλή, θα ανοίξει ενστικτωδώς το στόμα του, θα προσκολληθεί στο μαστό και θα αρχίσει να ρουφάει. Η μητέρα μπορεί να βοηθήσει το βρέφος να αρχίσει να θηλάζει τοποθετώντας σωστά την άλω στο στόμα του, κρατώντας το μαστό με τον αντίχειρα στο πάνω μέρος της άλω και με τα υπόλοιπα δάχτυλα το κάτω μέρος. Επίσης, η μητέρα μπορεί να πιέσει ελαφρά για να σχηματίσει μία επιφάνεια στην οποία θα προσκολληθεί το μωρό και όταν ανοίξει εντελώς το στόμα του να το κατευθύνει προς το μαστό της. Τέλος, πρέπει να ελέγχει και να είναι σίγουρη ότι η άλω δεν καλύπτεται από τα δάχτυλα και η θηλή να είναι στο ίδιο επίπεδο με το στόμα του μωρού ή ελάχιστα στραμμένη προς τα πάνω.

Όταν ξεκινήσει ο θηλασμός, η μητέρα θα πρέπει να αφήσει το βρέφος να θηλάσει όσο θέλει από τον έναν μαστό και μετά να το τοποθετήσει στον άλλο μαστό αν θέλει να θηλάσει και άλλο. Είναι προτιμότερο το βρέφος να θηλάσει από τον ένα μαστό, παρά λίγο από τον καθένα. Όσο περισσότερο θηλάζει το βρέφος, τόσο περισσότερα θρεπτικά συστατικά θα παραλάβει από το μητρικό γάλα.

Αν ο πρώτος αυτός θηλασμός πετύχει τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να εδραιωθεί. Ο επιτυχής θηλασμός γίνεται αντιληπτός από τη μητέρα με ενδείξεις όπως, η εκροή γάλακτος, οι κράμπες της μήτρας, ο ήχος κατάποσης και ο ήσυχος ύπνος του μωρού. Κατά τις πρώτες μέρες του θηλασμού, η εκροή μπορεί να μην είναι άμεση, ωστόσο μέσα στην πρώτη εβδομάδα, η εκροή θα αρχίζει πιο γρήγορα και η παραγωγή γάλακτος θα αυξηθεί.

Η μητέρα πολλές φορές δεν μπορεί να είναι σίγουρη αν το βρέφος όντως θηλάζει. Για να σιγουρευτεί λοιπόν, πρέπει να μπορεί να παρατηρήσει το μωρό, θα πρέπει να αρχίσει να καταπίνει μετά από μερικές ρουφηξιές στην αρχή του θηλασμού. Μόλις περάσουν πέντε με δέκα λεπτά, ίσως περάσει στο μη θρεπτικό θηλασμό, στον οποίο το πιπίλισμα είναι πιο χαλαρό και μάλλον του καλύπτει συναισθηματική ικανοποίηση μαζί με μικρές ποσότητες κρεμώδους, λιπαρού και πλούσιου σε θερμίδες γάλακτος.

Η επαφή του μωρού δέρμα με δέρμα με τη μητέρα είναι απαραίτητη για την εδραίωση του θηλασμού και κατά τη διάρκεια παραμονής του βρέφους μέσα στο μαιευτήριο, γι' αυτό και είναι απαραίτητη η συμπαράμονή τους. Οι πρώτοι θηλασμοί στο νοσοκομείο μπορεί να είναι δύσκολοι από την αναστάτωση και την αβεβαιότητα της μητέρας, όσον αφορά το τι πρέπει να κάνει. Απαραίτητη λοιπόν είναι η σωστή πληροφόρηση της μητέρας σχετικά με το θηλασμό και η πεποίθησή της ότι θα τα καταφέρει (Shelov, P. & Altmann, T. R., 2012, Αντωνιάδου- Κουμάτου ,Ι., Σοφianού, Α. & συν., 2007-2013).

3.4. Σωστές στάσεις του θηλασμού

Για να πραγματοποιηθεί σωστά ο θηλασμός δεν υπάρχουν κανόνες, αυτό που πρέπει να γίνει είναι η μητέρα να προσφέρει το μαστό στο βρέφος προκειμένου αυτό να αρχίσει να θηλάζει και να έχουν και οι δύο τη στάση που τους βολεύει. Παρακάτω παρατίθενται κάποιες κατευθυντήριες προτάσεις, ώστε να πραγματοποιηθεί πιο σωστά ο θηλασμός:

- Το βρέφος είναι έτοιμο να θηλάσει όταν κοιμάται ελαφρά ή όταν έχει μόλις ξυπνήσει. Όταν το βρέφος κλαίει έντονα θα πρέπει η μητέρα πρώτα να το ησυχάσει και έπειτα να το τοποθετήσει στον μαστό.
- Η μητέρα κάθεται σε αναπαυτική θέση, υποστηρίζοντας την πλάτη της, χωρίς να γέρνει προς το βρέφος.
- Η μητέρα υποστηρίζει το κεφάλι του νεογνού της από τον αυχένα του και κατευθύνει το νεογνό της προς τον μαστό και δεν φέρνει τον μαστό της προς το μωρό.

- Η επαφή του βρέφους με την μητέρα πρέπει να είναι άμεση, καλύτερα δέρμα με δέρμα. Το σώμα του βρέφους πρέπει να είναι γυρισμένο προς τον κορμό της μητέρας έτσι ώστε να εξασφαλίζεται επαφή « κοιλιά με κοιλιά».
- Το μωρό πρέπει να βρίσκεται σε τέτοιο ύψος στην αγκαλιά της μητέρας του, ώστε η μύτη του να ακουμπά τη θηλή του μαστού. Για να βοηθηθεί η μητέρα, μπορεί να χρησιμοποιεί μαξιλάρια κάτω από τα χέρια της ή κάτω από το μωρό της.
- Η μητέρα υποστηρίζει τον μαστό της με τον αντίχειρα στην πάνω μεριά του μαστού και με τέσσερα δάκτυλα κάτω από αυτόν, σε απόσταση μακριά από τη θηλαία άλω, έτσι ώστε το βρέφος να μπορεί να πιάσει μεγαλύτερη επιφάνεια της θηλαίας άλω. (Μαλλιάρου,Μ.,2015,Damiens,Μ.,1991,Αντωνιάδου-Κουμάτου ,Ι.,Σοφιανού, Α. & συν.,2007-2013).

Στάση «αγκαλιά»

Για να θηλάσει η μητέρα σ' αυτήν τη στάση θα πρέπει το μωρό να είναι γυρισμένο στο πλάι, να στηρίζεται πάνω στον έναν ώμο και στον ένα γοφό του και το στόμα του να είναι στο ίδιο επίπεδο με τη θηλή. Ειδικά τις πρώτες εβδομάδες θα ήταν καλό να χρησιμοποιούνται μαξιλάρια για να ανασηκώνεται το μωρό, ώστε να φτάνει στο ύψος της θηλής καθώς και για να στηρίζονται οι αγκώνες της μητέρας. Το κεφάλι του μωρού θα πρέπει να είναι τοποθετημένο πάνω στο μπράτσο της μητέρας και η πλάτη του θα πρέπει να είναι κατά μήκος του εσωτερικού του βραχίονα και της παλάμης της μητέρας. Όταν κοιτάει η μητέρα προς τα κάτω θα πρέπει να βλέπει το μωρό γυρισμένο στο πλάι. Το στοματάκι του θα πρέπει να καλύπτει ένα με ενάμιση εκατοστά περίπου της σκούρας περιοχής γύρω από τη θηλή. Η μητέρα πρέπει να είναι σίγουρη ότι το αυτί του, ο ώμος του και οι γοφοί του είναι σε ευθεία γραμμή. Σε ένα νεογέννητο το κεφάλι και ο πισινός του θα πρέπει να είναι στην ίδια ευθεία.

Στάση «αντίστροφης αγκαλιάς»

Η στάση «αντίστροφης αγκαλιάς», η οποία είναι μια παραλλαγή της στάσης "αγκαλιά", είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για πολλές μητέρες, γιατί εξασφαλίζει μεγαλύτερο έλεγχο. Η μητέρα μπορεί να στηρίξει το μωρό πάνω σε ένα μαξιλάρι στα πόδια της, ώστε να μπορέσει να ανασηκωθεί στο ύψος της θηλής. Οι αγκώνες της θα πρέπει επίσης να στηρίζονται πάνω σε μαξιλάρια, ώστε τα χέρια της να μη σηκώνουν το βάρος του μωρού, γιατί αλλιώς θα κουραστεί πριν τελειώσει ο θηλασμός.

Αν η μητέρα ετοιμάζεται να θηλάσει από το αριστερό στήθος, θα πρέπει να στηρίξει το μωρό με τα δάκτυλα του δεξιού της χεριού. Αυτό γίνεται ως εξής: η μητέρα τοποθετεί απαλά το χέρι της πίσω από τα αυτιά και τον αυχένα του μωρού, με τον αντίχειρα και το δείκτη πίσω από κάθε αυτί του μωρού. Το "πλέγμα" που δημιουργούν ο αντίχειρας, ο δείκτης και η παλάμη της μητέρας και πάνω στο οποίο ακουμπάει ο αυχέννας του μωρού, λειτουργεί ως ένας "δεύτερος λαιμός" για το μωρό. Η παλάμη της μητέρας ακουμπάει ανάμεσα στις ωμοπλάτες του μωρού. Η μητέρα πρέπει να είναι σίγουρη ότι το στόμα του μωρού είναι πολύ κοντά στη θηλή, καθώς ετοιμάζεται να «κολλήσει» το μωρό στο στήθος της. Μόλις το μωρό ανοίξει διάπλατα

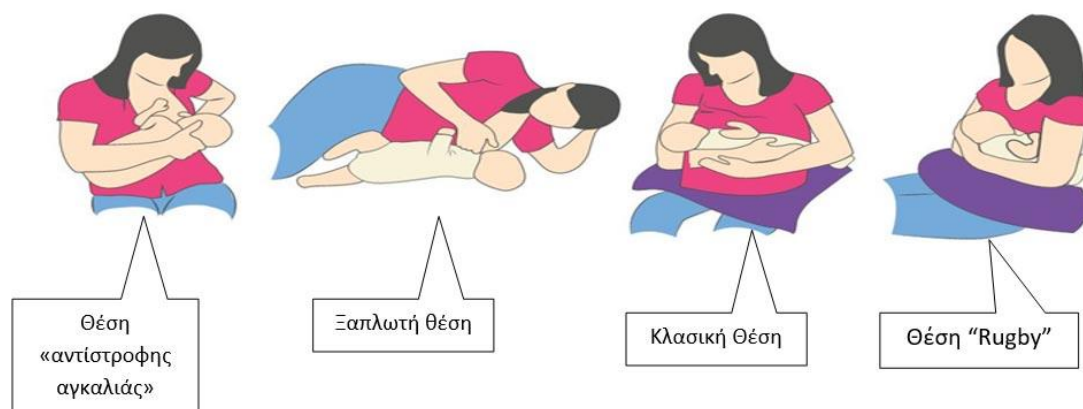
το στόμα του, η μητέρα πρέπει να πιέσει με την παλάμη της την πλάτη του μωρού της. Το στόμα του θα πρέπει να καλύπτει τουλάχιστον 2,50 εκ. από τη βάση της θηλής.

Στάση «Rugby»

Αυτή είναι μια καλή στάση για τη μητέρα που γέννησε με καισαρική, επειδή κρατάει το μωρό μακριά από την τομή της επέμβασης. Τα περισσότερα νεογέννητα νιώθουν πολύ άνετα σ' αυτή τη στάση. Επίσης βοηθάει τις μητέρες που έχουν έντονο αντανακλαστικό παραγωγής γάλακτος, καθώς το μωρό μπορεί να χειριστεί πιο εύκολα τη ροή. Στη στάση «Rugby» το κεφάλι του μωρού συγκρατείται από το χέρι της μητέρας και η πλάτη του είναι τοποθετημένη κατά μήκος του μπράτσου σας. Το μωρό είναι στραμμένο προς τη μητέρα, με το στόμα του στο ύψος της θηλής. Οι γοφοί του μωρού είναι λυγισμένοι και τα πόδια του είναι τοποθετημένα κάτω από το χέρι της μητέρας, με τέτοιο τρόπο ώστε οι πατούσες του να κοιτάνε το ταβάνι. (Έτσι το μωρό δεν μπορεί να κλωσήσει την καρέκλα). Και εδώ τα μαξιλάρια είναι χρήσιμα για να φέρουν το μωρό στο σωστό ύψος.

Ξαπλωτή Στάση

Για πολλές μητέρες το να θηλάζουν τα μωρά τους ξαπλωμένες είναι μια πολύ άνετη στάση, ειδικά τη νύχτα. Η μητέρα και το μωρό ξαπλώνουν στο πλάι, ακουμπώντας οι δυο τους στο σημείο του στομάχου. Μπορεί να τοποθετήσει μαξιλάρια πίσω από την πλάτη της καθώς και πίσω ή ανάμεσα στα γόνατά της για να νιώσει πιο άνετα. Για να μην "γλιστράει" το μωρό, η μητέρα μπορεί να τοποθετήσει ένα μαξιλάρι ή μια τυλιγμένη κουβέρτα πίσω από την πλάτη του. Επίσης σε αυτή τη στάση, η μητέρα μπορεί να αγκαλιάσει το μωρό με το χέρι της, έχοντας την πλάτη του κατά μήκος του πήχη της. Οι γοφοί του μωρού πρέπει να είναι λυγισμένοι και το αυτί του, ο ώμος του και ο γοφός του να βρίσκονται σε μια ευθεία, ώστε να ρουφάει το γάλα πιο εύκολα (Κακαλέτρης Δ.)



Εικόνα 9: Στάσεις θηλασμού (Μαρκεσίνης Ι., 2016).

3.4.1. Προϋποθέσεις για τον επιτυχή θηλασμό

Ένας επιτυχής θηλασμός ξεκινά αρχικά από την ίδια τη μητέρα. Όπως έχει προαναφερθεί, η ίδια η μητέρα πρέπει να πιστεύει πως μπορεί να θηλάσει και ότι όλα θα πάνε καλά. Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει η μητέρα να πληροφορηθεί επίσης για τις σωστές στάσεις του θηλασμού, την υγεία και την ανάπτυξη του μωρού. Ο θηλασμός πρέπει να ξεκινήσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα, γιατί όσο περισσότερο θηλάζει το βρέφος, τόσο περισσότερο γάλα παράγεται, γι' αυτό και το μωρό θα πρέπει να είναι κοντά στη μητέρα, καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, ώστε η μητέρα να θηλάζει όποτε θελήσει. Η μητέρα πρέπει να μην αγχώνεται για τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς η ίδια η φύση έχει φροντίσει ώστε οι μαστοί ανεξαρτήτως μεγέθους να παράγουν τόσο γάλα όσο χρειάζεται το νεογέννητο και το βρέφος. Εξάλλου, κάθε μωρό θηλάζει με διαφορετικό ρυθμό και παίρνει την απαραίτητη ποσότητα γάλακτος. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, δεν χορηγούνται επιπλέον υγρά στο βρέφος, καθώς το μητρικό γάλα περιέχει από μόνο του νερό που είναι ικανό να καλύψει τις ανάγκες του. Επίσης, δεν πρέπει να χορηγείται στο βρέφος εναλλακτικά μητρικό και ξένο γάλα, καθώς με την εναλλαγή μπορεί να μπερδευτεί γιατί το μπιμπερό έχει διαφορετική υφή από τη θηλή της μητέρας. Όσον αφορά τη μητέρα, κατά τη διάρκεια του θηλασμού θα πρέπει να αποφεύγει το κάπνισμα, να καλύπτει τις θερμιδικές της ανάγκες μέσω της διατροφής της και τέλος να τηρεί τους κανόνες υγιεινής με πλύσιμο των χεριών και της περιοχής του στήθους πριν από κάθε θηλασμό. Η υποστήριξη της μητέρας από την οικογένειά και η σωστή καθοδήγησή της είναι απαραίτητη τις πρώτες ημέρες της λοχείας γιατί σε αυτό το χρόνο τα γεύματα του μωρού είναι ακόμα προγραμμαμμάτιστα και η μητέρα βρίσκεται σε μία σχετική ψυχική αναστάτωση. Τέλος, για να είναι επιτυχής ο μητρικός θηλασμός η ιδανική τροφή είναι αποκλειστικά το μητρικό γάλα για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του νεογέννητου (Norwitz – Schorge, 2004).

3.5. Οφέλη του μητρικού θηλασμού

3.5.1 Οφέλη μητρικού θηλασμού για το μωρό

- i. Το μητρικό γάλα παρέχει την ιδανική διατροφή για τα μωρά.

Οι περισσότεροι οργανισμοί υγείας συνιστούν αποκλειστικό θηλασμό για τουλάχιστον 6 μήνες. Στη συνέχεια, συστήνεται η συνέχιση του θηλασμού μέχρι τουλάχιστον το πρώτο έτος, ενώ παράλληλα διάφορες στερεές τροφές εισάγονται στη διατροφή του μωρού. Το μητρικό γάλα περιέχει όλα όσα χρειάζεται το μωρό για τους πρώτους έξι μήνες, στις σωστές αναλογίες, ενώ η μητέρα φύση έχει προνοήσει έτσι ώστε η σύνθεσή του να αλλάζει σύμφωνα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του μωρού, ειδικά κατά τον πρώτο μήνα της ζωής του. Το μόνο πράγμα που μπορεί να “λείπει” από το μητρικό γάλα είναι η βιταμίνη D, εκτός κι αν η μητέρα έχει μια πολύ υψηλή πρόσληψη της βιταμίνης. Για να αντισταθμιστεί, συνήθως συνιστάται η χορήγηση

βιταμίνης D σε σταγόνες από την ηλικία των 2-4 εβδομάδων (Mutlu GY, Kusdal Y, Ozsu E, Cizmecioglu FM, Hatun S. , 2011).

ii. Το μητρικό γάλα περιέχει σημαντικά αντισώματα.

Το μητρικό γάλα είναι φορτωμένο με αντισώματα που βοηθούν το ανοσοποιητικό σύστημα του μωρού να καταπολεμήσει τους ιούς και τα βακτήρια. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για το πρωτόγαλα, που παρέχει υψηλές ποσότητες ανοσοσφαιρίνης A (IgA), καθώς επίσης και διάφορα άλλα αντισώματα. Όταν η μητέρα είναι εκτεθειμένη σε ιούς ή βακτήρια, αρχίζει να παράγει αντισώματα, τα οποία στη συνέχεια εκκρίνονται στο μητρικό γάλα και περνούν στο βρέφος. Η IgA προστατεύει το μωρό από το να αρρωστήσει με το σχηματισμό ενός “προστατευτικού φιλμ” στη μύτη, το λαιμό και το πεπτικό σύστημα του μωρού. Για το λόγο αυτό μητέρες με γρίπη που θηλάζουν, στην πραγματικότητα παρέχουν αντισώματα στα μωρά τους, που τα βοηθούν να καταπολεμήσουν το παθογόνο παράγοντα, που προκαλεί την γρίπη ασθένεια.

Τα γάλατα σε σκόνη δεν παρέχουν προστασία στα μωρά. Πολυάριθμες μελέτες δείχνουν ότι τα μωρά που δεν θηλάζουν είναι πιο ευάλωτα σε προβλήματα υγείας, όπως η πνευμονία, η διάρροια και οι λοιμώξεις.

iii. Ο θηλασμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για πολλές ασθένειες.

Ο θηλασμός έχει μια εντυπωσιακή λίστα με οφέλη για την υγεία του μωρού. Ιδιαίτερα ο αποκλειστικός θηλασμός, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης πολλών ασθενειών, μεταξύ των οποίων:

- Λοιμώξεις του μέσου ωτός: 3 ή περισσότεροι μήνες αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο κατά 50%, ενώ ο περιστασιακός θηλασμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο κατά 23% (Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A, Moll HA. , 2010).
- Κρυολογήματα και λοιμώξεις: Τα μωρά που θηλάζουν αποκλειστικά για 6 μήνες μπορεί να έχουν έως και 63% χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών κρυολογημάτων και λοιμώξεις των αυτιών ή του λαιμού (Duijts L, 2010).
- Κοιλιοκάκη: Τα μωρά που θηλάζουν κατά τη περίοδο της πρώτης έκθεσης στη γλουτένη έχουν 52% χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κοιλιοκάκης (Akobeng AK, 2006).
- Λοιμώξεις του αναπνευστικού: Ο αποκλειστικός θηλασμός για περισσότερο από 4 μήνες μειώνει τον κίνδυνο νοσηλείας για αυτές τις λοιμώξεις έως και 72%.
- Λοιμώξεις του γαστρεντερικού: Ο θηλασμός συνδέεται με μια μείωση 64% σε λοιμώξεις του εντέρου, ενώ θεωρείται ότι προστατεύει μέχρι και 2 μήνες μετά την διακοπή του.
- Βλάβη του εντερικού βλεννογόνου: Η σίτιση πρόωρων νεογνών με μητρικό γάλα συνδέεται με 60% μείωση της συχνότητας εμφάνισης της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας.

- Σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS): Ο θηλασμός συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο κατά 50% μετά από 1 μήνα και με 36% μειωμένο κίνδυνο κατά το πρώτο έτος.
- Αλλεργικές ασθένειες: Ο αποκλειστικός θηλασμός για τουλάχιστον 3-4 μήνες συνδέεται κατά 27-42% με μειωμένο κίνδυνο άσθματος, ατοπικής δερματίτιδας και εκζέματος (Ip S και συνεργάτες, 2007).
- Φλεγμονώδη νόσο του εντέρου: Τα μωρά που θηλάζουν μπορεί να έχουν περίπου 30% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατά την παιδική ηλικία φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.
- Διαβήτης: Ο θηλασμός για τουλάχιστον 3 μήνες συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 1 (έως 30%) και διαβήτη τύπου 2 (μέχρι 40%).
- Λευχαιμία: Ο θηλασμός για 6 μήνες ή περισσότερο συνδέεται με μια μείωση 15-20% του κινδύνου εμφάνισης παιδικής λευχαιμίας.

Εκτός από τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης πολλών λοιμώξεων, ο θηλασμός έχει επίσης αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά την σοβαρότητα τους (Nishimura T. , 2009).

Επιπλέον, οι προστατευτικές επιδράσεις του θηλασμού φαίνεται να έχουν διάρκεια καθ' όλη την παιδική ηλικία, ακόμα και την ενήλικη ζωή.

- iv. Ο θηλασμός προάγει την υγιή αύξηση του σωματικού βάρους και βοηθά στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας.

Μελέτες δείχνουν ότι τα ποσοστά παχυσαρκίας είναι 15-30% χαμηλότερα σε βρέφη που θηλάζουν, σε σύγκριση με τα μωρά που τρέφονται με φόρμουλες γάλακτος. Η διάρκεια είναι επίσης σημαντική, καθώς κάθε μήνας θηλασμού, μειώνει τον κίνδυνο μελλοντικής παχυσαρκίας κατά 4%. Αυτό πολύ πιθανόν οφείλεται στην ανάπτυξη του μικροβιώματος του εντέρου. Τα μωρά που θηλάζουν έχουν υψηλότερα ποσοστά ωφέλιμων βακτηρίων του εντέρου, τα οποία με την σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν την αποθήκευση λίπους. Τα μωρά που τρέφονται με μητρικό γάλα έχουν επίσης περισσότερη λεπτίνη από ότι τα μωρά που τρέφονται με φόρμουλες γάλακτος. Η λεπτίνη είναι μια ορμόνη κλειδί για τη ρύθμιση της όρεξης και την αποθήκευση λίπους. Το πιο σημαντικό είναι ότι τα μωρά που θηλάζουν μπορούν να αυτο-ρυθμίζουν την πρόσληψη γάλακτος. Τρώνε μόνο μέχρι ικανοποιήσουν την πείνα τους και αυτό τα βοηθά να αναπτύξουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες (Savino F. , 2002).

- v. Ο θηλασμός μπορεί να κάνει τα παιδιά ευφυέστερα.

Ορισμένες μελέτες δείχνουν πως μπορεί να υπάρχει μια διαφορά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου μεταξύ των μωρών που θηλάζουν και των μωρών που σιτίζονται με φόρμουλες γάλακτος. Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στη σωματική οικειότητα, στην ανάπτυξη της αφής και στη χρήση της όρασης που σχετίζεται με το θηλασμό. Οι μελέτες δείχνουν ότι τα μωρά που θηλάζουν έχουν υψηλότερο σκορ νοημοσύνης και είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν προβλήματα

με τη συμπεριφορά και τη μάθηση καθώς μεγαλώνουν. Ωστόσο, οι πιο έντονες επιδράσεις παρατηρήθηκαν σε πρόωρα βρέφη, τα οποία έχουν υψηλότερο κίνδυνο για εκδήλωση αναπτυξιακών προβλημάτων. Η έρευνα δείχνει, ότι ο θηλασμός έχει σαφώς σημαντικές θετικές επιπτώσεις στη μακροπρόθεσμη ανάπτυξη του εγκεφάλου τους (Vohr BR., 2006).

3.5.2 Οφέλη μητρικού θηλασμού για τη μητέρα

I. Ο θηλασμός μπορεί βοηθήσει τις μητέρες να χάσουν βάρος.

Ενώ μερικές γυναίκες φαίνεται να παίρνουν βάρος κατά τη διάρκεια του θηλασμού, στις περισσότερες φαίνεται ότι ο θηλασμός βοηθά να χάσουν βάρος χωρίς κόπο. Αν και ο θηλασμός αυξάνει τις ενεργειακές απαιτήσεις της μητέρας κατά περίπου 500 θερμίδες ανά ημέρα, η ορμονική ισορροπία του σώματος είναι πολύ διαφορετική από την κανονική. Λόγω αυτών των ορμονικών αλλαγών, οι γυναίκες που θηλάζουν έχουν αυξημένη όρεξη και μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς στην αποθήκευση λίπους για την παραγωγή γάλακτος. Για τους πρώτους 3 μήνες μετά τον τοκετό, οι μητέρες που θηλάζουν μπορεί να χάσουν λιγότερο βάρος από τις γυναίκες που δεν θηλάζουν, ενώ μπορεί ακόμη και να έχουν αύξηση του σωματικού βάρους. Ωστόσο, μετά από 3 μήνες θηλασμού, που κατά πάσα πιθανότητα θα παρουσιάσουν αύξηση στην καύση του λίπους και περίπου 3-6 μήνες μετά τον τοκετό, οι μητέρες που θηλάζουν χάνουν περισσότερο βάρος από ότι οι μητέρες που δεν θηλάζουν (Stuebe AM., 2009).

II. Ο θηλασμός βοηθά τη μήτρα να επανέλθει

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μήτρα μεγαλώνει πάρα πολύ, επεκτείνεται από το μέγεθος ενός αχλαδιού στην πλήρωση σχεδόν του συνολικού χώρου της κοιλιάς. Μετά τον τοκετό, η μήτρα περνά από μια διαδικασία που ονομάζεται υποστροφή, η οποία τη βοηθά να επιστρέψει στο προηγούμενο μέγεθός της. Η ωκυτοκίνη, μια ορμόνη που αυξάνεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενισχύει αυτή τη διαδικασία. Το σώμα εκκρίνει μεγάλες ποσότητες ωκυτοκίνης κατά τη διάρκεια της γέννας, ώστε να γεννηθεί το μωρό και να μειωθεί η αιμορραγία. Η ωκυτοκίνη όμως αυξάνεται και κατά τη διάρκεια του θηλασμού, ενθαρρύνοντας τις συσπάσεις της μήτρας, μειώνοντας την αιμορραγία και βοηθώντας την επιστροφή της μήτρας στο προηγούμενο μέγεθός της. Μελέτες έχουν επίσης δείξει, ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν γενικά μικρότερη απώλεια αίματος μετά τον τοκετό και ταχύτερη υποστροφή της μήτρας (Johnston M, 2012).

III. Οι μητέρες που θηλάζουν έχουν χαμηλότερο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα είδος κατάθλιψης που η νέα μαμά μπορεί να αναπτύξει λίγο μετά τον τοκετό, ενώ επηρεάζει έως και το 15% των λεχώνων. Οι γυναίκες που θηλάζουν φαίνεται λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τον

τοκετό, σε σύγκριση με μητέρες που έχουν απογαλακτιστεί νωρίς ή δεν θηλάζουν. Ωστόσο οι γυναίκες που βιώνουν επιλόχεια κατάθλιψη πολύ νωρίς, αμέσως μετά τον τοκετό, είναι επίσης πιο πιθανό να έχουν προβλήματα με τον θηλασμό και να θηλάσουν για μικρότερη διάρκεια. Ο θηλασμός προκαλεί ορμονικές αλλαγές που ενθαρρύνουν τη μητρική φροντίδα και το δέσιμο μητέρας- βρέφους. Μία από τις πιο έντονες αλλαγές που επέρχονται είναι το αυξημένο ποσό της ωκυτοκίνης που παράγεται κατά τη διάρκεια της γέννησης και του θηλασμού. Η ωκυτοκίνη φαίνεται να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις κατά του άγχους, επηρεάζοντας συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου που προωθούν την ανατροφή και τη χαλάρωση. Οι επιδράσεις αυτές μπορεί επίσης να εξηγήσουν εν μέρει, γιατί μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν χαμηλότερο ποσοστό μητρικής παραμέλησης, σε σύγκριση με εκείνες που δεν θηλάζουν. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το ποσοστό της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών ήταν σχεδόν τρεις φορές υψηλότερο για τις μητέρες που δεν θηλάζαν, σε σύγκριση με εκείνες που θηλάζαν. Όλα αυτά βέβαια είναι στατιστικά στοιχεία και σε καμιά περίπτωση δεν σημαίνει ότι μητέρα που δεν θηλάζει πως θα παραμελήσει το μωρό της (Pearlstein T., 2009, Dennis CL, 2009).

IV. Ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο νόσου

Ο θηλασμός φαίνεται να παρέχει στη μητέρα μακροπρόθεσμη προστασία ενάντια του καρκίνου και άλλων ασθενειών. Ο θηλασμός συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού και καρκίνου των ωοθηκών. Στην πραγματικότητα, οι γυναίκες που θηλάζουν για περισσότερο από 12 μήνες κατά τη διάρκεια της ζωής τους, έχουν 28% χαμηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού και καρκίνου των ωοθηκών. Κάθε χρόνος θηλασμού σχετίζεται με μείωση κατά 4,3% του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι ο θηλασμός μπορεί να προστατεύσει επίσης από το μεταβολικό σύνδρομο, που αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής νόσου και άλλων προβλημάτων υγείας. Επίσης, οι γυναίκες που θηλάζουν για 1-2 χρόνια στη διάρκεια ζωής τους, έχουν 10-50% χαμηλότερο κίνδυνο για υψηλή αρτηριακή πίεση, αρθρίτιδα, υψηλά λιπίδια αίματος, καρδιακή νόσο και διαβήτη τύπου 2 (Stuebe AM, 2015).

V. Ο θηλασμός μπορεί να παρέχει αντισύλληψη.

Ο θηλασμός οδηγεί στην παύση και της ωορρηξίας και της εμμηνόρροιας. Η αναστολή της εμμήνου ρύσεως στην πραγματικότητα είναι ο τρόπος της φύσης να εξασφαλιστεί ότι θα υπάρχει κάποιο χρονικό διάστημα μεταξύ των κυήσεων. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτός ο τρόπος δεν είναι πάντα μια εντελώς αποτελεσματική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων, αλλά μπορεί να θεωρηθεί ως ένα επιπλέον όφελος, καθώς απολαμβάνοντας τον πολύτιμο χρόνο με το νεογέννητο σας, δεν θα έχετε λόγο να ανησυχείτε για “εκείνες τις ημέρες του μήνα”.

VI. Εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος.

Ο θηλασμός είναι εντελώς δωρεάν, ενώ όταν η μητέρα και το μωρό βρουν τον σωστό τρόπο, απαιτεί πολύ λίγη προσπάθεια. Η επιλογή του θηλασμού σημαίνει ότι δεν χρειάζεται να:

- Ξοδεύετε χρήματα για φόρμουλες γάλακτος.
- Υπολογίζετε πόσο θα πρέπει το μωρό να φάει καθημερινά.
- Περάσετε χρόνο καθαρίζοντας και αποστειρώνοντας μπουκάλια.
- Ανακατεύετε και να ζεσταίνετε μπουκάλια στη μέση της νύχτας (ή ημέρας).

3.6. Διάρκεια μητρικού θηλασμού

Η διάρκεια ενός μητρικού θηλασμού διαφέρει από μητέρα σε μητέρα και μπορεί να θηλάζει από λίγες εβδομάδες μέχρι πολλούς μήνες. Οι ειδικοί προτείνουν στις μητέρες να θηλάζουν τρεις συνεχόμενους μήνες και ακόμα περισσότερο. Σε πολλά μέρη του κόσμου, ο θηλασμός διαρκεί 2-3 χρόνια. Η διάρκεια όμως του θηλασμού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, που εξαρτώνται κυρίως από τις ιδιαίτερες ανάγκες της μητέρας και του βρέφους, όπως : η ευκολία και η ικανότητα της μητέρας να θηλάσει, οι φυσιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες του βρέφους, η διαθεσιμότητα εναλλακτικών ή συμπληρωματικών τροφίμων, τα ήθη και τα έθιμα της κοινωνίας (Ζαμπέλας, Α.,2003).

Ο θηλασμός μπορεί να διαρκέσει μέχρι και τον έκτο μήνα και ακόμα περισσότερο, η διαφοροποίηση της διατροφής δε σημαίνει απαραίτητα και τη διακοπή του. Αν η μητέρα εργάζεται, μπορεί ακόμα να θηλάζει, επιλέγοντας το μεικτό θηλασμό, στον οποίο η μητέρα θα θηλάζει το μωρό αλλά θα του δίνει και γάλα με το μπιμπερό, ανάλογα με τις ώρες που μπορεί. Αντιλήψεις του τύπου ότι το μωρό της δεν θα μπορέσει να ανεξαρτητοποιηθεί αν θηλάζεται για πολύ καιρό, δε θα πρέπει να προβληματίζουν τις μητέρες και να μην σκέφτεται τον απογαλακτισμό αν το μωρό είναι λίγων εβδομάδων. Παιδιά που ζουν σε φυσιολογικό οικογενειακό περιβάλλον και δέχονται την αγάπη και κατανόηση της μητέρας τους, θα σταματήσουν να θηλάζουν από μόνα τους όταν αυτά είναι έτοιμα. Η διάρκεια που χρειάζεται κάθε παιδί διαφέρει, μπορεί αυτό να γίνει στο 18ο μήνα, στο 2ο ή 3ο χρόνο της ζωής τους ή ακόμα πιο αργά, κάποια έχουν την ανάγκη αυτής της σχέσης για περισσότερο χρονικό διάστημα από κάποια άλλα παιδιά, όμως η ανάγκη αυτή μία μέρα θα εξαφανιστεί. Οι μητέρες οι οποίες αντιμετωπίζουν αυτή την κατάσταση δεν πρέπει να ανησυχούν, γιατί μπορούν να παρατηρήσουν ότι πολλά μωρά που απογαλακτίστηκαν αργά, δεν παρουσιάζουν πρόβλημα ανεξαρτητοποίησης στην ηλικία των δύο ή τριών ετών.

Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής του, το παιδί δεν θέλει να θηλάσει τόσο συχνά όσο θηλάζε στην ηλικία των δύο εβδομάδων ή των έξι μηνών. Μπορεί να το θέλει για λίγο την ώρα που πάει για ύπνο. Πιο συγκεκριμένα η διάρκεια ενός μητρικού θηλασμού διαφέρει από παιδί σε παιδί, κάποια μωρά θηλάζουν για μερικά λεπτά τον ένα μαστό και στην συνέχεια για μερικά λεπτά τον άλλο μαστό και έτσι έχοντας χορτάσει αποκοιμούνται αμέσως. Το μωρό παίρνει την ποσότητα γάλακτος

που χρειάζεται, στην αρχή του θηλασμού, δηλαδή 50% μέσα στα πρώτα δύο λεπτά και 80% περίπου πριν περάσουν τα πρώτα πέντε λεπτά. Αυτό σημαίνει ότι ένας πεντάλεπτος θηλασμός είναι αρκετός για να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες ενός μωρού.

Αντίθετα, ορισμένα μωρά θηλάζουν για δεκαπέντε ή και τριάντα λεπτά, το κάθε μωρό έχει τον δικό του ρυθμό. Αυτά τα μωρά απολαμβάνουν μέχρι τέλος το ότι είναι κολλημένα πάνω στην μητέρα τους, ότι αισθάνονται τη ζεστασιά της και ότι μπορούν να θηλάσουν ελεύθερα. Δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει χρονικό όριο, αυτό εξαρτάται από την επιθυμία της μητέρα και τον χρόνο που διαθέτει. Μπορεί να αφήσει το μωρό της να πιει όσο γάλα θέλει και έτσι μετά θα κοιμηθεί καλύτερα.

Η διάρκεια του θηλασμού σχετίζεται με την εμφάνιση των επώδυνων κολικών στα νεογνήτα. Οι πεπτικές αυτές διαταραχές δεν είναι σοβαρές, αλλά οι γονείς ανησυχούν αρκετά, οι οποίοι δεν ξέρουν πώς να κάνουν το μωρό τους να σταματήσει να κλαίει. Αν το μωρό θηλάζε το χρονικό διάστημα που ήθελε, οι κολικοί αυτοί δεν θα ήταν τόσο συχνοί. (Damiens, M., 1991).

3.7. Διάστημα αποκλειστικού θηλασμού

Το μητρικό γάλα είναι η τροφή η οποία προορίζεται από τη φύση για το νεογνήτο σε αντίθεση με το αγελαδινό, όσο και καλά να έχει επεξεργαστεί. Το μητρικό γάλα δεν πρόκειται να προετοιμαστεί σε καμία περίπτωση λάθος, καθώς η μητέρα το έχει πάντα διαθέσιμο όταν το χρειάζεται, δεν απαιτεί χρόνο να προετοιμαστεί και είναι πιο φθινό σε σχέση με το ξένο. Οι περισσότερες μητέρες μπορούν να προσφέρουν μητρικό θηλασμό, κάτι που αποτελεί μεγάλο πλεονέκτημα αφού η συγκεκριμένη τροφή προέρχεται από την ίδια τη μητέρα (Brooke, O., 1989).

Η παραγωγή του μητρικού γάλακτος αυξάνεται βαθμιαία. Την πρώτη μέρα το γάλα που παράγεται είναι μερικές σταγόνες σε κάθε γεύμα, δηλαδή η ποσότητα γάλατος που παράγεται είναι περίπου 35 ml. Η συγκεκριμένη ποσότητα ανταποκρίνεται τόσο στις ανάγκες του μωρού, όσο και στη χωρητικότητα του στομαχιού του. Η συγκεκριμένη ποσότητα μπορεί να είναι μικρή αλλά είναι θρεπτική. Κατά τις επόμενες τρεις με τέσσερις μέρες, εφόσον αυξάνεται η χωρητικότητα του στομαχιού του μωρού, αυξάνεται και η ποσότητα του γάλατος που παράγεται και φτάνει περίπου τα 25 ml ανά γεύμα. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας η χωρητικότητα του στομαχιού του μωρού έχει φτάσει στα 50 – 60 ml. Κατά τη διάρκεια της ημέρας, το μωρό μπορεί να θηλάσει όσες φορές θέλει και για όσο χρόνο θέλει. Έτσι εδραιώνεται γρηγορότερα ο θηλασμός και προλαμβάνονται συνηθισμένα προβλήματα όπως η υπερφόρτιση των μαστών.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα, ο οποίος αποτελεί και φάση εδραίωσης του θηλασμού, η διάρκεια του θηλασμού, η ποσότητα του γάλατος και το φαγητό αλλάζουν από γεύμα σε γεύμα και από μέρα σε μέρα. Στον πρώτο αυτό μήνα, αυξάνεται και η ποσότητα του γάλατος που παράγεται για να καλυφθούν οι ανάγκες

του μωρού. Το μωρό μέσα στο 24ωρο θηλάζει περίπου 8-12 φορές. Καθώς το βρέφος μεγαλώνει, οι θηλασμοί έχουν μικρότερη διάρκεια και τα μεσοδιαστήματα είναι πιο σταθερά. Ανάμεσα στα γεύματα, το παιδί μπορεί να κοιμάται ή να παραμείνει ξύπνιο. Τα περισσότερα βρέφη κάνουν σταδιακά μεγαλύτερα διαστήματα νυχτερινού ύπνου αν και η βιολογική κατάκτηση του συνεχούς νυχτερινού ύπνου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (Αντωνιάδου- Κουμάτου ,Ι.,Σοφιανού, Α. & συνεργάτες. 2007-2013).

Στην παραπάνω φάση, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις από τις οποίες η μητέρα μπορεί να καταλάβει αν το μωρό θηλάζει ικανοποιητικά. Αυτές οι ενδείξεις είναι:

- Το βρέφος πρέπει να διουρεί 6-8 φορές την μέρα. Τα περισσότερα βρέφη που θηλάζουν θα έχουν κενώσεις τουλάχιστον μια ή δυο φορές την ημέρα για τις πρώτες εβδομάδες, και μπορεί να έχουν κενώσεις μέχρι μια φορά για κάθε θηλασμό.
- Το βάρος του βρέφους πρέπει να αυξάνεται ικανοποιητικά κατά τη διάρκεια του θηλασμού.
- Το χρώμα του μωρού πρέπει να είναι καλό.
- Το βρέφος πρέπει να θηλάζει κάθε 1μιση – 3 ώρες, μετά τον οποίο φαίνεται χαρούμενο.(Ζαμπέλας, Α.,2003).

3.8. Φυσικός Απογαλακτισμός

Απογαλακτισμός είναι η απομάκρυνση του παιδιού από το στήθος της μητέρας του. Η ελάττωση του μητρικού θηλασμού, μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους όπως, διάφορες ασθένειες της μητέρας και του βρέφους, η κακή πληροφόρηση. Άλλες αιτίες απογαλακτισμού είναι τα μεγάλα συμφέροντα εταιριών γάλακτος, η λανθασμένη αντίληψη γύρω από την αισθητική του γυναικείου σώματος και τεχνικοί λόγοι, όπως η έναρξη του θηλασμού μετά τον τοκετό, ο θηλασμός σε αυστηρά και όχι συχνά ωράρια και η ευκολία αντικατάστασης του μητρικού θηλασμού με ξένο γάλα. Η φυσιολογική και συναισθηματική ζωή του παιδιού εξαρτάται πολύ από τη διακοπή του θηλασμού. Μια καλή λύση είναι κατά τα αρχικά στάδια του απογαλακτισμού, να χρησιμοποιηθεί ο μεικτός θηλασμός, δηλαδή συνδυασμός μητρικού και τεχνητού θηλασμού. Όταν διακοπεί το θήλαστρο, το παιδί έρχεται σε επαφή με μια καινούρια πραγματικότητα, που σημαίνει ότι από τη μία πρέπει να προσαρμοστεί σε διαφορετικές τροφές και διαφορετικούς τρόπους διατροφής και από την άλλη σημαίνει παραίτηση από ικανοποιήσεις του παρελθόντος, όπως ο θηλασμός και το αγκάλισμα του μητρικού σώματος κατά τη διάρκεια που θηλάζει. Η απότομη διακοπή του θηλασμού είναι πολλές φορές συναισθηματικά επώδυνη για ένα παιδί και δεν πρέπει ποτέ να γίνεται σε περιόδους που το παιδί είναι άρρωστο. Κατά την περίοδο του απογαλακτισμού θα πρέπει να διατηρείται η σωματική επαφή της μητέρας με το μωρό για να αποφεύγονται αλλαγές στην ψυχική υγεία του μωρού (Λαγός Π., 1995, Κατσιμπάρδη Δ., 1993).

3.8.1. Τεχνητή Διατροφή

Όταν η μητέρα δε μπορεί να θηλάσει το μωρό της τότε χρησιμοποιεί ξένο γάλα, κυρίως αγελαδινό. Πιο κατάλληλη μορφή αγελαδινού γάλακτος για τα βρέφη είναι τα κονιορτοποιημένα γάλατα που είναι σε μορφή σκόνης και έχουν τροποποιηθεί έτσι, ώστε να πλησιάζουν σε περιεκτικότητα το μητρικό γάλα. Είναι περισσότερο εύπεπτα για το βρέφος και εμπλουτισμένα με βιταμίνες και σίδηρο. Το αγελαδινό γάλα έχει λεύκωμα σε διπλάσια αναλογία απ'ότι το μητρικό, λίπος στην ίδια αναλογία και υδατάνθρακες στη μισή αναλογία. Η ποιότητα επίσης του λευκώματος και του λίπους στο αγελαδινό γάλα είναι διαφορετική απ'ότι στο μητρικό. Ακόμη το γάλα της αγελάδας περιέχει άλατα σε τριπλάσια ποσότητα από το μητρικό. Η διαφορετική σύσταση του γάλακτος της αγελάδας το κάνει πιο δύσπεπτο για τα βρέφη και γι'αυτό πρέπει να υποστεί την κατάλληλη επεξεργασία, έτσι ώστε να έρθει στην ίδια αναλογία με το ανθρώπινο γάλα.

Κανόνες τεχνητής διατροφής

- Η μητέρα πρέπει να πλένει καλά τα χέρια της πριν ετοιμάσει το γάλα.
- Τα μπουκάλια (από πυρίμαχο γυαλί) και οι θηλές αποστειρώνονται με βράσιμο για 5 λεπτά και μετά τοποθετούνται σε κρύο νερό.
- Το άνοιγμα της τεχνητής θηλής να επιτρέπει στο γάλα να τρέχει με συχνότητα μιας σταγόνας ανά δευτερόλεπτο.
- Οι μεζούρες που χρησιμοποιούνται να είναι κοφτές.
- Το μπουκάλι να κρατιέται σχεδόν κάθετα για να μην καταπίνει αέρα το μωρό.
- Να μην χρησιμοποιείται το γάλα που έχει απομείνει στο μπουκάλι για το επόμενο γεύμα.
- Μπορούν να ετοιμαστούν όλα τα γεύματα του 24ωρου μαζί και να τοποθετηθούν στο ψυγείο (hypatia.lb.teiath.gr).

3.8.2 Μεικτή Διατροφή

Υπάρχουν περιπτώσεις που το γάλα της μητέρας δεν είναι αρκετό για την επαρκή διατροφή του βρέφους. Τότε πρέπει να δοθεί στο μωρό συμπληρωματικά ξένο γάλα, βιομηχανοποιημένο. Αυτή η διατροφή λέγεται μεικτή, γιατί χρησιμοποιείται συγχρόνως μητρικό και ξένο γάλα. Το ξένο γάλα εισάγεται στο διαιτολόγιο του παιδιού όταν αυτό κλαίει μετά από κάθε μητρικό θηλασμό, επειδή δεν έχει χορτάσει και ταυτόχρονα δεν αυξάνει το βάρος του. Η μητέρα μπορεί μετά το μητρικό θηλασμό να έχει έτοιμο ένα μπουκάλι γάλα, ώστε το βρέφος να συμπληρώσει την ποσότητα που χρειάζεται ή να αντικαθιστά η μητέρα έναν ή περισσότερους φυσικούς θηλασμούς κατά τη διάρκεια του 24ωρου με τεχνητούς (hypatia.lb.teiath.gr).

3.9. Διατροφή θηλάζουσας

Το μητρικό γάλα, ανάλογα με τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας, αλλάζει σύσταση, μυρωδιά, γεύση και ποσότητα. Έτσι, το βρέφος έρχεται σε επαφή με μια πληθώρα γεύσεων πριν έρθει σε επαφή με στέρεες τροφές. Η μητέρα, λοιπόν οφείλει να διατηρεί ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο όπως έκανε και στη περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι περισσότερες μητέρες στην εγκυμοσύνη εναποθηκεύουν περίπου 2 έως 4 κιλά λίπους, το οποίο αργότερα θα χρησιμοποιηθεί για να παρέχει ένα μέρος της επιπλέον ενέργειας που θα είναι αναγκαία κατά το θηλασμό. Το εναποθηκευμένο λίπος προσδίδει 200- 300 θερμίδες την ημέρα για μια περίοδο θηλασμού 3 μηνών, ποσό το οποίο πληρεί μόνο εν μέρει τις ενεργειακές ανάγκες της μητέρας και το υπόλοιπο πρέπει να προέλθει από την καθημερινή διατροφή κατά τους 3 πρώτους μήνες του θηλασμού. Εάν η διάρκεια του θηλασμού είναι μεγαλύτερη από 3 μήνες ή εάν το σωματικό βάρος της θηλάζουσας μειωθεί κάτω από το ιδανικό για το ύψος της, τότε η ενεργειακή της πρόληψη μέσω της τροφής πρέπει να αυξηθεί. (Ζαμπέλας, Α.,2003, Brooke,O.,1989).

Οι περισσότερες μητέρες μετά τον τοκετό θέλουν να χάσουν πολύ γρήγορα βάρος, ωστόσο κατά τη διάρκεια του θηλασμού η μητέρα δεν πρέπει να ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη δίαιτα. Αντίθετα πρέπει να τρέφεται σωστά πίνοντας αρκετά υγρά, και καταναλώνοντας άφθονα φρούτα και λαχανικά.

Η αύξηση των ενεργειακών αναγκών κατά την περίοδο του θηλασμού προκαλεί την ενεργοποίηση του εναποθηκευμένου λίπους, με ορατά αποτελέσματα από το σώμα της γυναίκας. Οι διατροφικές ανάγκες της μητέρας σε μακρομοριακά συστατικά και μεταλλικά στοιχεία είναι τα εξής:

Ασβέστιο

Η κατανάλωση 3 μερίδων γαλακτομικών είναι η επιθυμητή για μια μητέρα η οποία θηλάζει. Εκτός του γάλακτος, η πρόσληψη ασβεστίου, μπορεί να πραγματοποιηθεί και από την κατανάλωση άλλων γαλακτομικών προϊόντων καθώς και από την κατανάλωση όλων των ειδών τυριών. Σε περίπτωση αλλεργίας της μητέρας ή αν η μητέρα είναι χορτοφάγος, τότε μπορεί να αντικαταστήσει τα γαλακτοκομικά με άλλα τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο όπως μπρόκολο, ταχίνι, βερίκοκα, αμύγδαλα καθώς και χυμοί και δημητριακά.

Βιταμίνες

Όσο πιο πλούσια είναι η διατροφή της θηλάζουσας σε φρούτα, αποξηραμένα και μη, λαχανικά, ξηρούς καρπούς και κρέας τόσο μεγαλύτερη είναι η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνες.

Βιταμίνη D

Διευκολύνει την απορρόφηση του ασβεστίου και είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του νεογνικού σκελετού, υποστήριξη που εξασφαλίζεται από την διάρκεια της κύησης μέσω των μητρικών αποθηκών σε βιταμίνη D.

Μέταλλα και ιχνοστοιχεία

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

Ιώδιο

Η κατανάλωση ιωδιούχου άλατος και άλλων τροφών πλούσιων σε ιώδιο είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς το ιώδιο περνά στο μητρικό γάλα και είναι απαραίτητο για τη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του βρέφους.

Πρωτεΐνες

Συνίσταται η πρόσληψη 25γρ. ημερησίως, αν και η πρόσληψη πρωτεΐνης από τη μητέρα δεν επηρεάζει τη συγκέντρωση της πρωτεΐνης στο μητρικό γάλα.

Ωμέγα 3 λιπαρά οξέα

Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε ω-3 λιπαρών οξέων συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη του βρεφικού εγκεφάλου. Για τον λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητη ήδη από την εγκυμοσύνη η κατανάλωση λιπαρών ψαριών (κατά προτίμηση μικρών) και ορισμένων ξηρών καρπών και σπόρων(πχ. καρύδι, λιναρόσπορος).

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες η θηλάζουσα βρίσκεται σε αυξημένη διατροφική ανάγκη, κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Τέτοιες περιπτώσεις είναι:

- Είναι κάτω των 17 ετών.
- Δε βρίσκεται σε πολύ καλή οικονομική κατάσταση.
- Η διαίτα που ακολουθεί είναι περιοριστική.
- Καπνίζει και πίνει πολύ.
- Είχε πολλαπλή κύηση.
- Η αύξηση του σωματικού βάρους ήταν μικρή κατά τη διάρκεια της κύησης.
- Το σωματικό της βάρος είναι κάτω του 85% του επιθυμητού ή μειώθηκε κάτω του επιθυμητού βάρους.

- Η απώλεια σωματικού βάρους είναι πάνω από 3 κιλά το μήνα μετά τον πρώτο μήνα από τον τοκετό.(Ζαμπέλας, Α.,2003).

3.10. Τράπεζα μητρικού γάλακτος

Η τράπεζα μητρικού γάλακτος είναι μια υπηρεσία που συλλέγει, εξετάζει, επεξεργάζεται, διατηρεί και χορηγεί μητρικό γάλα που προσφέρεται εθελοντικά και δωρεάν από μητέρες που θηλάζουν για να τραφούν άλλα παιδιά που το έχουν ανάγκη και δεν υπάρχει δυνατότητα να πάρουν το γάλα της μητέρας τους. Η τράπεζα μητρικού γάλακτος μπορεί να είναι είτε ανεξάρτητος οργανισμός είτε εντεταγμένη στον οργανισμό ενός νοσηλευτικού ιδρύματος. Το 1943 στην Αμερική δημιουργήθηκε η πρώτη Τράπεζα Γάλακτος και το 1985 η Αμερικάνικη Οργάνωση Τραπεζών Γάλακτος της Β. Αμερικής (HMBANA) θεσπίζει το πρώτο πρωτόκολλο.

3.10.1. Ατομική τράπεζα μητρικού γάλακτος

Η ατομική τράπεζα γάλακτος η οποία αναφέρεται εδώ, αφορά βασικά την άντληση και διατήρηση του μητρικού γάλακτος στο ψυγείο ή στην κατάψυξη, για να δοθεί όταν η μητέρα θα επιστρέψει στη εργασία της. Η άντληση του μητρικού γάλακτος μπορεί να γίνει είτε με το χέρι, είτε μηχανικά (με αντλία). Υπάρχουν πολλοί τύποι αντλιών, οι πιο συνηθισμένοι από τους οποίους είναι οι χειροκίνητες αντλίες, οι ηλεκτρικές αντλίες μονής άντλησης (άντληση από το κάθε στήθος εναλλάξ), οι ηλεκτρικές αντλίες διπλής άντλησης (ταυτόχρονη άντληση και από τα δύο στήθη) και οι ενοικιαζόμενες νοσοκομειακές αντλίες.

3.10.2. Εξοπλισμός, άντληση και συντήρηση του μητρικού γάλακτος

Για να δημιουργηθεί η Ατομική τράπεζα μητρικού γάλακτος χρειάζονται:

- Αρκετά πλαστικά μπιμπερό των 120 κ. εκ. (όχι μεγαλύτερα).
- Ένα πλαστικό θήλαστρο ή χειροκίνητο ηλεκτρικό θήλαστρο.
- Ένα θερμόμετρο δωματίου.
- Αυτοκόλλητες ετικέτες, για να αναγράφεται η ημερομηνία της πρώτης συλλογής γάλακτος σε κάθε μπιμπερό.
- Τα σκεύη θα πρέπει να είναι πλαστικά.

Προετοιμασία του στήθους: Κάθε πρωί η μητέρα πλένει το στήθος με νερό και σαπούνι. Τις επόμενες φορές η μητέρα πλένει το στήθος μόνο με νερό, πριν και μετά από κάθε θηλασμό ή πριν και μετά από κάθε συλλογή μητρικού γάλακτος. Όταν τα χέρια και το στήθος είναι καθαρά και στεγνά, αρχίζει η συλλογή γάλακτος.

Συλλογή μητρικού γάλακτος: Πριν αρχίσει η μητέρα να βγάζει το γάλα με τα χέρια, πρέπει να κάνει αρκετές φορές μαλάξεις (μασάζ) στο στήθος της από τη βάση προς την κορυφή του, για να προωθηθεί το γάλα. Στη συνέχεια πιέζει με τα δάχτυλα τη θηλαία άλω, δηλαδή τη σκούρα περιοχή του στήθους γύρω από τη θηλή. Οι πρώτες σταγόνες που βγαίνουν πετάγονται και στη συνέχεια μαζεύεται το γάλα. Η συλλογή γίνεται σε 5 – 7 λεπτά από κάθε μαστό, χωρίς να κουράζεται η μητέρα και χωρίς να ταλαιπωρείται το στήθος. Στη συνέχεια, η μητέρα ανοίγει το μπιμπερό με προσοχή, ρίχνει μέσα το γάλα που συγκεντρώθηκε, το ξανακλείνει, κολλάτε πάνω την ετικέτα με την ημερομηνία της πρώτης συλλογής και το τοποθετείται στο ψυγείο. Καθεμία ποσότητα γάλακτος που μαζεύεται μπαίνει στο ίδιο μπιμπερό μέχρι να γεμίσει, δηλαδή μέχρι το γάλα να φτάσει 3 δάχτυλα πιο κάτω από το στόμιο. Όταν το πρώτο μπιμπερό γεμίσει, χρησιμοποιείται το δεύτερο κ.ο.κ.

Συλλογή με θήλαστρο: Σ' αυτή την περίπτωση οι πρώτες σταγόνες γάλακτος επίσης πετάγονται και στη συνέχεια τοποθετείται το θήλαστρο στο στήθος. Η θηλή πρέπει να βρίσκεται στο κέντρο του στομίου του θηλάστρου. Το στόμιο πρέπει να εφάπτεται καλά στο στήθος. Στη συνέχεια η μητέρα ανεβοκατεβάζει ρυθμικά το έμβολο και το γάλα μαζεύεται στο θήλαστρο. Όταν τελειώσει η συλλογή, μεταγγίζεται το γάλα στο μπιμπερό.

Διατήρηση του μητρικού γάλακτος:

- Διατήρηση στο ψυγείο σε θερμοκρασία +4 C. Στη θερμοκρασία αυτή το γάλα μπορεί να διατηρηθεί για 24 ώρες. Επομένως, εφ' όσον το μητρικό γάλα που συλλέγεται πρόκειται να χρησιμοποιηθεί μέσα σε 24 ώρες, δε χρειάζεται να τοποθετηθεί στην κατάψυξη, αλλά τοποθετείται στο ψυγείο σε θερμοκρασία +4 C.

Διατήρηση στην κατάψυξη σε θερμοκρασία -20 C. Όταν το γάλα που μαζεύτηκε πρόκειται να χρησιμοποιηθεί μετά από 24 ώρες, τότε τοποθετείται στην κατάψυξη. Το μητρικό γάλα μπορεί να διατηρηθεί στην κατάψυξη σε θερμοκρασία -20 C τουλάχιστον 3 μήνες (Κανάριο Ι., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

4.1. Ενδείξεις μητρικού θηλασμού

Η θρεπτική αξία του μητρικού γάλακτος είναι και η αιτία που θεωρείται απαραίτητος ο θηλασμός. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το βρέφος αποκτά ένα πιο γερό ανοσοποιητικό σύστημα, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η εκδήλωση λοιμώξεων και αλλεργιών είναι πιο σπάνια σε σχέση με βρέφη τα οποία έχουν θηλάσει κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου της ζωής του. Με το θηλασμό δυναμώνουν οι μυς της γνάθου και της γλώσσας, βελτίωση του λόγου, λιγότερες προσβολές μέσης ωτίτιδας, που αποδίδεται στη θέση του παιδιού κατά τον μητρικό θηλασμό και την ύπαρξη ειδικών παραγόντων που προστατεύουν από λοιμώξεις. Τέλος, οι απαραίτητες πρωτεΐνες και οι θερμιδικές ανάγκες του μωρού καλύπτονται από το μητρικό γάλα. Όσον αφορά τη μητέρα ο θηλασμός συμβάλει στην επαναφορά της μήτρας στο φυσιολογικό της μέγεθος καθώς κατά τη διάρκειά του παράγεται ωκυτοκίνη. Επίσης, με το θηλασμό μειώνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί καρκίνος του μαστού σε γυναίκες οι οποίες έχουν θηλάσει. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα οιστρογόνα, μια αιτία για την εκδήλωση του καρκίνου του μαστού, κατά τη διάρκεια του θηλασμού είναι σε χαμηλά επίπεδα. Για τις νέες μητέρες, ο θηλασμός συντελεί και στη γρήγορη απώλεια βάρους (N. Ματσανιώτης, Θ.Καρπάθιος, 1995).

4.2. Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού

Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν λόγοι οι οποίοι δεν επιτρέπουν το θηλασμό ή λόγοι οι οποίοι επιβάλλουν τη διακοπή του. Οι λόγοι αυτοί μπορεί να οφείλονται τόσο στη μητέρα όσο και το ίδιο το βρέφος. Όσον αφορά στη μητέρα, χρόνια νοσήματα όπως τα κακοήθη, η χρόνια αναπνευστική, κυκλοφορική, ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια επιβάλλουν να αποφεύγεται ο μητρικός θηλασμός. Η λήψη φαρμάκων επίσης από τη μητέρα είναι ένας παράγοντας ο οποίος θα πρέπει να εξετάζεται πριν αποφασιστεί ο μητρικός θηλασμός, καθώς κάποια χάπια περνάνε στο μητρικό γάλα και από εκεί στο ίδιο το βρέφος. Σε περίπτωση χημειοθεραπείας της μητέρας ή αν είναι χρήστης εξαρτησιογόνων ουσιών, τότε ο θηλασμός δεν πρέπει να ξεκινήσει.

Σημαντική αντένδειξη για την έναρξη του θηλασμού αποτελεί και οι λοιμώξεις της μητέρας. Τέτοιες λοιμώξεις είναι η φυματίωση της μητέρας με θετικά πτύελα, καθώς και νόσηση ή φορεία HIV. Δερματικές βλάβες στο μαστό από τον ιό του απλού έρπητα αποτελούν αντένδειξη μητρικού θηλασμού, ενώ δερματικές βλάβες από τον ιό σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος θα πρέπει απλά να καλύπτονται. Βαριές λοιμώξεις της μητέρας όπως μηνιγγίτιδα και σηψαιμία επιβάλλουν διακοπή του μητρικού θηλασμού. Αντίθετα κοινές λοιμώξεις δεν πρέπει να οδηγούν ούτε σε παροδική έστω διακοπή του μητρικού θηλασμού.

Άλλος ένας λόγος για τον οποίο δεν ξεκινά ο μητρικός θηλασμός είναι τυχόν προβλήματα στο στήθος της μητέρας. Τέτοιες ανωμαλίες μπορεί να είναι επίπεδη ή ανάστροφη θηλή, καθιστούν τον θηλασμό προβληματικό ή ανέφικτο. Η ύπαρξη ραγάδας στο μαστό της μητέρας, δεν αποτελεί λόγο για να διακοπεί ο θηλασμός. Τα μέτρα που συνιστώνται για την αντιμετώπιση της ραγάδας και γενικά των επώδυνων θηλών είναι: θηλασμοί συχνοί και μικρής διάρκειας, προσεκτική απομάκρυνση του βρέφους από τη θηλή, στέγνωμα των θηλών μετά τον θηλασμό, επάλειψη των θηλών στο μεσοδιάστημα των θηλασμών με λεπτό στρώμα αλοιφής με βάση τη λανολίνη και συχνή αλλαγή της θέσης του βρέφους κατά το θηλασμό, ώστε να αλλάζουν τα σημεία που ασκείται η πίεση στη θηλή (Kent G., 2006).

Πέρα από τους παραπάνω λόγους, υπάρχουν λόγοι οι οποίοι σταματούν το θηλασμό και αφορούν το ίδιο το βρέφος. Οι πιο συχνές περιπτώσεις κατά τις οποίες τα νεογνά αδυνατούν να θηλάσουν, είναι πρόωρα και λιποβαρή, μωρά τα οποία πάσχουν από συγγενείς διαμαρτίες όπως λαγώχειλο, λυκόστομα, σύνδρομο Pierre-Robin και μωρά τα οποία παρουσιάζουν βλάβη στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Τέλος, σε περίπτωση που το βρέφος πάσχει από γαλακτοζαιμία, πρέπει να μη γίνεται ο θηλασμός γιατί το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε λακτόζη, και το βρέφος πρέπει να τρέφεται με γάλα μικρής περιεκτικότητας σε λακτόζη (Kent G., 2006).

4.3. Προβλήματα κατά το θηλασμό

Υπάρχουν πολλά προβλήματα στον θηλασμό από τα οποία οι γυναίκες βρίσκουν αιτίες και διακόπτουν τον θηλασμό. Κάποια πρακτικά προβλήματα είναι εκείνα που έχουν να κάνουν με το στήθος της γυναίκας.

➤ Ραγάδες

Οι ραγάδες, οι οποίες είναι πληγές που προκαλούνται στις θηλές, κυρίως όταν το μωρό δεν 'παίρνει' σωστά το στήθος.

➤ Επίπεδες θηλές

Το σχήμα των θηλών είναι διαφορετικό από γυναίκα σε γυναίκα και αυτό είναι φυσιολογικό, κάθε γυναίκα μπορεί να θηλάσει το παιδί της ανεξάρτητα με το μέγεθος του στήθους ή το σχήμα των θηλών της. Οι επίπεδες θηλές οι οποίες είναι οι θηλές που σε κατάσταση ηρεμίας είναι επίπεδες, όταν όμως δεχτούν κάποιο ερέθισμα όπως χαμηλή θερμοκρασία βγαίνουν προς τα έξω. Οι εισέρχουσες θηλές είναι εκείνες που σε κατάσταση ηρεμίας μπορεί να είναι στραμμένες προς τα έξω, όταν όμως ασκηθεί κάποιο ερέθισμα στρέφονται προς τα μέσα. Ωστόσο, η μητέρα πρέπει να κρατήσει το μωρό κοντά και να το θηλάζει κάθε φορά που δείχνει τα πρώτα σημάδια της πείνας. Το μωρό πρέπει να 'παίρνει' σωστά το στήθος κάθε φορά που η μητέρα το θηλάζει. Τουλάχιστον μέχρι το μωρό να προσαρμοστεί πρέπει να προσπαθήσει η μητέρα να πίνει μόνο στο στήθος. Η χρήση του μπουκαλιού ή της πιπίλας πολλές

φορές μπερδεύει το μωρό και συχνά το οδηγού στο να μην 'παίρνει' καθόλου στήθος . Αυτό γιατί η θηλή του μπουκαλιού ή της πιπίλας είναι πολύ μακρύτερη από την θηλή της μητέρας και ερεθίζει το σημείο του στόματος του μωρού. Το μωρό χρειάζεται χρόνο για να προσαρμοστεί στο ιδιαίτερο σχήμα της θηλής , πρέπει η μητέρα να έχει υπομονή και επιμονή.

➤ Λίγο γάλα

Πολυσύχναστο πρόβλημα είναι όταν οι μητέρες έχουν λίγο γάλα. Πολλές φορές μια μητέρα νομίζει ότι έχει λίγο γάλα αλλά στην πραγματικότητα να είναι αρκετό για το μωρό της .Συχνά λοιπόν, ο θηλασμός σταματάει επειδή δεν είχαν αρκετό γάλα για το μωρό τους. Πολλές φορές όταν το μωρό είναι πολύ ανήσυχο ή θέλει πολύ συχνά να πίνει από το στήθος νομίζει η μητέρα ότι δεν παίρνει αρκετό γάλα, ακόμα και όταν το στήθος δεν είναι πολύ μεγάλο όπως στην αρχή , η μητέρα αισθάνεται ανασφαλής και θεωρεί ότι το γάλα λιγόστεψε. Η σωματική επαφή με το μωρό βοηθάει στην αύξηση παραγωγής του γάλατος όπως για παράδειγμα να κοιμάται το μωρό μαζί με την μητέρα το βράδυ.

➤ Σύγχυση θηλών

Με τον όρο αυτό εννοείται το πρόβλημα που προκύπτει όταν το μωρό εκτός από το στήθος, τρέφεται ή με το μπουκάλι ή όταν του δίνουν την πιπίλα. Ο τρόπος που πίνει γάλα από το στήθος το μωρό έχει πολλές διαφορές από τον τρόπο που πίνει ή από το μπουκάλι ή από το στήθος. Όταν όμως το μωρό χρειάζεται και το συμπλήρωμα υπάρχουν και εναλλακτικοί τρόποι για να το δώσει η μητέρα. Το συμπλήρωμα είναι προτιμότερο να το δίνουν στο στήθος κατά την διάρκεια του θηλασμού. Οι τρόποι είναι είτε με μία σύριγγα γεμάτη γάλα είτε με ένα κύπελο.

➤ Πέτρωμα

Το πέτρωμα είναι η σκλήρυνση του στήθους κατά την γαλουχία. Πιο συγκεκριμένα η κατάσταση κατά την οποία ένας γαλακτοφόρος πόρος του αδένου του στήθους δεν λειτουργεί σωστά , δηλαδή δεν αδειάζει γάλα. Σε τέτοιες περιπτώσεις όπως και σε άλλες δύσκολες καταστάσεις η μητέρα δε θα πρέπει να το βάζει κάτω και να συνεχίζει να θηλάζει κάνοντας ένα ζεστό μασάζ το οποίο βοηθάει.

➤ Μαστίτιδα

Η μαστίτιδα είναι κάποια μικρόβια που μολύνουν τον λοβό του αδένου τους στήθους, με την διαφορά ότι θα ακολουθήσει και πυρετός. Οι μητέρες πάλι δεν πρέπει να το βάζουν κάτω και να μην σταματάνε τον θηλασμό. Με την βοήθεια του ύπνου και της χαλάρωσης θα αισθανθεί καλύτερα η μητέρα και θα συνεχίσει τον θηλασμό, εάν βέβαια δυσκολευτεί αρκετά η μητέρα και κάποιες μέρες δεν μπορεί να θηλάσει , μπορεί να δώσει το γάλα με θήλαστρο στο μωρό.(IBCLC, International Board Certified Laktacion Consulant).

➤ Τραυματισμός μαστών

Κατά τη σύλληψη της θηλής από το νεογνό, ο πόνος είναι φυσιολογικός εφόσον υποχωρήσει μετά. Αν όμως παραμένει κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το μωρό δε βρίσκεται σε σωστή θέση με αποτέλεσμα τη λάθος σύλληψη της θηλής με κίνδυνο των τραυματισμό της. Αν πονάει η μητέρα κατά το θηλασμό, το μωρό πρέπει να απομακρυνθεί από το στήθος και να τοποθετηθεί ξανά. Η απομάκρυνση δεν πρέπει να γίνει απότομα, αλλά η μητέρα πρέπει να τοποθετήσει ένα δάχτυλο ανάμεσα στο στόμα και τη θηλή ώστε να απελευθερωθεί η περιοχή που έχει συλληφθεί.

➤ Υπερφόρτωση μαστών

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες στη διάρκεια του θηλασμού το μωρό είναι νευρικό και μπορεί να κλαίει, ή ακόμα και να αφήσει το στήθος. Μια τέτοια περίπτωση, είναι και όταν η μητέρα παράγει πολύ περισσότερο γάλα από αυτό που χρειάζεται ή το γάλα ρέει τόσο γρήγορα, που το παιδί δεν προλαβαίνει να καταπιεί. Για να αντιμετωπιστεί αυτό η μητέρα θα πρέπει πριν από κάθε θηλασμό να αφαιρεί λίγο γάλα με μασάζ ή με το θήλαστρο. Έπειτα να επιλέγει μία στάση θηλασμού η οποία να μην ευνοεί την υπερβολικά γρήγορη ροή του γάλακτος. Για να παράγεται λιγότερο γάλα, μετά το θηλασμό τοποθετείται μία κρύα πετσέτα για να κρυώσει το στήθος.

➤ Κερνίκτερος

Ο κερνίκτερος είναι μια σπάνια αλλά πολύ σοβαρή πάθηση με μόνιμα νευρολογικά προβλήματα και η οποία μπορεί να προκληθεί από τα πολύ υψηλά επίπεδα χολερυθρίνης στο αίμα του μωρού. Ο κερνίκτερος συχνά συσχετίζεται με το λεγόμενο «ίκτερο του μη θηλασμού». Η συγκεκριμένη πάθηση, παρουσιάζεται σε μωρά των οποίων οι μητέρες δεν έμαθαν τις σωστές τεχνικές για την τοποθέτηση του μωρού στο στήθος και το πιάσιμο της θηλής ή πήραν λάθος οδηγίες από επαγγελματίες υγείας και έφυγαν από το μαιευτήριο χωρίς το μωρό να παίρνει στην πραγματικότητα γάλα από το στήθος. Τα μωρά αυτά επιστρέφουν σύντομα στο νοσοκομείο βαριά άρρωστα και αφυδατωμένα, με σημαντική πιθανότητα να πάθουν κερνίκτερο (Error Norwitz- John Schorge, 2004).

4.4. Αιτίες αποτυχίας θηλασμού

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες όσο και αν η μητέρα θέλει να θηλάσει, ο θηλασμός δε επιτυγχάνεται. Πιο συγκεκριμένα, οι περιπτώσεις αυτές είναι:

- Η μητέρα έχει κάνει πριν τη γέννα κάποια εγχείρηση στην οποία έχει αλλοιωθεί το δίκτυο των αγωγών μέσα στο μαστό και η κυκλοφορία στους μαστούς είναι ελαττωματική.

- Αν η μητέρα έχει υποστεί επέμβαση αφαίρεσης στήθους ή εάν αφαιρεθεί η θηλαία άλωσ δεν είναι δυνατός ο θηλασμός.
- Όταν η μητέρα πάσχει από ηπατίτιδα, φυματίωση, έρπητα της θηλαίας άλωσ, παθήσεις των νεφρών ή αν κάνει χρήση κοκαΐνης και παίρνει μεγάλες ποσότητες ορισμένων φαρμάκων.
- Εάν το νεογνό έχει γαλακτοζαιμία κ.α. (Παπαδοπούλου, 2008).

4.5 Επιλόχειος κατάθλιψη – η μάστιγα της εποχής

Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στις αναπτυγμένες χώρες, το 10% των εγκύων και το 13% των νέων μητέρων υποφέρουν από ψυχικά προβλήματα, κυρίως κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα ποσοστά ανεβαίνουν στο 15.6% για τις εγκύους και στο 19.8% για τις νέες μητέρες. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα, το 50-85% των νέων μητέρων αναπτύσσουν μια ήπιας έντασης και παροδική μορφή επιλόχειας δυσφορίας (baby blues), που διαρκεί περίπου 2 εβδομάδες και δεν πρέπει να ταυτίζεται με την κατάθλιψη.

Το 10-15% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια κατάθλιψη και το 0,1 - 0,2% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια ψύχωση (Δημόσια Διαβούλευση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, 2008) στοιχεία που συνάδουν με τα πορίσματα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας, τα οποία συγκλίνουν στον έγκαιρο εντοπισμό των συμπτωμάτων, για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων στη γυναίκα, το παιδί αλλά και σε όλη την οικογένεια, και επισημαίνουν την αποτελεσματικότητα της ανίχνευσης των εν λόγω συμπτωμάτων ήδη από την εγκυμοσύνη.

Στην Ελλάδα, τα πιο πρόσφατα στοιχεία από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι από τις 249 λεχώνες που συμμετείχαν το 38,69% παρουσίαζε διαφορετικής βαρύτητας κατάθλιψη. Το 47,42% αυτών ήταν πρωτότοκες. Πρωτότοκες επίσης ήταν και το 50% των λεχώνων που συμμετείχαν στην έρευνα και παρουσίαζαν βαριάς μορφής κατάθλιψη.

Στον Ιρακινό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σχετικά με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες που θήλαζαν και σε άλλες που δε θήλαζαν σε διάστημα 6 μηνών. Στη συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος 78 γυναίκες οι οποίες θήλαζαν και 78 οι οποίες δε θήλαζαν. Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν πως στις θηλάζουσες μητέρες το ποσοστό αυτών οι οποίες εμφάνισαν επιλόχειο κατάθλιψη ήταν μόνο 2,5% σε αντίθεση με το 19,4 % που ήταν το ποσοστό των μη θηλάζουσων μητέρων οι οποίες εμφάνισαν επιλόχειο κατάθλιψη (Μοσχολάκη, 2015).

Ορισμός

Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι σε καμία περίπτωση ελάττωμα του χαρακτήρα, ή αδυναμία της νέας μητέρας. Μερικές φορές είναι απλά μια επιπλοκή του τοκετού. Εάν έχετε κατάθλιψη μετά τον τοκετό, η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να σας βοηθήσει να διαχειριστείτε τα συμπτώματά σας.

Πολλές νέες μητέρες αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα στην ψυχολογία τους μετά τον τοκετό. Είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μεγάλες εναλλαγές της διάθεσης, ξεσπάσματα κλάματος, άγχος και δυσκολία στον ύπνο. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μέσα στις πρώτες 2-3 ημέρες μετά τον τοκετό και μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και δύο εβδομάδες. Αυτό ΔΕΝ είναι επιλόχεια κατάθλιψη.

Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει πιο μακροχρόνιο χαρακτήρα. Είναι σπάνιο, αλλά μια ακραία διαταραχή της διάθεσης που ονομάζεται επιλόχεια ψύχωση, είναι, επίσης, πιθανή μετά τον τοκετό.

Συμπτώματα

Μια σειρά συμπτωμάτων όπως τα παρακάτω, που διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες και εμφανίζονται έως και 6 μήνες μετά τον τοκετό, βάζουν τη διάγνωση:

- Κακή διάθεση, συχνά κλάματα και συναισθηματικές μεταπτώσεις.
- Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση (ανηδονία).
- Προβλήματα στον ύπνο.
- Μείωση ενεργητικότητας, ατονία, αδράνεια. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η απουσία ενδιαφέροντος για το νεογνό και για τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες.
- Μείωση ή απώλεια της όρεξης, και άρα και του βάρους.
- Αισθήματα μειωμένης αυτοπεποίθησης και ικανότητας, αναξιότητας. Η μητέρα αισθάνεται ότι δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις καθημερινές υποχρεώσεις της φροντίδας για το μωρό που μόλις γεννήθηκε ή και για τα υπόλοιπα παιδιά.
- Αισθήματα ενοχής.
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για σεξουαλική επαφή.
- Αισθήματα απόρριψης.
- Άγχος (ανησυχία ή και εκνευρισμός, θυμός).
- Σωματικά συμπτώματα άγχους, όπως συχνοί πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία, μούδιασμα ή ζαλάδα.
- Αυτοκαταστροφικές σκέψεις, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.
- Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή τα άλλα παιδιά της. Η μητέρα μπορεί να ανησυχεί για την υγεία του μωρού και την μελλοντική ανάπτυξή του.

- Μπορεί να κάνει αρνητικές σκέψεις σχετικά με το μωρό και να φοβάται ότι μπορεί να του προκαλέσει βλάβη.
- Σκέψεις ότι το μωρό της μπορεί να είναι αμαρτωλό (κακό).
- Ψευδαισθήσεις: Η μητέρα μπορεί να ακούει ήχους, φωνές ή να βλέπει πρόσωπα ή πράγματα που δεν υπάρχουν.

Αίτια

Η κατάθλιψη μετά από την εγκυμοσύνη λέγεται κατάθλιψη μετά τον τοκετό ή επιλόχεια κατάθλιψη. Στην εμφάνιση της κατάθλιψης, συντελούν:

- Μετά από την εγκυμοσύνη, οι ορμονικές αλλαγές στο σώμα μιας γυναίκας μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται πολύ δύο ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Στις πρώτες 24 ώρες μετά από τον τοκετό, το ποσοστό αυτών των ορμονών μειώνεται γρήγορα, στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδά τους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή η ταχεία αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη, ακριβώς όπως και οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει την εμμηνορροϊκή περίοδό της (το γνωστό προεμμηνορροϊκό σύνδρομο).
- Περιστασιακά, τα επίπεδα ορμονών του θυροειδούς αδένος μπορούν επίσης να μειωθούν μετά από τη γέννα. Ο θυροειδής είναι ένας μικρός αδένος στο λαιμό που βοηθά στη ρύθμιση του μεταβολισμού (τον τρόπο με τον οποίο το σώμα, χρησιμοποιεί και αποθηκεύει την ενέργεια από τα τρόφιμα). Τα χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυροειδούς, μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, του μειωμένου ενδιαφέροντος για τα πράγματα, της οξυθυμίας, της κούρασης, της δυσκολίας συγκέντρωσης, των προβλημάτων του ύπνου, και της αύξησης του βάρους. Μια απλή εξέταση αίματος (T3, T4, TSH), μπορεί να δείξει εάν ο θυροειδής αδένος προκαλεί την "επιλόχεια κατάθλιψη" μιας μητέρας.
- Το συναίσθημα της έντονης κόπωσης μετά από εργώδη φυσιολογικό τοκετό.
- Η κακή αρχιτεκτονική του ύπνου, σύντομος και ρηχός ύπνος, εμποδίζει συχνά μια νέα μητέρα να ανακτήσει τις δυνάμεις της μετά τη γέννα, για εβδομάδες.
- Συναίσθημα συντριβής με το βάρος του νέου, ή επιπλέον μωρού που πρέπει να φροντίζει και αμφιβολία για τη δυνατότητά της να είναι καλή μητέρα.
- Αίσθημα πίεσης από τις αλλαγές στη ρουτίνα της εργασίας και του σπιτιού. Μερικές φορές, οι γυναίκες σκέφτονται ότι πρέπει να είναι "οι τέλειες μαμάδες", το οποίο φυσικά δεν είναι ρεαλιστικό και προσθέτει επιπλέον άγχος, που συμβάλλει στα αίτια κατάθλιψης.
- Φοβικά συναισθήματα απώλειας: φόβος απώλειας της ταυτότητας της νέας μητέρας, ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν το νέο μωρό, φόβος απώλεια ελέγχου του μητρικού ρόλου, φόβος απώλειας της προ-εγκυμοσύνης σιλουέτας, φόβος απώλεια της αίσθησης να είναι ελκυστική.
- Μείωση του ελεύθερου χρόνου και μείωση του ελέγχου στην διάθεση του χρόνου. Η ανάγκη για μεγαλύτερη παραμονή μέσα στο σπίτι που βιώνεται σαν

"εγκλωβισμός", για μακρύτερες χρονικές περιόδους και μείωση του διαθέσιμου χρόνου για την εργασία και τη διασκέδαση, συνεισφέρουν στη εμφάνιση της κατάθλιψης, σε ορισμένες γυναίκες.

- Ευαισθησία και πόνος στην περιοχή του περινέου και του κόλπου, μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στη σεξουαλική επαφή. Το διάστημα της σωματικής ανάρρωσης μετά από καισαρική τομή μπορεί να είναι μεγαλύτερο από ότι μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό, γεγονός που προστίθεται στα αίτια κατάθλιψης.
- Η ηλικία μιας μητέρας και ο αριθμός των παιδιών που είχε δεν φαίνεται να σχετίζονται με την πιθανότητα να αναπτύξει επιλόχεια κατάθλιψη.

Θεραπεία

Προτού αρχίσει η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης, πρέπει να αποκλειστεί η αναιμία και η δυσλειτουργία του θυρεοειδή της μητέρας, που συχνά περιπλέκουν τη διάγνωση.

Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, εξαρτάται από τον μορφή και την σοβαρότητα της διαταραχής. Η σοβαρότητα της ασθένειας (όπως αυτή απεικονίζεται μετά από σοβαρή μέτρηση της κατάθλιψης, όπως με την κλίμακα Hamilton HAM-D17 ή καλύτερα HAM-D21 και όχι από "εμπειρική, διαισθητική" και πρόχειρη εκτίμηση) είναι που θα κατευθύνει τον ψυχίατρο στην επιλογή της θεραπείας για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Δείτε και εδώ, για μια γρήγορη μέτρηση της κατάθλιψης.

Η καλύτερη και πιο σωστή θεραπεία περιλαμβάνει έναν συνδυασμό βραχείας ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Η συχνή παρακολούθηση και συχνή επανεκτίμηση της εξέλιξης της κατάθλιψης της νέας μητέρας από τον ψυχίατρο, τουλάχιστον τους πρώτους μήνες, είναι αναγκαία, δεδομένης της δυνητικής σοβαρότητας της πάθησης.

Το σοβαρό δίλλημα που προκύπτει συχνά στην ψυχιατρική θεραπεία της επιλόχειας ψύχωσης, αφορά το θηλασμό. Εάν θηλάζει η μητέρα, το φάρμακο που θα πάρει περνά μέσα από το γάλα στο μωρό. Δεν είναι όμως σωστό το βρέφος να φορτίζεται με αντικαταθλιπτικά, παρόλο που αρκετά θεωρούνται ασφαλή στο θηλασμό. Όποτε είναι δυνατόν, οι σύζυγοι πρέπει να περιληφθούν στην απόφαση να εκτεθεί ή να μην εκτεθεί το νήπιο, σε ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Συχνά η διακοπή του θηλασμού είναι αναγκαία. Ωστόσο ο μητρικός θηλασμός είναι πολλαπλά ωφέλιμος στο βρέφος και στη μητέρα. Τι πρέπει τελικά να γίνει;

Η προσωπική μας τακτική είναι η εξής: Αν ή όταν το σκορ της κλίμακας Hamilton HAM-D21 ξεπερνάει το 17, συνιστούμε έναρξη αγωγής με αντικαταθλιπτικά και διακοπή του θηλασμού. Πιο ήπιες μορφές (σκόρ στη HAM D-21 κάτω από 17) μπορεί να αντιμετωπιστούν με ψυχοθεραπεία, έχοντας πάντα στο νου μας το ενδεχόμενο κάποιας αιφνίδιας επιδείνωσης της κατάθλιψης. (Δείτε και εδώ, για μια γρήγορη μέτρηση της κατάθλιψης.) Η ψυχοθεραπεία από μόνη της μπορεί να είναι αποτελεσματική μόνο στις ήπιες περιπτώσεις. Οποιοσδήποτε "ψυχ...",

ασκεί μόνο ψυχοθεραπεία στην επιλόχεια ψύχωση, χωρίς προηγούμενη σοβαρή και αντικειμενική μέτρηση της κατάθλιψης της μητέρας, παίζει οικονομικά παιχνίδια με τη "φωτιά".

Τα νεότερα στην ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, είναι ότι για να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να εστιάζει στο τι κάνουν, πως αλληλεπιδρούν, οι μητέρες με τα νηπιά τους, αντί να ασχολείται μόνο με το πώς αισθάνονται. Αυτή η κατεύθυνση, προκαλεί τη βελτίωση και τη θετική ανταπόκριση των νηπίων (Jung B, 2007). Τέτοιες επεμβάσεις μπορούν να είναι ένα ουσιαστικό συστατικό της θεραπείας, όταν μητέρες παρουσιάζουν την κατάθλιψη μετά τον τοκετό.

Οι γενικές αρχές φαρμακευτικής θεραπείας της κατάθλιψης, ισχύουν και στην επιλόχεια κατάθλιψη. Προσοχή χρειάζεται στο γεγονός ότι τα αγχώδη συμπτώματα είναι συνήθως ισχυρά στην επιλόχεια κατάθλιψη, με επακόλουθο αντίκτυπο στην επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού. Μια συντηρητική εκτίμηση για τη διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας, θα ήταν 9 έως 12 μήνες, εάν η μητέρα δοκιμάζει το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης (Δασκαλόπουλος Θ., 2010).

Ρόλος του νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να διαθέτει ορισμένες δεξιότητες, ούτως ώστε να εμπνέει εμπιστοσύνη στις γυναίκες που τον επισκέπτονται. Η συναισθηματική ταύτιση με την γυναίκα, η προσεχτική ακρόαση και η διακριτικότητα καθώς και η πρόταση για ψυχολογική υποστήριξη είναι συστατικά στοιχεία του νοσηλευτή που συμβάλλουν στην πρόγνωση και στη διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών σε εγκύους και μητέρες. Ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη συχνότερη και αποτελεσματικότερη πρόληψη και διάγνωση καθώς και στην άμεση παραπομπή σε ψυχολογική αντιμετώπιση – θεραπεία λόγω της άμεσης επαφής που έχει με την ασθενή. Μπορεί σε συνεργασία με τον γυναικολόγο να διεξάγει τους προληπτικούς ελέγχους ανίχνευσης καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών. Έτσι μπορεί να βοηθήσει ψυχολογικά μια απεγνωσμένη γυναίκα που πολλές φορές δεν γνωρίζει ότι έχει συμπτώματα κατάθλιψης και δύσκολα θα επισκεπτόταν κάποιον ψυχολόγο- ψυχίατρο (Ρήγα Αικατερίνη, Κωνσταντινίδου Ανδρομάχη, Καραλή Μαρία, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή

5.1.1. Γενικά

Ο νοσηλευτής ο οποίος εργάζεται στο μαιευτικό τμήμα έχει τόσο γενικά όσο και ειδικά καθήκοντα. Όσον αφορά τα γενικά καθήκοντά του, μέσα σε αυτά είναι η εκτέλεση καθηκόντων τα οποία προέρχονται από ιατρικές οδηγίες όπως,

- η εκτέλεση κάποιας φαρμακευτικής αγωγής,
- ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης και
- η τοποθέτηση καθετήρα Levin.

Μέσα στα καθήκοντα του νοσηλευτή επίσης είναι:

- η περιποίηση τραύματος και χειρουργικών τομών σε περίπτωση ανάγκης,
- η συρραφή μικροτραυμάτων,
- η λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και η λήψη των επιχρισμάτων για έγκαιρη διάγνωση του ασβεστίου των γεννητικών και του κοιλιακού εκκρίματος για μικροβιολογικές εξετάσεις,
- η εξέταση ούρων της εγκυμονούσας γυναίκας και η προετοιμασία και αποστείρωση των εργαλείων και του υγειονομικού υλικού.

Επίσης, τα καθήκοντα του νοσηλευτή αφορούν και γραφειοκρατικά ζητήματα όπως,

- λήψη και καταγραφή του μαιευτικού ιστορικού,
- τήρηση απαραίτητων εγγράφων, διαγραμμάτων, μητρώων, ιστορικών και αρχείων με τη χρήση της τεχνολογίας,
- η συνταγογράφηση και η έκδοση πιστοποιητικού γέννησης.

Τέλος, τα καθήκοντά του αφορούν την ίδια τη μητέρα και την οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση της οικογένειας για τυχόν καθήκοντά τους.

5.1.2. Κατά την εγκυμοσύνη

Πέρα από τα γενικά καθήκοντα του νοσηλευτή που αναφέρθηκαν παραπάνω, ο ίδιος έχει και ειδικότερα καθήκοντα, τα οποία αφορούν τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της γυναίκας. Από τη στιγμή που θα διαγνωσθεί η εγκυμοσύνη ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση της φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Είναι επίσης υπεύθυνος για τη χορήγηση οδηγιών προκειμένου να γίνονται έγκυρα οι απαραίτητες εξετάσεις που έχουν στόχο την αποφυγή κινδύνων κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης. Οι οδηγίες, οι οποίες δίνονται από το νοσηλευτή στην εγκυμονούσα μπορεί να αφορούν και τους τομείς της υγιεινής και της διατροφής, καθώς επίσης και την προετοιμασία των γονέων για το μελλοντικό τους ρόλο και την προετοιμασία για τον φυσιολογικό τοκετό.

5.1.3. Κατά τον τοκετό

Από τη στιγμή που η μητέρα μπαίνει στη διαδικασία του τοκετού μέσα στα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι η παρακολούθηση, η φροντίδα, η προετοιμασία και η βοήθεια της επιτόκου. Έπειτα από ιατρική οδηγία, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο της κατάστασης του εμβρύου και της λειτουργίας της μήτρας με όλα τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα (π.χ. monitors). Σε περίπτωση ανάγκης, όπως κατά την απουσία του γιατρού είναι υπεύθυνος για την επιτέλεση του τοκετού καθώς και για την έγκαιρη διάγνωση διάφορων παθολογικών συμπτωμάτων είτε στην επίτοκο είτε στο βρέφος τα οποία χρήζουν άμεσης παρέμβασης. Τέλος, ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι υπεύθυνος για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας.

5.1.4. Αμέσως μετά τον τοκετό

Τα κύρια αντικείμενα της νοσηλευτικής φροντίδας της λεχώνας αμέσως μετά τον τοκετό, περιλαμβάνουν την εντατική παρακολούθηση της για ένα χρονικό διάστημα 1-2 ωρών. Κατά το διάστημα αυτό ελέγχεται η ποσότητα του αποβαλλόμενου αίματος και η παλινδρόμηση της μήτρας, η ούρηση και η διούρηση, οι σφύξεις, και η αρτηριακή πίεση, οι τυχόν παθολογικές αντιδράσεις από την τοπική ή στελεχειαία ή γενική αναισθησία, η κατάσταση του εγχειρητικού τραύματος και η απουσία σημείων εσωτερικής αιμορραγίας. Μόνο εφόσον όλες οι παράμετροι είναι ομαλές, θα επιτραπεί η απομάκρυνση της λεχώνας από την αίθουσα εντατικής παρακολούθησης.

5.1.5 Μετέπειτα φροντίδα

Από τη στιγμή που η λεχώνα θα μεταφερθεί στο τμήμα λεχωίδων η παρακολούθησή της γίνεται κάθε τέσσερις ώρες για το πρώτο 24ωρο και τις επόμενες ημέρες δύο φορές την ημέρα, εκτός αν το επιβάλλει διαφορετικά η κατά περίπτωση κατάστασή της. Η παρακολούθησή της πρέπει να είναι προσεκτική και να περιλαμβάνει:

- Τον έλεγχο της τακτικής και έγκαιρης ούρησης της λεχώνας. Η πρώτη ούρηση μετά τον τοκετό πρέπει να γίνεται μέσα στις 4-6 ώρες. Στη λοχεία παρατηρούνται σε μεγάλη συχνότητα κυστικά ενοχλήματα και κυρίως

δυσχέρεια ως προς την ούρηση, ως επακόλουθο της άσκησης πίεσης στην κύστη από την κεφαλή του εμβρύου κατά την εξώθηση. Σε κάθε περίπτωση δυσκολίας θα πρέπει να αποφεύγεται η διευθέτηση με καθητηριασμό της ουροδόχου κύστης, λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος.

- Τον έλεγχο της καθημερινής έγερσης της λεχώνας από το πρώτο 24ωρο. Η γρήγορη και τακτική έγερση συμβάλλει στην παλινδρόμηση της μήτρας, διευκολύνει την κινητοποίηση του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, ενώ παράλληλα προφυλάσσει από τα διάφορα θρομβοεμβολικά επεισόδια, ιδιαίτερα στις γυναίκες εκείνες που πάσχουν από κίρσους κάτω άκρων ή έχουν βεβαρημένο ατομικό ιστορικό. Επίσης η πρόωγη έγερση υποβοηθάει στην ανάπτυξη τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων και στην πρόληψη κάμψης της μήτρας προς τα πίσω (οπίσθια κλίση) ή πρόπτωσή της. Εξίσου απαραίτητος είναι και ο έλεγχος των κάτω άκρων ώστε να διαπιστωθεί έγκαιρα η ύπαρξη άλγους στην γαστροκνημία και το μηρό, οιδήματος ή και τυχόν ύπαρξη διαφοράς θερμοκρασίας των δύο σκελών.
- Τον έλεγχο της παλινδρόμησης της μήτρας. Μετά την ούρηση ελέγχεται το ύψος του πυθμένα της μήτρας και εκτιμάται ο βαθμός της παλινδρομήσεως. Για την υποβοήθησή της χορηγούνται μητροσυσπαστικά από το στόμα ή ενδομυϊκώς. Ο έλεγχος του βαθμού παλινδρόμησης της μήτρας και της τυχόν ύπαρξης ευαισθησίας της συνοδεύεται πάντοτε από τον έλεγχο της ποσότητας και της ποιότητας των λοχίων.
- Την παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της λεχώνας και τον έλεγχο και καταγραφή των ζωτικών της σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα. Συστηματική θερμομέτρηση πρωί και απόγευμα.
- Την καθημερινή παρακολούθηση της τοπικής κατάστασης του τραύματος του περινέου για έλεγχο της πορείας της επούλωσης. Ως γενική αρχή, για την φροντίδα του περινέου, πρέπει να ακολουθείται η διατήρηση στεγνού και καθαρού τραύματος καθώς και η απομάκρυνση εκκρινμάτων και περιττωμάτων από το περίνεο με την συχνή αλλαγή μάκτρων, που απορροφούν τις κολλικές εκκρίσεις. Η περιποίηση του τραύματος της περινεοτομής γίνεται με καθημερινές πλύσεις μετά από κάθε ούρηση ή κένωση ή πίεση του πυθμένα της μήτρας για την έξοδο των λοχίων.
- Παράλληλα πρέπει να φροντίζεται μετά σχολαστικότητας και η καθαριότητα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Η καθαριότητα γίνεται με χλιαρό νερό το οποίο περιέχει αντισηπτική ουσία, χωρίς να επηρεάζουμε την ομαλή εξέλιξη της λοχείας και την επούλωση της περινεοτομίας. Επιβάλλεται η γενική καθαριότητα του σώματος της λεχώνας.
- Τον έλεγχο των κενώσεων της λεχώνας.
- Την διδασκαλία για την ομαλή διαδικασία της γαλουχίας, καθώς και τον καθημερινό έλεγχο της τοπικής κατάστασης των μαστών. Θα πρέπει να ελέγχονται οι μαστοί για την πρόληψη συμφόρησης γάλακτος σ' αυτούς ή ανάπτυξη μαστίτιδας, όπως και οι θηλές, για τον απρόσκοπτο θηλασμό του νεογνού και την πρόληψη ραγάδων.

- Το πρώτο γεύμα της λεχώνας λαμβάνεται αμέσως μετά τον τοκετό και αποτελείται συνήθως από ζεστό ρόφημα για την αντιρρόπηση της αφυδάτωσης από τον τοκετό και την τόνωσή της.
- Την διδασκαλία και παρότρυνση της λεχώνας για καθημερινές σωματικές ασκήσεις, που αποσκοπούν στην τόνωση των χαλαρωμένων από την κύηση και τον τοκετό κοιλιακών τοιχωμάτων και μυών του περινέου.
- Τον περιορισμό του επισκεπτηρίου της λεχώνας μέσα σε ένα αποδεκτό ωράριο, που θα της εξασφαλίζει αρκετό χρόνο για αυτοσυγκέντρωση και ηρεμία.
- Την χορήγηση φαρμάκων στη λοχεία.

5.1.6. Ο νοσηλευτής και η θηλάζουσα μητέρα

Ο νοσηλευτής πρέπει να πείσει τη μητέρα σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού, παρά τους διάφορους ανασταλτικούς παράγοντες που τυχόν την κάνουν διστακτική όπως, η αβεβαιότητα αν το νεογνό παίρνει αρκετό γάλα, εξωοικιακή απασχόληση, ο φόβος της χαλάρωσης του στήθους ή της φόρμας του σώματος, η παραμέληση των κοινωνικών υποχρεώσεων, η αντίληψη ότι είναι εκτός μόδας κ.α. Το παραπάνω πρέπει να γίνει από το νοσηλευτή γιατί ο θηλασμός αποτελεί μέρος της νοσηλευτικής της λοχείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να κάνει τα εξής:

- Να βάλει το μωρό να θηλάσει το συντομότερο δυνατόν μετά τον τοκετό.
- Να ενημερώσει την θηλάζουσα μητέρα να μην δίνει συμπλήρωμα, τσάι, νερό ή πιπίλα τουλάχιστον για τις πρώτες 40 ημέρες της ζωής του μωρού.
- Να ενθαρρύνει τη μητέρα να θηλάζει πολύ συχνά. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι το μωρό θα περνά περισσότερες από 18 ώρες το 24ωρο θηλάζοντας, ώσπου να σαραντίσει. Κάτι τέτοιο είναι τελείως φυσιολογικό και αναμενόμενο. Όποτε το μωρό ψάχνει με το στόμα, βάζει τα χέρια στο στόμα ή κλαίει πρέπει η μητέρα να το βάλει αμέσως στο στήθος, ακόμα κι αν θηλάζε ακατάπαυστα για 3 ώρες μέχρι πριν από 5 λεπτά.
- Να ενημερώνει τη μητέρα ότι θα πρέπει να το ξυπνάει για να θηλάσει ώσπου το μωρό να γίνει 2 εβδομάδων και να έχει ανακτήσει το βάρος γέννησης και 200 γρ. επιπλέον και να ουρεί 8 φορές το 24ωρο. Το ιδανικό είναι να ξυπνάει η μητέρα ανά 2 ώρες από την έναρξη του προηγούμενου θηλασμού κατά τη διάρκεια της ημέρας και ανά 3 ώρες την νύχτα και να το θηλάζει. Αν δεν ξυπνά μόνο του, η μητέρα πρέπει να ξυπνάει το μωρό ανά 3ώρο την ημέρα.
- Να πληροφορεί τη μητέρα να θηλάζει σε κάθε γεύμα από ένα στήθος μόνο. Μην αλλάζει στήθος όταν το μωρό θηλάζει καλά ή/και το ακούνε να καταπίνει, ακόμη κι αν έχουν περάσει τα πρώτα 10 λεπτά (λανθασμένα) ότι είναι χρόνος για αλλαγή. Αν το μωρό γκρινιάζει ή χάσει το ενδιαφέρον του η μητέρα μπορεί να το βάλει να θηλάσει στο άλλο στήθος, ειδικά κατά τις πρώτες 2 εβδομάδες της ζωής του. Αλλιώς, να ολοκληρώνει το θηλασμό από το ίδιο στήθος. Όταν το μωρό κοιμηθεί βαθιά και ξυπνήσει, τότε ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την θηλάζουσα μητέρα να αλλάζει στήθος.

- Να πληροφορεί επίσης τη μητέρα ότι εκτός του να ακούει το μωρό να καταπίνει, να φαίνεται ικανοποιημένο και να διψάει πολύ η ίδια, όταν ένα μωρό χορταίνει έχει 6-8 βρεγμένες πάνες το 24ωρο. Επειδή οι πάνες είναι πολύ απορροφητικές και τα ούρα του μωρού πολύ λίγα, της συστήνει να βάζει μέσα σε κάθε καθαρή πάνα ένα κομμάτι χαρτοπετσέτα. Αν το πιάσει σε λίγο και είναι βρεγμένο σημαίνει πως το μωρό ούρησε. Επίσης επιθυμητό είναι το μωρό τις πρώτες ημέρες της ζωής του να αφοδεύσει σε ποσότητα περίπου 4 κουταλιές της σούπας συνολικά το 24ωρο.
- Να διδάξει την θηλάζουσα μητέρα για την κατάλληλη στάση του θηλασμού. Ενδιαφέρει κυρίως την μητέρα να αισθάνεται ευχάριστα. Έτσι μπορεί να πάρει όποια στάση θελήσει. Συνήθως είναι μισοξαπλωμένη στο πλευρό που θηλάζει ενώ άλλες προτιμούν να κάθονται. Οποσδήποτε το νεογνό αναπαύεται ξαπλωμένο στο σύστοιχο βραχίονα της μητέρας ενώ το άλλο της χέρι κρατά τον μαστό ώστε να μην του φράζει την ρίνα. Η μητέρα δεν πρέπει ποτέ να κοιμάται κατά τον θηλασμό γιατί το νεογνό κινδυνεύει να πεισθεί και να πεθάνει από ασφυξία.
- Να διδάξει την θηλάζουσα μητέρα για τον τρόπο εξαγωγής του γάλακτος σε περιπτώσεις που το νεογνό δεν μπορεί να θηλάσει προσωρινά είτε από ατέλειες της θηλής είτε από δικές του δυσχέρειες. Επίσης, γίνεται σε υπερφόρτωση του μαστού, σε λοιμώξεις της μητέρας κ.α. ο νοσηλευτής θα δείξει τον τρόπο εξαγωγής του γάλακτος με το χέρι ή και με το θήλαστρο μετά από προσεκτικό πλύσιμο των χεριών και της θηλής και σε άσηπτα σκεύη (Λυκογεώργου Μ., 2015).

5.1.7 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή

Στην εποχή μας οι εξελίξεις στην επιστήμη και οι πληροφορίες που λαμβάνουμε σχετικά με θέματα της μητρότητας και του θηλασμού ολοένα και αυξάνονται και έρχονται στο φως όλο και νεότερες. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου μητέρες ακολουθούν λάθος οδηγίες κατά το θηλασμό με αποτέλεσμα να εκτίθενται σε κινδύνους τόσο οι ίδιες όσο και τα βρέφη τους (Wills, 2013).

Παρακάτω ακολουθούν κανόνες τους οποίους πρέπει να ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με το θηλασμό:

- Να υπάρχει γραπτή πολιτική σχετικά με το μητρικό θηλασμό και ανά τακτά χρονικά διαστήματα να κοινοποιούνται στο προσωπικό υγείας.
- Να εκπαιδεύεται όλο το προσωπικό υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
- Οι λεχώνες πρέπει να ενημερώνονται για τα οφέλη του μητρικού γάλακτος, με γραπτά και προφορικά μέσα, καθώς και για την αδυναμία πλήρους αντικατάστασής του από γάλα του εμπορίου.
- Οι μητέρες πρέπει να βοηθούνται ώστε να ξεκινήσουν το θηλασμό το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό.

- Ένας ικανοποιητικός και αποτελεσματικός θηλασμός πρέπει να επιδεικνύεται στις μητέρες και οι τελευταίες πρέπει να ενθαρρύνονται για τη συνέχιση της γαλουχίας για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα με διάφορες μεθόδους.
- Τα βρέφη δεν πρέπει να λαμβάνουν επιπλέον τροφή κατά τη διάρκεια του θηλασμού εκτός αν αυτό είναι απαραίτητο έπειτα από ιατρική γνωμάτευση.
- Να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα με το νεογνό της 24 ώρες την ημέρα.
- Όταν το βρέφος το αποζητά πρέπει να πραγματοποιείται ο θηλασμός.
- Σε βρέφη που παρατηρείται αδυναμία θηλασμού, δεν πρέπει να γίνεται χρήση πιπίλας ή τεχνητών θηλών.
- Σύσταση ομάδων που χειρίζονται θέματα μητρότητας και ενθάρρυνσης θηλασμού με σκοπό να παραπέμπονται οι μητέρες μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο (Πολυχρονίδης, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1 Ιστορικό 1ο

Γυναίκα ασθενής Β.Χ. 29 ετών, έγγαμη και εργαζόμενη. Πρωτότοκος και τελειόμηνης κύησης και γέννησε με φυσιολογικό τοκετό.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Εισήχθη στα εξωτερικά ιατρεία της Μαιευτικής κλινικής στις 4/7/2018 και ώρα 02:00 π.μ. Παρουσίαζε συμπτώματα πυρετού με ρίγος, έντονο άλγος και ερυθρότητα στο δεξί μαστό. Ευαισθησία, διόγκωση μαστού, οίδημα, σκληρότητα θηλής, κόπωση και κακουχία. Από την κλινική εικόνα της ασθενούς διαγνώστηκε μαστίτιδα. Η ασθενής τέθηκε σε διαδικασία ορισμένων εξετάσεων (αιματολογικές, καλλιέργεια γάλακτος, και υπερηχογράφημα), διαπιστώθηκε ότι η κατάσταση είναι αντιμετωπίσιμη.

| Αξιολόγηση | Αντικειμενικοί Σκοποί | Σχεδιασμός (προγραμματισμός) φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Εκτίμηση |
|-------------------------|--|---|---|---|
| Πυρετός (38,5) με ρίγος | Ρύθμιση θερμοκρασίας στις Φυσιολογικές Τιμές. Πρόληψη αφυδάτωσης. | Χρήση ψυχρών επιθεμάτων Θερμομέτρηση ανά 2ωρο. Λήψη ζωτικών σημείων. Λήψη υγρών από το στόμα. Διατήρηση κατάλληλου περιβάλλοντος. | Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα για τη μείωση του πυρετού. Καταγραφή ζωτικών σημείων και θερμοκρασίας στο διάγραμμα. | Ο πυρετός έπεσε μετά τη χορήγηση του αντιπυρετικού και τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων. Με τη χορήγηση υγρών αποφεύχθηκε οποιαδήποτε επιπλοκή. |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | <p>Χορήγηση φαρμάκων μετά από οδηγία γιατρού.</p> <p>Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως για πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>Επαρκής πρόσληψη υγρών.</p> <p>Δροσερό περιβάλλον.</p> <p>Χορήγηση Aprotel (αναλγητικού και αντιπυρετικού) μετά από ιατρική οδηγία.</p> | <p>Το Aprotel έχει τις ίδιες ιδιότητες με το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη), αναλγητικές και αντιπυρετικές.</p> |
| <p>Άλγος, ερυθρότητα μαστού, ευαισθησία, οίδημα</p> | <p>Ανακούφιση από το άλγος.</p> <p>Αφαίρεση του γάλακτος από τον πάσχοντα μαστό για αποφόρτισή του.</p> | <p>Άμελξη με το χέρι ή με θήλαστρο. Εκπαίδευση της μητέρας.</p> <p>Διδασκαλία στη μητέρα για θηλασμό από το υγιές μαστό και αργότερα από τον πάσχοντα μαστό, ώστε να ενεργοποιηθούν οι ορμόνες και να αυξηθεί η ροή του γάλακτος.</p> <p>Τοποθέτηση κομπρεσών και χορήγηση φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία.</p> | <p>Βοήθεια και συμβουλευτική στη μητέρα για την άμελξη με το χέρι ή τη χρήση του θηλάστρου.</p> <p>Βοήθεια στη μητέρα για το θηλασμό από το υγιές μαστό και έπειτα από τον πάσχοντα.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικών για το άλγος μετά από ιατρική οδηγία.</p> | <p>Επιτυχής αφαίρεση γάλακτος από το μαστό και ανακούφιση του μαστού.</p> <p>Επιτυχής αφαίρεση γάλακτος με τη διαδικασία του θηλασμού.</p> <p>Πολύ καλή εικόνα μαστού, χωρίς ερυθρότητα.</p> <p>Ανακούφιση από το άλγος.</p> |

| | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|---|
| <p>Διόγκωση μαστού</p> | <p>Πρόληψη μικροβιακής μαστίτιδας.</p> <p>Αποφυγή αποστήματος και πρώρου απογαλακτισμού.</p> <p>Αντιμετώπιση συμφορητικής μαστίτιδας.</p> | <p>Ενημέρωση θηλάζουσας για τον τρόπο θεραπείας.</p> <p>Παρακολούθηση μαστού για εξάλειψη διόγκωσης.</p> <p>Διδασκαλία για σωστές θηλαστικές κινήσεις.</p> <p>Ενθάρρυνση της μητέρας να θηλάζει πιο συχνά.</p> | <p>Εφαρμογή κρύων κομπρεσών.</p> <p>Αποφυγή χρήσης θηλάστρου.</p> <p>Τοπικές, κυκλικές μαλάξεις μαστού.</p> <p>Θηλασμός ανά δύο ώρες.</p> | <p>Επιτυχής πρόληψη επιπλοκών.</p> <p>Συνεχής γαλουχία νεογνών.</p> <p>Αποφυγή αντιβιοτικής αγωγής.</p> |
| <p>Κόπωση και κακουχία.</p> | <p>Η μητέρα – ασθενής πρέπει να είναι ήρεμη και να ξεκουράζεται.</p> <p>Πρέπει να αποφεύγεται η δημιουργία άγχους και στρες.</p> <p>Ανάπαυση και προσφορά φροντίδας από το οικογενειακό και νοσηλευτικό περιβάλλον.</p> | <p>Ξεκούραση και διατήρηση της ηρεμίας της μητέρας.</p> <p>Διατήρηση ήσυχου περιβάλλοντος. Βοήθεια όσον αφορά την υγιεινή και τη φροντίδα της ίδιας της μητέρας και του μικρού.</p> <p>Αποφυγή επισκέψεων.</p> | <p>Ξεκούραση και ανάπαυση της θηλάζουσας.</p> <p>Υγιεινή διατροφή.</p> <p>Λήψη υγρών.</p> <p>Βοήθεια στο πλύσιμο και το λούσιμο του μωρού και της μητέρας.</p> | <p>Η εικόνα της μητέρας δείχνει πιο ήρεμη και ξεκούραστη,</p> <p>Ελαχιστοποιήθηκε η κόπωση.</p> |

6.2 Ιστορικό 2^ο

Γυναίκα ασθενής Π.Κ. 27 ετών άγαμη και εργαζόμενη, πρωτότοκη γέννησε με καισαρική τομή.

Προσήλθε στη Μαιευτική κλινική στις 3/3/2018 και ώρα 14:05 μ.μ. Παρουσίαζε πέτρωμα στο στήθος. Τα συμπτώματα που εμφάνιζε είναι πόνος και οίδημα, σκλήρυνση στο στήθος, διογκωμένοι μαστοί, θηλή τεντωμένη – επίπεδη.

| Αξιολόγηση | Αντικειμενικοί σκοποί | Σχεδιασμός (προγραμματισμό) φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Εκτίμηση |
|----------------------------|---|--|---|---|
| Πόνος και οίδημα στο μαστό | Αντιμετώπιση του πόνου. Ανακούφιση της θηλάζουσας. Ψυχολογική υποστήριξη. | Χορήγηση ψυχρών επιθεμάτων. Πραγματοποίηση κάποιων ενεργειών για αποφυγή οιδήματος Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος. Περιορισμός επισκέψεων | Τοποθέτηση κρύων κομπρεσών ανάμεσα στους θηλασμούς για να απαλειφθεί ο πόνος και το οίδημα. Χορήγηση Apotel για ανακούφιση από τον πόνο. | Ελαχιστοποίηση του πόνου. Η θηλάζουσα αισθάνεται καλύτερα. |
| Σκληρύνσεις στο στήθος | Απόφραξη του γαλακτοφόρου πόρου. Λήψη περισσότερης ποσότητας γάλακτος από το μωρό. | Ενθάρρυνση της μητέρας να θηλάζει περισσότερες φορές για να αδειάζει το στήθος όσο το δυνατόν περισσότερο γάλα. | Θηλασμός ανά δύο ώρες. Βοήθεια στη μητέρα για άμελξη με το θήλαστρο. | Αποφυγή και πρόληψη επιπλοκών. |

| | | | | |
|---------------------|---|---|--|---|
| | | <p>Εκπαίδευση της μητέρας να χρησιμοποιεί το θήλαστρο.</p> <p>Εκπαίδευση σε τακτά χρονικά διαστήματα να γίνονται μαλάξεις.</p> <p>Διδασκαλία στη μητέρα πως θα κρατήσει το μωρό.</p> | <p>Πριν από κάθε θηλασμό γίνονται μαλάξεις για να μαλακώσει το στήθος.</p> <p>Τοποθέτηση μωρού έτσι ώστε το σαγόνι του να δείχνει προς το σημείο που είναι σκληρό.</p> <p>Εναλλαγή στις στάσεις θηλασμού.</p> | |
| Διογκωμένοι μαστοί. | <p>Προτροπή για προσπάθεια της μητέρας να “κατεβάσει” περισσότερο γάλα.</p> <p>Ενέργειες για την καλύτερη δυνατή αποφόρτιση των μαστών από το γάλα.</p> <p>Αποφυγή υπερβολικού γεμίσματος με στήθους με γάλα.</p> | <p>Ενέργειες ώστε να “κατέβει” περισσότερο γάλα για να θηλάσει το μωρό.</p> <p>Εκπαίδευση της μητέρας για σωστές κινήσεις για άμελξη είτε με το χέρι είτε με το θήλαστρο.</p> <p>Προτροπή της μητέρας για θηλασμό περισσότερες φορές.</p> | <p>Οι πόροι διαστέλλονται με την τοποθέτηση ζεστών κομπρεσών ή ζεστό μάνιο και ελαφρύ μασάζ, χρησιμοποιώντας λάδι ή κρέμα με μαλακές κινήσεις χωρίς να πιέζεται ο αδένας του μαστού.</p> <p>Αν μετά το θηλασμό, η μητέρα αισθάνεται το στήθος βαρύ θα συνεχίσει να βγάζει γάλα με το χέρι ή με το θήλαστρο με τη βοήθεια της</p> | Επιτυχής αφαίρεση γάλακτος από το μαστό και ανακούφιση της μητέρας. |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|--|
| | | <p>Ενυδάτωση της μητέρας.</p> | <p>μαίας.</p> <p>Αμελξη με το χέρι ή με το θήλαστρο.</p> <p>Θηλασμός κάθε δύο ώρες.</p> <p>Να πίνει ροφήματα πλούσια σε βιταμίνες και αντιοξειδωτικά που έχουν αντιφλεγμονώδη δράση.</p> | |
|--|--|-------------------------------|--|--|

Συμπεράσματα

Απ' όλα τα παραπάνω που έχουν αναφερθεί καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Ο μητρικός θηλασμός αποφέρει πολλά οφέλη τόσο στη μητέρα όσο και στο μωρό το οποίο θηλάζει. Το μωρό το οποίο θηλάζει παίρνει αντισώματα από τη μητέρα, δεν παρουσιάζει τόσο εύκολα αλλεργίες και αναπτύσσεται πιο φυσιολογικά και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Η μητέρα που θηλάζει αποκτά αυτοπεποίθηση, μειώνει τις πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του μαστού κ.α.
- Μεταξύ μωρού και μητέρας αναπτύσσεται μια ισχυρή σχέση. Ο θηλασμός διαρκεί περισσότερο από την τεχνητή διατροφή και σε αυτή την ώρα η μητέρα έχει την ευκαιρία να γνωρίσει καλύτερα το μωρό της.
- Η σπουδαιότητα του μητρικού γάλακτος οφείλεται στα πλούσια συστατικά που περιέχει. Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το νεογνό, αντισώματα, ορμόνες, ανοσοποιητικούς παράγοντες και αντιοξειδωτικά, απαραίτητα για την υγεία και την ανάπτυξη του. Ένζυμα που περιέχονται στο μητρικό γάλα το καθιστούν πολύ εύπεπτο, και αυτός είναι ο λόγος που μερικά βρέφη με αποκλειστικά μητρικό θηλασμό σιτίζονται σε συχνότερα διαστήματα.
- Η μητέρα παίρνει ευχαρίστηση από το θηλασμό και αποκτά εμπειρίες οι οποίες περιγράφονται δύσκολα. Αυτός είναι και ο λόγος που οι μητέρες θέλουν να συνεχίσουν το θηλασμό και κατά τη νηπιακή ηλικία.
- Ο θηλασμός είναι ένα φαινόμενο ντόμινο. Περνά από γενιά σε γενιά και ανάμεσα στην ίδια την οικογένεια, αφού η μητέρα αφού θηλάσει το πρώτο της παιδί, στη συνέχεια θα θηλάσει και το δεύτερο με περισσότερη ευκολία και αυτοπεποίθηση.
- Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι οι οποίοι προτρέπουν τις νέες μητέρες όλο και περισσότερο να θηλάζουν τα μωρά τους. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές είναι ενημερωμένοι για όλα τα προβλήματα που προκύπτουν από το μακροχρόνιο θηλασμό και είναι ενημερωμένοι για τη νομοθεσία που ισχύει για το μακροχρόνιο θηλασμό. Όλα τα παραπάνω εξηγούν γιατί είναι πολύ σημαντική η νοσηλευτική διεργασία.
- Η εξέλιξη της ιατρικής γνώσης προσφέρει μια σειρά επιστημονικών δεδομένων αναφερόμενα στην τελειότητα του μητρικού γάλακτος και είναι βέβαιο ότι η διαδικασία της αύξησης των επιστημονικά κατοχυρωμένων πλεονεκτημάτων του, θα συνεχιστεί και στο μέλλον.
- Ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει και άλλα πλεονεκτήματα όσον αφορά και την κοινωνία. Ο θηλασμός είναι οικολογικός, καθώς είναι ένας αστείρευτος πόρος ευεργετικός για τον πλανήτη και το ίδιο το μωρό. Συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας, των εξόδων φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και στη μείωση εξόδων αγοράς ξένου γάλακτος.
- Ο μητρικός θηλασμός είναι μέρος των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη διατροφή και την υγεία, κάτι που αποτελεί επιχείρημα θέσεως για τη δράση του νοσηλευτικού προσωπικού στην προαγωγή αυτής της δεξιότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αντωνιάδου- Κουμάτου ,Ι.,Σοφianού, Α. & συνεργάτες (2007-2013). Μητρικός θηλασμός :οδηγός για επαγγελματίες υγείας. Αθήνα :Ινστιτούτο υγείας του παιδιού– ΑΛΚΥΟΝΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.

Ελληνικό ινστιτούτο διατροφής, (2007). η αξία του μητρικού γάλακτος.

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

Καλογερόπουλος Α., (1992). "Μαιευτική" University Studio Press, σελ 204

Καλογερόπουλος Α., (1992). Μαιευτική - Φυσιολογικές αλλαγές στην έγκυο. Θεσσαλονίκη.

Καραγκιόζογλου-Λαμπούδη Θ., (2005). Γυναικολογία - Μαιευτική : Εγχειρίδιο για τον Μητρικό Θηλασμό (2η έκδοση), Παρισιάνου.

Κατσιμπάρδη Δ., (1993). Για ένα παιδί με λιγότερα προβλήματα", Εκδόσεις Δωδώνη, , σελ 66-72,72-74..

Κρεατσάς Γ., (1998). Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική . Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη , Αθήνα.

Κωνσταντόπουλος Α., (2008). "Κλινική παιδιατρική" Α΄ τόμος , με τη συνεργασία όλων των ιατρικών σχολών Ελλάδος, Εκδόσεις Ζήτα, σελ 10-11.

Μάλλη Θεοδώρα- μαία και σύμβουλος (2007). IBSLC International Board Certified Lactation Consultant, σύνθεση μητρικού γάλακτος, thilasmus.gr.

Μαλλιάρου Μαρία – Αδαμαντία. (2015). Οδηγίες για την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Αθήνα: Π. Καϊκονίδης Ε.Π.

Ματσανιώτης Ν., Θ.Καρπάθιος, (1995). "Παιδιατρική" Α τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, σελ 5-6.

Ματσανιώτης Ν., Λαγός Π., Νικολαΐδου Π. κ.ά. (1981). «Μητρικός θηλασμός 1980», Δελτίο Α ' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, τ. 28, τχ. 1, σ. 39-48.

Μιχαλάς Ε.Π., (2000). Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία.

Μοσχολάκη Π. (2015). Επιλόχειος κατάθλιψη., Πάτρα.

Παπαβεντζής Σ., (2011). ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ.

Παπαβέντσης Στέλιος, (2000). η μοναδικότητα του μητρικού γάλακτος.

Παπαδοπούλου Δέσποινα, (2008). "Γυναικείο στήθος", Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Παπανικολάου Ν., 1985 Τεύχος 1ο (Ιαν - Φεβ - Μαρ 2010). Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών Αθήνας.

Χατζηγεωργίου Νίκος Κομνηνός, Καραλιώτα Ντέτυ, Σκάρα Μίρκα-Μαρία, Σαμπετάκη Βίκυ, (2005). "Ο γυναικολόγος. Ιατρική εγκυκλοπαίδεια της γυναίκας", Εκδόσεις Αλκύων

Χρυσανθοπούλου Κ., (2010). "Πρωτόγαλα", Εκδόσεις Futura, Αθήνα.

Ξένη βιβλιογραφία

Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF., (2006). Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies, *Send to Arch Dis Child*. Jan; 91(1):39-43. Epub 2005 Nov 15.

Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S., (2006). Infant feeding and cost of health care: a cohort study, *Acta Paediatr*. May; 95(5):540-6.

Cloherly M.D., Ann R. Stark M.D., (1984). "Manual Νεογνολογίας" Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Δρ. Η.Δ. Δελλαγραμμάτικας, σελ 393-403

Damiens, M. (1991). Το παιδί μου: Θηλασμός ή Μπιμπερό. (Μετάφραση: Σμυρνιώτη, Μ.). Αθήνα: Γκοβόστη.

Della A Forster, corresponding author, Helen L McLachlan and Judith Lumley, (2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women, *NT Breastfeed J.*, 1: 18.

Dennis CL, McQueen K., (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review, *Pediatrics*. Apr; 123(4):e736-51. doi: 10.1542/peds.2008-1629.

Donegan and J. S. Spratt (eds), (1995). *Cancer of the breast*. 4th ed. 285 × 220 mm. Pp. 860. Illustrated. 1995. Philadelphia, Pennsylvania: W. B. Saunders. £115. *BJS* 82: 1292-1292.

Errol Norwitz- John Schorge, (2004). *Obstetrics and Gynecology at a Glance*.

IBCLC, International Board Certified Laktacion Consulant.

Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H., (1994). Breast feeding and obesity: cross sectional study, *BMJ*. Jul 17; 319(7203):147-50.

Manz F, Manz I, Lennert T., (1996). Short and Long Term Effects of Breast Feeding on Child Health

Manz F, van't Hof MA, Haschke F., (1999). The mother-infant relationship: who controls breastfeeding frequency? Euro-Growth Study Group, *Lancet*. Apr 3; 353(9159):1152.

Mutlu A, Mutlu GY, Özsu E, Çizmecioğlu FM, Hatun Ş., (2011) Vitamin D deficiency in children and adolescents with type 1 diabetes, *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 3(4):179-83. doi: 10.4274/jcrpe.430.

National Cancer Institute, Breast Cancer Prevention

Netter, (2011) Βασική κλινική ανατομία. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, Burke KP, Willett WC, MacMahon B., (1994) Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer., *N Engl J Med.* Jan 13; 330(2):81-7.

O. G. Brooke, H. R. Anderson, J. M. Bland, J. L. Peacock, C. M., Stewart, (1989) Effects on birth weight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress., *BMJ* 298.

Savino F, Costamagna M, Prino A, Oggero R, Silvestro L., (2009) Leptin levels in breast-fed and formula-fed infants., *Acta Paediatr.* 91(9):897-902.

Shelov, P. & Altmann, T. R., (2012) Η φροντίδα του μωρού κ' του μικρού παιδιού από τη γέννηση έως τα 5 του χρόνια. (Μετάφραση: Τσαλίκη Κιοσόγλου, Π. & Παπαμιχαήλ, Π.). Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Stuebe AM, Rich-Edwards JW., (2009) The reset hypothesis: lactation and maternal metabolism, *Am J Perinatol.* Jan; 26(1):81-8. doi: 10.1055/s-0028-1103034. Epub 2008 Nov 21.

Susan Michie & Marie Johnston, (2012) Theories and techniques of behavior change: Developing a cumulative science of behaviour change, *Health Psychology Review.*

Teri Pearlstein, Margaret Howard, Amy Salisbury and Caron Zlotnick, (2009) Postpartum depression, *Am J Obstet Gynecol.* Apr; 200(4): 357–364.

Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wright LL, Langer JC, Poole WK; (2006) NICHD Neonatal Research Network., Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age., *Pediatrics.* Jul; 118(1):e115-23.

William Jaesch, Mary Ellen Avery, (2004) "Εγχειρίδιο Νεογνολογίας" Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Ανδρουλάκης Ιωάννης, Μάνδαλα Ελένη, Χρούσος Γεώργιος, Σιαχανίδου Σουλτάνα, Χατζημιχαήλ Αθανάσιος, Μάνταλος Στέφανος, Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ 5-8.

Wills Evelyn, (2013) Νοσηλευτικές Θεωρίες, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Διαδίκτυο

Assessment of the Reproductive System, McKinney Warren, Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: <https://slideplayer.com/slide/6840348/> (τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 25, 2018).

Breastcancer.org, Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: www.breastcancer.gov (τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 20, 2018).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly. The Web Page: <http://ir.lib.uth.gr> (τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 30, 2018).

Mind the Food, Λένα Εμμανουήλ Διαιτολόγος – Διατροφολόγος. Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: <https://mindthefood.gr> (τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 10, 2018).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΝΟΞ ΗΛΕΤΣΙΚΑΜΑΘΗΜΑΤΑ Ιανουάριος – Ιούνιος 2016. . Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: http://www.gnamfissas.gr/files/Epilohios_Katathlphi (τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 13, 2018).

Iatronet, Μάλλη Θεοδώρα Μαία και Σύμβουλος Θηλασμού IBCLC. Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: <http://www.iatronet.gr> (τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 29, 2018).

Κακαλέτρης Δημήτρης, Μαιευτήρας Γυναικολόγος - Χειρουργός. Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: <http://www.drkakalettris.gr> (τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2018).

ΛΗΤΩ Μαιευτικό, Γυναικολογικό & Χειρουργικό Κέντρο Α.Ε. Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: <http://www.letto.gr> (τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 3, 2018).

Μαρκεσίνης Ιωάννης. Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: www.pediatrosgiannena.gr (τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 20, 2018).

Σημαντικά βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας, Chondrodini Maria, Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: <http://melinachondrodini.blogspot.com/> (τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 18, 2018).

Υγεία, Μαρία Λυκογεώργου Παιδίατρος – Νεογνολόγος Συνεργάτις ΜΕΝΝ ΛΗΤΩ. Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: <https://www.hygeia.gr> (τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 20, 2018).

Υγείαonline. Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: <http://www.ygeiaonline.gr> (τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 10, 2018).

Ψυχίατρος Θοδωρής Δασκαλόπουλος. Ο Διαδικτυακός Ιστότοπος: http://psi-gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html (τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 5, 2018).

